

# Şizofrenili Hastalarda Başaçıkma Davranışları

M. Erkan ÖZCAN\*, Faruk GÜRGEN\*\*, Cafer TÜRKES\*\*\*

## ÖZET

Ayaktan izlenen 50 şizofrenili hastada başaçıkma davranışlarını incelemek üzere yarı-yapılandırılmış görüşmeler uygulandı. Çalışmamızdaki hastaların çoğunun en az bir başaçıkma yöntemini kullandığı bulundu. Hastaların çoğunluğu düşük sosyoekonomik düzeyli gruptan geliyordu. Kullanılan yöntemlerin içinde dini etkinliklerde bulunmak (% 85), bilişsel mekanizmalardan olan bilişsel kontrol (% 20), nöroleptik ilaçların türünü ve dozunu izleyen hekimine danışmadan uyarılama (% 20), sosyal mekanizmalardan olan diğerleri ile ilişkilerini artırma (% 18), semptomatik davranma (% 10), ayrıca radyo dinlemek, televizyon izlemek gibi pasif davranışçı yöntemler, yürümek ve dolaşmak gibi çevre değiştirmeyi amaç edinen yöntemler ve madde kullanımı (çay, sigara, alkol) gibi yöntemler vardı. Dini inançlarının etkisiyle, hastaların nerede ise tümünün, bir psikiyatri kliniğine başvurmadan önce bir dini hocaya gittiği gözlemlendi. Bazen bir tarikat liderine gidildiği ya da dini ayinlere katıldığı da gözlemlerimizin arasında yer aldı. Bu dini etkinliklerin toplamının % 85 olması, şizofrenili hastaların başaçıkma davranışlarının içerisinde, bizim toplumumuzda dini etkinliklerin önemli yer tuttuğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, başaçıkma, dini etkinlikler

Düşünen adam; 1999, 12 (3): 35-40

## SUMMARY

Semi-structured interviews were carried out in 50 patients with schizophrenia to investigate coping strategies used by these patients. Most of the patients were using at least one method as coping strategies. Patients were mostly from low socio-economic groups. Religious activities (85 %), cognitive controlling (20 %), changing the dose of neuroleptic drug or itself (20 %), enhancing social activities (18 %), symptomatic behaviors (10 %) and listening to radio, watching TV, walking around, drug abuse (tea, smoking, alcohol) were among the strategies used by these patients. Almost all of the patients had gone to a hodja prior to their referring to a psychiatry clinic. Sometimes patients had referred to a religious leader or had taken part in religious ceremonies. We suggest that religious behaviours are taking an important part, among coping strategies of patients with schizophrenia in our population, as these religious strategies were 85 percent.

Key words: Schizophrenia, coping, religious activities

## GİRİŞ

Şizofreninin tedavisindeki yeni psikososyal yaklaşımlara göre, bu hastalığın gidişi iç ve dış etkenlerle belirlenmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal alandaki birçok etmenin gözönüne alınmasıyla oluş-

turulan yatkınlık-stres modeli, çok boyutlu yaklaşımların önemini vurgulamaktadır<sup>(18)</sup>.

Şizofrenili hastaların tedavisinde, tedavi ekibinin yaptığı ve hastanın yapmasını istediklerinin yanında, hastaların kendilerinin de hastalıkları ile başa çıkma-

\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, \*\* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, \*\*\* Ödemiş Devlet Hastanesi

bilmek için geliştirdikleri ve kullandıkları mekanizmalar etkili olmaktadır. Başaçıkma (coping) deyimi; bireyin kendisi için stres verici olaya karşı direnmesini belirten, söz konusu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği davranışsal ve duygusal tepkilerin tümü; başaçıkma davranışı ise insanın gücünü aşan, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır (13). Hastaların kullandığı bu başaçıkma yöntemleri davranışsal, bilişsel, sosyal, semptomatik veya tıbbi tedavilerin uyarlanması olabilmektedir.

Tarrier ve ark. (25), ilaca-dirençli rezidüel psikotik belirtileri azaltmak için, başaçıkma ya da sorun-çözme becerilerinde değişiklik oluşturmaya çalıştıkları araştırmalarında, başaçıkma becerileri grubunda hem başaçıkma becerilerinin sayısı hem de bu becerilerin etkinliği açısından diğer gruba göre daha fazla gelişmeler olduğunu ve bu durumun psikotik belirtilerde azalma oluşturduğunu bildirmektedirler.

Corrigan ve ark. (7) da şizofrenili hastalara öğretilen ve sanırlar için alternatif açıklamalar bulma, bilişsel yeniden oluşturma ya da işitsel varsanılarla ilişkili olarak larenks kaslarının subvokal hareketleri ile mırıldanmalar oluşturma gibi psikotik belirtilerle başaçıkma becerilerinin, antipsikotik ilaçların etkinliğini artıracaklarını belirtmektedirler.

Brazo ve ark. (4) işitsel varsanıları olan hastalarda en az bir başaçıkma stratejisinin kullanıldığını, varsanıya göre özgün stratejilerin geliştirildiğini ve bunlar etkin oldukları sürece kullanımlarının sürdüğünü bu nedenle varsanıları olan şizofrenili hastalarda başaçıkma stratejilerinin gözönüne alınması gerektiğini ileri sürmektedirler.

Frederick ve Cotanch (11) da ayaktan izlenen 33 şizofrenili hastadan oluşturdukları örneklemede işitsel varsanılara karşı hastalarda fizyolojik değişiklikler, bilişsel süreçler ve davranışsal değişikliklerin ortaya çıktığını; erkeklerin izole, kadınların diğer kişilerle ilgili teknikleri çok kullandığını ve hem erkeklerin hem de kadınların düşmanca içeriği olan işitsel varsanılara karşı alkol ve madde alma eğilimi gösterdiklerini bildirmektedirler.

Takai, şizofrenili hastaların kullandığı başaçıkma yöntemlerinin % 16'sının kaçınma davranışı, % 18'

inin davranışsal yöntemler, % 12'sinin girişimsel yöntemler ve % 14.6'sının kaçınma davranışı, % 18'inin davranışsal yöntemler, % 12'sinin girişimsel yöntemler ve % 14.6'sının da tıbbi yöntemlerin uyarlanması olduğunu bildirmektedirler (24).

Dittman ve Schuttler'in 50 şizofrenili hastada yapılandırılmış görüşmelerle hastalık bilincini, hastalıkla uğraşmayı ve psikotik yaşantılar esnasında sergiledikleri başaçıkma davranışlarını inceledikleri çalışmada hastaların % 72'sinin hastalıkları ile uğraştıkları, % 84'ünde hastalık bilinci olduğu ve % 86'sında psikotik yaşantılar esnasında başaçıkma amaçlı özgün bireysel davranış değişiklikleri olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada hastalıkların başaçıkma davranışları arasında kaçınmanın % 28, diğerleri ile ilişkilerin artırılmasının % 18, bilişsel kontrolün % 18 ve semptomatik davranışların ise % 14 oranında bulunduğu bildirilmektedir (9).

Aynı yazarlar bir başka çalışmalarında da belli bir düzeyde özerkliğe alışmış (örn. hiç evlenmemiş) ya da hastalıklarına güçlü ilgileri ve nöroleptik tedavisi hakkında olumlu düşünceleri olan hastaların daha güçlü başaçıkma mekanizmaları olduğunu ileri sürmektedirler (8).

Ayaktan izlenen veya yatırılarak tedavi edilen şizofrenili hastalarda başaçıkma davranışlarının soruna yönelik olan ya da olmayan ve davranışçı, bilişsel ya da emosyonel olarak ayrılmasında hastaların klinik özelliklerinin önemli olduğu ve şizofrenili hastaların çoğunlukla emosyonel yönelimli başaçıkma yöntemlerini kullandıkları ve negatif belirtili hastaların bu nedenle başaçıkma yöntemlerini kullanmada başarısız oldukları da belirtilmektedir (29,30).

Biz bu çalışmamızda, şizofrenili hastaların başaçıkma yöntemlerini kullanıp kullanmadıklarını, kullanıyorlarsa hangilerini kullandıklarını ve kullandıkları yöntemleri belirleyen etmenleri incelemek istedik.

## GEREÇ ve YÖNTEM

DSM-III-R (17) şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan ve hastalığı en az iki yıldan beridir sürmekte olan, görüşmeci ile ortalama bir saatlik görüşme süresince iletişim sağlayabilecek durumda olan 50 hasta çalışmaya alındı. Bu hastaların 32'si Dicle Üniversitesi

Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine, 18'i Diyarbakır Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasından seçildiler.

Akut alevlenme döneminde olan, şizofreninin başlamasından önce başlamış olan madde kullanım öyküsü olan ve şizofreniye eşlik eden diğer bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalar çalışmaya alınmadılar. Hastaların 30'u erkek, 20'si kadındı. Hastaların ortalama yaşı  $34.6 \pm 12.4$ , yaş sınırları ise 17 ile 65 idi. Hastalığın ortalama süresi  $5.3 \pm 2.1$ , sınırları 2-9 yıldır.

Her hasta ile ortalama birer saatlik bir görüşme yapıldı. Görüşmede Türkçe'ye çalışmacılar tarafından Tarrier ve ark. (25) çevrilen, yarı-yapılandırılmış bir form çerçevesinde, şizofreninin belirtilerine karşı uygulanan başaçıkma davranışlarını içeren çeşitli sorular yöneltildi ve alınan cevaplar kaydedildi. Hastaların sosyoekonomik düzeyleri hakkında kendilerine ve eşlik eden yakınlarına sorular yöneltilerek hastaların sosyoekonomik düzeyleri düşük, orta, yüksek olarak kaydedildi.

## BULGULAR

Çalışmamızda görüştüğümüz hastaların başaçıkma davranışı olarak çoğunlukla davranışçı yöntemler olan Allah'a inanmak, güvenmek ve sığınmak, Kur'an'ı Kerim ve diğer din kitaplarını okumak ve camiye gitmek başta olmak üzere dini etkinliklerde bulunmayı (% 85) ön plana çıkardıklarını gözledik. Hastalar dini etkinliklerde buldukları zaman, bir rahatlık ve huzur içine girdiklerini ifade ediyorlardı.

Dini inançlarının etkisiyle, hastaların nerede ise tümünün, bir psikiyatri kliniğine başvurmadan önce bir dini hocaya gittiğini gözledik. Hastaların bazen bir tarikat liderine gittikleri ya da dini ayinlere katıldıkları da gözlemlerimizin arasında yer aldı.

Dini etkinlikler dışında kullanılan diğer başaçıkma yöntemleri; bilişsel mekanizmalardan olan bilişsel kontrol (% 20), nöroleptik ilaçların türünü ve dozunu izleyen hekimine danışmadan uyarılma (% 20), sosyal mekanizmalardan olan diğerleri ile ilişkilerini artırma (% 18) ve semptomatik davranma (% 10) olarak bulundu. Bu bulgularımız tabloda gösterilmektedir.

**Tablo 1. Hastalarımızın en çok kullandıkları başaçıkma yöntemleri ve bunların kullanılma oranları**

Kullanılan yöntem	Kullanılma oranı
Dini etkinliklerde bulunmak	% 85
Bilişsel kontrol	% 20
Nöroleptik kullanımını uyarlamak	% 20
Diğerleri ile ilişkileri artırmak	% 18
Semptomatik davranış	% 10

Çokça kullanılan bu yöntemlerden başka daha az kullanılanlar ise radyo dinlemek, televizyon izlemek gibi pasif davranışçı yöntemler, yürümek ve dolaşmak gibi çevre değiştirmeyi amaç edinen yöntemler ve madde kullanımı (çay, sigara, alkol) gibi yöntemler idi. Her hastanın en az bir yöntemi kullanıyor olması dikkat çekiciydi. Hastaların çoğunluğu düşük sosyoekonomik düzeyli gruptan geliyordu (% 93). Orta (% 5) ve yüksek (% 2) sosyoekonomik düzeydeki hastalar, düşük sosyoekonomik düzeyli hastalara göre çok az orandaydılar.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda her hastanın en az bir başaçıkma davranışı gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuç Brazo (4) ve Middelboe ve Mortensen (19)'ün bulguları ile uyumludur. Bu durum şizofrenili hastaların genelde sandığı gibi hastalıklarına yenilmiş, hastalık eli kolu bağlanmış ve durumlarını olduğu gibi kabul etmiş insanlar olmadıklarını göstermektedir. Şizofrenili hasta, hastalığının pasif kurbanı (9), ya da Ünal'ın (26) belirttiği gibi, dış ortamın rüzgarları ve gelgitleri önünde pasifçe sürüklenen boş bir istiridye kabuğu değildir. Şizofrenili hastalar hastalıklarına karşı uğraş vermekte, hastalıkları ile "başa çıkmaya" çalışmaktadırlar.

Middelboe ve Mortensen (19) ICD-10 araştırma ölçütlerine göre % 85'i şizofreni spektrum bozukluklarından olan hastalarında her hastanın ortalama 3.8 başaçıkma davranışı kullandığını, bunların içinde davranışsal değişikliğin % 48, sosyalizasyonda değişikliğin % 24 ve kognitif kontrolün % 15 oranında olduğunu bulmuşlar ve başaçıkma davranışlarının daha çok psikotik olmayan belirtileri hedeflediğini ve başaçıkma davranışlarının toplam sayısının genel ve affektif belirtilerinin fazlalığı ve daha az sayıda negatif belirti ve hastalığa karşı içgörünün iyi olması ile belirlendiğini ileri sürmüşlerdir. Wiedl ve ark.

(29,30) da negatif belirtili hastaların başaçıkma davranışlarını göstermede başarısız olduklarını bildirmektedirler.

Bizim incelediğimiz hastaların dini etkinliklerde bulunmayı % 85 oranında kullanıyor olmaları, şizofrenili hastalarda dini etkinliklerde bulunmayı % 82 oranında bulan Tarrier ve ark. (25) bulguları ile büyük benzerlik göstermektedir. Aynı araştırmacılar hastalarında çay ve kahve kullanımını % 79, müzik dinlemek ve TV izlemeyi % 44, eliş yapma ve resim çizmeyi % 12, yürüme ve dolaşma gibi çevre değiştirici davranışları % 26, uyumayı % 27, diğer insanlarla ilişkileri artırmayı % 22 oranında bulmuşlardır.

Yaşlı ve depresif olan erkeklerde de dini etkinliklerde bulunmanın, bir başaçıkma davranışı olduğu bildirilmektedir (15). Özer ve ark. (21) da psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan daha önce tıp dışı (sıklıkla dini ünvanlar kullanan, tanı için yıldızlama bakmak, daire kurmak gibi yöntemler kullanan, hastalığı daha çok sihir ve cinlerin etkilerine bağlayan, tedavi yöntemi olarak en çok muska yazan) kişilere başvuranların görece daha yaşlı, hastalık süresi uzun, az öğrenimli ve şizofrenili hastalar olduğunu bildirmektedirler. Kırpınar ve ark. (14) göre ruh sağlığı birimlerine ulaşan hastaların % 14.7'si ilk olarak dini hocalara başvurmuş olarak gelmekte, ilk olarak hekimlere başvuran hastaların da % 20'si daha sonra dini hocalara başvurmaktadır.

Suudi Arabistan'da ve İngiltere'de 70 şizofrenili hastanın işitsel varsanlarına karşı kullandıkları başaçıkma davranışlarını kültürlerin karşılaştırılması açısından inceleyen Wahass ve Kent (28), her iki kültürden gelen hastalarda birden çok davranışın kullanıldığını ancak İngiliz hastalarda daha çok dikkati dağıtma ve psikolojik yönelimli davranışların, Arap hastalarda ise daha çok din ile ilgili olanlarının kullanıldığını bildirmektedirler. Azhar ve ark. (2), Malezya'da anksiyete bozukluğu olan dini inançları kuvvetli Müslüman hastalarda psikoterapi ve ilaç tedavisinin yanında dini psikoterapi de verilmesinin sadece ilaç ya da psikoterapi alanlara göre daha hızlı düzelme sağladığını ileri sürmektedirler.

Sağlık sisteminin iyi gelişmediği ve dini etkilerin yoğun olarak hissedildiği, birçok hastalıkta, başaçıkma davranışı ve çare arayışı olarak dini etkinliklerde

bulunmanın ön planda geldiği düşünülebilir. Toplumumuzda sadece psikiyatrik bozukluklarda değil, dermatolojik bozukluklar başta olmak üzere kanser ve infertilite gibi durumlarda da tıbbi başvurudan önce ya da sonra dini hocalara başvuru alışılmadık davranışlar değildir.

Toplumumuzun henüz gelişmiş ülkeler kategorisinde olmaması ve gelenekselci yapımızın kırılmaması, gerçek okur-yazarlık oranının yükseltilememesi ve topluma yönelik tıbbi bilgilendirme ve tedavi olanaklarının azlığı da dini içerikli etkinliklerin çokluğunu açıklayıcı olabilir. Ayrıca incelediğimiz hastaların çoğunluğunun düşük sosyoekonomik düzeyi gözönüne alınırsa, kişinin kendi başına uyguladığı dua etme, Allah'a inanma, güvenme, sığınma ya da havale etme ve benzeri dini içerikli başaçıkma yöntemlerinin kolay, bedava ve hemen ulaşılabilir olmasının bu yöntemlerin çok kullanılmasını sağladığı da düşünülebilir.

Şizofrenili hastalarda çoğunlukla psikotrop ilaç kullanımı, bilişsel yöntemler ve diğerlerinden sosyal destek arayışının başaçıkma davranışları olarak kullanıldığını ileri süren ve çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre farklılık gösteren sonuçlar da bildirilmektedir (18).

Dittman ve Schuttler'in (9) şizofrenili hastalarda başaçıkma davranışlarını inceleyen çalışmalarında elde ettikleri sonuçlar bizim elde ettiğimiz sonuçlar ile karşılaştırıldığında bilişsel kontrol, semptomatik davranış, diğerleri ile ilişkilerin artırılması ve nöroleptik kullanımının uyarlanması gibi davranışların incelediğimiz popülasyonların ortak davranışları olduğu, Takai (24) ile benzer bulgumuzun da tıbbi yöntemlerin uyarlanması olduğu görülmektedir. İnem ve ark. (12) da, şizofrenili hastaların çoğunun zaman içinde ilaç dozu ve tedavi planını değiştirdiğini, uzun vadeli sonuçlar analiz edildiğinde şaşırtıcı sayıda hastanın (en az % 25-50), tamamen ilacı bıraktığını bildirmektedirler.

Hastaların başaçıkma amacı ile bizim çalışmamızda olduğu gibi, davranışçı sayılabilecek yöntemleri kullanmaları, şizofreni tedavisinde davranışçı tedavinin yeri olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Kronik bozukluklardan olan şizofreni ve alkol-madde bağımlılığı ile bazı organik beyin sendromlarında



diğer tedavi yöntemleri ile birlikte davranış tedavileri de kullanılmaktadır (23). İlaç verilen, psikoterapi uygulanan ya da iki tedaviyi birden almakta olan ve kısmen şanslı sayılabilecek hastalarda da, hastaların kendilerinin, başaçıkma davranışı olarak uyguladığı yöntemlerden doğru ve yararlı olanlarını geliştirmesi ve daha çok kullanması için hastaların yönlendirilmesi, uygulanmakta olan tedavileri desteklemekle kalmayacak, aynı zamanda İlnem ve ark. (12) sözünü ettiği, ilacı bırakan hastalarda belki de hastanın elindeki tek silahı olacaktır. Rea ve ark. (22) bireysel psikoterapi ya da aile terapisi uygulanan şizofrenili hastaların başaçıkma davranışlarında anlamlı ilerlemeler olduğunu ileri sürmektedirler.

Şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda başaçıkma yönelimli grup terapisi uygulayan Andres ve ark. (1) bu terapi yönteminin özellikle hastalık ve tedavi hakkında bilgilenmeyi artırdığını bildirmekte ve 1 yıllık tedavinin sonuçlarını önceden tahmin etmede, kullanılmakta olan etkin başaçıkma yöntemlerinin yararlı olabileceğini ileri sürmektedirler.

Cheung ve ark. (6), sanrı ve varsanılarının şiddet gösterme üzerindeki etkilerini inceledikleri şizofrenili hastalarında, daha az şiddet gösteren grupta varsanılar ile başaçıkmanın anlamlı derecede daha çok olduğunu bildirmektedirler. Üst düzey savunma mekanizmaları, örneğin kaçınma, tekrarlama, düşünselleştirme, üst düzey yansıtma ve yer değiştirme, psikotik benliği koruyarak hastanın terör yaşamasını engeller (27). Başaçıkma yöntemleri, bir bakıma hastanın daha fazla dağılmasını önlemekte, hastayı ayakta tutmakta ve şizofrenili bireyin iç dünyasında bazen görüldüğünden daha fazla anlamlar taşıyan ritüeller haline gelmektedir.

Dittman ve Schuttler (10) kaçınma, hastalığa alışma veya uyum sağlama, defisitleri kendi iç gücü ile telafi etme çabaları, kendi kendini tedavi etme ve hastalığın farkında olma ve içgörüyü yarı-yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirdikleri şizofreni veya multipl sklerozu olan hastaların, benzer düzeyde başaçıkma davranışı kullandığını ve her iki grup hastada başaçıkma stratejilerinin öğretilmesinin yararına işaret etmektedirler. Mueser ve ark. (20) şizofreni veya duygudurum bozukluğu olan hastaların ve yakınlarının, başaçıkma davranışlarının öğretilmesin-

den, Kopelowicz ve Liberman (16) ise, benzer biçimde şizofrenili hastaların başaçıkma becerileri ve kendine-yardım etme (self-help) tekniklerinin öğretilmesinden yarar göreceklere bildirmektedirler.

Yine şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hastaları inceleyen Birchwood ve ark. (3) ise başka bir konuya dikkat çekerek, işitme varsanısı olan hastalarda işitilen sesin gücü ve anlamı ile (örn. iyi ya da kötü niyetli olması gibi) başaçıkma davranışı ve hastanın duygudurumu arasında yakın bir ilişki olduğunu ve bu durumun, şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda depresyonun yüksek oranda görülmesi ile ilişkisinde gözönüne alınmasını önermektedirler. Carter ve ark. (5) şizofrenili 100 hastayı inceledikleri çalışmalarında, işitsel varsanılarına karşı hastaların % 66'sında başaçıkma davranışı gösterildiğini, % 69'unda da bir ya da daha çok davranışın gösterilmesinin varsanı ile başaçıkma başarı sağladığını bildirmektedirler.

Bu çalışmada incelenmemiş olan konulardan birisi hastanın kullandığı yöntemin etkinliği, bir diğeri de yöntemin şizofreninin hangi belirtisini hedef aldığıdır. Bu konuları inceleyerek araştırmaların yapılmasının konuya katkı sağlayacağına ve hastanın kullanacağı başaçıkma yöntemlerinin uyarlanması ve yönlendirilmesinin şizofreninin gidişi ve sonlanımı üzerinde yararlı etkileri olacağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Andres K, Schindler F, Brenner HD, et al: Coping-oriented group therapy for patients with schizophrenic or schizoaffective disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 5:225-32, 1998.
2. Azhar MZ, Verma SL, Dharap AS: Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 90:1-3, 1994.
3. Birchwood M, Chadwick P: The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med* 6:1345-53, 1997.
4. Brazo P, Dollfus S Petit M: Anti-hallucinatory coping strategies in schizophrenia. *Ann Med Psychol (Paris)* 7:456-59, 1995.
5. Carter DM, Mackinnon A, Copolov DL: Patients strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 3:159-64, 1996.
6. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, et al: Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Res* 2-3:181-90, 1997.
7. Corrigan PW, Storzach DM: Behavioral interventions for alleviating psychotic symptoms. *Hosp Community Psychiatry* 4:341-47, 1993.
8. Dittman J, Schuttler R: Autoprotective mechanisms in patients with schizophrenic psychoses-compensation and coping. *Fortschr Neurol Psychiatry* 12:473-83, 1990a.
9. Dittman J, Schuttler R: Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatr*

Scand 4:318-22, 1990b.

10. Dittman J, Schuttler R: Coping and compensation strategies of patients with disseminated encephalomyelitis and of patients with schizophrenic psychoses. *Rehabilitation (Stuttg)* 2:98-103, 1992.
11. Fredrick J, Cotanch P: Self-help techniques for auditory hallucinations in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 3:213-24, 1995.
12. İnem C, Deniz H, Yener F: Şizofreni üzerine kimi söylenceler ve gerçekler. *Düşünen Adam* 3:16-22, 1998.
13. Karaca S, Psikiyatrik bozukluklarda başaçıkma biçimleri. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı (1-3 Haziran 1995), Konya 1995; p.58-69.
14. Kırpınar İ, ayköylü A, Kulođlu M: Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3:175-81, 1994.
15. Koenig HG: Religious coping and depression among elderly hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 12:1693-99, 1992.
16. Kopelowicz A, Liberman RP: Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 2:55-64, 1995.
17. Körođlu E: (ev). Amerikan Psikiyatri Birliđi: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı. Gözden geçirilmiş üçüncü baskı (DSM-III-R). Hekimler Yayın Birliđi, Ankara 1989; s.115-20.
18. Lee PW, Lieh-Mak F, Yu KK, et al: Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Br J Psychiatry* 163:177-82, 1993.
19. Middelboe T, Mortensen EL: Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scand* 96:188-94, 1997.
20. Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, et al: An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *Br J Psychiatry* 160:674-80, 1992.
21. Özer H, Cořkun İ, Kırpınar İ: Psikiyatri poliklinik hastalarında tıp dışı kişilere başvuru davranışının bazı özellikleri. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı (1-3 Haziran 1995), Konya 1995; s.136-142.
22. Rea MM, Strachan AM, Goldstein MJ, et al: Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 158:642-47, 1991.
23. Sungur MZ: Davranış tedavileri. *Psikiyatri Bülteni* 3:109-15, 1993.
24. Takai A: Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 82:289-95, 1990.
25. Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, et al: A trial of two cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients II: Treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1:5-10, 1993.
26. Ünal S: Şizofrenili bireyde ve ailesinde duygudışavurumu. 2. Biyolojik Psikiyatri Kongresi, İstanbul 12-14 Kasım, 1998.
27. Volkan VD: Şizofren hastanın iç dünyası. *Psikiyatri Bülteni* 2:65-8, 1992.
28. Wahass S, Kent G: Coping with auditory hallucinations: a cross-cultural comparison between western (British) and non-western (Saudi Arabian) patients. *J Nerv Ment Dis* 11:664-68, 1997.
29. Wiedl KH: Assessment of coping with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 161(Suppl 18):114-22, 1992.
30. Wiedl KH, Schottner B: Coping with symptoms related to schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 3:525-38, 1991.