KESİT AKADEMİ DERGİSİ

ISSN: 2149-9225

The Journal of Kesit Academy

İntihar Davranışlarını Önleme ve Azaltmada
Diyalektik Davranış Terapisi: Güncel Bir Gözden
Geçirme

Dialectical Behavior Therapy for Preventing and
Reducing Suicidal Behaviors: A Current Review

Mert KUŞLUVAN*

Makale Türü/ Article Information/ Информация о Статье:

Araştırma Makalesi/ Research Article/ Научная Статья

Atıf / Citation / Цитата

Kuşluyan, M. (2021). İntihar davranışlarını önleme ve azaltmada diyalektik davranış terapisi: Güncel bir gözden geçirme. *Kesit Akademi Dergisi*, 7 (29), 467-484.

Kuşluyan, M. (2021). Dialectical behavior therapy for preventing and reducing suicidal behaviors: A current review. *The Journal of Kesit Academy*, 7 (29), 467-484.

doi 10.29228/kesit.52778

Geliş/ Submitted/ Отправлено:

28.09.2021

Kabul/ Accepted/ Принимать:

22.11.2021

Yayın/ Published/ Опубликованный:

25.12.2021

Bu makale İntihal.net tarafından taranmıştır. This article was checked by Intihal.net. Эта статья была проверена
Интихал.нет Bu makale Creative Commons lisansı altındadır. This article is under the Creative Commons license. Это
произведение доступно по лицензии Creative Commons.

*Yüksek Lisans Öğrencisi, Bursa Uludağ Üniversitesi, mkusluyan@gmail.com

KESİT AKADEMİ DERGİSİ

ISSN: 2149-9225

The Journal of Kesit Academy

İntihar Davranışlarını Önleme ve Azaltmada Diyalektik Davranış Terapisi: Güncel Bir Gözden Geçirme¹

*Dialectical Behavior Therapy for Preventing and Reducing Suicidal
Behaviors: A Current Review*

Mert KUŞLUVAN

Öz: Kişinin kasıtlı olarak kendi hayatına son vermesi olarak tanımlan intihar, toplum sağlığını ciddi anlamda olumsuz etkileyen bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel hesaplamalarına göre; dünya çapında her yıl 700.000'den fazla kişi intihar nedeni ile hayatını kaybetmekte ve bu da her 40 saniyede bir kişinin bu nedenle hayatını kaybetmesi anlamına gelmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının, intihar ve intihar ile ilişkili olduğu bilinen çeşitli kendine zarar verme davranışlarını azaltmada ve önlemede gerekli donanımına sahip olması büyük önem taşımaktadır. Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Marsha Linehan tarafından kronik intihar davranışı gösteren bireyler için geliştirilmiş bir tedavi yöntemi olup, zamanla intihar eğilimi yüksek olduğu bilinen borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu (BKB) tanılı bireylerin çok yönlü sorunlarının tedavisinde kullanılması ile gündeme gelmiştir. Konunun öneminden yola çıkılarak hazırlanan bu derleme çalışmasında; DDT'nin temelleri, kuramları, yapısı, uygulanışı ve beceri eğitimi modüllerinden bahsedilmiş ve DDT'nin intihar davranışlarını önleme ve azaltmadaki etkinliğine inceleyen son 10 yıl içerisinde yayınlanmış belli başlı güncel araştırmalara yer verilmiştir. Bu derlemede; DDT ve DDT'nin intihar davranışlarını azaltmadaki güncel durumunu değerlendirmek ve konu ile ilgili yapılan araştırmalardaki eksikliklere dikkat çekerek gelecekte yapılacak araştırmalara yön vermek amaçlanmaktadır. Son 10 yıl içerisinde yayınlanan araştırmalar, DDT'nin intihar riskini azaltmada hala etkili ol-

¹ "COPE-Dergi Editörleri İçin Davranış Kuralları ve En İyi Uygulama İlkeleri" beyanları: Bu çalışma için herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. Bu çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir. Statements of "COPE-Code of Conduct and Best Practices Guidelines for Journal Editors": No conflicts of interest were reported for this article. Ethics committee approval is not required for this article.

duğuna işaret etmektedir. Çalışma, ikincil veri toplama tekniklerinden literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyalektik davranış terapisi, intihar, intihar davranışı, intihar önleme, kendine zarar verme.

Abstract: Suicide, defined as the intentional ending of one's own life, is a phenomenon that seriously affects public health. According to the current estimation of the World Health Organization, more than 700,000 people die every year due to suicide, that is one person every 40 seconds. It is of great importance that mental health professionals have the necessary qualifications to reduce and prevent suicide and various self-harming behaviours that are known to be associated with suicide. Dialectical Behavior Therapy (DBT) is a treatment method developed by Marsha Linehan for chronically suicidal individuals and it has come to the fore with its use in the treatment of multifaceted problems of individuals with borderline personality disorder (BPD) which are known to have high risk of suicide. Based on the significance of the subject matter; this study summarises the foundations, theories, structure, application, and skill training modules of DBT and reviews some empirical literature published in the last 10 years that examine the application and effectiveness of DBT in preventing and reducing suicidal behaviours. A review of the recent literature is used to evaluate the current status of DBT and its role in reducing suicidal behaviours and to direct future research by drawing attention to research gaps on the subject. Research published in the last 10 years indicates that DDT is still effective in reducing the risk of suicide. The study was prepared by reviewing the literature, one of the secondary data collection techniques.

Keywords: Dialectical behavior therapy, suicide, suicidal behavior, suicide prevention, self-harm.

Giriş

İntihar ya da özkıym, insanlık tarihi boyunca toplum içerisinde görülmüş bir olgudur. Psikiyatri/Psikoloji, Sosyoloji, Felsefe ve İlahiyat gibi birçok farklı disiplinin ilgisini çekmiş ve bu disiplinlere araştırma konusu olmuş bu karmaşık olguya bakış açısı; tarihsel döneme, toplumların gelişmişlik seviyelerine ve sosyo-kültürel koşullara bağlı olarak değişim göstermiştir (Orzechowska, Lukasik ve Galecki, 2020). Hatta Nobel Edebiyat Ödüllü Fransız filozof Albert Camus (2010), intiharı felsefenin gerçekten önemli olan tek sorunu olarak görmüştür. Ona göre hayatın yaşanmaya değer olup olmadığı sorusuna cevap vermek felsefenin en önemli sorusuna cevap vermektir. Bu çok boyutlu olguya her ne kadar farklı bakış açıları ile yaklaşılmış olsa da intihar kısa-

ca, kişinin kasıtlı olarak kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanmaktadır (Kosaraju vd., 2015). Günümüzde intihar, toplumsal sağlığı etkileyen en ciddi sağlık sorunlarından birisidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2021) tahminlerine göre, dünya genelinde her yıl 700,000'den fazla kişi intihar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. İntihar nedeni ile ölen her bir birey için intihar girişiminde bulunan çok daha fazla birey olduğu da bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun güncel hesaplamalarına göre; Türkiye'de 2019 yılında intihar nedeni ile hayatını kaybeden kişi sayısının 435.941'i bulunduğu dikkat çekmektedir. Bu sayının her bin kişi başına 5,3 kişiye denk gelerek 2018 yılındaki kaba ölüm hızına göre arttığı görülmektedir (TÜİK, 2020). Bu kadar geniş kapsamlı olumsuz etkileri olan bir olgunun her yönü ile araştırılması büyük önem arz etmektedir.

İntihar, her yıl dünya çapında yüz binlerce kişinin hayatını kaybetmesine neden olarak toplum sağlığına büyük zarar vermektedir. Ancak intiharın toplum sağlığına verdiği zarar sadece intihar eden kişilerin hayatlarını kaybetmeleri ile sınırlı değildir. Toplumun yaklaşık olarak %4'ü aile içerisinde bir bireyin intiharını deneyimlerken, arkadaşlar ve akranlar arasında bu oran %5 ile %6 arasında değişmektedir (Andriessen, Rahman, Draper, Dudley ve Mitchell, 2017). İntihar sonucu ölen birey ile yakın ilişkileri olan kişiler, intihar sonrası travmatik yas sürecine girebilmekle beraber intihar eden kişiye karşı ölmeyi seçtiği için öfke de duyabilmektedir (Andriessen ve Krynska, 2011). Kaltman ve Bonanno'ya (2003) göre; intihar ve diğer şiddetli ölümler ile hayatını kaybeden bireylerin yakınlarında, beklenmedik şekilde doğal yollarla hayatını kaybeden bireylerin yakınlarına göre travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon semptomları daha fazla görülmektedir. Görüldüğü üzere intihar olayları, hayatını kaybeden kişi dışında toplumun ruh sağlığına da ciddi anlamda zarar veren bir olgudur.

Yirmi birinci yüzyılın başına kadar intihar olgusunu farklı kuramlar ele alırken 2000'li yıllardan sonra intihar olgusunu risk faktörleri ile ele alan çağdaş psikolojik kuramlar dikkati çekmiştir (Bulut ve Demirbaş, 2021). Farklı psikolojik kuramların intihar olgusunu kendi teorik temellerine dayandırarak açıklamaya çalıştıkları görülmektedir. Örneğin; Freud intiharı aşırı baskın ve zorbacı süperegöde karşısında ezilen egonun bu baskıya artık dayanamayıp süperegöde kurtulmaya ve bir anlamda ondan intikam almaya yönelik son bir çabası olarak görürken, varoluşçu terapiler intiharı kişinin kendi yaşamının anlamını yaratamamış olmanın bir sonucu olarak görmektedir (Bulut, Küçükler ve Bulut, 2012).

İntiharın meydana gelişi de dahil olmak üzere toplum sağlığını olumsuz etkileyen birçok olgu ile ilgili teoriler ve çözümler geliştiren terapi yaklaşımlarından bazıları da davranışçı terapilerdir. Günümüzde davranışçı terapiler, birbirinden farklılaşmış üç ayrı dalga halinde değerlendirilmektedir (Uğuz ve Kır, 2019). Birinci dalga terapiler

klasik davranışçı terapiler olup, klasik ve edimsel koşullanma gibi gözleme dayalı prensiplere dayanarak intihar davranışını ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır. Bilişsel süreçlerin insanın duygu ve davranışları üzerindeki etkisinin anlaşılması ile ikinci dalga bir terapi olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ortaya çıkmıştır. BDT intihar davranışı sergileyen bireylerin davranışlarını açıklarken çeşitli bilişsel çarpıtmaları neden olarak göstermekte ve bu bilişsel çarpıtmaların giderilmesine önem vermektedir (Eskin ve Köskün, 2019). Zamanla davranışsal değişikliklerin yanında yapılan bilişsel değişikliklerin etkinliği sorgulanmaya başlanmış ve bu da üçüncü dalga terapilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Üçüncü dalga yaklaşımlarda kabul, farkındalık (mindfulness) ve içgörü gibi yaklaşımlar ön planda yer alırken, ikinci dalgada baskın olan davranış ve bilişlere ek olarak duygu, üstbilis ve duyguların değerlendirilmesi gibi kavramlar bir arada incelenmektedir (Vatan, 2016). Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (FTBT) ve Meta-kognitif Terapi, üçüncü dalga terapiler arasında sayılabilir (Merwin, O'Rourke, Ives, Harstad, ve Brooks, 2019).

Diyalektik Davranış Terapisinin Temelleri

Bilişsel-davranışçı temelli üçüncü dalga terapilerden biri olan Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), kabul ve değişim stratejilerinin harmanlanmasını merkeze alan kanıta dayalı bir terapi yöntemidir (Robins, Zerubavel, Ivanoff ve Linehan, 2018). Linehan tarafından başlarda kronik intihar davranışı gösteren bireyler için geliştirilmiş bir tedavi yöntemi olan DDT, zamanla borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin çok yönlü problemlerinin tedavisinde kullanılması ile gündeme gelmiştir (Dimeff ve Linehan, 2001). Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireyler başta olmak üzere duygu düzenleme sorunları yaşayan bireyler, DDT için özellikle önem taşımaktadır. Hatta Linehan'a (2015a) göre borderline kişilik bozukluğu temelinde bir duygu düzenleme sorunudur. Duygu düzenleme sorunu yaşayan bireylerin; kronik intihar davranışı, kendine zarar verme, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi zararlı davranışları, duygularını düzenleme amacı ile kullandıkları dikkat çekmektedir. Sözü geçen zararlı davranışların, etkisiz ve zararlı bir takım başa çıkma mekanizmaları sonucu olarak ortaya çıktıkları görülmektedir. Bu nedenle duygu düzenleme sorunlarını yaşayan danışanlara, etkili başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi ve zararlı davranışların durdurulması DDT'nin temel amaçlarından biridir (Çelebi, 2017).

DDT, Linehan'ın 1970'lerde uygulanan standart bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) kronik intihar davranışı gösteren bireylere uygulanmasında ortaya çıkan bir takım zorlukları fark etmesi ile oluşmaya başlamıştır. Örneğin, terapistin değişim stratejilerine odaklanması danışan tarafından danışanın deneyimlerini geçersiz kılma çabası olarak algılanmış ve danışanın terapistle saldırganlıkta bulunmasına ya da terapiyi sabote edici davranışlar göstermesine neden olmuştur (Linehan, 2001). BDT'nin değişim

stratejilerinin bu danışanlarda terapiyi olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurduğunu gören Linehan, terapiye radikal kabul stratejilerini de eklemiş ve böylece değişim ve kabule dayalı stratejilerini harmanlayarak DDT'nin özünde yer alacak olan temel "diyalektiği" ortaya çıkarmıştır (Linehan, 2001).

DDT'de kabul temelli stratejiler uygulanırken Zen Budizm'in farkındalık (mindfulness) ve radikal kabul pratikleri örnek alınmıştır. Üçüncü dalga terapilerin entegre bileşenlerinden birisi olan farkındalık pratiğinde, gerçekliği olduğu gibi deneyimleme ve şimdiki anda yargılamadan kalma becerisinin kazanılması amaçlanmaktadır. Radikal kabul kavramı ise iyisi ve kötüsü ile hayatın her yönünün ayrım yapmadan zihin, kalp ve beden ile kabul edilmesi anlamına gelmektedir (Linehan, 2015b). Değişim stratejileri olarak da bilişsel-davranışçı terapilerde kullanılan "maruz bırakma, edimsel yönetim, sorun çözme, bilişsel yeniden yapılandırma" gibi prensipler uygulanmaktadır (Çelebi, 2017). Özellikle borderline kişilik bozukluğunda olduğu gibi duygu düzenleme sorunu yaşayan bireylerde hem değişim hem de kabul stratejilerinin uygulanması büyük önem arz etmektedir. Aksi takdirde bu bireyler yaklaşımlardan birine karşı pozisyon alabilmekte ve bu da danışan ile terapistin kutuplaşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle danışanın kutuplaşmasını engellemek için kabul ve değişim stratejilerinin ikisinin de terapist tarafından kullanılması danışanın dengeli bir bakış açısı kazanması açısından kritik önem taşımaktadır.

Diyalektik Davranış Terapisi Kuramı

DDT'nin teorik arka planını; Biyososyal Kuram, Davranış Kuramı ve Diyalektik Kuram olmak üzere 3 kuramın oluşturduğu söylenebilir (Çelebi, 2017).

Biyososyal kuram, özellikle borderline kişilik bozukluğu ve duygu düzenleme sorunu yaşayan bireylerin davranışlarını açıklamak için kullanılmaktadır. İsminden de anlaşılacağı üzere biyososyal kuram, duygu düzenleme sorunlarını açıklarken hem biyolojik hem de sosyal/çevresel faktörleri dikkate almaktadır (Linehan, 2015a). Biyososyal kurama göre bazı bireyler diğerlerine göre daha fazla duygusal hassasiyet ile doğmaktadır. Başkalarının farkına bile varmadığı duyguları hissedebilmekte ve bu duyguları diğerlerine göre çok daha yoğun yaşamaktadır. Üstelik bu bireylerin dürtüsellik sorunları da doğuştan gelmekte ve yoğun duyguları ile motive edilmiş davranışlarını kontrol altına almakta diğer bireylere göre çok daha fazla zorlanmaktadır (Linehan, 2015b). Bu biyolojik yatkınlık ile bireyin deneyimlerini değersizleştiren bir çevre etkileşime girdiği zaman duygu ve davranış düzenleme sorunları ortaya çıkmaktadır. Duygusal hassasiyeti yüksek olan bireyin çevresi tarafından eleştirilmesi, küçük görülmesi, dikkate alınmaması, cezalandırılması ve bu deneyimi yaşadığı için ona "kötü birisi" gözü ile bakılması bireyin deneyimini değersizleştirme olarak görülebilmektedir (Sargın, 2016). Bireyin çevresi çoğu zaman ellerinden gelenin en iyisini yapsa da kişinin duygularının anlaşılmasının önemini anlamamakta ve kişinin duygularına değer ver-

menin kişiyi daha duygusal yapabileceğinden korkmaktadır. Böylece duygusal hassasiyeti yüksek olan birey, çevresinden diğer insanlara göre daha fazla onay ve kabule ihtiyaç duyarken, bunun tam tersi olarak duygularının değersizleştirilmesi ile karşılaşmaktadır. Duyguları ve deneyimleri değersizleştirilen birey zaten yoğun duyguları ile baş etmekte zorlanırken, çevresinden gördüğü bu tepki ile daha yoğun duygular hissetmeye başlamakta ve duygularını düzenleme amacı ile zararlı baş etme mekanizmaları geliştirmektedir. Kişinin duygudurumu ve davranışlarındaki bu değişiklik çevresinde benzer tepkiler uyandırmakta ve böylece bireyin çevresini etkilediği, çevrenin bireyi etkilediği zararlı bir geri besleme döngüsü oluşmaktadır (Linehan, 2015b).

DDT'nin temel yapısını oluşturan bir diğer kuram da davranışçı kuramdır. DDT davranış kavramına, gözlemlenebilir davranışın yanında duygu ve düşünceleri de dahil etmektedir. Kısaca davranış bireyin gerçekleştirdiği her şeyi temsil etmektedir (Çelebi, 2017). Terapide davranış ilkeleri ve öğrenme ilkeleri kullanılmakta ve danışanın ihtiyaçları doğrultusunda hedefleri tanımlanarak etkili davranışlar kazanması sağlanmaktadır (Üstündağ Budak, Özeke Kocabaş ve Göksu, 2020). Davranışsal stratejiler çoğunlukla değişim temelli yaklaşımlar olarak kullanılmaktadır. Davranışçı kurama göre sorunlu davranışın arkasında; "beceri eksikliği, işlevsiz davranışların pekiştirilmesi, işlevsel davranışların cezalandırılması, uyarıcılara tepki verme ve bilişsel faktörler" yer almaktadır (Çelebi, 2017, s. 3). Bu bağlamda beceri eğitimi, edimsel koşullanma yöntemi, bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma gibi davranışsal stratejiler DDT'de kullanılmaktadır (Linehan, 1993).

DDT'nin teorik arka planını oluşturan son kuram ise diyalektik kuramdır. Diyalektik felsefenin temelleri Sokrates ve Plato gibi antik yunan filozoflarına dayanmaktadır. Klasik hali ile diyalektik, farklı görüşü olan bireylerin karşılıklı bir diyalog sürecine girerek başladıkları pozisyonlardan daha sofistike bir pozisyona ulaşmaları anlamına gelmektedir (Maybee, 2020). Çağdaş felsefe döneminde ise diyalektik terimi farklı bağlamlarda Kant (1998), Hegel (1977) ve Marx (1975) gibi filozofların çalışmalarında zıtlıklarla ilişkili konulardan söz edilirken kullanılmıştır. Diyalektik Davranış Terapisi bağlamında ise diyalektik, gerçeğin kapsayıcı olduğuna ve ancak zıtlılıkları içinde barındırarak var olabileceğine işaret etmektedir. Diyalektik birbirine zıt güçlerin (tez ve antitez) entegre edilebileceğini savunmaktadır. Böylece zıtlıkların ikisini de içinde barındıran bir sentez ortaya çıkabilecektir. Fakat ortaya çıkan sentez kalıcı değildir çünkü bu yeni pozisyon tekrar bir teze dönüşecek ve karşıt bir güç ile karşılaşması sonucu yeni bir senteze dönüşmesi gerekecektir. Bu nedenle DDT'de gerçeklik statik olarak değil, dinamik ve sürekli değişen bir kavram olarak görülmektedir (Linehan, 2015a). Terapi içerisinde diyalektik bakış açısı kullanılırken danışanın fikirlerinin mantıksal olarak tamamen tutarlı hale getirilmesi gerekmemektedir. Kişinin kendi içsel

deneyimlerinden doğan kişisel doğrular değerli olarak görülüp diyalektik sürecinin bir parçası olarak kabul edilmektedir (Pederson, 2015).

Terapi sürecinde birçok diyalektik yer almakta olup bunların en önemlisi ve en kapsayıcısı değişim ile kabullenme arasında gerçekleşmektedir. Kabullenme, bireyin deneyimlerini geçerli kılmayı ve bireyin olduğundan farklı olmasına ihtiyaç duymadan onu olduğu gibi kabul etmeyi gerektirir. Kabullenme her ne kadar etkili ve iyileştirici de olsa terapi sürecinin sadece bir kısmını kapsamaktadır. Terapinin diğer kısmında ise mevcut durumu kabul ettikten sonra değiştirmek gerekmektedir (Pederson, 2015). Ne zaman değişim ya da kabul yaklaşımlarının kullanılması gerektiği sistematik ve sınırları net bir şekilde belirlenmiş olmaktan ziyade terapinin akışına ve danışanın anlık tepkilerine göre değişim göstermektedir. Değişim ve kabul stratejileri terapistin sahip olduğu iki beceridir. Terapistin, terapi sürecinin her anında bu iki beceriye erişimi olduğunu unutmaması ve ana göre ustaca kullanabilmesi gerekmektedir (Linehan, 2001). Bu durum bir sörfçünün becerilerini önceden belirlenmiş bir senaryoya göre değil de dalgaların o anki gelişine göre kullanmasına benzetilebilir.

Diyalektik Davranış Terapisinin Yapısı ve Uygulanışı

Standart DDT ya da diğer adıyla kapsamlı (comprehensive) DDT'nin danışanın becerilerini geliştirmek, danışanın değişim için motivasyonunu artırmak, yeni kazanılan spesifik becerilerin danışanın doğal ortamında genellenmesi, terapistin danışanlara etkili bir tedavi uygulaması için becerilerinin ve motivasyonunun artırılması ve çevrenin yapılandırılması olmak üzere 5 temel fonksiyonu bulunmaktadır (Koerner, 2012). Bu 5 fonksiyon; bireysel terapi, beceri eğitimi, telefon koçluğu ve konsültasyon ekibi toplantıları olmak üzere 4 terapi modalitesi ile uygulanabilmektedir (Linehan, 2015a). Bireysel terapi, kapsamlı DDT'nin en önemli unsurlarından birisidir. Bireysel terapi seansları genellikle haftada bir yapılmaktadır. Ancak terapinin başlarında ya da kritik dönemlerde bu sayı haftada ikiye çıkabilmektedir. Bir terapi seansı yaklaşık olarak 50-60 dakika sürmektedir. Bu seanslarda terapistin işlevsiz davranışları ortaya çıkarabilecek ve terapi sürecini yavaşlatacak faktörlere özellikle dikkat etmesi gerekmektedir (Linehan, 1993). DDT becerileri eğitimi, sınıf formatına benzer şekilde yürütülen haftalık grup oturumları şeklinde yapılmaktadır. Beceri eğitiminde; farkındalık, kişilerarası etkililik, duygu düzenleme ve sıkıntıya tolerans olmak üzere 4 modül yer almaktadır. Danışanlardan haftalık derste öğrendikleri becerileri, ev ödevlerinde tamamlamaları beklenmektedir (Blackford ve Love, 2011). DDT'nin önemli modalitelerinden birisi olan telefon koçluğunda ise danışan ile bireysel terapist arasında 10-20 dakikalık telefon görüşmeleri yapılmaktadır. Bu görüşmelerde, danışanın terapi sırasında öğrendiği becerileri günlük hayatta uygularken yaşadığı zorlukların bir kriz yaşanmadan önce giderilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle intihara meyilli ve duygusal düzenleme sorunu yaşayan danışanlarda telefon koçluğu büyük önem taşımaktadır (Koerner, 2012).

DDT uygulamalarındaki son modalite ise konsültasyon ekibi toplantısıdır. Bu toplantılarda terapistler haftalık 1-2 saatlik görüşmelerde bir araya gelmekte ve birbirlerine terapi süreçleri ile ilgili konularda farklı bakış açıları ve çözümler sunmaya çalışmaktadır. Ayrıca, özellikle borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde olduğu gibi, intihara meyilli danışanlar ile terapi süreci terapistler için duygusal anlamda oldukça yorucu olabilmektedir. Bu bağlamda terapistlere duygusal anlamda destek olmak da konsültasyon ekibi toplantılarının amaçlarından birisidir. (Linehan, 1993; Sargın ve Sargın, 2015).

DDT alan danışanların genellikle tedavi gerektiren birden fazla sorunu bulunmaktadır. Bu nedenle DDT’de terapistin sorunları ele alma sırasının belirlenmesine yardımcı olmak için bir davranış hedefleri hiyerarşisi kullanılmaktadır. Danışanların sorunlu davranışlarına 4 farklı aşamada müdahale edilmektedir (Linehan, 2015a). İlk aşamada, kişinin hayatını tehdit eden davranışların azaltılması amaçlanmaktadır. Bu aşamada intihar gibi kişinin hayatını direkt olarak tehdit eden ya da etme potansiyeli bulunan davranışlar (intihar düşüncesi, intihar amaçlı ya da intihar amaçlı olmayan her türlü kendine zarar verme) hedef alınmaktadır. İkinci aşamada, terapiyi engelleyen davranışların azaltılması önemlidir ve danışanın etkili tedavi görmesini engelleyen her türlü davranış bu aşamada azaltılmaya çalışılmaktadır. Seanslara geç gelme, devamsızlık ve tedaviye yönelik işbirliği yapmamak vb. davranışlar terapiyi engelleyen davranışlara örnek olarak verilmektedir. Üçüncü aşama danışanın yaşam kalitesini engelleyen davranışların azaltılmasına önem vermektedir. İlişki problemleri, madde kullanımı, işsizlik ve evsizlik gibi bireyin günlük yaşam kalitesini düşüren sorunlar ile bu aşamada baş edilmektedir. Dördüncü ve sonuncu aşamada ise danışanın davranış becerilerinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu aşamada danışanın etkisiz davranışları etkili davranışlar ile değiştirmesi ve hedeflerine ulaşmasına yardım edilmektedir (Çelebi, 2017).

Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitimi

Diyalektik Davranış Terapisi yeni becerilerin öğrenilmesi ve uygulanmasına özellikle önem vermektedir. Çünkü DDT’ye göre insanların yeni beceriler öğrenmeden anlamlı bir değişim geçirmeleri söz konusu olamamaktadır. Üstelik yeni beceriler danışana tam anlamıyla öğretilmeden değişim beklemek terapi sürecine ve danışana zarar verecektir (Pederson, 2015). DDT’de; farkındalık (mindfulness), kişilerarası etkinlik, sıkıntıya tolerans ve duygu düzenleme olmak üzere 4 adet temel beceri eğitimi modülü bulunmaktadır (Linehan, 2015a). Terapinin temel diyalektiğini oluşturan kabul ve değişim diyalektiği bu 4 modül üzerinden de kendini göstermektedir. Farkındalık (mindfulness) ve sıkıntıya tolerans modülleri kabul becerilerinin öğrenilmesini amaçlarken, kişilerarası etkililik ve duygu düzenleme modülleri değişim becerilerini kapsamaktadır (Linehan, 1993).

Farkındalık kısaca; zihni bilinçli olarak, yargılamadan ve bağlanmadan, şimdiki ana odaklanma olarak tanımlanmaktadır. Bir çok bireyin zihni gün içerisinde sürekli gelecek, geçmiş, duygular vb. ile ilgili düşüncelere dalmış haldedir. Farkındalık bu alışkanlık haline gelmiş düşünce paternlerinin farkına varmak ve şimdiki anın gerçekliğine uyanmayı gerektirir. Bu da iyi ya da kötü deneyimleri ayırt etmeden şimdiki anda var olan her şeye karşı tamamen açık olmayı gerektirmektedir. Diğer bir deyişle farkındalık; inkar etmenin, bastırmanın, ana tutunma ya da andan kaçmaya çalışmanın tam tersidir. Zihin şimdiki anda kalmak dışında her şeyi yapmak isteyebileceği için farkında olmak gün içerisinde sürekli devam edebilecek bir pratik ve yaşam tarzı haline gelebilmektedir (Linehan, 2015a). Farkındalık modülünde; mantıklı zihin, duygusal zihin ve bilge zihin olmak üzere zihnin 3 farklı halinden söz edilebilir. Mantıklı zihin hali rasyonellik, mantık ve pragmatizme göre yönetilmektedir. Bu zihin halinde duygular ve değerlerin bir önemi yoktur, zihin soğuk ve hedefe odaklıdır. Duygusal zihin ise tamamen ruh hallerine ve duygulara göre yönetilmektedir. Gerçeklerin, rasyonelliğin ya da mantığın bir önemi yoktur. Bu iki zihin halinin sentezi olan bilge zihin ise içerisinde hem mantıklı zihni hem de duygusal zihni aynı anda bulundurmaktadır. Bilge zihin aynı zamanda doğruluğunu sezgisel olarak bilinen bilgileri de içerisinde barındırmaktadır (Linehan, 2015b).

Kişilerarası etkinlik becerileri modülü 3 farklı kısma ayrılmaktadır. İlk kısımda, kişinin ilişkilerini devam ettirirken ve kendine saygısını korurken aynı zamanda hedeflerine ulaşması amaçlanmaktadır. Bu kısımda öğretilen beceriler atılganlık becerileri ile benzerlik göstermektedir. İkinci kısımda, kişinin yeni ilişkiler kurması ve bu ilişkileri devam ettirmesi amaçlanmaktadır. Kişinin arkadaş edinmesi, arkadaşlarına kendini sevdirmesi ve bu ilişkileri devam ettirmek için gerekli hassasiyet ve iletişim becerilerini kazanması, kişilerarası izolasyonu azaltmak için önemlidir. Yıkıcı ilişkilerden nasıl kurtulacağına da bu kısımda değinilmektedir. Üçüncü kısımda ise ilişkilerde değişim ve kabul arasındaki orta yolu bulmak amaçlanmaktadır (Linehan, 2015a).

Sıkıntıya tolerans modülünün asıl hedefi, kişinin zararlı başa çıkma davranışlarını sağlıklı ve etkili başa çıkma davranışları ile değiştirmektir. Buradaki amaç, danışanın yaşadığı acı dolu deneyimi daha kötü hale getirmeden atlatmasını sağlamaktır. Sıkıntıya tolerans stratejilerine; çeşitli dikkat dağıtma şekilleri, kendini rahatlatma, anı geliştirme ve radikal kabul becerileri örnek olarak verilebilmektedir (Pederson, 2015). Borderline kişilik bozukluğu olan ya da duygu düzenleme sorunu olan kişilerin kriz dönemlerinde durumu daha da kötü hale getirecek şekilde davrandıkları bilinmektedir. Buna intihar ve kendine zarar verme gibi ciddi anlamda tehlikeli davranışlar da dahildir. DDT'nin özellikle BKB tanısı almış ya da duygu düzenleme sorunu yaşayan bireylere uygulandığı göz önüne alındığında, sıkıntıya tolerans modülünde öğrenilen becerilerin hayati önem taşıdığı söylenebilir.

Acı verici duyguları düzenlemede yaşanan zorluklar, davranışsal problemlerin ortaya çıkmasında kritik rol oynamaktadır. Duygularını düzenlemede zorluk yaşayan bireyler için duygular, çözülmesi gereken sorunlardır. Bu nedenle bu kişiler için intihar davranışları, madde kullanımı, aşırı yeme, duyguları bastırma, aşırı kontrolcülük ve kişilerarası kargaşa gibi davranışlar, dayanılmaz duygularla baş etmek için kullanılan çözümlerdir (Linehan, 2015a). Duygu düzenleme modülü tam da bu nedenle danışanlara istenmeyen ve acı verici duygularla baş etmelerinde yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu modülde amaç kesinlikle duygulardan katı bir şekilde kurtulmaya çalışmak değildir. Aksine farkındalık becerilerinin de yardımıyla duyguları gözlemlemek ve tanımlamak önemlidir. Duygu düzenleme modülünde, duyguları anlama ve adlandırma, istenmeyen duyguları değiştirme, duygusal zihin hassasiyetini azaltma ve aşırı duyguları yönetme becerileri öğretilmektedir (Çelebi, 2017).

Diyalektik Davranış Terapisi ve İntihar Üzerine Araştırmalar

Diyalektik Davranış Terapisi günümüzde; yeme bozuklukları, madde kullanımı, tedaviye dirençli depresyon ve hatta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi farklı bozuklukların tedavisinde kullanılabilmektedir (Rizvi, Steffel ve Carson-Wong, 2013). Buna karşın intihar ve diğer kendine zarar verme davranışlarının tedavisi DDT için hala birincil önceliğe sahiptir (DeCou, Comtois, ve Landes, 2019; Bulut ve Demirbaş, 2021). DDT, borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu olan bireyler ile özellikle ilgilenmektedir. DDT'nin intihar davranışları üzerindeki etkisinin araştırıldığı araştırmaların sıklıkla BKB'si olan bireyler ile yapıldığı dikkat çekmektedir. Kronik intihar davranışı ve duygu düzenleme sorununun BKB'si olan bireylerin karakteristik özellikleri olduğu düşünüldüğünde bu hiç de şaşırtıcı değildir (Taruna ve Bahmani, 2014). DDT ve intihar davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda katılımcıların sıklıkla ergenlik çağındaki bireylerden oluştuğu da dikkat çekmektedir. İntiharın 10-19 yaş aralığındaki gençler arasında dördüncü ölüm nedeni olması bu olguyu açıklayabilir. (WHO, 2021)

Rizvi ve Fitzpatrick (2019) tarafından yapılan bir araştırmada, 18 yaşının üstünde borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu (BKB) tanısı almış 73 katılımcı, 6 aylık bir kapsamlı Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) programına kayıt olmuştur. Katılımcıların intihar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı düşünceleri; sıklık, en kötü şiddet, ortalama şiddet, algılanan gelecek düşüncesi olasılığı ve düşüncenin süresi alt başlıkları dikkate alınarak ölçülmüştür. 6 aylık programın sonunda intihar düşüncesinin tüm alt boyutlarında azalma olduğu görülürken, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı düşüncelerinin sadece şiddetinde azalma olduğu görülmüştür.

Linehan ve arkadaşları (2015c) tarafından yapılan bir araştırmada ise, BKB tanısı almış yüksek intihar riski olan 18-60 yaşları arasında 99 kadın katılımcı, beceri eğiti-

mi bileşeninin önemini tespit etmek için 3 farklı DDT programında (Beceri eğitimi ve vaka yönetimli DDT (DBT-S), bireysel terapi ve aktiviteler gruplu DDT (DBT-I) ve beceri eğitimi ve bireysel terapili standart DDT) 4 yıllık süre boyunca tedavi almıştır. Toplam 6 yıl süren tek-kör çalışmada tüm DDT uygulamalarının intihar girişimlerinin sıklığı ve şiddeti, intihar düşüncesi, intihara bağlı kriz servislerinin kullanımı ve yaşama nedenlerinde benzer derecelerde iyileşmelere yol açtığı görülmüştür. Ayrıca DBT-I grubunda standart DDT grubuna göre daha fazla terapiyi bırakma oranı tespit edilmiştir. Alanında uzman terapistler ile yapılan farklı DDT uygulamalarının, intihar girişimi ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışını azalttığı tespit edilse de, beceri eğitimini içinde barındıran DDT uygulamalarının, içinde barındırmayan uygulamalara göre daha etkili olduğu söylenebilir.

Kısa süreli DDT beceri eğitiminin yüksek intihar riski olan ve BKB tanısı almış bireyler üzerindeki klinik etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir diğer araştırmada ise, 18-60 yaş aralığındaki 84 BKB'li katılımcının yarısı bekleme listesi kontrol grubuna diğer yarısı ise deney grubuna rastgele olarak atanmıştır. Araştırmanın sonucunda 20 haftalık DDT beceri eğitimi tedavisi alan gruptaki bireylerin, bekleme listesi grubundaki bireylere göre intihar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarında daha fazla azalma olduğu saptanmıştır. Bu araştırma aynı zamanda deney grubunun öfke, sıkıntıya tolerant ve duygu düzenleme ölçümlerinde kontrol grubuna göre gelişme gösterdiğini ortaya koymuştur (McMain, Guimond, Barnhart, Habinski ve Streiner, 2016).

DDT uygulamalarının alkol sorunu olan intihara eğilimi olan bireylerde de etkili olduğuna işaret eden araştırmalar bulunmaktadır. Wilks ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada alkol sorunu olan ve intihara eğilimli 59 katılımcıdan 30 kişi deney grubuna, 29 kişi de kontrol grubuna olmak üzere rastgele seçilmiştir. Deney grubu, 8 haftalık bir süreçte internet üzerinden sunulan DDT beceri eğitimi (iDBT-ST) almıştır. Araştırmanın sonucunda, deney grubunda intihar düşüncesinin yanında alkol kullanımı ve duygu düzenleme sorunu düzeylerinde de kayda değer bir azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubundaki kişilerin alkol tüketiminde birden ve hızlı bir düşüş olduğu tespit edilmiştir.

DDT'nin farklı kültürlerle göre uyarlanarak uygulandığında da intihar davranışlarını azaltmada etkili olduğuna dair bulgular da vardır. Yang ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan araştırmada, diyalektik düşüncenin Çin kültüründeki karşılığı sayılabilecek olan Zhong-Young düşüncesi, DDT grup beceri eğitimi programına entegre edilerek kullanılmıştır. Yüksek intihar riski olan 97 Çinli üniversite öğrencisi rastgele bir şekilde Zhong-Young düşüncesi temelli DDT grup beceri eğitimi programına, destek grubuna ya da bekleme listesi grubuna atanmıştır. 12 haftalık bir Zhong-Young düşüncesi temelli DDT grup beceri eğitimi programının sonunda öğrencilerin; intihar

düşüncesi, umutsuzluk, ruhsal ağrı belirtileri ve genel psikopatolojisinde anlamlı derecede azalmalar görülmüştür. Üstelik DDT programının etkisinin destek grubuna göre daha kalıcı olduğu da gözlemlenmiştir.

İntihar için yüksek risk grubunda olan ergenlik çağındaki bireyler üzerinde de DDT ve intihar davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmaktadır. McCauley ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan 12-18 yaş aralığında yüksek intihar riski olan 173 katılımcının dahil olduğu araştırmada; DDT'nin intihar girişimleri, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme ve genel olarak kendine zarar verme davranışlarını azaltmadaki etkinliği değerlendirmek için, katılımcıların bir kısmı DDT programına bir kısmı ise bireysel ve grup destekleyici terapi grubuna rastgele atanmıştır. 6 aylık bir tedavi sürecinin sonunda DDT alan grupta her üç boyutta da anlamlı azalmalar olduğu görülmüş olup DDT'nin yüksek oranda intihara eğilimli ve kendine zarar veren ergenlerde kendine zarar verme ve intihar girişimlerini azaltmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılan bir diğer çalışmada ise intihar ve kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlik çağındaki bireyler üzerinde DDT'nin uzun süreli etkileri araştırılmıştır. 77 katılımcının bir kısmı ergenler için uyarlanmış DDT (DBT-A) programına bir kısmı ise geliştirilmiş olağan bakım (EUC) programına rastgele olarak atanmıştır. 19 haftalık tedavi sürecinden 3 yıl sonra yapılan takip ölçümünde, DDT'nin kendine zarar verme davranışlarını azaltmada, geliştirilmiş olağan bakıma göre üstünlük sağladığı görülmüş ve kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde DBT-A'nın etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır (Mehlum vd., 2019).

Taruna ve Bahmani (2014) tarafından yapılan, 15-20 yaş aralığında yüksek düzeyde intihar düşüncesi ve intihar olasılığı olduğu tespit edilen 20 katılımcının dahil olduğu araştırmada, katılımcılar hem bireysel hem grup ortamında uygulanan DDT beceri eğitimi modülleri ile bir yıllık tedavi sürecine dahil edilmiştir. 4., 8. ve 12. aylarda yapılan ölçümlerde katılımcıların intihar düşüncesi ve intihar olasılığında zamanla anlamlı azalmalar olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda, DDT'nin yüksek intihar riski taşıyan ergenlik çağındaki bireylerde intihar düşüncesi ve intihar olasılığını azaltarak intihar riskini kontrol altına almada etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Ergenler için uyarlanmış DDT'nin (DBT-A), ergenlerde (12-19 yaş) birincil olarak kendine zarar verme ve intihar düşüncesi, ikincil olarak da BKB semptomları üzerinde etkinliğini değerlendirmek için Kothgassner ve arkadaşları (2021) tarafından 21 çalışmanın (5 randomize kontrollü çalışma, 3 kontrollü klinik çalışma, 13 öntest-sontest değerlendirme) seçildiği bir meta-analiz araştırması yapılmıştır. Toplamda 1673 ergenin dahil edildiği araştırmada, kontrol gruplarına göre DBT-A'nın kendine zarar verme ve intihar düşüncesini azaltmada düşük ila orta derecede etkili olduğu görülürken;

öntest-sontest değerlendirme çalışmalarında ise kendine zarar verme, intihar düşüncesi ve BKB semptomlarının hepsinde yüksek derecede etkili olduğu görülmüştür.

Bir diğer meta-analiz araştırması da DDT'nin kendine yönelik şiddet (intihar girişimleri ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme), intihar düşünceleri ve psikiyatrik kriz hizmetlerine erişim sıklığı üzerindeki etkisini incelemek amacı ile yetişkin ve ergen katılımcılar ile yapılan çalışmaların dahil edildiği 18 farklı kontrollü çalışmayı sentezlemiştir. Araştırmaların çoğunun BKB tanısı almış bireyler ile yapıldığı dikkat çekmektedir. Meta-analizin sonucunda DDT'nin kendine yönelik şiddet ve psikiyatrik kriz hizmetlerine erişim sıklığını azaltmada anlamlı derece etkili olduğu görülürken, intihar düşüncesini azaltmada anlamlı etkisi bulunamamıştır (DeCou, Comtois ve Landes, 2019). Bu bağlamda DDT'nin intihar düşüncesini azaltmadaki etkinliğini araştıran daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Sonuç

İntihar her yıl yüz binlerce kişinin hayatını kaybetmesine neden olarak toplum sağlığını ciddi anlamda olumsuz etkileyen bir olgudur. Ruh sağlığı çalışanlarının, intihara meyilli bireyler ile ilgilenirken intihar ve intihar ile ilişkili olduğu bilinen çeşitli kendine zarar verme davranışlarını azaltmada ve önlemede gerekli donanıma sahip olması büyük önem arz etmektedir. Marsha Linehan tarafından geliştirilen Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), intihar ve kendine zarar verme davranışı gösteren bireylerin tedavisi için geliştirilmiş kanıta dayalı bir terapi şeklidir. İntihar ve kendine zarar verme davranışları, bordeline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin karakteristik özelliklerindendir. Dolayısıyla DDT, BKB'si olan bireyler için bir tedavi olması ile gündeme gelmiştir. Günümüzde ise BKB'nin tedavisi için APA (2010) tarafından önerilen iki psikoterapi yaklaşımından biridir.

DDT'nin, 1991'den beri yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, kendine zarar verme ve/veya intihar girişimlerinde bulunmuş BKB kriterlerini karşılayan bireyler üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Linehan vd., 2015c). Bu makalede ise DDT'nin intihar davranışları üzerinde etkisini inceleyen güncel araştırmalara yer verilmektedir. Son 10 yıl içerisinde yayınlanan araştırmalar, DDT'nin intihar riskini azaltmada hala etkili olduğuna işaret etmektedir. DDT ve intihar ilişkisini inceleyen araştırmaların neredeyse tamamen BKB kriterine uyan bireyler ya da ergenlik çağındaki bireyler ile yapıldığı dikkat çekmektedir. BKB tanısı olan bireyler ve ergenlik çağındaki bireylerin intihar ve kendine zarar verme davranışlarında risk grubunda oldukları dikkate alındığında bu durum son derece olasıdır ve DDT çalışmalarının bu bireyler ile yapılmasına devam edilmesi gerekmektedir. Ancak DDT ve intihar ilişkisine dair gerekli literatür taraması yapıldığında BKB kriterine uymasa da intihar riski taşıyan yetişkinler ile yapılan araştırmalara neredeyse hiç rastlanmamıştır. Bu nedenle DDT'nin BKB kriterine uymayan intihara meyilli yetişkenler üzerinde etkili olup olmadığının anlaşılması

için bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca DDT ve intihar ilişkisinin incelendiği çalışmaların çoğunlukla kadın katılımcılar ile gerçekleştirildiği de dikkat çekmektedir. Bu olgu elbette kadınların erkeklere göre daha fazla BKB tanısı alması ile açıklanabilir (American Psychiatric Association, 2000). Ancak her ne kadar kadınlar erkeklerden daha fazla intihar girişiminde bulunsalar da, erkeklerin intihar sonucu kadınlara göre daha fazla hayatını kaybettiği bilinmektedir (Vijayakumar, 2015). Bu bağlamda intihar davranışlarını azaltmaya yönelik DDT uygulamalarının erkek popülasyon üzerinde uygulandığı araştırmaların artırılması da önemli görülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Author.
- Andriessen, K. ve Krysinska, K. (2011). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. Doi:10.3390/ijerph9010024
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M. ve Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113-120. Doi:10.1016/j.jpsychires.2017.01.017
- Blackford, J. U. ve Love, R. (2011). Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: A pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 645-657. Doi:10.1521/ijgp.2011.61.4.645
- Bulut, B. P. ve Demirbaş, H. (2021). Kırılma noktası: İkinci nesil intihar kuramları. *Nesne*, 9(20), 418-431. Doi: 10.7816/nesne-09-20-12
- Bulut, E. R., Küçüker, H. ve Bulut, N. S. (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(1), 128-137. <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.942>
- Camus, A. (2010). *Sisifos Söyleni* (Çev.: T. Yücel). Can Yayınları
- Çelebi, E. (2017). Diyalektik davranış terapisi. İçinde E. Köroğlu ve H. Türkçapar (Ed.), *Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve uygulama*. HYB.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A. ve Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009
- Dimeff, L. ve Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

- Eskin, M. ve Köskün, T. (2019). İntiharda bilişsel davranışçı terapiler. İçinde G. Bahadır ve E. Ertekin (Ed.), *Farklı tanı gruplarında bilişsel davranışçı terapiler* (1. Baskı), (68-75). Türkiye Klinikleri.
- Hegel, G. W. F., Miller, A. V. ve Findlay, J. N. (1977). *Phenomenology of spirit*. Clarendon Press.
- Kaltman, S. ve Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131-147. doi:10.1016/s0887-6185(02)00184-6
- Kant, I., In Guyer, P. ve In Wood, A. W. (1998). *Critique of pure reason*.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guildford Press.
- Kosaraju, S. K., Vadlamani, L. N., Bashir, M. S., Kalasapati, L. K., Rao, G. L. ve Rao, G. P. (2015). Risk factors for suicidal attempts among lower socioeconomic rural population of telangana region. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 30-35. doi:10.4103/0253-7176.150813
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. ve Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-11. doi:10.1017/s0033291721001355
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015a). *DBT skills training manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015b). *DBT skills training handouts and worksheets*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A. ve Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Marx, K., Fernbach, D. ve Fowkes, B. (1975). *Capital: A critique of political economy*. Penguin Book.
- Maybee, J. (2020, October 02). *Hegel's dialectics*. Retrieved August 18, 2021, from <https://plato.stanford.edu/entries/hegel-dialectics/>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R. ve Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L. ve Streiner, D. L. (2016). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2), 138-148. doi:10.1111/acps.12664
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M. ve Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1112–1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>
- Merwin, R., O'Rourke, S., Ives, L., Harstad, S. ve Brooks, J. (2019). Third-wave cognitive-behavioral therapies for the treatment of anxiety among children and adolescents. *Pediatric Anxiety Disorders*, 335-357. doi:10.1016/b978-0-12-813004-9.00016-5
- Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M. ve Phillips, K. A. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf
- Orzechowska, A., Łukasik, M. ve Gałęcki, P. (2020). Suicide – definition of the phenomenon and prevalence in Poland. *Polish Annals of Medicine*, 28(1), 77–81. <https://doi.org/10.29089/2020.20.00104>
- Pederson, L. (2015). Dialectical Philosophy. In *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. John Wiley & Sons.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M. ve Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. doi:10.1037/a0029808
- Rizvi, S. L. ve Fitzpatrick, S. (2020). Changes in suicide and non-suicidal self-injury ideation and the moderating role of specific emotions over the course of dialectical behavior therapy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(3), 429-445. doi:10.1111/sltb.12691
- Robins, C. J., Zerubavel, N., Ivanoff, A. M. ve Linehan, M. M. (2018). Dialectical behavior therapy. In W. J. Livesley, & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 527-540). The Guilford Press.
- Sargın, A. ve Sargın, M. (2015). Bir gözden geçirme: Sınırdaki kişilik bozukluğu ve diyaliktik davranışçı terapi. *Psychiatry-Special Topics*, 8(4), 38-46.

- Taruna, S. S. ve Bahmani, R. (2014). Managing suicide risk amongst adolescents: The role of dialectical behaviour therapy (DBT). *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(1), 35-39.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Uğuz Ş. ve Kır G., (2019). Üçüncü dalga yaklaşımlar farklı bozukluklarda bilişsel davranışçı terapiye neler katabilir? İçinde G. Bahadır G. ve E. Ertekin (Ed.), *Farklı tanı gruplarında bilişsel davranışçı terapiler* (1. Baskı) (ss. 83-88). Türkiye Klinikleri.
- Üstündağ Budak, A. M., Özeke Kocabaş, E. ve Göksu, H. (2020). Yaşam boyu bakış açısından diyalektik davranış terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 12(2), 287-298. <https://doi.org/10.18863/pgy.598548>
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 8(22173), 190-203. doi:10.18863/pgy.238183
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(6), 233. doi:10.4103/0019-5545.161484
- Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q. ve Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232, 219-228. doi:10.1016/j.jad.2018.02.053
- World Health Organization. (2021, June 16). *Suicide worldwide in 2019*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>.
- Yang, X., Liu, D., Wang, Y., Chen, Y., Chen, W., Yang, C., Zhang, P., Ding, S. ve Zhang, X. (2020). Effectiveness of Zhong-Yong thinking based Dialectical behavior therapy group skills training Versus supportive group therapy for lowering suicidal risks in Chinese young adults: A randomized controlled trial with A 6-MONTH FOLLOW-UP. *Brain and Behavior*, 10(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.1621>