

Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması

Dr. Süheyla ÜNAL¹, Dr. Burhanettin KAYA², Dr. Bülent ÇEKEM³, Dr. Handan I. ÖZİŞİK⁴,
Dr. Gönül ÇAKIL⁵, Dr. Mine KAYA⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kronik ve yineleyici bir seyir gösteren, bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepside hastalığın seyrinin aile işlevleri üzerindeki etkisi araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 25 hasta, iki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDB) tanısı konan 25 hasta ve 25 epilepsi hastası ile, bu hastaların aile üyelerinden 134 kişi alındı. Hastalar ve aile bireyleriyle görüşülerek sosyodemografik veri formu dolduruldu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulandı.

Bulgular: Şizofreni hastalarının genel işlevsellik düzeylerinin daha düşük, tedaviye daha uyumsuz oldukları gözlemlendi. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hasta ailelerinin işlev düzeyi diğer iki gruptaki ailelere göre daha yüksekti. Şizofreni grubunda hastalar iletişim ve davranış kontrolünü, epilepsi grubunda roller ve davranış kontrolünü, İUDB grubunda ise aileler problem çözme ve genel işlevleri daha yüksek düzeyde sağlıklı olarak değerlendirdiler.

Sonuç: Ailenin hastalık deneyimi ve bu duruma uyum sağlaması dinamik ve süregiden bir süreçtir. Bulgularımız kronik ruhsal ve nörolojik hastalıkların aile işlevlerinde bazı özgün güçlükler neden olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile ilişkileri, şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu, epilepsi

SUMMARY: Family functioning in patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy

Objective: To evaluate the impact of illness progression on the family functioning of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy showing chronic relapsing progress and affecting functionality.

Method: A total of 75 patients who were diagnosed according to DSM-IV criteria as having schizophrenia (n: 25), bipolar affective disorder (n: 25) or epilepsy (n: 25) and their 134 family members were included in the study. A socio-demographical data form was completed by consulting the patient and family members, and a Family Assessment Device (FAD) was used.

Results: The general functionality level was low in patients with schizophrenia. Families of patients with bipolar affective disorder had healthier functioning than families of patients with schizophrenia and epilepsy. Subscales of "communication" and "behavioral control" were reported as highly ineffective by the schizophrenia patients. The epilepsy patients have family dysfunction in "behavioral control" and "roles" subscales. The families of bipolar affective disorder patients evaluated their "problem solving" and "general functioning" as problematic.

Conclusion: The family's experience of disease and adaptation is a dynamic and ongoing process. Our data suggest that chronic psychiatric and neurological diseases may cause some specific difficulties in family functions.

Key Words: Family relations, schizophrenia, bipolar affective disorder, epilepsy

¹Prof., ²Yrd. Doç., ³Araş. Gör., Psikiyatri AD., ⁵Yrd. Doç., Nöroloji AD., İnönü Ü. Tıp Fak., ⁶Uzm., Sağlık Bakanlığı AÇSAP, Malatya.

GİRİŞ

Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile üyelerinin ruhsal süreçlerini etkilerken, bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işleyiş tarzını etkilemektedir (Wood 1993). Bireye ait sorunlu süreçler aileyi harekete geçirdiğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabilmektedir (Olson ve ark. 1983, Beavers 1982, Epstein ve ark. 1993). Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (Fisher ve Weihs 2000).

İşlevsel olmayan bir aile sorun ve çatışmaları tolere edememekte, aile üyelerinin yardım isteklerini reddetmekte, bunun sonucunda aile içinde var olan sorunlar farklı biçimde sürmektedir. İşlevsel olmayan aile yeni durumlara bağlı olarak rollerde ortaya çıkan değişimler konusunda yeterli esnekliğe sahip değildir. Kişilerarası ilişki sorunlarının, bağımlılığın, incinebilirliğin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan "işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olmaktadır" (Walsh 1982).

Özetle aile, hastalığın olumsuz etkilerini tamponlama potansiyeline sahip olabileceği gibi (Goldstein 1987, Lefley 1996, Strachan 1986, Tessler ve ark. 1987) hastalık sürecini olumsuzluğa götürecektir etkiler de gösterebilir (Wood ve ark. 2000). Özellikle kronik hastalıklarda bu etkilerin önemi daha çok ortaya çıkmaktadır. Bu etkilerin ne düzeyde ve nasıl olduğu, daha çok araştırılması gereken konulardır. Şizofreni, depresyon, intihar girişimi ve epilepsisi olan aile üyesine sahip ailelerde işlevselliğin bozulduğuna dair kanıtlar sunan birçok çalışma bulunmaktadır (Keitner ve ark. 1994, Öten ve Dilsiz 1994, Inoff-Germain ve ark. 1997, Gülseren ve ark. 1999, Ebrinç ve ark. 2001, Krawetz ve ark. 2001). Bu çalışmaların ortak bulgusu, bu hastalıklarda aile işlevlerinin daha çok "gereken ilgiyi gösterme", "iletişim" ve "roller" alanında daha fazla bozulmuş olmasıdır.

Hastalığın özellikleri, ailenin hastalık yaşantısını ve tepki verme biçimini etkileyebilir. Deniz ve arkadaşları (1998) şizofreni grubunda yaptık-

ları çalışmada Aile Değerlendirme Ölçeği'nde genel işlevler alt ölçeği ile yineleme (relaps) sayısı arasında anlamlı ilişki saptamışlardır. Yine aile işlevlerinin kötüleşmesi ile yaşam boyu hastaneye yatış süreleri ve yatış sayısı arasında da anlamlı ilişki bulmuşlardır. Taktak ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da benzer şekilde yatış sıklığının artması, hastalık süresinin uzaması, erken başlangıç yaşı ve tedavi uyumunun kötü olmasıyla aile işlevselliğinin sağlıklı algılanması arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Akut alevlenme döneminde olan hasta grubunda aile işlevselliğinin, yatışma (remisyon) dönemindeki hasta grubuna göre daha sağlıklı algılandığı belirtilmiştir.

Bu çalışma ile hastalık seyrinin ve hastanın genel işlevsellik düzeyinin aile işlevselliğini farklı biçim ve düzeylerde etkilediği, süregelen davranış bozukluklarının bazı aile işlevlerinde sorun yarattığı varsayımlarının sınanması amaçlanmıştır. Bu amaçla iyileşme ve hastalık dönemleri farklı seyreden, hastanın genel işlevsellik düzeyini farklı düzeylerde etkileyen şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve epilepsinin, aile işlevlerini etkilemesi açısından farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bazı yazarlar, hastanın ailesini algılaması psikopatolojinin etkisiyle çarpıtılmış olsa da bu algıları anlamının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Warner ve Atkinson 1988). Bu çerçevede, hasta ve ailesi arasındaki değerlendirme farklılıklarının, hastaya ve aileye uygulanacak terapötik girişimlerde göz önüne alınması gerekliliğini ortaya koymak da çalışmanın amaçları içindedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2001–Aralık 2001 yılları arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Nöroloji Anabilim Dalları tarafından tedavi edilmekte olan 25 şizofreni, 25 iki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDB), 25 epilepsi hastası ile 134 aile üyesi alındı. Şizofreni ve İUDB grubu, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören, bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) temel alınarak tanısı konmuş olan, ölçeği doldurabilecek eğitim ve bilişsel işlev düzeyine sahip, remisyona girdikleri için taburcu edilmek üzere olan, izleme dozunda psikotrop ilaç kullanan hastalardan seçildi. Akut alevlenme döneminde olup yoğun nö-

TABLO 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

Sosyodemografik özellikler	Şizofreni		Epilepsi		İUDB		p*
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Erkek	10	40.0	13	52.0	13	52.0	0.618
Kadın	15	60.0	12	48.0	12	48.0	
Meslek							
Çalışıyor	5	20.0	5	20.0	9	36.0	0.410
Çalışmıyor	14	56.0	12	48.0	8	32.0	
Ev hanımı, emekli, öğrenci	6	24.0	8	32.0	8	32.0	
Eğitim							
İlkokul mezunu	2	8.0	8	32.0	2	8.0	0.370
Ortaokul mezunu	9	36.0	6	24.0	8	32.0	
Lise mezunu	8	32.0	8	32.0	9	36.0	
Üniversite mezunu	6	24.0	3	12.0	6	24.0	
Medeni durum							
Evli	6		8		9		0.156
Bekar, dul	19		17		16		
Aile Tipi							
Çekirdek	23	92.0	25	100.0	22	93.3	0.223
Geniş	2	8.0	–		3	6.7	
Ailede psikiyatrik-nörolojik hastalık öyküsü							
Sürekli stres etkeni varlığı	12	48.0	7	28.0	13	52.0	0.185
Son bir yılda stres etkeni varlığı	10	40.0	11	44.0	12	48.0	0.850
Sosyal destek varlığı	11	44.0	13	52.0	11	44.0	0.807
Sosyal destek varlığı	22	88.0	24	96.0	25	100.0	0.157

Ki-kare testi, p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi İUDB: İki uçlu duygudurum bozukluğu

roleptik baskısında olan, elektrokonvulsif terapi uygulanan, bilişsel işlevleri, gerçeği değerlendirmeleri ve yargılama yetileri ileri düzeyde bozuk hastalar çalışma dışı bırakıldı. Epilepsi hastaları ise Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniği izleminde olan hastalar arasından alındı. Aile üyeleri grubu ise hasta ile aynı evde yaşayan, 15 yaşından büyük, en az ilkokul eğitimi bulunan bireylerden oluşturuldu.

Hasta ve aile üyeleri için ayrı ayrı hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formları sosyal hizmet uzmanı tarafından dolduruldu. Hastaların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgiler için çalışmaya alınan hastaların hekimlerine bir form verildi. Bu formda hekimler hastalarının tedaviye uyumlarını öykülerinden yola çıkarak "tam", "kısmi" ve "uyumsuz" olarak betimlediler. Hastanın genel işlevselliği, DSM-IV'ün V. Eksen için geliştirilen İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) ile değerlendirildi. Hastaların stres etkenleri ve düzeyi DSM-IV'ün IV. eksen kategorilerine göre belirlendi.

Hem hasta, hem de aile bireyleri çalışma hakkında aydınlatıldı ve izinleri alındı. Nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirerek Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Epstein ve ark. 1983) verildi.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan 60 sorulu bir öz bildirim ölçeğidir. "Problem Çözme", ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdüreceği düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir. "İletişim", aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır. "Roller", ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yeri-

TABLO 2. Hasta Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri.

Sosyodemografik özellikler	Şizofreni		Epilepsi		İUDB		p*
	n	%	n	%	n	%	
Meslek							
Çalışıyor	20	57.2	15	26.4	9	36.0	0.410
Çalışmıyor	3	8.5	6	11.8	8	32.0	
Ev hanımı, emekli, öğrenci	12	34.3	30	58.8	8	32.0	
Eğitim							
İlkokul mezunu	2	8.0	8	32.0	2	8.0	0.370
Ortaokul mezunu	9	36.0	6	24.0	8	32.0	
Lise mezunu	8	32.0	8	32.0	9	36.0	
Üniversite mezunu	6	24.0	3	12.0	6	24.0	
Ailedeki konumu							
Anne	6		8		9		0.156
Baba	19		17		16		
Çocuk	23	92.0	25	100.0	22	93.3	
Kardeş	2	8.0	-		3	6.7	0.223
Eş							

Ki-kare testi, İUDB: İki uçlu duygudurum bozukluğu
p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

ne getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkindir. "Duyusal Tepki Verebilme", aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir. "Gereken İlgiyi Gösterme", aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilendirir. "Davranış Kontrolü", bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir. "Genel İşlevler", ailenin önceki tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir. Aile bireyleri her maddenin ailelerini ne kadar tanımladığını 4 puanlı ölçekte derecelendirir. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikte daha çok bozulmayı gösterir.

Çalışmamızda hasta ve diğer aile üyeleri arasında aile işlevlerini algılama ve değerlendirmede farklılık olacağı varsayımından hareketle ölçek, her üç grupta da hasta ve aile bireylerine ayrı ayrı uygulandı. Literatürde de ADÖ'nin hastaların ve aile üyelerinin aile işlevlerini nasıl algıladıklarını karşılaştırmada kullanıldığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Öten ve Dilsiz 1994, Gülseren ve ark 1999, Heru ve Ryan 2002). Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır.

Veriler Ki-kare, Kruskal-Wallis varyans analizi, Student-t, Mann -Whitney U testleri ile de-

ğerlendirilmiş, sayısal değerler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

BULGULAR

Şizofreni grubunun yaş ortalaması 30.96±10.54, epilepsi grubunun 26.48±10.52, İUDB grubunun ise 28.48±7.84'tü. Şizofreni grubunda kadınlar daha fazlaydı ve eğitim düzeyleri diğer iki gruba göre daha düşüktü. Evli olmayanların oranı daha fazlaydı. Hasta gruplarının yaş, cinsiyet, meslek ve medeni durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktaydı (Tablo 1).

Şizofreni grubundaki hastalardan 1'i (% 4) aile içinde ana-baba konumunda, 18'i (% 72) evlat konumunda idi. İUDB ve epilepsi grubundaki hastaların 8'i (% 32) aile içinde ana-baba konumunda, 16'sı (% 64) evlat konumunda idi. Hastaların aile içindeki konumlarında gruplar arasındaki fark, Kruskal Wallis ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2= 13.93$, $p=0.030$).

Aile tipi ve birlikte yaşadıkları kişiler değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Şizofreni grubunun aile bireylerinin yaş ortalaması 41.08±16.78'di. 16 kadın, 19 erkekten

TABLO 3. Grupların ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması.

ADÖ alt ölçekleri	Şizofreni (ort±SS)	Epilepsi (ort±SS)	İUDB (ort±SS)	X ²	p*
Problem çözme	2.396 ± 0.87	2.048 ± 0.52	1.644 ± 0.54	11.656	0.003
İletişim	2.420 ± 0.49	2.248 ± 0.47	1.784 ± 0.56	12.932	0.002
Roller	2.348 ± 0.44	2.320 ± 0.50	1.904 ± 0.60	8.214	0.016
Duygusal tepki verebilme	2.352 ± 0.69	2.228 ± 0.53	1.824 ± 0.63	9.303	0.010
Gereken ilgiyi gösterme	2.308 ± 0.59	2.140 ± 0.39	2.184 ± 0.50	1.365	0.505
Davranış kontrolü	2.248 ± 0.52	2.484 ± 0.45	1.744 ± 0.50	21.719	0.000
Genel işlevler	2.272 ± 0.60	2.184 ± 0.50	1.624 ± 0.67	13.697	0.001

*Kruskal-Wallis testi

İUDB: İki uçlu duygudurum bozukluğu, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

oluşmaktaydı. Epilepsi grubunun aile bireylerinin yaş ortalaması 31.21±15.37'ydi. 28 kadın, 23 erkekten oluşmaktaydı. İUDB grubunun aile bireylerinin yaş ortalaması 31.72±15.23'tü; 22 kadın ve 26 erkekten oluşmaktaydı (Tablo 2).

İşlevselliğin genel değerlendirmesinde tanı grupları arasında Kruskal Wallis ile anlamlı farklılık saptandı. Epilepsi hastalarının işlevsellik düzeyi daha yüksek iken (% 79.2±14.1) şizofreni grubunda en düşüktü (% 46.2±14.5). Hastalık süresi açısından da gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Şizofreni ve İUDB arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, epilepsi grubunda hastalık süresi diğer iki gruba göre daha uzundu (Mann-Whitney U, p<0.05).

Şizofreni grubunda 11 (% 44) hasta tedaviye kısmi uyum sağlarken, İUDB grubunda 14 (% 56) hasta tedaviye kısmi uyumlu, epilepsi grubunda ise 23 (% 92) hasta tedaviye tam uyumlu idi. Şizofreni grubunda tedaviye uyumsuzluk oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0.05).

Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarında gruplar arası farklılığa Kruskal-Wallis testi ile bakıldığında "gereken ilgiyi gösterme" alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek puanları arasında hastalar arasında anlamlı farklılık saptandı. Gruplar Bonferroni düzeltmesiyle Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında (Aksakoğlu 2001) "roller", "duygusal tepki verme", "davranış kontrolü" ve "genel fonksiyonlar" alt ölçeklerinde farklılığın İUDB hasta grubundan kaynaklandığı gözlemlendi. Problem çözme ve iletişim alt ölçeklerinde ise şizofreni ile İUDB arasında belirgin farklılık (p<0.01) bulunmaktaydı (Tablo 3).

Hasta ailelerinin ADÖ alt ölçek puanları hastalık grupları arasında anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 4).

ADÖ puan ortalamaları üzerinden karşılaştırıldığında şizofreni hastaları ailelerine göre "iletişim" ve "davranış kontrolünü" daha sağlıklı bulurken, epilepsi hastaları "roller" ve "davranış kontrolünü" daha sağlıklı olarak tanımladı. İUDB grubu aileleri hastalarına göre "problem çözme"yi ve "genel işlevleri" daha sağlıklı değerlendirmekteydi (Tablo 5).

Aynı evde başka bir ruhsal-nörolojik hastası daha olan ailelerde "problem çözme" alt ölçeği anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U: 464.5, p=0.016). Sürekli ya da son bir yıl içinde daha fazla stres etkeni bildiren hastaların ailelerinde "roller" alt ölçek puanı anlamlı düzeyde yüksekti (U: 485.0, p=0.026). İUDB grubu ailelerinde davranış kontrolü (U: 40.0, p=0.037) ve genel işlevler alt ölçek puanları stres etkeni tanımlayanlarda anlamlı düzeyde yüksekti. Hastaların genel işlevsellik düzeyi ile aile işlevleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, sadece İUDB grubunda hastanın genel işlevsellik düzeyi ile ailenin "gereken ilgiyi gösterme" alt ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (r: 0.406, p: 0.04).

TARTIŞMA

Davranış bozukluklarının seyri ve hastaların işlevsellik düzeyleri, aile işlevselliğini farklı şekillerde etkilemektedir. İUDB yinelemelerle giden, ancak ara dönemlerde hastanın genel işlevselliğinin normale yakın bir duruma dönmesine izin veren bir hastalıktır. Epilepsi, kişilik özelliklerinde ortaya çıkardığı süreğen değişikliklerle kişiler arası ilişkileri ve işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Şizofreni ise yinelemelerde şiddeti artan bir seyir gösterebilir ve işlevsellikte giderek artan bir yıkım oluşturur. İUDB'de ara dönemlerdeki iyilik hallerinin, ailenin hastalığa uyumunu

TABLO 4. Ailelerin ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması.

ADÖ alt ölçekleri	Şizofreni ailesi (ort±SS)	Epilepsi ailesi (ort±SS)	İUDB ailesi (ort±SS)	X ²	p*
Problem çözme	2.128 ± 0.72	1.920 ± 0.51	2.088 ± 0.56	1.317	0.518
İletişim	2.096 ± 0.50	2.064 ± 0.53	1.848 ± 0.43	3.527	0.171
Roller	2.188 ± 0.60	2.020 ± 0.49	2.124 ± 0.61	1.238	0.538
Duygusal tepki verebilme	2.040 ± 0.56	2.020 ± 0.66	2.140 ± 0.62	0.677	0.713
Gereken ilgiyi gösterme	2.212 ± 0.46	2.076 ± 0.43	2.052 ± 0.53	2.167	0.338
Davranış kontrolü	1.964 ± 0.47	2.032 ± 0.47	1.988 ± 0.52	0.547	0.761
Genel işlevler	2.024 ± 0.58	1.956 ± 0.75	1.928 ± 0.63	0.703	0.703

*Kruskal-Wallis testi

İUDB: İki uçlu duygudurum bozukluğu, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği
p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir ya da şizofrenideki kesintisiz gidişin ailenin beklentilerini azaltarak duruma uyum sağlamayı kolaylaştıracağı ileri sürülebilir. İki uçlu duygudurum bozukluğunda aile işlevlerinin önemli derecede bozulmadığına dair yayınlar bulunmaktadır. Cooke ve arkadaşları (1999) İUDB olan 56 hastanın aile tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada, kontrol grubunun ailelerinden farklı bir profil görülmediğini bildirmişlerdir. İkinci varsayımı destekleyen bir çalışmada ise (Gülseren ve ark. 1999) şizofreni grubunun aile işlevleri genel olarak daha iyi bulunmuştur.

Çalışmamızın bulguları ilk varsayımı destekler niteliktedir. İUDB grubu aile işlevlerini total olarak ve "roller", "duygusal tepki verme", "davranış kontrolü" ve "genel fonksiyonlar" alt ölçeklerinde diğer gruplara göre daha yüksek oranda sağlıklı düzeyde bildirmişti. İyileşme dönemlerinde tortu belirtilerin, davranış bozukluklarının çok daha az olması ailenin eski dengelerine kavuşmasına olanak sağlıyor olabilir. Şizofreni grubunda İUDB grubuna göre problem çözme ve iletişim alt ölçeklerinin sağlıksızlık düzeyinin yüksek olması da bu görüşü destekler görünmektedir. Şizofrenili üyesi olan aileler süregiden hastalığın yarattığı sorunlarla başa çıkmada ve iletişim kurmada güçlük yaşamaktadırlar.

Epilepsi şizofreni kadar yıkıcı bir süreç olmakla birlikte uzun süreç, sık ataklar ve bireyin kişilik özelliklerini etkilemesi açısından İUDB'den daha olumsuz bir seyir izlemektedir. Epileptik nöbet geçiren bireylerin ailelerinde aile içi roller ve iletişim alanında güçlükler gelişebilmektedir (Krawetz ve ark. 2001). Thompson ve Upton (1994) aile işlevlerindeki bozulmanın

ruhsal ve davranışsal sorunların ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu, epilepsiyi kötüleştirdiğini belirtmişlerdir. 1993'te Kanada'da yapılan Ontario sağlık araştırmasında, epilepsi genel sağlığın kötüleşmesi, yaşam kalitesinde bozulma, aile işlevleri ve sosyal destek sistemlerinde yetersizlik ve sağlık sistemi kullanımında artış için belirleyici bir etken olarak belirtilmiştir (Wiebe ve ark. 1999). Bizim çalışmamızda da epilepsi grubunun aile işlevlerindeki sağlıksızlık, şizofreni grubuna daha yakın durmaktadır.

Çalışmamızda "gereken ilgiyi gösterme" her üç hasta grubunda da benzeri düzeyde ve sağlıklı düzeyde bildirilmişti. Geleneksel aile yapımızın, hastalanan üye üzerine koruyucu, kollayıcı bir tutuma yol açması bu bulguyu açıklayabilir. Ancak İUDB grubunda hastanın genel işlevselliğinde azalmaya paralel olarak "gereken ilgiyi gösterme" artmaktaydı. Diğer hasta grupları için de beklediğimiz bu ilişkinin sadece İUDB'de saptanması, bu hastalığın yineleme ve iyileşme dönemlerinde hastalardaki belirgin işlev farklılığı ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Hastalar ve ailenin diğer bireylerinin aile işlevlerini farklı şekilde algılaması, beklenen bir durumdur. Bu farklı algılamada hastalığın doğasının etkili olabileceği düşünülebilir. Örneğin şizofreni hastalarının ailelerine göre "iletişim"i daha sağlıksız bulması, şizofrenik süreçte hastanın düşünce sürecinin bozulması ve iletişime duygusal katılımının azalmasına, aile üyelerinin olumsuz tepki vermeleri ile ilişkili olabilir. Benzeri bir çalışmada iletişim ve gereken ilgiyi gösterme konusunda, şizofreni hastalarının manik hastalara göre ailelerini daha sağlıksız buldukları bildirilmiştir (Erol ve Yazıcı 2000). Miklowitz ve arkadaşları (1995), şizofreni bozukluğu olan 42 hasta ve İUDB olan 22 hastanın ailelerinin, hastalarla olan sözel iletişimlerini değerlendirdikleri çalış-

TABLO 5. Hastalar ve Ailelerinin ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması.

	Şizofreni hasta grubu (ort±SS)	Şizofreni ailesi	U	p*
Problem çözme	2.40 ± 0.87	2.13 ± 0.72	255.5	0.268
İletişim	2.42 ± 0.49	2.10 ± 0.50	186.5	0.014
Roller	2.35 ± 0.44	2.20 ± 0.60	252.5	0.243
Duygusal tepki verebilme	2.35 ± 0.69	2.04 ± 0.56	221.5	0.076
Gereken ilgiyi gösterme	2.31 ± 0.59	2.21 ± 0.46	273.5	0.448
Davranış kontrolü	2.25 ± 0.52	1.96 ± 0.47	209.0	0.044
Genel işlevler	2.27 ± 0.60	2.02 ± 0.58	232.0	0.117

	Epilepsi hasta grubu	Epilepsi ailesi	U	p*
Problem çözme	2.048 ± 0.52	1.92 ± 0.51	263.5	0.341
İletişim	2.248 ± 0.47	2.06 ± 0.53	254.0	0.225
Roller	2.320 ± 0.50	2.02 ± 0.49	200.5	0.029
Duygusal tepki verebilme	2.228 ± 0.53	2.02 ± 0.66	251.5	0.234
Gereken ilgiyi gösterme	2.140 ± 0.39	2.08 ± 0.43	286.0	0.605
Davranış kontrolü	2.484 ± 0.45	2.03 ± 0.47	153.0	0.002
Genel işlevler	2.184 ± 0.50	1.96 ± 0.75	229.5	0.107

	İUDB hasta grubu	İUDB ailesi	U	p*
Problem çözme	1.64 ± 0.54	2.09 ± 0.56	182.0	0.011
İletişim	1.78 ± 0.56	1.85 ± 0.43	297.5	0.799
Roller	1.90 ± 0.60	2.12 ± 0.61	243.0	0.177
Duygusal tepki verebilme	1.82 ± 0.63	2.14 ± 0.62	220.0	0.072
Gereken ilgiyi gösterme	2.18 ± 0.50	2.05 ± 0.53	249.0	0.215
Davranış kontrolü	1.74 ± 0.50	1.99 ± 0.52	222.5	0.079
Genel işlevler	1.62 ± 0.67	1.93 ± 0.63	208.5	0.043

	Tüm hasta grupları	Tüm hasta aileleri	t	p**
Problem çözme	1.99 ± 0.73	2.09 ± 0.60	-0.929	0.354
İletişim	2.09 ± 0.59	2.06 ± 0.50	0.286	0.776
Roller	2.09 ± 0.55	2.21 ± 0.58	-1.309	0.192
Duygusal tepki verebilme	2.07 ± 0.69	2.14 ± 0.58	-0.682	0.496
Gereken ilgiyi gösterme	2.19 ± 0.52	2.13 ± 0.47	0.678	0.499
Davranış kontrolü	2.01 ± 0.54	2.15 ± 0.54	-1.565	0.120
Genel işlevler	1.95 ± 0.72	2.05 ± 0.58	-0.884	0.378

İUDB: İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

*Mann-Whitney U testi

**Student-t testi

p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

malarında, şizofreni hastalarının ailelerinin sözel iletişim tarzının daha olumsuz ve içe dönük olduğunu, daha az destekleyici ve daha fazla inkar eden ifadeler içerdiğini saptamışlardır.

Hem şizofreni, hem de epilepsi hastaları, ailelerine göre "davranış kontrolü"nü daha sağlıklı düzeyde değerlendirdiler. Hastalar, ailenin her üye için standart bir davranış sergilemediğini düşünmekteydi. Aile ve hasta arasındaki bu değerlendirme farklılığı, hastadaki süregen davranış bozukluklarının ailenin duygu dışavurumunu

olumsuz etkilemesi ve ailede hasta aleyhine olumsuz bir denge oluşması ile bağlantılı olabilir.

İUDB grubunda ailelerin hastalara göre "problem çözme"yi ve "genel işlevleri" daha sağlıklı bulması, ailenin bu alanlardaki beklentilerinin hastalara göre daha yüksek olduğunu gösteriyor olabilir.

Hasta ve aile üyeleri arasındaki bu algı ve değerlendirme farklılığı, hastaya ve aileye yapılacak terapötik müdahalelerde dikkate alınması gereken bir durumdur. Psikiyatrik hizmetin, bireyin ve ailenin hastalıkla başa çıkma konusunda öğretilince yeterli ve yetkin olmalarını sağlayacak, ailenin güçlü ve zayıf yanlarını dikkate ala-

çak şekilde düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın ve benzeri çalışmaların sonuçları, hastaların daha çok iletişim ve ilgiye, daha uygun davranış kontrolü yöntemlerine gereksinim duyduklarını, oysa ailenin sağlıklı bireylerinin problem çözme konusunda sorun algıladıklarını ve ailenin işlevlerini düşük bulduklarını göstermektedir. Hastanın ve aile üyelerinin problem çözme ve iletişim becerilerini artırıcı ruhsal-egitim yöntemleri bu sorunları çözmeye yardımcı olabilir. Hem ailenin iyiliğini, hem de hastanın bakımını sağlayacak düzeyde bir işlevselliği amaçlayan bu tedavi yaklaşımlarının kronik mental hastalıklarda alevlenme oranını azalttığı gösterilmiştir (Leff ve ark. 1985, McFarlane ve ark. 1995, Miklowitz ve Goldstein 1997).

Aileyi ve hastayı ilgilendiren diğer etkenler de aile işlevlerine olumsuz katkıda bulunmaktadır. Örneğin çalışmamızda, aynı evde başka bir ruhsal ya da nörolojik hastası daha olan ailelerin "problem çözme" alanında sağlıksızlık oranları daha yüksek bulunmuştur. Davranış sorunları olan üye sayısı arttıkça, aile içindeki sorunların çözümü zorlaşıyor görünmektedir. Sürekli ya da son bir yıl içinde daha yüksek düzeyde stresin varlığı ailelerde "roller"in dağılımını ve sürdürül-

mesini olumsuz etkilemektedir. Stres etkeni daha fazla olan İUDB grubunda, her bir stres etkeni ile başa çıkmaya çalışırken ailenin, davranış kontrolünü sağlamada, genel işlevlerini sağlıklı sürdürmede güçlük yaşadığı izlenimi edinilmektedir.

Ailenin her üyesinin aileyi bir bütün olarak ele alıp, öznel ve geriye dönük bir değerlendirme yapması, bunun yanında örneklem grubunun küçük olması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Daha geniş örneklem gruplarında ve farklı süreç izleyen hastalıklarda hastalık doğası ile aile işlevlerinde ortaya çıkan işlev bozukluklarının araştırılması planlanmaktadır.

SONUÇ

Ailenin hastalık deneyimi ve bu duruma uyum sağlaması, dinamik ve süregiden bir süreçtir (McCubbin ve Patterson 1982). Hasta, hastalık, aile, sosyal destek, tedavi ve bakım süreçleri birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir. Çalışmada elde ettiğimiz bulgular hastalık seyrinin aile işlevlerinde bazı özgün güçlüklereden neden olabileceğini düşündürmektedir. Bu özgün güçlüklerde hem bireyin, hem de ailenin başa çıkma yetilerini geliştirecek ruhsal-egitim uygulamaları yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu G (2001) Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir, 9 Eylül Üniversitesi Yayınları, s. 280-284.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.:E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Beavers W (1982) Healthy, midrange and severely dysfunctional families. Normal Family Processes, F Walsh (Ed), New York/London, Guilford Press, 45-66.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara, Özgünel Matbaası.

Cooke RG, Young LT, Mohri L ve ark. (1999) Family-of-origin characteristics in bipolar disorder: a controlled study. Can J Psychiatry, 44: 379-381.

Deniz H, İlnem C, Yener F ve ark. (1998) Şizofren bireyin algıladığı duygu davranış düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. Düşünen Adam, 11: 5-15.

Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C ve ark. (2001) Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu davranışının incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2: 5-14.

Epstein N, Baldwin L, Bishop D ve ark. (1983). The McMaster Family Assessment Device. J Marital and Family Ther, 9: 171-180.

Epstein NB, Bishop D, Ryan ve ark. (1993) The McMaster model view of healthy family functioning. Normal Family Processes, F Walsh (Ed), New York/London, The Guilford Press, 138-160.

Erol A, Yazıcı F (2000) İlk epizod şizofreni ve psikotik özellikli mani: dışı vurulan duygulanım ve aile işlevleri (Yayınlanmamış veri).

Fisher L, Weihs K (2000) Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. J Family Practice, 49:561-566.

Goldstein MJ (1987) Psychosocial issues. Schizophr Bulletin, 13: 157-171.

Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark. (1999) Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. 3P Dergisi, 7: 23-32.

Heru A, Ryan C (2002) Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/recurrent mood disorders. Internat J Psychosoc Rehabil, 7: 53-60.

Inoff-Germain G, Nottelmann ED, Radke-Yarrow M ve ark. (1997) Relation of parental affective illness to family, dyadic and individual functioning: An observational study of family interaction. American J Orthopsychiatry, 67: 433-448.

Keitner GI, Miller IW, Ryan CE (1994) Family functioning in severe depressive disorders. Severe Depressive Disorders, Progress in Psychiatry, L. Grunhaus, JI Greden (Ed), N: 44, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, s. 89-110.

Krawetz P, Fleisher W, Pillay N ve ark. (2001) Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. J Nervous and Mental Dis, 189: 38-43.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R ve ark. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. B J Psychiatry, 146: 594-600.

Lefley HP (1996) Family caregiving in mental illness. Thousand Oaks, CA: Sage.

McFarlane WR, Link B, Dushay R ve ark. (1995) Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. Family Process, 34:127-144.

McCubbin HI, Patterson JM (1983) The family stress process: the Double ABCX Model of adjustment and adaptation. Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Theory and Research, HI McCubbin, MB Sussman, JM Patterson (Ed), New York, Haworth Press, s. 7-37.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Fallon IRH (1995) Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. J Abnorm Psychology, 104: 268-276.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ (1997) Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach. New York, Guilford Press.

Olson DH, McCubbin HI, Barnes H ve ark. (1983) Families: what makes them work, Beverly Hills, Sage.

Öten N, Dilsiz A (1994) İntihar girişiminde bulunan bir grup ergenin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. 3P Dergisi, 2: 227-233.

Strachan AM (1986) Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. Schizophr Bulletin, 12: 678-698.

Taktak Ş, Erkıran M, Özeren M ve ark. (2000) Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, 143-147.

Tessler RC, Killian LM, Gubman GD ve ark. (1987) Stages in family response to mental illness: An ideal type. Psychosoc Rehab J, 10: 3-16.

Thompson PJ, Upton D (1994) Quality of life in family members of persons with epilepsy. Epilepsy and Quality of Life. MR Trimble, WE Dodson (Ed) New York, Raven Press Ltd, 19-31.

Walsh F (1982) Normal Family Process (Ed). New York: Guilford Press.

Warner R, Atkinson M (1988) The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. Br J Psychiatry, 153: 2344-2353.

Wiebe S, Bellhouse DR, Fallahay C ve ark. (1999) Burden of Epilepsy. The Ontario Health Survey. Can J Neurol Sciences, 26: 263-270.

Wood BL (1993) Beyond the "psychosomatic family": A biobehavioral family model of pediatric illness. Family Process, 32: 261-278.

Wood BL, Klebba KB, Miller BD ve ark. (2000) Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment. Family Process, 39: 319-326.

Türk Psikiyatri Dergisi Araştırma Ödülü 2004

**“Şizofreni Tanılı Hastaların Anne-Babalarında Frontal Lob İşlevleri”
konulu çalışmaları ile**

**Dr. Almila Erol
Dr. Serpil Büyükçatalbaş
Dr. Levent Mete**

2004 yılı Türk Psikiyatri Dergisi
Araştırma Ödülünü
Kazanmışlardır.