

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
İNTİHAR OLASILIĞI İLE ŞEMA ve ÜSTBİLİŞ İLİŞKİSİ**

Dr. Yahya Mert KOCASARAÇ

UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2025

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
İNTİHAR OLASILIĞI İLE ŞEMA ve ÜSTBİLİŞ İLİŞKİSİ**

Dr. Yahya Mert KOCASARAÇ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi İlker GÜNEYSU

TOKAT
2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin bütün aşamalarında sabır ve özveriyle yardımını esirgemeyen içtenlikle yanımda olan tez danışmanlığımı yürüten sayın hovam Dr. Öğr. Üyesi İlker GÜNEYSU'ya

Asistanlığım boyunca birlikte büyük bir keyifle çalıştığım, kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim, desteğini ve sevgisini her koşulda benden esirgemeyen sevgili hocalarım Doç. Dr. Esmâ AKPINAR ASLAN ve Doç. Dr. Filiz ÖZSOY'a,

Asistanlık eğitimim boyunca eğitimime katkısı bulunan, benden hiçbir koşulda yardımlarını esirgemeyen sayın hocalarımız Dr. Öğr. Üyesi Figen ÜNAL DEMİR, Dr. Öğr. Üyesi Burcu ESER ve Dr. Öğr. Üyesi Sare AYDIN'a

Birlikte büyük bir uyum, keyif ve özveri ile çalıştığımız asistan ve hemşire arkadaşlarıma, sevgili ve değerli arkadaşlarım Dr. Şeyma BÜLBÜL ve Dr. Emre BÜLBÜL'e

Tüm yaşamım süresince yardımına koşan, her anımda benimle birlikte olan annem, babam ve ablama,

Üzerimde emeği geçen herkese teşekkürlerimi borç bilirim.

ÖZET

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), bireylerin duygusal düzenleme, dürtü kontrolü, kişilerarası ilişkiler ve kendilik algısı gibi temel işlevlerini etkileyen, kronik seyirli ve toplum sağlığı açısından önem arz eden bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya genelinde psikiyatri kliniklerinde en sık karşılaşılan kişilik bozukluklarından biri olan BKB, bireylerin yaşam kalitesini düşürmenin ötesinde, sıklıkla intihar girişimleriyle sonuçlanabilen bir dizi semptomla ilişkilidir. Bu çalışmada BKB olan bireylerde intihar olasılığı ile şema ve üstbilis ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya DSM-5 kriterlerine göre tanı almış BKB tanılı hasta grubunda 120 kişi ve sağlıklı kontrol grubunda 120 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamakta olan ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan bütün katılımcılara sosyodemografik veri formu, Young Şema Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Üstbilis Ölçeği, YAB-7 ve HSA-9 uygulanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında, bedensel hastalık ($p<0.05$), eğitim süresi, çalışma durumu, yaşam düzeni, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve self-mutilasyon soygeçmişi gibi veriler çalışma grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Cinsiyet ve medeni durumda anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma ve kontrol grubu intihar davranışı sayısı ($p<0.01$) ve psikiyatri yatış sayısı ($p<0.01$) gibi tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında çalışma grubunda puanlar anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.49$). BKB olan bireyler ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, YŞÖ, İÖÖ, YAB-7, ÜBÖ ve HSA-9 ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). YŞÖ, ÜBÖ, YAB-7 ve HSA-9 ölçek ve altölçek puanları İÖÖ ölçek ve altölçek puanları ile büyük oranda anlamlı korelasyonlar göstermiştir ($p<0.01$). İÖÖ' nin bağımlı değişken olarak ele alındığı hiyerarşik regresyon analizimizde, eğitim durumu, intihar davranışı sayısı,

depresyon ve anksiyete puanları, şemalar ve üstbilişsel faktörler modeli açıklamada anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

BKB olan bireylerde intihar olasılığı ile şemalar ve üstbilişsel faktörlerin ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanında bireyin son dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri intihar olasılığını artırabilecek faktörler arasında yer almaktadır. önem arz etmektedir. Şema terapisi ve metakognitif terapiye odaklanan yenilikçi müdahaleler BKB' li bireylerde intihar riskini düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda bu bireylerin genel yaşam kalitesini artırmada da etkili olabileceği öngörülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarını incelediğimizde BKB'li bireylerde intihar davranışına yol açan dinamiklerin iyi anlamak ve bu bireylerin işlevselliğini artırmak amacıyla psikososyal desteğin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, İntihar Olasılığı, Şema, Üstbiliş

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a long-standing psychiatric disorder that disrupts essential psychological functions such as emotion regulation, impulse control, interpersonal functioning, and the perception of self, making it a significant public health issue. Recognized as one of the most frequently observed personality disorders in psychiatric clinics worldwide, BPD encompasses a broad spectrum of symptoms that substantially impair quality of life and are closely linked to recurrent suicide attempts. The present study aimed to investigate how suicide probability relates to early maladaptive schemas and metacognitive processes in individuals diagnosed with BPD.

The study sample consisted of 120 participants meeting DSM-5 criteria for BPD and 120 healthy controls. All individuals who provided informed consent and met the inclusion criteria completed a sociodemographic questionnaire, the Young Schema Questionnaire, the Suicide Probability Scale, the Metacognition Questionnaire, the GAD-7, and the PHQ-9.

A comparison of sociodemographic characteristics revealed that the BPD group had significantly higher rates of physical illness ($p<0.05$), longer education duration, higher unemployment rates, differing living conditions, more frequent family histories of psychiatric disorders, and more frequent self-harm histories ($p<0.01$). No meaningful differences were detected in marital status or gender. Regarding descriptive clinical features, the number of suicide attempts ($p<0.01$) and psychiatric hospitalizations ($p<0.01$) was notably higher among individuals with BPD, whereas age did not differ significantly between groups ($p=0.49$).

Participants diagnosed with BPD scored significantly higher than controls on the YSQ, SPS, GAD-7, MCQ, and PHQ-9 ($p<0.01$). Additionally, total and subscale scores of the YSQ, MCQ, GAD-7, and PHQ-9 demonstrated strong, significant correlations with SPS total and subscale scores ($p<0.01$). In the hierarchical regression model, where the SPS served as the dependent variable, education level, number of

suicidal behaviors, depression and anxiety severity, and schema and metacognitive variables all contributed significantly to the predictive model ($p < 0.01$).

In summary, the findings show that suicide probability in individuals with BPD is strongly associated with maladaptive schemas and metacognitive factors. Furthermore, current depressive and anxious symptom levels appear to be additional influential contributors to increased suicide risk. These results suggest that therapeutic approaches incorporating schema therapy and metacognitive therapy may play an important role in reducing suicide risk while enhancing overall functioning and quality of life in individuals with BPD. Based on these outcomes, strengthening psychosocial support systems is recommended to better understand the mechanisms underlying suicidal behavior and to improve functional capacity in this population.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Suicide Probability, Schema, Metacognition

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
KISALTMALAR.....	x
TABLolar.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İntihar Davranışına İlişkin Genel Çerçeve.....	3
2.1.1. İntihar Davranışında Psikolojik ve Sosyal Faktörler.....	4
2.1.2. İntihar Riskini Değerlendirme Yöntemleri.....	4
2.1.3. İntihar Davranışında Erken Müdahale ve Önleme Stratejileri.....	6
2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB).....	8
2.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tanımı ve Temel Özellikleri.....	8
2.2.2. Epidemiyoloji: Yaygınlık ve Risk Grupları.....	10
2.2.3. Etiyoloji: Genetik, Çevresel ve Psikososyal Faktörler.....	11
2.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğunda Komorbiditeler.....	13
2.2.5. Tedavi Yaklaşımları ve Müdahale Stratejileri.....	15
2.3. BKB ve İntihar Davranışı.....	17
2.3.1. BKB’de İntihar Davranışının Epidemiyolojisi.....	17
2.3.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve İntihar Davranışını Etkileyen Faktörler.....	18
2.4. Şema Teorisi, BKB’ de Yaygın Şemalar, Şema ve İntihar Davranışı İlişkisi.....	20
BKB’ de Yaygın Şemalar.....	21
Şema ve İntihar Davranışı İlişkisi.....	22
2.5. Üstbiliş (Metakognisyon), BKB’ de Üstbilişsel Sapmalar, Üstbiliş ve İntihar Davranışı İlişkisi.....	23
Üstbiliş (Metakognisyon).....	23
BKB’ de Üstbilişsel Sapmalar.....	25
Üstbiliş ve İntihar Davranışı İlişkisi.....	26
2.4. Hipotezler ve Amaç.....	28
2.6.1. Hipotezler.....	28
2.6.2. Çalışmanın Amacı ve Önemi.....	28

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Deseni, Türü ve Örneklem.....	30
3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	31
3.4. Bilgilendirme ve Onam Alınması	31
3.5. Uygulama	31
3.6. Araştırmada Kullanılan Parametrelerin Listesi.....	32
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu.....	32
3.6.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ).....	32
3.6.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	33
3.6.4. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)	33
3.6.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB-7).....	34
3.6.6. Hasta Sağlık Anketi (HSA-9).....	34
3.7. İstatistiksel Analiz.....	35
3.8. Etik Onay	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Tanımlayıcı Özellikler	36
4.1.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
4.2. Gruplar Arasında Ölçek/Altölçek ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
4.3. Korelasyon Analizleri	43
4.3.1. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Üstbiliş Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	43
4.3.2. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Young Şema Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	45
5. TARTIŞMA	53
Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	63
6. SONUÇ	66
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER.....	79

KISALTMALAR

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

ATT: Attention Training Technique

DBT: Diyalektik Davranış Terapisi

MBT: Zihinselleştirme Temelli Terapi

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

HSA-9: Hasta Sağlık Anketi

YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği

YŞÖ: Young Şema Ölçeği

EDUŞ: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 3. Gruplar arasında Ölçek/Alt ölçek Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Üstbiliş Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	45
Tablo 5. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Young Şema Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	48
Tablo 6. Çalışma Grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Uygulanacak Hiyerarşik Regresyon Modeli (3. adım ÜBÖ Alt Ölçekleri)	50
Tablo 7. Çalışma Grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Uygulanacak Hiyerarşik Regresyon Modeli (3. adım YŞÖ Alt Ölçekleri)	52

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), bireylerin duygusal düzenleme, dürtü kontrolünde bozulma, bireyin kişilerarası ilişkilerini ve benlik algısı gibi temel işlevlerini etkileyen, kronik seyirli ve ciddi bir psikiyatrik bozukluktur(1). Dünya genelinde psikiyatri kliniklerinde en sık karşılaşılan kişilik bozukluklarından biri olan BKB, bireylerin yaşam kalitesini düşürmenin ötesinde, sıklıkla intihar girişimleriyle sonuçlanabilen bir dizi semptomla ilişkilidir(2). İntihar davranışı, BKB'de yalnızca birey için hayati risk oluşturmaz; aynı zamanda yakın çevre ve toplum üzerinde de ciddi sosyoekonomik ve psikolojik etkiler bırakır(3). Bu nedenle, BKB ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin anlaşılması, etkili müdahaleler geliştirmek için kritik bir gerekliliktir (3).

İntihar davranışı, genellikle çok boyutlu bir sürecin sonucu olarak ortaya çıkar ve biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimini içerir. Erken uyumsuz şemalar ve üstbilişsel faktörler intihar davranışı üzerinde anlamlı etkisi olan etmenlerdir (4).

BKB'li bireylerde intihar davranışını etkileyen faktörlerden biri, erken dönem uyumsuz şemalardır. Jeffrey Young tarafından geliştirilen Şema Teorisi'ne göre, çocukluk döneminde gelişen ve bireyin dünyayı algılama biçimini etkileyen bu şemalar, duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabilir(5). Özellikle BKB'li bireylerde, terk edilme, güvensizlik, başarısızlık ve duygusal yoksunluk gibi uyumsuz şemaların yaygın olduğu belirtilmektedir(6). Bu şemalar, bireyin stresli durumlara karşı verdiği tepkileri şekillendirerek intihar riskini artırabilir.

Üstbilis (metakognisyon), bireyin kendi düşünce süreçlerinin farkında olması ve kontrol etme kapasitesi olarak tanımlanır(7). Üstbilişsel işlevler, özellikle ruhsal hastalıkların seyrinde ve bireyin bu hastalıklarla başa çıkma biçiminde kritik bir rol oynar. BKB'li bireylerde, olumsuz düşünce kalıplarının üstbilişsel sapmalarla daha da pekişebileceği ve bunun intihar davranışına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir(8). Örneğin, bireyin kendi düşüncelerini kontrol edememe hissi veya olumsuz düşüncelerin sürekli olarak tekrar etmesi, intihar eğilimlerini artırabilir(9).

Bu çalışmanın amacı, BKB’li bireylerde intihar davranışının, uyumsuz şemalar ve metakognitif süreçlerle ilişkisini kapsamlı bir şekilde incelemektir. Bu doğrultuda, üç temel hedef belirlenmiştir. İlk olarak, BKB ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelenmek, ikinci olarak, erken dönem uyumsuz şemaların intihar riskini nasıl şekillendirdiği ve son olarak da, üstbilişsel sapmaların intihar davranışı üzerindeki etkisi araştırılacaktır.

Bu çalışma, literatüre hem teorik hem de pratik açıdan katkı sağlamayı hedeflemektedir. Teorik olarak, BKB’li bireylerde intihar davranışına yol açan dinamiklerin daha iyi anlaşılmasına olanak tanıyacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Davranışına İlişkin Genel Çerçeve

İntihar davranışı, bireyin yaşamını sonlandırmayı hedeflediği toplum sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyen önemli bir sorundur ve bunun altında yatan nedenler biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin etkileşiminden kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır(4). İntihar eğilimi gösteren bireylerin, risk faktörlerini tanımlamak ve müdahale stratejilerini uygulamak adına kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle risk faktörlerinin ve koruyucu fa bir şekilde ktörlerin detaylı bir şekilde ele alınması, intihar riskinin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (10).

İntihar davranışının biyopsikososyal modeli, bireyin nörobiyolojik yatkınlığını, psikolojik zorluklarını ve dış etmenlerin etkisini bir araya getirerek geniş bir değerlendirme sunar(11). Bu yaklaşım, intiharın nedenlerini daha derinlemesine anlamayı ve bireysel müdahaleleri bu doğrultuda geliştirmeyi amaçlamaktadır. Örneğin, nörotransmitter dengesizlikleri gibi biyolojik mekanizmalar, intihar eğiliminde önemli bir rol oynayabilirken, depresyon ve travma gibi psikolojik unsurlar bu eğilimi artırabilir (12). Sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar ise bireyin yaşadığı duygusal yükü ağırlaştırarak intihar riskini artırabilir(12).

Bununla birlikte, intihar davranışını değerlendirmek ve önlemek amacıyla daha etkin müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır ve risk değerlendirme yöntemleri, bireylerin intihar düşüncelerini ve davranışlarını anlamada temel bir araç olarak görülmektedir(13). Bunun yanı sıra, erken müdahale ve önleme stratejileri, yalnızca intihar eğilimini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda kişinin kalitesini hayatında belirgin oranda iyileştirme de hedeflemektedir(14). Bu yaklaşımlar, intiharın karmaşık yapısını anlamak için bölümler arası bir iş birliği gerektirmektedir (14).

Yukarıda belirtilen çerçeve, aşağıdaki alt başlıklarda detaylandırılacaktır. Öncelikle biyopsikososyal etkenlerin intihar davranışına etkileri ele alınacak; ardından risk değerlendirme yöntemleri ve erken müdahale stratejileri kapsamlı bir şekilde incelenecektir.

2.1.1. İntihar Davranışında Psikolojik ve Sosyal Faktörler

İntihar davranışı, biyopsikososyal parametrelerin bir arada etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir süreçtir. Bu bağlamda, biyolojik faktörler nörolojik ve genetik yatkınlıkları içerirken, psikolojik faktörler bireyin zihinsel sağlığı, duygusal regülasyonu ve düşünce kalıpları ile ilişkilidir. Sosyal faktörler ise çevresel koşullar, toplumsal normlar ve ilişkisel dinamikleri kapsar (10).

Psikolojik faktörler arasında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikopatolojiler öne çıkmaktadır(12). Depresyon, intihar davranışının en sık gözlemlendiği ruhsal bozukluklardan biridir. İntihar eden bireylerin çoğunda, yaşanan umutsuzluk ve değersizlik hislerinin belirgin olduğu tespit edilmiştir (15). Psikolojik dayanıklılık (resilience) ve olumlu başa çıkma stratejilerinin yetersizliği de intihar riskini yükseltebilecek etkenler içerisinde yer almaktadır(14).

Sosyal faktörler, bireyin yaşam koşulları, toplumsal destek sistemleri ve çevresel stresörlerle ilişkilidir (16). Ekonomik zorluklar, işsizlik, sosyal izolasyon gibi durumlar intihar davranışını tetikleyen önemli sosyal faktörlerdir(16). Özellikle yalnızlık, bireyin duygusal sıkıntılarla başa çıkma kapasitesini zayıflatarak, intihara yatkınlığı artırabilir. Ayrıca, toplumda intiharı damgalayan tutumlar ve bireyin yardım arayışını engelleyen sosyal normlar, intihar girişimlerini önleme çabalarını zorlaştırmaktadır(17).

2.1.2. İntihar Riskini Değerlendirme Yöntemleri

İntihar riskini değerlendirme, intihar davranışlarını önlemek ve bireylerin güvenliğini sağlamak açısından kritik bir süreçtir. Bu süreç, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler temelinde değerlendirilmesini içeren kapsamlı bir yaklaşıma dayanır. İntihar riskini değerlendirme yöntemleri, bireysel faktörlerden çevresel etkenlere kadar geniş bir yelpazeyi kapsar ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir(10).

Klinik görüşmeler, intihar riskinin değerlendirilmesinde temel bir araçtır. Görüşmeler sırasında bireyin ruh hali, düşünce içerikleri, özkıyım düşünceleri ve geçmiş intihar girişimleri ayrıntılı bir şekilde ele alınır (10). Araştırmalar, daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerin risk altında olduğunu göstermektedir(10). Klinik görüşmelerde kullanılan yarı yapılandırılmış ölçekler, bireyin intihar düşüncelerini ve davranışlarını anlamaya yardımcı olur. Örneğin, Beck İntihar Ölçeği ve Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), bu alanda yaygın olarak kullanılan ölçme araçlarıdır(18).

Psikometrik ölçekler, intihar riskinin objektif bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Bu ölçekler, depresyon, anksiyete, duygu düzenleme güçlükleri ve stres düzeyi gibi risk faktörlerini değerlendirmek için tasarlanmıştır (12). Örneğin, Hopelessness Scale ve Suicide Intent Scale, bireyin umutsuzluk düzeyini ve intihar niyetini ölçmek için kullanılır. Araştırmalar, umutsuzluk ve artmış suisid riski arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur(12). Ayrıca, nörolojik ve biyolojik değerlendirme yöntemleri de intihar riskinin belirlenmesine katkıda bulunabilir. Örneğin, nöroinflamasyon belirteçlerinin veya nörotransmitter seviyelerinin analizi, bireyin biyolojik yatkınlıklarını anlamada yol göstericidir(4).

İntihar riskini değerlendirme yöntemlerinde, risk faktörlerinin doğru bir şekilde sınıflandırılması önemlidir (17). Bu faktörler genellikle akut ve kronik olarak iki gruba ayrılır. Akut risk faktörleri arasında ciddi stresörler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), ani yaşam değişiklikleri ve yoğun duygusal çalkantılar yer alır. Kronik risk faktörleri ise kişilik bozuklukları, uzun süreli depresyon ve biyolojik yatkınlıkları içerir (17). Özellikle, Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireylerin, yoğun duygusal dalgalanmalar ve dürtüsellik nedeniyle intihar riski daha yüksek olabilir(10).

Nörobiyolojik araştırmalar, intihar riskinin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Nöroinflamasyon, serotonin disfonksiyonu ve hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksının düzensizliği gibi biyolojik faktörler, bireylerin intihara eğiliminde belirleyici olabilir(11). Özellikle nörotransmitterlerin işlev bozukluklarının değerlendirilmesi, bireyin intihar riskinin belirlenmesinde yardımcı olur. Bu tür

biyolojik değerlendirmeler, bireyin farmakolojik tedaviye uygunluğunu da anlamaya yardımcı olabilir (11).

İntihar riskini değerlendirme yöntemleri, genellikle birden fazla branşın işin içerisinde olduğu bir yaklaşımla yürütülür. Psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler, bireyin riskini anlamak ve yönetmek için birlikte çalışır (16). Bu süreçte, bireyin sosyal destek sistemleri, yaşam koşulları ve çevresel stresörleri de göz önünde bulundurulur. Örneğin, bireyin izolasyon düzeyi, ekonomik zorluklar ve aile içi dinamikleri gibi sosyal faktörler, intihar riskinin belirlenmesinde kritik rol oynar(16).

Son yıllarda, intihar riskinin değerlendirilmesinde teknolojik araçlar ve yapay zeka yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Elektronik sağlık kayıtlarından elde edilen veriler, intihar davranışlarını tahmin etmek için kullanılabilir(19). Yapay zeka algoritmaları, bireyin geçmiş davranışlarını ve mevcut risk faktörlerini analiz ederek yüksek doğruluk oranlarıyla risk değerlendirmesi yapabilir (19).

İntihar riskini değerlendirme süreci, etik hassasiyetler gerektirir. Bu süreçte, bireyin mahremiyetine ve kişisel bilgilerine saygı göstermek önemlidir (10). Tedavi planının oluşturulmasında bireyin onayının alınması ve süreç hakkında bilgilendirilmesi, etik ilkelere uygun bir yaklaşımın temel taşlarıdır (10).

2.1.3. İntihar Davranışında Erken Müdahale ve Önleme Stratejileri

İntihar davranışının önlenmesi, erken müdahale ve uzun vadeli stratejik yaklaşımlar gerektirir. Etkili önleme stratejileri, bireylerin biyopsikososyal özelliklerini dikkate alarak çok yönlü bir bakış açısıyla geliştirilmelidir. Erken müdahale, intihar riskine dair belirtilerin değerlendirilmesi ve bireye gerekli desteğin sunulması açısından kritik öneme sahiptir (10).

Erken müdahale stratejilerinde ilk adım, intihar düşüncesi veya eğilimleri gösteren bireylerin tespit edilmesidir. İntihar riskine işaret eden belirtiler arasında duygusal değişimler, yalnızlık hissi, umutsuzluk, yoğun stres ve iletişimde ani

kesintiler yer alır(10). Risk değerlendirme araçları, bu belirtileri belirlemek için etkili bir yöntem sunar. Örneğin, Suicide Crisis Inventory (SCI) gibi ölçekler, bireylerin akut intihar durumlarını değerlendirmede sıklıkla kullanılmaktadır(18).

Psikolojik müdahale, intihar riskini azaltmada temel bir unsurdur. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), intihar eğilimlerini azaltmada etkili bulunmuştur(14). Bu yaklaşımlar, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını anlamalarına ve kişinin duygularını düzenleme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Özellikle DDT, dürtüsel davranışları kontrol etmede ve yaşamın anlamını yeniden yapılandırmada güçlü bir araçtır(10).

İntihar davranışında biyolojik faktörlerin rolü göz önünde bulundurulduğunda, farmakolojik müdahaleler önem kazanmaktadır. Özellikle serotonin seviyelerinin düzenlenmesine yönelik antidepresan tedaviler, intihar eğilimlerini azaltmada etkili bulunmuştur(4). Ayrıca, intihar riskine yatkın bireylerde nöroinflamasyonun azaltılmasına yönelik araştırmalar, yeni biyolojik tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ışık tutmaktadır(11).

Toplum temelli önleme programları, intihar riskini düşürmede önemli bir role sahiptir. Bu programlar, bireylerin yalnızlık hissini azaltmayı ve topluluk içindeki aidiyet duygusunu güçlendirmeyi hedefler(16). Özellikle eğitim programları, bireylerin ruhsal sağlık konusunda farkındalık kazanmalarını sağlar ve yardım arama davranışlarını teşvik eder(16).

İntihar riski taşıyan bireyler için acil yardım hatları ve kriz müdahale merkezleri, hayati bir destek mekanizması sunar. Özellikle kriz dönemlerinde bireylerin erişebileceği sürekli hizmette olan yardım hatları, yalnızlık ve umutsuzluk duygularını azaltmada etkili olabilir (12). Çalışmalar, kriz hattı desteği alan bireylerde intihar eğilimlerinde anlamlı bir azalma olduğunu göstermektedir(12).

Aile ve yakın çevre, bireylerin intihar olasılığını azaltmada önem teşkil eden bir kaynaaktır. İntihar davranışına yönelik müdahale stratejilerinde, aile üyelerinin ve arkadaşların eğitimi büyük önem taşır (10). Bu süreçte, bireyin duygusal ihtiyaçlarını

anlamak ve destekleyici bir iletişim sağlamak, intihar düşüncelerinin azalmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca, ailelerin ve yakın çevrenin profesyonel yardım alma konusunda teşvik edilmesi gereklidir(10).

Son yıllarda, dijital uygulamalar ve yapay zeka destekli sistemler, intihar önleme stratejilerinde önemli bir araç haline gelmiştir. Örneğin, sosyal medya platformları aracılığıyla intihar eğiliminde olan bireylerin tespiti ve bu bireylere anında yardım sunulması, teknoloji tabanlı müdahale yöntemlerinin etkili bir örneğidir(19). Ayrıca, mobil uygulamalar ve çevrimiçi terapi hizmetleri, bireylerin profesyonel desteğe kolayca erişimini sağlamaktadır (19).

2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)

2.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tanımı ve Temel Özellikleri

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin *DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı*nda, bireylerin kişilerarası ilişkilerinde, kendilik algısında, duygusal düzenlemesinde ve dürtü kontrolünde belirgin bozukluklarla seyreden bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanmıştır(20). Bu bozukluk, bireylerin sosyal, duygusal ve mesleki işlevselliklerini ciddi şekilde etkileyen ve genellikle bireyin ergenlik döneminde meydana gelen bir yapıya sahiptir(20). BKB'nin ayırt edici özellikleri arasında terk edilme korkusu, kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlık, yoğun duygusal değişkenlik, kendine zarar verme davranışları ve tekrarlayan intihar girişimleri bulunmaktadır(21).

BKB, diğer kişilik bozukluklarından farklı olarak, genellikle yoğun bir “boşluk hissi” ve duygu düzenleme güçlükleri ile öne çıkar (22). Kişilerarası ilişkilerde, bireylerin partnerlerini ya idealize ettikleri ya da bir anda değersizleştirdikleri yoğun ve karmaşık ilişki örüntüleri gözlemlenir(22). Bu durum, ilişkilerde güven ve süreklilik sağlamayı güçleştirir. Aynı zamanda bireylerin kendilik algılarında dalgalanmalar görülür; kişi, kendisini bir anda “değersiz” ve “yetersiz” hissettiği bir kimlik karmaşası içinde bulabilir (23).

Borderline Kişilik Bozukluğu'nun DSM-5 tanı ölçütleri ile de uyumlu olan belirgin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- **Duygusal Düzensizlik:** Duygusal dalgalanmalar, BKB'nin en yaygın görülen semptomlarından biridir(24). Bu dalgalanmalar, bireyin öfke, depresyon ve kaygı gibi yoğun duygusal tepkiler arasında hızlı geçişler yaşaması şeklinde kendini gösterebilir. Bu duygusal tepkiler, kişilerin günlük yaşam işlevlerini ciddi şekilde etkileyebilir(24,25).
- **Dürtüsellik:** Riskli davranışlar, BKB'nin önemli bir özelliğidir. Alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar ve finansal karar alma süreçlerinde dürtüsel hareketler yaygındır(26).
- **Kendilik Algısında Bozukluk:** Kendi kimliğine ilişkin algıdaki istikrarsızlık, bireylerin yaşam yönelimlerinde ve karar alma süreçlerinde belirsizliğe yol açar (27). Bireyler genellikle kim oldukları konusunda net bir fikir geliştiremezler ve bu durum sıklıkla kendilerini "boşlukta" hissetmelerine neden olur(27).
- **Kişilerarası İlişkilerde İstikrarsızlık:** BKB'li bireylerin ilişkileri, yoğun ancak dengesiz bir yapı gösterir. İdealize etme ve değersizleştirme döngüleri sık görülür (28). Bu kişilerde yoğun terk edilme korkusu ve buna bağlı davranışlar, ilişkilerde bağımlılık ya da hızlı kopuşlar yaratabilir(28).
- **Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları:** Bireylerde sıkça kendine zarar verme davranışları ve tekrarlayan intihar girişimleri görülür (29). Bu durum, yoğun duygusal acıyı azaltma ya da yardım çağrısı olarak işlev görebilir(29).

BKB'nin "sınırdaki" bir kişilik yapısını yansıttığı düşünülmektedir. Bozukluk, hem nevrotik hem de psikotik özelliklerin bir arada görülebildiği, bireyin psikolojik sınırlarının sürekli tehdit altında olduğu bir durum olarak tanımlanabilir(30).

2.2.2. Epidemiyoloji: Yaygınlık ve Risk Grupları

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), diğer kişilik bozukluklarına oranla daha yüksek bir prevalansa sahiptir ve bu durum hem genel nüfus hem de klinik gruplar üzerinde yapılan değerlendirmelerde doğrulanmıştır(21). Genel nüfusta %1-2 oranında görülen BKB, psikiyatrik hasta gruplarında bu oran %10-20'ye varan değerlere ulaşabilmektedir (21,31). Bu durum, bozukluğun bireylerin yaşam kalitesini ve işlevselliklerini ciddi şekilde etkilediğini göstermekte, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin devamlılığı üzerinde de önemli bir soruna yol açtığını ortaya koymaktadır(22).

Genel popülasyonda oldukça sabit bir oranla görülen BKB, psikiyatrik hizmetlere başvuran bireylerde çok daha yüksek bir yaygınlık sergiler. Örneğin, psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların %20-30'u BKB tanısı alırken, birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu oran %6-10 aralığında değişkenlik göstermektedir(30). Ayrıca, intihar girişiminde bulunan bireyler arasında da BKB'nin yaygınlığı dikkate değerdir, bu bireylerde tanı oranı %30-40'a kadar yükselebilmektedir(29).

BKB'nin cinsiyete göre yaygınlık oranları, klinik gözlemler ve araştırmalarda farklılaşmaktadır. Kadınlar arasında erkeklere göre daha sık teşhis edilmesine rağmen, bunun biyolojik bir farktan ziyade başvuru davranışları ve klinik değerlendirme süreçlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir(22,25). Kadın hastalarda daha sık görülen belirtiler arasında duygusal dalgalanmalar ve kişilerarası ilişki problemleri bulunurken, erkeklerde madde kötüye kullanımı ve davranım bozuklukları daha yaygındır(28).

BKB genellikle ergenlik dönemi ve erken yetişkinlikte kendini göstermektedir. Bu dönemlerde duygusal düzenleme sorunları ve yoğun kimlik karmaşaları, bozukluğun ortaya çıkışını tetikleyen önemli faktörlerdir(32). Çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar, özellikle fiziksel veya duygusal istismar, bozukluğun gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır(30). Ayrıca, ergenlerde bozukluğun erken belirtileri sıklıkla geçici duygusal dalgalanmalar olarak yorumlanmakta, bu durum da sorunun erken farkedilip müdahale edilmesinin önüne geçmektedir(22).

BKB gelişiminde belirli bireyler, genetik, çevresel ve psikososyal etkenlerin etkisiyle daha yüksek risk taşımaktadır. Bu etkenleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- **Travma Geçmişi:** Çocukluk dönemi travmalarının, BKB gelişiminde güçlü bir yordayıcı rol oynadığı olduğu birçok çalışmada ortaya koyulmuştur(25,30).
- **Genetik Yatkınlık:** Ailede kişilik bozukluğu, depresyon veya madde bağımlılığı gibi sorunların bulunması, bireyde BKB gelişim riskini artırmaktadır (31).
- **Psikososyal Faktörler:** Destekleyici bir çevrenin eksikliği, düşük ekonomik düzey ve kişinin sosyal izole olması gibi faktörler, BKB gelişimine zemin hazırlayabilir (28). Örneğin, yalnız yaşayan bireylerde veya sosyal destek imkanlarına erişimi kısıtlı olan topluluklarda bozukluğun daha yaygın olduğu gözlenmiştir(28).

BKB'nin yaygınlığı ve klinik görünümü, sosyokültürel oluşumlara göre farklılık göstermektedir. Daha bireyci kültürlerde kişilerarası çatışmalar ve kimlik bocalamaları ön planda iken, kolektivist toplumlarda sosyal normlara uyum problemleri ve duygusal bastırma daha yaygın bir görünüm sunar(33).

BKB, intihar ve kendine zarar verme davranışlarıyla sıkı bir ilişki içindedir (29). Epidemiyolojik veriler, intihar girişiminde bulunan bireylerin yaklaşık %30-40'ının BKB tanısı aldığını ortaya koymaktadır(29).

2.2.3. Etiyoloji: Genetik, Çevresel ve Psikososyal Faktörler

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), genetik, çevresel ve psikososyal parametlerin harmanlanması sonucu ortaya çıkan bir bozukluktur(24).

BKB'nin biyolojik temellerine ilişkin araştırmalar, genetik yatkınlığın bu bozukluğun ortaya çıkmasında kritik bir rol aldığını ortaya koymaktadır (27). Aile çalışmaları, BKB'li bireylerin birinci derece akrabalarında benzer kişilik

bozukluklarının daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur(26,31). İkiz çalışmaları da genetik faktörlerin etkisini destekler niteliktedir ve bozukluğun %35-45 oranında kalıtsal olduğu öne sürülmektedir(27).

BKB'nin gelişiminde çevresel faktörler, özellikle çocukluk dönemi yaşantıları oldukça etkili bir rol oynamaktadır(30).

Çocukluk Çağı Travmaları: Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, çocukluk döneminde yaşanan en güçlü risk faktörleri arasındadır(30). Travmatik yaşantılar, bireylerin ilerleyen yaşamlarında duygu düzenleme becerilerinde bozulmalara ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilir (25,30).

Duygusal İhmal ve Ebeveynlik Stilleri: Tutarsız ebeveynlik, aşırı koruyucu veya reddedici yaklaşımlar da BKB'nin oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır(32).

BKB'nin gelişiminde psikososyal faktörler, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini şekillendiren önemli bir boyut sunmaktadır(28).

Toplumsal ve Kültürel Etkiler: Farklı kültürel bağlamlarda BKB'nin klinik görünümü değişebilir(28). Örneğin, bireyci toplumlarda kişilerarası çatışmalar ve kimlik bocalamaları ön planda yer alırken, kolektivist toplumlarda sosyal normlara uyum problemleri ve duygusal bastırma daha yaygın gözlemlenir (28,33).

Ekonomik ve Sosyal Faktörler: Düşük sosyoekonomik statü, işsizlik, sosyal içe çekilme ve yeterli olmayan sosyal destek gibi değişkenler, bireylerin BKB geliştirme riskini artırabilir(27).

BKB'deki biyolojik yatkinlıklar nörogörüntüleme çalışmalarıyla desteklenmektedir(31). Özellikle limbik sistem (amigdala, hipokampus) ve prefrontal kortekste yapısal ve işlevsel anormallikler saptanmıştır. Bu bölgelerdeki değişiklikler, bireylerin duygusal düzenleme becerilerindeki yetersizliklerle ilişkilendirilmiştir(25,31).

BKB'nin gelişiminde genetik ve çevresel faktörler birbiriyle iç içe geçmiştir. Genetik olarak yatkın bireylerde, stresli yaşam olayları ve travmatik deneyimlerin bozukluğu tetiklediği gösterilmiştir(26). Bu süreçlerin nasıl işlediği henüz tam olarak anlaşılmamakla birlikte, epigenetik mekanizmaların bu etkileşimde kilit bir rol oynadığı düşünülmektedir (26).

2.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğunda Komorbiditeler

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Bu durum, komorbidite olarak adlandırılmakta ve BKB'nin klinik seyrini, tedavi süreçlerini ve kişilerin hayat konforlarını önemli ölçüde etkilemektedir(34). BKB ile aynı anda ortaya çıkan diğer bozukluklar, bu bireylerde semptomların daha karmaşık bir şekilde görülmesine neden olabilir ve tedavi sürecini zorlaştırabilir(29). Yapılan araştırmalar, BKB'li bireylerin %80-90'ının en az bir başka psikiyatrik tanıya sahip olduğunu göstermektedir (29,34).

En Sık Görülen Komorbiditeler

- **Duygudurum Bozuklukları:** BKB ile majör depresif bozukluk ve bipolar afektif bozukluk arasında çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır(29). BKB'li bireylerin %60-70'inde depresyon öyküsü görülmektedir(29,35). Bipolar bozukluk ile BKB'nin birlikte görülme oranı %20-30'dur ve bu durum genellikle yoğun duygusal dalgalanmalar ve dürtüsellik gibi ortak semptomlarla ilişkilidir(36). Duygudurum bozuklukları, BKB'de intihar girişimi riskini artırabilir(36).
- **Anksiyete Bozuklukları:** BKB'li bireylerde sosyal anksiyete bozukluğu, genel anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi anksiyete bozuklukları yaygın olarak görülmektedir(30). TSSB, özellikle çocukluk çağı travmalarının sık olduğu BKB'li bireylerde dikkat çeken bir komorbid bozukluktur(30).

- **Madde Kullanım Bozuklukları:** Madde kötüye kullanımı, BKB'li bireyler arasında oldukça yaygındır ve dürtüsellik ile ilişkili olduğu düşünülmektedir(28). Alkol, uyuşturucu ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, kişinin şikayetlerini artırabilir ve tedavi boyunca kişiyi olumsuz etkileyebilir(28,31).
- **Yeme Bozuklukları:** Bulimia nervosa ve anoreksiya nervosa, BKB ile sıklıkla birlikte görülmektedir(25). Bu durum, bireylerde düşük özsaygı, kendilik algısındaki bozukluklar ve dürtüsellik gibi ortak özelliklerle ilişkilidir(25).
- **Dissosiyatif Bozukluklar:** Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve depersonalizasyon gibi dissosiyatif belirtiler, BKB'li bireylerde sıkça gözlenir(30). Dissosiyasyon, genellikle çocukluk çağı travmalarına ve bireyin başa çıkma mekanizmalarına bağlı olarak gelişir(30).

Komorbiditeler, BKB'nin klinik seyrini ve prognozunu önemli ölçüde etkiler. Komorbid bozuklukların varlığı, tedavi sürecini zorlaştırmakta ve bireylerde işlevsellik kaybını artırmaktadır(35). Özellikle duygudurum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı, BKB'nin temel semptomlarını şiddetlendirebilmekte ve intihar girişimi riskini yükseltebilmektedir(29).

BKB ile aynı zamanda meydana gelen çıkan psikiyatrik bozuklukların tanı sürecinde yanlış yorumlanması, tedavi stratejilerinin belirlenmesini zorlaştırabilir(34). Örneğin, BKB'nin depresyonla karıştırılması, tedavinin sadece depresif semptomlara yönelik planlanmasına ve bu nedenle yetersiz kalmasına neden olabilir(34).

BKB'nin komorbiditeleri ile başa çıkmada multidisipliner yaklaşımlar ve bütüncül tedavi planları önemlidir(36). Psikoterapi yöntemleri, hem BKB'nin hem de eşlik eden bozuklukların semptomlarını yönetmede etkili olabilir(36).

2.2.5. Tedavi Yaklaşımları ve Müdahale Stratejileri

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tedavisi, bozukluğun anlaması zor ve çok değişkenli yapısı nedeniyle kapsamlı ve özelleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir(37). BKB'nin temel semptomları olan duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik, kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlık ve kendine zarar verme davranışları, tedaviyi zorlaştıran unsurlar arasında yer alır(37). Bu nedenle, tedavi planlarının multidisipliner bir çerçevede ele alınması, psikoterapi ve farmakoterapinin bir arada kullanılması önerilmektedir(36,37).

Psikoterapi, BKB tedavisinde birinci sırada sağaltım yöntemi olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, farklı psikoterapi yöntemlerinin BKB semptomlarını hafifletmede etkili olduğunu göstermektedir.

- Diyalektik Davranış Terapisi (DBT): DBT, BKB'nin sağaltımında en sık kullanılan ve en çok kanıtlanmış etkinliğe sahip terapilerden biridir. Marsha Linehan tarafından geliştirilen bu yaklaşım, duygu düzenleme, kişilerarası etkinlik ve kriz anında başa çıkma becerilerini geliştirmeyi hedefler(38). DBT'nin, bireyin kendine zarar verme davranışlarını ve suicidal girişimlerini sayısının düşürülmesinde etkili olduğu çok sayıda çalışma ile ortaya çıkarılmıştır(39).
- Zihinselleştirme Temelli Terapi (Mentalization-Based Therapy - MBT): Bu terapi, BKB'li bireylerin başkalarının davranışlarını ve duygularını daha iyi anlamalarını sağlamayı amaçlar(24). MBT, özellikle kişilerarası ilişkilerdeki istikrarsızlığı ve duygusal tepkiselliği azaltmada etkili bir yöntemdir(24).
- Şema Terapisi: Şema terapisi, BKB'nin temelinde yatan erken dönem uyumsuz şemaların değiştirilmesini hedefler(40). Özellikle duygusal ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucu gelişen uyumsuz düşünce ve davranış kalıplarına odaklanır(40). Araştırmalar, bu yaklaşımın duygusal dengesizlik ve kişilerarası sorunları ele almadaki etkinliğini göstermektedir(41).

- Aktarım Odaklı Psikoterapi: BKB'nin temel belirtilerinden biri olan kendilik algısındaki bozulmayı ve kişilerarası ilişki problemlerini ele almayı hedefler(42). Terapide, bireyin terapi sürecindeki aktarımlar üzerinden kendini ve diğerlerini algılama biçimi yeniden yapılandırılır(42).
- Duygu Düzenleme Eğitimi: BKB'li bireylerin duygularını tanımlama ve düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik bu yaklaşımlar, psikoterapinin tamamlayıcı bir unsuru olarak kullanılabilir(25).

BKB için özgün bir ilaç sağaltımı bulunmamakla birlikte, belirli semptomların yönetiminde farmakoterapiden destek alınmaktadır. Özellikle duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik, anksiyete ve depresyon gibi semptomlar için çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır (36)

- Antidepresanlar: Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), duygusal tepkiselliği ve depresif belirtileri azaltmada etkili olabilir(36).
- Antipsikotikler: Duygusal dengesizlik, dürtüsellik ve öfke yönetimi sorunlarında düşük doz atipik antipsikotikler kullanılabilir(26).
- Duygudurum Düzenleyiciler: Lityum ve valproat gibi duygudurum düzenleyiciler, dürtüsellik ve duygusal yoğunluğu dengelemek için tercih edilebilir(34).

Müdahale Stratejileri

- Kriz Müdahaleleri: Kendine zarar verme ya da intihar riski taşıyan bireyler için acil müdahale stratejileri geliştirilmelidir (29). Kriz hatları, acil servis müdahaleleri ve yakın izlem, bu süreçte kritik öneme sahiptir(29).
- Grup Terapileri: Grup terapileri, bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerine ve yalnızlık duygularını azaltmalarına yardımcı olabilir (32). Ayrıca, grup

ortamında benzer sorunlar yaşayan bireylerle deneyim paylaşımı, terapötik bir etki yaratabilir(32).

- Yakın Çevrenin Katılımı: BKB tedavisinde, bireyin yakın çevresinin (aile, partner veya arkadaşlar) sürece dahil edilmesi önerilir (30). Eğitim ve danışmanlık hizmetleri, yakın çevrenin daha anlayışlı ve destekleyici bir yaklaşım geliştirmesini sağlayabilir(30).

2.3. BKB ve İntihar Davranışı

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), intihar davranışlarının en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yapılan araştırmalar, BKB tanısı alan bireylerin %50-80'inin hayatları boyunca en az bir kez suisid girişiminde bulunduğunu göstermektedir(25,29). Bu bireylerde intihar girişimleri sıklıkla yoğun duygusal acının hafifletilmesi veya çevreden destek arayışı amacı taşıırken, bazen ölümle sonuçlanabilmektedir(29). İntihar davranışı, BKB'nin temel özelliklerinden biri olan duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunlarla yakından ilişkilidir. Özellikle çocukluk çağı travmaları ve sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörlerin yanı sıra nörobiyolojik mekanizmalar (örneğin, serotonerjik sistemdeki bozukluklar) intihar riskini artıran başlıca etmenler arasında yer alır(27,31). BKB'de intihar davranışının anlaşılması ve önlenmesi, bu bireylerin tedavi ve müdahale stratejilerinin planlanmasında kritik bir rol oynamaktadır(27).

2.3.1. BKB'de İntihar Davranışının Epidemiyolojisi

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), intihar davranışlarının ve kendine zarar verme eylemlerinin en yüksek oranda görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan biridir. Araştırmalar, BKB tanısı almış kişilerin yaşamlarının sonuna dek suisidal girişimde bulunma ihtimalinin %50-80 arasında olduğunu, tamamlanmış intihar oranının ise %8-10'a kadar çıkabildiğini göstermektedir(25,29).

BKB'li bireylerde intihar davranışının bu denli yaygın olmasının altında, bozukluğun temel özellikleri yatmaktadır. Duygu düzenlenmesindeki zorluklar,

dürtüsel davranışlar ve kişilerin birbirleriyle olan ilişkilerinde yaşanan yoğun tutarsızlıklar, bu bireylerde intihar girişimi olasılığını trajik bir biçimde artırmaktadır(30). Yapılan çalışmalara göre, BKB hastalarının büyük bir kısmı kendilerine zarar verme davranışlarını bir baş etme mekanizması olarak kullanmakta ve bu davranışlar genellikle intihar girişimlerine zemin hazırlamaktadır(34).

İntihar davranışının epidemiyolojisi, sosyodemografik değişkenlere göre değişiklik arz etmektedir. Kadın BKB hastalarında intihar girişimi oranlarının daha fazla olduğu, ancak erkek bireylerde tamamlanmış intihar girişimlerinin oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır(28). Ayrıca, genç yaş gruplarında (18-35 yaş) intihar girişimi riski daha yüksektir (31). Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ve erken başlangıç belirtileri, bu yaş gruplarındaki yüksek oranları açıklayan önemli faktörler arasındadır(31).

Psikiyatri kliniklerine başvuran BKB'li bireylerde intihar girişimlerinin oranı, genel nüfusa göre oldukça yüksektir (31) İntihar sebebiyle acile başvuru yapan bireyler arasında BKB tanısı olanların oranının %30-40 dolaylarında olduğu saptanmıştır (29).

Sosyoekonomik zorluklar, destekleyici sosyal ilişkilerin eksikliği ve geçmiş travmatik yaşantılar, BKB'li bireylerde intihar riskini artıran temel çevresel faktörler arasında yer alır(30). Özellikle çocukluk dönemi istismarlarının yaygın olduğu bireylerde, bu tür davranışların daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur(25).

2.3.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve İntihar Davranışını Etkileyen Faktörler

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), intihar davranışlarının en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan biri olup, bu davranışı etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır (30).

Duygu Düzenleme Güçlüğü: BKB'nin temel özelliklerinden biri olan duygu düzenleme güçlüğü, bireylerin yoğun duygusal acıyla başa çıkmak için intihar davranışına yönelmesine neden olabilir. Bireyler, bu davranışı bir baş etme mekanizması olarak kullanabilirler(30).

- **Dürtüsellik:** BKB’de sık görülen dürtü kontrol problemleri, intihar davranışlarının ani ve planlanmamış bir şekilde gerçekleşmesine yol açabilir (34). Bu durum, BKB’yi diğer kişilik bozukluklarından ayıran önemli bir özelliktir(34).
- **Boşluk Hissi ve Kendilik Algısı Bozukluğu:** Sürekli bir boşluk hissi ve kendini değersiz görme eğilimi, bireylerin intihar düşüncelerini daha sık deneyimlemesine yol açabilir(28).
- **Çocukluk Çağı Travmaları:** Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar gibi çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin, BKB’li bireylerde intihar davranışını artırdığı bilinmektedir(30).
- **Sosyal Destek Eksikliği:** Sosyal ilişkilerde yaşanan problemler ve destekleyici bir çevrenin bulunmaması, kişilerin kendilerini umutsuz, terkedilmiş ve çaresiz hissetmesine yol açabilir(25).
- **Stresli Yaşam Olayları:** İşsizlik, maddi problemler, ilişkilerde yaşanan sorunlar ve kayıplar gibi yaşam olayları, BKB’li bireylerin intihar düşüncelerini yoğunlaştırabilir(27).

BKB’li kadın ve erkek bireylerde intihar davranışları farklı şekillerde ortaya çıkabilir(28). Kadın bireylerde intihar girişim oranları daha yüksekken, erkeklerde tamamlanmış intihar oranları daha fazladır(28,29).

BKB’nin diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmesi, intihar riskini artıran bir başka önemli faktördür (35).

- **Duygudurum Bozuklukları:** Majör depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının BKB ile birlikte görülmesi, intihar girişimlerinin sıklığını artırabilir(35).

- **Madde Kullanım Bozuklukları:** Madde kötüye kullanımı, dürtüselliği artırarak intihar davranışlarını daha olası hale getirebilir(36).

BKB'li bireylerin tedaviye erişim zorlukları ve terapiye uyum problemleri, intihar davranışlarını etkileyen bir diğer önemli faktördür(37).

2.4. Şema Teorisi, BKB' de Yaygın Şemalar, Şema ve İntihar Davranışı İlişkisi

Şema teorisi, bireylerin erken yaşam deneyimlerinin bilişsel, duygusal ve davranışsal yapılar üzerinde önemli bir etki bıraktığını açıklamaya çalışan kapsamlı bir psikoterapi modelidir(43). Jeffrey Young tarafından geliştirilen bu teori, özellikle çocukluk döneminde karşılanmayan en temel duygusal ihtiyaçların bireyde işlevsiz düşünce kalıpları olarak ortaya çıktığını ve yaşam boyunca bu kalıpların bireyin sağlıklı işlevselliğini engelleyebileceğini öne sürer(43,44). Şemalar, bireylerin içsel dünyalarının temel yapı taşlarıdır ve yaşamda karşılaşılan durumlara nasıl yanıt verileceğini belirler (43). Bu kapsamda, şema teorisi, bireyin çocukluk ve erken gençlik döneminde oluşan, tekrarlayan ve genellikle uyumsuz olan bu kalıpların anlaşılmasını, çözülmesini ve değiştirilmesini hedefler(5).

Şemalar, Young tarafından 18 farklı kategoride tanımlanmıştır (5). Bu şemaların bazıları şu şekilde özetlenebilir: Terk Edilme/İstikrar Eksikliği Şeması, bireyin sevdikleri tarafından terk edilme veya sürekli değişen bir ortamda büyüme korkusuyla ilişkilidir. Özellikle istikrarsız aile dinamiklerine sahip bireylerde sıkça görülür(5). Duygusal Yoksunluk Şeması, bireyin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda ortaya çıkar (45). Çocukluk döneminde sevgi, ilgi veya empati eksikliği yaşayan bireylerde sıklıkla görülür(45). Yetersizlik/Utanç Şeması, bireyin kendisini değersiz, eksik veya yetersiz hissetmesiyle ilgilidir ve genellikle eleştirel ebeveyn tutumlarıyla ilişkilidir(44). Haklılık/Büyüklenmecilik Şeması, bireyin kendisini başkalarından üstün görmesi veya empati yoksunluğu yaşaması ile karakterizedir (44).

Şema teorisinin önemli bir yönü, şemaların nesiller arası aktarımını açıklamasıdır (46). Çocukluk döneminde oluşan şemalar, bireyin yetişkinlikte

ebeveynlik tarzını etkileyebilir ve bu durum, şemaların nesilden nesile aktarılmasına neden olabilir (46).

BKB' de Yaygın Şemalar

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), kişilerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde tecrübe ettikleri hoş olmayan deneyimlerin bir sonucu olarak şekillenen erken dönem uyumsuz şemaların (EDUŞ) derin bir etkisini yansıtır (5). Jeffrey Young tarafından geliştirilen şema terapi modeli, BKB'nin anlaşılmasında ve tedavisinde önemli bir rehber sunar(43). Bu modele göre, erken dönemde karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlar bireylerin uyumsuz düşünce, duygu ve davranış kalıpları geliştirmesine neden olur(43). Bu şemalar, BKB'li bireylerin ilişkilerinde yoğun dengesizlikler, duygusal regülasyon zorlukları ve benlik algısında tutarsızlıklar yaşamasına zemin hazırlar(5,47).

BKB'de genel olarak ortaya çıkan şemalar arasında terk edilme, güven duymama, duygusal yoksunluk hali, kusurluluk, boyun eğicilik ve başarısızlık şemaları öne çıkar(48). Terk edilme/istikrarsızlık şeması, BKB'li bireylerin diğer insanlar tarafından bırakılacaklarına dair derin bir inanç taşımalarına neden olur(48). Güvensizlik/istismar şeması, bireylerin diğer insanların niyetlerine dair sürekli bir şüphe duymasına neden olur(49). Bu kişiler, çevrelerindeki insanlardan zarar görecekları ya da istismar edilecekleri korkusuyla sürekli bir tetikte olma hali içinde yaşarlar(48,49).

BKB'li bireylerin sıklıkla karşılaştığı diğer bir yaygın şema ise duygusal yoksunluk şemasıdır(50). Bu şema, bireyin çocukluk döneminde yeterli sevgi, ilgi ya da empati görememesi nedeniyle oluşur. Birey, başkalarının ihtiyaçlarını anlamakta yetersiz olduğunu ya da ihtiyaçlarına karşılık vermeyeceğini düşünür(50). Kusurluluk/utanç şeması, kişilerin kendini eksik, değersiz ya da sevmeye hakkı olmayan biri olarak değerlendirmesine neden olur(47). BKB'li bireyler, bu şema nedeniyle sıklıkla yoğun bir suçluluk ve utanç duygusu yaşarlar (47). Bu durum, bireylerin sosyal ilişkilerde kendilerini geri çekmelerine ya da diğer insanlar tarafından sürekli olarak onaylanma ihtiyacı duymalarına yol açabilir(47,50).

Boyun eğicilik şeması, bireylerin başkalarının ihtiyaç ve taleplerine karşı kendi ihtiyaçlarını sürekli olarak göz ardı etmelerine neden olur(51). Bu bireyler, sıklıkla kendilerini kurban gibi hisseder ve karşılıklı ilişkilerde pasif bir rol üstlenirler(51). Başarısızlık şeması ise bireylerin yeterince başarılı olmadıklarına, diğerlerinden daha az yetenekli olduklarına ya da hayatlarında anlamlı bir başarı elde edemeyeceklerine dair güçlü bir inanç geliştirmelerine yol açar(51,52).

BKB’de görülen bu yaygın şemalar, bireylerin benlik algısını, ilişkilerini ve yaşam kalitesini derinden etkiler(53). Bu şemalar, bireylerin duygusal regülasyonunu olumsuz yönde etkileyerek, dürtüsel davranışlar, öfke patlamaları ve kendine zarar verme eğilimleri gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir(47,53).

Sonuç olarak, BKB’li bireylerde sıkça görülen şemalar, bireylerin duygusal, sosyal ve davranışsal işlevselliğini derinden etkileyen önemli faktörlerdir(54). Bu şemaların terapötik müdahalelerle ele alınması, bireylerin daha psikolojik açıdan daha dengeli ve makul bir yaşam sürmelerine olanak tanır(54). Şemaların fark edilmesi ve dönüştürülmesi, bireyin kendine ve çevresine karşı daha anlayışlı ve şefkatli bir yaklaşım geliştirmesine yardımcı olur. Bu süreç, bireyin geçmişteki olumsuz deneyimlerinden özgürleşmesini ve daha olumlu bir geleceğe adım atmasını sağlar(47,53,54).

Şema ve İntihar Davranışı İlişkisi

Şema teorisine göre, bireylerin intihar düşünceleri ve girişimleri, genellikle erken dönem uyumsuz şemaların etkisiyle şekillenir ve bu şemalar bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını önemli düzeyde etkilemektedir(47,50).

Şema modları, bireyin farklı durumlara verdiği geçici duygusal ve davranışsal tepkileri ifade eder ve genellikle uyumsuz şemaların aktif hale geldiği durumlarda devreye girer (5). BKB gibi kişilik bozukluklarında, "Terk Edilmiş Çocuk", "Cezalandırıcı Ebeveyn" ve "İşlevsel Olmayan Koruyucu" modları sıkça gözlemlenir. Bu modlar, bireyin intihar düşüncelerini ve davranışlarını artırabilir(5).

Araştırmalar, erken dönem uyumsuz şemaların ve şema modlarının intihar girişimleri ile anlamlı bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır(48). Örneğin, Barazandeh ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışma, "terk edilme" ve "yetersizlik" şemalarının intihar düşünceleri üzerinde dikkate değer bir etkisinin var olduğunu ortaya koymuştur(48).

Benzer şekilde, Jacob ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir araştırma, şema terapisi alan bireylerde intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin azaldığını göstermiştir. (54).

2.5. Üstbiliş (Metakognisyon), BKB' de Üstbilişsel Sapmalar, Üstbiliş ve İntihar Davranışı İlişkisi

Üstbiliş (Metakognisyon)

Üstbiliş (metakognisyon), bireyin kendi düşünce süreçlerini fark etme, düzenleme ve kontrol etme yeteneğini ifade eder. İlk olarak Flavell (1979) tarafından tanımlanan bu kavram, bireylerin düşüncelerini nasıl anladıklarını ve kontrol ettiklerini anlamaya yönelik çalışmalarda merkezi bir rol oynamaktadır(55). Üstbiliş, bilgi ve kontrol süreçleri olmak üzere iki temel parametreden oluşmaktadır (7). Bilgi bileşeni, bireyin bilişsel yetenekleri hakkında farkındalığını kapsarken; kontrol süreçleri, bireyin bu farkındalığı kullanarak düşüncelerini ve eylemlerini yönlendirme becerisini içerir(7).

Üstbiliş, iki ana boyutta ele alınır: *üstbilişsel bilgi* ve *üstbilişsel kontrol*. Üstbilişsel bilgi, bireyin bilişsel süreçlere dair sahip olduğu bilgiyi ifade ederken, üstbilişsel kontrol, bireyin bu süreçleri etkin bir şekilde yönlendirebilme becerisini ifade eder(55). Örneğin, bir kişinin hafıza kapasitesini bilmesi, üstbilişsel bilgiye bir örnekken, öğrenme sırasında hangi stratejiyi kullanacağına karar verme becerisi üstbilişsel kontrol olarak değerlendirilir(55).

Üstbilişin işlevleri arasında bilişsel esneklik, problem çözme yeteneği ve duygu düzenleme ve karmaşık problemleri çözme veya belirsizlikle başa çıkma durumlarında, üstbilişsel beceriler bireylerin bilişsel süreçlerini optimize etmelerine yardımcı olur (56). Üstbiliş, aynı zamanda bireyin öz-eleştirel düşünce biçimlerini fark etmesini ve bu düşünceleri yeniden derleyerek duygusal dengelerini sağlamasına destek olmaktadır(56).

Üstbiliş, eğitimden klinik psikolojiye kadar farklı alanlarda kritik bir öneme sahiptir. Eğitim bağlamında, öğrencilerin öğrenme stratejilerini fark etmelerine ve daha etkili öğrenme yollarını seçmelerine yardımcı olur(8). Klinik psikoloji alanında ise, üstbilişsel farkındalık, bireylerin bilişsel çarpıtmalarını ve düşünce hatalarını tanımalarına yardımcı olarak psikolojik müdahalelerin temelini oluşturur (7). Örneğin, depresyon ve anksiyete gibi durumlarda bireylerin olumsuz düşüncelerini yeniden yapılandırmaları, üstbilişsel farkındalığın bir sonucu olarak değerlendirilebilir(7).

BKB olan bireylerde bilişsel farkındalık eksiklikleri ve üstbilişsel sapmalar sıklıkla görülmektedir (7). Özellikle olumsuz düşünce kalıplarının sürekli tekrarı ve bu düşüncelerin kontrol edilememesi, BKB'nin temel semptomlarını şiddetlendirebilir(8). Üstbilişsel işlevler, duygusal regülasyon ve düşünce kontrolü gibi temel becerilerin geliştirilmesinde kritik bir rol oynar (8). BKB'li bireylerde ise bu işlevlerin genellikle zayıf olduğu gözlemlenmiştir, bu da dürtü kontrol zorlukları ve yoğun duygusal dalgalanmalarla sonuçlanabilir (8).

Üstbilişin eksikliği veya bozulması, çeşitli psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında önem arz eden bir etken olarak öne çıkmaktadır (57). Özellikle obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve şizofreni gibi durumlarda, bireylerin düşüncelerine yönelik abartılı bir dikkat geliştirmeleri veya düşüncelerini kontrol etme çabası, üstbilişsel işlev bozukluğu ile ilişkilendirilir(57). Ayrıca, üstbilişsel sapmalar, bireylerin intihar davranışı gibi ciddi sonuçlara yol açabilecek maladaptif düşünce kalıplarına saplanmasına neden olabilir(9).

Üstbilişsel süreçlerin değerlendirilmesi, BKB gibi karmaşık psikopatolojilerin anlaşılmasında yalnızca teorik değil, aynı zamanda pratik müdahale stratejilerinin

geliştirilmesi açısından da önemlidir(56). Örneğin, Lysaker ve arkadaşlarının (2020) çalışmaları, üstbilişsel farkındalık düzeylerinin artırılmasının, bireylerin duygusal ve bilişsel kontrol becerilerini güçlendirebileceğini ve bu sayede daha işlevsel ilişkiler geliştirmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir(56).

Son olarak, üstbilişin terapötik müdahalelerdeki yeri son zamanlarda daha fazla dikkat çekici hale gelmiştir. Üstbilişe dayalı terapiler, bireylerin düşünce süreçlerini yeniden çerçevelendirmelerine, olumsuz üstbilişsel inançları sorgulamalarına ve daha sağlıklı ve mantıklı düşünce biçimleri geliştirmelerine olanak sağlar (57). Metakognitif terapi, bu tür bir yaklaşımı benimseyen terapötik yöntemlerden biridir ve BKB gibi kişilik bozukluklarında etkili bir müdahale aracı olarak değerlendirilmektedir(57). Üstbilişin anlaşılması ve yönetilmesi, intihar davranışını azaltmada da kritik bir role sahiptir (57).

BKB' de Üstbilişsel Sapmalar

Üstbilişsel sapmalar, bireylerin düşünce süreçlerini yanlış değerlendirmesi, aşırı genellemesi veya kontrol edememesi ile kendini gösterir (58). Özellikle, BKB'li bireylerin kendi düşüncelerine dair aşırı katı ve olumsuz inançlara sahip olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin, bu bireylerde sıkça görülen bir üstbilişsel sapma, "Duygularımı asla kontrol edemem" veya "Düşüncelerim beni kontrol ediyor" gibi inançlardır (58). Bu tür üstbilişsel işlev bozuklukları, duygu düzenleme zorluklarını daha da şiddetlendirebilir ve yoğun kaygı, öfke ya da boşluk hissi gibi duygusal tepkilere yol açabilir(58).

Üstbiliş, bireylerin kendi duygusal tepkilerini anlamalarını ve yönetmelerini kolaylaştırabilir. Ancak BKB'li bireyler, genellikle düşüncelerini veya duygularını "tehdit" olarak algılar ve bu durum üstbilişsel sapmaları tetikleyebilir (9). Örneğin, bir birey kendisini eleştiren bir düşünceyi kontrol edemediğine inandığında, bu durum kaygı seviyesini artırabilir ve düşünce süreçlerini daha da karmaşık hale getirebilir (9).

BKB'deki üstbilişsel sapmalardan bir diğeri, düşünce kontrolüne dair işlevsiz inançlardır. Bu bireyler, düşüncelerini kontrol edemediklerine veya düşüncelerinin

otomatik olarak davranışlarına yansıtacağına inanabilirler(7). Örneğin, "Eğer bu düşünceye sahipsem, mutlaka gerçekleşecek" veya "Bu düşünceden kurtulamıyorum, çünkü bana zarar verecek" gibi inançlar, hem kaygıyı artırabilir hem de bireylerin düşünceleriyle başa çıkmasını zorlaştırabilir. Moritz ve Lysaker (2018), bu tür inançların BKB'deki bilişsel dikkat kilitlenmesi ve yoğun ruminasyon davranışlarına yol açtığını belirtmektedir(7).

Üstbilişsel işlev bozuklukları, bireylerin başkalarının niyetlerini yanlış değerlendirmesine ve ilişkilerde yanlış anlamalara neden olabilir (8). Örneğin, BKB'li bir birey, bir arkadaşının kısa bir süre iletişim kurmamasını "Terk edileceğim" şeklinde yorumlayabilir ve bu durum, bireyin duygusal tepkilerinin yoğunlaşmasına neden olabilir(8).

BKB'li bireylerde ruminasyon, kişinin zihninde düşünceleri sürekli tekrar edilmesi, sıkça gözlemlenen bir diğer durumdur (56). Üstbilişsel sapmalar, ruminasyonu tetikleyen ve sürdüren temel faktörlerden biridir. Özellikle, ruminasyonun işlevsel bir çözüm sunmadığına dair farkındalık eksikliği, BKB'deki üstbilişsel işlev bozukluklarının yaygın bir örneğidir(56). Lysaker ve ark. (2020), BKB'de ruminasyonun, bireylerin duygusal streslerini artırarak intihar düşüncelerine zemin hazırlayabileceğini vurgulamaktadır(56).

Üstbiliş ve İntihar Davranışı İlişkisi

Üstbiliş, bireylerin düşünce süreçlerini fark etme, değerlendirme ve kontrol etme becerilerini ele alan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır ve bireyin zihinsel süreçler üzerindeki farkındalığını artırarak sağlıklı bir duygu düzenleme sağlayabilir (7). Ancak, bu işlevlerin bozulması durumunda bireylerin duygusal stresle başa çıkma kapasiteleri azalabilir ve intihar düşüncelerine yatkınlık artabilir (7). Borderline kişilik bozukluğu (BKB) gibi duygusal ve düşünsel dengesizliklerle karakterize edilen bozukluklarda üstbilişin işlevsel olmaması, intihar davranışına yol açan kritik bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır(7).

Üstbilişsel bozukluklar, bireylerin düşüncelerine yönelik olumsuz inançlar geliştirmesine ve bu düşünceleri kontrol edemediklerine inanmasına yol açabilir (9). Özellikle, “tehlikeli düşünce” algısı, bireylerin düşüncelerine karşı aşırı bir tehdit hissi geliştirmelerine ve bu düşüncelerden kurtulma çabasına girmelerine neden olabilir. Bu durum, kişilerin duygusal acılarını hafifletmek için intihar gibi daha radikal ve tehlikeli yolları düşünmesine yol açabilir (9).

Sun ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir meta-analiz, üstbilişsel işlev bozukluklarının özellikle ruminasyon, katastrofik düşünceler ve kontrolsüz endişe ile ilişkili olduğunu göstermiştir(58). Bu bilişsel süreçler, intihar davranışını tetikleyen kritik faktörler arasında yer alır. Örneğin, bireyin sürekli olarak “başarısız” ya da “yetersiz” olduğu düşüncesi üzerinde yoğunlaşması, intihar düşüncelerini artırabilir(58).

Rouault ve arkadaşları (2018), üstbilişsel kontrol eksikliğinin ruminasyonu artırarak bireylerde intihar düşüncelerini güçlendirdiğini belirtmiştir(59). Özellikle, “Bu düşüncelerden asla kurtulamayacağım” veya “Bu düşünceler benim gerçekliğim” gibi işlevsiz üstbilişsel inançlar, BKB’li bireylerde intihar riskini yükseltebilir(59).

Üstbilişsel sapmalar, bireylerin duygusal durumlarını yanlış değerlendirmelerine ve bu durumlarla kişilerin başa çıkamamalarına neden olabilir(60). Bu durum, intihar davranışını tetikleyen bir diğer kritik faktördür. Örneğin, BKB’li bir birey, kendini değersiz hissettiği bir anda, bu düşüncelerinin kalıcı olduğuna inanabilir ve bu inanç, intihar gibi radikal bir çözümü düşünmesine yol açabilir (60).

Üstbilişsel bozukluklar, bireylerin kendi düşüncelerini kontrol etme kapasitesine dair inançlarını da etkiler. “Düşüncelerim beni kontrol ediyor” veya “Bu düşüncelerden kurtulmak imkansız” gibi inançlar, bireyin zihinsel süreçler üzerinde kontrol sahibi olmadığını hissetmesine yol açabilir (61).

2.4. Hipotezler ve Amaç

2.6.1. Hipotezler

H0: Borderline kişilik bozukluğu ile intihar olasılığı arasında korelasyon yoktur.

H1: Borderline kişilik bozukluğu ile intihar olasılığı arasında korelasyon vardır.

H0: Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde intihar olasılığı ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında ilişki yoktur.

H1: Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde intihar olasılığı ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında ilişki vardır.

H0: Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde intihar olasılığı ile üstbiliş arasında ilişki yoktur.

H1 Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde intihar olasılığı ile üstbiliş arasında ilişki vardır.

2.6.2. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmadaki amaç, BKB'li bireylerde intihar davranışının, erken dönem uyumsuz şemalar ve üstbilişsel süreçlerle ilişkisini kapsamlı bir şekilde incelemektir. Bu doğrultuda, üç temel hedef belirlenmiştir. İlk olarak, BKB ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelenmek, ikinci olarak, erken dönem uyumsuz şemaların intihar riskini nasıl şekillendirdiği ve Şema Terapisi'nin bu bağlamda oynadığı rol ele alınacaktır. Son olarak da, üstbilişsel sapmaların intihar davranışı üzerindeki etkisi ve bu sapmaları azaltmaya yönelik metakognitif müdahalelerin etkinliği incelenecektir.

Çalışmamız, literatüre hem teorik hem de klinik pratik açıdan katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Teorik olarak, BKB'li bireylerde intihar davranışına yol açan dinamiklerin daha iyi anlaşılmasına olanak tanıyacaktır. Pratik olarak ise, elde edilen bulguların, şema terapisi ve metakognitif terapiye odaklanan yenilikçi müdahalelerin

geliştirilmesine rehberlik etmesi beklenmektedir. Bu yaklaşımların, sadece intihar riskini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda BKB'li bireylerin genel yaşam kalitesini yükseltme konusunda da etkili olabileceği öngörülmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni, Türü ve Örneklem

Çalışmamız; 15.09.2023-15.09.2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde tek merkezli olarak ve kesitsel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Evren, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan muayene için başvuran hastalardan oluşmaktadır. Örneklem, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan gelen, DSM-5 kriterlerine göre BKB tanısı konmuş, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve yazılı onam alınan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmamıza dahil edilme kriterlerini karşılamakta olan ve çalışmamıza katılmayı kabul etmiş olan çalışma grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve medeni durum gibi demografik veriler açısından önemli ölçüde benzerlik gösteren mevcut haliyle bilinen herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan bireyler de sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışmamıza DSM-5 kriterlerine göre tanı almış olan BKB tanılı çalışma grubunda 120 kişi ve sağlıklı kontrol grubunda 120 kişi dahil edilmiştir.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Hasta grubu için;

- 18-65 yaş aralığında olmak
- BKB tanısı almış olmak
- Şizofreni, psikotik özellikli bipolar afektif bozukluk tip-I, şizoaffektif bozukluk tanılarıyla takip edilen, aktif psikotik hastalık döneminde veya herhangi bir duygudurumu atak döneminde olmama
- Kognitif fonksiyonları etkileyecek düzeyde nörolojik bir hastalığa sahip olmamak
- Bilişsel geriliği olmamak
- Aydınlatılmış onam formunu dikkatli bir biçimde okumak ve imzalamış olmak.

Kontrol grubu için;

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Psikiyatri dışı polikliniğe başvuran hasta ve hasta yakınları dahil edildi.
- Herhangi bir ruhsal ve nörolojik hastalık geçmişine sahip olmamak
- Aydınlatılmış onam formunu dikkatli bir biçimde okumak ve imzalamış olmak.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Hasta grubu için;

- Kognitif fonksiyonları olumsuz bir şekilde nörolojik bir hastalığa sahip olmak
- Görüşme esnasında alkol / madde kullanmış olmak
- Bilişsel geriliğe sahip olmak
- Aktif psikotik veya duygudurum atağı alevlenme döneminde olmak

Kontrol grubu için;

- Ruhsal ve/veya nörolojik hastalık geçmişine sahip olmak.

3.4. Bilgilendirme ve Onam Alınması

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara çalışmamızın ne için yapıldığı, süresi ve kişilere uygulanacak olan ölçeklerle ilgili yazılı ve sözlü şekilde bilgilendirme yapıldı ve kişilerin onuru alındıktan sonra Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından belirlenen kriterlere uygun olarak hazırlanmış “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır.

3.5. Uygulama

Tüm katılımcılar ile bire bir ve yüz yüze değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmede hem çalışma grubuna hem sağlıklı kontrol grubuna sosyodemografik verilerin yer aldığı bilgilendirme formu sunulmuştur. Young Şema Ölçeği (YŞÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Üstbilis Ölçeği (ÜÖ), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB-7), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) uygulanmıştır. Yapılan görüşmeler 15-45 dk aralığında sürececek şekilde planlanmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Parametrelerin Listesi

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu

Bu form, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, eğitim yılı, meslek ve ekonomik gelir durumu gibi temel demografik özelliklerini içermektedir. Buna ek olarak, daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı, mevcut kronik hastalık öyküsü, aile bireylerinde ruhsal hastalık bulunma durumu ve kişinin kendine zarar verme geçmişine ilişkin klinik bilgiler de bu form aracılığıyla değerlendirilmektedir.

3.6.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ)

Young Şema Ölçeği (YŞÖ), erken dönem uyumsuz şemaların incelenmesi amacıyla Louis ve arkadaşları (2018) tarafından ortaya çıkarılmıştır. Bu ölçek, büyük oranda Young Şema Ölçeği-Kısa Form'da yer alan maddelerin aynalanmış versiyonları olan 90 maddelik bir formdan üretilmiştir. Sonradan beş farklı ülkede yürütülen bir araştırma süreci sonunda 14 faktörden ve 56 maddeden oluşan, kişinin bildirimine dayanan bir ölçek olarak ortaya çıkmıştır (62). Ölçeğin maddeleri, 6'lı Likert tipi (1 = Benim için tamamıyla yanlış, 6 = Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) olarak derecelendirilmektedir. Ölçeğin 14 alt faktörü şu şekilde açıklanabilir: Duygusal tatminiyet, başarı, empatik düşünme becerisi, temel sağlık ve güvenlik/iyimserlik, duygusal açıklık hali ve kendiliğindenlik hali, kendine şefkat, sağlıklı sınırlar/gelişmiş benlik algısı, sosyal aidiyet hali, sağlıklı özkontrol/öz-disiplin, gerçekçi beklentiler bulunma, öz-yönelimlilik, sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım, istikrarlı bağlanma ve özgüven/yeterlilik (62). YŞÖ' nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, 2021'de Berge Velibaşoğlu tarafından yapılmıştır. Güvenirlik değerlendirmelerinde, iç tutarlık katsayıları ve test-tekrar test değerleri hesaplanmıştır. Yapılan değerlendirmeler neticesinde, ölçeğin bütünü için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının .97 olduğu ortaya çıkarılmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise duygusal tatmin olma alt ölçeği için .84; başarı alt ölçeği için .90; empatik düşünme becerisi alt ölçeği için .73; temel sağlık ve güvenlik alt ölçeği için .86; duygusal açıklık hali ve kendiliğindenlik alt ölçeği için .90; kendine şefkat alt ölçeği için .81; sağlıklı

sınırlar/gelişmiş benlik algısı alt ölçeği için .68; sosyal aidiyet hali alt ölçeği için .87; sağlıklı özkontrol/öz-disiplin alt ölçeği için .74; gerçekçi beklentiler alt ölçeği için .80; özyönelimlilik alt ölçeği için .76; sağlıklı öz-ilgi/öz-bakım alt ölçeği için .76; istikrarlı bağlanma alt ölçeği için .84; özgüven/yeterlilik alt ölçeği için .82 olarak bulunmuştur(63). Cronbach Alpha değeri 0,80 ile 1.00 puan arasında olması ölçeğin güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Geçerlik analizlerinde, öncelikle ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının, orijinal formla benzer yapıya sahip olup olmadığını değerlendirebilmek için DFA uygulanmıştır. Yapılan bu analizin çıktılarına göre, ölçeğin 56 maddeden ve 14 faktörden oluşan yapısının Türkiye örnekleminde elde edilen verilere yüksek derecede uyum sağladığı ortaya koyulmuştur. Ortaya çıkarılan bu bilgiler ışığında, ölçeğin orijinal olan çalışmasıyla ve Almanca uyarlama çalışmasıyla yakınlık göstermektedir(64).

3.6.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) Cull ve Gill (1990) tarafından 14 yaşından büyük kişilerde intihar olasılığını değerlendirmek maksadıyla ortaya çıkarılmıştır (65). İÖÖ 36 tane maddeden oluşan, 4' lü likert tipi (1- hiçbir zaman/nadiren, 2-Bazen, 3-Sık sık, 4-Çoğu zaman veya her zaman) derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin 4 alt ölçeği mevcuttur; 1) Umutsuzluk hali (12 madde), 2) Düşmanlık hali (7 madde), 3) İntihar Düşüncesi (8 madde), 4) Kendini olumsuz Değerlendirme (9 madde). çalışmamızda kullanılan formun puanlanmasında, 2., 6.,10.,11.,18.,22.,26.,27. ve 35. maddeler ters şekilde puanlaması yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek muhtemel puanlar 36-144 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçekten alınmış olan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. İÖÖ' nün iç tutarlık katsayısı toplam puan için .87, test-tekrar-test güvenilirliği .98, benzer ölçekler geçerliği .84 olarak saptanmıştır. Bu ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2007 yılında Atlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(66).

3.6.4. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)

Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBÖ-30) Cartwright-Hatton ve Wells tarafından ortaya çıkarılan ölçeğin Türk örnekleminde uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları

Tosun ve Irak tarafından gerçekleştirilmiştir(67). Ölçek metakognitif süreçleri olumlu ve olumsuz metakognitif inançlar ile metakognitif süreçler olarak iki ortak oluşum altında 5 alt boyutta ve toplamda 30 madde olacak şekilde değerlendirir. Bu beş alt ölçek; (1) endişeye dair olumlu inançlar, (2) Endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikeyi içeren endişeye karşı olumsuz inançlar, (3) bilişsel güven hali, (4) bilişsel farkındalık hali ve (5) düşünceleri kontrol etme ihtiyacı olduğuna dair inançlardan oluşmaktadır. 4'lü Likert tipinde ((1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Kısmen katılmıyorum, (3) Kısmen katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum) puanlanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması işlevsiz üstbilişsel inançların arttığını ortaya koyar.

3.6.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB-7)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7) Spitzer ve arkadaşları tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre ortaya çıkarılmış, kısa, öz bildirimle doldurulan bir ölçektir. Yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendirmek maksadıyla geliştirilmiş, son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeden oluşan dördümlü likert (0=hiç, 1=Birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün), bir ölçektir. Ölçekteki toplam puanlar 5, 10 ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme puanlarıdır. Konkan ve arkadaşları bu ölçeği Türkçe'ye uyarlamış ve geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmışlardır(68,69).

3.6.6. Hasta Sağlık Anketi (HSA-9)

Hasta Sağlık Anketi-9 Spitzer ve arkadaşları tarafından birinci basamak sağlık tesislerine başvuru yapan bireylerin psikiyatrik problemlerini orta çıkarmak amacı ile geliştirilen ilk bireyin kendisine tanı koyma ölçeği olan Hasta Sağlık Anketinin, dokuz sorudan oluşan ve depresyon taraması için oluşturulan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması maksadı ile değil, depresyonun derecesini ve tedaviye alınan klinik düzeydeki cevabı değerlendirmek maksadı ile de kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması Sarı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(70,71).

3.7. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programının 23.0 versiyonu kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin tanımlayıcı istatistiksel analizinde ortalama değerleri, standart sapma değerleri, medyan değerleri, en düşük ve en yüksek değerler ile oran ve frekans değerleri kullanıldı. Power analizi neticesinde %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$) ve $d=0.5$ etki büyüklüğü için en az 200 kişiden oluşması planlanmıştır. Çalışmada 120 kişilik hasta grubu ve 120 kişilik kontrol grubu kullanılmış olup kullanılan ölçeklerin diğer ölçeklerle ilişkisi korelasyon analizi ile gösterildi. Grup karşılaştırmalarında T Testi, Ki-kare Testi kullanıldı. İntihar olasılığı ölçeği BKB olan bireylerde intihar düşüncesiyle ilgili bilgi verdi. Üstbilis ölçeği, ve Young şema ölçeğinin intihar düşüncesi ile ilişkisi korelasyon analizi ile tespit edildi. Kullanılacak korelasyon analizi normal dağılım sağlandığında pearson korelasyon analizi normal dağılım sağlanmadığında ile sperman korelasyon analizi olarak uygulandı. Akabinde bulunan ilişkinin daha kapsamlı bir değerlendirmesini yapmak için hiyerarşik regresyon analizi uygulandı. Hiyerarşik regresyon analizinde ilk basamakta Depresif bulgular ve anksiyete bulguları gibi karıştırıcı faktörler modelde kullanıldı; sonraki basamakta üstbilislerin, duygusal şemaların, kişilik özelliklerini yordayıcılığı tespit edildi. Bu çalışmada hesaplanan istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmektedir.

3.8. Etik Onay

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Müdahale Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 83116987-560 numaralı bu çalışmaya 17.08.2023 tarihli ve 23-KAEK-173 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara çalışma ilgili bilgi verilmiştir ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden yazılı şekilde aydınlatılmış onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Cinsiyet bakımından incelendiğinde bu çalışmada kontrol ve hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı denilebilecek düzeyde farklılık ortaya konamamıştır ($p=0.70$). Çalışma grubunda kadınların oranı %88, erkeklerin oranı %12, kontrol grubunda kadınların oranı %87 erkeklerin oranı %13 olarak bulunmuştur.

Medeni durum bakımından çalışmamızda kontrol ve çalışma grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı denilebilecek düzeyde bir farklılık ortaya konamamıştır ($p=0.13$). Çalışma grubunda bekar veya dul bireylerin oranı (%72), kontrol grubuna göre (%62,5) daha yüksek çıkmasına rağmen, bu fark anlamlı derecede değildir. Bu sonuç, medeni durumun gruplar arasında farklılaşmadığını göstermektedir.

Eğitim düzeyi, gruplar arasında anlamlı bir fark göstermektedir ($p<0.01$). Çalışma grubunda 12 yıldan az eğitim almış bireylerin oranı (%44), kontrol grubuna göre (%10) belirgin şekilde daha yüksektir. Kontrol grubunda ise 12 yıl ve üzeri eğitim almış bireylerin oranı oldukça yüksektir (%90). Bu durum, çalışma grubunun eğitim düzeyinin genel olarak kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Çalışma durumunda da anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubunda düzenli geliri olan bireylerin oranı %66 iken, çalışma grubunda bu oran %28'dir. Buna karşın, düzenli geliri olmayan bireylerin oranı çalışma grubunda %72 ile kontrol grubuna kıyasla (%34) oldukça yüksektir.

Yaşam düzeni bakımından incelendiğinde çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlam teşkil edecek fark saptanamamıştır ($p<0.01$). Çalışma grubunda

aileyle yaşayan bireylerin oranı %77,5 ile kontrol grubuna (%57,5) kıyasla daha yüksektir. Tek başına yaşayan bireylerin oranı ise kontrol grubunda %33 iken, çalışma grubunda %12,5'tir.

Bedensel hastalık açısından da kontrol ve hasta grubu arasında anlamlı denilebilecek düzeyde farklılık ortaya konmuştur ($p<0.05$). Çalışma grubunda bedensel hastalığı olan bireylerin oranı %20 iken, kontrol grubunda bu oran %8'dir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsü, çalışma ve kontrol grubu mukayese edildiğinde anlamlı denilebilecek düzeyde bir fark saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışma grubunda ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin oranı %42,5 iken, kontrol grubunda bu oran %21'dir.

Self-mutilasyon soygeçmişı açısından incelendiğinde çalışma ve kontrol grubu arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışma grubunda ailede kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin oranı %19 iken, kontrol grubunda bu oran %6'dır.

Tablo 1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

		Çalışma (n=120)		Kontrol (n=120)		P
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	14	%12,0	16	%13,0	$X^2=0,15$ $p=0,70$
	Kadın	106	%88,0	104	%87,0	
Medeni Durum	Evli	34	%28,0	45	%37,5	$X^2=2,28$ $p=0,13$
	Bekar-Dul	86	%72,0	75	%62,5	
Eğitim Durumu	<12 yıl	53	%44,0	12	%10,0	$X^2=35,46$ P<0.01
	12 yıldan fazla	67	%56,0	108	%90,0	
Çalışma Durumu	Düzenli gelir yok	86	%72,0	41	%34,0	$X^2=33,86$ P<0.01
	Düzenli gelir var	34	%28,0	79	%66,0	
Kiminle yaşıyorsunuz?	Tek	15	%12,5	40	%33,0	$X^2=14,96$ P<0.01
	Aile	93	%77,5	69	%57,5	
	Arkadaş	12	%10,0	11	%9,5	
Bedensel Hastalık var mı?	Evet	24	%20,0	10	%8,0	$X^2=6,72$ P<0.05
	Hayır	96	%80,0	110	%92,0	
Ailede Ruhsal Hastalık var mı?	Evet	51	%42,5	25	%21,0	$X^2=13,01$ P<0.01
	Hayır	69	%57,5	95	%79,0	
Self mutilasyon	Evet	23	%19,0	7	%6,0	$X^2=9,75$

soy geçmişi	Hayır	97	%81,0	113	%94,0	P<0.01
-------------	-------	----	-------	-----	-------	------------------

4.1.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı zelliklerinin Karşılaştırılması

Kontrol ve çalışma grupları arasında yaş ortalamları açısından değerlendirildiğinde anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p=0.49$). Kontrol grubunun yaş ortalaması $31,56\pm9,34$, çalışma grubunun ise $30,63\pm11,23$ 'tür. Bu sonuç, iki grubun yaş dağılımı açısından benzer olduğunu göstermektedir.

Psikiyatri yatış sayısı bakımından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($p<0.01$). Kontrol grubunda psikiyatri yatışı kaydedilmezken (ortalama $0\pm0,00$), çalışma grubunda bu ortalama $0,78\pm1,84$ olarak belirlenmiştir.

İntihar davranışı sayısı açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Kontrol grubunda intihar girişimi ortalaması $0,01\pm0,10$ iken, çalışma grubunda bu oran $1,09\pm1,55$ 'tir.

Tablo 1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı zelliklerin Ortalaması				
	Grup	MEAN $\pm$ STD. S	T	P
YAş	KONTROL	$31,56\pm9,34$	0,69	0.49
	çALIşMA	$30,63\pm11,23$		
PSİKİYATRİ YATIş SAYISI	KONTROL	$0\pm0,00$	-4,61	<0.01
	çALIşMA	$0,78\pm1,84$		
İNTİHAR DAVRANIşI SAYISI	KONTROL	$0,01\pm0,10$	-7,64	<0.01
	çALIşMA	$1,09\pm1,55$		

4.2. Gruplar Arasında Ölçek/Altölçek ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Tabloda 3'te, kontrol ve çalışma grupları arasındaki ölçek ve alt ölçek ortalama puanlarının karşılaştırmasını sunmaktadır. Çalışma grubunun birçok ölçek ve alt ölçek açısından bakıldığında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı ortaya koyulmuştur.

GAD-7 (Yaygın Anksiyete Bozukluğu) ve PHQ-9 (Hasta Sağlık Anketi-9) ölçeklerinde çalışma grubunun ortalama puanları anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışma grubunda GAD-7 puanları $1,76 \pm 0,77$ iken kontrol grubunda bu değer $0,81 \pm 0,64$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0.01$). Benzer şekilde, PHQ-9 sonuçları da çalışma grubunda $1,89 \pm 0,71$, kontrol grubunda ise $0,90 \pm 0,64$ olarak bulunmuştur ($p < 0.01$).

Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) alt ölçeklerinde çalışma grubu daha yüksek puanlar almıştır. Ancak endişelenmekle ilgili olumlu inançlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$), her iki grup da bu boyutta benzer puanlar almıştır. Bununla birlikte, diğer alt ölçeklerde çalışma grubunun puanlarının kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle endişelenmenin kontrol edilemezliği (çalışma: $2,99 \pm 0,76$, kontrol: $2,13 \pm 0,67$, $p < 0.01$) ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı (çalışma: $2,63 \pm 0,69$, kontrol: $2,03 \pm 0,55$, $p < 0.01$) gibi üstbilişsel sapmalar dikkat çekmektedir. Toplam ÜBÖ puanında da çalışma grubu ($2,57 \pm 0,48$) kontrol grubundan ($2,15 \pm 0,46$) anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0.01$).

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) sonuçları, çalışma grubunun tüm alt boyutlarda anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Sosyal destek ve benlik algısı çalışma grubunda $53,54 \pm 17,93$ iken kontrol grubunda $32,64 \pm 11,56$ olarak bulunmuştur ($p < 0.01$). Öfke ve dürtüsellik, çalışma grubunda $41,46 \pm 23,68$, kontrol grubunda ise $15,67 \pm 14,75$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0.01$). Umutsuzluk ve yalnızlık alt boyutunda çalışma grubunun ortalaması $53,18 \pm 21,27$, kontrol grubunun ise $28,15 \pm 15,92$ 'dir ($p < 0.01$). İntihar düşüncesi alt boyutunda ise çalışma grubunda $52,23 \pm 22,29$, kontrol grubunda ise $26,65 \pm 20,99$ olarak belirlenmiştir ($p < 0.01$). İÖÖ toplam puanı çalışma grubunda $460,81 \pm 143,70$, kontrol grubunda ise $249,98 \pm 99,80$ olarak bulunmuştur ($p < 0.01$).

Young Şema Ölçeği (YŞÖ) sonuçları, çalışma grubunun tüm alt boyutlarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Duygusal yoksunluk boyutunda çalışma grubu $3,11 \pm 1,37$, kontrol grubu ise $1,54 \pm 0,68$ puan almıştır ($p < 0.01$). Benzer şekilde karamsarlık (çalışma: $3,71 \pm 1,38$, kontrol: $2,06 \pm 0,95$, $p < 0.01$) ve terk edilme (çalışma: $2,77 \pm 1,25$, kontrol: $1,44 \pm 0,61$, $p < 0.01$) alt boyutlarında da belirgin farklar gözlemlenmiştir. YŞÖ toplam puanı çalışma grubunda $3,12 \pm 0,87$, kontrol grubunda ise $1,99 \pm 0,54$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0.01$).



Tablo 2. Gruplar Arasında Ölçek/Altölçek ortalama Puanlarının Karşılaştırılması				
	Kontrol(ort+SS) N:120	Çalışma (ort+SS) N:120	T	P
GAD-7	0,81±,0,64	1,76±,0,77	10.40	<0.01
PHQ-9	0,90±,0,64	1,89±,0,71	11.30	<0.01
ÜBÖ EİÖİ	2,01±,0,67	1,96±,0,73	0.55	>0.05
ÜBÖ EKE	2,13±,0,67	2,99±,0,76	9.27	<0.01
ÜBÖ BG	2,07±,0,74	2,35±,0,83	2.70	<0.01
ÜBÖ DKİ	2,03±,0,55	2,63±,0,69	7.36	<0.01
ÜBÖ BF	2,53±,0,61	2,91±,0,57	4.93	<0.01
ÜBÖ TOP	2,15±,0,46	2,57±,0,48	6.80	<0.01
İÖÖ SDBA	32,64±,11,56	53,54±,17,93	10.73	<0.01
İÖÖ ÖD	15,67±,14,75	41,46±,23,68	10.12	<0.01
İÖÖ UY	28,15±,15,92	53,18±,21,27	10.32	<0.01
İÖÖ İD	26,65±,20,99	52,23±,22,29	9.15	<0.01
İÖÖ TOP	249,98±,99,80	460,81±,143,70	13.20	<0.01
YŞÖ DY	1,54±,0,68	3,11±,1,37	11.21	<0.01
YŞÖ BAŞ	1,62±,0,69	2,90±,1,38	9.00	<0.01
YŞÖ KAR	2,06±,0,95	3,71±,1,38	10.82	<0.01
YŞÖ SİG	1,92±,0,76	3,59±,1,20	12.93	<0.01
YŞÖ DB	1,94±,0,87	2,76±,1,32	5.62	<0.01
YŞÖ OA	2,79±,1,03	3,82±,1,17	7.30	<0.01
YŞÖ BAĞ	1,48±,0,53	2,65±,1,15	10.12	<0.01
YŞÖ AYÖ	2,71±,1,03	3,78±,1,14	7.61	<0.01
YŞÖ KFE	2,66±,1,08	3,66±,1,37	6.28	<0.01
YŞÖ TE	1,44±,0,61	2,77±,1,25	10.45	<0.01
YŞÖ CEZ	2,89±,1,02	3,79±,1,21	6.24	<0.01
YŞÖ KU	1,32±,0,47	2,80±,1,41	10.89	<0.01
YŞÖ YS	2,44±,1,13	3,14±,1,49	4.11	<0.01
YŞÖ HTKD	1,85±0,88	3,05±1,31	8.26	<0.01
YŞÖ TOP	1,99,0±,54	3,12±,0,87	12.01	<0.01
$p<0.01$: ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, GAD-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi, EİÖİ: Endişelenmekle İlgili Olumlu İnançlar, EKE: Endişelenmenin Kontrol Edilemezliği, BG: Bilişsel Güven, DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, BF: Bilişsel Farkındalık, SDBA: Sosyal Destek Benlik Algısı, ÖD: Öfke Dürtüsellik, UY: Umutsuzluk Yalnızlık, İD: İntihar Düşüncesi, DY: Duygusal Yoksunluk, BAŞ: Başarısızlık, KAR: Karamsarlık, SİG: Sosyal İzolasyon Güvensizlik, DB: Duyguları Bastırma, OA: Onay Arayıcılık, BAĞ: Bağımlılık, AYÖ: Ayrıcalık Yetersiz Özdenetim, KFE: Kendini Feda Etme, TE: Terk Edilme, CEZ: Cezalandırılma, KU: Kusurluluk, YS: Yüksek Standartlar, HTKD: Hastalık Tehdit Karşısında Dayanıksızlık, TOP: Toplam				

4.3. Korelasyon Analizleri

4.3.1. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Üstbilis Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Tablo 4, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile üstbilis ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki Pearson Korelasyonları sunmaktadır.

EİÖİ, DKİ ile pozitif bir ilişki göstermektedir ($r = 0,22, p < 0,05$). Ayrıca, BG ile de anlamlı pozitif bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0,17, p > 0,05$). EİÖİ ile ÖD arasında pozitif anlamlı derecede bir ilişki saptandı ($r = 0,24, p < 0,01$).

EKE ile diğer faktörler arasında güçlü ilişkiler bulunmaktadır. EKE, BG ile anlamlı bir korelasyon ($r = 0,35, p < 0,01$) gösterirken, DKİ ile de yüksek düzeyde pozitif bir ilişkiye sahiptir ($r = 0,54, p < 0,01$). Ayrıca, BF ile de güçlü bir pozitif ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,31, p < 0,01$). EKE, YAB-7 ve SDBA gibi psikolojik faktörlerle de güçlü ilişkiler göstermektedir ($r = 0,66, p < 0,01$; $r = 0,46, p < 0,01$). EKE ile üstbilis toplam puanı arasında anlamlı derecede pozitif ilişki bulunmaktadır ($r = 0,72, p < 0,01$).

BG ile diğer değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. BG, YAB-7 ile güçlü bir ilişki ($r = 0,35, p < 0,01$) gösterirken, DKİ ile de anlamlı bir korelasyon ($r = 0,41, p < 0,01$) göstermektedir. BF ile ise anlamlı derecede korelasyon ($r = 0,18, p > 0,05$) bulunmamaktadır.

DKİ ile diğer değişkenler arasında oldukça güçlü ilişkiler bulunmuştur. DKİ, BF ile güçlü bir korelasyona sahiptir ($r = 0,46, p < 0,01$). Ayrıca, YAB-7 ile de güçlü bir ilişki ($r = 0,47, p < 0,01$) tespit edilmiştir.

BF ile Üstbilis ölçeği puan ortalamaları arasında yüksek oranda anlamlılık gösteren bir ilişki ($r = 0,59, p < 0,01$) bulunmaktadır. BF ile YAB-7 arasında yüksek derecede anlamlı ilişki vardır ($r = 0,25, p < 0,01$).

Üstbiliş Toplam Puanı, YAB-7 puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,55$, $p < 0,01$). Ayrıca, SDBA ile de anlamlı bir ilişki ($r = 0,37$, $p < 0,01$) gözlemlenmiştir. Üstbiliş toplam puanı ile İD ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmemiştir ($r = 0,14$, $p > 0,05$).

YAB-7 ile İD arasında güçlü bir pozitif ilişki ($r = 0,33$, $p < 0,01$) bulunmuştur. Ayrıca, SDBA ile İD arasında güçlü bir pozitif bir ilişki ($r = 0,49$, $p < 0,01$) bulunmuştur. HSA-9 ile İD arasında yüksek derecede anlamlılık gösteren ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,27$, $p < 0,01$). ÖD ile İD arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,31$, $p < 0,01$). UY ile İD arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r = 0,19$, $p < 0,05$) bulunmaktadır.

EİÖİ ve BF dışında tüm değişkenler intihar olasılığı toplam puanı ile anlamlı güçlü korelasyonlar gösterdiği tespit edilmiştir. Örneğin, EKE ve DKİ ile intihar olasılığı ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlendiği ortaya çıkmıştır ($r = 0,56$, $p < 0,01$, $r = 0,49$, $p < 0,01$).

Tablo 4. İntihar Olasılığı Ölçek ve Alt ölçek Puan Ortalamaları ile Üstbiliş Ölçek ve Alt ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Pearson Korelasyon N:120	EİÖİ	EKE	BG	DKİ	BF	Üstbiliş toplam	YAB-7	HSA-9	SDBA	ÖD	UY	İD	İntihar olasılığı toplam
EİÖİ	1	,14	,17	,22*	,16	,52**	,08	-,03	,09	,24**	,16	-,01	,14
EKE		1	,35**	,54**	,31**	,72**	,66**	,41**	,46**	,50**	,55**	,24**	,56**
BG			1	,41**	,18	,68**	,35**	,21*	,19*	,36**	,40**	-,02	,28**
DKİ				1	,46**	,79**	,47**	,38**	,39**	,43**	,48**	,25**	,49**
BF					1	,59**	,25**	,18*	,10	,20	,29**	,00	,15
Üstbiliş toplam						1	,55**	,35**	,37**	,52**	,57**	,14	,50**
YAB-7							1	,69**	,58**	,60**	,66**	,33**	,70**
HSA-9								1	,61**	,46**	,66**	,27**	,66**
SDBA									1	,43**	,67**	,49**	,91**
ÖD										1	,55**	,31**	,69**
UY											1	,19*	,78**
İD												1	,64**
İntihar olasılığı toplam													1

$p < 0.01$ **; $p < 0,05$ *; SDBA: Sosyal Destek Benlik Algısı, ÖD: Öfke Dürtüsellik, UY: Umutsuzluk Yalnızlık, İD: İntihar Düşüncesi, EİÖİ: Endişelenmekle İlgili Olumlu İnançlar, EKE: Endişelenmenin Kontrol Edilemezliği, BG: Bilişsel Güven, DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, BF: Bilişsel Farkındalık, YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HSA-9: Hasta Sağlık Anketi

4.3.2. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Ortalamaları ile Young Şema Ölçek ve Altölçek Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Tablo 5, İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile Young Şema Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki Pearson Korelasyonları göstermektedir.

DY ile diğer değişkenler arasında güçlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. DY, BAŞ ile güçlü bir pozitif korelasyon ($r = 0,42$, $p < 0,01$) gösterirken, KAR ile de

anlamalı bir ilişkiye sahiptir ($r = 0,44, p < 0,01$). DY, ayrıca SİG ile de yüksek derecede pozitif bir ilişki ($r = 0,58, p < 0,01$) göstermektedir. Bunun dışında, DY' nin DB ve BAĞ gibi şemalarla da güçlü ilişkileri vardır ($r = 0,48, p < 0,01$; $r = 0,47, p < 0,01$).

BAŞ ile KAR arasında güçlü bir ilişki gösterirken ($r = 0,50, p < 0,01$) ve SİG ile anlamalı bir ilişki ($r = 0,59, p < 0,01$) gözlemlenmiştir. BAŞ, ayrıca YS ile de pozitif bir ilişkiye sahiptir ($r = 0,30, p < 0,01$).

KAR ile SİG arasında oldukça güçlü bir pozitif ilişki ($r = 0,64, p < 0,01$) bulunurken, DB ve BAĞ ile de anlamalı ilişkiler gözlemlenmiştir ($r = 0,45, p < 0,01$; $r = 0,54, p < 0,01$). Ayrıca, KAR, YS ile yüksek derecede anlamalı bir ilişki göstermektedir ($r = 0,40, p < 0,01$). KAR, YAB-7 ile pozitif güçlü korelasyon göstermektedir ($r = 0,59, p < 0,01$).

SİG ile DB arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ($r = 0,54, p < 0,01$) bulunmaktadır. SİG, YS ile de anlamalı bir ilişki göstermektedir ($r = 0,33, p < 0,01$).

DB ile KFE arasında güçlü bir ilişki ($r = 0,34, p < 0,01$) gözlemlenmiştir. DB, ayrıca YS ve YAB-7 ile de pozitif anlamalı ilişkiler göstermektedir ($r = 0,29, p < 0,01$; $r = 0,40, p < 0,01$). DB ile HTKD arasındaki anlamalı korelasyon göstermektedir ($r = 0,8, p < 0,01$).

BAĞ ile YS arasında güçlü bir ilişki bulunurken ($r = 0,37, p < 0,01$), YAB-7 ile de yüksek derecede pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,43, p < 0,01$).

YS ile YAB-7 karşılaştırıldığında güçlü anlamlılık gösteren bir ilişki ($r = 0,36, p < 0,01$) ve YAB-7 ile İD karşılaştırıldığında güçlü anlamalı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,33, p < 0,01$). Young şema toplam, YAB-7 ve HSA-9 ile anlamalı ilişkiler göstermektedir ($r = 0,59, p < 0,01$; $r = 0,51, p < 0,01$).

Sosyal Destek Benlik Algısı (SDBA) ile İntihar Düşüncesi (İD) karşılaştırıldığında aralarında yüksek düzeyde anlamalı bir ilişki ortaya konmuştur ($r =$

0,49, $p < 0,01$). KU ve İD arasındaki yüksek korelasyon saptanmıştır ($r = 0,32$, $p < 0,01$). HTKD ile İD arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r = 0,16$, $p > 0,05$).

Tüm değişkenler, intihar olasılığı toplam puanı ile anlamlı güçlü korelasyonlar göstermektedir. Örneğin, Young Şema Toplam, YAB-7 ve HSA-9 ile intihar olasılığı puanlarını karşılaştırdığımızda güçlü pozitif ilişki olduğu ortaya konmuştur ($r = 0,68$, $p < 0,01$; $r = 0,70$, $p < 0,01$; $r = 0,66$, $p < 0,01$).



Tablo 5. İntihar Olasılığı Ölçek ve Altölçek Puan Ortalamaları ile Young Şema Ölçek ve Alt ölçek Puan ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Pearson Korelasyon N:120	DY	BAŞ	KAR	SİG	DB	OA	BAĞ	AYÖ	KFE	TE	CEZ	KU	YS	HTKD	Young şema toplam	YAB-7	HSA-9	SDBA	ÖD	UY	İD	İntihar olasılığı toplam
DY	1	,42**	,44**	,58**	,48**	,22*	,47**	,22*	,44**	,36**	,43**	,54**	,18	,41**	,60**	,34**	,41**	,57**	,35**	,45**	,31**	,57**
BAŞ		1	,50**	,59**	,46**	,29**	,73**	,38**	,31**	,49**	,50**	,75**	,30**	,55**	,74**	,51**	,46**	,57**	,44**	,56**	,20*	,59**
KAR			1	,64**	,45**	,52**	,54**	,41**	,44**	,48**	,56**	,49**	,40**	,64**	,72**	,59**	,41**	,42**	,54**	,51**	,09	,50**
SİG				1	,54**	,36**	,60**	,47**	,40**	,55**	,49**	,73**	,33**	,66**	,77**	,61**	,60**	,61**	,60**	,68**	,25**	,70**
DB					1	,19*	,51**	,39**	,34**	,26**	,26**	,58**	,29**	,38**	,63**	,40**	,38**	,42**	,44**	,49**	,14	,48**
OA						1	,37**	,41**	,34**	,44**	,36**	,29**	,49**	,50**	,57**	,29**	,17	,17	,36**	,30**	-,09	,23*
BAĞ							1	,38**	,48**	,58**	,51**	,74**	,37**	,66**	,83**	,43**	,37**	,53**	,44**	,54**	,15	,55**
AYÖ								1	,32**	,20*	,30**	,32**	,33**	,43**	,56**	,29**	,34**	,24**	,36**	,32**	,03	,30**
KFE									1	,35**	,50**	,36**	,26**	,44**	,56**	,25**	,26**	,28**	,17	,32**	,09	,29**
TE										1	,41**	,57**	,34**	,59**	,67**	,41**	,28**	,41**	,43**	,42**	,11	,45**
CEZ											1	,47**	,37**	,54**	,66**	,38**	,27**	,35**	,34**	,33**	,17	,39**
KU												1	,34**	,54**	,80**	,50**	,49**	,62**	,61**	,68**	,32**	,72**
YS													1	,44**	,55**	,36**	,28**	,22*	,35**	,40**	,05	,31**
HTKD														1	,78**	,51**	,43**	,45**	,50**	,57**	,16	,54**
Young şema toplam															1	,59**	,51**	,59**	,62**	,66**	,22*	,68**
YAB-7																1	,69**	,58**	,60**	,66**	,33**	,70**
HSA-9																	1	,61**	,46**	,66**	,27**	,66**
SDBA																		1	,43**	,67**	,49**	,91**
ÖD																			1	,55**	,31**	,69**
UY																				1	,19*	,78**
İD																					1	,64**
İntihar olasılığı toplam																						1

$p<0.01$ **, $p<0,05$ *, SDBA: Sosyal Destek Benlik Algısı, ÖD: Öfke Dürtüsellik, UY: Umutsuzluk Yalnızlık, İD: İntihar Düşüncesi, DY: Duygusal Yoksunluk, BAŞ: Başarısızlık, KAR: Karamsarlık, SİG: Sosyal İzolasyon Güvensizlik, DB: Duyguları Bastırma, OA: Onay Arayıcılık, BAĞ: Bağımlılık, AYÖ: Ayrıcalık Yetersiz Özdenetim, KFE: Kendini Feda Etme, TE: Terk Edilme, CEZ: Cezalandırılma, KU: Kusurluluk, YS: Yüksek Standartlar, HTKD: Hastalık Tehdit Karşısında Dayanıksızlık, YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HSA-9: Hasta Sağlık Anketi

4.4. Hiyerarşik Regresyon Analizleri

4.4.1. Çalışma Grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Uygulanacak Hiyerarşik Regresyon Modeli (3. adım ÜBÖ Alt Ölçekleri)

Tablo 6, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ile ilişkili bağımsız değişkenlerin regresyon analizini sunmaktadır. Üç adımda yapılan analizde, bağımsız değişkenlerin İÖÖ üzerindeki etkisi incelenmiştir.

ADIM 1'de, modelin açıklayıcı gücü ($R^2 = 0,13$) düşük olup, modelin anlamlılığı ($F = 2,87$, $p = 0,012$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu adımda, eğitim düzeyinin ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$) ve intihar davranışı sayısının ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$) İÖÖ üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, çalışma durumu, kimle yaşadığı, ve ailede self-mutilasyon bu adımda anlamlı bulunmamıştır.

ADIM 2'de, modelin açıklayıcı gücü artmıştır ($R^2 = 0,57$), ve modelin değişim katsayısı $\Delta R^2 = 0,44$, $F = 18,66$ ($p < 0,01$) ile anlamlıdır. Bu adımda, YAB-7 ($\beta = 0,46$, $p < 0,01$) ve HSA-9 ($\beta = 0,32$, $p < 0,01$) gibi psikolojik faktörlerin intihar riskini yordayıcılığı açısından önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca, intihar davranışı sayısının ($\beta = 0,11$, $p > 0,05$) etkisi ortadan kalkmıştır.

ADIM 3'te, modelin açıklayıcı gücü daha da artmıştır ($R^2 = 0,65$), ve modelin değişim katsayısı $\Delta R^2 = 0,07$, $F = 14,80$ ($p < 0,01$) ile anlamlıdır. Eğitim ($\beta = 0,18$, $p < 0,01$), intihar davranışı sayısı ($\beta = 0,15$, $p < 0,05$), YAB-7 ($\beta = 0,25$, $p < 0,01$), HSA-9 ($\beta = 0,32$, $p < 0,01$), EKE (Endişelenmenin Kontrol Edilemezliği) ($\beta = 0,19$, $p < 0,05$), DKİ (Düşünceleri Kontrol İhtiyacı) ($\beta = 0,24$, $p < 0,01$) ve BF (Bilişsel Farkındalık) ($\beta = -0,15$, $p < 0,05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 6. Çalışma grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Uygulanacak Hiyerarşik Regresyon Modeli							
Bağımlı değişken: İÖÖ: n:120	R	R ²	Δr ²	F	p	B	t
ADIM 1	,36	0,13	0,13	2,87	0,01		
Cinsiyet						-0,01	-1,07
Eğitim						0,21	2,20*
Çalışma durumu						-0,06	-0,67
Kimle yaşıyorsunuz?						0,11	1,20
İntihar davranışı sayısı						0,28	3,05**
Ailede self-mutilasyon soygeçmişi						0,13	1,39
ADIM 2	,76	0,57	0,44	18,66	0,00		
Cinsiyet						-0,03	-0,51
Eğitim						0,15	2,20*
Çalışma durumu						-0,03	-0,48
Kimle yaşıyorsunuz?						-0,02	-0,30
İntihar davranışı sayısı						0,11	1,60
Ailede self-mutilasyon soygeçmişi						0,02	0,24
YAB-7						0,46	5,22**
HSA-9						0,32	3,54**
ADIM 3	,80	0,65	0,07	14,80	0,00		
Cinsiyet						-0,03	-0,54
Eğitim						0,18	2,86**
Çalışma durumu						-0,04	-0,58
Kimle yaşıyorsunuz?						-0,05	-0,83
İntihar davranışı sayısı						0,15	2,29*
Ailede self-mutilasyon soygeçmişi						-0,03	-0,40
YAB-7						0,25	2,50*
HSA-9						0,32	3,74**
EİÖİ						0,04	0,59
EKE						0,19	2,23*
BG						-0,02	-0,31
DKİ						0,24	2,81**
BF						-0,15	-2,17*
p<0,01**; p<0,05*; İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, EİÖİ: Endişelenmekle İlgili Olumlu İnançlar, EKE: Endişelenmenin Kontrol Edilemezliği, BG: Bilişsel Güven, DKİ: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı, BF: Bilişsel Farkındalık, YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HSA-9: Hasta Sağlık Anketi							

4.4.2. Çalışma Grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Uygulanacak Hiyerarşik Regresyon Modeli (3. adım YŞÖ Alt Ölçekleri)

ADIM 1'de, modelin açıklayıcı gücü ($R^2 = 0,13$) düşük olup, modelin anlamlılığı ($F = 2,87$, $p = 0,012$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu adımda, eğitim düzeyinin ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$) ve intihar davranışı sayısının ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$) İÖÖ üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Diğer değişkenler, cinsiyet, çalışma durumu, kimle yaşadığı, ve ailede self-mutilasyon öyküsünün etkisiz olduğu tespit edilmiştir.

ADIM 2'de, modelin açıklayıcı gücü artmıştır ($R^2 = 0,57$), ve modelin değişim katsayısı $\Delta R^2 = 0,44$, $F = 18,66$ ($p < 0,01$) ile anlamlıdır. Bu adımda, YAB-7 ($\beta = 0,46$, $p < 0,01$) ve HSA-9 ($\beta = 0,32$, $p < 0,01$) gibi psikolojik faktörlerin intihar riskini yordayıcılığı açısından önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca, intihar davranışı sayısının ($\beta = 0,11$, $p > 0,05$) etkisi hala anlamlı olmamaktadır.

ADIM 3'te, modelin açıklayıcı gücü daha da artmıştır ($R^2 = 0,75$), ve değişim katsayısı $\Delta R^2 = 0,18$, $F = 13,18$ ($p < 0,01$) ile anlamlıdır. Bu adımda, eğitim düzeyinin ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$), YAB-7 ($\beta = 0,39$, $p < 0,01$), HSA-9 ($\beta = 0,12$, $p > 0,05$), DY (Duygusal Yoksunluk) ($\beta = 0,23$, $p < 0,01$), ve KU (Kusurluluk) ($\beta = 0,40$, $p < 0,01$) gibi faktörlerin İÖÖ üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu modelde ayrıca, bazı şema alt ölçeklerinin (BAŞ, KAR, SİG, DB, ve diğerleri) İÖÖ üzerinde etkisiz olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 7. İntihar Olasılığı Ölçeği Bağımlı Değişkeni için Young Şema Altölçek Öngörücülerine Dair Hiyerarşik Regresyon Modeli							
Bağımlı değişken: İÖÖ: n:120	R	R ²	Δr ²	F	p	B	T
ADIM 1	,36	0,13	0,13	2,87	0,012		
Cinsiyet						-0,01	-1,07
Eğitim						0,21	2,20*
Çalışma durumu						-0,06	-0,67
Kimle yaşıyorsunuz						0,11	1,20
İntihar davranışı sayısı						0,28	3,05**
Ailede self-mutilasyon öyküsü soygeçmişi						0,13	1,39
ADIM 2	,76	0,57	0,44	18,66	,00		
Cinsiyet						-0,03	-0,51
Eğitim						0,15	2,20*
Çalışma durumu						-0,03	-0,48
Kimle yaşıyorsunuz						-0,02	-0,30
İntihar davranışı sayısı						0,11	1,60
Ailede self-mutilasyon öyküsü soygeçmişi						0,02	0,24
YAB-7						0,46	5,22**
HSA-9						0,32	3,54**
ADIM 3	,87	0,75	0,18	13,18	,00		
Cinsiyet						-0,01	-0,21
Eğitim						0,12	2,09*
Çalışma durumu						-0,02	-0,33
Kimle yaşıyorsunuz						-0,07	-1,16
İntihar girişim sayısı						0,06	0,95
Ailede self-mutilasyon soygeçmişi						0,03	0,52
YAB-7						0,39	4,50**
HSA-9						0,12	1,38
DY						0,23	3,14**
BAŞ						-0,00	-0,03
KAR						-0,06	-0,70
SİG						0,06	0,55
DB						-0,07	-0,91
OA						-0,05	-0,68
BAĞ						0,01	0,05
AYÖ						0,00	0,06
KFE						-0,02	-0,33
TE						-0,05	-0,61
CEZ						-0,07	-0,87
KU						0,40	3,75**
YS						-0,01	-0,11
HTKD						0,09	0,97

$p < 0,01^{**}$; $p < 0,05^{*}$; İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, DY: Duygusal Yoksunluk, BAŞ: Başarısızlık, KAR: Karamsarlık, SİG: Sosyal İzolasyon Güvensizlik, DB: Duyguları Bastırma, OA: Onay Arayıcılık, BAĞ: Bağımlılık, AYÖ: Ayrıcalık Yetersiz Özdenetim, KFE: Kendini Feda Etme, TE: Terk Edilme, CEZ: Cezalandırılma, KU: Kusurluluk, YS: Yüksek Standartlar, HTKD: Hastalık Tehdit Karşısında Dayanısızlık, TOP: Toplam, YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HSA-9: Hasta Sağlık Anketi

5. TARTIŞMA

Çalışmaya DSM-5 kriterlerine göre tanı konulmuş BKB tanılı hasta grubunda 120 kişi ve sağlıklı kontrol grubunda 120 kişi dahil edilen çalışmamızda BKB olan bireylerde intihar olasılığı ile şema ve üstbilis ilişkisi araştırıldı.

Çalışmamızda, katılımcılar cinsiyet, yaş, eğitim ve çalışma durumu, medeni durum, yaşam düzeni, bedensel hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü, self-mutilasyon soygeçmişi ve intihar davranışı sayısı, psikiyatri yatışı açısından değerlendirildi. Bu çalışmada, çalışma ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından değerlendirildiğinde anlamlı anlamlı bulunmazken, diğer tanımlayıcı özellikler açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmamızda, kontrol ve çalışma grupları arasındaki ölçek ve alt ölçek ortalama puanları karşılaştırılmıştır. Çalışma grubunun birçok ölçek ve alt ölçek açısından kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlam taşıyan daha yüksek puanlar aldığı ortaya çıkarılmıştır.

İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile üstbilis ve Young Şema ölçeği ve alt ölçek ortalama puanları arasındaki Pearson Korelasyonu ile değerlendirildi. Üstbilis alt ölçeklerinden EİÖİ ve BF dışında tüm değişkenler intihar olasılığı ile anlamlı güçlü korelasyonlar göstermektedir. Young Şema tüm alt ölçekleri, intihar olasılığı ile anlamlı güçlü korelasyonlar göstermekte olduğu bulundu.

Üç adımda yapılan hiyerarşik regresyon analizinde, bağımsız değişkenlerin İÖÖ üzerindeki etkisi araştırıldı. Adım 1’de modelin açıklayıcı gücü düşük olup, modelin anlamlılığı istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu adımda, eğitim düzeyinin ve intihar davranışı sayısının İÖÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisinin var olduğu görülmüştür. Cinsiyet, çalışma durumu, kimle yaşadığı, ve ailede self-mutilasyon öyküsü bu adımda anlamlı bulunmamıştır.

Adım 2'de, modelin açıklayıcı gücü artmıştır. Bu adımda, YAB-7 ve HSA-9 gibi psikolojik faktörlerin intihar olasılığı üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca, intihar davranışı sayısının etkisi ortadan kalkmıştır.

Adım 3'te, sırasıyla üstbiliş altölçekleri ve young şema altölçekleri eklenmiştir. Bu adımda modelin açıklayıcı gücü daha da artmıştır. Eğitim, intihar davranışı sayısı, YAB-7, HSA-9, EKE (Endişelenmenin Kontrol Edilemezliği), DKİ (Düşünceleri Kontrol İhtiyacı) ve BF (Bilişsel Farkındalık) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ADIM 3'te, modelin açıklayıcı gücü daha da artmıştır. Bu adımda, eğitim düzeyinin, YAB-7, HSA-9, DY (Duygusal Yoksunluk) ve KU (Kusurluluk) gibi faktörlerin İÖÖ üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu modelde ayrıca, bazı şema alt ölçeklerinin (BAŞ, KAR, SİG, DB, ve diğerleri) İÖÖ üzerinde etkisiz olduğu gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada BKB olan bireyler ile sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, özellikle eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve intihar davranışı açısından anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, her iki grupta da kadın oranı yüksektir. BKB üzerinde yapılan birkaç epidemiyolojik çalışmada ise kadın erkek oranının 4:1 olarak saptanmıştır(72). Medeni durum açısından da çalışma grubunda bekar veya dul bireylerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak bakıldığında anlamlı denilebilecek düzeyde değildir. Bir çalışmada, BKB' nin bekar veya boşanmış kişilerde daha sık görüldüğü bulunmuştur(73). Ancak, eğitim düzeyi açısından önemli bir fark mevcuttur. Çalışma grubunda 12 yıldan az eğitim almış olan kişilerin oranı kontrol grubuna oranla anlamlı denilebilecek düzeyde yüksektir. Önceki araştırmalar, BKB hastalarının daha düşük eğitim seviyesine sahip olmasının çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (74).

Çalışma durumu açısından BKB hastalarının iş hayatında sürdürülebilir başarı elde etme konusunda zorluk yaşadığı görülmektedir. Çalışma grubundaki bireylerin çalışma oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. BKB olan bireyler ekonomik bağımsızlıklarını sağlama konusunda problem yaşamaktadırlar (75).

Yaşam düzenine bakıldığında, çalışma grubundaki bireylerin aileleri ile birlikte yaşama oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında önemli düzeyde anlamlılık göstermektedir. Tek başına yaşayan bireylerin oranı çalışma grubunda daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç BKB hastalarının bağımsız yaşam sürdürme konusunda zorlanabileceğini göstermektedir (76). Başka bir çalışmada, BKB olan bireyler genellikle bekar veya boşanmış, normal popülasyona göre düşük eğitim düzeyine ve gelire sahip olarak saptanmıştır(77).

Beden sağlığı açısından da çalışma grubunda bedensel hastalık oranı kontrol grubu ile karşılaştırılacak olursa bu oran çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Önceki çalışmalar, kronik ağrı ve gastrointestinal hastalıkların BKB hastalarında yaygın olarak görüldüğünü ortaya koymuştur (78). Ailede ruhsal hastalık öyküsü açısından çalışma grubu kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Benzer şekilde, ailede intihar davranışı öyküsü olan bireylerin oranı çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksektir. Bu bulgular, BKB hastalarının genetik ve çevresel faktörler nedeniyle ruhsal hastalıklara daha yatkın olabileceğini ve intihar davranışlarının aile öyküsüyle bağlantılı olabileceğini göstermektedir (79).

Psikiyatri yatış sayısı açısından çalışma grubundaki bireylerin belirgin şekilde daha fazla hastane yatış geçmişine sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, BKB hastalarının yoğun duygusal dalgalanmalar, kendine zarar verme eğilimleri ve dürtüsel davranışları nedeniyle daha sık hastane yatışına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Önceki çalışmalar da BKB hastalarının acil servis başvuruları ve psikiyatri yatışlarının sağlıklı bireylere oranla çok daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır (80).

İntihar davranışı açısından ise çalışma grubu ve kontrol grubu arasında çarpıcı bir farklılık bulunmaktadır. Bu sonuç, BKB hastalarının intihar girişiminde bulunma olasılığının sağlıklı bireylere kıyasla çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bir çalışma BKB olan kişilerin yaşam boyu ortalama 3 kez intihar davranışında bulundukları saptanmıştır(81). Önceki araştırmalar da BKB' nin intihar riskini artıran en önemli psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu ve bu hastaların %10'unun intihar nedeniyle hayatını kaybettiğini ortaya koymaktadır (82). Özellikle, kimlik karmaşası,

duygusal boşluk hissi ve yoğun ilişkisel çatışmaların intihar davranışlarını tetikleyebileceği bildirilmiştir (83).

Bu çalışmada YAB-7 puanları, çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, BKB olan hastaların anksiyete belirtilerine sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, BKB hastalarının, hem kendini değerlendirme ölçeklerinde hem de fizyolojik ölçümlerde yüksek temel duygusal aktivasyon ve artan sempatik sinir sistemi aktivitesi sergilediği bulunmuştur (84). Kaygının BKB hastalarında yaygın olması, duygusal düzensizlik ve bilişsel kontrol zorlukları ile yakından ilişkili olabilir. Özellikle, BKB hastalarının duygularını düzenleme stratejilerinde eksiklikler yaşadığı ve olumsuz düşüncelere aşırı derecede odaklanarak kaygıyı artırdığı gözlemlenmiştir (85). Ayrıca, BKB hastaları ve YAB olan bireylerin benzer duygusal reaktiviteye sahip olduğu, ancak BKB olan hastalar kaygıyı yönetmede YAB hastalarından daha fazla zorlandığı bildirilmiştir (84). Nörofizyolojik araştırmalar, BKB hastalarında dikkat ve bilişsel esneklikle ilgili zorlukların da kaygıyı artırabileceğini göstermektedir. Örneğin, set değiştirme (cognitive set-shifting) işlevlerinin bozulması, BKB hastalarının belirsizlikle başa çıkmasını zorlaştırabilir ve bu durum anksiyete düzeylerini artırabilir (86).

Çalışmamızda HSA-9 ölçeği ile değerlendirilen depresyon düzeyleri, çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, BKB hastalarının depresif belirtiler açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Özellikle, bu bireylerin yoğun duygusal dalgalanmalar, düşük öz-değer algısı ve sürekli terk edilme korkusu gibi faktörlerle depresyon geliştirmeye daha yatkın olduğu belirtilmektedir(87). BKB hastalarında depresyonun yaygın olmasının nedenlerinden biri, çocukluk çağı travmaları ve erken yaşta yaşanan olumsuz deneyimlerdir. Yapılan çalışmalarda BKB olan bireylerde, çocukluk çağı istismar oranları normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur(88,89). Başka bir çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerle karşılaştırıldığında, BKB hastalarının çocukluk travması ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir (90). Erken yaşta yaşanan ihmal ve istismar, bireyin ilerleyen yaşamında duygu düzenleme güçlükleri yaşamasına ve depresyon geliştirmesine neden olabilir. Depresyon ve BKB arasındaki

ilişki biyolojik süreçlerle de açıklanabilir. BKB hastalarında inflamasyon belirteçlerinin (NFκB, COX2 ve iNOS) yüksek olduğu ve antioksidan sistemlerin baskılandığı belirlenmiştir (91). Beyindeki kronik inflamasyonun ve oksidatif stresin, bu bireylerde depresyonun şiddetlenmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. BKB hastalarının depresyon belirtilerini yönetmekte zorlanmasının bir diğer nedeni de yetersiz sosyal destek algısıdır. BKB özellikleri taşıyan bireylerde, algılanan stresin depresyonla güçlü bir ilişkisi olduğu ve sosyal desteğin bu ilişkiyi kısmen azalttığı gösterilmiştir (92). Ancak, BKB hastalarının sıkça dengesiz ve çatışmalı ilişkilere sahip olduğu göz önüne alındığında, bu bireylerin depresyon belirtilerini hafifletecek sosyal destekten yeterince faydalanamadığı görülmektedir(92).

Çalışmamızda ÜBÖ sonuçlarına göre, özellikle EKE, BG, DKİ ve BF gibi alt ölçeklerde çalışma grubunun puanları kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. EİÖİ açısından iki grubu karşılaştırdığımızda anlamlı düzeyde fark ortaya çıkmamıştır. Daha önce yapılmış olan bir çalışmada, BKB olan bireyler olmayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (93). Bu sonuçlar, BKB hastalarının olumsuz metakognitif inançlara sahip olduğunu ve bilişsel süreçler üzerinde kontrol sağlamada güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Metakognitif işlevlerin BKB hastalarında bozulmuş olması, özellikle kendini düzenleme becerileri ve bilişsel kontrol mekanizmalarındaki eksikliklerle ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada, BKB hastalarının günlük yaşamda kendini düzenleme becerilerinin yetersiz olduğu ve kendi kendini algılamalarında çarpıklıklar yaşadığı gösterilmiştir (94). Bu bireylerin, kendilerini düzenleme süreçlerinde çevreden gelen geri bildirimleri dikkate alma konusunda zorluk yaşadığı ve bu durumun psikopatolojik semptomların şiddetini artırabileceği belirtilmiştir. Metakognitif farkındalık ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada, BKB hastalarının genelleştirilmiş otobiyografik bellek (overgeneral autobiographical memory) eğilimleri ile problem çözme becerileri arasında olumsuz bir ilişki olduğu bulunmuştur (95). Özellikle, olumsuz deneyimlerin aşırı genellenmesi ve metakognitif farkındalık düzeyinin düşük olması, problem çözme becerilerini zayıflatarak psikolojik sıkıntıları artırmaktadır. BKB hastalarının olumsuz düşüncelere aşırı güvenme, bu düşüncelerin tehlikeli olduğuna inanma ve düşüncelerini kontrol etme konusunda aşırı çaba harcama gibi

eğilimleri, metakognitif süreçlerin bozulmuş olduğuna işaret etmektedir (96). Özellikle EKE ve DKİ alt ölçeklerindeki yüksek puanlar, BKB hastalarının olumsuz düşüncelere saplanma eğiliminde olduğunu ve bu düşünceleri kontrol edemediklerine dair güçlü inançlar taşıdıklarını göstermektedir. Bu durum, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklarla da doğrudan ilişkilidir. Olumsuz metakognitif inançların, bireylerin duygusal düzenleme becerilerini zayıflattığı ve bu durumun ruhsal durumlarını daha da kötüleştirdiği gösterilmiştir (97).

İÖÖ sonuçları, BKB olan bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek intihar riski taşıdığını göstermektedir. Bu çalışmada SDBA, ÖD, UY ve İD alt ölçekleri çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, toplam İÖÖ puanı BKB hastalarında, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, BKB hastalarının sosyal destek algılarının düşük, öfke dürtüsellik seviyelerinin yüksek ve yalnızlık/umutsuzluk duygularının yoğun olduğunu göstermektedir. BKB hastalarının yüksek intihar riskine sahip olmasının temel nedenlerinden biri impulsivite ve duygusal düzensizliktir. Yapılan bir çalışmada, impulsivitenin ve öfke kontrol bozukluğunun intihar davranışları için temel belirleyiciler olduğu gösterilmiştir (75). BKB hastaları sıklıkla ani duygusal dalgalanmalar yaşamakta ve bu durum kontrolsüz davranışlara, özellikle kendine zarar verme ve intihar girişimlerine yol açmaktadır(98). Özellikle, düşünmeden yapılan eylemler ve kendini kontrol etme eksikliği, BKB hastalarının kendine zarar verme eğilimlerini artırmaktadır (98). İntihar riskini artıran bir diğer faktör günlük duygusal dalgalanmalar ve yoğun duygusal sıkıntılardır. Günlük olarak yaşanan olumsuz duyguların, ani intihar düşüncelerine yol açtığı ve bu düşüncelerin özellikle geçmişte intihar girişiminde bulunan BKB hastalarında daha sık görüldüğü gösterilmiştir (99). Bu durum, intihar girişimlerinin yalnızca uzun vadeli planlanmış bir süreç değil, aynı zamanda ani ve kontrolsüz dürtüsel bir tepki olarak da ortaya çıkabileceğini göstermektedir. BKB hastalarında sosyal destek algısının düşük olması da intihar riskini artıran önemli bir faktördür. BKB hastalarının sıklıkla yoğun, ancak dengesiz ve çalkantılı ilişkiler yaşadığı, bu nedenle güvenilir sosyal destek kaynaklarına sahip olmadıkları bildirilmektedir (99). Bu bireyler, ilişkilerinde yaşadıkları dalgalanmalar

nedeniyle yalnızlık hissini yoğun bir şekilde deneyimleyebilir ve bu durum intihar düşüncelerini artırabilir.

BKB olan bireylerde erken dönem uyumsuz şemaların (EDUŞ) sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada YŞÖ alt ölçekleri incelendiğinde, DY, BAŞ, KAR, SİG, DB, OA, BAĞ, AYÖ, KFE, TE, CEZ, KU, YS ve HTKD gibi şemaların çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Toplam YŞÖ puanı da BKB grubunda sağlıklı bireylere göre belirgin şekilde yüksektir, bu durumda şemaların BKB hastalarında güçlü bir şekilde aktive olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemaların BKB hastalarında yaygın olmasının temel nedenlerinden biri, çocukluk döneminde yaşanan hoş olmayan deneyimlerdir. Çocukluk çağında bireyi olumsuz etkileyen, duygusal ihmal, istismar ve dengesiz bakım veren ilişkileri yaşayan bireylerde, ilerleyen yaşlarda bu uyumsuz şemaların daha belirgin hale geldiği gösterilmiştir (100). Özellikle terk edilme, sosyal izolasyon ve güvensizlik ve kusurluluk şemalarının BKB hastalarında yaygın olduğu bildirilmiştir (101). Bu şemalar, bireylerin sosyal ilişkilerde zorlanmasına, düşük benlik saygısına ve yoğun duygusal tepkilere yol açabilir. Bir diğer önemli bulgu, CEZ ve BAŞ şemalarının BKB hastalarında yüksek olmasıdır. BKB hastaları sıklıkla kendilerini eleştirme, mükemmeliyetçilik ve kendilerine yönelik katı kurallar koyma eğiliminde olabilir. Cezalandırılma şeması, bireyin kendini hataları nedeniyle cezalandırmayı hak ettiğine inanmasına ve bu nedenle kendine zarar verme eğiliminde olmasına yol açabilir (102). BKB hastalarında OA ve BAĞ şemalarının yüksek olması, bu bireylerin başkalarının onayına aşırı derecede bağımlı olabileceğini ve bağımsız kararlar almakta zorlanabileceğini göstermektedir. Özellikle BAĞ ve AYÖ şemalarının yüksek olması, BKB hastalarının kendi başlarına yaşamlarını idame ettirmekte zorlanabileceklerini ve duygusal olarak sürekli birine ihtiyaç duyabileceklerini ortaya koymaktadır (103). Bu bireyler, bir ilişkiyi kaybetme korkusuyla yoğun bağımlılık geliştirebilir ve terk edilme korkusu nedeniyle ilişkilerinde yoğun duygusal dalgalanmalar yaşayabilirler. BKB hastalarında YS ve HTKD şemalarının yüksek olması, bu bireylerin hem kendilerinden mükemmeliyetçilik beklediklerini hem de gelecekte kendilerini tehdit edici olaylarla başa çıkamayacaklarına dair güçlü inançlara sahip olduklarını göstermektedir (104).

İntihar olasılığı ölçeği, üstbiliş ölçeği, YAB-7 ve HSA-9 arasındaki korelasyonlar, BKB olan bireylerde üstbilişsel işlevler, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile intihar riski arasındaki ilişkiye yönelik önemli kanıtlar sunmaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre, DKİ ve UY ile intihar olasılığı toplam puanı arasındaki güçlü korelasyon BKB hastalarının düşünce süreçlerini aşırı kontrol etme çabası ve umutsuzluk düşüncelerinin duygusal sıkıntıları artırabileceğini ortaya koymaktadır. Mevcut literatürde, özellikle metakognitif işlevlerin bozulması ve aşırı düşünme eğilimi gibi faktörlerin intihar düşüncelerini artırdığı öne sürülmektedir (105).

İntihar düşüncesi ile anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında, YAB-7 ve HSA-9 ile İD arasında anlamlı düzeyde güçlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, depresyon ve anksiyetenin intihar düşüncelerini tetikleyebilecek önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Daha önce yapılan çalışmalar, anksiyete depresyon düzeyi yüksek bireylerde metakognitif farkındalığın düşük olduğunu ve bunun da bireyin geleceğe dair olumsuz beklentilerini artırarak intihar düşüncelerini güçlendirdiğini belirtmektedir (106). Çalışmamızda YAB-7, ÖD ve DKİ ile arasında güçlü korelasyonlar bulunmuştur. Anksiyete ile intihar arasındaki bu ilişki, BKB hastalarında dürtüselliğin yüksek olması ve düşünce süreçlerini kontrol etmede zorluk yaşamaları ile açıklanabilir (107).

Öfke dürtüselliği ve intihar düşüncesi arasındaki bağlantı da önemlilik arz eden bir durum saptanmaktadır. ÖD ve İD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKB hastalarında ani öfke patlamaları ve dürtüsel davranışların, intihar düşüncelerini ve girişimlerini artırabileceği önceki çalışmalarda da belirtilmiştir (108). Özellikle BKB hastalarında duygusal düzenleme becerilerinin zayıf olması, öfke nöbetlerinin daha kontrolsüz bir şekilde ortaya çıkmasına ve bireyin intihar girişiminde bulunmasına neden olabilmektedir (83).

UY ile İD karşılaştırıldığında aralarında anlamlı güçlü bir ilişki ortaya konmuştur. Bu durum, BKB hastalarının yaşadığı yalnızlık hissinin ve geleceğe dair umutsuzluğun, intihar düşüncelerinin önemli belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir. Sosyal desteğin intihar düşüncelerini azaltmada kritik bir faktör olduğu

bilinmektedir, ancak BKB hastaları genellikle dengesiz ve çatışmalı ilişkilere sahip olduklarından dolayı sosyal destekten yeterince faydalanamazlar (109).

İntihar olasılığı ölçeği, Young Şema Ölçeği, YAB-7 ve HSA-9 arasındaki korelasyon analizi, erken dönem uyumsuz şemalar, depresyon ve anksiyete ile intihar riski arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Çalışmanın bulguları, özellikle DY, BAŞ, KU, SİG ve KAR gibi şemaların intihar olasılığı ile istatistiksel anlamlı derecede ilişkili var olduğunu göstermektedir. Önceki çalışmalar da şemaların, özellikle duygusal ihmal ve reddedilme ile ilgili olanların, bireyin intihar düşünceleri ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (101).

DY ve SİG ile intihar olasılığı arasındaki güçlü korelasyon, bu bireylerin erken dönemde duygusal desteğin eksikliğini yaşadıklarını ve bunun sosyal ilişkilerde zorlanmalarına yol açtığını göstermektedir. Bu sonuçlar, şemaların bireylerin kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkileyerek intihar düşüncelerini artırabileceğini desteklemektedir (110). KU ve İD arasındaki yüksek korelasyon, BKB hastalarının kendilerini değersiz ve hatalı görme eğilimlerinin intihar düşüncelerini artırabileceğini göstermektedir. Bu durum, özellikle çocukluk çağı travmaları yaşamış olan kişilerde öne çıkmaktadır (102).

BAŞ ve YS arasındaki güçlü ilişki, BKB hastalarının kendilerine yönelik mükemmeliyetçilik ve aşırı beklentiler geliştirme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada BAŞ ve YS ile HSA-9 arasında güçlü korelasyon bulunmaktadır. Bu bireyler, kendi yeterliliklerine dair olumsuz inanışlar ortaya çıkarabilirler ve bu durum başarısızlık algısıyla birleşerek depresif semptomlara ve intihar eğilimlerine yol açabilir (104). Özellikle, yüksek standartlara sahip olmanın, bireyin kendisini sürekli olarak yetersiz hissetmesine neden olduğu ve bu durumun intihar olasılığını yordayıcı etki gösterebileceği sonucuna ulaşılmıştır (111).

KAR ile YAB-7 arasındaki ilişki, geleceğe dair olumsuz beklentilerin ve kaygının intihar düşüncelerini artırabileceğini göstermektedir. Umutsuzluk duygularının intihar riskini yüksek ölçüde artırdığı ve bu bireylerin gelecekte bir çıkış yolu görememesi ve bu durumun bireyde önemli derecede kaygı uyandırması

nedeniyle intihar düşüncelerinin şiddetlendiği daha belirtilmektedir (112).

DB ve HTKD ile intihar olasılığı arasındaki yüksek korelasyon, bu bireylerin olumsuz duygularını bastırma eğiliminde olduklarını ve tehdit edici durumlar karşısında kendilerini savunmasız hissettiklerini göstermektedir. Bu durum, yoğun kaygı ve stres yaşadıklarında intihar düşüncelerinin ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (113).

Çalışma grubunda intihar olasılığı ölçeği bağımlı değişkeni için uygulanan hiyerarşik regresyon modeli, borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerde intihar riskini yordayan çeşitli psikososyal ve bilişsel faktörleri ortaya koymaktadır. Hiyerarşik regresyon modelimizin ilk adımında eğitim düzeyinin ve geçmiş intihar girişimlerinin intihar olasılığı üzerinde yordayıcı etkileri olduğunu göstermektedir. Bu durum, BKB hastalarında düşük eğitim seviyesinin intihar riskini artırabileceğini desteklemektedir. Önceki çalışmalar da benzer şekilde, düşük eğitim seviyesinin, sosyal izolasyon ve düşük özsaygı ile bağlantılı olarak intihar eğilimini artırdığını ortaya koymaktadır (114). Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş bireylerin gelecekte tekrar intihar riski taşıma olasılığının daha yüksek olduğunu desteklemektedir (109). Öte yandan, cinsiyet, çalışma durumu ve ailede kendine zarar verme öyküsü gibi değişkenler anlamlı bir etki göstermemiştir. Önceki çalışmalar da benzer şekilde, BKB'de intihar riskinin daha çok psikolojik faktörlerle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (115).

Regresyon modelimizin ikinci adımında, Depresyonun ve anksiyetenin intihar riskini öngörücü faktörler olduğu ortaya konmuştur. Özellikle, anksiyete ve depresyon semptomlarının birlikte varlığının, BKB hastalarında dürtüsel intihar girişimlerini artırdığı belirtilmektedir (109). BKB hastalarında yoğun kaygı ve depresyonun, duygusal düzenleme zorlukları ile birleştiğinde intihar düşüncelerini güçlendirdiği gözlemlenmektedir. Klinik gözlemler, anksiyete bozukluğu olan BKB hastalarının, belirsizlikle başa çıkmakta zorlandığını ve bu durumun intihar davranışlarını tetikleyebileceğini göstermektedir (82). Depresyon ve anksiyetenin intihar olasılığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ve duygusal düzenleme zorluklarının BKB hastalarında intihar riskini artırabileceğini göstermektedir (116). Depresyonun ve

kaygının BKB hastalarında intihar girişimleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu önceki çalışmalarda da vurgulanmıştır (117).

Üçüncü adımda, üstbilişsel faktörleri eklenerek modelin açıklayıcı gücü artırılmıştır. Bu faktörlerin intihar olasılığı üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve özellikle düşünceleri kontrol etme ihtiyacı DKİ, EKE ve BF değişkenlerinin intihar riski üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Özellikle, metakognitif süreçlerin bozulmuş olması, bu bireylerde olumsuz düşüncelere saplanma ve intihar eğilimlerini artırma eğilimi ile ilişkilidir (83). Benzer şekilde, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı yüksek olan bireylerin, olumsuz düşüncelerini bastırmaya çalışırken paradoksal olarak bu düşünceleri daha şiddetli bir biçimde deneyimledikleri ve bu durumun intihar riskini önemli ölçüde artırma olasılığının olduğu belirtilmiştir (115).

Çalışmamızın diğer üçüncü adımında, erken dönem uyumsuz şemalar (EDUŞ) eklenerek modelin açıklayıcı gücü artırılmıştır. DY ve KU intihar olasılığı ile anlamlı ilişkiler göstermiştir. Özellikle, kendini değersiz ve kusurlu hissetmenin, BKB hastalarında intihar riskini yükselten önemli faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir. Önceki araştırmalar, kusurluluk ve duygusal yoksunluk şemalarının, BKB hastalarında intihar düşünceleriyle güçlü bir biçimde bağlantılı olduğunu göstermektedir (118). Önceki araştırmalar da sonuçlarımızla paralellik göstermekte ve BKB hastalarının bilişsel süreçlerinde olumsuz şemalara sıkça başvurduklarını ve bu şemaların, intihar davranışlarını öngörmeye önemli faktörler olduğunu göstermektedir (107). Bununla birlikte, BAŞ, KAR, SİG gibi değişkenler ile intihar olasılığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki ortaya konmamıştır. Bu sonuç, bazı uyumsuz şemaların BKB hastalarında intihar riski üzerinde doğrudan etkili olmayabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, bilişsel süreçlerden DB ve OA intihar olasılığı üzerinde anlamlı ilişkisi ortaya konamamıştır. Önceki çalışmalarda, özellikle onay arayışının bazı BKB hastalarında intihar riskini artırabileceği belirtilse de, bu çalışmada anlamlı bir sonuç elde edilmemesi, bireysel farklılıklara bağlı olabilir (82).

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmamızda hastaların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması, örneklem

büyükülüğünün sınırlı olması, çalışmanın tek merkezli olması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan gruplar arasında yaş, cinsiyet, özellikleri açısından fark bulunmuyor olması, katılımcılarda kullanılan ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisini saptamak için korelasyon analizleri, tanımlayıcı istatistiklerin ve ölçek puanlarının BKB olan kişilerde intihar olasılığı üzerindeki etkisini görmek için hiyerarşik regresyon analizleri kullanılması, BKB olan bireylerde intihar olasılığı ve bunun üstbilişsel faktörlerle ilişkisinin detaylı bir şekilde incelenmesi, depresyon ve anksiyetenin BKB’ de intihar olasılığı üzerine etkilerinin araştırılması çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Çalışmanın Olası Klinik Yansımaları

Psikiyatrik Destek ve Klinik Uygulamalar: BKB olan bireylerin düzenli aralıklarla psikiyatrik değerlendirmelerden geçmesi, intihar riskinin erken tespit edilmesini sağlayabilir(119). İntihar riski yüksek olan bireyler için acil müdahale ekipleri oluşturulmalıdır. Bu ekipler, kriz durumlarında hızlı ve etkili müdahalelerde bulunabilir.

Metakognitif terapi, BKB olan bireylerin düşünce süreçlerini ve duygusal tepkilerini daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir(120). Bu terapi, özellikle endişelenmenin kontrol edilemezliği ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı gibi üstbilişsel sapmaları hedef alır. Terapistler, bireylere düşüncelerini yeniden yapılandırma ve duygusal regülasyon becerileri kazandırabilirler. Şema terapi, erken dönem uyumsuz şemaların (örneğin, duygusal yoksunluk, terk edilme, kusurluluk) etkisini azaltmaya yönelik bir yaklaşımdır(47). Bu terapi, BKB olan bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına ve kişilerin sağlıklı baş etme stratejileri oluşturmalarına olanak sağlar.

Bireylerin BKB hakkında bilgilendirilmesi durumun gidişatı açısından önem arz etmektedir. Bu durum bireylerin semptomlarını göz önüne koyma ve baş etme mekanizmalarını geliştirmelerine olanak sağlar(38). Psikoeğitim programları, duygusal regülasyon, stres yönetimi ve iletişim becerileri gibi konuları içermelidir.

BKB olan bireylerde psikoterapi ve ilaç sağaltımının birlikte kullanılmasının, bireyin Őikeyetlerinin azalmasında ve yönetilmesinde daha etkin bir rol oynayabilir (121).

Aile ve Toplumun Farkındalığını Artırma: Ailelerin BKB hakkında bilinçlendirilmesi, bireylere daha iyi destek olmalarını sağlayabilir. Aileler, duygusal destek sağlama, kriz durumlarında nasıl davranacakları ve iletişim becerileri konusunda eğitilmelidir(122). BKB ve intihar riski hakkında toplumda farkındalık yaratmak, damgalamayı azaltabilir ve bireylerin tedaviye erişimini kolaylaştırabilir(119).

Gelecekteki Araştırmalar: Bu çalışmanın ortaya çıkardığı verileri desteklemek için daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılmalıdır. Üstbilişsel terapi ve şema terapisinin etkililiğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalar yapılmalıdır(47,120). BKB olan bireylerde intihar riskini azaltmaya yönelik yeni müdahale yöntemleri geliştirilmesi için araştırmalar yapılmalıdır.

Politika Önerileri: BKB olan bireylerin psikiyatriye ulaşımını kolaylaştırmak için politikalar geliştirilmelidir. BKB olan bireylerin sosyoekonomik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik destek programları oluşturulmalıdır. BKB ve intihar riski hakkında toplumda farkındalık yaratmak, damgalamayı azaltabilir ve bireylerin tedaviye erişimini kolaylaştırabilir(119).

6. SONUÇ

Bu çalışmada, BKB tanılı hastalarda intihar olasılığı ile şema ve üstbiliş ilişkisi çok yönlü istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Bulgular, BKB olan bireylerde intihar olasılığının; bazı sosyodemografik değişkenlerle, tekrarlayıcı intihar davranışlarıyla, psikiyatrik öyküyle, şemalar, üstbilişsel faktörler ve son dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkili olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında, eğitim süresi, çalışma durumu, yaşam düzeni, bedensel hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve self-mutilasyon soygeçmişi gibi veriler çalışma grubunda anlamlı yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve medeni durumda anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma ve kontrol grubu intihar davranışı sayısı ve psikiyatri yatış sayısı gibi tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında çalışma grubunda puanlar anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

BKB olan bireyler ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, YŞÖ, İÖÖ, YAB-7, ÜBÖ ve HSA-9 ölçek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. YŞÖ, ÜBÖ, YAB-7 ve HSA-9 ölçek ve altölçek puanları İÖÖ ölçek ve altölçek puanları ile büyük oranda anlamlı korelasyonlar göstermiştir. İÖÖ' nin bağımlı değişken olarak ele alındığı hiyerarşik regresyon analizinde, eğitim durumu, intihar davranışı sayısı, depresyon ve anksiyete puanları, şemalar ve üstbilişsel faktörler modeli açıklamada anlamlı bulunmuştur.

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) olan bireylerde intihar olasılığı ile şema ve üstbiliş arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışma, psikiyatrik destek ve klinik uygulamalar, aile ve toplumun farkındalığını artırma, gelecekteki araştırmalar ve politika önerileri açısından önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu önerileri daha detaylı bir şekilde ele alarak, BKB olan bireylerin yaşam kalitesini artırmaya ve intihar riskini azaltmaya yönelik somut adımlar önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sabanciogullari S, Avci D, Dogan S, Kelleci M, Ata E. Suicide probability and affecting factors in psychiatric inpatients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16(3):164-72.
2. Tunç P, Şahin D. The predictors of impulsive, self-injuring, and suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2019;20(4):341-9.
3. Alptekin K, Duyan V. İntihar ve İntihar Girişimi. 2021 [a.yer 24 Nisan 2025];
4. Mann JJ, Rizk MM. A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*. 01 Ekim 2020;177(10):902-16.
5. Arntz A, Genderen H Van. Schema therapy for borderline personality disorder. 2020.
6. Köse Karaca B, Gürsoy M. Mükemmeliyetçiliği Şema Terapiyle Ele Almak: Bir Vaka Üzerinden Anlatım. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 01 Ekim 2019;6(3):312-33.
7. Moritz S, Lysaker PH. Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophr Res*. Kasım 2018;201:20-6.
8. Seow TFX, Rouault M, Gillan CM, Fleming SM. How Local and Global Metacognition Shape Mental Health. *Biol Psychiatry*. Ekim 2021;90(7):436-46.
9. Hoven M, Lebreton M, Engelmann JB, Denys D, Luigjes J, van Holst RJ. Abnormalities of confidence in psychiatry: an overview and future perspectives. *Transl Psychiatry*. 21 Ekim 2019;9(1):268.
10. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. Mart 2016;387(10024):1227-39.
11. Ganança L, Oquendo MA, Tyrka AR, Cisneros-Trujillo S, Mann JJ, Sublette ME. The role of cytokines in the pathophysiology of suicidal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. Ocak 2016;63:296-310.

12. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Front Psychiatry*. 01 Şubat 2016;7.
13. Brown GK CGJHSSB. Detection and classification of suicidal behavior and nonsuicidal self-injury behavior in emergency departments. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015 [a.yer 24 Nisan 2025];76(10):1397-403.
14. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behav Ther*. Ocak 2019;50(1):60-72.
15. AYDIN M, HACIMUSALAR Y, HOCAOĞLU Ç. İntihar Davranışının Nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 31 Mart 2019;11(1):1-23.
16. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, vd. The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis*. Kasım 2021;42(6):474-87.
17. Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E, Ferrigno G, Pompili M, vd. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25 Aralık 2015;24(12):1423-46.
18. Galyner I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depress Anxiety*. Şubat 2017;34(2):147-58.
19. Barak-Corren Y, Castro VM, Javitt S, Hoffnagle AG, Dai Y, Perlis RH, vd. Predicting Suicidal Behavior From Longitudinal Electronic Health Records. *American Journal of Psychiatry*. 01 Şubat 2017;174(2):154-62.
20. American Psychiatric Association. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V. 5th ed. Arlington. 2013.
21. Kutlu MA. Borderline kişilik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi* [Internet]. 2018 [a.yer 24 Nisan 2025];3(5).
22. FARAJİ H. Borderline Kişilik Bozukluğunun Ergenlik Döneminde Belirlenmesine Dair Bir Değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 08 Eylül 2021;18(43).

23. BOZDAĞ Y, YALÇINKAYA-ALKAR Ö. Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu: Bir Vaka Çalışması. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi. 25 Haziran 2018;5(2):43-58.
24. Bilge Y. Borderline kişilik bozukluğu tedavisinde zihinselleştirme temelli terapi. İçinde: SOSYAL BİLİMLERDE GÜNCEL ARAŞTIRMALAR. 2020. s. 167-209.
25. Edwards ER RNGMFAKDGM. Emotional Dysregulation and Childhood Adversity in Borderline Personality Disorder. İçinde: Emotions in Personality Disorders. 2024. s. 88-95.
26. Bilge Y TF. Borderline kişilik bozukluğu ve yalnızlık: sistematik bir derleme. İçinde: GÜNCEL PSIKOLOJİ VE SOSYOLOJİ ARAŞTIRMALARI. 2022. s. 45-62.
27. Faraji H, İpek B. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA EMPATİ. Erciyes Akademi. 30 Eylül 2022;36(3):1294-313.
28. Broadbear JH, Bhagwandas MG, Crowley S, Cheney L, Rao S. Exploring the Pathways to Diagnosis for Men With Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. Int J Ment Health Nurs. 03 Şubat 2025;34(1).
29. KÜÇÜK A, ÇETİNKAYA S. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı ve intihar ilişkisi; tanı, borderline kişilik bozukluğu ve mizaç ve karakter özelliklerinin rolü. Cukurova Medical Journal. 30 Haziran 2019;44(2):360-8.
30. Derin G, ÖE. DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE SINIRDA (BORDERLINE) KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA RUHSAL TRAVMA. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2018;3(3):29-42.
31. Streit F, Awasthi S, Hall AS, Niarchou M, Marouli E, Babajide O, vd. Genome-wide association study of borderline personality disorder identifies six loci and highlights shared risk with mental and somatic disorders. medRxiv. 13 Kasım 2024;
32. TAMAR Müge ÇSKORKMAZ. . Ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğu. Türkiye Klinikleri Child Psychiatry. 2018;4(2):207-14.
33. Grecucci A, Graci F, Munari E, Yi X, Salvato G, Messina I. A fronto-insular network underlies individual variations in anger expression and control.

- Imaging Neuroscience. 05 Kasım 2024;2:1-14.
34. Kaufman EA, Coon H, Shabalin AA, Monson ET, Chen D, Staley MJ, vd. Diagnostic profiles among suicide decedents with and without borderline personality disorder. *Psychol Med*. 18 Kasım 2024;54(15):4150-9.
 35. Temes CM, Boccagno C, Gold AK, Kobaissi H, Hsu I, Montinola S, vd. Comorbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: Phenomenology, course, and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 21 Eylül 2024;26(6):548-55.
 36. Rothman B, Brewer C, Chang D, Hobart M, Hefting N, McQuade RD, vd. A randomised study and an extension study of brexpiprazole in patients with borderline personality disorder. *Acta Neuropsychiatr*. 19 Kasım 2025;37:1-10.
 37. Bayram Kuzgun T. Diyalektik Davranış Terapisinin Borderline Kişilik Bozukluğu Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sistemik Derleme Çalışması. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 2023;13(2):424-38.
 38. LINEHAN M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. 1993.
 39. Nardone S, Pascual-Leone A, Kramer U, Cristoffanini F, Grandjean L, Culina I, vd. Emotions observed during sessions of dialectical behavior therapy predict outcome for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. Eylül 2024;92(9):607-18.
 40. Sohrabi AK, Karaaziz M. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Şema Terapinin Uygulanması Üzerine Sistemik Bir Derleme (A Systematic Review on Borderline Personality Disorder and the Application of Schema Therapy). *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*. 28 Ağustos 2023;
 41. Beton m. Borderline kişilik bozukluğunda şema terapisinin etkinliği. *Journal of academic social resources*. 01 Ocak 2021;6(25):861-73.
 42. PULAT F. Aktarım odaklı psikoterapinin borderline patolojilere bakışı. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2019;2(3):117-30.
 43. YOUNG JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 1999.
 44. ERTÜRK İŞKGülşen. KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA ŞEMA TERAPİ YAKLAŞIMI. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.

2017;6(12):97-114.

45. KÖMÜRCÜ BGN. Erken dönem uyumsuz şemalar ve kaygı üzerine bir derleme. Nesne Psikoloji Dergisi. 2016;4(8):183-203.
46. KOÇ S, SARI S. Şemaların Nesiller Arası Aktarımına Dair Bir Derleme. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi. 26 Aralık 2023;(22):369-86.
47. YOUNG JE; KJS; WME. Schema therapy: A practitioner's guide. 2006.
48. Barazandeh H, Kissane DavidW, Saeedi N, Gordon M. Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. Psychiatry Res. Mart 2018;261:1-6.
49. GENCER MBilal. Endişe ve Ruminasyonun Şema Terapi Mod Modeli ile İncelenmesi. 2023.
50. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. Pers Individ Dif. Mayıs 2016;94:130-9.
51. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 30 Eylül 2017;90(3):456-79.
52. MONTGOMERY-GRAHAM S. DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. J Contemp Psychother. 2016;46(1):53-60.
53. Fassbinder E, Schuetze M, Kranich A, Sipos V, Hohagen F, Shaw I, vd. Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. Front Psychol. 25 Kasım 2016;7.
54. Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U, vd. A Schema Therapy–Based eHealth Program for Patients with Borderline Personality Disorder (prioivi): Naturalistic Single-Arm Observational Study. JMIR Ment Health. 17 Aralık 2018;5(4):e10983.
55. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. American Psychologist. Ekim 1979;34(10):906-11.

56. Lysaker PH, Kukla M, Leonhardt BL, Hamm JA, Schnakenberg Martin A, Zalzal AB, vd. Meaning, integration, and the self in serious mental illness: Implications of research in metacognition for psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J*. Aralık 2020;43(4):275-83.
57. Philipp R, Kriston L, Lanio J, Kühne F, Härter M, Moritz S, vd. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clin Psychol Psychother*. 16 Mart 2019;26(2):227-40.
58. Sun X, Zhu C, So SHW. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*. 23 Eylül 2017;45:139-53.
59. Rouault M, Seow T, Gillan CM, Fleming SM. Psychiatric Symptom Dimensions Are Associated With Dissociable Shifts in Metacognition but Not Task Performance. *Biol Psychiatry*. Eylül 2018;84(6):443-51.
60. Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A. Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*. 10 Eylül 2020;15(9):e0238457.
61. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psikiatriki*. 01 Nisan 2019;30(1):13-6.
62. LOUIS JP, et al. Positive clinical psychology and schema therapy (ST): The development of the young positive schema questionnaire (YPSQ) to complement the young schema questionnaire 3 short form (YSQ-S3). *Psychol Assess*. 2018;30(9):1199.
63. ALBAYRAK EÖCMEmin. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*. 2004;17(1):27-33.
64. VELİBAŞOĞLU Berge. Erken dönem uyum bozucu şemalar ve young pozitif şema ölçeği ile değerlendirilen erken dönem uyumlu şemalar üzerinden obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ve müdahale. 2021;
65. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale. *PsycTESTS Dataset*. 2011.
66. ATLI Z et al. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örnekleme geçerlik ve güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2009;12(3):111-24.
67. TOSUN AIMetehan. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği,

- Güvenirligi, Kaygi ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(1).
68. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. Arch Intern Med. 22 Mayıs 2006;166(10):1092.
69. KONKAN R, ŞENORMANCI Ö, GÜÇLÜ O, AYDIN E, Z. SUNGUR M. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirligi. Noro Psikiyatr Ars. 05 Mart 2013;50(1):53-8.
70. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. J Gen Intern Med. Eylül 2001;16(9):606-13.
71. SARI YE et al. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. Biomedical Research-India. 2016;27:460-2.
72. Paris J. Borderline personality disorder. Can Med Assoc J. 07 Haziran 2005;172(12):1579-83.
73. Zanarini MC WALRRRVSM et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1997;154(8):1101-6.
74. BRIONES-BUIXASSA L et al. Predicting non-suicidal self-injury in young adults with and without borderline personality disorder: a multilevel approach combining ecological momentary assessment and self-report measures. Psychiatric quarterly. 2021;92(3):1035-54.
75. SHORUB E et al. Impulsivity and psychiatric comorbidity as risk factors for suicide attempts in borderline personality disorder. South African journal of psychiatry. 2022;28.
76. Marrero RJ, GLF, PAC, & VPR. Social functioning and independent living in borderline personality disorder: A systematic review. J Clin Psychol. 2023;79(8):1421-37.
77. Ullrich S, Coid J. The Age Distribution of Self-Reported Personality Disorder Traits in a Household Population. J Pers Disord. Nisan 2009;23(2):187-200.
78. Crema C, AMM, & CF. Chronic pain and gastrointestinal disorders in borderline personality disorder: A review. Journal of Psychosomatic Research , 180, 110983. 2024;

79. Hajfiroozabadi M, Mohtashami J, Atashzadeh-Shoorideh F. Individual Factors Underlying Suicidal Behaviors in Patients with Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 04 Ocak 2022;16(1).
80. Gregory R, Sperry SD, Williamson D, Kuch-Cecconi R, Spink GL. High Prevalence of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Inpatients Admitted for Suicidality. *J Pers Disord.* Ekim 2021;35(5):776-87.
81. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry.* 01 Nisan 2000;157(4):601-8.
82. Yen S, Peters JR, Nishar S, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, vd. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts. *JAMA Psychiatry.* 01 Şubat 2021;78(2):187.
83. TITUS CE; DHL. Thought control strategies as predictors of borderline personality disorder and suicide risk. *J Affect Disord.* 2020;266:349-55.
84. GELUK ROUWHORST A et al. The impact of borderline personality disorder symptoms on onset and course of anxiety disorders: Results of a general population study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2023;14(3):360.
85. KESHVARI BJHKF. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety among People with Borderline Personality Disorder. *Razavi International Journal of Medicine.* 2021;9(4):73-80.
86. Tamam L. The relationship between perceived stress, dissociative experiences, depressive symptoms, and anxiety sensitivity in borderline personality disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2020;
87. Chassagne J, Bronchain J, Raynal P, Chabrol H. L'effet modérateur de la pleine conscience dispositionnelle dans la relation entre symptomatologie dépressive, troubles de la personnalité limite et idéations suicidaires chez le jeune adulte. *Encephale.* Nisan 2020;46(2):110-4.
88. Herman JL PJVDKBA. Childhood trauma in borderline personality disorder.

- Am J Psychiatry. 1989;
89. Laporte L GH. Abusive Relationships in Families of Women with Borderline Personality Disorder. J Nerv Ment Dis. 2001;
 90. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Higher indexes of childhood trauma in borderline personality disorder compared with bipolar disorder. Psychiatr Pol. 27 Şubat 2022;56(1):7-18.
 91. MacDowell KS, Marsá MD, Buenache E, Villatoro JML, Moreno B, Leza JC, vd. Inflammatory and antioxidant pathway dysfunction in borderline personality disorder. Psychiatry Res. Şubat 2020;284:112782.
 92. Ingkachotivanich N, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Oon-Arom A, Karawekpanyawong N, Lohanan T, vd. Different Effects of Perceived Social Support on the Relationship between Perceived Stress and Depression among University Students with Borderline Personality Disorder Symptoms: A Multigroup Mediation Analysis. Healthcare. 03 Kasım 2022;10(11):2212.
 93. Martin S, Del-Monte J. Metacognition and insight dynamics exploration in borderline personality disorder: Exploring the underlying dynamics. J Psychiatr Res. Nisan 2023;160:225-31.
 94. Vega D, Torrubia R, Marco-Pallarés J, Soto A, Rodriguez-Fornells A. Metacognition of daily self-regulation processes and personality traits in borderline personality disorder. J Affect Disord. Nisan 2020;267:243-50.
 95. Soleimani B, Yazdanbakhsh K, Momeni K. Modeling the relationship between Overgeneral Autobiographical Memory and problem solving in people with borderline personality disorder: The mediating role of metacognitive awareness. Journal of Cognitive Psychology. 01 Ekim 2021;9(3):1-15.
 96. Cyrkot T, Szczepanowski R, Jankowiak-Siuda K, Gawęda Ł, Cichoń E. Mindreading and metacognition patterns in patients with borderline personality disorder: experimental study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 18 Eylül 2021;271(6):1159-68.
 97. Gundogmus F, YO, & DE. Metacognition and emotional regulation in borderline personality disorder: The mediating role of rumination. . Clin Psychol Psychother. 2022;29(6):1542-53.

98. Karabulut V, Evren C, Alniak I, Carkci OH, Umut G, Cetin T, vd. Relationship between Suicide Attempt History and Borderline Personality Disorder, Aggression, Impulsivity, and Self-Mutilative Behavior among Male Inpatients with Substance Use Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 29 Haziran 2021;31(2):139-47.
99. Kaurin A, Dombrowski AY, Hallquist MN, Wright AGC. Suicidal urges and attempted suicide at multiple time scales in borderline personality disorder. *J Affect Disord*. Mayıs 2023;329:581-8.
100. Maçık D. The alternative model of personality disorders or early maladaptive schemas? Usefulness for understanding borderline features in a non-clinical adult sample. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 29 Eylül 2023;23(2):69-76.
101. Ewa Talarowska M, Kobza R. Early maladaptive schemas in borderline personality disorder. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2021;16(1-2):24-31.
102. Sberse LB, Ávila AC de, Carvalho CDP, Rospide EB, Alexandre BS, Oliveira M da S. Esquemas iniciais desadaptativos e modos esquemáticos em mulheres dependentes químicas com Transtorno de Personalidade Borderline. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 23 Haziran 2023;19.
103. Bilge Y, Balaban G. The relationships between personality disorders and early maladaptive schemas and the moderating role of gender. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2020;(0):1.
104. Kunst H, Lobbestael J, Candel I, Batink T. Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clin Psychol Psychother*. 17 Kasım 2020;27(6):837-46.
105. Cankaya H, Cakmak S, Tamam L, Namli Z, Demirkol M, Karaytug M. The Relationship Between Suicidal Behavior and Metacognitive Characteristics in Male Patients with Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022;12(4):188.
106. Crema F, PM, FC, & ZC. Medical comorbidities in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Curr Psychiatry Rep*. 2024;26(2):145-160.

107. Harry NM, AO, FIL, ON, COV, AF, OKE, OMB, & INC. Predictive factors of suicidal behaviors in borderline personality disorder post-discharge: A comprehensive review. *World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences*. 2024;
108. Calati R, Romano D, Lopez-Castroman J, Turolla F, Zimmermann J, Madeddu F, vd. BOrderliNe symptoms and suicide-related outcomes: proTOcol for a systematic review/meta-analysis and an individual patient data meta-analysis (BONITO study). *BMJ Open*. 26 Mayıs 2022;12(5):e056492.
109. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 17 Nisan 2020;11.
110. KARIMI MSAARPTayebe. The relationship between early maladaptive schemas and suicidal tendency of students: The moderating role of reasons for living. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2021;14(4):205-10.
111. Tariq A, Quayle E, Lawrie SM, Reid C, Chan SWY. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Aralık 2021;295:1462-73.
112. BERTUCCIO P et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: An analysis of data from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*. 2024;70.
113. Öztürk F, & ÖI. The effect of maladaptive schema domains on emotional regulation strategies in individuals with borderline personality disorder. . *Psychiatry Res*. 2023;319.
114. Alberdi-Páramo Í, Montero-Hernández G, Sáiz-González MD, Díaz-Marsá M, Carrasco-Perera JL. Clinical and Sociodemographic Variables as Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: A Restrospective Study. *Rev Colomb Psiquiatr*. Aralık 2022;
115. Crema C, Boccali A, Martinelli A, De Francesco S, Meloni S, Baronio CM, vd. Suicide Risk in Borderline Personality Disorder: a Machine Learning Tool based on Clinical and MRI Data. 2024.

116. BARYSHNIKOV IRT; IET. Psychological pain as a risk factor for suicidal ideation: An ecological momentary assessment study on inpatients with depression with and without comorbid borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2024;85(2):54110.
117. Wongpakaran N, WT, & WD. Depression, anxiety, and suicide risk in borderline personality disorder: The moderating role of resilience. *Psychiatry Res*. 2021;304:114124.
118. Titus CE, & DHL. Maladaptive schemas and suicidal ideation in borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Pers Individ Dif*. 2020;167:110246.
119. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Borderline personality disorder: Recognition and management (Clinical guideline CG78). [Internet]. 2024 [a.yer 02 Mayıs 2025].
120. Wells A, Capobianco L, Matthews G, Nordahl HM. Editorial: Metacognitive Therapy: Science and Practice of a Paradigm. *Front Psychol*. 18 Eylül 2020;11.
121. BATEMAN A, FONAGY P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. Şubat 2010;9(1):11-5.
122. Paris J. Estimating the Prevalence of Personality Disorders in the Community. *J Pers Disord*. Ağustos 2010;24(4):405-11.

8. EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

AD SOYAD					
CİNSİYET	ERKEK()		KADIN()		
YAŞ					
MEDENİ DURUM	BEKAR()	EVLİ()	DUL/BOŞANMIŞ()		
EĞİTİM	8 YILDAN AZ()	8-12 YIL ARASI()	12 YILDAN FAZLA()		
ÇALIŞMA DURUMU	ÇALIŞMIYOR()		ÖĞRENCİ()		
	DÜZENLİ GELİRİ VAR()		EMEKLİ()		
	EV HANIMI()				
KİMLE YAŞIYORSUNUZ?	TEK BAŞINA()	AİLE İLE()	ARKADAŞ(LAR) İLE()		
DAHA ÖNCE PSİKİYATRİYE BAŞVURUDUNUZ MU?	HAYIR ()	0-1 KEZ()	1-5KEZ()	5-15 KEZ()	15 DEN FAZLA()
KAÇ YILDIR PSİKİYATRİYILDIR TAKİBİNİZ VARDIR??					
HİÇ PSİKİYATRİ SERVİSİNE YATTINIZ MI?	HAYIR()	EVET.....KERE YATTIM			
İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNDUNUZ MU?	HAYIR()	EVET.....KERE			
DAHA ÖNCE KENDİ CANINIZI ACITACAK GİRİŞİMLERİNİZ OLDU MU?(ÇİLDE KESİK ATMAK GİBİ)	HAYIR()	EVET ()			
ŞU ANDA PSİKİYATRİK TEDAVİ ALIYOR MUSUN?	HAYIR()	EVET İLAÇ()	EVET PSİKOTERAPİ()	EVET İLAÇ VE PSİKOTERAPİ()	
SİGARA ALKOL MADDE KULLANIMINIZ VAR MI?	HAYIR()	EVET SİGARA()	EVET ALKOL()	EVET MADDE()	
ŞU ANDA TEDAVİ GÖRDÜĞÜNÜZ BEDENSEL BİR HASTALIK VAR MI?	HAYIR()	EVET:.....			
AİLENİZDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ VAR MI? VARSA YAKINLIK DERECEİNİZ	HAYIR()	EVET:.....			
AİLENİZDE KENDİSİNE ZARAR VERME ÖYKÜSÜ OLAN VAR MI? VARSA YAKINLIK DERECEİNİZ	HAYIR()	EVET:.....			

EK 2: Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1- Benim için tamamıyla yanlış | 4- Benim için orta derecede doğru |
| 2- Benim için büyük ölçüde yanlış | 5- Benim için çoğunlukla doğru |
| 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla | 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor |

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terke edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hiss ediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İstedığımı yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. ____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissedirim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

EK 3: İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

Sizi Tanımlama Derecesi	%0	%30	%70	%100
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum				
5. Çok fazla sorumluluğum var				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum				
11. Ölüsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmaz kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölüsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum				
24. Ölümümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım 36. Nerede ol				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				

EK 4: Üstbilis Ölçeği

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 (YAB-7) Testi

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçuşumun kenarındaymış gibi hissetme	☐	☐	☐	☐
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	☐	☐	☐	☐
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	☐	☐	☐	☐
4. Gevşeyip rahatlayamama	☐	☐	☐	☐
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	☐	☐	☐	☐
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma	☐	☐	☐	☐
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	☐	☐	☐	☐

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı ☐	Oldukça zorluk yarattı ☐	Çok zorluk yarattı ☐	Aşırı derecede zorluk yarattı ☐
--	--	--	---