

Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler

Dr. Leyla GÜLSEREN¹

ÖZET

Şizofreni tanısı konan hastaların artık daha çok toplum içinde sağaltılması, ailelerin yaşadığı sorunların artmasına neden olmaktadır. Utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, gelecek kaygısı ve öfke ailelerin sıklıkla yaşadığı duygulardır, anksiyete ve depresyon ortaya çıkabilir. Ekonomik sorunlar, aile içi çatışmalar, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, toplumun hastaları reddedici tutumu karşılaşılan belli başlı güçlüklerdir. Özellikle negatif belirtiler ailenin yükünü arttırır. Yeterli sosyal desteği alamayan, duygu dışavurumu yüksek olan ve hastalıkla etkin başa çıkma yollarını kullanamayan ailelerin yükü daha fazla olmaktadır. Şizofreni ve aile arasındaki ilişkiye tarihsel gelişimi açısından bakıldığında, psikolojik kuramı savunan çoğu araştırmacının aileyi hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul ettiği görülmektedir. Daha çok klinik gözleme dayanan ve ruh sağlığı çalışanlarıyla ailelerin ilişkisine fazlasıyla zarar vermiş olan söz konusu kuramlar günümüzde geçerliliğini yitirmiştir. Aile sağaltım planına dahil edilmelidir. İlk psikotik atak ya da akut alevlenme nedeniyle hastaneye yatış ailelerle bağlantı kurmak için uygun dönemlerdir. Aileyi suçlamadan, destekleyici ve eşduyuma dayalı bir tutumla yaklaşılmalıdır. Hastalıkla baş etmede işlevsel olmayan yollar kullanılıyorsa değiştirilmesi için yardımcı olunmalıdır. Sağaltım ekibiyle doyurucu bir ilişkinin kurulması ve yeterli desteğin sağlanması ailenin yükünü azaltır. Eğitim ve destek grupları yanında bilişsel-davranışçı terapiler gibi daha özgül yöntemler uygulanabilir. Aileler sivil toplum örgütlerinin oluşturulması konusunda desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile, yük

SUMMARY: Schizophrenia and the Family: Difficulties, burdens, emotions, needs

Treating patients with schizophrenia mostly in the community causes more problems for the families. Shame, guilt, fear, helplessness, hopelessness, and anger are feelings frequently experienced by families. The main difficulties are financial problems, intra-familial conflicts, negative effects on social life, and the rejecting attitude of the community towards the patients. Negative symptoms are especially burdensome for the families. Families with inadequate social support, with high expressed emotion, and who cannot use effective coping styles have heavier burdens. When the relationship between schizophrenia and family is investigated in a historical context, it is seen that most investigators supporting psychological theory consider the family to be the cause of the disease. These theories, which depend mostly on clinical observations and which have damaged the relationship between the clinicians and the family members, have lost their validity during the last thirty years. Family should be included in the treatment plan. Hospitalization due to the first psychotic episode or further psychotic recurrences is the most convenient period for establishing contact with the families. One should approach the family in a supportive and empathic manner, without putting any blame on them. If maladaptive coping styles are being used, one should help the family to change to adaptive ones. In addition to educative and supportive groups, more specific methods like cognitive-behavioral therapies can be used. Families should be supported in terms of forming non-governmental organizations.

Key Words: Schizophrenia, family, burden

¹Uzm., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kl., İzmir.

GİRİŞ

Hastanede kalış süresinin kısaldı ve sağaltımın artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması şizofrenisi olan birçok hasta için ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır. Bu durum bir dizi sorunu beraberinde getirmiştir. Ancak çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi gözardı edilmektedir. Oysa ki hasta için akrabalarıyla birlikte hastane dışında yaşamayı olanaklı kılan bir denge aynı zamanda ailenin yaşamını da sınırlar (Lamb ve Oliphant 1978, Gibbons ve ark. 1984, Pakenham ve Dadds 1987).

Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınındaki insanları da etkiler. Düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulma ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilir. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğuyla yakından ilişkilidir: İlk psikotik atağını geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler. Utanç ve suçluluk sık yaşanan duygulardır. Ciddi boyutlarda ekonomik sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybı ve sağaltım masrafları nedeniyle güçlükler yaşanabilir. Psikotik bozukluklarda aile içindeki iletişim biçiminin (communication pattern) belirtilerin sürmesine katkıda bulunduğu tartışılmaktadır. Ancak bu iletişim biçimi ruhsal bozukluğun etkisiyle de ortaya çıkmış olabilir. Örneğin, ailede şizofrenisi olan bir çocuğun bulunması şiddetli tartışmalar ve hayal kırıklığı yaratarak hastaya yönelik eleştirel bir tutum içine girilmesine yol açabilir. Dolayısıyla neden-sonuç bağlantısını kurarken dikkatli olunmalıdır. Hastanın davranışları evlilik ilişkisinde baskı ve zorlanma yaratabilir. Hastalığın etkisi şizofreninin başlangıcından önceki ilişkinin niteliğiyle ilgilidir. Zaten gergin olan bir ilişki hastalığın başlamasıyla birlikte daha sorunlu hale gelebilir (Perlmutter 1996). Anababalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutarlar. Bu adeta “bitmeyen yas” sürecidir (Willick 1994). Ailenin diğer üyelerinde emosyonel sorunlar ortaya çıkabileceği gibi hasta yakınlarının mesleki verimleri de düşebilmektedir (Gibbons ve ark. 1984, Provencher 1996). İlaç kullanmasına karşın sağaltıma yanıt vermeyen ya da ilaç almayı reddeden hastaların yakın-

ları çaresizlik yaşarlar (Mete 1998). Psikotik hastalara karşı toplumun reddedici tutum içinde olması hasta yakınlarının yaşadığı bir başka güçlüktür (Tuna 1999). Bazı aileler yaşanan tüm olumsuzluklara karşın dikkatlerini ve enerjilerini psikotik üyeye yöneltmek için derin bir anlam da bulabilirler. Bu etkinin bir diğer olumlu sonucu olarak derneklere katılma ve toplum yararına çalışmadır. Bazen de şiddetli düzeydeki psikotik davranışlarla başa çıkabilmek için gereken yoğun çaba aileyi birarada tutan bir “tutkal” işlevi görebilir (Perlmutter 1996).

Şizofrenide ailenin yükü

Ailede ruhsal bir hastalığın varlığı hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Bu durum ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken yük (burden) duygusu yaşamalarıyla sonuçlanır (Levene ve ark. 1996). Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili emosyonel sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Bloch ve ark. 1994, Provencher ve Mueser 1997). Ancak böyle bir kavram-sallaştırma, damga (stigma) ve damgalanmanın aile ve ilişkiler üzerindeki etkisi, hastalığı aktarmış ya da yeterince önlem almamış olmanın suçluluğu, psikiyatri servisleriyle yaşanan çatışmalar gibi hasta yakını için sıkıntı doğuran bazı konuların gözden kaçmasına neden olabilir (Bloch ve ark. 1994). Şizofrenide aile yükü yalnızca yakın akrabalar için geçerli olan bir tanımlama değildir (Magliano ve ark. 1999). Akrabaların tümü hastalıktan etkilenecek hastalığı sonraki kuşaklara aktarma kaygısını yaşayabilirler (Perlmutter 1996).

Konuyla ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların belirti örüntüsü, sosyal işlevsellik gibi hastayla ilişkili ve sosyal destek, duygu dışavurumu gibi ailenin diğer üyeleriyle ilişkili etmenleri araştırarak biçimde başlıca iki grupta kümelendikleri görülmektedir: Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu (Dyck ve ark. 1999), saldırgan ya da psikotik davranışlardan çok özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (Gopinath ve Chaturvedi 1992). Benzer biçimde

Bloch ve arkadaşları (1994), hasta yakınları için en çok yük oluşturan iki grup davranış tanımlanmışa dikkat çekmişlerdir. İlki, sosyal geri çekilme, yavaşlık, ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili olanlardır. Bu tür davranışların özellikle hastanın tek sosyal bağlantı içinde olduğu akrabalarca tolere edilmesi güçtür. İkinci grupta rahatsız edici, sosyal yönden utandırıcı ya da öngöremeyen davranışlar yer almaktadır. Şiddet ya da özkıymıla ilişkili sorunlar daha az görülen ancak ortaya çıktığında ön plana geçen davranışlardır. Öznel yük duygusu hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır (Provencier ve Mueser 1997). Bu durum, negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla rol işlevselliğini daha fazla etkilemeleriyle bağlantılı olabilir. Yanı sıra negatif belirtilerin kontrol edilemeyecek ya da değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da hasta yakınlarının fazladan sorumluluk almalarına bağlı olarak yükü arttırabilir. Hastalık şiddeti ve yetiyitimi fazla olduğunda yük artmaktadır (Pereira ve de Almeida 1999). Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yetiyitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (Magliano ve ark. 1998a).

Lanzara ve arkadaşları (1999), ailelerin en fazla sosyal ilişkiler alanında yük hissettiklerini, hastadaki yetiyitiminin yük için esas öngörücü olduğunu, manik ve pozitif belirtilerin, hastayla geçirilen zamanın, aile üyelerinin sosyal desteğinin yükü öngörmeye daha az öneme sahip olduğunu saptamışlardır. İyi bir sosyal desteğin (Magliano ve ark. 1998b, Dyck ve ark. 1999, Magliano ve ark. 2000) ailenin yükünü azalttığı, hastayla geçirilen zamanın fazla olmasının yükü arttırdığı yönünde bulgular da vardır (Magliano ve ark. 1998a). Hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme ailenin yükünü azaltır (Magliano ve ark. 2000). Yüksek duygu dışavurumu olan aileler daha fazla yük bildirmişlerdir (Sczufca ve Kuipers 1996, Sczufca ve Kuipers 1998). Sczufca ve Kuipers'a göre (1996), ailedeki duygu dışavurumu ve yük, hastanın gerçek defisitleri ya da psikopatolojisinden çok aile üyelerinin hastanın durumunu nasıl değerlendirdiklerine bağlıdır. Budd ve arkadaşları (1998), şizofrenisi olan hastanın yakınlarının hastayla başa çıkma tarzlarıyla yük-

leri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Buna göre, eleştirici/baskıcı ve boyun eğici tutum, aşırı koruyuculuk, duygusal yönden aşırı müdahale daha fazla düzeyde yükü bağlantılı bulunurken, içten/sıcak bir tarzı benimseyen hasta yakınlarının yükünün daha düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Hastayla başa çıkma yolları ve yük kültürel etmenlerden etkilenebilir (Magliano ve ark. 1998b). Ailedeki yükü değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Yükün erken bir depresmeyi öngörmeye, duygu dışavurumunun ölçümüne göre daha fazla değeri olduğu yönünde bulgular vardır (Levene ve ark. 1996).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada Karancı (1995), hasta yakınlarının hastalığa ilişkin nedsel atıflarını, yüklerini ve sağlık personelinde beklentilerini araştırmıştır. Hasta yakınlarının aile yaşantılarında çatışmalar ve duygusal sorunların yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle de karşılaştıklarını saptamıştır.

Kardeş ilişkileri

Nechmad ve arkadaşları (2000), şizofrenide kardeşlere yönelik çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Buna göre, 1950-1970'li yıllar arasında yapılan çalışmalar şizofreninin ailesel olarak aktarıldığı kuramına dayanmış ve hastalığa yakınlıkları olduğu düşüncesiyle kardeşlere odaklanmıştır. Çoğu çalışmada, kardeşlerde şizofreni gelişme bile patolojik aile dinamiklerine bağlanabilen önemli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Yazarlar, aile yükü kavramının 1960'lı yılların sonlarında ortaya atılmasıyla şizofreni tanısı konulan bir kardeşle birlikte büyümenin emosyonel etkilerinin araştırılmaya başlandığına dikkat çekmektedirler. Daha çok betimleyici verilerin elde edildiği 1980'li yılların başında yapılan çalışmalardan sonra, son zamanlarda kardeşlerin yaşadığı yük duygusuna eşlik eden değişkenlerin sistematik olarak tanımlanmasına çalışılmaktadır. Kardeşin aile içindeki konumunun hasta üyeye tepkisini etkileyip etkilemediği, ilişkilerde suçluluk duygusunun rolü, sağaltım ekibince yapılacak girişimlerin neler olduğu gibi soruların yanıtlanabilmesi için uzun süreli izleme dayanan ve homojen gruplarla yapılacak çalışmalar önerilmektedir.

Ailenin sağlıklı çocuklarında kıskançlık, öfke, hasta kardeşi reddetme, aileden kopma, sağlıklı olmaktan dolayı suçluluk duyma (survivor guilt)

ve bununla bağlantılı olarak ne kadar güç olduğuna bakılmaksızın hasta bireye bağlanarak yardıma çalışma tarzında farklı tepkiler ya da duygular ortaya çıkabilir. Anababaların tutumları, hasta üyenin semptomatolojisi bu tepkilerde belirleyici rol oynar. Örneğin, hastadaki acayip sanrılar, şüphecilik, düşünce sürecindeki bozulma tolere edilebilirlerken, bazı jestler, sesler ya da manyerizm tolere edilmeyebilir (Perlmutter 1996). Greenberg ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada (1997), sağlıklı kardeşlerin yükünün hasta kardeşin semptomatolojisiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Hasta kardeşin psikotik davranışı kontrolü dışında görüldüğünde öznel yük daha az olmaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde aile

Şizofreni ve aile arasındaki ilişkiye tarihsel gelişimi açısından bakıldığında önceleri şizofreninin tamamen biyolojik ya da tamamen psikolojik bakış açısıyla anlaşılmaya çalışıldığı görülmektedir. Psikolojik kuramı savunan araştırmacıların çoğu aileyi hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul etmişlerdir. Frieda Fromm-Reichman şizofrenisi olan hastaların annelerinin soğuk, uzak, reddedici, aşırı koruyucu ve kollayıcı olduklarını ileri sürüp “şizofrenojenik anne” tanımını kullanmıştır. Daha sonraları ilgi anababalar arası çatışmalar ve evlilik uyumsuzluğuna yönelmiş; Bateson, Bowen, Lidz, Wynne ve Laing gibi araştırmacılar şizofreniye neden olduğunu ileri sürdükleri çeşitli aile yapıları, iletişim ve etkileşim biçimleri tanımlamışlardır. Bu kuramların bilimsel araştırmalardan çok, az sayıda klinik gözleme dayanmasına rağmen geniş ölçüde kabul görmesi, ruh sağlığı çalışanlarıyla ailelerin ilişkisine günümüzde bile etkisini sürdürecektir. Barrowclough ve Tarrier (1992, Bloch ve ark. 1994).

İletişim sapması (communication deviance) bütünlüğü kaybolmuş ve bir konuya odaklanmayı sürdürmede yetersizlikle belirli, organizasyonu bozulmuş bir iletişim biçimini tanımlamak için Wynne ve Singer tarafından ortaya atılmış bir kavramdır (Bloch ve ark. 1994). Bu tarz iletişimin, yatkınlığı olan çocuklarda bilgi işleme süreçleri ve düşünce bozukluğuna yol açabileceği bildirilmiştir. Ancak söz konusu sapmanın şizofreni tanısı konmuş üyesi olan ailelere özgü olup olmadığını anlamak için daha fazla sayıda

çalışmaya gereksinim vardır.

Ailelerle ilgili olarak üzerinde en çok çalışılmış konu duygu dışavurumudur. Aile ortamının hastalığın seyri üzerindeki etkisiyle duygu dışavurumu çalışmalarının başlaması hemen hemen eş zamanlıdır. Konuyla ilgili araştırmalar ilk kez 1950’lerde, şizofrenide yinelemelerin nedenlerini araştıran Brown ve arkadaşlarınca başlatılmıştır. Araştırmacılar, ev ortamının yinelemelerden sorumlu olabileceği düşüncesinden hareketle, hasta yakınlarının hastalara yönelik duygularını değerlendirmek için yarı yapılandırılmış Camberwell Aile Görüşmesi’ni (Camberwell Family Interview) geliştirmişlerdir. Daha sonraları Vaughn ve Leff bu alanda çalışmalarını sürdürmüşler, ölçeği sadeleştirip kolay uygulanabilir bir biçime getirmişlerdir. Ölçek, eleştirel tutum, düşmanca tutum ve duygusal yönden aşırı müdahale olmak üzere üç ayrı boyutta değerlendirme yapmaktadır (Barrowclough ve Tarrier 1992, Bloch ve ark. 1994). Ülkemizde de şizofreni tanısı konan hastaların ailelerinde duygu dışavurumuyla ilgili olarak çalışmış araştırmacılar vardır (Berkson 1992, Cansever 1994, Özden 1995, Kuşçu 1998). Yapılan birçok çalışmada, duygu dışavurumunun akut alevlenmeleri öngörücü etkisi gösterilmiştir. Ancak arada tam bir neden-sonuç ilişkisi kurmak ya da sorunlu aile ile yüksek duygu dışavurumunu eş anlamlı kavramlar olarak kabul etmek konuyu fazlasıyla basite indirgemek olacaktır. Yüksek duygu dışavurumu olan aileler, sorunlarıyla, sorunlarla başa çıkma biçimleriyle, aile içindeki etkileşim biçimleriyle birbirlerinden farklılık gösterirler. Dolayısıyla heterojen bir grup oluştururlar. Düşük duygu dışavurumu olan ailelerin tümü sorunlarla etkin olarak başa çıkan, strese uzak bir ortam yaratarak hastalığın depresme riskini azaltan ve rehabilitasyonu kolaylaştıran aileler olarak kabul edilmemelidir. Düşük duygu dışavurumu olan ailelerde hastanın kötüleştiği dönemlerde yüksek duygu dışavurumu gelişebileceği gibi bazen de ailedeki tükenmişlik (burn out) var olan eleştirel ya da aşırı müdahaleci tutumların ortadan kalkmasına yol açmış olabilir. Ayrıca, belirtilerin süregen ve şiddetli olması, davranış bozuklukları gibi hastalıkla ilgili etmenler de aile içinde sorunların gelişmesine katkıda bulunabilir (Barrowclough ve Tarrier 1992).

Hastaneye yatış süreci genellikle karmaşa ve işlevsellikte azalmayla belirli bir dönemin ardından gerçekleşir. Psikiyatrik yardım almak için

belirtiler aileye zarar verecek düzeye ulaşınca kadar beklenmiş olabilir. Hastayla başa çıkılması için yapılanlar yetersiz kalmış, hasta ve ailenin diğer üyeleri arasında zedeleyici/yıkıcı bir ilişki başlamıştır. En iyi olasılıkla bu durum geçici olabilirken kendi içinde olumsuz bir ilişki alışkanlığına dönüşebilme riski de söz konusudur. Aileler kendilerini sorumlu ve damgalanmış hissederler. Yetersizlik, suçluluk ve utanç duygularıyla yüklenmiş olarak hastaneye gelirler. Başvuru sırasında hastaya ilgili bilgi toplama sürecinin suçlayıcı bir tarzda yapılması ailenin suçluluk duygularını artırır (Anderson 1977). Sağaltım ekibi bu tür duyguların ve anababanın “şizofrenojenik” olarak etiketlenmesinin (label) etkisinin yeterince farkında olmayabilir. Hasta yakını olmanın ne kadar travmatik ve bunaltıcı olduğunu görmeyebilir. Ailenin tümünü hasta kabul eden ve hastayı yalnızca hasta olarak etiketlenmiş biri olarak ele alan “seçilmiş hasta” (identified patient) kavramı aileye ikinci bir travmadır. Anababalar için, çocuklarının “delirmesine” yol açmış olma dışında ailenin tamamının “delirmiş” olduğunu ifade eder (Lamb ve Oliphant 1978).

Çoğu kez hastaneye yatış ailenin gereksinimlerini karşılama ve endişelerini yatıştırma ya da hastayı daha iyi anlama konusunda aileyle birlikte çalışmaya başlamak için bir fırsat olarak görülmez. Aile hem hasta hem de zarar verici olarak kabul edilir. Aile üyeleri nerede yanlış yaptıklarına ve bu krizdeki yerlerinin ne olduğuna ilişkin endişelerine yanıt bulamayabilirler. Oysa ki ilk atak ya da akut alevlenme nedeniyle hastaneye yatış dönemi ailelere yönelik girişimlerin başlatılması için uygundur. Bu dönemde aile, hastalığın neden olduğu ya da yinelediği, gelecekte ne olacağı ve neler yapılabileceği gibi sorulara yanıt aramaktadır (Anderson 1977, Lamb ve Oliphant 1978, Barrowclough ve Tarrier 1992, Perlmutter 1996). Sonuç olarak, işbirliği yapılmadığında aile yadsıyarak, yansıtarak, misilleme yaparak ya da ortadan kaybolarak kendini korumaya çalışabilir. Hastaneye yatışlar yinelerse açıklanmayan yineleyici yatışların neden olduğu kederle daha fazla başa çıkamayacağından hastayı öfkeyle reddetme yoluna başvurabilir (Anderson 1977).

Hastaneye yatış sürecinin psikotik davranışlar nedeniyle bozulmuş olan ilişkinin onarılması için gereksinim duyulan süreyi kazandırma gibi bir yararı da olabilirken, yatış süresinin uzaması tam

tersine hastayla aile üyeleri arasındaki ilişkiyi zedeleyebilir (Perlmutter 1996).

Taburculuk sonrasında yaşanan güçlükler

Hasta hastanede kalmayı gerektirecek kadar ağır bir durumda oldukça aileler genellikle süregen bir üzüntü ve bunun yanında görece güvenlik hissedeceklerdir. Sağaltım ekibince hastanın evine götürülmesi konusunda aileye baskı uygulanması bazen yeniden aile birliğinin sağlanmasına yardımcı olabilmekte, ancak çoğunlukla daha fazla yıkıma ve hasta üyeye yeniden uyum sağlanması gerektiği için öfkeye yol açabilmektedir. Böyle bir baskının yanında, aileye profesyonel bir destek sağlanmaması ailenin yükünü daha da artırır. Taburculuk sonrasında yaşanan güçlüklerden bir diğeri, aile içinde varolan davranış biçimlerinin değişebilmesidir. Ailede şizofrenisi olan bir hastanın bulunması ailenin diğer bireylerinin oldukça katı davranış biçimlerini benimsemelerine, hasta kişinin zorluklarıyla ve hatta trajedisiyle başa çıkmak için ilişkilerin daha yakın bir hale gelmesine yol açabilir. Hastayı dışarıda bırakan koalisyonlar gelişebilir. Hasta iyileştikçe ve bu koalisyonlara katılmak için baskı yaptıkça bu yapılar tehlikeye düşer. Yeni ve daha esnek bir aile yapısının oluşturulması gerekir. Başarılı bir sağaltım aileyi sağlık sistemine daha bağımlı hale getirebilir. Aile üyeleri aile sınırları içine girmiş güçlü, yeni bir figür olan terapist karşısında emosyonel yönden kendilerini daha incinebilir hissederler.

Antipsikotik sağaltımla belirtiler azalabilirken geç diskinezi riskinin artması bir başka güçlüktür (Perlmutter 1996).

Hastalarla beraber acı çekmek, tam olarak hastaların dünyasına girememekle birlikte dış dünyaya da aitmiş gibi hissedememek, hastalarla iletişim kuramamak ve geleceğe yönelik endişeler ailelerin dile getirdikleri diğer güçlüklerdir (Gülseren ve ark. 1999).

“Şizofreni” sözcüğünün birçok kişi için korkutucu olması, hastanın damgalanmasına ve dışlanmasına yol açmasından dolayı hasta yakınları “çökkünlük” ya da “psikoz” gibi terimleri kullanmayı tercih edebilirler (Barrowclough ve Tarrier 1992).

Süregen ruhsal hastalığı olan biriyle yaşamının aileye getirdiği yükün yanı sıra toplumun

şizofreniye olumsuz bakışı ailelerin yükünü daha da arttıracaktır. Ünlüoğlu ve arkadaşları (1994), ailelerle işbirliğinin önemine dikkat çekmişler ve aileleri en çok kaygılandıran konunun toplumun hastalara bakışı olduğunu bildirmişlerdir. Arkar ve Eker (1996), toplum için paranoid şizofreninin bir akıl hastası ile ilişkide arzulanan sosyal mesafe açısından en az kabul gören tanı grubu olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise şizofrenisi olan hastalara karşı sosyal mesafe koyma isteğinin yurt dışında yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre belirgin olarak daha düşük bulunduğu ancak özellikle ilaçla sağaltım konusunda eğitime gereksinim olduğu bildirilmiştir (Sağduyu ve ark. 2001). Çalışmacılar, bilgilendirmenin kendine yardım grupları ve derneklerini destekleme yoluyla yapılmasının halkın şizofreniye yaklaşımını olumlu yönde değiştireceğini vurgulamışlardır.

Akraba grupları ve dernekler

Hastanın sorunları yanında hastaya ve hastalığa ilişkin tutumlarla başa çıkmada yaşanan güçlükler ailelerin bir araya gelerek destek grupları oluşturmalarına neden olmuştur. Bu tür organizasyonların en eskilerinden birisi 1972 yılında İngiltere’de kurulmuş olan Ulusal Şizofreni Derneği (National Schizophrenia Fellowship)’dir. Bunun hemen ardından ABD’de 1973 yılında Erişkin Şizofreniklerin Anababaları (Parents of Adult Schizophrenics) adı altında bir dernek kurulmuştur. Derneği kuran üyelerin hareket noktası, lösemi gibi bedensel hastalığı olan çocuklar yakın ve anlayışlı bir tutumla sağaltılırken şizofrenisi olan çocukların anababalarına yönelik küçümseyici ve ayıplayıcı tutumlar olmuş, hatanın kendilerinden çok sistemde olabileceğini sorgulamaya başlamışlardır. Görüşlerini kabul ettirebilmek için uzun süre mücadele vermişler, bunun sonunda sağlık çalışanlarının anababalara yönelik tutumlarını değiştirmelerinde önemli etkileri olmuştur. Hasta yakınlarının oluşturdukları gruplar benzer sorunları olan insanların biraraya gelmelerini, dolayısıyla hastalığa ilişkin güçlüklerin daha açıkça konuşulabilmesini de sağlamaktadır. Böylece aile için yeniden bir sosyal yaşam kurulmuş olur. Destek gruplarının en önemli işlevlerinden birisi, hasta bir bireyle yaşarken karşılaşılan güçlüklerle başa çıkma konusunda deneyimi az üyelerin pratik öneriler alabilmeleridir. Hasta yakınları söz konusu durumlarla başa çıkma konusun-

da, genellikle deneme yanılma yoluyla olmak üzere, önemli oranda deneyim kazanmaktadırlar. İşe yarayacak bu tür önerileri sağaltım ekibinden almak güç olabilir (Lamb ve Oliphant 1978).

Karancı (1995), ailelerin hem hastayla hem de kendi duygularıyla baş etmeye çalıştıklarını ve bu nedenle desteğe gereksinimleri olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda sivil toplum örgütleri önem kazanmaktadır. Sosyal destek programlarının ve hasta yakınlarıyla işbirliğinin önemi başka yazarlarca da vurgulanmıştır (Demirel ve ark. 1997, Mete 1998). Son yıllarda ülkemizde dernekleşme yolunda önemli adımlar atıldığı görülmektedir. İlk olarak İstanbul’da 1996 yılında bir dernek kurulmuş, bunu İzmir, Ankara ve Manisa’da kurulan dernekler izlemiştir.

Aileye yaklaşım

Ailelerin çoğu sağaltım ekibiyle etkileşimlerini doyurucu ve yeterli bulmadıklarını, hastayla nasıl başa çıkacaklarına ilişkin pratik öneriler kadar şizofreni hakkında daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğunu ifade etmektedirler (Barrowclough ve Tarrier 1992, Bloch ve ark. 1994). Hasta yakınları ile işbirliği kurabilmek hem hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilmek hem de hasta yakınlarına destek olabilmek açısından önemlidir. Yapıcı bir işbirliğinin ilk adımı hasta yakınlarını anlayabilmektir (Karancı 1997a). İlk psikotik atak nedeniyle hastaneye yatış akrabalarla bağlantı kurmak için en önemli zamandır. Hastalığın başlangıç döneminde, ailelerin daha fazla desteğe gereksinimleri olabilir (Martens ve Adlington 2001). Bu dönemde ailenin yaşadığı şok ve suçluluk duygularının yoğunluğu değerlendirilmelidir. Suçlama olmadan, destekleyici ve eşduyuma dayalı bir tutumla yaklaşılmalı, hastalığın anababanın evlilik ilişkisini ne ölçüde zorladığı belirlenmelidir (Lamb ve Oliphant 1978, Barrowclough ve Tarrier 1992). Öncelikle şizofreninin etiyolojisi, belirtileri, seyri, sağaltım yöntemleri konusunda aile bilgilendirilmelidir. Böylece bir işbirliği oluşturma yönünde adım atılmış ve aile sağaltım planına dahil edilmiş olur (Barrowclough ve Tarrier 1992, Bloch ve ark. 1994). Karancı (1995, 1997b), aileler için yakınlarının davranış, duygu ve düşüncelerinde gözledikleri değişimi anlayabilmenin ve bunun yarattığı panik, hayal kırıklığı ve karmaşa ile başa çıkabilmenin ilk ele alınması gereken konu olduğunu

belirtmiştir. “Şizofreni” sözcüğü bazen ürkütücü olsa bile ailelerin tanıyı bilmesi yararlıdır. Tanıyı bilmenin hem hastalık hakkında daha fazla bilgi edinme hem de destek gruplarına katılma yönünde yararları olabilir. Hasta yakınlarını şizofreniyle ilgili olarak bilgilendirirken anlaşılabilir bir dil kullanılmalı, ailenin kafasını karıştıracak yoğunlukta bilgi yüklemekten kaçınılmalı ve anlatılanları herkesin aynı hızda kavrayamayacağı gözönünde bulundurulmalıdır. Ailenin eğitilmesinde kitapçıklar, broşürler ya da video kasetler gibi yollara da başvurulabilir. Düzenli ilaç kullanmayan hastalar ev ortamındaki gerginliklere daha duyarlı olacakları gibi bu durumda ailenin de daha fazla yardım ve desteğe gereksinimi olabilir (Barrowclough ve Tarrier 1992). Günümüzde şizofreninin etiyojisini açıklamada en çok kabul gören model, ailelere yönelik olarak suçlayıcı olmayan bir tutumu da destekleyen, yatkınlık-stres (vulnerability-stress) modelidir. Buna göre, şizofreniye genetik bir yatkınlık söz konusudur. Belirtilerin ortaya çıkması daha çok çevresel etmenlere bağlıdır. Dolayısıyla, işlevsel olmayan ailelerin şizofreniye neden olmadıkları, sağlıklı ailelerin ise bozukluğun başlamasına karşı koruyucu bir ortam oluşturabildikleri söylenebilir. Böylece aile üyeleri hastalığa neden olduklarını düşünerek suçluluk duymayacak, tersine hastanın düzelmesine yardımcı olmada önemli bir rolleri olduğunun farkına varacaklardır (Perlmutter 1996). Hasta yakınlarının yanı sıra bazen ruh sağlığı alanında çalışanları da ailelerin şizofreniye neden olmadıkları, ne duygu dışavurumuyla ilgili çalışmaların ne de ailelere yönelik girişimlerin böyle bir bağlantıyı desteklemediği konusunda aydınlatmak gerekebilir (Barrowclough ve Tarrier 1992).

Aile üyeleri hastayla başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurabilirler. Örneğin, hastayla daha fazla birlikte olabilmek, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerini bırakarak, işlerinden, kariyerlerinden vazgeçip adeta kendilerini feda edebilirler. İşlevsel olmayan yollardan bir diğeri hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde aşırı koruyucu davranışlardır. Bu tür tutumlar hastanın zarar görmesini önleyebilir. Ancak sonuçta hasta fazlasıyla bağımlı hale gelerek sosyal işlevselliği bozulabileceği gibi ailenin yükü de artabilir. İşlevsel olmayan tutumların değiştirilmesi konusunda aile eğitilmelidir

(Barrowclough ve Tarrier 1992, Maglianove ark. 2000). Eğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltılmasını sağlar (Karancı 1997a). Destekleyici ve eğitici amaçlı uygulamalar aile üyelerinin anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada da etkilidir (Pakenham ve Dadds 1987). Ülkemizde, az sayıda da olsa, ailelerin sorunlarını ele alan, ailelere eğitim vermeye yönelik grup uygulamaları yapılmıştır (Sayıl ve ark. 1984, Soygür ve ark. 1998, Gülsersen ve ark. 1999). Pitschel-Walz ve arkadaşları (2001), aileye yönelik girişimlerin depresyon ve hastaneye yatışlar üzerine olan etkisini araştıran çalışmaların bir meta-analizini yapmışlardır. Elde ettikleri en çarpıcı bulgu, hasta yakınları sağaltıma dahil edildiklerinde depresyonun %20 oranında azalmasıdır. İlaç sağaltımına ek olarak hastalar ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamaya yönelik iki yönlü yaklaşım tek başına ilaç sağaltımına göre belirgin biçimde üstün bulunmuş, şizofreninin sağaltımında ruhsal-eğitsel girişimlerin gerekliliği bir kez daha vurgulanmıştır. Hasta yakınlarının hastalık öncesi dönemde sürdürdükleri etkinliklerinden vazgeçmeleri, izolasyon ve depresyona yol açabilirken hastanın izolasyonu bu durumu daha da arttırabilir. Hastalıktan sonra sosyal ilişkilerde nasıl bir değişiklik olduğu ve aile üyelerinin bu konuda neler hissettiklerini anlamaya yönelik sorular sorulabilir. Ailenin hastayla başa çıkmada kullandığı etkin yöntemler, sosyal destek, hastayla olumlu bir ilişki gibi güçlü yönleri de değerlendirilmelidir (Barrowclough ve Tarrier 1992). Sağaltım ekibiyle doyurucu bir ilişkinin kurulmasına, profesyonel desteğin sağlanmasına, sosyal destek ağının güçlendirilmesine ve etiketlenmenin azaltılmasına yönelik girişimler ailenin yükünü azaltır (Magliano ve ark. 1998b, Lanzara ve ark. 1999). Ancak ruhsal-eğitsel uygulamaların başarılı olabilmesi için ailelerin katılım konusunda gönüllü olmaları ve farklı sağaltım seçeneklerinden haberdar olmaları da önemlidir (Dixon ve ark. 2000). Ailelerle çalışırken esnek bir tutum benimsenmelidir. Eğitim ve destek grupları yanında stresle başa çıkmada yardımcı olacak yöntemler, bilişsel-davranışçı yönelimli terapiler uygulanabilir. Sağaltım ekibi hastayı ve aileyi değerlendirdikten sonra en uygun yaklaşımın ne olacağını belirlemeli, ancak her aile için sorunların taşıdığı önceliğin farklı olduğu da unutulmamalıdır. Hastanın

davranışları ve hastalıkla ilgili yanlış inançların ya da yorumların değiştirilmesi konusunda aileye yardım edilebilir. Özellikle hastanın hastaneye yatırıldığı dönemlerde sağlık personeliyle yaşanan kötü deneyimler ailenin psikiyatri kliniklerine karşı olumsuz bir tutum benimsemesine yol açarak işbirliğini engelleyebilir. Sağaltım ekibinin negatif tutum ve davranışları hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili olarak fazla kaygı duymalarına ya da aşırı koruyucu bir tavır almalarına neden olabilir. Bu durum sorunlarla etkin olarak başa çıkılmasını olumsuz etkiler. Sağaltım ekibinin tutumunun yanı sıra ruh sağlığı klinikleri ya da servislerinin iyi bir biçimde organize edilmesi de önemlidir (Barrowclough ve Tarrier 1992). Ailede hasta olan kişi anne ya da baba olduğunda çocuklar zorluk yaşamakta, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde hasta olan üyenin rolünü üstlenecek bir akrabaya gereksinim duyulabilmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon programlarına çekirdek aile üyeleri dışında diğer akrabaların da alınması, hastalığa ilişkin olarak çocuklara da eğitim verilmesi yararlı olabilir (Caton ve ark. 1998).

Hastalar ailelerinden uzun süreli ayrı kalmayı istemeyecekleri gibi hasta yakınları da hastanın sürekli olarak bir kurumda kalmasından dolayı suçluluk duyabilirler. Hastaların dönem dönem yeterli bakım ve rehabilitasyon olanaklarını sağlayacak kurumlarda kalması, aile üyelerine şizofrenisi olan hastayla başa çıkmak gibi güç bir işten bir süre uzak kalma fırsatını sağlayabilir. Aileler hastalarının bakımıyla ilgili olarak yardım alamadıklarında tek başına mücadele etmek durumunda kalabilirler (Lamb ve Oliphant 1978). Karancı (1995, 1997a), hasta yakınlarının en önemli beklentilerinin ilgi, hastalarının gözetim altında sağaltılması ve iyileşmesi olduğunu bildirmiştir. Yazar, hasta yakınlarının dünyalarını anlayabilmek, gelecekle ilgili kaygılarını, hasta üyedeki değişimi kabullenirken yaşadıkları yası paylaşabilmek ve istedikleri en iyi sağaltım koşullarını sağlayabilmek için sağlık sisteminde sürekli izlemi ev ortamına da götürebilecek uygulamaların önemini vurgulamaktadır.

Ülkemizdeki durum ve sonuç

Görüldüğü gibi, şizofreni, kişinin ailesi için gerek pratik ve gerekse ruhsal anlamda, olayın tıbbi boyutunun çok ötesine geçen bir yük oluşturmaktadır. Ülkemizdeki duruma baktığımızda,

geleneksel yapıların çözülmeye başlaması, hastanın bakımının paylaşılabilirdiği geniş ailelerin yavaş yavaş kaybolup yerini giderek çekirdek ailelerin alması nedeniyle, ailelerin yükünün arttığı görülmektedir. Süregen ruhsal hastalıklarla ilgili olarak sağaltım kurumlarının, güvencelerin ve yasal düzenlemelerin durumu ayrı sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumlarda hastaların sağaltımı, çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaçlar düzenlemekle sınırlı kalmaktadır. Yoğun iş yükü içerisinde hasta için rehabilitasyona yönelik girişimlerde bulunulmadığı gibi, çoğu kez aile üyelerine de yeterince zaman ayrılmamaktadır. Şizofreninin uzun süreli sağaltımını gerektirdiği ve sağaltım maliyetinin oldukça fazla olduğu düşünüldüğünde, özellikle sosyal güvencesi olmayan hastaların yakınları için bir başka sorun ortaya çıkmaktadır. Hastalara rehabilitasyon olanaklarını sağlayacak gündüz hastanelerinin kurulması, aileleri de sağaltıma katacak psikososyal uygulamaların yaygınlaştırılması gerekmektedir. Son birkaç yıldır hasta yakınlarının bir araya gelerek oluşturdukları sivil toplum örgütleri bu anlamda umut verici bir gelişme olarak görülmektedir. Bu örgütler, hastalık konusunda toplumun eğitilmesi ve bununla bağlantılı olarak damgalanmanın önlenmesi, sosyal güvencesi olmayan hastalar için bakım olanaklarının sağlanması, rehabilitasyona yönelik girişimlerin yaygınlaştırılması, araştırma ve sağaltım olanaklarının arttırılması yanında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili alınacak kararlarda söz sahibi olmaları, hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması amacıyla yasal düzenlemelerin yapılması gibi önemli konularda ailelerin etkin duruma gelmelerini de sağlayacaktır. Ruh sağlığı alanında çalışanların, hastalığı anlamaya yönelik modellerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere, her aşamada, ailenin içinde bulunduğu durumu göz önüne almaları gerekmektedir. Şizofreniye karşı sürdürülen mücadelede, onun en yakınında duran ve hastalığın yıkıcı etkilerine sürekli maruz kalan kişilerin desteklenmesi, hasta yakınları için olduğu kadar, sağaltımı üstlenenlerin başarısı açısından da belirleyici bir önem taşır. Dolayısıyla, hekimin, şizofreni sağaltımındaki rolünün klinik uygulamayla sınırlı olmadığı, ailelerin hastalık konusunda eğitilmesinden, hastaların ve hasta yakınlarının ruhsal ve toplumsal zorluklara karşı örgütlenmelerine kadar birçok alana yayılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Anderson CM (1977) Family intervention with severely disturbed inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 34: 697-702.
- Arkar H, Eker D (1996) Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 191-97.
- Barowclough C, Tarrier N (1992) Families of Schizophrenic patients. *Cognitive Behavioural Intervention*. London, Chapman & Hall.
- Bloch S, Hafner J, Harari E ve ark. (1994) The Family in Clinical Psychiatry. New York, Oxford University Press Inc., s. 109-131.
- Budd RJ, Oles G, Hughes IC ve ark. (1998) The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 98:304-309.
- Berskun OE (1992) Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion ölçeği geliştirme ve uyarılama denemesi. Ankara Üniv. Tıp Fak. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Cansever A (1994) Ailenin duygu dışavurumunun şizofrenik bozukluğun seyri üzerindeki etkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Caton CL, Cournos F, Felix A ve ark. (1998) Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 49:86-90.
- Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark. (1997) Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, Bildiri Tam Metin Kitabı, s. 93-98.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A ve ark. (2000) Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26:5-20.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 61:411-419.
- Gibbons JS, Horn SH, Powell JM ve ark. (1984) Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*, 144:70-77.
- Gopinath PS, Chaturvedi SK (1992) Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand*, 88:221-222.
- Greenberg JS, Kim HW, Greenley JR (1997) Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry*, 67:231-41.
- Gülseren L, Turgut S, Yaprak S ve ark. (1999) Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10:325-331.
- Karancı N (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 30:261-268.
- Karancı N (1997a) Şizofren hasta ailelerinin sağlık personelinden beklentileri. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, Şelale Matbaacılık, 57-66.
- Karancı (1977b) Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. 3 P Dergisi, 5(Ek 2): 42-45.
- Kuşçu MK (1998) Şizofrenik bozukluk tanısı alan hastaların ailelerinde duygu ifadesi düzeylerinin tedavi uyumuna etkileri. Marmara Üniv. Tıp Fak. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Lamb HR, Oliphant E (1978) Schizophrenia through the eyes of families. *Hospital & Community Psychiatry*, 29:803-806.
- Lanzara D, Cosentino U, Lo Maglio AM ve ark. (1999) Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 8:117-130.
- Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV ve ark. (1996) The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res*, 15:22:151-157.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C ve ark. (1998a) Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 7(3):178-87.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M ve ark. (1998b) Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33:405-415.
- Magliano L, Fadden G, Fiorillo A ve ark. (1999) Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatr Scand*, 99:10-15.
- Magliano L, Fadden G, Economou M ve ark. (2000) Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:109-115.
- Martens L, Addington J (2001) The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36:128-133.
- Mete L (1998) Şizofreni: En uzak ülke. İstanbul, İletişim Yayıncılık AŞ, s. 112-120.
- Nechmad A, Fennig S, Ternochiano P ve ark. (2000) Siblings of schizophrenic patients: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 37:3-11.
- Özden A (1995) Şizofren hastalarda relaps ve ailelerinde dışavuran duygudurum ilişkisi. Ankara Üniv. Tıp Fak. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Pakenham KI, Dadds MR (1987) Family care and schizophrenia: the effects of a supportive educational program on relatives personal and social adjustment. *Aust N Z J Psychiatry*, 21:580-590.
- Pereira MG, de Almeida JM (1999) The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients. *Acta Med Port*, 12:161-168.
- Perlmutter RA (1996) A Family Approach to Psychiatric Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press Inc, s.71-96.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J ve ark. (2001) The effects of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27:73-92.
- Provencher HL (1996) Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 3:181-187.
- Provencher HL, Mueser KT (1997) Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 25:26(1):71-80.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. (2001) Halkın şizofreniye bakış ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:99-110.
- Sayıl I, Kemalolu M, Altınöz S ve ark. (1984) Psikotik hasta aileleri ile sorunları temel alan grup çalışması. 9. Psikodrama ve Grup Psikoterapileri Sempozyumu Kitabı, Ankara, Aşama Matbaacılık, s. 24-27.
- Scazuca M, Kuipers E (1996) Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168:580-587.
- Scazuca M, Kuipers E (1998) Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med*, 28:453-461.
- Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç ve ark. (1998) Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-egitici grup terapisinin kronik şizofreni gidişi üzerine etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 11(3):5-9.
- Tuna A (1999) Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Düşünen Adam*, 12(3):50-61.
- Ünlüoğlu G, Kartallar R, Gürakar L ve ark. (1994) Yatarak tedavi gören psikotik hastaların akraba gruplarına ilişkin bir çalışma. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2:329-337.
- Willick MS (1994) Schizophrenia: a parent's perspective-Mourning without end. *Schizophrenia: From Mind to Molecule*. Andreasen NC (ed) Washington, DC, American Psychiatric Press Inc, s. 5-19.