

# Şizofreni Hastalarında Özkiyim Girişimi ve Özkiyim Düşüncesinin, Hastalık Şiddeti, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi

Gökhan Umut<sup>1</sup>,  
Zeren Öztürk Altun<sup>2</sup>,  
Birim S. Danışmant<sup>3</sup>,  
İlker Küçükparlak<sup>4</sup>,  
Nesrin Karamustafalıoğlu<sup>5</sup>,  
Mehmet Cem İnem<sup>5</sup>

<sup>1</sup>*Psikiyatrist, <sup>5</sup>Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, İstanbul - Türkiye*

<sup>2</sup>*Psikiyatrist, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Bursa - Türkiye*

<sup>3</sup>*Yard. Doç. Dr., T.C. Üsküdar Üniversitesi,  
İstanbul - Türkiye*

<sup>4</sup>*Psikiyatrist, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıklar  
Hastanesi, Bolu - Türkiye*

## ÖZET

Şizofreni hastalarında özkiyim girişimi ve özkiyim düşüncesinin, hastalık şiddeti, depresyon ve içgörü ile ilişkisi

**Amaç:** Bu çalışmada şizofreni hastalarında özkiyim girişimi ve özkiyim düşüncesinin hastalık şiddeti, depresyon ve içgörü ile ilişkisi araştırılarak, şizofreni hastalarında özkiyim riskini yordayabilecek ölçütlerin gelişmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servislerinde DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı ile yatarak tedavi gören, 20-65 yaş arasındaki 104 hasta rastgele seçilmiş, hastalar hastaneye yattıktan sonraki 72 saat içinde değerlendirilmiştir. Olgular, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Özkiyim girişimi öyküsü olan hastalarda depresyon puanları, özkiyim girişimi öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Özkiyim düşüncesi olanların içgörü ve depresyon puanları, özkiyim düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde CŞDÖ özkiyim girişimi ve özkiyim düşüncesini, PANSS negatif toplam puanı özkiyim düşüncesini, kendine zarar veren davranış ise özkiyim girişimi öyküsünü belirleyen değişken olmuştur.

**Sonuç:** Özkiyim girişimi ve özkiyim düşüncesini belirleyen ortak etken depresyon olduğundan, şizofreni hastalarında depresif belirtiler varlığında özkiyim düşüncesinin daha dikkatli ve ayrıntılı sorgulanması gerekmektedir. Kolaylıkla uygulanabilecek CŞDÖ'nün, şizofreni hastalarındaki depresyonu kolaylıkla saptayabileceğini, uygun tedavi yöntemleri ile depresyonun tedavisinin özkiyim riskini azaltabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, içgörü, özkiyim, PANSS, şizofreni



## ABSTRACT

The correlation of suicide attempt and suicidal ideation with insight, depression and severity of illness in schizophrenic patients

**Objective:** At this study, it is aimed to determine criteria to predict the suicidal risks of schizophrenic patients and to explore the correlation of suicide attempt and suicidal ideation with insight, depression and severity of illness as well.

**Method:** Randomly selected 104 inpatients between 20 and 65 years of age, treated with a diagnosis of schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria at Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery were included, and patients were examined at the period of first 72 hours of admission. The patients were evaluated with Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SAI), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS).

**Results:** Depression scores were higher in the patients who had suicide attempt compared to those without suicide attempt. Depression and insight scores of the patients who had suicidal ideation were found to be higher compared to those without suicidal ideation. In the logistic regression analysis, CDSS was found to be the determinant of suicide attempt and suicidal ideation, PANSS negative total score was found to be the determinant of suicidal ideation, and self destructive behavior was found to be the determinant of suicide attempt.

**Conclusion:** As depression was the common factor that determines the suicidal ideation and suicide attempts, suicidal ideation should be inquired more carefully and in more detail in the presence of depressive symptoms in patients with schizophrenia. We consider that CDSS can be easily applied and can determine the depression in patients with schizophrenia and the treatment of depression with eligible methods in turn, decreases risk of suicide.

**Key words:** Depression, insight, suicide, PANSS, schizophrenia

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist Gökhan Umut  
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve  
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/2101

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
drgokhanumut@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
7 Ekim 2012 / October 7, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
27 Kasım 2012 / November 27, 2012

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü özkıyımı, özkıyım eylemi ve özkıyım girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. Özkıyım eylemini bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesi, özkıyım girişimini ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği özkıyıma yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimler olarak tanımlamaktadır ve özkıyım dendiğinde özkıyım eylemi anlaşılmaktadır (1). Değişik ülkelerde, genel toplumda özkıyım sıklığı yüz binde 10 ile 40 arasında değişmektedir. Özkıyım girişimi oranı ise bunun 15 katı kadardır (2). Tüm özkıyım girişimlerinin %5'i ciddi, %30'u ambivalan (ölmeyi hem ister hem de istemez) ve %65'i de gösteri biçimindedir (3). Ülkemizde, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) özkıyım istatistiklerine göre kaba özkıyım oranı 2011'de yüzbinde 3.62 olarak saptanmıştır (4).

Özkıyım, şizofreni hastalarında erken ölüm nedenleri arasında önde gelmektedir. Şizofreni hastalarının %18-55'inin tüm hastalıkları süresince özkıyım girişiminde bulunduğu, tüm şizofreni hastalarının %2-13'ünün de özkıyım nedeniyle yaşamlarını yitirdiği saptanmıştır (5). Bazı izlem çalışmaları da şizofreni hastalarının %10-13'ünün özkıyım nedeniyle yaşamını yitirdiklerini ortaya koymuştur (6). Yıldız ve arkadaşlarının (7) 720 şizofreni hastasının kayıtlarını inceleyerek gerçekleştirdikleri çok merkezli çalışmada, hastaların %52'sinin özkıyım düşüncesi ve girişiminin olduğu, %28'inin de en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

İngiltere'de ulusal bir araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, 1996-1998 döneminde özkıyım kurbanlarının %20'sinin şizofreni tanılarının olduğu, hastaların %50'sinin önceki 7 gün içinde psikiyatri kurumlarına başvurdukları ve bunların %85'inin düşük risk altında olduğunun düşünüldüğü saptanmıştır (8). Yine başka bir çalışmada, özkıyım nedeniyle yaşamını yitirmiş 17 şizofreni hastası incelendiğinde, 16'sının psikiyatrik tedavilerini sürdürdüğü, bu hastalarla ilgilenen doktorların %76'sının hastalarının özkıyım riski altında olduğunu düşünmediği, özkıyım öncesinde hastaların üçte birinin kendine zarar veren davranışının saptandığı bildirilmiştir (9).

Önceki özkıyım girişimleri, geçmişte ve/veya şimdi yaşanan depresyon, genç olma (sıklıkla 30 yaşın altında), beyaz ırk, erkek olma, evlenmemiş olma, yavaş başlangıç, sosyal yalıtım, daha ileri mental yıkım endişesi, umutsuzluk, paranoid şizofreni, madde kötüye kullanımı, kendine kasıtlı zarar verme, işsizlik, çok sayıda alevlenme ile hastalığın kronikleşmesi, ailede özkıyım öyküsü, ajitasyon ve dürtüsellik, özkıyım düşüncesinde dalgalanmalar, ilaçların neden olduğu ekstrapiramidal semptomlar, sık relapslar ve hastaneye tekrar yatışlar, tedaviye yönelik olumsuz tutumlar ve azalmış tedavi uyumu, sağlık personeli ile ilişkide zorluk şizofrenide özkıyım için risk etkenleri olarak kabul edilmektedir (10).

Kelly ve arkadaşları (11), özkıyımı tamamlamış şizofreni hastaları ile diğer nedenlerle ölenler karşılaştırıldığında, düşünce kontrolü, düşünce sokulması, gevşek çağrışımlar ve fikir uçuşmaları gibi pozitif semptomlara daha yüksek oranda rastlandığını bildirmişlerdir. Weismann ve arkadaşları (12), özkıyım girişiminde bulunan hastaların depresif hastalardan çok hostilete sergileyen hastalar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Harkavy ve arkadaşları (13) ise yaptıkları çalışmada, özkıyım girişimlerinin negatif semptomlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Hellerstein ve arkadaşlarının (14) çalışmasında ise, varsanısı olmayan hastalar hemen hemen varsanısı olan hastalar kadar özkıyım düşüncesi bildirmişlerdir.

Addington ve arkadaşları (15), başvurudan sonraki 1 hafta içinde ve 6 ay sonra iki aşamalı olarak değerlendirdikleri 50 şizofreni hastası ile, semptomlarla önceki özkıyım girişimleri ve güncel özkıyım düşüncesi arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada, önceki özkıyım girişimlerinin güncel depresyon, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, daha sık hastane yatışıyla ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Depresyon birinci ve ikinci görüşmede, negatif semptomlar birinci görüşmede, sanrı ve varsanılar ise ikinci görüşmede güncel özkıyım düşüncesi ile ilişkili bulunmuştur.

Şizofreni, hem özkıyım hem de depresyon için yüksek bir risk durumudur ve şizofrenide depresyonun varlığı, özkıyım için belki de en önemli tanımlanabilir risk etkenidir. Özkıyım girişiminde bulunan şizofreni hastalarının önemli bir kısmının geçmişinde depresyon öyküsü olduğu gösterilmiştir (16). Şizofrenide depresyon ile ilgili prevalans çalışmaları %7-75 arasında farklı

sonuçlar vermiştir. Yapılan bir çalışmada depresyon komorbiditesi, psikozun akut atak evresinde %52, hastalığın daha kararlı seyrettiği dönemlerde ise %38 olarak bulunmuştur (17). Roy ve arkadaşları (18), özkıyım girişiminde bulunmuş şizofreni hastalarının bazen hastalıkları esnasında bir major depresif bozukluktan anlamlı olarak daha fazla yakındıklarını bulmuştur.

Birçok bilim adamı ve klinisyen psikotik bozukluklarda özkıyım davranışı ile içgörü arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Hastalığının farkında olan hastaların daha büyük özkıyım davranışı riski altında olduğu bildirilmiştir (19,20). Strauss (21), şizofreni hastalarıyla hastalıklarının gidişi hakkında görüşme yaptığında, kademeli iyileşme sonrası nüksün aşırı derecede umutsuzluğa yol açtığını fark etmiştir. Şizofreni hastalarında içgörünün umutsuzluk düzeyini ve özkıyım riskini artırdığını, oysa farkındalığı geciktiren nörokognitif defisitlerin özkıyım riskini azalttığını ileri sürmüştür. Bunun yanı sıra, hastalığın farkındalığı ile özkıyım girişimi arasında ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (22,23).

Özkıyım riski, şizofreni hastalığının erken seyri sırasında daha yüksek olmakla birlikte, yaşam boyu devam etmektedir. Etkin bir şekilde semptomları ve depresyonu tedavi etmek, madde kötüye kullanımını azaltmak, akatiziden kaçınmak, moral bozukluğunu saptayarak ümit aşlamak tedavi yaklaşımında önemli unsurlardır. Özellikle klozapin olmak üzere, yeni nesil atipik antipsikotiklerin ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik yaklaşımların şizofrenide özkıyım düşüncesi ve girişimlerini azaltmada yararlı olduğu gösterilmiştir. Önümüzdeki dönemlerde özkıyımın nörobiyolojik temellerini belirleyecek önemli gelişmeler de daha etkin tedavilerin uygulanmasını sağlayacaktır (24).

Çalışmamızın amacı, şizofreni hastalarında özkıyım girişimi ve özkıyım düşüncesinin hastalık şiddeti, depresyon ve içgörü ile ilişkisinin araştırılmasıdır. Ayrıca, sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu, çalışma yaşantısı), hastalığa ilişkin bazı özellikler (hastalık süresi, yatış sayısı, madde kullanım öyküsü) ile depresif belirtiler ve özkıyım arasındaki ilişki araştırılarak, şizofreni hastalarında özkıyım riskini yordayabilecek ölçütlerin gelişmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Çalışmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ekim 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş olan, DSM IV'e göre yapılandırılmış SCID-I (25) uygulanarak şizofreni tanısı almış 20 ile 65 yaş arasındaki 104 kişi rastgele yöntemle dahil edilmiştir. Çalışma için 142 hastaya öneride bulunulmuş, bazı hastalar zaman ayıramayacaklarını, bazı hastalar kendilerine zarar gelebileceğini, bazı hastalar da canları istemediğini belirterek çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir.

Çalışma öncesi etik kurul kararı alınmış, hastaların tümüne görüşme ve ölçeklerin niteliğine ilişkin bilgi verilmiş, bu uygulamanın tedavi ve kontrol programlarında olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişikliğe yol açmayacağı anlatılmış ve değerlendirmeyi kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

Hastalara İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Özkıyım düşüncesi ve eğilimi, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin sekizinci sorusu ile değerlendirilmiştir. Kesici-delici aletlerle, sigara gibi yanan nesnelere, kafası ya da bedeninin bir bölümü ile sert nesnelere vurma gibi eylemlerle ölüm niyeti olmaksızın gerçekleştirilen ve değişen derecelerde doku tahribatına yol açan doğrudan istemli davranışlar, kendine zarar veren davranış olarak değerlendirilmiştir.

Zeka geriliği ya da demans tanıları bulunan veya yatışı sırasında elektrokonvülsif terapi almakta olan hastalar, bilişsel işlevlerinin etkilenmiş olabileceği düşünceyle çalışmaya alınmamıştır.

## Ölçekler

**Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu:** Hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumunu değerlendirmek için kullanılan, her hasta için görüşmede doldurulan bir form olup, görüşmecisi tarafından uygulanmıştır.

**İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ):** David (26), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceği düşüncesiyle, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma gibi üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İÜBDÖ'yü (Schedule for Assessing the Three Components of Insight) geliştirmiştir. İÜBDÖ, sekiz sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur ve bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Arslan ve arkadaşları (27) tarafından 2001 yılında yapılmıştır.

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS):** Kay ve arkadaşları (28) tarafından geliştirilmiştir. Otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (29) tarafından 1999'da yapılmıştır.

**Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ):** Addington ve arkadaşları (30) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçede güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (31) tarafından yapılmıştır. Ölçek, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. CŞDÖ geliştirilirken ölçeğin şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinden ya da ekstrapiramidal yan etkilerden etkilenmemesi hedeflenmiştir ve bunu sağladığına dair çalışmalar bulunmaktadır. CŞDÖ'nün Türkçe

versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kesme puanı 11 olarak uygulanmıştır.

### İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 15.0 for Windows paket programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, sürekli değişkenler için Independent-Samples T testi kullanılmıştır. Ayrıca, bağımlı değişken olarak özkıyım düşüncesinin ve özkıyım girişiminin alındığı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1'de sunulmuştur (Tablo 1).

Çalışma, 20-65 yaş arasındaki hastalarla gerçekleştirilmiş olup, olguların %30.8'i (n=32) kadın, %69.2'si (n=72) erkektir. Olguların medeni durumlarına bakıldığında, %60.6 (n=63) ile bekarlar çoğunluğu oluşturmaktadır ve olguların %8.7'si (n=9) yalnız yaşamaktadır. Öğrenim durumuna bakıldığında, %56.7 (n=59) oranıyla ilköğretim mezunu olanların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişimi görülen olguların hastalık süresi ortalama  $13.39 \pm 8.67$  yıl iken, girişimde bulunmayanların ortalama hastalık süresi  $12.97 \pm 8.91$  yıl olarak saptanmıştır. Olguların %48.1'i (n=50) 0-4 kez, %51.9'u (n=54) 5 ve daha fazla defa hastaneye yatmıştır. Olguların %13.5'inde (n=14) madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı varken, %86.5'inde (n=90) yoktur. Özkıyım girişimi olan olguların oranı %29.8 (n=31), girişimde bulunmayanların oranı %70.2 (n=73) olarak saptanmıştır. Bazı olgular ayrı zamanlarda birden çok özkıyım yöntemi ile girişimde bulunmuştur. Geçmişte kendine zarar veren davranış gösteren olgu oranı %20.2 (n=21) olarak bulunmuştur.

Özkıyım girişimi öyküsü ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, madde kullanım öyküsü, hastanede yatış sayısı ve hastalık süreleri arasında

**Tablo 1: Özkıyım girişim öyküsüne göre sosyodemografik ve hastalığa ilişkin bazı özelliklerin karşılaştırması**

	Özkıyım girişimi öyküsü				$\chi^2$	df	p
	Yok		Var				
	n=73	%	n=31	%			
<b>Cinsiyet</b>					2.58	1	0.10
Kadın	19	26.0	13	41.9			
Erkek	54	74.0	18	58.1			
<b>Medeni durum</b>					4.31	4	0.36
Bekar	42	57.5	21	67.7			
Evli	18	24.7	4	12.9			
Dul	4	5.5	2	6.5			
Boşanmış	9	12.3	3	9.7			
Aynı yaşıyor	0	0	1	3.2			
<b>Çalışma durumu</b>					11.35	4	0.02
Çalışıyor	7	9.6	0	0			
Çalışmıyor	63	86.3	28	90.3			
Emekli	0	0	1	3.2			
Malulen emekli	0	0	2	6.5			
Ev hanımı	3	4.1	0	0			
<b>Öğrenim durumu</b>					3.90	4	0.41
Yok	5	6.8	2	6.5			
Okur-yazar	3	4.1	2	6.5			
İlköğretim	45	61.6	14	45.2			
Lise	12	16.4	10	32.3			
Üniversite	8	11.1	3	9.7			
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>					0.66	1	0.41
5'ten az	37	50.7	13	41.9			
5 ve üzeri	36	49.3	18	58.1			
<b>Madde kullanımı olan</b>	11	15.1	3	9.7	0.54	1	0.46
<b>Kendine zarar veren davranışı olan</b>	9	12.3	12	38.7	9.39	1	0.02
<b>Özkıyım düşüncesi olan</b>	11	15.1	15	48.4	12.88	1	<0.01
<b>Ailesinde özkıyım öyküsü olan</b>	1	1.4	5	16.1	8.71	1	<0.01
<b>Yaş (ortalama±SS)</b>	38.20	10.34	38.30	10.93	t=-0.11		0.90
<b>Hastalık süresi (ortalama±SS)</b>	12.97	8.91	13.39	8.67	t=-0.21		0.82

$\chi^2$ : Ki-Kare testi, t: Student t test

istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Özkıyım girişimi öyküsü ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmayan şizofreni hastalarında özkıyım girişimi görülme oranı yüksek bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü ile kendine zarar veren davranış arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kendine zarar veren davranış öyküsü olan olgularda özkıyım girişimi görülme oranı yüksek bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü ile özkıyım düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Özkıyım düşüncesi olan olgularda özkıyım girişimi görülme oranı yüksek saptanmıştır. Ailesinde özkıyım girişimi görülen olgularda yüksek özkıyım girişiminin yüksek görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Özkıyım girişiminde bulunan olguların %54.8'inin

( $n=17$ ) yüksekten atlama, %35.4'ünün ( $n=11$ ) ilaç içerek, %2.9'unun ( $n=3$ ) ası ile özkıyım girişiminde bulunduğu, diğer yöntemleri deneyenlerin daha az oranda olduğu, bazı olguların ayrı zamanlarda farklı özkıyım yöntemleri denediği saptanmıştır.

Özkıyım girişimine göre PANSS negatif toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Özkıyım girişimi görülmeyen olguların PANSS negatif toplam puanlarının özkıyım girişimi görülen olgulardan anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişimi görülen olguların ÇŞDÖ toplam puanlarının özkıyım girişimi görülmeyen olgulardan anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Özkıyım girişimine göre diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2: Özkıyım girişimi öyküsüne göre ölçek puanlarının karşılaştırması**

Ölçek Puanları	Özkıyım Girişimi Yok (n=31)		Özkıyım Girişimi Var (n=73)		t	p
	Ortalama	SD	Ortalama	SD		
İÜBDÖ	3.66	5.01	5.55	4.06	-1.85	0.06
PANSS pozitif toplam	35.78	5.20	33.90	5.58	1.64	0.10
PANSS negatif toplam	25.89	4.44	23.61	4.52	2.37	0.01
PANSS genel psikopatoloji toplam	51.84	5.55	52.58	6.85	-0.58	0.56
CŞDÖ	2.10	3.34	4.23	4.54	-2.65	0.009

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, t: Student t test

**Tablo 3: Özkıyım düşüncesine göre ölçek puanlarının karşılaştırması**

Ölçek Puanları	Özkıyım Düşüncesi Yok (n=78)		Özkıyım Düşüncesi Var (n=26)		t	p
	Ortalama	SD	Ortalama	SD		
İÜBDÖ	3.62	4.57	6.04	5.11	-2.26	0.02
PANSS pozitif toplam	35.55	5.20	34.23	5.79	1.08	0.27
PANSS negatif toplam	25.18	4.78	25.31	3.95	-2.12	0.90
PANSS genel psikopatoloji toplam	51.47	6.26	53.81	4.54	-1.75	0.08
CŞDÖ	1.31	2.56	7.00	3.92	-8.49	<0.01

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, t: Student t test

**Tablo 4: Lojistik Regresyon analizinde özkıyım girişimi öyküsü ve özkıyım düşüncesinin belirleyicileri**

	B	S.H.	Wald	df	p	İhtimaller Oranı	%95 Güven Aralığı	
							Alt	Üst
<b>Özkıyım Girişimi</b>								
Kendine zarar veren davranış	-1.357	0.529	6.585	1	0.010	0.257	0.091	0.726
CŞDÖ	0.119	0.059	4.099	1	0.043	1.127	1.004	1.265
Sabit	-0.180	0.501	0.129	1	0.719	0.835		
<b>Özkıyım Düşüncesi</b>								
CŞDÖ	0.534	0.106	25.210	1	<0.001	1.707	1.385	2.102
PANSS negatif toplam	0.178	0.080	4.940	1	0.026	1.194	1.021	1.397
Sabit	-7.511	2.321	10.470	1	0.001	0.001		

CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği.

Özkıyım Girişimi: İÜBDÖ, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji ve CŞDÖ ölçeklerinin toplam puanları ve kendine zarar veren davranış bağımsız değişken olarak alınmıştır. Özkıyım Düşüncesi: İÜBDÖ, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji ve CŞDÖ ölçeklerinin toplam puanları ve kendine zarar veren davranış bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Özkıyım düşüncesine göre İÜBDÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Özkıyım düşüncesi görülen olguların İÜBDÖ toplam puanlarının özkıyım düşüncesi görülmeyen olgulardan anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Özkıyım düşüncesi görülen olguların CŞDÖ toplam puanlarının da özkıyım düşüncesi görülmeyen olgulardan anlamlı olarak yüksekliği saptanmışken ( $p<0.01$ ), özkıyım düşüncesine göre diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

Lojistik regresyon analizinde CŞDÖ özkıyım girişimi ve özkıyım düşüncesini, PANSS negatif toplam

puanı özkıyım düşüncesini, kendine zarar veren davranış ise özkıyım girişimi öyküsünü belirleyen değişken olmuştur (Tablo 4).

## TARTIşMA

Literatürde, kadın ve erkeklerin yaşam boyu şizofreni açısından eşit risk altında olduğu bildirilmiştir (32). Çalışmamızda cinsiyetle özkıyım riski, depresif belirtiler, içgörü, pozitif ve negatif semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Şizofreni hastalarında özkıyım riskinin erkeklerde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar (33,34) ve kadınlarda daha yüksek

olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (15,35) cinsiyet ile özkıyım riski arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (36,37).

Çalışmamızdaki olguların %30.8'i özkıyım girişiminde bulunmuştur. Özkıyım girişimi öyküsü oranı, literatürde belirtilen %18-55 oranının ortalaması olarak görülmektedir (5). Biz özkıyım girişimi ile hastalık süresi arasında anlamlı ilişki bulamadık. Literatürde hastalık süresi ile özkıyım girişimi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaların (7,38) yanı sıra, çalışmamızla uyumlu şekilde ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da (39-41) bulunmaktadır. Bu farklılık, çalışmaya alınan hastaların ayakta tedavi gören ya da yatan hasta olması, farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip olması, çalışmalarda ortalama hastalık süresinin birbirinden farklı olması gibi etkenlerden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan hastalar arasında yüksekten atlama (%54.8), ilaçla kendini zehirleme (%35.4) ve ası girişimi (%2.9), en çok görülen üç yöntem olarak bulunmuş, bazı hastaların değişik zamanlarda farklı özkıyım yöntemleri denediği saptanmıştır. Fransa'da, şizofreni hastaları ile gerçekleştirilen 10 yıllık izlem çalışması sonunda ise ilaçla kendini zehirleme, yüksekten atlama ve kendini asmanın sırasıyla en çok başvurulan üç özkıyım yöntemi olduğu belirtilmiştir (42). Başka bir çalışmada ise, birinci sırada ası ve ardından ilaç/zehir ve ateşli silah en sık kullanılan yöntemler olarak bulunmuştur (43).

Ailesinde özkıyım girişimi görülme-yen olgularla karşılaştırıldığında, ailesinde özkıyım girişimi görülen olgularda özkıyım girişimi oranı yüksek bulunmuştur. Ailede özkıyım girişiminin şizofreni hastalarında özkıyım riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır ve çalışmamız bu çalışmalarla uyumlu görülmektedir (33,44). Öte yandan bir çalışmada, ailede özkıyım girişiminin şizofreni hastalarında özkıyım riskini anlamlı etkilemediği bulunmuştur (37). Olgular madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde, madde kullananlarla kullanmayanlar arasında özkıyım riski açısından fark bulunmadığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili literatür incelendiğine, madde kullanımının şizofreni hastalarında özkıyım riskini artırdığını bildiren çalışmalarla birlikte (33,34) madde kullanımı ile özkıyım riski arasında ilişki olmadığını ileri süren bir çalışma da bulunmaktadır (37).

Kelly ve arkadaşları (11), özkıyım nedeniyle yaşamını

ytirmiş şizofreni hastalarında pozitif semptomların daha çok görüldüğünü belirtmiştir. Başka bir çalışmada da özkıyım girişiminde bulunan şizofreni hastalarının daha fazla pozitif semptoma sahip olduğu bildirilmiştir (45). Bu çalışmaların aksine, Harkavy ve arkadaşları (13) ise özkıyım girişimlerinin negatif semptomlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda yaptığımız lojistik regresyon analizi sonucunda, PANSS negatif toplam puanlarının, CŞDÖ ile birlikte özkıyım düşüncesini belirleyen değişken olduğu saptanmıştır. Aydemir ve arkadaşlarının (46) çalışmasında depresyonun, negatif belirtilerden “duygulanımda küntleşme”, “dikkat kusuru” ve “apati” ile örtüştüğü bulunmuştur. Duygularını ifadede zorluk çeken bir şizofreni hastasında, duygulanımda küntleşmenin depresif duygulanım lehine kolayca yorumlanabileceği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, depresyon ve negatif belirtilerin ortak nörobiyolojik düzeylere sahip olması da bu sonuca yol açmış olabilir.

Depresyonun şizofreni hastalarında özkıyım riski ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (11,47,48). Majör depresyonun özkıyım girişimlerini tetiklediği ve depresif duygudurum ve ümitsizliğin de özkıyım düşüncesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (49,50). Gupta ve arkadaşları (51), şizofreni hastalarındaki özkıyım girişimlerinin yaşam boyu geçirilmiş depresif epizot sayısı ile ilişkili olduğunu ve özkıyım girişiminde bulunmuş şizofreni hastaları arasında depresyonun büyük bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, Evren ve arkadaşlarının (41) gerçekleştirdiği çalışmada da, özkıyım düşüncesi olan ve ölüm düşüncesi olan gruplarda CŞDÖ ortalama puanı, özkıyım düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda, depresif belirtilerle özkıyım düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz bulgular da bu çalışmaları desteklemektedir. Drake ve Cotton (52) ise yatarak tedavi gören ve özkıyımı tamamlamış 15 şizofreni hastası ile girişimde bulunmayan şizofreni hastalarından oluşan toplam 104 hastayı 3 ile 7 yıl arasında izlemiş, özkıyım öncesinde hastaların çoğunun tam bir depresyon sendromundan çok, depresif duygudurumlarının olduğunu, özkıyım girişiminde bulunanların daha fazla depresif değil, daha fazla umutsuz olduklarını belirtmiştir. Minkoff ve arkadaşları da (53), umutsuzluğun özkıyım için depresyondan daha

güçlü yordayıcı olduğunu ileri sürmüştür.

İçgörü düzeyi ve özkıyım arasındaki ilişki için çelişkili yayınlar vardır. İçgörü ile özkıyım ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, içgörünün özkıyım davranışını yordamadığını bildiren yayınların (22,54) yanında, içgörü arttıkça özkıyım riskinin arttığını bildiren yayınların da bulunduğu görülmektedir (19,20,55). Çalışmamızda, özkıyım düşüncesi görülen olguların İÜBDÖ toplam puanlarının özkıyım düşüncesi görülmeyen olgulardakinden anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ve çalışmamızın, içgörü ile özkıyım düşüncesi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaları desteklediği görülmektedir.

Sonuç olarak, şizofreni hastalarında içgörü ile depresyon ve özkıyım ilişkisi gibi oldukça karmaşık, çok sayıda etkenin rol oynadığı bir konuda, ilişkin literatürün de azımsanmayacak oranda farklı, çelişkili bilgiler içerdiği görülmektedir.

Şizofreniyle ilişkili depresyon, psikozla eş zamanlı ya da psikoz sonrası ortaya çıkabilir ve özellikle psikoz sonrası depresyon özkıyım riski ile ilişkili bulunmuştur (56). Bu bilgilere rağmen, şizofreni hastalarında depresyon ihmal edilerek yeterli biçimde tedavi edilmemekte ve bu da özkıyım davranışına yol açmaktadır. Psikotik semptomları artırmadan antidepresanların etkin bir şekilde kullanılabileceği gösterilmişse de, hâlâ şizofreni hastalarında kullanımları beklenenin altındadır (57). Depresyon sıklıkla ilaç yan etkileri ve negatif semptomlarla maskelenir ve karışırken, dikkatli bir klinisyen belirli hedef sorularla depresyonu saptayabilir. Şizofreni hastalarındaki özkıyım girişimlerinin hepsi depresyon ile tetiklenmemekle birlikte, depresyonun psikolojik ve psikofarmakolojik tedavisinin şizofreni hastalarında özkıyım girişimlerini engellemede önemli rol oynayacağı düşünülmektedir (58).

Çalışmamızda, çalışmayan şizofreni hastaları arasında özkıyım girişiminde bulunanların oranı, çalışan şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu veriye dayanarak, şizofreni hastaları için meşguliyet alanları olan rehabilitasyon merkezlerinin sayısının ve niteliğinin artırılmasının özkıyım riskini azaltabileceğini düşünüyoruz. Hastaların tedavileri ile esas olarak aileleri ilgilendiği için, hastalık ve tedavinin sürekliliği konusunda aileye yönelik

bilinçlendirme programlarının uygulanması da yararlı olacaktır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz diğer bir sonuç da, kendine zarar veren davranışta bulunan şizofreni hastalarının özkıyım girişimlerinin yüksek olmasıdır. Görüşmelerde hasta ya da hasta yakınlarından bu davranışa ilişkin bilgi alındığında, özkıyım açısından daha ayrıntılı bir değerlendirmenin yapılması, daha sık kontrole çağırılması ve ailenin daha dikkatli olması konusunda uyarılması uygun olacaktır.

Çalışmamızda içgörü ile özkıyım düşüncesi arasında ilişki saptanması, hastaların yaşam boyu ilaç tedavisine bağımlı olmalarının ve şizofreninin sosyal sonuçlarının farkına varmaları nedeniyle hastalarda umutsuzluk ve çaresizlik duygularının ortaya çıkmış olmasına bağlı olabilir. Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları da özkıyım riskini artırmış olabilir. Bu durum, şizofreni hastalarında içgörünün azaltılması için çaba gösterilmesi gerektiği anlamına gelmemelidir. İçgöründe dramatik artışlardan kaçınılmalı ve uygun bir terapötik ilişki içinde konuya eğilmelidir. Yapılandırılmış psikoterapiler şizofreni hastalarında başarılı ilaç tedavisinin yararlarına katkıda bulunabilir. Öte yandan, içgöründe başarılı ilaç ve/veya psikoterapilerin getirdiği aşamalı kazanımlar özkıyım riskini azaltabilir ve hastayı nükslerden koruyacak tedavi uyumuna daha çok katkıda bulunabilir. Aynı zamanda tedaviye bağlılık, hastaların hastalıklarına daha olumlu bakmalarını ve böylece özkıyım riskinin azalmasını sağlayabilir. Bu sonuçlara ulaşmanın en iyi yolu, tek başlarına diğer ruhsal bozukluklarda birbirine üstün olan ilaç tedavisi ile psikoterapiyi birleştirme yöntemi olarak görünmektedir (59).

Şizofreni hastalarında özkıyım riskini belirlemek için harcanan bütün çabalara rağmen, şizofrenilerde özkıyım girişimlerinin sıklıkla dürtüsel olduğu ve öngörülemediği, özkıyım riskini değerlendirme ölçeklerinin değerinin sınırlı olduğu ileri sürülmüştür (38). Özkıyım için risk etkenleri göz önüne alındığında, umutsuzlukla, tedaviye uyumla ve ekstrapiramidal semptomlarla ilgili ölçeklerle çok sayıda olguyu daha uzun süre izleyen prospektif çalışmaların literatüre önemli katkı sağlayacağını ve bu ölçeklerin kullanılmamasının çalışmamızın kısıtlılığı olduğunu düşünmekteyiz.



**KAYNAKLAR**

1. Tel H, Uzun S. Özkiyim girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle başetme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:151-158.
2. Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001; 4:5-15.
3. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda özkiyim öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:83-88.
4. İntihar istatistikleri 2011. Türkiye İstatistik Kurumu. [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=11&KITAP\\_ID=23](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=23).
5. Işık E. Şizofreni ve depresyon. güncel şizofreni. 2. Baskı içinde. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş., 2007:266-272.
6. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990; 16:571-589.
7. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:213-224.
8. Raymont V. Suicide in schizophrenia – how can research influence training and clinical practice? *Psychiatric Bulletin* 2001; 25:46-50.
9. Saarinen PI, Hehtonen J, Umnqvist J. Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr Bull* 1999; 25:533-542.
10. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Povl Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST and Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6:10. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/10>.
11. Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res* 2004; 38:531-536.
12. Weismann M, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *Am J Psychiatry* 1973; 130:450-455.
13. Harkavy-Friedmann JM, Nelson AE, Venarde DF. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Clin Neurosci Res* 2001; 1:345-350.
14. Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg W. The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry* 1987; 144:219-221.
15. Addington DE, Addington JM. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:288-291.
16. Roy A. Suicide in cronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982; 141:171-177.
17. Semiz ÜB. Şizofreni Hastalarında Depresif Durumlar. Ceylan ME, Çetin M (editorler). *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-II*. 3. Baskı 1. Cilt içinde. İstanbul: Yerküre Yayıncılık, 2005:1197-1215.
18. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 144:303-306.
19. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphs L, Meltzer HY. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1494-1496.
20. Cotton PG, Drake RE, Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36:534-536.
21. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15:179-187.
22. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1185-1188.
23. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:376-378.
24. Tandon R. Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2005; 5:95-99.
25. Çorapçoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999.
26. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798-808.
27. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 3:17-24.
28. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-275.
29. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
30. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 6:201-208.

31. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Devenci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:82-86.
32. Hafner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28:17-54.
33. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry* 1997; 171:355-359.
34. Kaneda Y. Suicidality in schizophrenia as a separate symptom domain that may be independent of depression or psychosis. *Schizophr Res* 2006; 81:113-114.
35. Phillips MR, Li XY, Zhang YP. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004; 364:1062-1068.
36. Reutfors J, Brandt L, Ekblom A. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophr Res* 2009; 108:231-237.
37. Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76:414-419.
38. Uzun O, Tamam L, Özcüler T, Doruk A, Unal M. Specific characteristics of suicide attempts in patients with schizophrenia in Turkey. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46:189-194.
39. Ran MS, Wu QH, Conwell Y, Chen EY, Chan CL. Suicidal behavior among inpatients with schizophrenia and mood disorders in Chengdu, China. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:311-319.
40. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1235-1242.
41. Evren EC, Evren B, Erkıran M. Şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: Pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüyle ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:255-264.
42. Limosin F, Loze JY, Philippe A. Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2007; 94:23-28.
43. De Leo D, Klieve H. Communication of suicide intent by schizophrenic subjects: data from the Queensland Suicide Register. *Int J Ment Health Syst* 2007;1:6. <http://www.ijmhs.com/content/1/1/6>.
44. McGirr, A, Tousignant, M, Routhier, D, Pouliot L, Chawky N, Margolese HC, Turecki G. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res* 2006; 84:132-143.
45. Xiang YT, Weng YZ, Leung CM. Socio-demographic and clinical correlates of lifetime suicide attempts and their impact on quality of life in Chinese schizophrenia patients. *J Psychiatr Res* 2008; 42:495-502.
46. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Pırıldar Ş. Şizofrenide depresyonu olan ile olmayan hastaların belirti yönünden ayrımı. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:173-178.
47. Strosahl K, Chiles JA, Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr Psychiatry* 1992; 33:366-373.
48. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142:559-563.
49. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 256:181-189.
50. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1276-1278.
51. Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1353-1355.
52. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 148:554-559.
53. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicides. *Am J Psychiatry* 1973; 130:455-459.
54. Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002; 43:443-447.
55. Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G. Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15:352-359.
56. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:34-49.
57. Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33:589-599.
58. Jones JS, Stein DJ, Stanley B, Guido JR, Winchel R, Stanley M. Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:81-87.
59. Pompili M, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R. Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bull Menninger Clin* 2004; 68:297-318.