

Şizofrenide Öznel Yaşantılar ve Duyguların İfadesi

Süheyla ÜNAL*

ÖZET

Şizofren bireyin yaşantılarının öznel yanı bilimsel çalışmalarda ihmal edilen bir alandır. Bununla beraber klinik uygulamalarda oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu makalede şizofrenide sosyal biliş, iletişim, öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi gözden geçirilmiştir. Öznel yaşantılar ve hastanın günlük yaşamındaki yansımaları ile ilgili ampirik çalışmalar şizofrenik süreç ve tedavisi konusunda önemli ipuçları vermektedir. Psikososyal rehabilitasyon programları ile sosyal etkileşim ve duyguların ifadesinde sağlanan gelişme şizofrenide yinelemeleri azaltmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, öznel yaşantı, sosyal biliş, duygusal ifade, psikososyal rehabilitasyon.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2000;3:131-136

SUMMARY

Personal Experiences and Expression of Feelings in Schizophrenia

The subjective side of experiences in patient with schizophrenia is neglected area in scientific work. However, this subject has a great importance in clinical practice. In this article, the role of social cognition, communication, subjective experience and emotional expression in schizophrenia has been reviewed. Empirical research on the subjective experiences and representations of the life situation of patients offers clues to the course and treatment of schizophrenia. Improvements in social interaction and emotional expression by psychosocial rehabilitation programs reduce the relapse rate.

Key Words: Schizophrenia, subjective experience, social cognition, emotional expression, psychosocial rehabilitation.

* Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA

GİRİŞ

Bireyin kendisiyle ve ötekilerle ilişkilerini çeşitli şekillerde etkileyen sosyokültürel ve psikolojik alanlar "yaşantıların mekanı"nı oluşturmaktadır. Kendimiz, diğer insanlar, sosyal ortamlar ve etkileşimlerle ilgili algılarımızı ve davranışlarımızı etkileyen bilişsel süreçler sosyal bilişimizi ve sosyal mekanımızı oluşturmaktadır. Her birimizin mekanı bize özgü ve biriciktir. Bir başkasını tanımaya ve anlamaya çalışırken bu öznel dünyayı keşfe çıkarız. Bireyin yaşantılarının öznel yanı bilimsel ve akademik çalışmalarda her ne kadar nesnel değerlendirmeler kadar yer almasa da, klinik uygulamamızda oldukça geniş bir alan kaplamaktadır.

ŞİZOFRENİDE ÖZNEL YAŞANTILAR

Şizofren hastanın farklı ve gizemli iç dünyası ruh sağlığı çalışanlarının bir taraftan merakını çekerken, diğer taraftan da gerçekliğin çarpıtılmasından dolayı ihmal ettiği bir alan da olabilmektedir. Şizofrenlerin ne yaşadığına ilişkin ilk fenomenolojik tanım, erken bunama adının Bleuler tarafından hastanın hastalık yaşantısına atfen "şizofreni" olarak değiştirilmesiyle yapılmıştır. Daha sonraki yıllarda Jaspers ve arkadaşları öznel yaşantılara açıklık getirmeye çalışmışlardır (Iwawaki 1997). Geçici olmalarına rağmen şizofreniye damgasını vuran sanrı ve varsanı gibi tipik belirtilere "temel belirtiler" adını veren Huber, bu öznel yaşantıları bilgi işleme mekanizmalarındaki bozukluğa atfettiği temel bilişsel bozukluğun bir ifadesi olarak değerlendirmiştir (Huber'den aktaran Peralta ve Cuesta 1994).

Kim ve arkadaşları (1997) öznel yaşantıları iki tipe ayırmış, ilk tipi çarpık kendilik algısı ile ilişkili olan konuşma akışı, düşünce ve eylem yetersizliği duygusu olarak, ikinci tipi ise acı, sıkıntı gibi olumsuz duygusal yüke neden olan beyine aşırı düşünce yığılması duygusu olarak tanımlamışlardır. İlk tipteki öznel yaşantıları negatif belirtilerle, ikinci tiptekileri ise pozitif ve depresif belirtilerle ilişkili bulmuşlardır.

Iwawaki (1997) şizofrenideki öznel yaşantılarda üç derece tanımlamıştır:

1. Mental duruma ve sinir sisteminin işlevine bağlı öznel belirtiler (SE1s),
2. Mental işlevlerdeki yetersizliklerin farkında oluş (SE2s),
3. Gerçeklik yaşantısındaki bozulmanın farkında oluş (SE3s).

SE1s, santral sinir sisteminin genel işlev bozukluğuyla ilişkilidir ve sosyal yeterliliğin düzeyini belirler. SE2s, mental işlevlerde henüz objektif olarak gözlenmeyen ince bozukluklarla ve kendilik-bilgisindeki bozulma ile ilişkilidir, mental işlevlerin düzeyini belirler. SE3s ise bilgi işleme sürecindeki bozuklukla ilişkilidir ve gerçeklik yaşantısını belirler. Hayal ile gerçeğin ayırt edilememesi durumunu tanımlar. SE1s başka birçok hastalıkta, SE2s organik beyin hastalıklarında da gözlenebilen ortak bir belirti iken, SE3s şizofrenik hastalara özgüdür ve şizofreninin birincil belirtileri içinde değerlendirilebilir.

Peralta ve Cuesta (1994) pozitif ve miks tip şizofrenide akut dönemde öznel yaşantıların daha fazla bildirildiğini, sosyal geri çekilme gibi bazı negatif belirtilerin hastaların bazı sorunlarla başa çıkma çabası olarak değerlendirilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Hastanın içgörüsü azlığını öznel yaşantıları az ifade etmeleri ile ilişkili bulmuşlardır (Peralta ve Cuesta 1998). Hastanın psikotik yaşantılarının ve gerçekliği çarpıtmasının ayırıcında olmaması sosyal etkileşimini olumsuz etkilemekte, bu etkileniş kaçındığı etiketi kabullenmesiyle sonuçlanmaktadır. Başlangıçta hastalığını yadsırken, sonraki dönemlerde psikiyatrik sorunu olduğunu kabul etmekte fakat normale döneceğine inanmaktadır. Hastalık tarafından yutulma, çevrenin aşamasında ise yaşamını değersiz bir psikotik hasta rolü etrafında yeniden düzenlemektedir (Lally 1989).

Hastalığın belirtileri bireyin sosyal etkinliğini azaltırken, olumsuz kişilerarası etkileşimler de

hastalığın alevlenmesine neden olabilmektedir. Şizofreni atakları sırasında belirtilerin dalgalanma göstermesine neden olan iki temel etken olarak duygusal ve fiziksel belirtiler ile kişilerarası etkileşim bildirilmektedir (Marley 1998).

KİŞİLERARASI BİR OLGU OLARAK ŞİZOFRENİ

Şizofreni, bireyin sosyal çevresinin yapılanmasında ve o çevrenin içinde konumlanışında belirgin sorunlar yaratan kişilerarası bir olgudur (Penn ve ark. 1997). Şizofreni "öteki" ile ilişkilerdeki izlenim edinme, bilgi işleme ve anlatım süreçlerindeki patoloji nedeniyle sosyal yaşam için gerekli olan "ortak sosyal biliş" in oluşturulamaması ve bu nedenle sosyal işlevselliğin ileri derecede azalması, bireysel mekanın, yaşam alanının daralması durumu olarak da tanımlanabilir (Fiske ve Taylor 1991).

Sosyal bir varlık olarak insanın yaşamı başkalarıyla birlikte gerçekleşir. "Kendilik" duygusunun gelişimi bile başkalarının varlığına bağlıdır. Birey sosyal etkileşim sırasında nesnel dünya ve diğerleri hakkında izlenim edinir, bu izlenimleri bilgi işleme sürecinden geçirir ve tepki verir. Şizofrenide çocukluktan itibaren varolan dikkat ve algı bozukluğu, düşük stres eşiği, sosyal yaşama ilişkin bilgileri işleme süreçlerinde ve sorun çözme yetisinde bozukluğa yol açarak yetişkinler dünyasının gereksinimlerine uygun davranmama, sosyal yeterliliğe ulaşamama ile sonuçlanmaktadır (Penn ve ark. 1997). Duygulanımda, duyguların ifadesinde ve diğer insanların duygularının anlaşılmasındaki bozukluk da şizofrenili bireyin sosyalleşmesine önemli derecede ket vurmaktadır.

Sözel anlatımın yanı sıra, iletişimin duygusal tonunu düzenleyen, düşmanca olmayan bir sosyal iletişimin kurulmasını sağlayan sözel olmayan davranışlarda, özellikle yüz ifadesinde, bakışta, jest ve mimiklerde, duruşta uygunsuzluk, duygu dışavurumunda azalma da iletişimi güçleştirmektedir (Walker ve ark. 1993). Gülümseme, göz iletişimi, baş sallama gibi sosyal iletişime davet etme ya da ilişkiyi arttırma isteğini belirtme gibi sosyalleşme gereği davranışların azlığı ve diğer sosyal ipuçlarının ifadesindeki sınırlılık şizofrenili bireyle etkileşimde bulunanların empati kapasitesini azaltmakta, iletişimde karşılıklılığın sürdürülmesine engel olmaktadır (Troisi ve ark. 1998, Nisenson ve Berenbaum 1998).

Şizofrenide duygusal anlatımdaki bu sınırlılığa ek olarak, karşıdaki bireyin duygularını anlamada ve değerlendirmede bir çarpıklık bulunmaktadır. Diğer

insanların duyguları, özellikle olumsuz olanları "sanki bir büyüteç" aracılığı ile algılanmaktadır. Kızgınlık, eleştiri, düşmanlık, onaylanmama, reddedilme gibi duygular ve yaşantılar aşırı duyarlılık nedeniyle tolere edilememekte ve ilişki kesilmektedir (Penn ve ark. 1997). Dikkat ve bellekteki bozukluk bireyin dünü, bugünü, yarını arasındaki sürekliliğin ve kendilik duygusunun kaybolmasına yol açmaktadır. Bütün bunların etkisiyle birey giderek duyularını, düşüncelerini, heyecanlarını yitirerek öznelliğini de yitirmektedir. Hastalık, kendisiyle diğerleri arasındaki sınırı kaybettiği için giderek incinebilirliği artmakta ve başkalarının etkisinde kalmaya eğilim göstermektedir. Başkaları tarafından etki altına alınma, yutulma korkusu sosyal ilişkilerden kaçınmak için en güçlü motivatör haline gelmekte, bu nedenle kendisini diğerlerinden "camdan bir duvar"la ayırmaktadır (Ruocchio 1991).

SOSYAL BİLİŞİN NÖROFİZYOLOJİSİ

Sosyal bilişte, sosyal ve duygusal olarak uygun davranışın seçiminde ve iletişimde rol oynayan beyin yapıları şizofrenik süreçten sorumlu tutulmaktadır. Sosyal durumlarda yargılamada bulunur ve uygun davranışı formüle ederken duyguların rehberliğinden yararlanan prefrontal korteks, sosyal bilişte ve kişiliğin gelişiminde temel rol oynar (Taylor ve Liberzon 1999).

Amigdala ve prefrontal korteks arasındaki sinir ağı sosyal ilginin oluşmasında etkilidir. Amigdalanın iki taraflı lezyonunun hayvanlarda sosyal ilgi ve iletişim azlığına, insanlarda ise edilgenlik, apati, sağ duyulanıma yol açtığı bildirilmektedir. Şizofrenideki negatif belirtilerin oluşumunda prefrontal korteks ve amigdala arasındaki bağlantılarda bir yetersizliğin rolü olduğu ileri sürülmektedir (Kirkpatrick ve Buchanan 1990).

Prefrontal korteks lezyonları, disinhibisyon, spontani-te kaybı, stereotipi, sosyal çekilme, sosyal yargı zayıflığı ile ilişkili görülmektedir (Goldberg ve Seidman 1991). Brothers (1990) yüz ifadeleri ve duyguları algılamının, diğer insanlarla etkileşim yeteneğinin üst temporal sulkus, amigdala ve orbital frontal korteksle bağlantılı olduğunu bildirmektedir. Fronto-temporo/limbik nöral ağı sosyal bilişten sorumlu gibi görünmektedir (Taylor ve Cadet 1989). Şizofrenideki öznel yaşantıların nöropsikolojik bozukluklarla özellikle frontal nörolojik bulgularla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Cuesta ve ark. 1996).

Dunbar (1993), neokorteks hacminin beynin geri kalan kısmına oranının bireylerin sosyal ilişkiler için harcadıkları zamanla ilişki olduğunu bulgulamış, kortikal atrofi şizofrenik bireylerde uygulanan tedavi girişimlerinin onların sosyal ilişkilerinde artış oluşturmaktan çok, daha küçük ve sınırlı bir alanda daha yeterli olabilmelerini sağladığını ileri sürmüştür.

Crow (1997) ise hemisferik lateralitedeki bir bozukluğun sembolizasyon ve dil süreçlerini etkilediğini, hemisferik dominantstaki bir bozukluğun konuşma sırasında sentaks, semantik, bütünlük, metafor kullanımında, geribildirimden yararlanmada önemli sorunlar yarattığını belirtmiştir. Pozitif belirtileri dilin organizasyonu ve yönlendirimindeki bozukluklar olarak tanımlamış, sanrıları sözcüklerin anlam kategorizasyonunda, sembolik değerlerinde patolojik bir değişiklik yüzünden rasyonel düşünme kapasitesinde azalma olarak değerlendirmiştir. Negatif belirtileri ise özellikle konuşma fakirliğini ve duygusal sığılığı semantik bir bozukluk, sözcüklerin sembolik anlamlarının kaybı olarak tanımlamıştır.

Sağ hemisfer hasarlarının kişinin sesini duygu ile vurgulamaması ya da diğer bir konuşmanın duygulanımsal yönünü tanıyamaması ile karakterize olan motor aprosodiaya, spontan duygusal jestlerin kullanımında bozukluğa yol açtığı bilinmektedir. Bazı şizofrenili hastalarda aprosodik bozukluklar bildirilmiştir (Murphy ve Cutting 1990).

ŞİZOFRENİDE İLETİŞİM

Sosyal bir varlık olarak insanoğlu başka insanlarla iletişimde bulunmak zorundadır. İletişimin en önemli özelliği bir kişinin herhangi bir "şeyi" başka bir kişinin anlayabileceği bir duruma getirmesidir. Etkin ve başarılı bir iletişim için önkoşullar iletişimde bulunanların aynı gerçekliği, aynı iletişim durumunu yani aynı "şimdi ve burada"yı paylaşmaları, ortak bir dil kullanmaları, kendilerini diğerinin yerine koyabilme yetisine sahip olmalarıdır (Blakar 1981). Oysa şizofrenide bu önkoşulların hemen hiçbiri yerine getirilememektedir.

Şizofrenili birey iç ve dış uyaranları farklı algılayıp, farklı anlamlandırdıkları için toplumun diğer bireyleriyle aynı gerçeklikte buluşmamaktadır. Kendisini korumak ve yaşamın güçlükleriyle başa çıkmak için geliştirdiği savunmalar başkalarıyla uzaklığını, yabancılığını arttırmaktadır. Tehdit edici, düşmanca algıladığı bir dünyada benlik saygısını koruyabilmek için kötülük görme sanrılarını geliştirebilmektedir

(Kinderman ve Bentall 1996). Diğer insanların niyetlerini anlama, iletişim sırasında "ötekinin perspektifini düşünme"de yetersizlik hastanın sınırlarını güçlendirmekte ve bağlantısız konuşmasına yol açmaktadır (Frith 1994).

Sosyal ortamlarda etkili davranışta yetersizlik, sosyal anksiyete ve damgalanmadan kaçınma isteği sosyal geri çekilmeye neden olabilmektedir. Birey dış dünyasını küçülterek ayakta durmaya çalışmaktadır. Ayrıca negatif şizofrenide, dış uyaran yokluğunda "istemli eylem" geliştirebilme ve uygun olmayan davranışı baskılayabilme yetisindeki bozukluk nedeniyle sosyal işlevler ileri derecede azalmaktadır (Penn ve ark. 1997). Sosyalizasyon kapasitesindeki bu azalma şizofreninin DSM-IV (APA 1994) tanı kriterleri arasında bulunmaktadır.

Hastalığın başlangıcındaki sanrılı, varsanlı renkli seyir bireyi giderek tüketmekte ve geride bireyin sığ ve künt maskesini bırakmaktadır. Şizofrenik süreç bireyin duygularını, düşüncelerini, isteklerini, acı çekme ve ümit etme kapasitesini azaltmaktadır (Davidson ve Stayner 1997). Ancak son çalışmalar bu künt maskenin ardında sanıldığının aksine duyguların yaşandığını göstermektedir. Şizofren bireyin duygu yaşamakta değil, duyguları göstermekte sınırlılıkları olduğu bu çalışmalarda ileri sürülmektedir (Kring ve ark. 1993, Sison ve ark. 1996, Flack ve ark. 1997). Bu bilgiler şizofreni ve duygular konusundaki görüşlerimizi yeniden gözden geçirmemizi gerektirecektir.

ŞİZOFRENİ VE AİLE

Dünyası küçülen yalnız şizofrenili birey değildir. Birlikte yaşadığı insanların, ailesinin de dünyası küçülmektedir. Hasta bireyle uğraşmak onların da yaşamlarına bazı sınırlılıklar getirmekte, hastalık süreci ailenin bugününe ve yarınlarına büyük darbe indirmektedir. Gelecekte sağlıklı ve başarılı biri olmasını bekledikleri çocuklarının sosyal açıdan başarısız birine dönüşmesinin yarattığı hayal kırıklığı ile başetmek ebeveynler için hayli güç olmaktadır. Önce bu değişimi görmezden gelmekte, günün birinde bu kabusun biteceğine, çocuklarının eski haline döneceğine inanmak istemektedirler. Bu arada evlerine gelen bu yabancıyla nasıl iletişime gireceklerini bilememektedirler. Bir taraftan şizofrenili çocuklarının yarattığı yıkım ve kaosu onarmaya çalışırken, diğer taraftan da hastalık bulutlarının gerisinde kaybolan çocuklarının geri dönmesi umudunu taşımaktadırlar. Her yeni ilaç, her yeni uygulama umutlarını yeşert-

mektedir. Ancak sıklıkla sonuç yine başarısızlık, yine hayal kırıklığı olmakta, çocukları bir kez daha hastalığın içinde kaybolmaktadır (Davidson ve Stayner 1997).

Hastalığın gerçekliğini kabul etme ve olumsuz etkilerinden korunma çabası ile kaybettikleri insanı geri kazanma çabası arasındaki gelgitler sonuçsuz ve çözümsüz kaldığı için ailenin gerilimi oldukça artmaktadır. Kaybın ardından yaşanan yasa benzemeksizin bu kısmi yas ve kısmi umut, giderek aileye "çıkış yok" duygusu yaşatmaktadır (Davidson ve Stayner 1997).

Aileler hastaları, hastalar da aileleri karşılıklı olarak etkilemektedir. Şizofren bireyin ev halkında yarattığı sorunlar, güçlükler, olumsuz olaylar "yük" olarak tanımlanmaktadır. Hastalık tarafından aile ilişkilerinin ve aile içi dinamiklerin bozulması, hastalığın mali sorunlara yol açması, hasta bireyin sosyal performansının azalması, günlük yaşamını sürdürebilmesi için desteğe gereksinim duyması, sorunlu davranışlar sergilemesi gibi nesnel yükler yanısıra, kapana kısılmak, eve hapsolmek, çevreden izole olmak, hasta bireye karşı sorumluluk taşımak, onun davranışlarına karşı duygusal tepkiler göstermek gibi öznel yükler getirmesi söz konusudur (Maurin ve Boyd 1990). Sosyal destek ise ailenin yükünü azaltıcı etki göstermektedir (St.Onge ve Lavoie 1997).

Aile üyelerinin hastalığın yarattığı stresle başa çıkma çabası içinde gösterdikleri kişilerarası davranışlar duygu dışavurumu olarak tanımlanmaktadır. Aile ortamındaki yüksek duygu dışavurumu hastalığın yinelemesi ile ilişkili görülürken (Kavanach 1992, Butzlaff ve Hooley 1998), duygusal sıcaklığın fazlalığı ve duygu dışavurumunun düşüklüğü hastalık sürecinde daha olumlu bir prognozla ilişkili görülmektedir (Bentsen ve ark. 1998).

DUYGULARIN İFADESİNİN TEDAVİ SÜRECİNE YANSIMALARI

Şizofrenik bir süreç içinde sosyal iletişimi oldukça sınırlanmış bireye olduğu kadar, onunla birlikte yaşayan aile üyelerine de iletişim kurma ve sorun çözme açısından terapötik destek sağlamak gereklidir. Özellikle son yıllarda atipik nöroleptiklerin negatif belirtiler üzerinde olumlu etkiler göstermesi, psikososyal tedavi programlarının, sosyal yaşama becerileri eğitiminin önemini gündeme getirmiştir.

Şizofrenili bireyin duygusal süreçlerini daha uyumlu bir şekilde yaşamasını sağlamak ve bilgi işleme

sürecindeki işlev bozukluğunu azaltmak üzere geliştirilmiş tedaviler arasında Bütünleştirilmiş Psikolojik Tedavi (Integrated Psychological Therapy IPT, Brenner ve ark.), kişilerarası ilişki becerisini geliştirmek üzere Sosyal ve Bağımsız Yaşama Becerileri Programı (Lieberman), kendisi ve diğerleri hakkındaki yanlış sayıltıları düzeltmek üzere bilişsel terapi (Perris), anksiyete ile başa çıkması için Stress-İnokulasyonu Eğitim Programı (Meichbaum ve Cameron), duyguların algılanmasında ve yaşantılanmasında yaşadığı güçlüğü yenmek üzere Duyguları Yönetme Tedavisi (Emotional Management Therapy) bulunmaktadır (Hodel ve ark. 1998).

Aile bireylerinin hastalığı tanınması, belirtilerin yarattığı güçlüklerle başa çıkabilmesi, duygu dışavurumunu olumlu duyguların ifadesinde artış tarzında gösterebilmesi, ortak ve bağımsız hobiler geliştirmesi-

ni sağlamak üzere Aile Psiko eğitim Grupları, Aile Grupları, Destek Grupları uygulanmaktadır (Atkinson ve Coia 1995, Picket 1997, North 1998).

SONUÇ

Bireyin düşünce, duygulanım ve davranımında belirgin bozukluk yaratarak, onu sosyal yaşamdan uzaklaştıran, topluma yabancılaştıran bir süreç olan şizofreni psikiyatrinin en önemli çalışma alanlarından biridir. Şizofren bireye toplum içinde yaşama becerisi kazandırma, bireysel mekanının oluşumu ve "öteki" ile ilişkileri düzenleyebilmesi için gereklidir. Duyguları tanıma ve ifade edebilmenin sosyal ilişkiler oluşturmada taşıdığı önem gözönünde bulundurulduğunda, şizofreni tedavisinde psikososyal rehabilitasyon programlarına ağırlık verilmesi gerekliliği gündeme gelmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association Press.
- Atkinson JM, Coia DA (1995) Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups. John Wiley and Sons, Chichester.
- Bentsen H, Munkvold OG, Notland TH ve ark. (1998) Relatives' emotional warmth towards patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand*, 97:86-92.
- Blakar RM, Valdimarsdottir A (1981) Schizophrenia and communication efficiency: A series of studies taking ecological variations into consideration. *Psychiatry and Social Science*, 1:43-52.
- Brothers L (1990) The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1:27-61.
- Butzlaff RL, Hooley JM (1998) Expressed emotion and psychiatric relaps. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55:547-552.
- Crow TJ (1997) Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends Neurosci*, 20:339-343.
- Cuesta MJ, Peralta V, Juan JA (1996) Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 246(2):101-105.
- Davidson L, Stayner D (1997) Loss, loneliness and the desire for love: Perspective on the social lives of people with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 20:3-12.
- Dunbar RIM (1993) Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behavioral and Brain Sciences*, 16:681-735.
- Flack WF, Cavallaro LA, Laird JD ve ark. (1997) Accurate encoding and decoding of emotional facial expressions in schizophrenia. *Psychiatry*, 60:197-210.
- Fiske ST, Taylor S (1991) Social cognition. 2. Baskı, New York, McGraw-Hill.
- Frith CD (1994) Theory of mind. The Neuropsychology of schizophrenia. AS David, JC Cutting (Ed), East Sussex, England, Erlbaum, s.147-151.
- Goldberg E, Seidman L (1991) Higher cortical functions in normals and schizophrenia: A selective review. *Handbook of schizophrenia*. SR Steinhaur, JH Gruzelier, J Zubin (Ed), 2. Cilt, Neurophysiology of schizophrenia and information processing. Amsterdam, Elsevier, s.553-597.
- Hodel B, Brenner HD, Merlo MCG ve ark. (1998) Emotional management therapy in early psychosis. *Br J Psychiatry*, 172 (Suppl 33):128-133.
- Iwawaki A (1997) Three grades of subjective experiences in schizophrenia: their phenomenology and implications for initial treatment. *Psychopathology*, 30(2):83-88.
- Kavanagh DJ (1992) Recent developments in expressed emotions and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 160:601-620.
- Kim Y, Sakamoto K, Sakamura Y ve ark. (1997) Subjective experience and related symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 38(1):49-55.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW (1990) The neural basis of the deficit syndrom of schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 178:545-555.
- Kinderman P, Bentall RP (1996) Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a defensive model of paranoid ideation. *J Abnorm Psychol* 105:105-114.
- Kring AM, Kerr SL, Smith DA ve ark. (1993) Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *J Abnorm Psychol*, 102:507-517.

- Lally SJ (1989) "Does being in here mean there is something wrong with me?". *Schizophr Bull*, 15:253-263.
- Marley JA (1998) People matter: client-reported interpersonal interaction and its impact on symptoms of schizophrenia. *Soc Work*, 43(5):437-444.
- Maurin JT, Boyd CB (1990) Burden of mental illness on the family: A critical review. *Arch Psychiatr Nurs*, 4(2):99-107.
- Murphy D, Cutting J (1990) Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 53:727-730.
- Nisenson GL, Berenbaum H (1998) Interpersonal interactions in individuals with schizophrenia: Individual differences among patients and their partners. *Psychiatry*, 61:2-11.
- North CS, Pollio DE, Sachar B ve ark. (1998) The family as caregiver: A group psychoeducation model for schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry*, 68(1):39-46.
- Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP ve ark. (1997) Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull*, 121:114-132.
- Peralta V, Cuesta MJ (1994) Subjective experiences in schizophrenia: A critical review. *Compr Psychiatry*, 35(3):198-204.
- Peralta V, Cuesta MJ (1998) Subjective experiences in psychotic disorders: Diagnostic value and clinical correlates. *Compr Psychiatry*, 39(1):11-15.
- Pickett SA, Cook JA, Bertram JC ve ark. (1997) Positive parent/adult child relationships: Impact of severe mental illness and caregiving burden. *Am J Orthopsychiatry*, 67(2):220-260.
- Ruocchio PJ (1991) The schizophrenic inside. *Schizophr Bull*, 17:357-359.
- Sison CE, Alpert M, Fudge R ve ark. (1996) Constricted expressiveness and psychophysiological reactivity in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 184(10):589-597
- St-Onge M, Lavoie F (1997) The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. *Am J Community Psychol*, 25:73-94.
- Taylor SE, Cadet JL (1989) Social intelligence: A neurological system. *Psychol Rep*, 64:423-444.
- Taylor SF, Liberzon I (1999) Paying attention to emotion in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 174:6-8.
- Troisi A, Spaletta G, Pasini A (1998) Nonverbal behavior deficits in schizophrenia: an ethologic study of drug-free patients. *Acta Psychiatr Scand*, 97:109-115.
- Walker EF, Grimes KE, Davis DM ve ark. (1993) Childhood precursors of schizophrenia: Facial expressions of emotion. *Am J Psychiatry*, 150:1654-1660.