

# Bir Psikiyatri Hastânesinde Tedavi Gören Şizofrenik Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif ve Negatif Belirtiler, Depresyon ve Umutsuzluk ile İlişkisi

Çiçek Hocaoğlu\*, Zeynep Tekin\*\*

\* Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

\*\* Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Psikolojisi Anabilim Dalı, Trabzon

Tel: +904623775393

E-mail: choceaoglu@superonline.com, cicekh@meds.ktu.edu.tr

## ÖZET

**Amaç:** Şizofrenide intihar davranışına yol açan risk etmenlerinin bilinmesi bu konuda önleyici yaklaşımların geliştirilmesini sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı şizofrenlerde intihar düşüncesini yordayıcı faktörleri bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastânesi'nde 2006 yılının Nisan ve Haziran ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan akut dönemdeki 60 şizofrenik hasta ve yine aynı hastânenin polikliniğine bu tarihler arasında kontrol için başvuran stabil dönemdeki 60 şizofrenik hasta olmak üzere toplam 120 hasta alınmıştır. SCID-I'e göre şizofreni tanısı alan hastalara sosyodemografik veri toplama formu başta sabit kalmak üzere aynı sırayla Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇŞDÖ) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada deneklerin %31,66'sında intihar düşüncesine, %18,3'ünde ise intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır. Umutsuzluk ve depresyon intihar düşüncesi olan grupta olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Pozitif belirtiler açısından iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan grupta negatif belirtiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmaktadır.

**Tartışma ve Sonuç:** Şizofrenik hastalarda intihar girişimi öyküsünün, depresyonun ve umutsuzluk düşüncelerinin değerlendirilmesinin şizofrenide intihar davranışını önlemede önemli olduğu düşünülmektedir. Negatif belirtilerin intihar davranışı ile ilişkisinin ve şizofrenide intihar davranışının çok yönlü doğasının açığa çıkarılmasında yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** şizofreni, intihar düşüncesi, risk etmenleri, depresyon, umutsuzluk

## ABSTRACT

### Suicidal Ideation in Patients Who Are Being Treated in A Psychiatry Hospital: Relation Between Positive and Negative Symptoms, Depression, and Hopelessness

**Objective:** Suicidal behavior, causing important psychological, social and economic problems for societies, is frequently seen in schizophrenia as in other psychological disorders. However, little research has been conducted to determine whether the risk for suicidal behavior is elevated among patients with psychosis in general. Being aware of risk factors causing suicidal behavior in schizophrenia can help to develop prevention strategies in this subject. The aim of this study is evaluate the factors on suicide idea at the patients with schizophrenia from the view of some socio-demographic and clinical properties.

**Method:** The sample of the study consists of 120 patients with schizophrenia; from the patients' treated at Trabzon Ataköy Psychiatry Hospital between the dates of April-June 2006; 60 of them in the acute stage taking medical treatment while hospitalized and 60 of them in the stabile stage that applied to the hospital polyclinics for control treatment. Socio-demographic form being in the lead, Beck Hopelessness Scale (BHS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) and Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS) were applied in the same order were applied to samples being diagnosed as schizophrenia by SCID-I.

**Findings:** In the study 31.66% of the sample has suicidal ideation and 18.3% of the sample has history of suicide attempts. In terms of hopelessness and depression, a significant difference was found out between groups. According to positive symptoms, no difference was present between groups. In the group with suicide ideation, negative symptoms are found out to be significantly higher. **Discussion and Conclusion:** Evaluating the history of suicide attempts, depression and hopelessness in patients with schizophrenia are thought to be important to prevent suicidal behavi-

or in schizophrenia. Further studies are needed to disclose the relationship between negative syndromes and suicidal behavior and multi-dimensional nature of suicidal behavior in schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, suicide ideation, risk factors, depression, hopelessness

## GİRİŞ

İntiharlarla ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki çok uzun zamandan beri bilinmektedir. Duygudurum bozuklukları ve şizofreni bu ilişkinin yoğun görüldüğü ruhsal hastalıklar arasındadır (Walsh ve ark. 2001, Müler ve ark. 2005). Şizofrenlerin erken ölüm nedenleri arasında intihar ilk sırada yer almaktadır (Goldsmith 2002, Pompili ve ark. 2004). Şizofrenide intiharı gerçekleştirme oranı %10–13, intihar girişimi oranı ise %20–40 civarındadır (Amador ve ark.1996).

Şizofrenide görülen yüksek intihar oranları duygudurum bozukluklarında olduğu kadar şizofrenlerde de intihar düşüncesi ve girişimlerinin sorgulanması ve intihar riski taşıyan şizofrenlerin belirlenmesinin gereğini göstermektedir. Ancak şizofreninin klinik görünümü, başlangıcı, seyri ve sonlanımı açısından heterojen bir görünümde oluşu ve intiharın çok yönlü doğası gereği bu hasta grubunda intihar riskinin belirlenmesi zor olmaktadır. Şizofrenlerde intihar riskini yordayıcı çeşitli etmenler ileri sürülmüştür. Şizofrenide intihar ve intihar düşüncesinin araştırıldığı birçok araştırma yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bazı sosyodemografik faktörlerin etkisini ve kişinin hastalık öncesi uyumu, umutsuzluğu, önceki intihar girişimi ve düşüncesi, hastalık içgörüsü ve hastalığının başlayış ve seyrini inceleyerek bu risk faktörlerini belirlemeye çalışmışlardır (Müler ve ark. 2006, Acosta ve ark. 2006, Mc Girr ve ark. 2006). İntihara eğilimli şizofren bâzen psikotik belirtilerin ön plânda olması ve bu psikotik tablonun intihar düşünceleriyle ilişkili olabilecek depresif tabloyu örtmesi sonucu intihar düşünceleri fark edilmeden taburcu edilebilir. Bâzen de hastadaki intihar düşünceleri ve bunlarla beraber görülen umutsuzluk ve depresyon belirtileri negatif belirtiler veya antipsikotik ilaç tedavinin yan etkilerine bağlı yavaşlamalar olarak idrak edilip fark edilemeyebilir (Reid ve ark. 1998, Harkavy-Friedman ve ark. 2003). Bu nedenlerle şizofrenlerde intihar düşüncesini tahmin edici ve intihar düşüncesi olmayan şizofrenler olanlardan ayırt edici özgün özelliklerin saptanması önem taşır. Şizofrenlerin büyük çoğunluğu intihar girişimleri esnasında psikiyatrik tedavi görmektedirler (Harkavy-Friedman ve ark. 2001). Şizofrenide intihar için en riskli dönemin hastânedeki yatış veya taburculuktan sonraki ilk 6 ay olduğu bildirilmiştir (Campbell ve Fahy 2005). Bu anlamda hastânedeki yatarak tedavi görmekte olan ve yeni taburcu olmuş şizofrenik hastalarda

intihar riskinin araştırılması yaşam kurtarıcı öneme sahiptir. İntihar girişimleri olan şizofrenlerin birçoğunun bu tip davranışları tekrarladıkları ve önceki intihar girişimi öyküsünün şizofreni hastalarında yeni intihar davranışları için büyük risk taşıdığı belirtilmiştir (Özsan ve Tuğcu 1999, Evren ve ark. 2002, Walsh ve ark. 2001). Önceden intihar girişimi olan hastalarda önleyici çalışmaların yapılması bu nedenle büyük önem taşır. Hastalık içgörüsünün fazla olmasının, yaşamı sürdürme nedenlerinin kısıtlılığının intihar düşüncelerine yol açabileceği ancak, iyi bir tedavi yaklaşımı ile buna bağlı depresyon ve umutsuzluk duygularının azaltılmasıyla bu riskin ortadan kalkabileceği bildirilmiştir (Bourgeois ve ark. 2004).

İntihar davranışları şizofreninin her döneminde ortaya çıkabilir. Bâzi şizofrenik hastalarda psikotik belirtilerin yoğun olduğu akut dönemlerde intihar girişiminde bulunabilirler. Akut alevlenmenin olmadığı ve kısmen iyileşmenin görüldüğü stabil dönemlerde de intihar davranışı olabilir. İntihar davranışına neden olan faktörlerin şizofreninin akut ve stabil dönemlerinde farklı işleyişlerinin ve etkilerinin olup olmadığının araştırılması her dönem için ayrı önleyici ve tedavi edici yaklaşımların geliştirilmesi açısından önem taşır.

Şizofrenide intihar riskini saptamada bir etmenin tek başına tetikleyici rolü olması zordur. Çoğu zaman birçok etmen aynı anda ortaya çıkar ve kişide zorlanmalara ve intihar düşüncesine yol açar. Bu anlamda şizofrenide intiharı tetikleyecek etmenlerin çok yönlü olarak araştırılması ve sağlık çalışanlarının bu risk etmenleri konusunda bilinçli ve duyarlı davranmaları şizofreni hastalarında intiharın önlenmesi açısından büyük önem taşır.

Ülkemizde şizofrenide intiharın risk etmenlerinin araştırılması konusunda yapılmış çok sayıda çalışma bulunmamaktadır (Güney ve Özden 1991, Özsan ve Tuğcu 1999, Uslu ve Sevinçok 2000, Kırpınar ve Aydın 2001, Evren ve ark.2002, Özcüler 2004). Şizofrenide intiharı yordayıcı risk etmenlerinin bilinmesi bu konuda önleyici yaklaşımların geliştirilmesini sağlayabilir. Bu çalışmada Trabzon ilinde bulunan bir psikiyatri hastânesinde yatarak veya ayaktan takiple tedavi görmekte olan şizofrenik hastalar örnekleminde intihar düşüncesini belirleyen çeşitli etmenleri ve intihar düşüncesini tetikleyebilecek olası nedenleri araştırılması amaçlandı.

## YÖNTEM

### 1. Hasta Grubu

Çalışmaya, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastânesi'nde 2006 yılının Nisan ve Haziran ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan akut dönemdeki SCID-I uygulanarak DSM-IV'e göre şizofreni tanısı konan, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, 18–65 yaş arası 60 hasta ile yine aynı hastânenin polikliniğine bu tarihler arasında kontrol için başvuranlarda stabil dönemdeki 60 şizofren olmak üzere toplam 120 hasta dâhil edilmiştir. Çalışma öncesi Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmayı bu hastânedeki yürütmek için gerekli olan resmî izin belgesi ile yerel etik kuruldan gerekli onay alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayları alınmıştır. Yazılı onayları alınan hastaların görüşme yapabildiğimiz âile bireyleri ve yakınları da çalışma ile ilgili olarak bilgilendirilmişlerdir. Olgular arasında çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Olguların hepsi ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sâhiptir. Nörolojik veya fiziksel hastalık, zekâ geriliği, genel tıbbî bir duruma bağlı psikotik bozukluk ve madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk tanısı konanlar, yakın zamanda veya hâlen duygudurum dengeleyici ilaç kullananlar ile elektrokonvülsif tedavi uygulanan hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Yatarak tedavi görmekte olan 60 hasta bir aydan az bir süredir bu serviste bulunuyor olmalarından dolayı akut dönemde, ayaktan izlenen 60 hasta ise en az 3 aydır yatarak tedavi görmüyor olmaları ve ilaçlarında son 3 aydır belirgin bir düzenlemeye gerekli görülmemekle kontrol için başvurmuş olmalarından dolayı stabil dönemde olarak kabûl edilmişlerdir. Hastalara ölçekler hastânedeki bulunan psikologlara âit odalarda, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek aynı sırayla uygulanmıştır.

### 2. Araçlar

#### 2.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form deneklerin yaş, cinsiyet, medenî hâl, yaşadığı yer, ekonomik durum, psikiyatrik yatış sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, tedavi süresi, intihar girişimi sayısı ve yöntemi, âilede intihar ve ruhsal hastalık öyküsünü sorgulayan toplam 34 sorudan oluşmaktadır.

#### 2.2. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme [Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I] 1987'de, DSM-III-R Eksen I bozukluklar tanısını yapılandırılmış

bir klinik değerlendirme aracılığıyla koymak amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonraları DSM-IV için güncelleştirilmiştir. Bu çalışmada DSM-IV için güncelleştirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Türkiye'de DSM-III-R ve DSM-IV için olan versiyonlarının geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark. 1999, Soria ve ark. 1990).

#### 2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. 20 maddeden oluşan 0–1 arası puanlanan bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri evet, gelmeyenleri hayır olarak yanıtlaması istenir. Maddelerin 11 tânesinde evet, 9 tânesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan aralığı 0–20'dir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ölçek üzerinde gerçekleştirilen faktör analizi sonucu ölçeğin "gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler", "motivasyon kaybı" ve "umut" olmak üzere 3 faktörden oluştuğu belirtilmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Durak 1994).

#### 2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)

Bu ölçek Addington ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Oksay ve arkadaşları (2000) ise ölçeğin şizofrenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 sorudan oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkiyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir.

#### 2.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

##### (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS)

PANSS, Andreasen ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiştir (8). Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği toplam 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler, varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğudur. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği toplam 5 alt ölçek ve 24 maddeden oluşur. Bu alt ölçekler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk almama ve toplumsal çekilme ve dikkattir. Ölçek altılı likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması 0–5 arasında değişmektedir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt öl-

**Tablo 1: Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	57	47.5
Erkek	63	52.5
<b>Medenî Hâl</b>		
Evli	43	35.8
Bekâr	54	45.0
Dul	11	14.2
Boşanmış	4	5.0
<b>Meslekî Durum</b>		
İşsiz	22	18.3
İşçi	13	10.8
Memur	2	1.7
Serbest Meslek	12	10.0
Çiftçi	14	11.7
Öğrenci	7	5.8
Ev Hanımı	46	38.3
Emekli	4	3.3
<b>İntihar Girişimi Öyküsü</b>	22	18.5

**Tablo 2: Çalışma Grubunun İntihar Düşüncesine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

	İntihar Düşüncesi Olanlar		İntihar Düşüncesi Olmayanlar		p
	n=38	%	n=82	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	19	50	38	46.34	0.314
Erkek	19	50	44	53.66	
<b>Medenî Hâl</b>					
Bekâr	16	42.11	36	43.90	0.478
Evli	12	31.57	29	35.36	
Dul veya Boşanmış	10	26.32	17	20.74	
<b>Meslekî Durum</b>					
İşsiz	6	15.78	18	21.95	0.291
İşçi	4	10.52	14	17.07	
Memur	3	7.89	7	8.53	
Serbest Meslek	5	13.15	6	7.31	
Çiftçi	4	10.52	11	13.41	
Öğrenci	3	7.89	6	7.31	
Ev Hanımı	9	23.68	17	20.73	
Emekli	4	10.52	3	3.65	
<b>İntihar Girişimi Öyküsü</b>					
Olan	15	39.47	7	8.54	0.000
Olmayan	23	60.53	75	91.46	
<b>Dönem</b>					
Akut	16	42.10	44	53.65	0.422
Stabil	22	57.90	38	46.35	
<b>Depresyon</b>					
Olan	18	47.36	0	0	0.000
Olmayan	20	52.64	82	100	

çek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

#### İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada istatistiksel verilerin değerlendirilmesi için Windows için SPSS 10.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu her grupta Kalmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan veriler için Student-t testi, uymayan veriler için Mann Whitney U testi kullanıldı. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

#### BULGULAR

Çalışmaya 60'ı yatarak 60'ı ayaktan tedavi gören toplam 120 hasta alınmıştır. Bunların %47.5'i kadın (n=57), %52.5'i erkek (n=63), yaş ortalaması  $36.77 \pm 10.52'$  dir ve ortalama eğitim süresi  $6.50 \pm 3.45'$  dir. Çalışma grubunun %18,3'ünde (n=22) intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Çalışma grubuna ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

İntihar girişiminde en sık kullanılan yöntem aşırı dozda ilaç almak şeklindedir (%59.1). Bunu yüksek bir yerden ya da arabanın önüne atlayarak (%27.3) (n=6) intihar girişimi ve kesici ve delici âlet kullanarak (%13.6) (n=3) intihar girişiminde bulunmak izlemektedir. İntihar girişiminde bulunanların %54.5'i (n=12) girişimlerinden en fazla 1 ay önce psikiyatrik muayene için başvuruda bulunmuş ve %77.3'ünün (n=17) ise intihar girişimi öncesi psikiyatrik ilaç kullanımı vardır. İntihar girişiminde bulunanların %63.6'sı (n=14) hastalığın başlamasından sonraki 3 yıl içerisinde intihar girişimini gerçekleştirmişlerdir.

İntihar düşüncesi Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin 8. maddesi-

**Tablo 3: Çalışma Grubunun İntihar Düşüncesine Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

	İntihar Düşüncesi Olanlar (n=38)		İntihar Düşüncesi Olmayanlar (n=82)		p
	Ortalama	s.s.	Ortalama	s.s.	
Yaş	39.3	12.57	36.5	9.67	0.696
Öğrenim Süresi	7.45	4.67	6.29	3.10	0.425
Psikiyatrik Tedavi Süresi	7.45	6.99	9.00	6.79	0.263
Psikiyatrik Yatış Sayısı	3.4	3.06	2.70	2.16	0.013

**Tablo 4: İntihar Düşüncesinin Varlığına Göre Ölçeklerin Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	İntihar Düşüncesi Olanlar (n=38)		İntihar Düşüncesi Olmayanlar (n=82)		p
	Ortalama	ss	Ortalama	ss	
<b>PBDÖ Toplam</b>	57.21	17.25	58.20	14.39	0.741
Varsanılar	12.97	4.26	13.15	3.51	0.803
Sanrılar	20.07	6.53	21.50	10.23	0.784
Garip Davranış	8.92	3.35	9.41	3.22	0.443
Pozitif Yapısal	13.84	6.87	13.79	4.29	0.790
Düşünce Bozukluğu	1.57	0.72	1.43	0.73	0.328
Uyumsuz Duygulanım					
<b>NBDÖ Toplam</b>	56.23	14.96	41.42	11.91	0.000
Duyulanımda Düzleşme	16.92	5.52	11.34	4.04	0.000
Aloji	11.31	3.69	8.35	2.89	0.000
Enerji ve İstekte Azalma	10.39	2.92	7.79	2.78	0.000
Zevk Almama ve Toplumsal Çekilme	13.28	3.65	10.17	3.23	0.000
Dikkat	14.31	1.97	3.52	1.31	0.006
<b>BUÖ Toplam</b>	12.31	4.18	4.31	3.06	0.000

ne göre değerlendirilmiştir. Bu maddeye 0 puan veren 82 kişi intihar düşüncesi olmayan, 1, 2 veya 3 puan veren 38 kişi ise intihar düşüncesi olan grup şeklinde değerlendirilmiştir. Buna göre çalışma grubunun %31.66'sında intihar düşüncesi bulunmaktadır. İntihar düşüncesi olan ve olmayan gruplar sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından Tablo 2' de karşılaştırılmışlardır. Cinsiyet, medeni hâl ve meslekî durum açısından intihar düşüncesi olan ve olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ). Yatarak tedavi gören akut dönemdeki ve ayaktan izlenen stabil dönemdeki hastalar arasında da intihar düşüncesi anlamında farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). İntihar düşüncesi olan grupta intihar düşüncesi olmayan gruba göre intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). ÇŞDÖ ile değerlendirilen depresyon açısından intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan gruplar arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır ( $p<0.05$ ).

İntihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması  $39.3\pm 12.57$ , intihar düşüncesi olmayan grubun yaş ortalaması  $36.5\pm 9.67$ 'dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Psikiyatrik yatış sayısı ortalamaları intihar düşüncesi olan grupta  $3.4\pm 3.06$  intihar düşüncesi olmayan grupta  $2.70\pm 2.16$  şeklindedir. İki grup arasında psikiyatrik yatış sayısı açısından anlamlı farklılık vardır ve intihar düşüncesi olan grupta yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Tablo 4'de intihar düşüncesi olan ve olmayan grupta PBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ortalamaları verilmiştir. PBDÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olan grupta  $57.21\pm 17.25$ , intihar düşüncesi olmayan grupta  $58.20\pm 14.39$ 'dur. İki grup arasında PBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). NBDÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olan grupta  $56.23\pm 14.96$  intihar düşüncesi olmayan grupta  $41.42\pm 11.91$ 'dir. İki grup arasında NBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ve intihar düşüncesi olmayan grubun NBDÖ puanları yüksektir. ( $p<0.05$ ). BUÖ'in toplam puan ortalaması verilmiştir. İntihar düşüncesi olan grubun BUÖ toplam puan ortalaması  $12.31\pm 4.18$  intihar düşüncesi olmayan grubun ortalaması  $4.31\pm 3.06$ 'dır. İki grup arasında BUÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki Tablo 5'de verilmiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışma bir psikiyatri hastanesinin polikliniklerine başvurarak veya aynı hastanede yatarak tedavi görmekte olan toplam 120 şizofren ile yürütülmüştür. Bu hasta örneklemini intihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki grup olarak sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından değerlendirilmişlerdir. Çalışmamıza katılan hastaların %31.66'sında intihar düşüncesine, %18,3'ünde ise intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların %77.3'ünün intihar girişimi sırasında ilaç tedavisi görmekte oldukları ve %54.5'inin bir aydan az bir süre önce

**Tablo 5: Ölçekler Arasındaki İlişki**

	ÇSDÖ	NBDÖ	PBDÖ	BUÖ
ÇSDÖ	1.000	0.355**	-0.164	0.713**
NBDÖ	0.355**	1.000	0.246**	0.374**
PBDÖ	-0.164	0.246**	1.000	-0.019
BUÖ	0.713**	0.374**	-0.019	1.000

\*\* Korelasyon  $p < 0.01$  noktası için geçerli

psikiyatrik kontrole gittikleri saptanmıştır. Bu bulgular intihar girişimi veya tamamlanmış intiharı olan şizofrenlerin büyük çoğunluğunun psikiyatrik tedavi altında iken intihara kalkıştıkları ve şizofreni hastalarında hastâyeye yatış sırası ve taburculuktan 6 ay sonrasının intihar açısından en riskli dönem olduğu bulgusunu destekler niteliktedir (Harkavy-Friedman and Nelson 1997, Harkavy-Friedman ve ark. 2001). Aşırı dozda ilaç içmek erkekler ve kadın hastalar için de en sık rastlanan yöntemdir. Bunu ya yüksek bir yerden ya da arabanın önüne atlama ve kesici veya delici alet kullanarak intihar girişimi izlemektedir.

Şizofrenide intihar düşüncesi ve davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda tamamlanmış intiharlar açısından erkeklerin kadınlara göre oranı yüksek olduğu ancak bu cinsiyet farklılığının şizofreni hastalarında genel popülasyona oranla daha az olduğu bildirilmiştir (Fenton 2001, Raymont 2001, Harkavy-Friedman 2006). İntihar girişimi açısından ise şizofreni hastalarında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Heila ve ark. 1997, Walsh ve ark. 2001). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde intihar düşüncesi olan ve olmayan grup arasında cinsiyet faktörü açısından bir farklılık saptanmamıştır.

Şizofrenlerde intiharın yaşamlarının her hangi bir döneminde görülebileceği bir çok araştırmada vurgulanmış olsa da, genç olmanın şizofrenide intihar riskini arttırdığına dair bulgular da mevcuttur (Özsan ve Tuğcu 1999, Kontaxakis ve ark. 2004). Yaşla ilgili bu farklı sonuçlar şizofrenide görülen intiharların hastalığın başlangıcından sonraki on yıl içerisinde en yüksek oranlarda olduğu gerçeği ile değerlendirildiğinde asıl ayırt edici olanın yaş değil hastalığın süresi olduğu düşünülmüştür (Campbell ve Fahy 2005). Yaş faktörü açısından, intihar düşüncesi olan grupla intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar girişimi olanların çoğunlukla hastalıklarının başlangıcından itibaren ilk üç yıl içerisinde intihar girişimini gerçekleştirdikleri görülmüştür. Bu bulgu şizofrenide intihar riskini belirlemede asıl önemli olanın yaş faktörü değil, hastalığın erken dönemlerinde bulunma olduğunu belirten literatür bilgileriyle uyumludur (Tarrier ve ark. 2006, Acosta ve ark. 2006).

Şizofrenlerde bekâr ve işsiz olmanın intihar riskiyle ilişkili olduğuna dair bulgular bu çalışmanın bulgularıyla desteklenmemiştir. Çalışmada medenî hâl ve meslekî durum açısından intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İntihar düşüncesi olan grubun öğrenim süreleri  $7.45 \pm 4.67$  intihar düşüncesi olmayan grubun ise  $6.29 \pm 3.10$ 'dur. Bu durum bölgenin eğitim düzeyinin düşüklüğü ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda intihar öyküsü bulunan şizofrenlerin hastâyeye yatış sıklıkları açısından diğer şizofreni hastalarına göre anlamlı farklılık gösterdikleri bulunmuştur. Bu çalışmada psikiyatrik tedavi süresi açısından iki grup arasında anlamlı farka rastlanmazken, hastaların psikiyatri servisine yatış sayıları intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmıştır. Bu sonuçlar önceki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Yen ve ark. 2002, Kim ve ark. 2003).

Önceki intihar girişimleri ileride olabilecek intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar için en önemli risk göstergelerindedir (Potkin ve ark. 2003, Altamura ve ark. 2003). İntihar girişimi öyküsünün olması intihar için risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (Nordentoft ve ark. 2002, Hawton ve ark. 2005). Potkin ve arkadaşları (2003) 980 şizofren üzerinde yaptıkları 2 yıl süreli izlem çalışmasında yaşam boyu intihar girişimi sayısının intihar riskiyle anlamlı ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan grubun %39.47'inde, intihar düşüncesi olmayan grubun ise %8.54'ünde intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır. İntihar düşüncesi olanlarda intihar girişimi öyküsünün yüksek oranda görülmesi intihar davranışının devamlı ve tekrarlı bir süreç olduğu ve bir kez intihar girişimi olan şizofrenlerin daha sonrada bu girişimlere devam etme risklerinin yüksek olduğu bilgisiyle uyumludur (Harkavy-Friedmann ve ark. 1997). Bu çalışmada intihar girişimi öyküsünün intihar riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle intihar girişimi öyküsü olduğu bilinen şizofrenlerin intihar düşünceleri açısından sık aralıklarla değerlendirilmelerinin intiharı önlemede faydalı olacağı düşünülmektedir.

Depresyonun intihar için en önemli risk etmenlerinden olduğu birçok araştırmada bildirilmiştir (Mann ve ark. 1999, Baca-Garcia ve ark. 2004). Güney ve Özden (1991) araştırmalarında negatif belirtileri yoğun olan şizofrenlerde depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda intihar girişimi

minde bulunanların %27.3'ü ise içinde buldukları ruhsal çöküntü hâline bağlı olarak intihar davranışında bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grupta intihar düşünceleri olmayan gruba göre depresyon görülme sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan grubun %47.36'sında depresyon saptanmıştır. İntihar düşüncesi olmayan grupta ise, depresyonu olan hasta bulunmaktadır. Bu çalışmada saptanan, depresyonun intihar düşüncesi ile ilişkisi olduğu bilgisi literatürle uyum göstermektedir (Gupta ve ark. 1998, Nakaya ve ark. 1997). Şizofrenlerde depresif durumların tanınması ve tedavisi bu hasta grubunda intiharı önlemede büyük önem taşımaktadır.

Umutsuzluğun da depresyon gibi intihar davranışıyla yüksek ilişki içinde olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Hattâ birçok araştırma umutsuzluğun intihar davranışını belirlemede depresyondan daha etkili olduğunu belirtmiştir (Kim ve ark. 2003, Lewine 2005). Bizim çalışmamızda da intihar düşüncesi olan grubun intihar düşüncesi olmayan gruba göre BUÖ ve bu ölçeğin gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut alt ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmada intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında akut veya stabil dönemde bulunmaları açısından anlamlı farklılığa rastlanmamış olsa da, intihar düşüncesi olanların daha çok stabil dönemde oldukları görülmüştür. İntihar düşüncesi olan hastaların %42.2'si akut dönemde, %57.90'ı stabil dönemde bulunmaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalıklarının aktif psikotik döneminde intihar ettikleri bulgusu bu çalışmada destek bulmamıştır.

Şizofrenide intihar olgusuyla pozitif ve negatif belirtiler arasındaki ilişki ile ilgili literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Pozitif belirtilerdeki artışın intihar riskini arttırdığını, intihar girişimi esnasında şizofrenlerin %80'inde sanrı ve varsanların olduğu bildiren çeşitli araştırmalar vardır (Turner ve ark. 1998, Nordentoft ve ark 2002). Fenton ve arkadaşları (1997) pozitif belirtilerden özellikle şüphelilik ve sanrıların tamamlanmış intiharlarda rol oynadığını negatif belirtilerin ise intiharla ölen kişilerde daha az görüldüğünü belirtmiştir. Buna bağlı olarak negatif belirtilerin ön planda olduğu rezidüel tip şizofreniyi intihar için görece düşük bir risk grubu olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grupta intihar düşüncesi olmayan gruba göre pozitif belirtiler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Negatif belirtilerin ön planda oluşu bâzi araştırmacılar tarafından intiharı önlemede koruyucu bir faktör olarak ortaya konulmuştur. Fenton ve arkadaşları (1997) negatif belirtilerdeki artışın

azalmış intihar riskiyle ilgili olabileceğini ancak bu riski tamamen ortadan kaldıracak etkisi bulunmadığını bildirmişlerdir. Rezidüel olmayan yâni negatif belirtilerin görülmediği şizofreni grubunda negatif belirtileri olan şizofrenlere göre altı kat fazla intihar riski bildirilmiştir (Harkavy-Friedmann ve ark 2001). Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak NBDÖ puanları açısından intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmada literatürden farklı olarak görülen bu bulgu, şizofrenide intiharı farklı alt tipleri olabileceği görüşünü desteklemektedir (Evren ve ark. 2002).

Acosta ve arkadaşlarının (2006) şizofrenik intiharların tek tip olmadığına dair görüşleri ve bu konuda yaptıkları çalışmaları bu hasta grubunda intiharların doğasını aydınlatma anlamında önem taşımaktadır. Araştırmacılar şizofrenide intihar motivasyonlarındaki farklılığa bağlı olarak depresif ve psikotik intiharlar olarak iki grup tanımlamışlardır. Depresif motivasyonlu grupta, önceki intihar girişimi sayısı, depresyon ve umutsuzluk puanları daha yüksektir. Psikotik motivasyonlu grup ise hastalığın daha akut bir döneminde psikotik belirtiler ve bunlara bağlı endişe ve özgüven eksikliği duygularıyla intihara yönelmektedirler. Acosta ve arkadaşlarının (2006) görüşleri bu çalışmada intihar girişiminde bulunanların en yüksek oranda sanrı ve varsanılara, ikinci olarak ise içinde buldukları ruhsal çöküntüye bağlı olarak bu girişimde buldukları bilgisiyle uyumludur. İntihar düşüncesi olan grupta negatif belirtilerin fazla bulunması şizofrenide psikotik motivasyonlu intiharların yanı sıra negatif belirtilerin egemen olduğu bir dönemde depresif motivasyonlu intiharların da olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığın psikotik belirtilerinin yatıştığı, daha stabil ve işlevsellikte bozulmaların kalıcılaştığı bir dönemde görülen intiharların negatif belirtilerdeki artışla ilgili olduğu düşünülebilir. İntihar için en riskli şizofrenlerin, prognozu en iyi olanlar olduğu konusundaki çeşitli görüşler ve hastalık iç görüşü yüksek olan kişilerin intihara daha meyilli olduklarını gösteren bulgular bu düşünceleri destekleyebilir (Raymont 2001, Kim ve ark. 2003).

Şizofrenlerde intiharı öngörecektelmelerin saptanmasının oldukça zor olduğu bilinmektedir. Şizofrenide güvenilir ve geçerli bir intihar risk ölçeğinin yapılandırılması olası olmadığı bildirilmektedir (Taiminen ve ark. 2001). Bununla birlikte, çalışmamızda tesbit edilen yüksek intihar düşüncesi, bu hastaların tedavisi ve izlemi plânlanırken intihar risklerinin belirlenmesi ve önlemlerinin alınması gerektiğini göstermektedir. Bu önlem ve tedavilerin geliştirilebilmesi için şizofrenik hastalarının hangi dönemde, hangi nedenlerden ötürü intihara yönel-

diklerinin araştırılması ve intihar davranışını yordayıcı risk etmenlerinin bu farklılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

## SONUÇ

Şizofrenide intihar davranışının doğasını aydınlatmak için yapılan her çalışma intiharı önlemek için alınacak önlemlere de katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada depresyon, umutsuzluk ve negatif belirtilerdeki artışın intihar davranışı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri olan hasta örnekleminin küçüklüğü ve sâdece belli bir merkezden hastaların seçilmiş olması genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Ayrıca çalışmada hastaların şizofreni tipi ile uygulanan tedaviler üzerinde durulmuş olması çalışmanın diğer önemli kısıtlılıklarıdır. Tüm bu kısıtlılıklarına karşın, çalışmamız sonuçları açısından bu alanda yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacağı inancındayız.

## KAYNAKLAR

- Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, et al (2006) Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study. *Schizophrenia Res*; 86: 215-220.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, et al. (1996) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*; 153: 1185-1188.
- Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, et al (2003) Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: A retrospective study. *Schizophrenia Res*; 60: 47-53.
- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Diaz SC, et al (2004) Suicidal behavior in schizophrenia and depression: A comparison. *Schizophrenia Res*; 109: 1-5.
- Bhatia T, Thoman P, Semwal P, et al (2006) Differing correlates for suicide attempts among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in India and USA. *Schizophrenia Res*; 86: 208-214.
- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P (2000) Cognitive approach to depression and suicidal thinking: testing the validity of social ranking model. *Brit J Psychiatry*; 177: 522-528.
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, et al (2004) Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of The International Suicide Prevention Trial. *Am J Psychiatry*; 161: 1494-1496.
- Campbell C, Fahy T (2005) Suicide and schizophrenia. *Psychiatry*; 4: 65-67.
- De Hert M, Mc Kenzie K, Peuskens J (2001) Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Res*; 47: 127-134.
- Durak A (1994) Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*; 9: 1-11.
- Evren EC, Evren B, Erkıran M (2002) Şizofrenik hastalarda öz-kıyım düşüncesi: pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13: 255-264.
- Fenton WS (2000) Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threatening Behaviour*; 30: 34-49.
- Goldsmith SK (2002) *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington DC, USA: National Academies Press, 77.
- Grunebaum MD, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM, et al (2001) Delusions and suicidality. *Am J Psychiatry*; 158: 742-747.
- Güney M, Özden A (1991) Şizofrenide depresyon ve intihar. *Kriz Dergisi*; 6: 37-41.
- Harkavy-Friedman JM, Nelson AE (1997) Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*; 4: 361-375.
- Harkavy-Friedman JM (2006) Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior? *Am J Psychiatry*; 163: 768-770.
- Harkavy-Friedman JM, Nelson AE, Venarde DF (2004) Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behavior*; 34: 66-76.
- Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, et al (2003) Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *Journal Clin Psychiatry*; 64: 871-874.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, et al (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors; 187: 9-20.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, et al (1997) Suicide and schizophrenia: a nationwide autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 154: 1235-1242.
- Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, et al (2004) Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared other means of death. *J Psychiatric Res*; 38: 531-536
- Kırpınar İ, Aydın N (2001) Şizofrenide intihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2: 47-52.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY (2003) Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Res*; 60: 71-80.
- Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Margariti M, et al (2004) Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *Canadian J Psychiatry*; 49: 476-479.
- Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR (2002) Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Res*; 58: 253-261.
- Lewine RJ (2005) Social class of origin, lost potential and hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Res*; 76: 329-335.
- Mc Girr A, Tousignant M, Routhier D, et al (2006) Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case control study. *Schizophrenia Res*; 84: 132-143.
- Müller DJ, Barkow K, Kovalenko S, et al (2005) Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *European Psychiatry*; 20: 65-69.
- Nangle JM (2006) Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia Res*; 85: 196-200.
- Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, et al (2002) OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among

- patients with first-episode psychosis. *British J Psychiatry*; 191: 98-106.
- Oksay SE, Aksaray G, Kaptanoğlu C, Bal C (2000) Calgary Depresyon Ölçeği'nin Şizofreni Hastalarında Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 11: 278-284.
- Özcüler T (2004) Şizofrenik Bozukluğu Olan Hastalarda Özkıyım Girişimi ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi (Basılmamış). Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Özsan H, Tuğcu H (1999) Şizofrenik hastalarda intihar olasılığının çeşitli faktörlere göre incelenmesi. *Kriz Dergisi*; 6: 33-39.
- Pillman F, Balzuweit S, Haring A, et al (2003) Suicidal behavior in acute and transient psychotic disorders. *Psychiatric Res*; 117: 199-209.
- Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R (2004) Suicide in schizophrenia: what we are going to do about it? *Ann Ist Super Sanita*; 40: 463-473.
- Ponizovsky AM, Grinshpoon A, Levav I (2003) Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comp Psychiatry*; 44: 442-447.
- Potkin SG, Alphas L, Hsu C, et al (2003) Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Soc Biol Psychiatry*; 54: 444-452.
- Raymont V (2001) Suicide in schizophrenia - how can research influence training and clinical practice? *Psychiatric Bulletin*; 25: 46-50.
- Reid WH, Mason M, Hogan T (1998) Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatric Serv*; 49: 1029-1033.
- Sernyak MJ, Desai R, Stolar M (2001) Impact of clozapine on completed suicide. *Am J Psychiatry*; 158: 931-937.
- Taiminen T, Huttunen J, Heila H, et al (2001) The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophrenia Res*; 47: 199-213.
- Tarrier N, Haddock G, Lewis S, et al (2006) Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophrenia Res*; 83: 15-27.
- Uslu A, Sevinçok L (2000) Bir grup şizofrenik hastada özkıyım düşünceleri ve depresyon. *3P Dergisi*; 8: 266-273.
- Walsh E, Harvey K, White I, et al (2001) Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. *Brit J Psychiatry*; 178: 255-260.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS (2002) Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Comp Psychiatry*; 43: 443-447.