



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU
TEDAVİSİNDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ
VE MÜDAHALE YÖNTEMLERİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

SOMAY ÇAKIR

İSTANBUL, 2023



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU
TEDAVİSİNDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ
VE MÜDAHALE YÖNTEMLERİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**SOMAY ÇAKIR
(210134004)**

**Danışman
(Doç.Dr. İtir Tarı Cömert)**

İSTANBUL, 2023

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Somay Çakır

TEŐEKKÜR

Bu çalışmanın yazılmasında sağladığı destek için saygıdeğer Hocam Doç.Dr.Itır Tarı Cömert'e

Eğitim hayatımın her anında yanımda olup benden maddi ve manevi desteğini hiç eksik etmeyen babam Erkan akır ve annem Özlem akır'a

Bu çalışmanın yazılıő süresince motivasyonumu korumama yardımcı olup manevi desteğini benden hiç eksik etmeyen kardeőim Selin akır ve değerli arkadaşlarım Enis Őahin ve Said Uzun'a çok teőekkür ederim.

Somay akır

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE DİYALEKTİK DAVRANIŐCI TERAPİ VE MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

Somay akır

ÖZET

Bu araştırma ile Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı almış kişilerin yaşam boyu süresince ortaya çıkan semptomları ve hayat kalitelerini etkileyen faktörler incenmiş olup tedavi modeli için Diyalektik Davranışçı Terapi'nin (DDT) etkinliği araştırılmıştır. Türkiye'de henüz çok aktif kullanılan ve tanınan terapi yöntemlerinden biri olmayan DDT ve müdahale yöntemleri tanıtılmış olup, ilgili patolojilerdeki işlevselliği araştırılmıştır. Özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu tedavisindeki etkinliği yurtdışındaki çalışmalarda ve bireysel uygulamalarda kanıtlanmış olan bu terapi yöntemi hakkında detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmada, ilk olarak Borderline Kişilik Bozukluğunun detaylı incelenmesi ve semptomatik bulgularının aktarılmasının ardından, Diyalektik Davranışçı Terapi'nin gelişim süreci, terapi felsefesi ve tedavi bileşenlerine değinilmiştir. Son olarak ise Diyalektik Davranışçı Terapi'nin, Borderline Kişilik Bozukluğu üzerindeki etkinliği ve terapi içeriğinde geliştirilen özel yöntemleri ve müdahale teknikleri aktarılmıştır. Araştırma bir literatür çalışması olup ilgili konuyla ilişkili bilgiler toplanıp derlenmiştir. Ayrıca, BKB tedavisindeki en etikili yöntemlerden biri olarak varsayılan DDT'nin etkinliğini araştırarak diğer çalışmalara da yer verilerek alanyazındaki derlemeler incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler; Borderline Kişilik Bozukluğu, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, Diyalektik Davranışçı Terapi, Bilinçli Farkındalık, Kabul Odaklı Terapiler, Zen Felsefesi

DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY AND INTERVENTION METHODS IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Somay akır

ABSTRACT

In this study, the lifelong symptoms of people diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) and the factors that affecting their quality of life were examined, besides the effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) was investigated for the treatment model. DDT and intervention methods, which are not yet one of the most actively used and recognized therapy methods in Turkiye, have been introduced and their functionality in related pathologies has been investigated. In particular, detailed information was given about this therapy method, whose effectiveness in the treatment of Borderline Personality Disorder has been proven in studies abroad and in individual practices. In the study, after the detailed examination of Borderline Personality Disorder and the presentation of its symptomatic findings; the development process, therapy philosophy and treatment components of Dialectical Behavioral Therapy were mentioned. Finally, the effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Borderline Personality Disorder and the special methods and intervention techniques developed in the therapy are explained. The research is a literature study and information related to the subject has been collected and compiled. In addition, other studies investigating the effectiveness of DDT, which is assumed to be one of the most effective methods in the treatment of BPD, were also included and reviews in the literature were examined.

Key Words; Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavioral Therapy, Conscious Awareness, Acceptance Bases Therapies, Zen Philosophy

ÖNSÖZ

Bu çalışma; Borderline Kişilik Bozukluğu'nun tedavisinde etkin bir terapi yöntemi olarak kabul edilen Diyalektik Davranışçı Terapi'nin temel terapi prensibini ve ilgili tedavinin uygulanış aşamasında kullanılan terapi teknikleri, müdahale yöntemleri ve terapist tutumlarını ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

Borderline Kişilik Bozukluğu'nun kişilere ve bu kişilik bozukluğuna sahip bireylerin yakınlarına verdiği maddi ve manevi zararın boyutu düşünüldüğünde incelenmesi ve etkin bir tedavi modeli bulunmasının önemini vurgulayan bu çalışma, özellikle ülkemizde de çok yaygın görülen bu kişilik bozukluğu çeşidi ile mücadelede DDT'i tanıtan kaynaklardan biri olması amacıyla yazılmıştır.

Çalışma boyunca görüldüğü üzere, bu terapi türünün BKB tedavisi üzerinde etkin bir yöntem olduğu vurgulanmasına rağmen , terapi içeriğinde kullanılan müdahale yöntemlerinin ve terapist tutumlarının detaylı incelemesinin sınırlı olduğu görülmüştür. Özellikle ülkemizde, bu konuda yapılan çalışmaların detaylandırılmamış olması ve ilgili terapi şeklinin daha çok yaygınlaşması adına, bu çalışmanın alanyazına katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Ocak, 2023

Somay Çakır

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	vii
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1.BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3
1.1.TARİHSEL GELİŞİM VE TANININ KÖKENLERİ	4
1.2.EPIDEMİYOLOJİ	5
1.3.ETİYOLOJİ	6
1.4.KLİNİK GÖRÜNÜM	9
1.4.1. Terk Edilmeye Karşı Hassasiyet.....	10
1.4.2.Tutarsız ve Gergin Kişilerarası İlişkiler Örüntüsü.....	11
1.4.3.Kimlik Karmaşası	11
1.4.4.Dürtüsellik	12
1.4.5.İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışları.....	12
1.4.6. Duygusal Dengesizlik	13
1.4.7. Boşluk Duygusu.....	14
1.4.8. Öfke	14
1.4.9. Gerçeği Değerlendirme Yetisinde Bozulmalar.....	15
1.5. AYIRICI TANI.....	15
İKİNCİ BÖLÜM.....	17
2.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ	17
2.1.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİNİN FELSEFESİ.....	18
2.2.TARİHSEL GELİŞİM	19
2.3.BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ.....	20
2.4.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN KURAMSAL TEMELİ	22

2.4.1.Biyososyal Kuram	22
2.4.2.Davranış Teorisi	24
2.4.3.Diyalektik Teori	25
2.5.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ BİLEŞENLERİ.....	27
2.5.1.Bireysel Psikoterapi	27
2.5.2.Beceri Eğitim Grupları	28
2.5.3.Telefon Koçluğu	29
2.5.4.Konsültasyon Ekibi	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	30
3.BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI MÜDAHALE YÖNTEMLERİ	30
3.1.BİREYSEL PSİKOTERAPİDE MÜDAHALE TEKNİKLERİ.....	33
3.1.1.Günlük Kartları	33
3.1.2.Zincir Analizi.....	35
3.1.3.Diyalektik Stratejiler.....	37
3.2.BECERİ EĞİTİMİ MODÜLLERİ	38
3.2.1.Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Modülü	39
3.2.2.Stres Toleransı Geliştirme Modülü	41
3.2.3.Kişilerarası Etkililik Modülü	43
3.2.4.Duygu Düzenleme Modülü	44
3.3.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ ETKİNLİĞİNİN BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA SAHİP KİŞİLERDE TEST EDİLDİĞİ ÇALIŞMALAR.	46
4.TARTIŞMA.....	50
5.SONUÇ	54
KAYNAKÇA.....	56

KISALTMALAR

BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BMT	Birey Merkezli Terapi

GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğu, yüksek intihar oranları, ciddi işlevsel bozulmalar, yüksek oranda eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar, yoğun tedavi kullanımı ve bireye yüksek psikolojik maliyeti ile ilişkili yaygın bir ruhsal bozukluktur. Bunların yanında, borderline kişilik bozukluğu, duygulanım düzenlemesinde, dürtü kontrolünde, kişilerarası ilişkilerde ve benlik algısında yaygın bir kararsızlık örüntüsü ile karakterizedir. Bozukluğun klinik belirtileri arasında duygusal düzensizlik, şiddetli dürtüsellik, öfke patlamaları, terkedilme durumuna karşı aşırı hassasiyet, tekrarlayan kendine zarar verme davranışları ve kronik intihar eğilimleri yer alır (Lieb vd., 2004). Toplumdaki yaygınlığı ile de oldukça dikkat çekici olan bu bozukluk birçok patolojinin ve kişilik bozukluğunun içerisinde kendini göstermektedir. Bu bozukluk günümüzde tanımlanan birçok kişilik bozukluğunun ana hatlarını oluşturmaktadır (Derin ve Öztürk, 2018).

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), zihinsel bozuklukları tedavi etmeye yarayan kapsamlı bir bilişsel davranışçı terapi türüdür ve başlangıçta kronik olarak intihara meyilli bireyler için geliştirilmiştir. Diyalektik Davranışçı Terapi o zamandan bu yana borderline kişilik bozukluğu olan bireyler de dahil olmak üzere çeşitli duygu düzenleme bozukluklarında, yeme bozukluklarında, depresif ve intihara meyilli ergenlerde ve yaşlılık depresyonunda da kullanılmaktadır (Dimeff ve Linehan,2001). Tedavi yöntemine bakıldığında ise DDT'nin özellikle belirli bazı problemler üzerinde durduğu görülür. Bunlar; kişinin karmaşık benlik bilinci, dürtüsellığı, duygu regülasyonunda yaşadığı sorunlar ve kişilerarası ilişkilerde deneyimlediği problemlerdir (Budak ve Kocabaş, 2019).

Diyalektik Davranışçı Terapi, borderline kişilik bozukluğu tedavisinde kullanılan bir terapi çeşididir ve BKB'na sahip bireylerde daha etkili olmasının sebebi de bu kişilerin duygu düzenlemede ve kişilerarası ilişkilerde yaşadığı

sorunların şiddetidir. Ayrıca, dürtüsellik yüksek oluşu ve intihar eğilimleri de DDT'nin etki alanının genişlemesine olanak sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı; DDT'nin, BKB tedavisinde nasıl bir yol izlediğini ve kullandığı terapi metotlarını detaylı açıklayarak diğer terapi çeşitlerine kıyasla DDT'nin etkinliğinin ne oranda olduğunu ortaya koymaktır.

1.BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Borderline kişilik bozukluğu, karmaşık ve yoğun duygusal deneyimlerin yanı sıra dürtüsellik, intihara meyilli davranışlar, tutarsız kişilerarası iletişim örüntüleri ve terk edilme korkuları ile karakterize edilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Bu tanımın yanında sınırdaki kişilik organizasyonu, kararsız bir benlik duygusu; ilkel, olgunlaşmamış savunma mekanizmalarının kullanılması ve gerçeği hayal edilenden ayırt etme yeteneğindeki geçici düşüşleri de bünyesinde barındırır (Skodol,2005). Genellikle genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan ve değişik hayat koşullarında kendini gösteren bu dürtüsellik, kişilerarası tutarsız ilişkiler ve iletişim örüntülerini tanımlamanın zorluğu ve semptomların değişken olması BKB'nu tartışmalı ve merak uyandıran bir patoloji haline getirmiştir. 1960'dan günümüze kadar birçok değişime uğramış olan BKB, şuan klinik koşulları altında en sık rastlanan kişilik bozukluğu konumundadır (Gunderson,1994 ; Aydın,2010).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan kişilerin en dikkat çekici özelliklerinden biri duygudurum yoğunluğu ve davranışsal değişkenliğin sıklığıdır. Bu duygu yoğunluğu ve davranışsal değişiklikler zaman zaman öfke nöbetlerine dönüşebilmekte ve kendilerine veya çevrelerine yönelik yıkıcı davranışlar sergilemelerine sebep olmaktadır (Akpınar,2010). Bunun yanında bu kişiler çevresel uyaranlara karşı oldukça duyarlı bir tutum sergilemektedirler (Kernberg, 1967). Özellikle romantik ilişkilerde yaşanan terkedilmeye karşı aşırı duyarlılık ve korku hali kişinin yaşamının baskın bir parçasıdır. Partnerlerinin kendilerini imgesel veya gerçekten terk etmelerini engellemek için çeşitli duygusal manipülasyon veya davranışsal girişimlerde bulunurlar (Akpınar,2010). Bu davranışsal girişimler genel olarak kendine zarar verme davranışları, parasuicidal davranışlar ve intihar etme davranışları şeklinde görülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğunun sebepleri incelendiğinde ise birçok farklı kanallardaki etkenlerin etkileşimi ile açıklanabilir. Özellikle çocukluk çağı travmaları, erken dönem olumsuz yaşam olayları ve anne çocuk arasındaki bağlanma stilleri bu bozukluğun nedenleri açıklanırken en sık değinilen konulardandır. Bireyin bazen kendini çok değerli ve güvenli hissederken, bazen de güvensiz, değersiz,

yetersiz ve işe yaramaz hissetmesi ve kimlik bütünleşmesinin tamamlanmamış olması bu nedenlerin sıklıkla vurguladığı özelliklerdendir (Derin ve Öztürk, 2018).

1.1.TARİHSEL GELİŞİM VE TANININ KÖKENLERİ

İlk olarak 1938 yılında Adolph Stern tarafından “sınırdan”(borderline) terimi kullanılmış olup, o dönemin popüler psikanalistleri arasında nevroz ve ile psikoz arasında kalan kişileri tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Akpınar,2010). Stern, danışanlarından bazılarının alışlagelmiş psikoterapinin sınırlarının dışına çıktığını farketmiş ve bu kişilerin psikozlarla nevrozları ayırmaya odaklı mevcut sınıflandırma sisteminin dışında kaldığını ve nevroz ile psikoz arasında kalan bir sınır bölgenin içinde sınıflandırılması gerektiğini iddia etmiştir (Gunderson ve Links, 2008). Stern’ün bu sınır bölgenin içinde değerlendirilmesi gerektiğini düşündüğü hastalar daha önce latent şizofreni, ayaktan şizofreni, psikotik karakter veya “miş gibi kişilik” olarak nitelendirilmekteydiler (Oldham, 2006). Bu hastalar için “sınırdan” teriminin kullanılması ise kişinin nevroitik görünümlerine rağmen, özellikle yakın ilişkilerinde psikotik hastaların verdiği tepkilere benzer nitelikte, beklenmedik reaksiyonlar vermeleridir (Özdemir,2019).

Borderline kişilik bozukluğu Stern’den sonra, Robert Knight’in çalışmaları vasıtasıyla 1950’lerin başında daha tanınır hale gelmiştir, Knight “sınır” teriminin yalnızca nevroza yakınlığı açısından değerlendirilmemesi gerektiğini, psikoz ve nevroza eşit derecede bir uzaklığı olduğunu söylemiştir (Gunderson ve Links, 2008). Knight’in bu önermesinin sonrasında özellikle hastanelerde ne psikotik ne de nevroitik denilemeyen hastalara sınırdan tanısı konulmaya başlanmıştır. Bu genel çerçeveye uymayan klinik olarak sıkıntılı vakalar için “sınırdan kişilik” ifadesinin kullanılması 1960’lı yıllara kadar çok fazla değişiklik göstermeden ve üstüne ilave katkılar sağlanmadan devam etmiştir. Sonrasında ise, 1960’lı yılların ortasında yapılan birbirinden bağımsız 3 farklı çalışma sınırdan kişilik kavramına dikkatleri çekerek bu sınıflandırma biçimine ciddi katkılar sağlamıştır. (Gunderson ve Links, 2008).

Bu çalışmalardan ilki 1967 yılında Otto Kernberg tarafından yapılmıştır. Kernberg ilk defa “Borderline Kişilik Organizasyonu” tanımını kullanarak bu

tanımın içinde değerlendirdiği hastalarını, daha ağır psikotik kişilik organizasyonu olan hastalarından ve daha sağlıklı gördüğü nevroitik kişilik organizasyonu hastalarından ayırmak için kullanmıştır. Kernberg, “Borderline Kişilik Organizasyonu” içinde nitelendirdiği kişileri davranış şekillerindeki tutarsız mekanizma, istikrarsız kişilik örüntüleri, stres anlarında kısa süreli gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalar ve başarısız veya zayıf kimlik oluşumu ile karakterize etmiştir (Gunderson ve Links, 2008 ; Keskin, 2018).

Kernberg’in çalışmasından sonra ise 1968 yılında Roy Grinker ve arkadaşları borderline kişilik bozukluğuna sahip olan hastalar için ilk deneysel çalışmayı yapmıştır. BKB’nun 1960’lı yıllarda tanınırlılığının artmasına katkı sağlayan bir diğer çalışma ise yine 1968 yılında Kety ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Kety ve arkadaşlarının yaptığı bu araştırma temel olarak borderline kişilik bozukluğu tanısı için yapılmamış olsada çalışmanın gidişatı BKB tanısının araştırılması ve özellikle şizofreni ve BKB ayrımı konusundaki çalışmaların temellerini oluşturma niteliği taşımaktadır (Gunderson ve Links, 2008).

Sınırdaki kişilik yapısı kavramı, bu çalışmaların da ışığında 1960’lı yılların başından itibaren çeşitli değişikliklere uğrayarak ilk olarak 1980 yılında DSM-III’e daha sonra da, 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Borderline Kişilik Bozukluğu” olarak ICD-10’a dahil edilmiştir (Skodol,2005). Borderline kişilik bozukluğunun DSM-III’e girmesi ve standartlaştırılmış tanı kriterlerinin kullanım sıklılığının artışıyla bu tanıyı alan kişilerin sayısında olağanca bir artış meydana getirmiştir. Özellikle Danimarka’da yapılan bir çalışmanın sonuçları, 1970 yılından itibaren 16 yıl boyunca BKB tanısı almış kişi sayısındaki artışın beş katına çıktığını göstermiştir (Mors, 1988).

1.2.EPIDEMİYOLOJİ

Günümüzdeki en yaygın kişilik bozukluklarından biri olan Borderline kişilik bozukluğunun ortaya çıkış yaşı ile ilgili kesin bir veri bulunmamakla birlikte, belirtilerinin ergenlik çağında ortaya çıktığı fakat ergenlik döneminin kendine has özelliklerinin tanı koymayı zorlaştırması sebebiyle tanılarının büyük çoğunluğunun genç yetişkinlik döneminde konulduğu belirtilmektedir (Aydın, 2010 ; Tekin, 2021).

Borderline kişilik bozukluğunun toplumda görülme sıklığı yaklaşık %1-2 olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında hastane içinde ve dışında tedavi gören psikiyatri hastalarının yaklaşık %20'sini oluşturmaktadırlar (Tekin, 2021 ; Gunderson ve Links, 2008). Bu kişiler ayrıca acil servis hizmetlerini, kriz hatlarını ve psikiyatrik danışma hizmetlerini en çok kullanan hasta grubu arasındadırlar (Ellison,1989).

Borderline kişilik bozukluğu hastalarında sık görülen intihar ve kendine zarar verme davranışları genel popülasyon içinde değerlendirildiğinde bu hasta grubunda 50 kat daha fazla görülmektedir (Glenn ve Klonsky, 2009). Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin yaklaşık %75'inde intihar girişimi, %70'inde ise kendine zarar verme davranışları gözlemlenir. Ayrıca, kronik olarak intihara meyilli olan ve bu sebeple acil servislere yılda ikiden fazla gelen kişilerin en az %50'sine borderline kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur (Özdemir, 2019 ; Gunderson, 2019). Yapılan bir başka çalışmaya göre borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin yaklaşık %58'inin sık sık fiziksel kavgalara dahil oldukları, %25'inin ise silahlı çatışmalar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Aydın, 2016).

Bu bulgulara ek olarak BKB'unun kadınlarda %70 oranında olmak üzere erkeklerden 3 kat daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi olarak ise kadınların erkeklerden daha çok psikiyatrik muayeneye girdiği, dolayısıyla bu durumun kadınlara daha fazla tanı konulmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Lieb ve ark., 2004 ; Oldham, 2006). Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin yaklaşık %90'ı bu tanıya ek olarak farklı bir psikiyatrik tanıya daha sahip olmakta ve bu kişilerin aile öyküleri alındığında büyük çoğunluğunun ailesinde maddeyi kötüye kullanım ve çeşitli duygudurum bozuklukları olduğu görülmektedir (Akpınar, 2010).

1.3.ETİYOLOJİ

Borderline kişilik bozukluğunun nedenselliği incelendiğinde genetik, biyolojik, çevresel ve sosyal faktörler, olumsuz erken dönem yaşantıları ve travmatik hayat olayları gibi birbirinden farklı birçok faktörün bu tanının sebeplerini oluşturmada etkili olduğu görülmüştür (Karakoç, 2014). Borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisi genellikle yetersiz ebeveynlikle birlikte biyolojik ve yapısal pek çok bileşeni içeren çok boyutlu bir yapı olarak ele alınır. Bunun yanında

klinisyenler ve araştırmacılar, altta yatan yapısal diyatezin doğası konusunda her zaman hemfikir olmasalar da, borderline kişilik bozukluğunun gelişiminde çevresel faktörlerin önemi konusunda genel bir fikir birliği vardır (Hooley ve ark., 1999).

Borderline kişilik bozukluğunun genetik ve biyolojik faktörleri incelendiğinde, BKB'nun tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerinden daha sık rastlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Monozigotik ve dizigotik ikiz çiftlerinde borderline kişilik bozukluğu için sırasıyla %35 ve %7'lik uyum oranları görülmüştür, bu da bozukluğun gelişiminde güçlü bir genetik etki olduğunu düşündürmektedir (Tekin, 2021, ; Lieb ve ark., 2004). Bunun yanında, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin annelerinin de BKB'na sahip olma ihtimallerinin yüksek olduğu ve bu kişilerin birinci dereceden akrabalarında BKB görölme olasılığının genel popölasyona göre beş kat daha fazla olabileceği iddia edilmiştir (Aktan, 2021). Yapılan çalışmalarda genetik geçişin BKB'da %40'a kadar etkili olabileceği ve genetik hassasiyetin ve TPHi genine bağlı serotonerjik fonksiyon bozukluğunun BKB oluşumu riskini artırabileceği öngörülmektedir (Courtney-Seidler ve ark., 2013).

Borderline kişilik bozukluğu gelişiminin nörobiyolojik açıdan değerlendiren çalışmalara bakıldığında ise 3 temel nörotransmitter üzerinde durulduğu görölür. Bu nörotransmitterler serotonin, dopamin ve norepinefrin üçlüsüdür (Aktan, 2021). Serotonin ise bu nerotransmitterler arasında üzerinde en çok konuşulan ve etkili olduğu düşünölendir. Araştırmalar düşük serotonin seviyesinin, BKB'nun semptomları arasında olan dürtüsellik, duygusal irritabilite ve intiharla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Kamali ve ark., 2001).

Bunun yanında, beynin duygusal durumları oluşturma sisteminin yapıtaşı olan amigdala faaliyetlerindeki anormallikler de BKB'nu anlamlandırmada önemlidir. Yapılan bir meta analizden elde edilen sonuçlar, borderline kişilik bozukluğu olan hastalardaki amigdala ve hipokampus hacminin sağlıklı kontrol grubunda olan kişilerden daha küçük olduğunu göstermiştir (Leichsenring ve ark., 2011). Bu durum da BKB'na sahip kişilerin olumlu ve olumsuz duygusal durumları işleme işlevlerinin sınırlı olduğunu göstermektedir (Donegan ve ark., 2003).

Amigdala hacminin sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden küçük olmasına rağmen; nörobiyolojik görüntüleme yöntemleri, BKB olan kişilerde gri madde azalması ve amigdala faaliyetinde artış sebebiyle prefrontal korteks ile amigdala arasındaki bağlantının bozulduğu sonucuna ulaşmıştır (Kutlu, 2018). Bu durum da, BKB'daki duygulanım anormalliklerinin ve gerçeklikten sapma durumlarının nedenlerinden sayılabilmektedir.

Psikolojik ve çevresel faktörlere bakıldığında ise kişinin geçmiş yaşamında deneyimlediği tek bir olaydan ziyade çoğu zaman birden çok olayın birbiri ile etkileşim haline girerek BKB oluşumunda önemli rol oynadığını söylemek mümkündür. Örneğin, bireyin çocukluk döneminde ebeveynlerinden yeterli destek ve sıcaklık görememesi, ilgisizlik, sevgisizlik ve ihmal gibi etmenlerin de etkileşimi bu patolojinin oluşumunda oldukça etkilidir (Tekin, 2021; Tunç, 2016). Ebeveynlerinden ilgi, sıcaklık ve destek göremeyen, ayrıca aşırı kontrolcü ve sevgisiz ailelerde büyüyen kişilerin kendilik bütünlüklerine ulaşamadığı ve buna bağlı olarak ego sınırlarının yeterince gelişemediği iddia edilmiştir (Özdemir, 2019). Ayrıca, ebeveyn figüleriyle yaşanan güvensiz bağlanma stilleri de özellikle BKB olan kişilerin çoğunda rastlanan ortak özelliklerdendir. Yaşamın erken dönemlerinde yaşanması gereken bebek ile bakım vereni arasındaki sıcak ve doyurucu ilişkinin yoksunluğu, BKB olan bireylerde sıkça görülen yalnızlığa tahammül edememe, güven sorunları ve aşırı duygusal reaksiyon gösterme gibi semptomlar için sebep niteliği taşımaktadır (Kutlu, 2018).

Tüm bunların yanında, araştırmalara göre erken çocukluk travmaları ve istismar geçmişi de BKB teşhisi konmuş kişiler için bir diğer ortak özellik olarak sayılmaktadır. Hastanede yatan 12 borderline kişilik bozukluğu hastası üzerinde yapılan bir araştırma, bu kişilerin %75'inde ensest öyküsü olduğunu bildirmiştir. Başka bir eğitim hastanesinde ayaktan psikiyatri hastaları üzerinde yapılan bir diğer araştırma ise, borderline kişilik bozukluğu teşhisi konan 12 hastanın 8'inde çocukluk veya ergenlik döneminde istismar öyküsü olduğunu bulmuştur (Herman ve ark., 1989). Çocukluk çağı travmaları, istismar ve ihmal, BKB tanısı konulmuş kişilerde ortak bir nedensellik yaratsa da her travma geçmişi hikayesi olan kişide BKB gelişmemekte veya her BKB hastasında cinsel istismar veya ihmal bulunmamaktadır

(Kutlu, 2018). BKB tanısı almış pek çok hasta kayıp, fiziksel, sözlü ve cinsel istismar kombinasyonlarından en az birini yaşamış olsa da bu çalışmalarda yer alan bir çok BKB tanısı almış kişinin de bu olumsuz yaşam deneyimlerinden hiçbirini yaşamadığı sonucuna varılmıştır (Graybar ve Boutilier, 2002).

1.4.KLİNİK GÖRÜNÜM

Borderline kişilik bozukluğu literatürde en çok tartışılan ve tanı konulan kişilik bozukluklarından biridir. Bu kadar yaygın olarak tanı konulan bir patoloji olmasına rağmen tanı kriterlerinin sınırlarının çok net olmaması ve klinik görünümün kişiden kişiye değişebilen özelliklere sahip olması nedeniyle klinisyenler tarafından tartışmalı ve zorlayıcı bir kişilik bozukluğu olarak yorumlanmaktadır (Aktan, 2021). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı: DSM-5'de özetlendiği üzere bir kişiye BKB teşhisi konulması için dokuz semptomdan en az beşinin mevcut olması gerekmektedir. Bu gereksinimi yorumlamak gerekirse BKB olan birinin yaşayabileceği 256 olası semptom kombinasyonunun olmasıdır; bu da, BKB ile mücadele eden 255 kişinin olduğu bir odada olabileceğiniz ve her birinizin farklı bir dizi semptomu sahip olabileceğiniz anlamına gelmektedir (Aguirre ve Galen, 2013). Bununla beraber BKB tanısının geniş bir spektrumu kapsadığı ve bu spekturumun daha işlevsel olan hastalardan, psikoz sınırına kadar ulaşan hastaları kapsadığı öne sürülmektedir (Tunç, 2016).

Borderline kişilik bozukluğunun klinik özelliklerine bakıldığında bu bozukluğun en dikkat çekici ve yaygın semptomları tutarsız ve gergin ilişkiler örüntüsü, duygusal dengesizlik, dürtüsellik ve intihar veya kendine zarar verme davranışlarını göstermeye yatkınlıktır. Bunların yanında ek olarak reddedilmeye ve terkedilmeye karşı aşırı hassasiyet, sıklıkla hissedilen boşluk hissiyatı, öfke nöbetleri ve kimlik karmaşası da BKB teşhisi almış kişilerde gözlemlenen semptomlardandır (Özdemir, 2019; Gunderson ve Ridolfi, 2001).

DSM-5'e göre borderline kişilik bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme).
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunaltı).
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

1.4.1. Terk Edilmeye Karşı Hassasiyet

DSM-5'e göre, BKB tanısında birinci kriter olan reddedilmeye ve terkedilmeye karşı aşırı hassasiyet, BKB olan kişilerin kendileri için önemli biri tarafından gerçek veya hayali terk edilmekten kaçınmak için yapacakları çılgınca çabaları tanımlar (Skodol, 2005). Bu kişiler çoğunlukla terkedilmeye karşı olan korku ve endişelerinin bilincinde olsalar da, bazıları bu bu korku duygusuna o kadar alışmıştır ki mevcut durumlarda gösterdikleri hassasiyetlerinin farkına varamazlar (Gunderson ve Links, 2008). Masterson (1976), bu durumu BKB olan kişinin gelişim sürecindeki ayrılma ve bireyselleşme basamağında yaşanan bir saplanma olarak yorumlar. Mahler'e göre (1980) ilk bakım verene karşı ayrılma ve yapışma arasında gidip gelen ikircikli duygular bu basamakta çözülemediği takdirde çocukta aşırı öfke ve saldırganlık görünümü terkedilme korkusu yaşanmaktadır (Palombo ve ark,

2009). Bu kriter günümüzde güvensiz bağlanmanın bir semptomu olarak görülmekte olup, BKB kişilerin çocukluk dönemlerinde yakınlık kuramadıkları veya yakınlarında olmayan bir anne figürünün doğurduğu bir sonuç olarak yorumlanır (Tunçelli, 2008). Terkedilme korkusunun temel nedeni olarak varsayılan yalnız olmaya katlanamama olgusu öne sürülmektedir. Yalnız kalmak istemedikleri için, terkedilme korkusu tarafından ele geçirilen bu kişiler çoğu zaman ani duygusal patlamalar ve öteki kişiyi manipüle edici kendine zarar verme davranışları sergilerler. Bu da karşı taraftaki kişi için hem oradan gitmeye yönelik yoğun bir ihtiyaç duymasına hem de ayrılma durumunda yaşayacağı suçluluk duygusuna tahammül edememe olarak kendini göstermektedir (Gunderson, 2019; Tekin, 2021).

1.4.2. Tutarsız ve Gergin Kişilerarası İlişkiler Örüntüsü

Bu kriter BKB olan kişilerin kendilik tasarımlarının ve nesne ilişkilerinin bütünlük içinde değil, bölünmüş vaziyette olduğunu açıklar (Öğünç ve Eren, 2012). Bu durum, eğer potansiyel bakım veya sevgi verenler BKB'na sahip kişiye karşı çok ilgili olup, gereken tatmini sağarlarsa kişinin erdemleri ve kapasiteleri idealleştirilir. Buna karşın, eğer o kişi tarafından hayal kırıklığına uğrattılır veya artık yeterince verici olmadığına kararı verilirse kişiye yönelik değersizleştirme çabalarına hızlı bir geçiş olabilir (Skodol, 2005). Örnek verilecek olursa, uzak ve soğuk bir etkileşim partneri gibi ilişkinin ortak yönlerine yönelik tehditler bağlanma sistemini harekete geçirebilir ve böylece o kişiye karşı yoğun olumsuz duygulanımları tetikleyebilir (Sadıkaj ve ark., 2010). Tüm bu sebeplerden dolayı bu kriter, dolaylı yoldan terkedilmeye karşı hassasiyet ve yalnız kalmaktan korkma kriteriyle bağlantılı olarak sayılabilmektedir.

1.4.3. Kimlik Karmaşası

BKB olan kişilerin benliklerinde çoğu zaman tutarlı olmayan hızlı değişimler görülür. Bu kişiler yaşam hedeflerinde, ilgi alanlarında, romantik tercihlerinde veya kişisel değerlerinde ani ve dramatik değişiklikler yaşayabilir, bu durum da kişilerarası ilişkilerinde sorunlara yol açabildiği gibi BKB olan kişiyi öngörülemez veya güvenilir olmayan birine dönüştürebilir (Aguirre ve Galen, 2013). BKB olan hastalar, özellikle başkalarından yetersiz ilgi ve destek algıladıkları durumlarda,

kendilerini kötü veya şeytani olarak etiketlemelerinin yanında bazen benliklerini hiç var olmamış gibi hissedebilirler (Öğünç ve Eren, 2012).

1.4.4.Dürtüsellik

BKB'nun en yaygın semptomlarından biri olarak görülen dürtüsellik, çoğu zaman öfke patlamaları, ilişki ihlalleri ve çalkantılı ruh hali değişimleri gibi halihazırda sınırda olan davranışları tetikleyebilir. BKB'na sahip bireyler sıklıkla maddeyi kötüye kullanım, güvenli olmayan cinsel ilişkiler yaşamak, aşırı yemek yemek, kumar oynamak, fazla para harcamak veya dikkatsizce araba kullanmak gibi dolaylı yoldan kendisine ve çevresine zarar verebilecek davranışlarda bulunmaya meyillidirler (Kreisman ve Straus, 2004). Ayrıca, bu kişiler dürtüsel intihar tehditleri veya girişimlerinde bulunabilir ve kendilerini bir jiletle keserek veya sigarayla yakarak yaralayabilirler. Bu davranışlar sıklıkla ayrılma, reddedilme veya bireylerin alışkın olduklarından daha fazla sorumluluk üstlenecekleri beklentisiyle de tetiklenebilir (Skodol, 2005).

Bunun yanında, BKB'daki dürtüsellik karşıdaki insana yönelik bilinçli zarar verme isteğinden ziyade kişinin kendisine yönelik bir arzu olması açısından antisosyal kişilik bozukluğu gibi patolojilerden ayrılmaktadır. Örneğin, madde bağımlılığı olan bir BKB hastası, terapisti kendisinin telefonlarını açmadığı için öfkeli hissettiğinde dürtüsel bir şekilde madde kullanımına yönelebilir (Gunderson ve Links, 2008). Aynı zamanda BKB olan kişi bir dürtüyü başka bir dürtünün yerine koyabilir veya ikisinin yerini değiştirebilir, bu mastürbasyon bağımlılığı olan bir BKB hastasının bu takıntısını madde bağımlılığı ile değiştirmesi ile açıklanabilir (Fonagy ve Bateman, 2005).

1.4.5.İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışları

Yapılan çalışmalar, intihar sonucu ölenlerin %30'unda ve intihar girişiminde bulunanların yaklaşık %40'ında en az bir kişilik bozukluğuna rastlandığını göstermektedir. Klinik popülasyonlarda bu intihar oranı, borderline kişilik bozukluğu olan kişiler için %8 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu intihar oranı genel popülasyonla kıyaslandığında oldukça fazla görünse de borderline kişilik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %60-70'i intihar girişiminde bulunduğundan, bu

hastalarda başarısız intihar girişimleri tamamlanmış intiharlardan çok daha siktir denilebilir (Oldham, 2006). Bu kişilerdeki intihar oranının genel popülasyona göre daha fazla olmasının en güçlü sebebi BKB'da görülen yoğun dürtüselliiktir. Duygudurum bozuklukları ve psikoz hastalarındaki intihar düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalığın şiddeti ile intihar düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, intihar girişiminde bulunan kişilerin yaşam boyu dürtüsellik düzeyi yüksek bulunmuştur (Tunç, 2016). Bu çalışmalar, BKB'da gözlenen intihar davranışlarının her zaman ölme arzusu değil, daha çok acıyı iletme ve yardım istemek için kullanılan bir mekanizma olabileceği yönünde bir düşünce oluşturmıştır (Kreisman ve Straus, 2004).

Borderline kişilik bozukluğunda sıkça görülen kendine zarar verme davranışlarının altında birbirinden farklı sebepler olsa da, çoğunlukla görülen bazı ortak dinamikler de bulunmaktadır. Bu sebepler arasında duygusal acıyı fiziksel acı ile yer değıştirme güdüsü, kendini cezalandırma arzusu, duygularını veya başkalarını kontrol etme isteğı, öfkeyi kanalize etmek ve uyuşukluk hissinden kurtulmaya çalışmak bulunur (Shearer, 1994). En yaygın olarak görülen sebepler arasında gerçek veya hayali bir terkedilme veya reddedilme durumu ve artan hoşnutsuzluk ve keyifsizlik halinden kaçma motivasyonu bulunmaktadır (Tunç, 2016). Bu çeşit kendine zarar verme davranışları tipik olarak vücudun çeşitli yerlerinde kendini yaralama veya yanık şeklinde görülmekte olup, dürtüsel bir eylem olarak başlayabilen şey zamanla kaygıdan veya acı verici durumdan kurtulma ve kendini cezalandırma ritüeli haline gelebilir (Kreisman ve Straus, 2004). Hem kendine zarar verici davranışlarda bulunup hem de dolaylı yoldan kendisine zarar verici eylemlerde (alkollü araba kullanmak, aşırı madde veya alkol tüketimi) bulunan kişilerin intihar riskinin ikiye katlandığı tahmin edilmektedir (Oldham, 2006).

1.4.6. Duygusal Dengesizlik

Bu kriter, borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin duygularının sabit bir çizgide ilerlemeyen ölçüde değışken oluşunu, yoğunluğunu ve çeşitliliğini açıklar niteliktedir. BKB'na sahip insanlar, ruh hallerinde ve diğere duygularında belirgin değışimler yaşarlar ve bu değışimler genellikle kişilerarası streslere tepki olarak huzursuzluk, sinirlilik, kaygı, öfke, panik veya umutsuzluk şeklinde kendini

göstermekle beraber çoğu zaman sadece birkaç saat sürer (Skodol, 2005). Bu yoğun duyguların ve duygusal dengesizliklerin zaman zaman davranış sorunlarına sebebiyet verdiği öne sürülmüştür. Ayrıca, BKB'ndaki duygu değişimlerinin ve düzensizliğinin diğer duygudurum bozukluklarından daha dürtüsel ve ani olduğu ve devam süresinin daha kısa olduğu görülmüştür (Gunderson ve Links, 2008). Linehan'a (1995) göre, borderline bireylerin sergilediği problemlerin çoğu ya doğrudan ya da dolaylı olarak duygu düzenlemede yaşadıkları sorunlarla veya yoğun duygusal reaksiyonlarını kontrol etmedeki başarısız girişimlerinin sonucudur (Donegan ve ark., 2003). BKB'na sahip kişilerin duygusal hassasiyetini ve değişkenliğini ölçmeyi amaçlayan bir araştırmanın bulgularına göre (Lynch, 2006), katılımcılardan duygusal yüz ifadelerini tanımlamaları istendiğinde, BKB grubu yüz ifadesinin türünden bağımsız bir şekilde kontrol grubundan daha hızlı reaksiyon göstermiştir, ek olarak bu kişilerin gerçek zamanlı günlükleri incelendiğinde ise olumlu ve olumsuz duygular arasında çok hızlı ve ani geçişler yaptıkları gözlemlenmiştir (Glenn ve Klonsky, 2009).

1.4.7. Boşluk Duygusu

Erken dönem analistleri, boşluk hissini ebeveyninden yeterli bakım ve ilgi görmemiş çocuğun savunmasız ve öteki kişileri içe yansıtma başarısız oluşu olarak tanımlar. Balint (1992) ise bu olguyu BKB'na sahip kişiler için "bir şeylerin eksik olduğu" hissi ve temel başarısızlık olarak yorumlamıştır (Gunderson ve Links, 2008). Boşluk genellikle yalnızlık hissidir. Bu boşluk, hedef belirlemede ve istekleri ifade etmede zorluklara yol açabildiği gibi başkalarının BKB olan kişiler hakkında ilgisiz veya motivasyonsuz olduklarına dair yargılarına yol açabilir. Bu boşluk hissini kapatmak amacıyla borderline kişiler diğerlerinin yakınlıklarına ihtiyaç duyabilir ve hatta zaman zaman fazla yapışkan kişiler olarak nitelendirilebilirler (Aguirre ve Galen, 2013).

1.4.8. Öfke

Bir diğer kriter olan öfke, borderline kişilerin ihmalkar, çekingen, umursamaz ve terkedici olarak algıladıkları başkalarına karşı sıklıkla hissettikleri ve ifade ettikleri yoğun ve uygunsuz öfke patlamalarını tanımlar (Skodol, 2005). Birçok BKB'na sahip kişi, öfkeli olduğunu karşı tarafa itiraf etmese de çoğu zaman gerçek

duygularının bilincindedir. Hemen hemen tüm vakalarda, öfke duygusunu az ifade eden borderline bireyler, öfkeyle alakalı olarak belirgin bir korku ve endişeye sahiptirler. Bunun nedeni olarak, bu kişiler en ufak bir öfkeyi dışa vururlarsa kontrolü kaybedeceklerinden korkarlar ve bu da öfkenin dışa vurulduğu kişinin misilleme yapabileceği endişesini doğurmaktadır (Gunderson ve Links, 2008 ; Linehan, 2018). Bu kriterle beraber, diğer kriterlerin de birbirleriyle etkileşim halinde olduğu çok daha açık şekilde görülür, çünkü öfkenin dışa vurumu başkaları tarafından tahammül edilmesi zor bir durumdur, bu da başkalarının BKB olan kişilerle birlikte olmaktan kaçınmasına sebep olurken, borderline kişilerin terk edilme korkularının tetiklenmesine yol açar (Aguirre ve Galen, 2013).

1.4.9. Gerçeği Değerlendirme Yetisinde Bozulmalar

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi diğer ciddi hastalıklarda gözlenen psikotik semptomların aksine, BKB’nda gözlemlenen gerçeklikten kopuş durumu, öfke ve duygu değişimlerine benzer şekilde genellikle aniden ortaya çıkmakta ve kısa sürede düzelmektedir. Çoğunlukla terkedilme ve reddedilme gibi BKB’na sahip kişiler için aşırı stres etkeni olarak algılanan durumlarda ortaya çıkan bu bozulmalar, kişinin paronoyak ve şüpheli bir tavır sergilemesine ve kendi düşüncelerinden veya bedeninden koparak disosiyasyon olmasına sebep olabilmektedir (Kreisman ve Straus, 2004 ; Skodol, 2005).

1.5. AYIRICI TANI

Borderline kişilik bozukluğunun tanı özellikleri incelendiğinde terkedilmeye karşı hassasiyet, tutarsız kişilerarası ilişkiler, dürtüsellik ve kimlik karmaşası baskın olarak görülen semptomlardandır. Tanı kriterlerinde açıkça bulunan bu semptomlara rağmen BKB’da ayırıcı tanıyı zorlaştırabilecek bazı komorbid bozukluklar yer almaktadır. Bu komorbid bozuklukların varlığı BKB’nun bir kişilik bozukluğundan ziyade duygudurum bozuklukları kategorisinde incelenmesi gerektiği gibi tartışmalara sebep olmuştur (Aktan, 2021). Özellikle depresyon, madde bağımlılığı ve yeme bozukluğu BKB’nda eş zamanlı olarak en çok görülen bozukluklardandır (Paris ve ark., 2007). Bununla birlikte, yapılan araştırmalara göre BKB’na sahip kişilerin en az bir tane olmak üzere Eksen 1 bozukluğuna sahip oldukları

düşünülmektedir (Zanarini ve ark., 1997). BKB’da ise Eksen 1 tanılarından en yaygın olarak görüleni depresyondur.

Gunderson (2019)’a göre BKB vakalarında depresyon tanısının görülme oranı, depresyon vakalarında BKB görülmesi durumundan 3 kat daha fazladır. Bu iki tanı arasında görülen en belirgin fark ise depresyon hastaları çoğu zaman mutsuz ve enerjisizken, BKB’na sahip kişilerin dürtüsel ve öfkeli tutumlarının olmasıdır. Ayrıca, BKB’da duygudurum değişkenliği inişli çıkışlı bir süreçte ilerler ve çoğunlukla kişiler arasında gelişen negatif duygusal aktarımların sonucu olarak kısa sürer, buna karşılık depresyondaki kişilerin duygudurum değişkenliği stabil ve negatif duygu yoğunluklu olmakla birlikte süreç daha uzun sürmektedir (Stepp ve Pilkonis, 2008). BKB vakalarında sıkça görülen intihar ve kendine zarar verme davranışları ise çaresizlik ve yetersizlik duygularından ziyade çoğunlukla stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmada zorlanım veya karşı taraftan almak istedikleri duyguları sağlayacak bir iletişim çesidi olarak yorumlanmaktadır (Paris ve ark., 2007; Gunderson, 2019).

BKB tanısı koyarken maddeyi kötüye kullanım gibi bir semptom olmasa da BKB’na sahip kişiler ile madde kullanımının sıklığı ve yoğunluğu arasında bir ilişki bulunmaktadır (Skodol, 2006). Maddeyi kötüye kullanım tanısı almış hastalarda BKB’nun görülmesi sıklık açısından ikinci sırada yer almaktadır, bu durum da ayırıcı tanı kriterlerini belirlemeyi zorlaştırmaktadır (Evren, 2004). Bununla birlikte, maddeyi kötüye kullanım tanısı almış kişilerle BKB tanısı almış olanlar kıyaslandığında, BKB tanısına sahip olan kişilerin yaşlarının daha genç olduğu ve daha çok alkol ve hipnotik madde kullanmaya meyilli oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca, yapılan çalışmalar BKB olan madde bağımlılarının daha dürtüsel, kaygaya meyilli ve stres faktörleriyle başa çıkmada daha az başarılı olduklarını göstermiştir (Skinstad ve Swain, 2001).

BKB için ayırıcı tanıyı zorlaştıran ve sınırları belirsiz bırakma ihtimali olan bir diğer bozukluk da bipolar spektrumudur. BKB ve bipolar spektrum bozuklukları özellikle kişide gözlenen ani duygusal değişimler ve yoğun dürtüsel davranışlar sebebiyle ciddi ortak yönere sahip olsa da bipolar I tanısının mani

dönemi kendini BKB'ndan kavramsal olarak ayırmaktadır. Bununla yanında, BKB ve bipolar II tanılarının klinik görünüşleri birbirlerine daha benzer şekilde ilerlemektedir. Özellikle iki bozuklukta da görülen duygusal instabilite, kişilerarası duyarlılık, dürtüsellik ve uygunsuz öfke nöbetleri ayırıcı tanının sınırlarını bulanıklaştırmaktadır (Gunderson ve Links, 2008). Buna karşın, BKB ve bipolar II kişinin kendisine yönelik benlik imgesi ve savunma mekanizmaları açısından birbirlerinden farklı gelişir. BKB'na sahip bireyler özellikle ayrılık durumlarında kendilerine yönelik daha kötücül bir benlik imajına sahipken bipolar spektrumuna sahip olanlar büyülenmeci bir benlik imgesi geliştirirler. Ayrıca, BKB bölme savunma mekanizmasını kullanarak kişilerarası ilişkilerinde gerçekleri kutuplaştırıp karşıt görüşe geçebilir fakat bu durum bipolar spektrumdaki kişilerde inkar mekanizmasının kullanımına yol açar ve dolayısıyla olayın duygusal önemi görmezden gelinir (Gunderson ve Links, 2008). İlâveten, bu iki bozukluk arasındaki ruh hali değişimleri sıklık açısından birbirine benzede içerik olarak birbirlerinden farklılaşmaktadır. Bipolar II'deki duygusal değişimler çoğunlukla depresif duygurumdan coşkuya geçiş şeklinde görülürken, BKB'nda ise bu değişimler ötimiden (normal duygurum) öfkeye geçme durumu şeklinde gözlemlenir. Bunun yanında, BKB'ndaki duygusal değişim atakları genellikle çevresel stresörlere veya kişilerarası gelişen durumlara tepki niteliğindeyken, bu durum bipolar spektrumunda daha belirsizdir (Paris ve ark., 2007).

2.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ

Diyalektik Davranışçı Terapi, karmaşık ve tedavisi daha zor olarak değerlendirilen zihinsel bozukluklar için tasarlanmış kapsamlı bir bilişsel davranışçı terapi şeklidir (Linehan, 1993). Başlangıçta kronik olarak intihara meyilli bireyler için geliştirilmiş olan DDT, daha sonra borderline kişilik bozukluğu ve birden çok bozukluğu olan bireyler için bir tedavi şekline dönüşmüştür (Dimeff ve Linehan, 2001). Diyalektik davranışçı terapinin kurucu olan Marsha Linehan, terapiye gelen BKB tanısı almış kişilerin, seanslar sırasında sergiledikleri yıkıcı duygusal atakları, boşluk hissini ve duygudurum bozukluklarını diğer insanlardan daha yoğun bir şekilde yaşadıkları gerçeğinin farkındalığının danışan için iyileştirici olduğunu vurgulamıştır (Sargın ve Sargın, 2015).

Diyalektik Davranışçı Terapi, asıl hedefi olan Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış kişilerin duygu düzenleme zorlukları ve yıkıcı davranış örüntülerini düzenlemek şeklinde geliştirilse de, son yıllarda yapılan çalışmalar DDT'nin tekrar eden ve şiddetli depresyonlarda, yeme bozukluğu yaşayan bireylerde ve yoğun madde kullanımı durumlarında da etkili olduğunu göstermiştir (Budak ve Kocabaş, 2019). Bununla beraber, DDT hedef kitlesini yalnızca yetişkinler olarak belirlememiştir. Yapılan çalışmalarda, DDT'nin aynı zamanda ergenler ve genç yetişkin olan üniversite öğrencilerinde de görülen yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve duygudurum bozuklarının tedavisinde güvenilir ve etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır (Budak ve ark., 2020).

2.1.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİNİN FELSEFESİ

Diyalektik Davranışçı Terapi, iki temel stratejinin üstüne kurulmuştur. Bu stratejilerden ilki olan “kabul prensibi”, kaynağını Zen felsefesinden almış olup danışanın kendi duygu, düşünce, davranış ve çevresinde olan biten olayları yargılayıcı ve değiştirmeyen bir tutumla inceleyip onu tanımasını amaçlar. Zen ilkeleri, kişinin aydınlanma yolunda öğrendiği gerçeklik hakkındaki gözlemlerdir. “Mükemmelliğin esas dünyası bu dünyadır” ilkesi, Zen'de kabulün özünü en açık şekilde ifade eder. DDT de, öncelikle farkındalık ve radikal kabul becerilerini öğretmek, danışanların dünyalarını içinde buldukları şekilde deneyimlemelerine yardımcı olur. İkinci prensip olan “değişim stratejileri” ise DDT'nin temelini oluşturan bilişsel davranışçı kuramın maruz bırakma, koşullanma, bilişsel yeniden yapılandırma ve çerçeveleme gibi kavramlarını içermektedir (Çelebi, 2017 ve Swales, 2009). Bunun yanında, tedavi modelinin ana ilkesini oluşturan “diyalektik teorisi” ise kompleks bir felsefe ve bilimsel kavramlardan oluşmaktadır.

Diyalektik teorisine göre, her şey birbirine bağlıdır ve birbirleriyle ilişkilidir, dolayısıyla gerçeklik durağan bir kavram değil, aksine sürekli devinim halinde olan bir süreçtir. Sürekli değişen gerçekliği oluşturan bu sürece tanık olmak için ise birbirinden zıt ve farklı görüşleri sentezlemek ve harmanlamak gerekmektedir ki bu çoğu zaman siyah ve beyaz düşünce kalıplarını benimseyen bireyler için oldukça zor bir iştir (Van Dijk, 2012). Ayrıca diyalektik terimi, borderline kişilik bozukluğu

örünütüsü gösteren intihara meyilli kişilerin terapi sırasında ortaya çıkan, çoklu gerilimlerini de bu iki uçlu düşünce felsefesiyle esnetmeyi hedefler (Dimeff ve Linehan, 2001). Böylelikle DDT, yapısında barındırdığı birbirinden farklı felsefe prensipleriyle özellikle duygu düzenleme sorunu yaşayan kişilerin davranışlarını dengelemek amacıyla hem değişimin sürekli var olan bir gerçeklik olduğunu vurgumaktadır hem de kabul stratejilerini kullanarak bu kişilerin anlaşıldıklarını ve görüldüklerini hissetmelerini hedeflemektedir (Çelebi, 2017).

2.2.TARİHSEL GELİŞİM

1970'lerin sonunda bir intihar araştırmacısı olan Marsha Linehan tarafından geliştirilen ve ilk olarak 1987 yılında psikoloji çevreleri tarafından tanınmaya başlanan Diyalektik Davranışçı Terapi başlangıçta intihara meyilli olan ve borderline kişilik bozukluğu yaşayan danışanlar için kullanılmıştır (Yavuz, 2020). Diyalektik davranışçı terapi, temel olarak davranış ilkeleri ve sosyal öğrenme kuramına (Bandura, 1969) dayanarak intihara meyilli kişiler için bir deneme yanılma klinik çalışması olarak ortaya çıkmış olup, bu çalışmaların ana hedefi katılımcılara hayatlarının yaşamaya değer olduğunu farkındalığını aşılmasıdır (Linehan ve Wilks, 2015).

Diyalektik davranışçı terapinin tarihsel gelişim süreci incelendiğinde, DDT'nin üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerin içinde yer aldığı görülmektedir. 1980'li yılların sonu itibarıyla bilişsel davranışçı terapi ekolünde felsefe akımlarının ilgi görmesi, klasik ikinci dalga ekollerinde görülen işlevsiz düşünceyi değiştirme ve danışana yararlı olmayan duyguların alternatifini bulma yöntemlerini, kendini olduğu gibi kabullenme ve uygun olmayan düşünce ve duyguyu farketme olgusuna dönüştürmüştür (Sargın ve Sargın, 2015).

Diyalektik davranış terapisi, temelde davranışçılığa dayanmakta olup, DDT'nin yaratıldığı zamanda davranışsal tedaviler geçici olarak işlevsiz olan olay veya duyguya tahammül etmekten ziyade, öncelikle sıkıntı veren deneyimleri değiştirmeye odaklanmıştır, bu durum da ikinci ve üçüncü kuşak terapilerde görülen terapi amacının, kabulü sağlamaktan ziyade değişime olanak sağlaması pratiğini geliştirmiştir (Linehan ve Wilks, 2015). Böylelikle, birinci ve ikinci kuşak bilişsel

davranışçı terapi ekollerinden farklı olarak DDT, danışanın kendisine yönelerek farkındalık kazanmasına, kabul faktörüne ve değişimin içsel süreçlerine odaklanmıştır. İşlevsel olmayan duygu ve bilişler üzerinde çalışırken bu olguların üçüncü kişiler tarafından farkedilmesinin ve incelenmesinin zor olduğu, dolayısıyla terapi içinde bu incelemeyi ve analizi danışanın kendi farkındalığı ile yapması gerektiği düşüncesini vurgulayarak döneminde dikkat çekici bir fikir ortaya atmıştır (Vatan, 2016).

Davranışçılığın temel çerçevesi ile Zen prensiplerini entegre eden Diyalektik davranışçı terapi, günümüzde halen, özellikle BKB için en etkili terapi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, borderline kişilik bozukluğunun yanında çeşitli duygurum bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, yıkıcı dürtüsel davranışlar ve daha az riskli danışan gruplarında da kullanılan etkili bir terapi yöntemi olarak tanınmaktadır (Linehan, 1993).

2.3.BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ

Birinci kuşaktan itibaren klasik bilişsel davranışçı terapiler, danışanın işlevselliğini, psikolojik sağlamlığını ve iyi olma halini duygu, düşünce ve davranış üçgeni içerisinde ele almış olup, standartlaşmış olan bu üç element terapinin ana çatısını oluşturmuştur. Ancak, bilişsel davranışçı terapilerin temelini oluşturan bu üç elementten biri olan duygu olgusuna, bilişler ve davranış kalıpları kadar yoğun ilgi gösterilmemiş, dolayısıyla da daha geri planda kalmıştır (Vatan, 2016). Diyalektik davranışçı terapi ve diğer üçüncü kuşak terapilerin doğuşuyla beraber duygular daha çok önem arz etmeye başlamış ve üzerinde çalışılması kaçınılmaz bir hal almıştır.

Linehan, yıllar içinde yaptığı bireysel seanslarında bilişsel davranışçı protokolleri ve stratejileri uygulamış ve zamanla bu uygulamaların bazı danışanlar için zorlayıcı olabildiği veya tepkiselliğe yol açabildiği gibi bazı durumlarla karşılaşmıştır. Linehan'a göre (1993) bu problemlerin oluşmasında etkili olan faktörler arasında sadece değişime odaklanmanın danışanda tepkiye sebep olması, hem değişim maddelerinin hem gündem konularının tartışılmasının terapinin yapılandırılmış seans süresi kapsamında yeterince ele alınamaması ve özellikle

borderline kişilik bozukluğu tanısı almış danışanlarda seansın içerisinde danışanın duygularının analiz edilip tutulmasının zor olması gibi nedenler yer almaktadır (Çelebi, 2017). Diyalektik davranışçı terapi davranışsal bir terapi türü olmasının yanında düşünce ve duygulara yaptığı vurgularla ön plana çıkar, bunun birlikte danışanın içsel süreçlerine olan ilgisini canlı tutarak, BDT'nin düşünce ve yorumlara odaklanmasına kıyasla duygulara daha fazla yer vermektedir (Pederson, 2015).

DDT ve BDT arasındaki temel farklara bakıldığında, diyalektik davranışçı terapinin özünde danışanın sergilediği davranış üzerinde bir farkındalık kazanması ve bu davranışın kabulü yatmaktadır. Kişilerin benlikleri ve çevrelerinde gelişen olaylar hakkındaki bakış açılarını kabul etmeleri diyalektik davranışçı terapi seanslarında altının çizildiği önemli noktalardandır ve bu durum DDT'i, BDT'den ayırmaktadır. Böylelikle danışan kabul mekanizmasını aktive ederek, değişime giden yolu kendisi açacaktır (Arı, 2020). Bunun yanında, DDT danışanın düşünce biçimlerini "hatalı", "yanlış" veya "çarpık" olarak nitelendirmemek adına yargılama sürecini terapinin dışına çıkarmıştır. Bunun yerine DDT, danışanların düşünme biçimlerinde bir sorun olduğunu kabul eder ve danışanlara etiketleri öğretmek yerine önce bunları kabul etmeye teşvik eder. Ardından da, düşüncelerinin daha dengeli olması için nasıl değişiklikler yapabileceklerine bakmalarına yardımcı olur (Van Dijk, 2012). DDT'de düşüncelere yönelik bilişsel müdahaleler yer alır, ancak bunlar tedavinin mutlak odak noktası değildir ve bazı danışanlarda hiç kullanılmayabilir. BDT'de ise, hatalı düşünceleri bulmak ve bu düşünceleri değiştirmek, sorunları çözenin birincil odak noktası olarak ele alınırken DDT'de bilişsel çalışma prensiplerini değiştirmek terapistin inisiyatifinde bir seçenek olarak tanımlanır (Pederson, 2015).

DDT ve BDT arasındaki ikinci büyük fark, tedavinin danışana sunulmuş şeklidir. BDT, bir grup veya bireysel formatta sağlanabilir, ancak nadiren her ikisinde de aynı anda gerçekleşir, oysa DDT dört farklı terapi modundan oluşur ve bunlar bireysel terapi, beceri grubu, telefonla konsültasyon ve terapi ekibi gibi çoğunlukla bireysel ve grup terapilerini kapsayan bir yapıda ilerler (Van Dijk, 2012). Bunun yanında terapinin veriliş şeklini etkileyen bir diğer faktörde Zen felsefesi ve diyalektik süreçlerin vurgulanış biçimidir. Diyalektik davranışçı terapinin temel prensiplerini oluşturan kabul ve değişim stratejileri meditasyon, bilinçli farkındalık,

denge ve dönüşüm ilkelerine bağlı kalarak danışana anlatılır ve bireysel ve grup seanslarında uygulamalar yapılır. Bunların yanında DDT, BDT'ten intihar riski ve değerlendirme protokolünün kullanılması ile de ayrılmaktadır (Arı, 2020).

Terapi süreçlerinin en önemli bileşenlerinde biri olan derin terapötik ittifak ise diyalektik davranışçı terapide, tedavinin sağlanmasının üstünde ve ötesinde bir öneme sahiptir. DDT'de terapötik ilişkinin kullanımı öğrenme teorisine dayanır ve bu durum BDT'deki yaklaşımdan oldukça farklıdır. Bendere'e göre (2005), bilişsel davranışçı terapilerde, danışan ve terapist arasında gelişmesi beklenen terapötik ittifakın özellikle yoğun seviye sınırdaki diye tabir edilen danışanlarla kurulması, sorunlu davranışların terapisti engellemesi nedeniyle çok daha zordur (Ergin ve Alkar, 2022). DDT terapisti ise, danışanla derin ve gerçek bir terapötik ittifak geliştirmek için her türlü çabayı gösterir ve bu danışanın gerekli değişiklikleri yapmasına yardımcı olmak ve sorunlu davranışların gelişmesi beklenen bu uyuma müdahale etmesini engellemek amacıyla terapistin de kendini açması dahil çeşitli şekillerde sunulabilir. Terapötik ittifak, danışanın kendinde yapacağı bilişsel değişimler için onlara belirli teknikler öğretmek yerine bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu durumun kaynağında ise diyalektik davranışçı terapinin kuramını oluşturan biyososyal teorisinin kişilerarası örüntüleri öğrenme sürecimizdeki önemini vurgular (Van Dijk, 2012).

Ek olarak, DDT, BDT'den evrimleşmesi sebebiyle, değişim stratejileri bilişlerden ziyade davranışlara odaklı olarak gelişmiştir ve bu nedenle diyalektik davranışçı terapinin davranış becerileri geliştirme modülü üzerine kapsamlı şekilde çalışmalar yapılmıştır. Bunun yanında her iki yaklaşım da danışanları tedaviler konusunda bilgilendirmeyi ve uygulanacak müdahale tekniklerinin arkasındaki felsefeyi, hedefleri ve teorileri açıklamaktadır (Çelebi, 2017 ve Pederson, 2015).

2.4.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ'NİN KURAMSAL TEMELİ

2.4.1.Biyososyal Kuram

Diyalektik Davranışçı Terapi'nin kuramsal temelini oluşturan biyososyal teori, duygusal kırılma yönüyle biyolojik bir eğilimi olan ve bununla beraber yetersiz ebeveynlik ve sosyal çevre ile karşılaşmış kişinin duygusal sisteminde bazı

bozulmalar ve düzensizlikler oluşturabileceğini öne sürer. Özellikle borderline kişilik bozukluğunun da ana semptomlarından biri olarak görülen duygusal hassasiyet, sadece kişinin biyolojik olarak fazla hassas olması veya geçersiz kılıcı bir çevrede yetişmiş olmasıyla açıklanamadığı gibi bu iki değişkenin kişinin yaşamında etkin ve karşılıklı bir rol oynamasıyla oluşmaktadır (Van Dijk, 2012). Bu sebeple biyososyal teori kapsamında duygusal kırılganlık biyolojik bir süreçken, yetersiz ebeveynlik ise psikososyal olarak gelişen bir değişkendir (Lynch ve ark., 2006). Biyolojik olarak duygusal kırılganlığa meyilli kişiler, çevrelerindeki diğerlerine kıyasla yaşanan duygusal durumlara karşı daha hassas olmakla beraber daha çok negatif duygusal reaksiyon vermekte ve duygusal süreçlerini kontrol etmekte daha az başarılı olmaktadır (Arı, 2020). Ayrıca bu kişiler sık, yoğun ve normalden daha uzun süren negatif duygu dalgalanmalarına sahip olmaları nedeniyle nöral yolları duygusallığa karşı duyarlı hale gelerek bu durumu otomatik olarak etkinleştirebilir. “Çıra Etkisi” olarak adlandırılan bu durum yaşanan bu kronik uyarılma ve duygusallık hali sönmüş halde bile olsa tekrarlanabilecek küçük bir olayın yeniden bu duygusal reaksiyonu aktif hale getirebileceğinden ve kişinin tekrar yoğun negatif duygurum yaşayacağından bahseder. Bu yüksek ve uzun süreli duygusal uyarılma durumlarının tolere edilmesi zordur ve yaşanan aktif uyarılmanın ardından etkili davranışları seçmeyi imkansız hale getirir. Dolayısıyla, bu kişilerin durumlara verdiği duygusal tepkiler gerektiğinden daha yoğun olmakla beraber bu tepkilere müdahale edip duygusal taban çizgilerine geri dönebilmeleri ortalama bir kişiden daha uzun sürmektedir (Pederson, 2015 ve Van Dijk, 2012).

Biyososyal teorisinin psikososyal değişkenleri ise kişilerin gelişimini geçersiz kılan ve yeterli ebeveynlik göremedikleri bir çevrede yetişmeleri olarak değerlendirilir. Gelişimi geçersiz kılan çevre, çocuğun özel deneyimlerini özellikle de duygular, fiziksel duyumlar ve düşünceler gibi içsel süreçlerini reddetme veya bunlara öngörülemeyen ve uygunsuz bir şekilde yanıt verme eğiliminin olduğu ebeveynlik ortamını kapsamaktadır (Arı, 2020 ve Van Dijk, 2012). Geçersiz kılıcı ortamlarda, beklenti genellikle çocuğun duygularının ifadesini kontrol edebilmesi ve olumsuz duygularını ifade etmemesi yönündedir. Biyolojik duygusal kırılganlığı sebebiyle bu beklentileri karşılamayı başaramayan çocuk, bu olumsuz deneyimleri

iletildiği için çevre tarafından cezalandırır veya sadece çocuğun duygusal tepkileri en üst seviyeye tırmandığı zaman yanıt verilir. Bu durum kişiye, esasen duygularını bastırmak ve duyguları aşırı şekillerde iletmek arasında gidip gelmeyi öğreten bir süreçtir (Koerner ve Dimeff, 2007). Dolayısıyla, çocukluk çağındaki kişinin maruz kaldığı geçersiz kılıcı çevre duygusal kırılmanın gelişimine yarar sağlamakla beraber, çocuğa duygularının nasıl ifade edebileceğini göstermemesi, deneyimlediği bazı duyguların yaşanmaması gerektiğine dair demeçler vermesi ve olumsuz duyguların aslında kontrol altına alınabileceğini öğretmemesi gibi süreçlerin kişinin ilerleyen yaşamında kendi duygularına ve tepkilerine güvenmemesi ve bu duyguları sergilemede sıkıntılar yaşamasına sebep olmaktadır (Burak, 2019). Geçersiz kılma ortamlarıyla ilgili bir diğer önemli parça da, bireyin yaşadığı sorunu kolayca çözebilmesi gerektiği mesajının sıklıkla iletilmesidir. Ancak, bu tür bir ortamda, duygu düzenleme ve problem çözme gibi beceriler, duygusal olarak hassas çocuğa hiçbir zaman gerektiği gibi öğretilmemiştir. Buna göre, iletilen mesaj çocuğun kendini daha iyi hissetmesine yardım edebileceği yönündedir ancak bunu yapmak için hiçbir zaman gerekli becerileri öğrenememiş olan çocuk, kendini kontrol etmeyi denediğinde başarısızlığa uğrar ve bu durum da kendini geçersiz kılmaya yol açmaktadır (Van Dijk, 2012). Sonuç olarak, biyososyal teorinin transaksyonel yapısı hem biyolojik olarak var olan duygusal hassasiyetin hemde gelişimi geçersiz kılan çevrenin birbirini etkilediğini vurgulamaktadır. Kişinin duygusal kırılmasının şiddeti ne kadar yoğunsa çevreden aldığı geçersiz kılıcı mesajlar da o kadar etkili olacaktır, bu durum da kişiyi daha fazla duygusal reaksiyon vermeye ve tepkilerini kontrol edememe sonucuna itecektir (Burak, 2019).

2.4.2. Davranış Teorisi

Diyalektik davranışçı terapinin kuramsal temelini oluşturan ikinci bileşen ise davranış teorisi. DDT'e göre kişinin günlük hayatında tecrübe ettiği tüm duygular, düşünceler, ihtiyaçlar gibi içsel süreçler ve kişinin açıkça sergilediği aksiyonlar davranış olarak kabul edilir (Çelebi, 2017). Temelde davranışçı bir terapi modelini baz alan DDT, davranışçılığın ana prensiplerini kendisine entegre etmiştir. Bu sebeple davranış teorisi kişinin davranışlarının analizi ve değerlendirilmesi, problemi tanımlama ve çözümlenme, kişiye davranışsal içgörü kazandırılması ve kişiye özel

davranışsal çözüm müdahalelerinin kullanılması, diyalektik davranışçı terapinin tedavi modelinde etkin bir rol oynamaktadır. Tüm bu davranışsal müdahale yöntemleri ve değişim stratejilerinin amacı kişinin hayatında etkin olan uygunsuz davranışların sayısını azaltıp, kişinin kendisine uygun olan yararlı davranışları keşfedip aksiyon almasını sağlamaktır (Burak, 2019 ; Budak ve Kocabaş, 2019).

Davranış teorisine göre, gözlemlenen problemlili davranışların oluşumunda kişinin davranışsal beceri eksikliği, modelleme yoluyla (gözlemsel) öğrenme, olumlu davranışların pekiştirilmemesi, olumsuz davranışların ise göz ardı edilip söndürülmemesi gibi çeşitli öğrenme modelleri rol oynamaktadır. Bu nedenle, DDT uygunsuz veya problemlili davranışların arkasında yatan sebeplerin geçerli bir öğrenme prensibine bağlı olduğunu kabul eder ve davranışların görünürde olan kısımlarına karşı eleştirel bir tutum takınmaz (Çelebi, 2017 ve Burak, 2019). Skinner (1974)'a göre kişilikle ilgili problemlerin ve bozuklukların neredeyse hepsi bir dizi açık veya örtük davranışın sonucudur. DDT de bu düşünceyi kavramlaştırarak davranışsal teorinin altyapısını oluşturmuştur ve böylece tanıyı oluşturan davranışların başarılı bir şekilde azaltılmasının veya ortadan kaldırılmasının tanının kendisini de ortadan kaldırabileceğini iddia etmiştir. Danışanın sergilediği uyumsuz kabul edilen açık ve örtük davranışlar değiştiğinde, kişinin deneyimlediği bozukluğun da aşamalı olarak azalacağı vurgulanmaktadır (Swales ve Heard, 2009). Sonuç olarak, davranış teorisi DDT'de terapi modelini oluşturan maruz bırakma, bilişsel çerçeveleme, beceri eğitimleri ve koşullanma stratejilerinin davranışsal müdahaleler olduğu ve terapinin bu bileşenlerine odaklanmanın kişiye fayda sağlayacağı yönünde bir görüşü benimsemektedir.

2.4.3.Diyalektik Teori

Marsha Linehan, borderline kişilik bozukluğu teşhisi olan ve kronik intihara meyilli hastaları tedavi ederken, standart bilişsel ve davranışsal tedavilerde önemli bir eksiklik keşfettiğini söylemiştir. Linehan'a göre bu tarz tedavilerde danışanların düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya odaklanılır ve bu da yoğun dürtüsel epizodlar yaşayan veya düşüncelerinin geçerliliğine oldukça inanmış olan danışanlarda tehdite maruz kalma hissi oluşturur ve dolayısıyla çoğunlukla tedaviyi bırakma yaşanır. Diğer taraftan, tamamen kabule

odaklanan bir tedavi, danışanların çektiği acının ciddiyetini ve acil değişim üretme ihtiyacını geçersiz kılmaktadır (Lynch ve ark., 2006). Tüm bu sebeplerden dolayı, DDT'nin hem kabul hem de değişimin dengesini ve sentezini teşvik eden diyalektik bir felsefeye bağlanması terapi modeli için gelişimsel olmaktadır.

Diyalektik davranışçı terapinin diyalektik teori temeli, DDT'yi diğer bilişsel ve davranışçı terapi modellerinden farklı kılan en görünür etkenlerden biridir. Diyalektik teoriye göre, gerçeklik sürekli devinim halinde olan birbiriyle ilişkili fakat aynı zamanda zıt iki uçlu bir düzlemde barınmaktadır. Bu iki uç kutubun terapideki karşılığı ise danışan davranışları üzerinde bir değişim yapmaya odaklandığında, kişide değişimi tecrübe etmekten ziyade istemsiz bir şekilde kabul görme arzusu oluşur. Bu sebeple, diyalektik teori birbirinden zıt noktalara konumlanmış bu süreçlerin bir ahenk ve sentez yaratabileceğini vurgular (Çelebi, 2017 ve Burak, 2019). Hem değişim stratejilerini hem de kabul prensibini içinde barındıran bu felsefe “her şeyin içinde kendi zıttı da bulunur” ve “değişim iki uçlu bir değişkendir” ifadelerini benimsemektedir. Başka bir deyişle, DDT' göre danışanlar ve terapistler görünüşte zıt iki şeyin bir arada var olabileceği fikrine tahammül etmeyi öğrenmelidirler (Budak ve Kocabaş, 2019).

Diyalektik olarak düşünürken, terapist ve danışan gerçekliğin durağan ve sabit olmadığını, sürekli değiştiğini ve belirgin çelişkilerle dolu olduğunu kendilerine hatırlatmalıdır. Özellikle duygularını düzenlemekte güçlük çeken kişiler görünüşte birbirine zıt iki duyguyu aynı anda deneyimleme durumunu çok sık tecrübe etmektedirler. Örnek verecek olursak, terapistin görevi danışanın kardeşini hem çok sevdiğini hem de ondan nefret ettiğini ifade ederken yaşadığı çelişki yaratan gerginliği danışanın farkındalık seviyesine taşımak ve ona bu iki zıt düşünceyi beraber yaşayabileceğini öğretmektir (Van Dijk, 2012). Sonuç olarak, bütün bir sistem parçalardan oluşur ve parçalarına atıfta bulunmadan tanımlanamaz. Sistem ve parçaları sürekli bir değişim veya akış halindedir ve birindeki değişiklikler diğerindeki değişiklikleri etkiler. Diyalektik teoriye göre de düşünmek, değişim için çalışmaya devam ederken aynı zamanda kabul pratiği yapmamız gerektiği anlamına gelir (Lynch ve ark., 2006).

2.5.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ BİLEŞENLERİ

Uygulanan klasik bir Diyalektik Davranışçı Terapi, bütünsel olarak 5 işleve sahiptir, bu işlevler danışanın davranışsal becerilerinin gelişim kazanması ve kazanılan bu becerileri kişinin kendi hayatına entegre edebilmesine olanak tanınması, danışanın değişimi için istekli olmasının sağlanması, danışanın psikososyal ve çevresel faktörlerinin yeniden düzenlenmesi ve terapistin seanslar süresince motivasyonunun ve seans içi yeterliliğinin yapılandırılması olarak sıralanabilir (Çelebi, 2017). Sayılan bu işlevler, 4 farklı terapi bileşeni ile danışanlara aktarılır.

2.5.1.Bireysel Psikoterapi

Bireysel terapi seansları en az bir yıl boyunca haftada 1 defa olacak şekilde yapılır, danışanın herhangi bir kriz durumu yaşaması veya acil müdahale gerektiren durumlarla karşılaşması durumunda ise haftada 2 olmak üzere seans sayısı arttırılabilir. Bu bireysel psikoterapi oturumlarında danışanın beceri gruplarından öğrendiklerinin pekiştirilmesi, kabul temelli stratejiler, haftanın gündemi ve danışanın güncel sorunları veya krizleri ele alınır (Alkan, 2020). Bireysel psikoterapide terapistin görevi, danışanın yaşamında etkin bir biçimde var olan uygun olmayan davranış örüntülerini bulup müdahale çalışmalarına başlamaktır. Bunun yanında terapist, danışanla terapötik ittifak kurarak, danışanın terapiye yönelik motivasyon ve isteğini yüksek tutmasını ve değişimin varlığını kabul etmesini sağlar (Yavuz, 2020 ve Çelebi, 2017). Ayrıca, bireysel psikoterapilerde DDT terapisti terapi sürecine olumsuz anlamda katkı sağlayabilecek danışanla veya çevreyle alakalı herhangi bir durumu tespit ederek bu faktörün hem danışanın beceri gruplarına katılımını etkilememesi hemde bireysel terapilerde sorun teşkil etmemesi adına çalışmalar yapar (Sargın ve Sargın, 2015).

DDT'nin bireysel seans oturumlarındaki en önemli noktalardan biri ise danışan ile terapist arasındaki karşılıklı kendini açmaya ve eşitlikçi ilişkiye dayanan iletişim faktörüdür. Karşılıklı iletişim, tanımı gereği danışanla terapistin kendini sıcak ve samimi bir şekilde paylaşımına açmasıdır. Terapistin seansta kendini açması tartışmalı bir durum olmakla beraber geleneksel terapilerde bu şekilde gerçekleşen bir iletişim biçimi mantıksız ve uygunsuz olarak görülmektedir. DDT terapistleri ise kendini açma olgusunu, kişisel hikayelerini ve duygu durumlarını başkalarıyla

paylaşma konusunda deneyimsiz olan danışanlarda karşılıklılığı teşvik etmenin bir yolu olarak görmektedir ve diğer humanistik terapi ekollerinde de uygulandığı üzere terapistler, danışan için bir maske takmak yerine oldukları gibi görünebildiklerinde terapötik ilişkinin daha gerçek ve kalıcı olacağı fikrini ortaya koymaktadır (Van Dijk, 2012). Ayrıca, DDT'nin bireysel psikoterapilerinin yapılandırılmış seansları içinde diyalektik stratejiler, zincir analizi metodu, günlük kartları ve kriz gündemlerine müdahale gibi etkili teknik müdahaleler de bulunmaktadır.

2.5.2.Beceri Eğitim Grupları

Diyalektik Davranışçı Terapi'nin en önemli ve kapsamlı parçasını oluşturan beceri grubu eğitimlerinin amacı danışanların günlük yaşamlarında etkin olan uygunsuz davranışlarını değiştirerek yerine daha uygun ve işlevli davranış örüntüleri benimsemelerini sağlamaktır. Diğer terapi ekollerinden farklı olarak danışanın davranış örüntülerini değiştirmek için ekstra bir yöntem kullanılmasının nedeni olarak ise bireysel psikoterapilerde, özellikle dürtüsel ve duygu düzenlemede sıkıntı yaşayan danışanlar için yeni beceriler ve davranış stratejileri öğrenmenin normalden daha zorlayıcı olduğu, bu sebeple de bu kazanımlar için ek bir terapi modülü geliştirmenin danışanlar için daha faydalı olacağı düşünülmektedir (Yavuz, 2020).

Beceri eğitim gruplarının yapısı ise maksimum 10 danışandan ve iki terapistten oluşan bir sınıfa benzemektedir. Bireysel psikoterapilerin yanında ilk 1 sene zorunlu olan beceri eğitim gruplarına katılım haftada 1 gün olmak üzere yaklaşık 2 saat şeklinde yapılandırılmıştır (Sargın ve Sargın, 2015). Beceri eğitim seanslarının büyük bir kısmı, danışanları o seans için planlanan beceri veya davranış stratejileri hakkında eğitir ve deneyimsel uygulama için zaman ayırır. Danışanın beceri eğitim gruplarına planlanan ajandadan farklı bir konu getirmesi durumunda bu gündemin bireysel psikoterapi seanslarında tekrar ele alınması konusunda yönlendirilir ve beceri eğitim gruplarının sonunda terapist danışanlarına ev ödevleri vererek farkındalık çalışmalarını yaptırır (Pederson, 2015).

Beceri eğitim grupları duygu düzenleme, sıkıntıya tolerans geliştirme, farkındalık ve kişilerarası etkililik gibi 4 farklı alt modülden oluşmaktadır. Her bir modül, danışanların günlük hayatlarında yaşadıkları sıkıntılar ve krizler için ayrı

olarak hazırlanmış olup, bu krizlere nasıl müdahale edeceklerine dair öneriler ve psikoeğitim sunmaktadır. Sıkıntıya tolerans geliştirme ve farkındalık beceri modülleri kabul odaklı stratejiler barındırırken, duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik değişim stratejilerini içermektedir (Burak, 2019). Tüm bu alt modüller müdahale yöntemleri bölümünde detaylandırılacaktır.

2.5.3. Telefon Koçluğu

Telefon koçluğunun amacı, danışanların bireysel psikoterapi seansları ve beceri eğitim gruplarında öğrendikleri yeni davranış örüntülerini günlük hayatlarına daha kolay entegre edebilmelerini sağlamaktır. Özellikle kriz durumları ve yoğun duygusal epizod geçiren danışanlara bir sonraki oturumu beklemeden acil ve konsantre müdahale yapılmaktadır (Çelebi, 2017). DDT, öğrenmenin terapötik bağlanma sayesinde genellendiğini savunmaktadır, bu sebeple de böyle bir modüle duyulan ihtiyacı vurgular. Tedavi, klinik ortamda uygulanan becerilerin otomatik olarak gerçek yaşam ortamlarına genelleneceğini varsaymadığı için telefon koçluğu danışan ile terapist arasında gerçekleşen öğrenme becerilerini pekiştirmektedir (Swales ve Heard, 2009).

Bu telefon görüşmelerinin 10 dakikayı geçmemesi ve arama yapılabilecek saatlerin bireysel psikoterapilerde danışan ile anlaşma yapılarak onaylanması terapistin kendi sınırlarını koyması açısından önem arz etmektedir. Bu koçlukta anahtar nokta ise görüşmelerin danışanın kendisine zarar verici bir davranışta bulunması veya intihar girişimi gibi durumlarda durum değerlendirmesi yaparak riski minimuma indirmeye çalışmak olmalıdır (Sargın ve Sargın, 2015). Marsha Linehan'ın yaklaşık 20 yıl kadar önce gündeme getirdiği telefon koçluğu, günümüzün teknolojik gelişmeleriyle mail atmak, mesaj yollamak gibi birbirinden farklı birçok iletişim kanalıyla da sağlanabilmektedir (Pederson, 2015). Telefon koçluğu, suistimale açık olması sebebiyle terapistler tarafından çok tercih edilmeyen bir yöntem olsa da özellikle BKB'na sahip danışanlarla uygun bağlamda kullanıldığında oldukça yarar sağlayan bir tedavi stratejisi olmaktadır.

2.5.4. Konsültasyon Ekibi

Diyalektik Davranışçı Terapi'nin geliştirilme aşamasında tüm DDT terapistleri haftada bir kere olmak üzere grup içi süpervizyonlara katılıp araştırma vakalarını sunmaktaydı, DDT programının literatüre geçmesiyle birlikte bu araştırma ve analiz toplantılarının yararları model olarak alındı ve tedavinin bir parçası olarak yerini aldı. Bu model içinde, konsültasyon ekibinin birincil görevi terapistin uyguladığı tedavi modelinin doğruluna odaklanmasını sağlamak, tükenmişliği veya motivasyon kaybını önlemek ve özellikle BKB gibi duygu düzenlemede yoğun sıkıntılar yaşayıp kendine zarar verici davranışlarda bulunan danışanları tedavi eden meslektaşlarına destek sağlamaktır (Linehan ve Wilks, 2015).

Konsültasyon ekibi toplantılarında, terapist vakalarını diğer DDT terapistleri ve grup beceri eğitmenleri ile tartışır ve vakalarındaki yaklaşımı, duruşu ve ilerlemesi hakkında geri bildirim alır. Aynı zamanda konsültasyon ekibi, terapistin zorlu danışan grubuyla olan terapi süreçlerinde yanında olarak terapistin danışana karşı yaşayabileceği hayal kırıklığı, öfke gibi herhangi bir karşı aktarım sürecini önlemektedir (Alkan, 2020). Bunun yanında, konsültasyon ekibi danışanlarla ilgili vaka analizleri ve değerlendirme süpervizyonları yapar, bu süpervizyon oturumlarında terapistin DDT yaklaşımlarına yönelik yeterliliği ve teknik bilgisine destek olunarak, terapistin kendi kendisine DDT stratejilerini uygulaması için de olanak tanınmaktadır (Arı, 2020).

Standart bir DDT tedavisi için konsültasyon ekipleri düzenli olarak genellikle haftada 1 defa olmak üzere toplanmaktadır ve ideal olarak, her hastanın aynı konsültasyon ekibi toplantılarına katılan bireysel terapisti ve bir beceri eğitmeni vardır. Bir başka terapist ise, ekibin toplantı gündemini belirlemesine ve farkındalık çalışmaları yapmasına yardımcı olmak amacıyla belirlenmiş bir ekip lideridir. Bu toplantılardaki gündem maddeleri önem sırasıyla intihar davranışında bulunan, tedaviyi baltalamaya çalışan ve kendi yaşam kalitesini zedeleyen danışanlar şeklinde ele alınmaktadır (Stanley ve Brodsky, 2013).

3.BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

Toplumda psikiyatri hastalarının yaklaşık %11'ini ve yatan hastaların %19'unu kapsayan borderline kişilik bozukluğuna sahip kişiler için potansiyel olarak etkili olabilecek farmakoterapi başlatılsa bile bunun yanında etkili bir psikososyal terapinin başlatılmasının gerekliliği vurgulanır (Linehan ve ark., 1991). Hastaların büyük çoğunluğunda görülen kimlik bütünleşmesindeki dalgalanmalar, düşük benlik sayısı, aşırı dürtüsellik, başarısız duygu düzenleme girişimleri, stres verici günlük hayat olaylarına karşı tahammülsüzlük, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri sadece ilaç tedavisiyle kontrol altına alınmadığı gibi etkili bir psikoterapi uygulamasını gerektirmektedir (Sargın ve Sargın, 2015).

BKB tedavisinde kullanılan en etkili terapi yöntemleri arasında Diyalektik Davranışçı Terapi, Şema Terapi ve Psikodinamik Terapiler yer almaktadır. Bu terapi ekollerinin arasında Diyalektik Davranışçı Terapi güncel olarak hakkında en fazla çalışma yapılan ve özellikle BKB'na sahip danışanların psikososyal becerilerinin gelişimine en çok katkı sağlayan müdahale yöntemlerini bulunduran terapi çeşididir (Emre ve Alkar, 2021). Özellikle, dürtüsel ve duygu düzenleme güçlükleri yaşayan BKB hastaları için terapi sürecine alışmanın zorluğu ve terapi müdahalelerini tehdit olarak değerlendirme yetileri sebebiyle tedavinin erken aşamalarında terapiyi bırakma oldukça sık görülmektedir. Bu konuyla ilişkili BKB'na sahip kişilerin tedaviyi sürdürme ve sonucunda yarar görme oranlarını 12 aylık süreçte inceleyen bir çalışmada, DDT müdahalelerini tamamlama oranı %75 olarak diğer terapi ekollerinden daha yüksek bir yüzdelle sonuçlanmıştır (Barnicot ve ark., 2012).

DDT'de tedaviyi bırakma düzeyinin daha düşük olmasının sebepleri arasında diyalektik davranışçı müdahale yöntemlerinin yanında DDT terapistlerinin BKB olan danışanlara bakış açıları ve kurdukları terapötik ittifak da sayılabilir. DDT terapistleri, BKB'na sahip danışanlarını genel bakış açısının aksine manipülatif ve değişime karşı dirençli kişiler olarak görmek yerine aşırı acı çeken ve ellerinden geleni yapma mücadelesi veren kişiler olarak görmektedir. Bu varsayım da, diyalektik davranışçı terapistlerin hastalarına karşı şefkatli olmalarına yardımcı olmakta ve terapideki tükenmişlik olasılığını azaltmaktadır (Salsman ve Linehan, 2006). DDT'de terapötik ittifakın önemini araştıran 3 çalışmada da, 1 yıldır devam eden diyalektik davranışçı terapi seansları içerisinde kademeli olarak artış sağlayan

terapötik ittifakın BKB'na sahip danışanlarda kendine zarar verme ve intihara yönelik davranışların azalmasına katkı sağladığı ve bunun yanında yine aynı danışanların öfke, duygusal düşüşler ve stres toleransı gibi diğer semptomlarında da olumlu yönde düzelmeler olduğu görülmüştür (Emre ve Alkar, 2021).

Terapist ve danışanın terapötik ittifak vesilesiyle karşılıklı bağlılık ve güven ortamı oluşturmalarının ardından terapist, danışanın hayatını daha “yaşamaya değer” algılamasını sağlamak amacıyla ortak hedefler belirlemektedir. Bu hedefler, BKB'na sahip danışanın daha iyi davranışsal kontrol sağlaması için becerilerini geliştirilmek, geçmiş travmalara odaklanarak acı duyulan anıların hafifletilmesini sağlamak, benlik saygısının geliştirilmesine yardımcı olmak ve kişisel mutluluk sağlamaya odaklanmayı içerir (Kreisman ve Straus, 2006).

DDT'nin klinik müdahalelerinin ve hedeflerinin daha etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesi için ise tedavi süreci 4 evreye ayrılmış olup bu aşamalar danışanın ruhsal sıkıntılarının şiddetine ve sıklığına göre önem sırasına konulmuştur. İlk aşamada, hayatlarını tehdit edici bazı davranışlarda ve alışkanlıklarda bulunan danışanlar gelmektedir. Bu danışanlar davranışlarını kontrol altına almakta güçlük yaşamakta ve intihar davranışını gerçekleştirmenin yanında parasüidal davranışlar ve kendilerine zarar verici eylemlerde bulunmaktadır. İkinci aşama ise BKB hastalarında sıkça görülen terapiye müdahale ederek tedaviyi engelleyici bazı davranışlarda bulunmalarını önlemektedir. Bu davranışlar arasında terapiye geç gelme, sınır aşımı, terapistle karışma, motivasyon eksikliğini dışa vurma gibi durumlar yer almaktadır. Bu noktada terapist, diyalektik ilkelere bağlı kalmalı ve bu doğrultuda danışana sınır çizmek için çok sert bir tutum takınmak veya danışanı kabullenmek adına durumu değiştirmeye çalışmamak gibi eylemlerde bulunmamalıdır. Üçüncü aşama ise danışanın hayat standartını olumsuz yönde etkileyen davranışlarına müdahale etmeyi içerir. Bu davranışlar içinde, aşırı madde ve alkol kullanımı, yeme bozuklukları, cinsel bağımlılıkların yanında ilişkisel problemler, iş ve okul gibi sosyal alanlarda yaşanan diğer sorunlar yer almaktadır. Son aşama ise, danışanın davranışları içinde işlevsel olmayanları değiştirerek yeni davranış becerileri edinmesini sağlamaktır (Çelebi, 2017 ; Alkan, 2020 ; Sargın ve Sargın, 2015).

Bu öncelikli 4 evrenin başarıyla tamamlanması sonucunda danışan artık davranışları üzerindeki kontrolünü sağlamayı öğrenmiş olup, hayatında olumlu ve olumsuz sonuçlar yaratacak eylemleri ayırt edecek duruma gelmektedir. Bu sebeple terapistin bir sonraki hedefi, danışanın iç dünyasını ve duygusal tutarsızlıklarını düzene sokmaktır. Bu noktada, özellikle BKB'na sahip danışanlarda yoğun olarak gözlemlenen geçmiş travmalar yer almaktadır. Geçmişteki travmatik olayların kabulü ve geçmişe yönelik duygusal hassasiyeti azaltma gibi çalışmalarla danışanları geçmişteki olumsuz anıların gölgesinden ayırarak yeni duygusal deneyimler kazanmalarına yardımcı olmak adına çalışılır (Sargın ve Sargın, 2015).

Ek olarak DDT, tedavi çizelgesi içerisinde BKB tedavisine yönelik bilişsel davranışçı yaklaşımın normal uygulama çizgisinden farklı bir düzenleyici programı barındırır. BKB'na sahip danışanların hayatlarında onlara eşlik eden yakınlarının ruhsal sağlığı ve davranışsal tutumlarıyla ilgilenmenin önemini vurgulayan bu programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) adı verilir. Tıpkı DDT'nin genel içeriği gibi STEPPS de sınırdaki kişiliklerin duygusal yoğunluklarını ayarlama yetisinden yoksun olmalarına odaklanmaktadır. STEPPS'in içeriği bir terapi planlamasından ziyade BKB'na sahip kişilerin aileleri, arkadaşları, romantik partnerleri ve terapistleri gibi sosyal çevrelerini oluşturan kişilere destek ve bilgi sağlamaktır. Bu destek programı, hastanelerdeki sağlık personelleri veya danışanın terapist ekibi tarafından düzenlenen seminerlerle sağlanmaktadır. Bu programın amacı, danışanın yakın çevresini BKB hakkında eğiterek hem kendilerine hem de BKB olan yakınlarına yardımcı olmalarını sağlamaktır (Kreisman ve Straus, 2006).

3.1.BİREYSEL PSİKOTERAPİDE MÜDAHALE TEKNİKLERİ

3.1.1.Günlük Kartları

DDT müdahalelerinin önemli bir parçasını oluşturan bireysel psikoterapi tekniklerine, danışanı sıcak bir karşılama ile terapi ortamına alıştırdıktan sonra hem terapisti hem de danışanı terapiye alıştırmak adına birkaç dakikalık farkındalık çalışmaları yaparak başlanmaktadır. Farkındalık çalışmalarının hemen ardından terapist, DDT'nin diğer terapi yöntemlerini bireysel seansa entegre etmek amacıyla

danışanın beceri eğitim grubunda o hafta neler tecrübe ettiğini öğrenmektedir. Buradaki temel hedef, danışanın beceri grubundan öğrendiği yeni davranış kalıplarını bireysel seanslarında tekrar ele alarak pekiştirmesine olanak tanımak ve bu yeni kalıpların gündelik hayatına daha kolay yerleşmesini sağlamaktır. Bu kısımdan sonra, danışanın doldurması gereken “günlük kartı” kontrol edilmektedir (Pederson, 2015).

Günlük kartları, terapinin ilk aşamalarında belirlenmiş olan, danışanın uygun olmayan davranışlarını gözlemlemek ve gerektiği noktalarda müdahale edilmesini kolaylaştırmak amacıyla verilen yapılandırılmış formlardır (Arı, 2020). Özellikle BKB’na sahip danışanlarla çalışırken, seanslar arasındaki zaman içinde gelişen problemleri izlemek önem taşımaktadır çünkü bu kişiler genellikle duygudurum dalgalanmalarını, kendine zarar verme davranışlarını ve onları kışkırtan diğer durumları hatırlamakta güçlük çekmektedirler. Günlük kartları, hatırlamaya yardımcı olmak adına danışanlardan hedef davranışlarını, sıkıntı seviyelerini ve uyguladıkları becerileri kayıt altına almalarını ister (Stanley ve Brodsky, 2013).

Günlük kartları, bilişsel davranışçı terapilerde yaygın olarak kullanılan formların değiştirilmiş bir versiyonudur ve genellikle duygu, düşünce ve davranış farkındalığının edinilmesini sağlamakta ve dolaylı yoldan da işlevsiz davranışların değiştirilmesini tetiklemektedir (Linehan, 1993). BKB’u olan bireylerle çalışırken günlük kartlarını düzenli tutmanın en büyük avantajlarından biri, bu kişilerde çok yaygın olan duygudurum değişkenliği ve durum bağımlılığını modifiye etmesidir. Bu kişilerin, hafta boyunca belirli bir günde nasıl hissettiklerine dair geriye dönük, doğru bir rapor sunabilmeleri neredeyse imkansızdır. Başka bir deyişle, eğer danışan terapi seansı sırasında kendisini iyi hissettiğini veya tam tersini söylüyorsa tüm haftasını bu şekilde değerlendirme eğilimindedir, bu da danışanın işlevsiz davranışını bulma yolunda terapiyi zora sokan bir durumdur (Stanley ve Brodsky, 2013).

Danışanlar, günlük kartlarına o hafta deneyimledikleri olaylar ve duygulara ek olarak haftalık alkol ve madde kullanımı, günlük ilaç kullanımı, intihar düşüncesi değerlendirmeleri, kendine zarar verme dürtüleri, yaşamlarını tehdit edebilecek diğer olayları (korunmasız cinsel birliktelik, fiziksel kavgalar vs.) ve yaşam kalitesini

düşüren bazı alışkanlıkları (aşırı yemek yeme, tartışma başlatma, işlevsiz kaçınmalar vs.) da yazmaktadırlar. Bunun yanında danışanlardan, duygularını, intihar düşüncelerini ve kendine zarar verme dürtülerinin 0 ile 5 arasında değişen bir ölçekte puanlamaları istenmektedir (Linehan, 1993).

Danışanın günlük kartlarını terapiye getirmemesi veya doldurmaması durumunda, danışanın bir öz denetim yetersizliği içinde olduğu varsayılır ve günlük kartlarını düzenli kullanmaları amacıyla tekrar uygun psikoeğitim verilerek gereken motivasyonun sağlanması amaçlanır. Özellikle BKB grubunda kullanılan günlük kartlarının, terapist tarafından düzenli kontrol edilmemesi veya unutulması durumunda, danışanın öğrenmesi gereken yeni becerileri önemsememesi ve duygusal dalgalanmalarını tanımlayamayıp kontrol etmekte güçlük yaşaması gibi durumlarla karşılaşılabılır (Linehan, 2014).

3.1.2.Zincir Analizi

Diyalektik Davranışçı Terapi'nin bireysel psikoterapi seanslarında kullanılan bir diğer müdahale tekniği ise "zincir analizi" metotudur. Zincir analizi temel olarak bilişsel davranışçı terapilerdeki ABC modeline benzemekte olup, sorun yaratan işlevsiz davranışı belirleyip tanımladıktan sonra, bu davranışa sebep olabilecek öncülleri, tetikleyicileri ve davranışın sonucuna kadar uzanan süreçte aktif olan diğer değişkenlere müdahaleyi içeren bir tekniktir. Zincir analizi, problemi ve bu probleme sebep olan işlevsiz davranışların nedenlerini tespit etmek amacıyla birbirine bağlı şekilde ilerleyen sorular içermektedir (Yavuz, 2020 ; Burak, 2019).

Zincir analizinin bir parçası olarak işlevsel olmayan davranışın, kişiye verdiği zararı, niyeti veya amacını, açık bir eylem, düşünce veya dürtü olup olmadığını tespit etmeyi kolaylaştırmak için davranışa özgü bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Bu sebeple terapist, ilgili davranışın tüm parçalarının ayrıntılı bir tanımını almaktadır. Örneğin; intihar girişiminde bulunmuş bir danışanın öncelikle davranışı nasıl gerçekleştirdiğini öğrenmek ("tıraş bıçağından bir jilet aldınız ve onu ön kolunuzun iç kısmındaki deriyi kesmek için kullandınız"), sonrasında ilgili davranışla ilgili düşüncelerini tespit etmek ("kendinizi keserken ne düşündünüz?", "kendinizi kesmekteki amacınız neydi?"), ardından ise davranışın zamanı (örn. Salı

akşamı”), davranışın sıklığı (örn, “o 30 dakika boyunca kolunuzun içini 6 kez kestiniz ve bu hafta bu hafta üçüncü kez kendinizi kestiniz”) ve davranışın yoğunluğunu (örn, “kendinizi yeterince derinden kestiniz ve acil servise gidip dikiş atmanız gerekti”) tespit etmek gerekmektedir (Katz ve Korslund, 2019).

Gerçekleşen davranışla ilgili gerekli detayları öğrenen terapist, sorunlu davranışı çevreleyen bağlamı anlamak için ilgili davranışın öncesinde ve sonrasında neyin geldiğine dair farkındalık oluşturmaktadır. Bu farkındalık sayesinde, danışan ve terapist, ilgili davranışa dair savunmasızlıkları azaltma, harekete geçiren olaylara daha etkili yanıt verme, hedef davranışlara alternatifler seçme ve zayıflıklara geri dönmeleri için sonuçları ustaca ele alma gibi aktif problem çözme becerileri geliştirirler. Ayrıca, zincir analizi duyguları, düşünceleri, fizyolojik olayları ve hedef davranışları etkileyen ve bunlardan kaynaklanan diğer faktörleri anlamayı sağlayıp bu olayları kontrol edebilecek uygulama becerisini geliştirmektedir (Pederson, 2015).

Zincir analizindeki hedeflenen becerileri, terapinin başlarında danışanların isteklerine göre uygulamak ve bu tekniği bir “öğrenme aracı” olarak tanımlanmak, zincir analizi metotunun BKB olan danışanlar için daha kolay kabul edilebilir olmasını sağlar. Ayrıca, zincir analizini sadece hedef olan işlevsiz davranışlar için kullanmak yerine zaman zaman etkili davranışların öncüllerini ve sonuçlarını analiz etmekte kullanmanın terapi süreci için avantajları bulunmaktadır. Danışanın sorunlu davranışlarda bulunmadığı durumlarda neyin işe yaradığını vurgulamak, zincir analizinin kullanımına pozitiflik getirir, umut ve beklenti geliştirir, terapötik ittifakı güçlendirir ve kabul ortamı yaratır (Linehan, 1993).

Bunun yanında, BKB hastalarının dahil olduğu işlevsiz davranışların çoğu normal bir düzlemde gelişen veya nedenleri ve sonuçları belirli olan davranışlar değildir (örn, kendine zarar verme ve intihar girişimleri). Bununla ilişkili olarak, bu tarz işlevsiz davranışların birçoğu önemli ölçüde utanç duygusuyla ilişkilidir ve utanç, devam eden davranış ve bilişi bozan acı verici bir durum olarak tanımlanmıştır. Utançla ilişkili davranış yönelimleri arasında, utanç verici davranışın yönlerini gizleme, geri çekilme, ortadan kaybolma veya düşünmekten kaçınma dürtüsü yer almaktadır. Bu durum da, gerçekleşen eylemlerle ilgili anlamlı

düşünmeyi veya problem çözmeyi kısıtlar ve çoğu zaman terapistin önemli klinik yönelimini engeller. Bu bağlamda, zincir analizi sırasında ortaya çıkan maruz kalma, BKB hastalarında utancı azaltıp ve problem çözmeyi arttırabilmektedir. Danışanın, utanç verici olaylar veya davranışlar hakkında ayrıntılı olarak konuşmasını istemek, farkındalık çalışmaları veya karşıt eylem oluşturmaya çok benzer şekilde çalışmaktadır. Bu sayede danışan, davranış veya olay ile duygusal tepki arasındaki ilişkiyi zayıflatan pekiştirilmemiş bir maruziyet yaşar ve utançtan kaçınıp problem çözme becerisini geliştirir (Lynch ve ark., 2006).

3.1.3. Diyalektik Stratejiler

Diyalektik düşünce sistemi, DDT'nin her aşamasının ana hatlarını oluşturmaktadır. Daha önce de aktarıldığı üzere diyalektik düşünce, birbirinin karşıt kutuplarında bulunan olguların sentezlenmesi ve aynı kapta karışabilmesi sağlandığında kurulur. Terapiler esnasında terapistin eline, danışanlarına diyalektik düşünceyi aşılması adına birçok şans geçebilir. Örneğin, danışanın alkol kullanmayı bırakmak istememesi teze, terapistin ise danışanın alkol kullanmasını uygun görmemesi anti-teze örnek gösterilebilir. Böyle bir durumda terapinin sıkışmaması için terapistin, danışanın alkol tüketme dürtüsünün geçerli taraflarını ortaya çıkarıp ona hak verdiğini göstermesinin yanında alkol tüketiminin diğer olumsuz sonuçlarına da dikkat çekmesi sentezi yakalamasını sağlayarak terapiye diyalektik düşünceyi entegre etmesini sağlamaktadır (Çelebi, 2017).

Terapi içindeki diyalektik stratejiler içinde yer alan “şeytanın avukatlığı” rolü, terapistin zaman zaman sentez düşünceyi yakalamak amacıyla başvurduğu stratejilerdendir. Bu tekniğin özü terapistin, danışanın seansa getirdiği herhangi bir olayın veya düşüncenin tam karşıt konumunda yer alarak bir tartışma ortamı yaratması ve danışanın kendi düşüncesini savunmasını gözlemlemesidir. Şeytanın avukatını oynarken terapist, alternatif pozisyonlar olduğu fikrini satmak kadar, savunduğu pozisyona gerçekten inanmak zorunda değildir. Burada amaç, danışanın inandığı durumun geçerliliğini ve gerçekçiliğini kendi savunması sırasında sorgulamasını sağlamak ve bu sayede bir sentez düşünceyi yakalamasına fırsat vermektir (Van Dijk, 2012).

Bir diğerk diyalektik strateji ise, doğruyu ve yanlışı reddetmektir. Bu strateji, karşıt bakış aırlarının her ikisinin de doğru olabileceğini, bir bakış açısının hem doğru hem de yanlış olabileceğini veya yanıtların hem evet hem de hayır olabileceğini kabul etmeyi içermektedir. Terapide doğruyu ve yanlışı reddetmek, durumlarla başa çıkmak için tercih edilen veya daha faydalı yöntemlerin olmadığı anlamına gelmez. Bu yöntem, hem terapist hem de danışan için tek bir doğru cevap veya müdahale yöntemi olmadığını ve herhangi bir şeyin doğru sanılan seçeneği baltalayabileceğini gözardı etmemek anlamına gelir (Pederson, 2015).

“Limonlardan limomata yapmak” günlük hayatta sık kullanılan bir deyiş olmasının yanında DDT'nin de stratejileri içinde yer almaktadır. Terapi seansları sırasında bu deyim, bazen terapistlerin belirgin bir sorunu alıp onu olumlu bir şeye dönüştürmesini gerektiğini vurgulamaktadır. Linehan'a (1993) göre, bu teknik danışanın tıpkı geçmişinde deneyimlediği gibi geçersiz kılınması veya sorununun ciddiyetinin en aza indirilmesi gibi görünmemesi için dikkatle kullanılmayı gerektirmektedir (Van Dijk, 2012).

Başka bir diyalektik strateji olan “paradoks yaratmak” danışanları, farkındalıklarının içinde tutmak için çelişkiler yaratır. Özellikle BKB olan danışanlarla psikoterapide ilk ve en önemli görevlerden birinin onların dikkatini çekmek olduğu varsayıldığında "Paradoksa girmek" tam da bunu yapmanın güçlü bir yoludur. Paradoksa girmek, inançlar, değerler ve davranışlar arasındaki çelişkilerden kaynaklanan rahatsız edici bir psikolojik durum olan bilişsel uyumsuzluk yaratır ve uyumsuzluk farkına varıldığında, danışanın psikolojik sıkıntısını hafifletmek için bilişsel bir değişim yapması gerekir. Örneğin, çevresinden saygı görmeyi beklemesine rağmen çevresine saygılı davranmayan BKB'na sahip bir danışana bu durumun paradoksal yanıyla yüzleştirmek danışanda endişe veya psikolojik stres yaratsa da, terapinin ilerleyişini yeniden rayına sokup danışanın değişimi bulmasını sağlayabilir (Linehan, 1993).

3.2.BECERİ EğİTİMİ MODÜLLERİ

Daha öncede belirtildiği üzere DDT becerilerinde birincil vurgu, danışanların işlevsiz veya uyumsuz davranışlar yerine kullanılabilecekleri yeni davranış

kalıplarını öğrenmelerine ve yararlı olduğu kabul edilen becerilerini güçlendirmelerine yardımcı olmaktır. Beceri eğitimi modülleri, modelleme, talimatlar, hikayeler, davranışsal prova, geri bildirim, koçluk ve ev ödevleri dahil olmak üzere didaktik bir yapıdan oluşmaktadır. Bu modüller, değişim becerileri (kişilerarası etkililik ve duygu düzenleme) ve kabul becerileri (farkındalık ve stres toleransı) olarak ikiye ayrılmakta olup toplamda 4 modülden oluşmaktadır (Linehan ve Wilks, 2015).

3.2.1.Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Modülü

“Bilinçli Farkındalık”, zihni yargılamadan ve ana bağlı kalmadan bilinçli olarak şimdiki ana odaklanma eylemidir ve DDT beceri eğitimlerinin ilk modülünü ve temelini oluşturmaktadır. Temel beceriler öğretilen ilk becerilerdir ve diğer tüm DDT becerilerini desteklemekte ve zemin hazırlamaktadır. Farkındalık modülü becerileri, diğer üç beceri modülünün her birinin başında gözden geçirilen ve tüm tedavi boyunca vurgulanan tek becerilerdir. Her beceri modülü en az bir farkındalık becerisine sahip olmaktadır. Örneğin kişilerarası etkililik becerilerinde başkalarının farkındalığı, duygu düzenleme modülünde mevcut duyguların farkındalığı ve sıkıntı toleransı modülünde ise mevcut düşüncelerin farkındalığını vurgulamaktadır (Linehan ve Wilks, 2015).

Farkındalık, bir kişinin günlük yaşamına getirdiği bilinçli olma hali veya mevcudiyet kalitesi ile ilişkilidir. Bir dizi beceri olarak farkındalık pratiği, gerçekliği yargılamadan, o anda ve etkili bir şekilde gözlemlenme, tanımlama ve gerçekliğe katılmanın kasıtlı bir süreci olarak tanımlanmaktadır. Anda kalmakta zorlanan ve bilinçli farkındalığı daha önce hiç deneyimlememiş bir bireyin zihni eylemlerinin kontrolünü sağlayamadığı kadar alışlagelmiş bir düşünce yolu izlemek zorunda kalmaktadır. DDT’deki farkındalık becerileri formüle edilirken daha çok Zen uygulamalarından yararlanılmış olsa da bu beceriler, Batılı düşünce ve diğer Doğu meditasyon uygulamalarının da vurguladığı gibi deneyimleri bastırmak, kaçınmak veya değiştirmeye çalışmak yerine izin vermenin yararlarını benimsemiştir (Linehan, 2014 ; Yavuz, 2020).

Bilinçli farkındalık becerileri, BKB olan kişilerde yargılayıcı olmayan bir şekilde anda kalmayı öğrenmelerine ve dürtüsel hareket etmekten kaçınmalarına yardımcı olmak için öğretilir. Danışanlara, düşüncelerini ve dikkatlerini şimdiye odaklama ve farkındalığı yargılayıcı olmayan bir tutumla birleştirme teknikleri aktarılır, bu sayede sınırdaki kişiler mevcut duygularını ve deneyimlerini tarafsız gözleme ve tanımlama pratiği kazanırlar. Ayrıca farkındalık, dürtüsel ve duygusal instabiliteye sahip danışanlar için araya giren düşünceler ve duygular tarafından dikkatlerinin dağılmasını veya sıkılmalarını engelleyerek eldeki göreve tam olarak dikkat etmeyi içerir. Tüm bunların yanında DDT'deki bilinçli farkındalık modülü, zihnin üç halini, ne becerilerini ve nasıl becerilerini danışanlara aktarmaktadır (Stanley ve Brodsky, 2013).

Bilinçli farkındalığa göre kişilerin zihninin üç hali bulunmaktadır ve bunlar duygusal akıl, mantıksal akıl ve bilge akıl olarak adlandırılmaktadır. DDT modeline göre, şiddetli duygu düzenleme bozukluğuna sahip BKB olan bireyler, bu üç farklı zihin durumu arasında sürekli bir geçiş yapma eğilimindedir. Duygusal zihin, kişilerin tamamen duyguları tarafından yönetildiği zihin durumunu tanımlar. Dolayısıyla düşünceleri ve eylemleri, duygusal durumları tarafından yönetilen kişinin, yaşanan durumun daha geniş bağlamına ilişkin bir bakış açısı bulmasını engelleyen kısıtlı kapasitesi bulunmaktadır. Kişi duygusal zihin halindeyken, sonuçları düşünmeden aşırı derecede duygusal olup, dürtü kontrolünü sağlayamamaktadır. Buna karşın, BKB olan bireyler, mantıksal bir zihinle problem çözebilir ve daha rasyonel düşünce süreçlerine erişebilirken, duygularından tamamen kopuktur. Bu nedenle, duygusal olarak tepkisel veya dürtüsel olmaları da, içsel bir "ölüm" hissi, boşluk duygusu veya deneyimlerinden kopukluk hissedebilirler (Linehan, 2014 ; Arı, 2020).

BKB sahip danışanlar, bu iki zihin halini dengeleyememeleri sebebiyle zamanlarının çoğunu birbirinin zıttı olan bu iki aşırı ruh halinde geçirir. Duygularını ya her şeyi tüketen bir şekilde yaşar ya da duygularından tamamen koparlar. Aslında, her aşırı zihin durumu, birinden diğerine şiddetli bir geçişle sonuçlanır. Bu sebeple, iki zihin durumu arasındaki sürekli geçiş kişide, bütün olmayan bir benlik duygusuna ve mantıksal ve duygusal düzlemde savrulmaya sebep olmaktadır. Bu nedenle

DDT'deki farkındalık modülü, bu danışanların bilişsel kontrole erişirken duygularını da deneyimleyebilecekleri “bilge zihin” adı verilen üçüncü bir zihin durumunun geliştirilmesine olanak sağlar. Bilge zihin, diğer iki zihin durumu olan duygusal ve mantıksal zihnin toplamından daha büyük bir zihin durumu olarak tanımlanmakta olup bu iki zihnin dengelenmesi sonucu oluşur. Bilge zihin durumundaki bireyler, duygusal reaksiyonlarının farkına varma süreçlerinde onlara rehberlik edecek bilişsel kontrole erişerek, neye ihtiyaç duyduklarını ve bu ihtiyaçlarını edinebilmek için nasıl bir rol izlemeleri gerektiğini önceki deneyimlerini kullanarak bulabilirler (Stanley ve Brodsky, 2013).

Bilinçli farkındalık “ne becerileri”, gözlemlemek, tanımlamak ve katılmak olmak üzere üç bölümden oluşur. Ne becerilerinin ana amacı farkındalık pratiklerini uygularken ne yapmamız gerektiğini aktarmak olmalıdır, çünkü farkında olmadan katılım, dürtüsel ve ruh haline bağlı davranışların bir özelliğidir. Gözlemele ile içinde bulununan anın asıl hedefine yoğunlaşılırken, tanımlama gözlemlenen anı ifade etmek için kullanılır. Katılım ise şuan ki ana yargılamadan dahil olmayı içermektedir. Bir diğer beceri olan “nasıl becerileri” ise, kişinin gözlemele, tanımlama ve katılma pratiklerini nasıl uygulayacağı ile ilişkilidir. Yargılayıcı olmadan etkili bir duruş ve tek odaklı olmayı içeren nasıl becerileri, kişinin, o anda sadece bir düşünceye yargısız bir şekilde odaklanması gerektiğini ve bunu bu düşünceyi her boyutuyla en etkili biçimde içselleştirmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Linehan, 2014).

3.2.2. Stres Toleransı Geliştirme Modülü

Stres toleransı, kişinin içinde bulunduğu acı ve sıkıntı verici durumu, kendisi için daha içinden çıkılmaz bir hale getirmeden kontrol edebilmesi ve sıkıntıya tahammül etme seviyesi olarak tanımlanmaktadır. Özellikle duygu düzenleme konusunda yeterince başarılı olamayan BKB'na sahip bireyler, bu tarz kriz durumlarını tolere etmekte zorlanmaları sebebiyle çözüm yolu geliştirmek adına rasyonel olmayan ve dürtüsel özellikler taşıyan davranışlar geliştirirler (Yavuz, 2020). Bu kişiler için sıkıntıyla başa çıkmanın kolay olmaması sebebiyle, sıkıntı (stres) toleransı modülü, standart kriz müdahale yaklaşımlarından gelen becerileri

Zen uygulamalarının özellikleriyle birleştirip radikal kabul durumunu vurgulamaktadır (Swales ve Heard, 2009).

Radikal kabul, içinde bulunduğumuz anın gerçeklerini kapsamlı bir şekilde kabul etmeyi ve bu duygularla özel olarak ilgilenmeyi teşvik eder. Acının ve ıstırabın sürmesinin sebebi olarak, bu duyguların kabul edilmemiş veya yok sayılmış olduğu varsayımını vurgular (Swales ve Heard, 2009). Bu sebeple sıkıntı toleransı becerileri, değiştirilemeyecek bir kriz durumu yaşandığında onu değiştirmeye çalışmadan ve yıkıcı davranışlarda bulunmadan nasıl yaşanacağına odaklanır. Davranışsal kontrolsüzlüğü ele alan bu modül, kriz durumlarında hayatta kalma stratejileri ve gerçeği olduğu gibi kabul etme becerilerini aktarmaktadır (Stanley ve Brodsky, 2013).

Krizde hayatta kalma becerileri, işlevsiz başa çıkma kalıplarına uygulamalı davranış alternatifleri sunmakta olup basit yaşamsal stratejiler olarak görülseler de BKB olan danışanlar için çoğunlukla hatırlanması ve uygulanması zor becerilerdir (Linehan, 2014). Bu beceriler arasında yer alan dikkat dağıtma ve kendini yatıştırma teknikleri arasında soğuk su ile temas, yüze buz masajı yapmak, yoğun fiziksel egzersizler, dürtüsel eylemleri engellemeyi hatırlatmak için bileğe lastik bağlamak, nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri yer almaktadır. Tüm bu dikkat dağıtma ve kendini yatıştırma tekniklerini, sıkıntılı durumdan uzaklaşmak için kullanılması önerilirken, kişinin, kendini geçersiz kılmayı veya daha kötü hissetmesine yol açabilecek olumsuz duygulanımlarını teşvik etmeyecek şekilde çerçevelenmelidir. Ayrıca vücut ısısını değiştirecek aktivitelerde bulunmak ve artı – eksi analizi yapmak, bir dürtü veya eylemin alternatif sonuçlarının değerlendirilmesi arasında bir boşluk anı yaratarak, dürtüsel davranışın sonuçlarını düşünebilmeye ve uzun vadeli daha işlevsel sonuçları belirleyebilmek adına bir farkındalık alanı oluşturmaktadır. (Stanley ve Brodsky, 2013).

Becerileri kullanmanın önündeki en büyük engel, onlara ihtiyaç duyulduğunun zor fark edilmesi ya da onları denemekteki isteksizliktir. Krizde hayatta kalma stratejilerini kullanmak için hastaların bunu yapmaya istekli olmaları gerekmektedir. Bu istek ise danışanlara sadece gerçeği olduğu gibi kabul ettiklerinde

gelmektedir. Stres toleransı modülü, danışanın radikal kabulü benimsemesinin kolay olmayacağını, danışanın acı verici durumla savaşmak isteyebileceğini belirtmektedir. Radikal kabulün, danışanın beceri repertuarına daha kolay bir şekilde eklenmesi için ise terapötik ittifakın izin verdiği sürece terapistin kendini açması kullanılmaktadır (Linehan ve Wilks, 2015).

3.2.3. Kişilerarası Etkililik Modülü

Duygusal tutarsızlık yaşayan ve duygu düzenlemekte zorlanan bireyler için kişilerarası etkili bir iletişim kurmak çoğu zaman zor olmaktadır. Örnek verilecek olursa, öfke ve kıskançlık yakın ilişkilerin dinamiğini olumsuz yönde etkilerken, utanç ve korku duygusu ilişki kurmaktan kaçınmaya sebep olabilmektedir. Bunlar gibi tutarsız yakın etkileşimler BKB olan bireylerde intihar davranışını tetiklemektedir. Bu durum, kendini tanımlama ve duygusal kontrol için başkalarına yoğun bağımlılığın yanı sıra başkalarının niyetlerinin duygusal olarak ve genellikle çarpıtılmış bir şekilde yorumlamanın bir sonucudur. İlişki kurmakta zorluk yaşamak ve bu ilişkileri etkin bir şekilde sürdürmemek, BKB'na sahip danışanlar içinde çok sık gözlemlenen bir durum olarak kabul edilse de, bu modül etkin kişilerarası iletişim kurmayı ve sürdürmeyi, istenmeyen özellikleri bulunan ilişkileri sonlandırabilmeyi ve kişilerin bu ilişkiler üzerinden kendilerini yargılayış biçimlerine müdahale etmeyi içermektedir (Yavuz, 2020 ; Arı, 2020 ; Linehan, 2014).

Kişilerarası etkililik modülünde vurgulanan beceriler, danışanların hayatlarında sıklıkla var olan kişilerarası kaosun azalmasına yardımcı olmayı amaçlar ve danışanlara kendilerinden nasıl daha emin olabileceklerini öğretir. Hedeflenen amaçlara ulaşabilmek için ise danışanlara bir etkileşimden en çok ne elde etmek istediklerini düşünmeleri ve daha sonra bu hedefe ulaşmalarını daha olası kılacak ne gibi beceriler geliştirebilecekleri öğretilmektedir (Van Dijk, 2012). Kişilerarası etkililik modülü becerileri, kişinin kendisi için yeni fırsatlar yaratmasına ve etkili davranış örüntülerini pekiştirme sıklığını artırmasına da yardımcı olur. Örneğin, ciddi madde kullanan bir danışana uyuşturucu içermeyen yeni ilişkilerin nasıl kurulabileceği veya yeni bir iş için görüşmeye giden bir başka danışana ise görüşmecileri nasıl etkileyebileceğinin provasını yaptırmak modül becerileri içinde sayılmaktadır (Koerner ve Dimeff, 2007).

Bunun yanında, BKB'na sahip bireyler, yardım istemenin veya hayır demenin ne anlama geldiğine dair çarpıtılmış varsayımlara inanmaktadırlar. Örneğin, istedikleri bir şeyi talep etmenin bencillik olduğuna ya da istediklerinin reddedilmesi durumunda buna dayanamayacakları gibi düşüncelere katılmaktadırlar. Ayrıca, çevrelerinden hayır cevabı almanın, bir çeşit terk ediş olduğuna dair yoğun bir inanca sahip olabilirler. Bu nedenle kişilerarası beceri eğitimi, daha etkili yardım arama davranışını teşvik etmek için bireylerin farkındalığını arttırmayı ve bu işlevsiz inançları yeniden yapılandırmalarına yardımcı olmayı içerir (Stanley ve Brodsky, 2013).

Kişilerarası etkililik modülünün uygulamaları hazırlanırken, atılacak eğitimlerin alıştırmalarından yararlanılmıştır. Bu alıştırma içinde en çok kullanılanlardan biri olan DEAR MAN becerisi, kişilere etkili bir şekilde nasıl talepte bulunmaları gerektiğini öğretmenin yanında nasıl ve ne zaman hayır demeleri gerektiğine dair beceriler geliştirmelerine de yardımcı olmaktadır. DEAR MAN, içeriğinde bulunan becerilerin baş harflerinin kısaltmalarından oluşan bir kalıptır. İlk dört adım olan "DEAR", kişinin ustaca bir istekte bulunmak için ne yapması gerektiğine ilişkin yönergelerdir. İlk olarak birey, istenen şeye zemin hazırlamak için durumu olabildiğince nesnel olarak tanımlamaktadır. Daha sonra kişi, ben dilini kullanarak tanımlanan konudaki duygularını ifade etmektedir. Sonraki adımda, konuyla ilgili ne istediğini belirtmesinin ardından, karşısındaki kişiyi istediğini ona vermesi durumunda ne kazancı olacağını vurgulamaktadır. İkinci üç adım olan "MAN" kalıbı ise, talebin nasıl yapılacağına ilişkin yönergelerden oluşmaktadır. Kişilerarası etkililiği azaltan en yaygın tuzaklardan biri, noktayı koyamamaktır. Bu durumda diğer kişi, bilerek veya bilmeyerek başka bir konuyu gündeme getirerek gelen talebi yolundan saptırabilir. Buna benzer durumlarda danışanların etkili olabilmeleri için dikkatli olmaları ve konuşmayı talebe geri getirmeye devam etmeleri gerekir. Konuyu talepten saptırmamak için danışan tartışılan duruma yönelik farkındalığını korumalı ve özgüvenli duruşunu bozmamalıdır (Linehan ve Wilks, 2015 ; Stanley ve Brodsky, 2013).

3.2.4.Duygu Düzenleme Modülü

Duygularını düzenleyemeyen bireyler, normal şartlar içerisinde her ne kadar bu durumla mücadele eden kişiler olsalar da yinede duygusal ifadeleri, jestleri, sözel konuşmaları veya davranışları yeterince iyi düzenleyememe veya ifade edememe durumundan muzdarip kişilerdir. Duygu düzenleme konusundaki tüm bu zorluklar, intihar etme davranışı, kendine zarar verme davranışları, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi uyumsuz eylemlere yol açabilmektedir (Gülgez ve Gündüz, 2015). Bu uyumsuz eylemler, duygu düzenleme zorluğu yaşayan kişilere ruhen ve bedenen zarar veren davranışlar olsalar da, duygularını kontrol altına almalarını sağladıkları için bir çeşit işlevsiz duygu düzenleme stili olarak yerleşmişlerdir (Koerner ve Dimeff, 2007).

Duygu düzenleme konusunda başarılı olan insanların, olumsuz duygular hissettiklerinde bu duyguları başarılı bir şekilde kontrol edebildikleri mi yoksa duygularının gerçekleştiği esnada davranışlarını mı denetim altına alabildikleri üzerine tartışmalar süregelmektedir. Diyalektik Davranışçı Terapi'ye göre ise kişinin hissettiği olumlu veya olumsuz tüm duyguların gerekli ve işe yarar olduğunu düşünmesi. Duygu düzenleme modülünün amacı bu olumsuz duyguları kişinin hissetmemesini sağlamaktan ziyade, pozitif veya negatif bütün duygularına anlam vermesini sağlayarak farkındalık seviyesine taşımaktadır (Gülgez ve Gündüz, 2015).

Duygu düzenleme becerileri modülü, bu kompleks duygu işleme prosedürüne bir dizi bilişsel, davranışsal ve farkındalık teknikleri ile yaklaşmaktadır. Duygu düzenleme becerileri, duygusal durumları gözlemlemek ve tanımlamak için farkındalığın nasıl kullanılacağını ve kişinin duygusal tepkilerini nasıl doğrulayıp kabul edeceğini öğrenmeyi içermektedir. Bu modül, bireylerin duygularını düzenleyebilmeleri için duygusal reaksiyonlarını revize ederek, olumlu duyguların deneyimlerini arttırmaya çalışmanın yanında olumsuz duygulara karşı savunmasızlığı ve tahammülsüzlüğü azaltmaya çalışmaktadır (Linehan, 1993).

Olumsuz duygulara yönelik tahammülsüzlüğü, savunmasızlığı veya bastırmayı önlemenin temel aksiyonları arasında danışana duygularla alakalı yanlış bilinen gerçekleri ve mitleri anlatarak, kendi duygularına karşı olan önyargılarını ve hoşnutsuzluğunu kırmaktır. Ayrıca, danışana duyguların işlevlerini

anlatmak onları kabul etmesine ve duygusal deneyimlerini doğrulamasına sebep olabilmektedir. Duygusal düzensizliğe katkıda bulunan bir diğer faktör ise, danışanların birincil ve ikincil duygularının ayrımını yapamaması, dolayısıyla ilk duygusal deneyimlerini kabul ederken zorlanmalarıdır. Uyarıcı bir olay bir duyguyu tetiklediğinde ve bu da daha sonra başka bir duygunun deneyimine yol açtığında, danışan genellikle duygusunu yargılama, geçersiz kılma veya duyguya sahip olduğu için kendisini eleştirme döngüsüne girmektedir. Orijinal duyguya birincil duygu denir ve hastanın birincil duyguya verdiği duygusal tepki ikincil duygu olarak düşünülür. Birincil duyguyu kabul etmeyi öğrenmek, duyguyu düzenlemede uzun bir yol kat etmek anlamına gelmektedir. Genellikle ikincil duygu, duygusal bir deneyimi düzensiz bir deneyime dönüştüren şeydir (Stanley ve Brodsky, 2013 ; Linehan ve Wilks, 2015 ; Linehan, 2014).

Biyososyal Teori bölümünde de anlatıldığı üzere, duygu düzenleme bozukluğu olan birçok danışan, geçmiş yaşantıları nedeniyle kendini doğrulama becerisini yeterince kullanamamaktadır. Geçersiz kılıcı çevrede büyümüş olan bir kişinin duygularını doğrulayamaması ve hissettikleri nedene suçluluk duyması kaçınılmaz bir şekilde kişinin duygu işleme sistemine yerleşmiş bulunmaktadır. Kişi, kendisini mutlu hissetmesi gerektiği şeklinde yargılamaya başladığında bu mutsuzluğunu şiddetlendirir ve kendisini geçersiz kılmaya başlar. Bu sebeple danışanlara kendini doğrulama becerisini öğretmenin başlıca yollarından biri onu modellemekten geçmektedir. Modellemenin ana hedefi danışanın hissettiği bir duyguyu aynalamak, yargılamamak ve duyguyu hissettiği için kendisini eleştirmesine izin vermemek anlamına gelir (Van Dijk, 2012).

Öte yandan, kendini doğrulama becerisi kabul ile ilgilidir. Kişi duygusal deneyimini yargılamadığında, kendisi için fazladan duygusal acıya sebep olacak ikincil duygunun tetiklenmesini engellemektedir. Kendini geçerli kılma, bilge akıla erişir ve ikinci duyguya sebep olmadan, birincil duyguyu azaltmak için yapabileceğimiz bir şey olup olmadığını görebilmemizi sağlar (Koerner, 2012).

3.3.DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ ETKİNLİĞİNİN BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA SAHİP KİŞİLERDE TEST EDİLDİĞİ ÇALIŞMALAR

Başlangıç olarak, Kröger ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada, 3 ay boyunca yatarak tedavi görecektir 44 kadın ve 6 erkekten oluşan toplam 50 kişilik BKB tanısı almış bir toplulukta DDT'nin etkinliği incelenmiştir. Bu 50 kişi; hastane başvuruları, 3 aylık yatış dönemleri ve taburculuk sonrasındaki 15 aylık süreçleri olmak üzere 3 farklı dönemde gözlemlenmiştir. Yatan hastaların yarısından fazlasında BKB'nun komorbid patolojilerinin de bulunduğu vurgulanmıştır. Tedavinin 3 aşamasında da BKB semptomlarının belirli ölçülerde devam ettiği gözlemlense de depresyon ve anksiyete gibi komorbid patolojilerde önemli ölçüde düşüş gözlemlenmiştir.

Linehan ve arkadaşları (1999), BKB olup aynı zamanda intihara meyilli olan ve yine BKB'una sahip olmasının yanında ilaç bağımlılığından muzdarip olan yaşları 18-45 arasında değişen 28 kadınla yaptığı çalışmada DDT ile mevcut kullanılan terapiler arasında bir karşılaştırma yapmışlardır. Denekler 4 aylık periyotlarla toplam 16 aylık takipte değerlendirilmişlerdir. DDT'ye atanan denekler, hem yapılandırılmış görüşmeler hem de tedavi yılı boyunca idrar tahlilleri ile ölçülen ilaç kullanımı takiplerinde mevcut terapi yöntemlerine atanan deneklerden önemli ölçüde daha fazla azalma oranına sahip çıkmışlardır. İlaç kullanım oranındaki azalmanın yanında, DDT'ye atanan deneklerin sosyal uyum oranları incelendiğinde mevcut terapi yöntemlerine atanan deneklerden daha fazla beceri kazandıkları gözlemlenmiştir.

Linehan ve arkadaşları (2002) yaptığı bir başka çalışmada, davranış değişikliğini radikal kabul stratejileriyle sentezleyen bir tedavi olan DDT'nin, BKB olan eroine bağımlı 23 kadın üzerindeki etkinliğini araştırmıştır. 12 ay süren tedavide, katılımcılar DDT ve mevcut tedavi yöntemlerine atanmış olup uyuşturucu kullanım sonuçları, haftada üç kez yapılan idrar tahlilleri ve öz bildirim yoluyla ölçülmüştür. Başlangıçta idrar tahlili sonuçları her iki tedavi yöntemini kullanan katılımcıların eroin kullanımında azalmalar olduğunu gösterse de, tedavinin son 4 ay ayında DDT katılımcılarının eroin kullanım oranları düşmeye devam ederken, mevcut terapideki katılımcıların kullanımları artmaya başlamıştır. Kayda değer bir diğer bulgu ise, DDT katılımcılarının uyuşturucu kullanımlarına dair söylemlerinde, mevcut tedavi grubunda olan katılımcılara göre daha dürüst olmalarıdır.

Bedics ve arkadaşları (2012) bu çalışmada BKB tedavisi için DDT’de etkin kullanılan terapötik ilişkiyi ve bu ilişkinin olumsuz davranışlar üzerindeki etkisini araştırmıştır. DSM-IV’teki BKB kriterlerini taşıyan 101 kadınla yapılan çalışmada denekler randomize edilerek DDT ve mevcut terapi yöntemlerine atanmıştır. Sonuçlara bakıldığında, uzmanlar tarafından yapılan mevcut tedaviye kıyasla DDT katılımcılarında, tedavi süresince ve 1 yıllık takip sırasında önemli ölçüde daha fazla kendini olumlama, kendini sevme, kendini koruma ve daha az kendine saldırı gibi daha olumlu bir içe aktarmanın geliştiği gözlemlenmiştir. Ayrıca, terapistlerini onaylayıcı ve koruyucu olarak algılayan DDT katılımcıları, intihara yönelik olmayan kendine zarar verme davranışlarında daha az bulduklarını bildirmişlerdir.

Bohus ve arkadaşları’nın (2004) gerçekleştirdiği bir çalışma, BKB kriterlerini karşılayan kronik intihara meyilli 50 kadın hastayı kapsamaktadır. Bu çalışma, 3 aylık bir DDT yatarak tedavi programını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. 50 hastadan 31’i DDT yatan hasta programına katılmış ve 19 hasta ise her zamanki tedavi modelini görmüştür. Son test, ilk değerlendirmeden dört ay sonra yapılmış olup, karşılaştırma öncesi ve sonrası DDT grubu için 11 psikopatolojik değişkenin 10’unda önemli değişiklikler ve kendine zarar verme davranışında önemli azalmalar gözlemlenmiştir. Ayrıca, DDT grubu depresyon, anksiyete, kişilerarası işlevsellik, sosyal uyum, küresel psikopatoloji ve kendini yaralama dahil olmak üzere analiz edilen dokuz değişkenin yedisinde her zamanki tedavi modelini gören katılımcılardan önemli ölçüde daha fazla gelişim göstermiştir.

Ven Den Bosch ve arkadaşları (2005), maddeyi kötü kullanımı olan ve olmayan BKB’a sahip 58 karma kadın katılımcıyı 12 aylık bir süreçte incelemiştir. Katılımcıların kendine zarar verme davranışlarını ve dürtüsellik oranlarını DDT ve mevcut terapi düzleminde gözlemleyen bu çalışma, tedavilerin kesilmesinden 6 ay sonra hangi tedavi modelinin daha kalıcı sonuçları olduğunu araştırmaktadır. Sonuçlara göre DDT’nin, kullanılan mevcut terapi yöntemine kıyasla kendine zarar verme davranışları, dürtüsellik ve alkol kullanımı açısından daha yararlı olduğu ve tedavinin bitiminden 6 ay sonra etkisinin daha kalıcı olduğu gözlemlenmiştir.

Blackford ve Love (2011) bir toplum ruh sağlığı merkezindeki BKB tansı almış ve şiddetli semptomlar gösteren 50 kişi 6 aylık bir süreçte DDT'nin beceri gruplarının etkisini araştırmak adına incelemişlerdir. Katılımcılar haftalık olarak beceri eğitimi sınıflarına düzenli katılım sağlamış olup ödevlerini yapmışlardır. Bulunan en önemli sonuçlardan biri katılımcıların 6 aylık periyot içinde beceri gruplarına gelmeyi sürdürmeleri ve katılım düzenli olarak sağlandıkça depresyon oranlarında düşüş gözlemlenmesidir. Bununla beraber, katılımcıların depresyon oranlarının düşüşüyle birlikte genel yaşam kalitelerinin artması ve topluma katılım oranlarının da yükselmesi gözlemlenmiştir.

Courbasson ve arkadaşları (2012) bu çalışmada, eşzamanlı yeme bozukluğu ve BKB teşhisi konulmuş 25 kadın katılımcıda DDT'nin etkililiğini incelemiştir. Katılımcılar randomize olarak DDT ve mevcut terapi gruplarına atanmış olup, 1 yıllık süreçte gözlemlenmişlerdir. DDT grubuna randomize olarak atanan katılımcılar, yeme bozukluğu tedavi süresince (%80'e karşı %20) ve takip süresince (%60'a karşı %40) olmak üzere, mevcut terapi yöntemine atanan katılımcılardan daha yüksek oranda düzelme göstermişlerdir. Ek olarak, katılımcıların olumsuz duygusal durumları düzenleme ve bunlarla başa çıkma konusundaki algılanan yeteneklerindeki artışlar, duygusal yemede ki azalmalar ve madde kullanımına yönelik dürtülere direnme yeteneğindeki güven dzeyelerindeki artışlarda da önemli bulgular arasındadır.

Feigenbaum ve arkadaşları (2012) bu çalışmada, toplum ayakta tedavi merkezlerinin DDT uygulamalarının, BKB tansı almış kişilerde uygulanmasını ve sonuçlarını hedef almıştır. 42 katılımcının katıldığı ve 12 ay süren çalışmada, katılımcılar randomize olarak DDT beceri gruplarına ve mevcut tedavi yöntemlerinin gruplarına atanmışlardır. Çalışmanın sonucunda, DDT gruplarına katılan katılımcıların sosyal etkileşimlerinde ciddi bir artış gözlenirken, kendine zarar verme davranışlarında ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında ise azalmalar gözlemlenmiştir. Sonuçlar, toplum merkezlerinde DDT kullanımının daha verimli ve kolay olduğu görüşünü desteklerken, katılımcıların beceri gruplarına katılımının yüksek oluşu da vurgulanmıştır.

Turner'ın (2000), yaptığı önemli bir çalışmada ise DDT ile Birey Merkezli Terapi arasında bir karşılaştırma yapılmış ve ilgili denek grubunda hangisinin daha etkili olduğu araştırılmıştır. Karşılaştırmanın daha güvenilir olması açısından, DDT ve BMT üzerinde bazı değişiklikler yapıldı. Bu değişiklikler arasında DDT'nin beceri eğitim grubu toplantıları kaldırıldı ve beceri eğitimleri bireysel seanslarda verildi. Bunun yanında DDT yapısına hastaların duygusal ilişki şemasını kavramlaştırmak adına psikodinamik yöntemler eklendi. Ayrıca, tedaviyi yüretecek terapistlerin hem DDT hem de BMT yönelik eğitim ve süpervizyon çalışmalarına katılımı sağlandı. Yerel bir sağlık merkezinden intihara meyilli olan ve alkol veya maddeden en az birini kullanan 62 katılımcı seçildi. Bunlardan 9'u randomizasyon sürecinde ve gözlem aşamasında araştırmayı bırakmışlardır. Random bir şekilde DDT ve BMT gruba atanan katılımcıların tedavileri 12 ay sürmüş olup 12 ay boyunca haftada iki kez bireysel görüşmelere katılmışlardır. Araştırmanın sonucunda, her iki terapi modelinde olan deneklerde iyileşme eğilimi gözlemlensede, sonuçlar BMT'den ziyade DDT'i destekleyen bulguları sunmaktadır. İntihar, duygusal düzensizlik ve genel zihinsel sağlık işleyişinin ölçümlerini temsil eden birinci grupta DDT'nin üsünlüğü gözlemlenirken, kasıtlı kendine zarar verme, depresyon, dürtüsellik ve öfke oranlarında da DBT'yi destekleyen gruplar arası önemli farklılıklar ortaya çıkmıştır (Lynch ve ark., 2007).

4.TARTIŞMA

İlk olarak 1938 yılında Adolph Stern tarafından "sınırdaki"(borderline) terimi literatüre girmiş olup, sınırdaki olarak nitelendirilen bu kişilerin nevroz ile psikoz arasında kalan bir sınır bölgede konumlandığını ve hem nevrozun hem de psikozun özelliklerinden bazılarını taşıdığı iddia edilmiştir. Yaklaşık 30 yıl kadar sınırdaki terimine ve bu özellikleri taşıyan hastalara yönelik çalışmalar veya terapi yöntemleri geliştirilmesinde 1960'lı yıllar sonrasında yapılan araştırmalar aracılığıyla Borderline Kişilik Bozukluğu ilk olarak 1980 yılında DSM-III'e dahil edilmiştir. 1980'den bu yana BKB birçok kişilik bozukluğunun genel çerçevesini oluşturan özellikleri kapsamının yanında tekil olarak da en sık görülen kişilik bozuklukları arasında yerini almıştır (Gunderson ve Links, 2008 ; Akpınar, 2010 ; Skodol, 2005). Semptomların genellikle genç yetişkinlik döneminde kendini gösterdiği bu kişilik

bozukluğunun toplumda görülme sıklığı %2 iken, psikiyatrik tedavi gören hastalarda görülme sıklığı %20'dir. Kadınlarda, erkeklerden 3 kat daha fazla görülen BKB tanısında çoğunlukla bu tanıya ek olarak diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda görülmektedir. Bu bozukluğun oluşumunda etkili olan sebepler incelendiğinde ise biyolojik, çevresel ve sosyal etkenlerin beraber rol oynamasının yanında olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin ve yetersiz ebeveyn tutumlarının da etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tekin, 2021 ; Akpınar, 2010 ; Karakoç, 2014).

Klinik görünümü incelendiğinde ise belkide kişinin hayat kalitesini ve kendine olan bakışını olumsuz yönde en çok etkileyen semptomlar arasında kendine zarar verme davranışları, intihara meyillilik, aşırı dürtüsellik, duygusal instabilite ve bu duygusal dengesizliğin sonucu olarak gözlemlenen çeşitli duygu durum bozuklukları yer almaktadır. Günümüzde çok sık gördüğümüz birçok kişilik bozukluğu incelendiğinde içerisinde BKB semptomlarının bulunması ve özellikle yataklı psikiyatri servislerinde duygu durum bozukluğu tanısı ile yatışı yapılmış hastalar gözlemlendiğinde BKB'nun semptomlarından en az 5'inin karşılandığı görülmüştür (Gunderson ve Ridolfi, 2001 ; Aktan, 2021). Dolayısıyla, BKB iç içe geçmiş bir çok ayrı psikiyatrik rahatsızlık ve hastaların deneyimlediği birbirinden farklı olumsuz içsel süreçleri barındırması sebebiyle hem tanı koymanın hem de tedavi sürecini planlamanın ve uygulamanın uzmanlar tarafından tartışmalı bulunduğu bir kişilik bozukluğudur. BKB tanısı, psikiyatri ve psikoloji literatüründe adını duyurmaya başladığı ilk günden itibaren kafa karıştırıcı ve tartışmalı bulunan bir kişilik bozukluğu olup, tedavi protokolü olarak birbirinden farklı terapi yöntemleri ve tedavi stilleri denenmiştir. En başta psikotik bir rahatsızlık olarak kabul edilmesi sebebiyle antipsikotik ilaçlar ve şok tedavisi uygulamaları yapılmış olup, sonraki aşamalarda Psikodinamik Temelli Terapiler, Şema Terapi ve kabule dayalı terapi çeşitlerinin popülerlik kazanması ile birlikte Diyalektik Davranışçı Terapi, etkili olarak kabul edilen terapi yöntemleri arasındadır.

Diyalektik Davranışçı Terapi ise Marsha Linehan tarafından geliştirilmiş ve tedavisi karmaşık ve zor olarak nitelendirilen psikiyatrik hastalıklar için kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle BKB'na sahip kişiler için yoğun müdahale yöntemleri ve beceri geliştirme düzeyini iyileştirmek adına çalışmalar yapılmakta olup, bu kişilerin

dürtüsel atakları sonucu gelişen kendilerine zarar verme davranışlarını ve intihar eğilimlerini kontrol altına almaktadır. DDT'yi diğer terapi yöntemlerinden ayıran en dikkat çekici özelliği ise Zen felsefesinden kendisine entegre ettiği kabul prensibi ile değişim stratejilerini birleştirerek, BKB'na sahip kişilerin terapilerde kendilerine bir alan oluşturmalarını sağlamak ve onları değişime ikna etmeden önce kabulü aşilayarak rahatlamalarını sağlamaktır. Linehan'ın Biyososyal Teorisinde de anlatıldığı üzere, BKB tanısı almış kişilerin çocukluk çağında yaşadıkları ortamın ve geçersiz kılıcı ebeveyn tutumlarının terapi ortamına da taşınmaması ve danışanın alışık olduğu kendisini geçersiz kılma eylemlerini, terapi odasında gerçekleştirmesini önlemek amacıyla terapist tutumları ve terapinin ele alınış şeklinin önemi vurgulanmaktadır (Linehan,1993 ; Çelebi, 2017 ; Sargın ve Sargın, 2015).

Borderline Kişilik Bozukluğu'nun bilinen 85 yıllık geçmişine bakıldığında, klinik görünümü, çeşitli terapi ekollerinin bakış açıları ve farklı tedavi süreçleri hakkında fikir edinilmektedir. Bu farklı tedavi protokollerinin içinde, iyileştirici yönüyle ayrışanlar olsa da BKB'nu diğer bozukluklardan ötekileştiren ve tedavi sürecinin mümkün olmadığı yönünde görüş bildirenlerde bulunmaktadır. Günümüz istatistiklerine göre kişilik bozuklukları arasında en sık gözlemlenen ve tanımlanan birçok duygu durum bozukluğunda kendisini gösteren bu bozukluk hakkında daha çok gözlem, araştırma ve tedavi şartlarının iyileştirilmesi yönünden çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada da, son yıllarda Diyalektik Davranışçı Terapi'nin, BKB tedavisindeki etkinliği ve önemine dikkat çekilmiş olup terapi sürecindeki iyileştirici etkisi ve kullanılan diğer terapi modelleriyle kıyaslama yapılan araştırmalar derlenmiştir.

Çalışmalarda genel olarak BKB tanısı konulmuş kadın katılımcılara yer verilse de, erkek katılımcılarında yer aldığı ve gerekli tedavi protokollerinden yararlandığı çalışmalar görüyoruz (Kröger ve ark., 2006). Diyalektik Davranışçı Terapi'nin tedavi protokolünden yararlanan bu iki farklı cinsiyetteki danışan grubu arasındaki iyileşme oranlarında herhangi bir farklılaşmadan söz edilmediği gibi erkek grubundaki katılımcıların da tedavi süresince gösterdiği iyileşme oranlarını tedavi sonrasında da koruduğu bildirilmiştir.

Çalışmalardaki bir diğer dikkat çekici durum ise DDT'nin terapi protokollerinin uygulandığı BKB'na sahip katılımcılarda tedavi sırasında ve sonrasında gerçekleştirilen gözlemlere bakıldığında, BKB'nun kişilerarası etkileşim ve ilişkisel anlamda sorun teşkil eden özelliklerindeki iyileşmelerin kalıcı olmadığı yönündedir. Bu duruma sebep olabilecek faktörler ise ilişkisel ve kişilerarası problemlerin, katılımcıların söylemleri ve tutumları ile değerlendirilmesi ve ölçek verilerinin değişkenliğinin yüksek olması sayılabilmektedir. Bunun yanında, BKB'na sahip katılımcılarda yoğun olarak gözlemlenen depresyon, kaygı bozuklukları ve öfke gibi komorbid duygu durum bozukluklarındaki düzelmelerin çalışmalar sonucundaki kalıcılığının daha yüksek olduğu yönünde bulgular bulunmuştur (Kröger ve ark., 2006 ; Bohus ve ark., 2004, Courbasson ve ark., 2012).

Tüm bunların yanında DDT'nin, yoğun madde ve ilaç kullanımı gibi bağımlılıklarda ve yeme bozuklukları gibi dürtüsel ataklara sahip olan BKB tanısı almış kişilerde iyileşmeye olanak sağladığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Linehan ve ark., 1999 ; Linehan ve ark., 2002 ; Van Den Bosch, 2005). Ayrıca, katılımcıların birçoğunda gözlemlenen kronik intihar ve kendine zarar verme davranışlarında araştırma süresinde ve sonrasında gözlemlenen düşüşler DDT'nin bu kişilerde görünen dürtüsel kendine zarar verme davranışlarında etkili olduğu ve intihar davranışını takip ederek kontrol edebildiğini desteklemektedir.

Ek olarak, BKB tanısı almış kişilerin tedaviye katılım, uyum sağlama ve terapi sürecini manipüle etme gibi davranışlarının yüksek olduğu göz önüne alındığında, DDT araştırmalarına katılan BKB tanısı almış katılımcıların terapi seanslarına ve beceri grubu eğitimlerine katılımlarının yüksek oluşu ve tedaviyi bırakma oranlarının uygulanan mevcut terapi yöntemlerine kıyasla daha düşük olması dikkat çeken diğer bir sonuçtur (Feigenbaum ve ark., 2012 ; Blackford ve Love, 2011). Bunun yanında, DDT beceri gruplarına ve bireysel seanslara katılım sağlayan bu kişilerin terapistleri ile kurdukları terapötik ittifakın daha güçlü olduğu ve dürüst bir iletişim türü benimsediklerine dair bulgular vardır. Ayrıca, terapi sırasında gerçekleştirilecek manipülasyon ve terapiyi zora sokacak diğer davranışlarda daha az bulduklarının gözlemlenmiştir (Linehan ve ark., 2002 ; Bedics ve arkadaşları, 2012).

Genel olarak, kabul temelli terapilerden olan Diyalektik Davranışçı Terapi'nin, BKB tanısı almış kişilerde etkili olduğu gözlemlenmiş olup özellikle BKB'na ek komorbid rahatsızlıklarda büyük oranda etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında, tedaviye katılım oranlarının ve kurulan terapötik ittifakın yüksek oluşu, tedaviden alınan yararın artmasına ve çalışma sonrasındaki etkinliğin daha uzun sürmesine olanak sağlamıştır. Fakat yapılan çalışmaların zayıf yönleri de dikkate alındığında; katılımcı özelliklerinin değişkenliği, terapi sürelerinin farklılaşması, katılımcıların çoğunlukla kadınlardan oluşması ve DDT karşısında tercih edilen mevcut terapi yöntemlerinin ne olduğunun bilinmemesi gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Özellikle, Turner'ın (2000) çalışması incelendiğinde, DDT yapısının içine psikodinamik faktörlerin eklenmesi ve DDT süpervizörünün ne tür bir resmi eğitim aldığına belirtilmemesi gibi etkenlerin de dikkate alınması gerekmektedir.

Yapılan mevcut çalışma, Diyalektik Davranışçı Terapi'nin ve uygulanan müdahale yöntemlerinin, BKB ve komorbid hastalıklarının tedavisindeki etkinliğini incelemiş olup, BKB gibi zor olarak nitelendirilen diğer kişilik bozuklukları ve psikiyatrik rahatsızlıkların tedavi aşamasında klinisyenlere bir ışık tutması umuduyla hazırlanmıştır. Bu çalışma bir literatür derlemesi olup, ulusal ve uluslararası çalışmalardan ve kaynak kitaplardan yararlanılmıştır. DDT'nin sadece BKB için değil aynı zamanda maddeyi kötüye kullanım, yeme bozuklukları, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi rahatsızlıklarda da etkili olduğu göz önüne alındığında yapılan bu çalışmanın ülkemizde de DDT'e yönelik yapılacak çalışmalara katkı sağlaması ümit edilmektedir.

5.SONUÇ

İncelenen tüm literatür ve yapılan çalışmaların gözlemlenmesi sonucunda Diyalektik Davranışçı Terapi'nin, Borderline Kişilik Bozukluğu tedavisinde etkili müdahale yöntemlerine ve iyileşmeye yönelik tedavi protokolüne sahip olduğu bulunmuştur. Zen felsefesi ve diyalektik stratejilerin birlikte kullanımının, BKB'nda sıkça görülen kişinin, kendisini ve çevresini kabul edememesi ile ilişkili boşluk hissinin ve duygusal dengesizliğin düzenlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.

Bunun yanında, kişinin kendine zarar verme davranışlarını ve dürtüsel intihar eğilimlerini kontrol altına almaya yönelik günlük kartlarının kullanımı ve işlevsiz davranışların raporunun tutulması amacıyla zincir analizi gibi terapi yöntemleri de yine BKB'nu kontrol altına almaya yönelik yöntemlerden sayılabilmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçlarında da görüldüğü üzere DDT'nin BKB semptomlarının tamamında etkili olduğu sonucuna ulaşılmamış olmasının yanında özellikle komorbid rahatsızlıkları önleme ve iyileştirmede etkili olduğu ve kişilerin sosyal uyumları ve becerilerini geliştirmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, BKB'na ek olarak gözlemlenen alkol ve madde kullanımı, yeme bozuklukları, öfke nöbetleri gibi kişinin yaşam kalitesini düşüren diğer faktörlerde de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- Aguirre, B., & Galen, G. (2013).** Mindfulness for borderline personality disorder: Relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy. *New Harbinger Publications.*
- Akpınar, F. (2010).** Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin öfke tarzları ve saldırganlık davranışı üzerine bir inceleme (*Master's thesis, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
- Aktan, E. A. (2021).** Sınırdaki Kişilik Bozukluğuna eşlik eden kişilik bozukluğu gruplarına göre bağlanma, empati ve benlik saygısının karşılaştırılması. (*Master's thesis, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
- Alkan, A. (2020).** The Investigation of the Preventive Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Skills Training Program Adapted For Turkish College Students. (*Master's Thesis, Bahçeşehir University Institute of Social Sciences*)
- Arı, İ. (2020).** Diyalektik davranış terapisi beceri eğitiminin depresyon seviyesi üzerindeki etkisi. (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
- Aydın, M. (2010).** Masterson Yaklaşımında Borderline Kişilik Bozukluğuna Gelişimsel Yaklaşım.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012).** Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32,* 400-412
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012).** Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus

nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66.

Budak, A. M. Ü., & Kocabaş, E. Ö. (2019). Diyalektik davranış terapisi ve beceri eğitimi: kullanım alanları ve koruyucu ruh sağlığındaki önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2), 192-204.

Budak, A. M. Ü., Kocabaş, E. Ö., & Göksu, H. (2020). Yaşam Boyu Yaklaşımı Üzerinden Diyalektik Davranış Terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), 287-298.

Blackford, J. U., & 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.

Burak, S. (2019). Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitim Grubunun Stresle Başaçıkma Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*)

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 487-499.

Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(5), 434-449.

Courtney-Seidler, E. A., Klein, D., & Miller, A. L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 425.

Çelebi, E. (2017). Diyalektik davranış terapisi. *Psikoterapi Yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama*, Köroğlu, E., & Türkçapar, H. (Editörler). HYB, Ankara.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Bozukluklar ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 29-42.

- Dimeff, L., & Linehan, M. M.** (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist, 34*(3), 10-13.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., & Wexler, B. E.** (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry, 54*(11), 1284-1293.
- Ellison, J. M., Blum, N. R., & Barsky, A. J.** (1989). Frequent repeaters in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services, 40*(9), 958-960.
- Emre, M. K., & Alkar, Ö. Y.** (2021). Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tedavisinde Diyalektik Davranış Terapisi: Terapinin Etkililiği, Terapi Sonuçları ve Terapiyi Bırakmayı Yordayan Faktörler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 10*(3), 355-368.
- Ergin, E., & Alkar, Ö. Y.** (2022). C Kümesi Kişilik Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(2), 1-1.
- Evren, C.** (2004). Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri, 7*, 111-119.
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E.** (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(2), 121-141.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W.** (2005). Attachment Theory and Mentalization-Oriented Model of Borderline Personality Disorder.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D.** (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 23*(1), 20-28.
- Gunderson, J. G.** (1994). Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 12-18.
- Gunderson, J. G., & Links, P.S.** (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Second edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E.** (2001). Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 61-77.
- Gülgez, Ö., & Gündüz, B.** (2015). Diyalektik Davranış Terapisi Temelli Duygu Düzenleme Programının Üniversite Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerini Azaltmadaki Etkisi. *Çukurova University Faculty of Education Journal*, 44(2).
- Graybar, S. R., & Boutilier, L. R.** (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 152.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A.** (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*.
- Hooley, J. M., & Hoffman, P. D.** (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1557-1562.
- Kamali, M., Oquendo, M. A., & Mann, J. J.** (2001). Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depression and anxiety*, 14(3), 164-176.
- Karakoç, T.** (2014). Borderline (Sınırdaki) kişilik bozukluğu olan hastalarda talamus hacimleri ve klinik değişkenlerle ilişkisi. (*Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*).
- Katz, L. Y., & Korlund, K. E.** (2019). Principles of behavioral assessment and management of “Life-Threatening Behavior” in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 30-38.
- Kernberg, O.** (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Keskin, E.** (2018). Madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin değerlendirilmesi (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).

- Kutlu, M. A.** (2018). Borderline kişilik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5), 11-20.
- Koerner, K.** (2012). *Doing dialectical behavior therapy a practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Koerner, K., & Dimeff, L.** (2007). Overview of DBT. In L. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*, pp. 1–18. New York: Guilford Press.
- Kreisman, J. J., & Straus, H.** (2006). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., & Reinecker, H.** (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*, 44(8), 1211-1217.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F.** (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M.** (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L.** (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline
- Linehan, M. M.** (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A.** (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R.** (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid

dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26.

- Linehan, M. M.** (2014). *DBT Skills training manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R.** (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M.** (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M.** (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Mors, O.** (1988). Increasing incidence of borderline states in Denmark from 1970-1985. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 575-583.
- Sadikaj, G., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J.** (2010). Affect dysregulation in individuals with borderline personality disorder: Persistence and interpersonal triggers. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 490-500.
- Salsman, N., & Linehan, M. M.** (2006). Dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51.
- Sargın, A., & Sargın, M.** (2015). Bir gözden geçirme: Sınırdaki kişilik bozukluğu ve diyalektik davranışçı terapi. *Psychiatry-Special Topics*, 8(4), 38-46.
- Sargın, M., & Sargın, A. E.** (2015). Yaşamaya Değer Bir Hayat” İçin: Diyalektik Davranışçı Terapinin Gelişimi ve Temel İlkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 64-70.
- Shearer, S. L.** (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 524-526.
- Skinstad, A. H., & Swain, A.** (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(1), 45-64.

- Skodol, A. E.** (2005). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 57–87). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Stanley, B., & Brodsky, B. S.** (2013). *The dialectical behavior therapy primer: How DBT can inform clinical practice*. John Wiley & Sons.
- Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A.** (2008). Age-related differences in individual DSM criteria for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 22(4), 427.
- Swales, M. A., & Heard, H. L.** (2009). *Dialectical behaviour therapy: distinctive features*. Routledge.
- Tekin, M.** (2021). Borderline Kişilik Bozukluğunun Nedensellik ve Psikolojik Kuramlar Açısından Değerlendirilmesine Dair Bir Gözden Geçirme. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 07(04)
- Tunç, P.** (2016). Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcı Etkisi (*Doctoral dissertation, Doktora tezi*). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul).
- Tunçelli, B.** (2008). Sınır kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış kadınların benlik saygısı, öfke, kendini ayarlama ve kaygı değişkenleri bakımından karşılaştırılması (*Master's thesis, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
- Oldham, J. M.** (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Öğünç, N. E., & Eren, N.** (2012). Borderline kişilik bozukluğu gösteren hastalarda psikodinamik grup psikoterapi sürecinin nesne ilişkileri üzerine etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 30-37.
- Özdemir, S.** (2019). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sınır (borderline) kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışları

üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi (*Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*).

Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145-154.

Pederson, L. D. (2015). *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. John Wiley & Sons.

Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.

Van Dijk, S. (2012). *Dbt made simple: a step by step guide to dialectical behavior therapy*. Oakland: New Harbinger.

Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.

Yavuz, M. B. (2020). Kısa süreli diyalektik davranış terapisi beceri eğitimine katılan fibromiyalji hastası kadınların deneyimlerinin yorumlayıcı fenomenolojik analizi (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).

Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101– 1106