

Şizofrenili Hastalarda Özkıyım Düşüncesi: Pozitif, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörüyü İlişkisi

Dr. Ekrem Cüneyt EVREN¹, Dr. Bilge EVREN², Dr. Murat ERKİRAN³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesinin değerlendirilmesi ve çeşitli sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kapsamına DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 60 hasta alınmıştır. Olguların yarısını akut dönem içinde olan ve hastanede yatan hastalar, diğer yarısını ayaktan izlenen ve stabil dönemde olan hastalar oluşturmuştur. Hastalara yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇŞDÖ) ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Olguların 12'sinde (%20) özkıyım düşüncesi saptanmıştır. Özkıyım düşüncesi olan olgularda özkıyım düşüncesi olmayan olgulara göre, çevreyle ilişkilerinin kötü olması, geçmişte özkıyım girişiminin varlığı, hastalığın akut döneminde olunması yüksek oranda saptandı. Özkıyım girişi sayısı ortalaması da özkıyım düşüncesi olan olgularda fazlaydı. Pozitif ve negatif belirtilerle ve içgörü derecesiyle özkıyım düşüncesi arasında ilişki saptanmazken, özkıyım düşüncesi olanlarda ÇŞDÖ ile ölçülen depresyon şiddeti yüksek bulundu.

Sonuç: Örneklemimizde saptanan yüksek özkıyım düşüncesi oranı, bu hastaların tedavisi ve izlemi planlanırken özkıyım risklerinin belirlenmesi ve önlemlerinin alınması gerektiğini göstermektedir. Bu hastalarda depresyonun ÇŞDÖ gibi kolay uygulanabilir ölçeklerle sık değerlendirilmesinin faydası olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, depresyon, özkıyım girişi

SUMMARY: Suicidal Ideation in Schizophrenia: Relationship with Positive and Negative Symptoms, Depression and Insight

Objective: To estimate suicidal ideation among schizophrenic patients and compare sociodemographic and clinical properties.

Method: Sixty patients schizophrenic according to DSM-IV criteria were included in the study. Half the patients were in the acute phase and were inpatients, while the other half were in the stable phase and were outpatients. A semistructured sociodemographic form, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) and Schedule for Assessing the Three Components of Insight were used.

Results: Suicidal ideations were found in 12 (20%) patients. The proportion having relationship problems, having attempted suicide in the past, and in the acute phase was higher in the group with suicidal ideations than in the group without suicidal ideations. The mean number of suicide attempts was also higher in the group with suicide ideations. The depression score measured by CDSS was higher in the group with suicidal ideations, while there were no relationships between the scores of positive and negative symptoms, and the degree of insight and suicidal thoughts.

Conclusion: The high rate of suicidal ideation in our sample suggests that, when planning treatment and follow-up for these patients, the risk of suicide has to be determined and protective measures have to be taken. It suggests that determining depression routinely with scales that can be used easily, like CDSS, can be useful for these patients.

Key Words: Schizophrenia, depression, suicide attempt

¹Uzm., ²Uzm., ³Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

GİRİŞ

Şizofrenili hastaların erken ölüm sebepleri arasında özkıyım ilk sırada yer almaktadır (Caldwell ve Gottesman 1990). Özkıyım ve özkıyım girişimi şizofrenide genel popülasyona göre anlamlı derecede daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır (Siris 2001). Şizofrenide özkıyım gerçekleştirme oranı %10-15, özkıyım girişimi oranı ise %20-40 civarındadır (Amador ve ark. 1996).

Genç olma, hastalık sürecinin başlangıç dönemlerinde olma, erkek olma, yüksek ailevi sosyoekonomik geçmişe sahip olma, yüksek entelektüel seviyeye sahip olma, yüksek beklentilerin olması, evli olmama, daha önce özkıyım girişiminin olması, sosyal desteğin olmaması, belirtilerin farkında olma ve hastaneden yeni taburcu olmuş olma şizofrenide özkıyım ile ilişkili demografik özelliklerdir (Drake ve ark. 1985, Caldwell ve Gottesman 1990, Siris 2001). Ayrıca özkıyım; düşük benlik saygısı, damgalanma, yakın dönemde kayıp veya stres, umutsuzluk, izolasyon, tedaviye uyumsuzluk ve madde kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (Siris 2001).

Özkıyım gerçekleştiren ve özkıyım girişiminde bulunan şizofrenili hastaların geçmişinde ya da yakın zamanda depresyon öyküsü, özellikle umutsuzluk gibi ruhsal özellikler yüksek oranda saptanmıştır (Drake ve Cotton 1986, Caldwell ve Gottesman 1990, Siris 1995). Yapılan çalışmaların çoğunda, özkıyım girişiminde bulunan şizofrenili hastaları, özkıyım girişiminde bulunmayanlardan ayıran en önemli psikopatolojik etmenin depresyon olduğu bildirilmiştir (Addington ve ark. 1992, Siris 2001). Şizofrenide özkıyım düşüncesi (Barnes ve ark. 1989, Siris 1995) ve davranışı (Siris 1995), depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Addington ve arkadaşları (1992) yaptıkları çalışmada, şizofrenili hastalarda daha önceki özkıyım girişimi ve şimdiki özkıyım düşüncesinin hem hastanede yatış sırasında hem de 6 ay sonraki yatışma döneminde, depresyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ergen (1997) tarafından yapılan çalışmada, genel psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan 100 şizofren hastada, özkıyım düşünceleri ve özkıyım girişiminin depresyonu olan şizofrenlerde depresyonu olmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

De Hert ve arkadaşları (2001) çalışmalarında, 1973 ve 1992 seneleri arasında hastaneye yatan ve hastaneye yattıklarında 30 yaşın altında olan,

özkıyım gerçekleştirmiş 63 şizofrenili hasta ile özkıyım gerçekleştirmemiş 63 şizofrenili hastadan oluşan kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, erkek cinsiyeti, sık yinelemelerle giden kronik hastalık, sık kısa süreli hastane yatışları, tedaviye karşı olumsuz tutum, dürtüsel davranış, özkıyım girişimi, yüksek premorbid IQ, psikoz ve depresyonun özkıyım için risk faktörleri olduğu saptanmıştır.

Şizofrenideki özkıyım, genellikle niyet sözel olarak ifade edilmeden ya da önceden bir uyarı olmadan gerçekleşmektedir (Sevinçok 1998, Kırpınar ve Aydın 2001). Bununla beraber, yakın zamanda Heila ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada, şizofrenili özkıyım kurbanlarının özkıyım öncesinde diğer özkıyım da bulunanlar kadar özkıyım içerikli iletişime girdiklerini bildirmişlerdir.

Bazı çalışmalarda paradoksal olarak en iyi prognozlu hastaların (özellikle paranoid tip şizofreni olanlar) özkıyım için en yüksek riski taşıdığı bulunmuştur (Sevinçok 1998). Şizofrenili hastaların sıklıkla genel psikopatoloji azalırken, psikotik olmayan bir evrede özkıyım gerçekleştirdiklerini belirtmek gerekir (Caldwell ve Gottesman 1990, Harkavy ve Nelson 1977). Kronik hastalıklarının ve/veya semptomların farkında olunması, şizofrenide özkıyım için risk etkeni olarak değerlendirilmektedir (Drake ve ark. 1985, Caldwell ve Gottesman 1990, Siris 2001). Hastalık öncesi uyumu iyi ve beklenti düzeyleri yüksek olan genç şizofrenili erkek hastalar özellikle yüksek risk taşımaktadır (Caldwell ve Gottesman 1990).

Bazı araştırmacılar ruhsal bir hastalığı olduğu gerçeğine yönelik “içgörü”sü olan hastaların özkıyım davranışı açısından yüksek risk altında olduğunu bildirmişlerdir. Bu bireylerin özkıyım davranışına götüren, umutsuzluk duygusu ve moral bozukluğu geliştirdikleri bildirilmiştir (Amador ve ark. 1996). Amador ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları bir çalışmada, 218 şizofrenik olgunun %22.5’inde özkıyım davranışı saptanmış, tekrarlayan özkıyım düşüncesi ve davranışı olan şizofrenili hastaların diğerlerine göre negatif belirtilerinin ve sanrılarının daha fazla farkında oldukları ve beklenenin tersine ruhsal bir hastalığın genel farkındalığının özkıyım davranışını belirlemediği bulunmuştur. Yazarlar hastalığın bazı özelliklerinin farkında olunmasının diğer özelliklerinin farkında olunmasından daha fazla moral bozucu olabileceğini bildirmişlerdir.

TABLO 1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	30	50
Erkek	30	50
Medeni durum		
Evli	12	20
Bekar	29	48.3
Boşanmış, ayrı, dul	19	31.7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	39	65
Çalışıyor	9	15
Ev kadını	6	10
Emekli	5	8.3
Öğrenci	1	1.7
Özkıyım girişi	27	45
Şizofreni tipi		
Paranoid	31	51.7
Dezorganize	4	6.7
Rezidüel	7	11.7
Faklılaşmamış	18	30

Bu çalışmada, şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesinin değerlendirilmesi ve çeşitli sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Denekler

Çalışmaya Ağustos 2001 ile Ocak 2002 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören akut dönemdeki 30 hasta ile, aynı hastanenin polikliniklerinden ayaktan izlenen stabil dönemdeki 30 hasta olmak üzere, SCID-I'e (Çorapcıoğlu ve ark. 1999) göre şizofreni tanısı konmuş toplam 60 hasta alınmıştır. Akut dönemdeki hastaların 15'ini erkek 15'ini kadın hastalar oluştururken, aynı şekilde stabil dönemdeki hastaların 15'ini erkek 15'ini de kadın hastalar oluşturmaktaydı. Çalışma hakkında bilgi verilen hastalardan ölçeklerin uygulanması için sözlü onayları alınmıştır. Hastalar, son bir yıl içinde pozitif belirtilerde artma yoksa, hastaneye yatmamışlarsa ve son 6 ay içinde antipsikotik tedavilerinde belirgin düzenleme gerekli görülmemişse stabil dönemde kabul edilmiştir. Organik bozukluklar, zeka geriliği, genel tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk ve madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk tanısı konanlar, yakın zamanda ya da halen mizaç düzenleyici ilaç kullananlar, elektrokonvülsif te-

davi uygulanmış olanlar ve şizofrenide antidepresan etki gösterebileceği ve özkıyım eğilimini azaltabileceği bildirilen atipik antipsikotiklerden birini kullanan hastalar ile depresif ve negatif belirtilerle karışabileceğinden Simpson-Angus Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği (Simpson ve Angus 1970) ile orta ve ağır derecede ilaç yan etkileri tespit edilen (13 puan ya da üstünde alanlar) hastalar değerlendirilme dışı bırakılmıştır.

Araçlar

Şizofreni ve alt tiplerinin tanısı SCID-I'e göre konulmuştur. Verilerin toplanması sırasında mümkün olduğu kadar hasta ile ilgili kayıtlardan ve hasta yakınlarından alınan bilgilerden faydalanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi için yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Bu formdaki sosyal destek klinisyen tarafından bir kaç özellik (aile desteği, sosyal güvence, gelir düzeyi vs) gözönünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Aile ve çevreyle olan ilişki ise, temel olarak hastanın bu ilişkileri kendi algılayışının değerlendirilmesidir. Özkıyım düşüncesi ve eğilimi Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinin sekizinci sorusu ile değerlendirilmiştir. Pozitif ve negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), depresyonu değerlendirmek için Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ve içgörüyü değerlendirmek için İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS): PANSS, Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan onaltısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu (Anıl) ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (Calgary Depression Scale for Schizophrenia): CŞDÖ Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (Addington ve ark. 1992, Addington ve ark. 1994). Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlik çalışması ise Aydemir ve

TABLO 2. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.

	Ort.	ss
Yaş	39.17	10.07
Eğitim	8.4	4.4
Hastalık süresi	15.38	9.14
Yatış sayısı	5.27	4.82
Özkıym girişimi sayısı*	1.7	0.91

*Özkıym girişim öyküsü olan 27 olgu değerlendirilmiştir.

arkadaşları (2000a) tarafından yapılmıştır. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıym 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'nin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark. 2000b).

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Schedule for Assessing the Three Components of Insight): David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir. 8 sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, 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 Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Veriler SPSS 8.0 for Windows paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, üç gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için

One-way Anova testi ve üçlü gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farkın saptandığı değişkenler iki grup şeklinde dikotomik şekil verildikten sonra risk katsayısını belirlemek için odds ratio (olasılıklar oranı) uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca bağımlı değişken olarak özkıym düşüncesinin alındığı lojistik regresyon uygulanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

60 hastanın demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Hastaların %50'si erkek, %48.3'ü bekar, %65'i çalışmıyor. Hastaların %51.7'sine paranoid tip şizofreni tanısı konmuştur. Yaş ortalaması 39.17 ± 10.07 , ortalama eğitim süresi 8.4 ± 4.4 yıldır.

Olguların 27'sinde (%45) özkıym girişimi öyküsü saptanmıştır. Olguların 16'sı (%26.7) bir kez, 3'ü (%5) iki kez ve 8'i ise üç kez ve daha fazla özkıym girişiminde bulunmuştur. En sık özkıym girişim şekli aşırı dozda ilaç içerek ($n=16$, %26.7) olmuştur. Kesi ($n=3$, %5), insektisid alımı ($n=3$, %5), ası ($n=2$, %3.3), yüksekten atlama ($n=2$, %3.3) ve tüpten zehirlenme ($n=1$, %1.7) saptanan diğer özkıym girişim şekilleridir.

Halen özkıym düşüncesi CŞDÖ'nin 8. maddesine göre 25 (%41.7) kişide hafif, orta ya da şiddetli olarak saptanmıştır. Bu olguların 13'ünde (%52) özkıym düşüncesi hafif, 4'ünde (%16) orta ve 8'inde (%32) ise şiddetli olarak değerlendirilmiştir. CŞDÖ 8. maddesine göre 2 ve 3 puan olarak değerlendirilen 12 hasta (özkıym düşüncesi olan), CŞDÖ 8. maddesine göre 1 puan olarak değerlendirilen 13 hasta (ölüm düşüncesi olan) ile CŞDÖ 8. maddesine göre puan almayan 35 hasta (özkıym düşüncesi olmayan) çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenler ile klinik puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5'de gösterilmiştir.

Özkıym düşüncesi olan hastaların %62.1'inin sosyal desteği çoğu alanda ya da tüm alanlarda yetersiz iken, bu oran ölüm düşüncesi olan grupta %53.8 özkıym düşüncesi olmayan grupta %40'dı. Çevre ilişkileri özkıym düşüncesi olan (%75) ve ölüm düşüncesi olan gruplarda (%76.9) özkıym düşüncesi olmayan gruba göre daha kö-

tüydü ($p= 0.022$). Özkıyım düşüncesi olan hastalarda geçmişte özkıyım girişimi öyküsü oranı özkıyım düşüncesi olmayan gruptaki hastalardan yüksektir ($p<0.001$). Özkıyım düşüncesi hastalığın akut döneminde olan hastalarda stabil dönemde olan hastalara göre daha fazla bulunmaktaydı ($p=0.05$). CŞDÖ'nin kesme noktası Aydemir ve arkadaşlarının (2000b) çalışmalarında bildirdikleri gibi 11 olarak değerlendirildiğinde, özkıyım düşüncesi olan grupta depresyon olarak değerlendirilen olgu sayısı daha fazlaydı ($p=0.007$) (Tablo 3).

Üç grup arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve toplam eğitim gördüğü yıl, çalışma durumu, kendini yaralama, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Özkıyım girişimi sayısının ortalaması ise özkıyım düşüncesi olan ve ölüm düşüncesi olan gruplarda özkıyım düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Özkıyım düşüncesi olan ve ölüm düşüncesi olan gruplarda CŞDÖ ortalama puanı özkıyım düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PANSS Negatif alt ölçeğinin 3. maddesinden (ilişki kurmada güçlük) alınan puanların ortalaması özkıyım düşüncesi olmayan grupta özkıyım düşüncesi olan gruba göre yüksektir. Diğer değişkenler açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Özkıyım düşüncesinin şiddeti (CŞDÖ 8. maddesi ile değerlendirilen) ile CŞDÖ toplam puanı ve sanrılar (PANSS-Pozitif alt ölçeğinin 1. maddesi ile değerlendirilen) doğrusal bağlantı, ilişki kurmada güçlük (PANSS-Negatif alt ölçeğinin 3. maddesi ile değerlendirilen) ise ters bağlantı göstermiştir (Tablo 6).

Bağımlı değişken olarak özkıyım düşüncesinin alındığı lojistik regresyonda CŞDÖ ile ölçülen depresyon puanı ve geçmişte özkıyım girişiminin varlığı anlamlı bulunmuştur (Tablo 7).

TARTIŞMA

Özkıyım niyeti şizofrenili hastalar arasında sıktır ve çalışmalar da durumun hastalarda sıkıntıya neden olduğunu, hastane yatışlarını ve sağlık masraflarını arttırdığını ve erken mortaliteye neden olduğunu göstermektedir (Schwartz ve Cohen 2001).

Bu çalışmada halen özkıyım düşünceleri olan, ölüm düşünceleri olan ve özkıyım ya da ölüm düşünceleri olmayan hastalar arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve toplam eğitim gördüğü yıl, çalışma durumu, kendini yaralama, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Erkek cinsiyeti (Rossau ve Mortensen 1997), bekar olma, çalışmıyor olma, ailede özkıyım öyküsü gibi bazı sosyodemografik özellikler şizofrenide özkıyım için risk etmenleri olarak değerlendirilmektedir (Caldwell ve Gottesman 1990). Bu farklılık çalışmamızda tamamlanmış özkıyım ya da özkıyım girişimi sonrası değil olguların özkıyım düşüncesinin varlığına göre gruplara ayrılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine özkıyım düşüncesine göre değerlendirilen başka bir çalışmanın (Uslu ve Sevinçok 2000) sonuçları ise çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Daha önceki özkıyım girişimlerinin varlığı özkıyım için risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (Caldwell ve Gottesman 1990, Rossau ve Mortensen 1997, Kırpınar ve Aydın 2001). Benzer şekilde halen özkıyım düşüncesi olan hastalarda daha önce özkıyım girişiminde bulunma oranının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Westermeyer ve ark. 1991, Uslu ve Sevinçok 2000). Bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak geçmişte hastalar tarafından kullanılan en sık özkıyım yöntemi olarak aşırı dozda ilaç içmek saptanmıştır (King 1994, Uslu ve Sevinçok 2000).

Bu çalışmada saptanan önemli bulgulardan biri, özkıyım düşüncesi olan olgularda çevreyle olan ilişkilerin kötü olmasıdır. Literatürde de bu bulgularla uyumlu olarak toplumsal uyumu ve dış destek sistemleri sınırlı olanlar özkıyım için risk grubu sayılmaktadır (Kırpınar ve Aydın 2001). Sosyal izolasyon ve kısıtlı dış destek şizofrenide özkıyım için risk etmenleri olarak değerlendirilmektedir (Caldwell ve Gottesman 1990). Günlük aktivitenin ise koruyucu bir etmen olduğu bildirilmektedir (De Hert ve ark. 2001).

Şizofreninin her döneminde ve değişik nedenlere bağlı olarak depresyon ortaya çıkabilir. Akut dönemdeki depresyon şizofreninin temel bir parçası ve psikotik dağılmaya öznel bir tepki biçiminde olurken kronik seyirde hastanın reddedilmesi, toplum dışına itilmesi, yaşam sorunları ile baş edemediğini ve iyileşemeyeceğini fark etmesi

TABLO 3. Şizofrenili Hastalarda Özkıyım Düşüncesine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	Özkıyım Düşüncesi Olmayanlar		Ölüm Düşüncesi Olanlar		Özkıyım Düşüncesi Olanlar				
	n= 35	%	n=13	%	n=12	%	X ²	SD	p
Cinsiyet							0.11	2	0.95
Kadın	18	51.4	6	46.2	6	50			
Erkek	17	48.6	7	53.8	6	50			
Medeni durum							2.15	4	0.68
Evli	9	25.7	2	15.4	1	8.3			
Bekar	16	45.7	7	53.8	6	50			
Boşanmış, ayrı, dul	10	28.6	4	30.8	5	41.7			
Çalışma durumu							3.1	8	0.93
Çalışmıyor	20	57.1	10	76.9	9	75			
Çalışıyor	7	20	1	7.7	1	8.3			
Ev kadını	4	11.4	1	7.7	1	8.3			
Emekli	3	8.6	1	7.7	1	8.3			
Öğrenci	1	2.9	0	0	0	0			
Sosyal destek							8.26	4	0.082
Bazı alanlarda yetersiz	21	60	6	46.2	4	33.3			
Birçok alanda yetersiz	8	22.9	7	53.8	7	58.3			
Hemen tüm alanlarda yetersiz	6	17.1	0	0	1	8.3			
Aile ilişkileri bozuk	10	28.6	5	38.5	7	58.3	3.43	2	0.18
Çevre ilişkileri bozuk*	14	40	10	76.9	9	75	7.65	2	0.022 ^a
Özkıyım girişi**	8	22.9	9	69.2	10	83.3	17.14	2	<0.001 ^b
Şizofreni tipi							2.68	2	0.26
Paranoid	15	42.9	8	61.5	8	66.7			
Diğer	20	57.1	5	38.5	4	33.3			
Dönem***							6.01	2	0.05 ^a
Stabil	22	62.9	5	38.5	3	25			
Akut	13	37.1	8	61.5	9	75			
Depresyon****	3	8.6	4	30.8	6	50	9.85	2	0.007 ^a
Alkol ve/veya madde kullanımı	3	8.6	4	30	3	25	4.11	2	0.13
Kendini yaralama	11	31.4	8	61.5	5	41.7	3.6	2	0.17
Ailede psikiyatrik hastalık	13	37.1	7	53.8	8	66.7	3.47	2	0.18
Ailede özkıyım	6	17.1	3	23.1	5	41.7	3.01	2	0.22

^ap<0.05, ^bp<0.001; Odds Ratio (Olasılıklar oranı) (özkıyım düşüncesi olmayan ve özkıyım düşüncesi olan gruplar arasında değerlendirme) güven aralığı.

(CI) %95: *4.5 (1.03-19.6), **16.88 (3.05-93.39), ***5.08(1.16-22.21), ****10.67(2.06-54.85).

depresyon nedeni olabilmektedir (Kırpınar ve Aydın 2001). Daha önce depresyon tanısı konmuş olması (Rossau ve Mortensen 1997) ya da halen depresyonun varlığı (Caldwell ve Gottesman 1990) özkıyım için risk faktörü olarak bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda depresif belirtiler, özkıyım niyetiyle ilişkili en önemli değişken olarak saptanmıştır (Schwartz ve Cohen 2001). Çalışmamızda özkıyım düşüncesi olanlarda özkıyım düşüncesi olmayanlara göre depresyon puanı ortalamasının yüksek olması, CŞDÖ'ne göre depresyon tanısı konan olgu sayısının bu grupta daha fazla olması, CŞDÖ'nin 8. maddesiyle değerlendirilen özkıyım düşüncesi ile CŞDÖ toplam puanının doğrusal bağlantı göstermesi ve özkıyım düşüncesinin bağımlı değişken kabul edildiği lojistik regresyonda CŞDÖ toplam puanının ista-

tistiksel olarak anlamlı bulunması bu literatür bilgilerini destekleyen bulgulardır.

Fenton ve arkadaşları (1997), negatif belirtilerin olmadığı hastalarda negatif belirtili olgulara göre 6 kat, paranoid tipte ise paranoid olmayan tiplere göre 3 kat artmış özkıyım riski bulmuşlardır. Bu çalışmada da özkıyım düşüncesi olanlarda paranoid tip şizofren olguların oranı daha yüksek olmakla beraber, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İki grup arasında negatif, pozitif ve genel psikopatoloji alt ölçek ortalamaları açısından fark olmadığı saptanmıştır. Bununla beraber özkıyım düşüncesi olanlarda aktif dönemde olma oranı stabil döneme göre yüksek bulunmuştur. İşitme varsanıları ve sanrıların özkıyım nedeni olabileceği bildirilmiştir (Kırpınar ve Aydın

TABLO 4. Özkıyım Düşüncesine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	Özkıyım Düşüncesi Olmayanlar (n=35)		Ölüm Düşüncesi Olanlar (n=13)		Özkıyım Düşüncesi Olanlar (n=12)		F	p
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss		
Yaş	40.46	10.07	35.08	7.26	39.83	12.13	1.4	0.254
Eğitim	8.37	4.55	8.08	3.04	8.83	5.44	0.91	0.91
Hastalığın başlangıç yaşı	24.69	6.43	21.62	5.9	23.5	4.6	1.26	0.29
Hastalık süresi	15.77	9.6	13.46	5.68	16.33	11.06	0.38	0.69
Yatış sayısı	5.11	5.01	5.23	4.48	5.75	4.99	0.076	0.93
Özkıyım girişi sayısı ^{ph}	0.29	0.62	1.08	1.03	1.83	1.19	-4.35	<0.001

ph: Post hoc (Tukey): Özkıyım düşüncesi var, ölüm düşüncesi var > özkıyım düşüncesi yok.

2001). Şahin (1995), çalışmasında şizofrenili hastalardaki özkıyım düşüncelerinin sanrılarla ilişkili olduğunu bulmuştur. Sanrılarının uzun dönemde riski arttıran en önemli psikotik belirti olduğu ile ri sürülmüştür (Fenton ve ark. 1997). Literatürde 1982'den beri bu konu ile ilgili yayınlanmış 10 çalışmanın 5'i, şizofrenide sanrılarının, özkıyım düşüncesi ya da davranışı ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ancak bu çalışmaların ikisi geriye dönük çalışmalardır, ikisinin örnekleme küçüktür ve birinde depresyonun şiddeti kontrol edilmemiştir (Grunebaum ve ark. 2001). Bu çalışmada PANSS-Pozitif alt ölçeğinin 1. maddesi ile değerlendirilen sanrılarının ve 3. maddesi ile değerlendirilen varsanılarının ortalaması iki grup arasında farklılık göstermemiştir. CŞDÖ'nin 8. madde-

siyle değerlendirilen özkıyım düşüncesi ile PANSS-Pozitif alt ölçeğinin 1. maddesi ile değerlendirilen sanrılar arasında ise doğrusal bağlantı saptanmıştır. Ancak bu bulguda depresyonun etkisi ayırt edilememektedir. Yakın zamanda Grunebaum ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde hastaneye yatış sırasında şizofrenili hastalarda sanrılarla özkıyım düşüncesinin ilişkili olduğu bulunmuş, ancak bu çalışmada da yazarlar şizofrenide özkıyım düşüncesi riski için depresyonun en önemli etken olduğunu bildirmişlerdir.

Alkol ve madde kötüye kullanımı özkıyım riskini artırmaktadır. Belirtilerde alevlenme oranını arttırdıkları ve tedaviye uyumu bozdukları düşünülmektedir (Kırpınar ve Aydın 2001). Ayaktan

TABLO 5. Özkıyım Düşüncesinin Varlığına Göre Ölçeklerin Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Özkıyım Düşüncesi Olmayanlar (n=35)		Ölüm Düşüncesi Olanlar (n=13)		Özkıyım Düşüncesi Olanlar (n=12)		F	p
	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss		
PANSS Toplam	100.89	17.21	108.46	14.53	101.92	17.22	0.995	0.38
PANSS Pozitif	23.69	7.04	26.31	9.28	27	8.01	1.09	0.35
Hezeyan (P1)	3.74	1.38	4	1.83	4.92	1.73	2.55	0.087
Düşünce dağınıklığı (P2)	3.45	1.22	3.62	1.12	3.42	1.17	0.11	0.9
Varsanı (P3)	2.89	1.59	3.77	1.83	3.17	1.85	1.29	0.28
Şüphesizlik/kötülük görme (P6)	3.83	1.3	4.31	1.75	4.33	1.67	0.81	0.45
PANSS Negatif								
Duygusal içe çekilme (N2)	27.86	6.1	28.31	5.71	23.25	5.31	3.14	0.051
İlişki kurmada güçlük (N3) ^{ph}	3.97	1.07	4.08	1.04	3.5	1	1.4	0.33
Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme (N4)	3.97	1.12	3.6	0.65	3	0.95	4.2	0.02*
PANSS Genel	49.34	7.86	53.85	5.67	51.67	8.09	1.8	0.17
Suçluluk duyguları (G3)	2.77	1.06	3.46	1.2	3.17	1.03	2.1	0.13
Dürtü kontrolsüzlüğü (G14)	3.6	1.22	4.08	1.44	3.83	1.27	0.69	0.5
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ^{ph}	6.2	3.61	9.69	3.25	13.08	4.1	17.13	<0.001**
İçgörü Ölçeği	7.63	4.42	8	4.53	6.5	3.94	0.42	0.66

ph: Post hoc (Tukey).

*p<0.05, Özkıyım düşüncesi yok > özkıyım düşüncesi var.

**p<0.001, Özkıyım düşüncesi var, ölüm düşüncesi var > özkıyım düşüncesi yok.

TABLO 6. Özkıyım Düşüncesinin (CŞDÖ 8. maddesi) Ölçeklerle ve Bazı Alt Ölçek Maddeleriyle Korelasyonu.

CŞDÖ 8. maddesi (Özkıyım düşüncesi)	Depresyon (CŞDÖ)	İçgörü Ölçeği (Toplam)	PANSS (Pozitif)	Sanrılar (P1)	Düşünce dağınıklığı (P2)
r	0,599**	-0,070	0,177	0.334*	0.017
p	<0,001	0,593	0,177	0.009	0.9
	Varsanılar (P3)	Şüphecilik/ kötülük görme (P6)	PANSS (Negatif)	Duygusal içe çekilme (N2)	İlişki kurmada güçlük (N3)
r	0.112	0.19	-0,209	-0.158	-0.366*
p	0.395	0.15	0,109	0.227	0.004
	Kendini toplumdan çekme (N4)	PANSS (Genel)	Suçluluk duyguları (G3)	Dürtü kontrolsüzlüğü (G14)	PANSS (Toplam)
r	-0.036	0,218	0.158	0.116	0,128
p	0.784	0,094	0.228	0.379	0,331

*p<0.05, **p<0.001

tedavi gören şizofrenili hastalarla yapılan ve birbirinden bağımsız iki çalışmanın sonuçları, alkol kullanımının depresyon ve intihar davranışı ile doğrusal bağlantı gösterdiğini ortaya koymuştur (Bartels ve ark. 1992). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber çalışmamızda özkıyım düşüncesi olanlarda alkol ve/veya madde kullanım oranı daha yüksektir.

Tüm şizofrenili hastaların %25-50'si psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi görürken özkıyım gerçekleştirmiştir (Taiminen ve ark. 2001, Heila ve ark. 1997). Kurbanların yaklaşık yarısı, hastaneden taburculuktan sonra 3 ay içinde özkıyım gerçekleştirmiştir (Heila ve ark. 1997). Bu, özkıyımların diğer genel özkıyımlara göre ruh sağlığı merkezleri ile daha yakın ilişkide olduklarını (Heila ve ark. 1998) ve en azından bazı şizofreni hastalarındaki özkıyımların engellenmesinin mümkün olabileceğini göstermektedir (Taiminen ve ark. 2001). Özkıyımla ölen şizofrenili hastaların önemli bir kısmının ölümlerinden önceki birkaç günle bir hafta arasında klinisyenler tarafından görülmüş olduğunu bildiren yayınlar vardır (Fenton ve ark. 1997). Çalışmamızda da, özkıyım düşüncesi olan grupta özkıyım düşüncesi olma-

yan gruba göre hekimle ilişki kurmada daha az güçlük çekildiğinin saptanması bu bulguları desteklemektedir. Ayrıca bu çalışmada özkıyım düşüncesi olan grup (CŞDÖ 8. maddesine göre 2 ve 3 puan alan) ile ölüm düşüncesi olan grubun (CŞDÖ 8. maddesine göre 1 puan alan) birçok özellik açısından benzerlik göstermesi, ölüm düşüncesi olan grubun da özkıyım düşüncesi olan grup gibi özkıyım girişimi açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Şizofrenili hastalarda özkıyımların çoğu ilk 10 yıl içinde ve hastalığın erken dönemlerinde gerçekleşmektedir (Kırpınar ve Aydın 2001). Bu nedenle çalışmamızda yaş ortalamasının (ort: 39) ileri ve hastalık süresinin (ort:15.4 yıl) uzun olması çalışmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ

Şizofreninin süregen ve heterojen yapısına ek olarak özkıyım davranışının da çok boyutlu bir yapıya sahip olması, şizofrenide özkıyımı öngörecekt etmenlerin saptanmasını güçleştirmektedir

TABLO 7. Özkıyım Düşüncesini Yordayan Değişkenler.

	B	P	R	Olasılıklar Oranı*
CŞDÖ	0.48	0.035	-0.22	1.61 (1.12-2.34)
Özkıyım girişimi öyküsü	-2.51	0.011	0.29	0.082 (0.008-0.84)
Sabit	-4.69	0.031		

*Olasılıklar oranı güven aralığı (CI): %95

(Kırpınar ve Aydın 2001). Şizofrenide güvenilir ve geçerli bir özkıyım risk ölçeğinin yapılandırılmasının muhtemelen mümkün olmadığı bildirilmiştir (Taiminen ve ark. 2001). Bununla beraber çalışmamızda saptanan yüksek özkıyım düşüncesi, bu hastaların tedavisi ve izlemi planlanırken özkıyım risklerinin belirlenmesi ve önlemlerinin alınması gerektiğini göstermektedir.

Şizofrenide özkıyım girişimlerinin hastanede yatarken ya da taburcu olduktan hemen sonra geliştiği şeklindeki literatür bilgisiyle beraber (Rossau ve Mortensen 1997, Kırpınar ve Aydın 2001) çalışmamızda akut evrede kabul edilen ve yatarak tedavi gören olgularda özkıyım düşüncesinin daha fazla bulunması özellikle yatan hastalarda özkıyım düşüncesinin ve geçmişte özkıyım girişiminin ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu popülasyondaki yüksek özkıyım riski göz önüne alındığında depresyonun ta-

nınması ve tedavisi daha fazla dikkat gerektirmektedir (Addington ve ark. 1998).

Bu hastalarda depresyonun CŞDÖ gibi kolay uygulanabilir ölçeklerle rutin değerlendirilmesinin faydası olacağı açıktır. Özellikle risklerin bulunduğu olgular daha yakın izleme alınmalı ve gerekirse alternatif tedavi yöntemleri göz önünde bulundurulmalıdır. Yeni antipsikotiklerin etkinliğini araştıran çalışmalar bu ajanların şizofrenide antidepresan etki gösterebileceğini ve özkıyım eğilimini azaltmaya katkısı olabileceğini bildirmektedir (Collaborative Working Group 1998). Sosyal desteğin ve çevreyle olan ilişkilerin yetersizliği, bu olgularda destek sisteminin geliştirilmesi için yapılacak çalışmaların ve hastaların ailelerine yapılacak açıklamaların taburcu olduktan sonra arttığı bildirilen özkıyım riskini azaltabileceğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E ve ark. (1992) Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 6:201-208.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E (1994) Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 11:239-244.
- Addington D, Addington J, Patten S (1998) Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172: Suppl, 90-92.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C ve ark. (1996) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*, 153:1185-1188.
- Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. (2001) İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 3:17-24.
- Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. (2000a) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37:82-86.
- Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. (2000b) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37:210-213.
- Barnes TR, Curson DA, Liddle PF ve ark. (1989) The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic inpatients. *Br J Psychiatry*, 154:486-491.
- Bartels SJ, Drake RE, McHugo GJ (1992) Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 149:394-395.
- Caldwell CB ve Gottesman II (1990) Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull*, 16:571-589.
- Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations (1998) Atypical antipsychotics for treatment of depression in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl. 12): 41-45.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.
- David AS (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156:798-808.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J (2001) Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*, 47:127-134.
- Drake RE, Gates C, Whitaker A ve ark. (1985) Suicide among schizophrenics: a review. *Compr Psychiatry*, 26:90-100.
- Drake RE, Cotton PG (1986) Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 148: 554-559.
- Ergen N (1997) Şizofrenlerde gözlenen depresyonun pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ ve ark. (1997) Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry*, 154:199-204.
- Grunebaum MF, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM ve ark. (2001) Delusions and suicidality. *Am J Psychiatry*, 158:742-747.
- Harkavy Friedman JM ve Nelson EA (1997) Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatr Q*, 68:361-375.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM ve ark. (1998) Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 173:330-333.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM ve ark. (1997) Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 154:1235-1242.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13:261-276.
- Kırpınar İ ve Aydın N (2001) Şizofrenide özkıyım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2:47-52.
- King E (1994) Suicide in the mentally ill. An epidemiological sample and implications for clinicians. *Br J Psychiatry*, 165:658-663.

Kostakoğlu (Anıl) AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği" Türk Psikoloji Dergisi, 14:23-32.

Rossau CD, Mortensen PB (1997) Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. Br J Psychiatry, 171:355-359.

Schwartz RC ve Cohen BN (2001) Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia. Compr Psychiatry, 42:118-123.

Sevinçok L (1998) Şizofrenide depresyon. Şizofreni Dizisi. Cilt 1, Sayı 2, s 46-53.

Siris SG (1995) Depression in Schizophrenia. Schizophrenia, Steven R. Hirsch (Ed.), Blackwell Science Ltd., s 128-145.

Siris SG (2001) Suicide and schizophrenia. Psychopharmacol, 15:127-135.

Simpson GM ve Angus JWS (1970) A rating scale for extrapyramidal side effects. Acta Psychiatr Scand, 212 (Suppl. 44): 11-19.

Şahin M (1995) Şizofrenik hastalarda depresif belirtiler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Ankara.

Taiminen T, Huttunen J, Heila H ve ark. (2001) The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. Schizophr Res, 1; 47: 199-213.

Uslu A ve Sevinçok L (2000) Bir grup şizofrenik hastada özkıym düşünceleri ve depresyon. 3P Dergisi, 8:266-273.

Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT ve ark. (1991) Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. J Nerv Ment Dis, 179:259-266.

TÜRKİYE SİNİR ve RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2003

- 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2003" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
- 2003 ödülü olarak 750.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
- Çalışma:
 - 2001 başından sonra yayınlanmış ya da yayına kabul edilmiş özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir.
 - Çalışma yayınlanmamış ise, yerli ya da yabancı tanınmış bir bilimsel derginin yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon-faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer, ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir.
 - Çalışma 6 kopya olarak en geç 31 Aralık 2002 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2003 Şubat ayında her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Doç. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 Ankara