

“Yaşamaya Değer Bir Hayat” İçin: Diyalektik Davranışçı Terapinin Gelişimi ve Temel İlkeleri

For A "Life Worth Living": The Development and Basic Principles of Dialectic Behavioral Therapy

Müge SARGIN,^a
Ahmet Emre SARGIN^b

^aKlinik Psikolog,
^bPsikoloji Bölümü,
Üsküdar Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi,
İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ahmet Emre SARGIN
Üsküdar Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi,
Psikoloji Bölümü,
İstanbul, TÜRKİYE
esargin79@yahoo.com

ÖZET Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) Marsha Linehan'ın ilk olarak kendi yaşam deneyimlerinden edindiği tecrübelerle yola çıkarak Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmalar neticesinde geliştirdiği III. dalga bilişsel-davranışçı terapi ekolüdür. Sosyal öğrenme teorilerinin ve bilişsel davranışçı terapilerin temel ilkelerini komplike yapıda ve intihar riski yüksek hastalarda uygulayan Linehan, zamanla hastanın değişimine yapılan aşırı vurgunun bu hasta grubunda terapi sürecini olumsuz etkilediğini farketmiş, hastaların yaşadığı yoğun acı verici duygu ve deneyimlerin kabulünü de entegre etmeye imkan verecek farkındalık temelli Uzakdoğu felsefelerini de terapi felsefesine ekleyerek kuramın bugünkü halini almasını sağlamıştır. DDT, birçok psikopatolojinin temelinde duygusal disregülasyon olduğu farkındalığından yola çıkarak duygusal disregülasyonun ve buna bağlı bilişsel ve davranışsal sorunların eşlik ettiği çok sayıda tanı grubunun tedavisinde kullanımı yaygınlaşan bir ekoldür. Birçok etkinlik araştırmasında DDT'nin karşılaştırıldığı diğer tedavilere kıyasla duygu düzenlemede ve buna bağlı problemlerde etkinliği ortaya konmaktadır. Bu makale DDT'nin tarihsel gelişimini, temel ilkelerini ve yapısını ele almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sınırdaki kişilik bozukluğu; bilişsel terapi; farkındalık; intihar; kendi kendine zarar veren davranış

ABSTRACT Dialectical Behavioral Therapy (DBT) is a III. wave cognitive-behavioural therapy ec-hole originates from Marsha Linehan's own life experiences and a combination of her clinical works on patients with borderline personality disorder. She used the fundamental principles of social learning theory and cognitive-behavioral therapy to treat complicated and highly suicidal patients. Over the years she recognised the over-emphasis made on the change over patients, negatively effects the therapeutic process and she added mindfulness-based eastern philosophy to her therapy practice which gives an opportunity to integrate acceptance of the intolerable emotions and experiences of this patient population. With the awareness that emotional disregulation lies at the core of many psychopathologies and associated cognitive and behavioural aspects, DBT has began to be used on several patient groups. Many studies comparing DBT with other treatments show increased efficacy of DBT. This review describes historical roots and the fundamental aspects and structure of DBT.

Key Words: Borderline personality disorder; cognitive therapy; mindfulness; suicide; self-injurious behavior

Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(2):64-70

Konuşma terapilerinin ilk olarak Sigmund Freud'un psikanalitik kuramı ve metodolojisini tanımlaması ile başladığını kabul edebiliriz. 1900'lü yılların başında ortaya atılan kuram, temel olarak bilinçdışı kavramına odaklanmış ve bireyin psikolojik rahatsızlıklarının altında yatan temel nedenin bastırılmış dür-

tülerin olduğunu iddia etmiştir.¹ Takip eden yıllarda Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott ve Bowlby gibi takipçileri kurama katkıda bulunmuşlar ve psikodinamik psikoterapilerin II. Dünya Savaşı sonrası döneme kadar hakim paradigma olarak kalmasına olanak sağlamışlardır.

Her ne kadar başlangıcı Rus fizyolog Ivan Petroviç Pavlov'un II. Dünya Savaşı'ndan çok daha öncesine, 1800'li yılların sonunda yaptığı çalışmalara dayansa da, modern davranışçılık ancak 1950'li yıllarla beraber psikoloji camiasında etkisini arttırmaya başlamıştır. Watson, Pavlov'un köpeklerle yaptığı klasik koşullanma deneylerinin insan öğrenmelerinde de geçerli olduğunu 1920 yılında ortaya koymuştur.² Watson'un daha da geliştirdiği klasik koşullanma paradigması insan davranışlarını anlama açısından sınırlı bir açıklama getirebilirken, B.F. Skinner'in edimsel koşullanma ve pekiştirme kuramı, insan davranışlarını davranışçı perspektiften açıklama çabalarına yeni bir soluk getirmiştir. 1960'lı yıllarda egemen paradigma olan davranışçılığın açıklayamadığı, pekiştirme olmaksızın da organizmanın yeni şeyler öğrenebildiği gerçeğinin gösterilmesi ve deneysel psikoloji alanında bilişsel bakış açısına artmış olan ilginin yanı sıra, bilgisayarın keşfi ve insan zihni ile olan ortak noktalarının farkedilmesi bilişsel kuramın doğmasına önayak olmuştur. Bu dönemde George Kelly'nin “kişisel yapılar” kuramı, Bandura'nın “özetkinlik” kavramı ve M. Seligman'ın “öğrenilmiş çaresizlik” kuramı, bilişsel bakış açısının klinik psikolojide yerinin daha sağlam olmasını sağlayan gelişmeler olarak tarihte yerini almıştır.^{3,4}

Klinik psikolojide görülen bu ilerlemeler psikoterapi pratiğinde de karşılığını Albert Ellis ve A. T. Beck ile bulmuştur. Ellis ve Beck farklı ancak birbirine yakın zamanlarda, bireyi rahatsız eden psikolojik sorunların bireyin bizzat yaşantılarından değil, bunları algılama ve değerlendirme biçiminden kaynaklandığını vurgulamışlar, psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde bilgi işleme sürecindeki yanlışlıkların, kör noktaların ya da eksikliklerin rol alabileceğini öne sürmüşlerdir. 1980'li yıllarla beraber davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasında bütünleşme gerçekleşmiş ve bu bütünleşme ile birlikte depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gibi birçok psikolojik rahatsızlıkta bilişsel-davranışçı terapinin etkinliği klinik çalışmalarla gösterilmiştir.³

Üçüncü Dalga'nın Ortaya Çıkışı: 1980'li yılların sonu 1990'lı yılların başı ile birlikte, bilişsel davranışçı

terapi camiasında felsefi bir değişim kendisini göstermeye başlamıştır. Klasik bilişsel-davranışçı terapide olumsuz ya da işlevsiz düşüncelere meydan okuma aracılığıyla rahatsızlık veren duyguların azaltılması ya da ortadan kaldırılması amaçlanmakta iken, 1990'lı yıllardan itibaren ortaya çıkan yeni terapi akımları, düşünceler ya da duygulara karşı çıkmak veya onları değiştirmek yerine radikal bir biçimde onları kabullenmeyi ve farkındalığı vurgulamıştır. Davranışçı terapiler birinci dalga, bilişsel terapiler ikinci dalga terapiler olarak kabul edilirken, farkındalığı ve kabullenmeyi içeren kabul ve kararlılık terapisi, diyalektik davranışçı terapi, fonksiyonel analitik terapi ve farkındalık temelli bilişsel-davranışçı terapiler, üçüncü dalga terapiler olarak adlandırılmıştır.

Birinci ve ikinci dalga terapilerin kronik, birden fazla tanısı olan, şiddetli intihar eğilimi sergileyen ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu gibi Eksen II tanısı almış olan hastalarda yeterince etkili olamamasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu tür hastalara davranışsal değişim odaklı bir müdahale yapıldığında hastaların kendilerini eleştirilmiş olarak hissettiği, duygusal açıdan kapandıkları ya da tam aksine aşırı duygusal uyarılma ile terapiyi terk ettikleri belirtilmektedir. Bunun tam tersi yapıldığında, yani hastaların kendilerine stres veren olay ve duyguların ne kadar zor olduğu ve bunları tolere etmeleri gerektiği vurgulandığında ise, bu sefer de hastaların yaşadıkları acının küçümsendiğini ve anlaşılmadıklarını düşündükleri vurgulanmaktadır.⁵

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)'nin Doğuşu:

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)'nin kurucusu Marsha Linehan, 1943 yılında petrol müteahhidi olan babanın altı çocuğundan üçüncüsü olarak ABD, Oklahoma'da doğdu. Pişano çalmada yetenekli, derslerinde başarılı, sosyal bir çocuktur. Ancak, o dönemde Linehan çekici ve başarılı kardeşleri karşısında ciddi bir yetersizlik hissediyordu ve lise son sınıfta kendisini yatağa düşürecek derecede şiddetli baş ağrıları başlayınca kadar çevresindeki hiç kimse bir şeylerin ters gitmekte olduğunu fark etmedi. Bir süre sonra psikiyatristi, sorunun altında yatan nedeni anlamak için Linehan'ın Living Enstitüsü'nde yatarak tedavi görmesini önerdi. Yatarak tedavi gördüğü bu merkezde doktorlar kendisine şizofreni tanısı koydu ve ilkinde 14, ikincisinde ise 16 seans olmak üzere toplam 30 seans elektro konvülsif terapi (EKT) aldı. Ancak ne EKT, ne ilaç tedavisi, ne de psikoterapi genç Linehan'ın kendine zarar vermesi nedeniyle tekrar tekrar yumuşak odaya alınmasına engel olabildi. 26 aylık yatış döneminin sonunda, 31 Mayıs 1963 tari-

hinde taburcu edildiğinde epikrizinde Linehan'ın hastanenin en ağır hastalarından birisi olduğu ibaresi yer alacaktı. Personelin onu yumuşak odaya koymaktan başka çaresi kalmamıştı. Genç Linehan ciddi bir biçimde kendisine zarar veriyor, bileklerinde sigara söndürüyor, kollarını, bacaklarını, karnını eline geçirdiği her türlü keskin aletle kesiyordu. Yumuşak oda kendisine sigara ya da kesici aletlerle zarar veremeyeceği tek yerdi. Ama yumuşak odaya alınmak Linehan'ın ölme isteğini kamçılamaktan başka bir şeye yaramadı. Yumuşak odaya alındıktan sonra, bu sefer de olanca gücüyle başını duvarlara ve yere çarpmaya başlamıştı. Sonradan bu dönemi “Sanki yapılanları ben değil de, bir başkası yapıyordu. Kendimi bomboş, bir teneke kutu gibi bomboş hissediyordum. Neler olup bittiğini anlayabilecek, ya da iletişim kurabilecek hiçbir yol yoktu” diyerek anlatacaktır: “Bir cehennemdeydim ve buradan çıkacağıma, geri döneceğime ve diğerlerini de çıkaracağıma yemin ettim.”⁶

Taburcu olduğunda doktorların hayatta kalabileceğine çok az ihtimal verdikleri M. Linehan, Chicago'ya taşındı ve Loyola Üniversitesi psikoloji bölümünde akşam dersleri almaya başladı. Bu dönemde de en az iki intihar girişimi oldu. Bir yandan akşam derslerine giderken, diğer yandan da iş bulduğu bir sigorta şirketinde çalışıyordu ve geceleri de genellikle kiliseye dua etmeye gidiyordu. Bir gece dizlerinin üstünde oturmuş, karşısında duran haça bakarken, bir anda her yerin altın sarısı bir renge büründüğünü ve bir şeyin kendisine doğru geldiğini hissetti. Odasına gitti ve “kendimi seviyorum” dedi. Kendisi ile ilk defa birinci tekil şahıs olarak konuştuğunu hatırladığı an, o andı. Geçirdiği bu dönüşüm ve geçici huzur dönemi yaklaşık bir yıl sürdü ve perişan edici duygular geri döndü. Ancak bu sefer duygusal gittikleri ile kendini kesmeden ya da kendisine zarar vermeden baş edebiliyordu.⁶

Ne değişmişti? Değişim, kendisini kökten bir şekilde kabullenmesi ile gerçekleşmişti. O güne kadar olmak istediği kişi ile aslında olduğu kişi arasında o kadar derin bir uçurum vardı ki, bu uçurum kendisini ümitsiz ve hiç bilemeyeceği bir hayata özlem içinde bırakıyor ve sonunda kendisini defalarca öldürmeye çalışmasına yol açıyordu. Linehan hastalarla çalışmaya başladıkça, “Kökten Kabullenme” (Radical Acceptance) olarak adlandırıldığı bu deneyim daha da önem kazandı. Davranışçılığın öne sürdüğü gibi insanlar yeni davranışlar öğrenebilir ve farklı davrandıkça altta yatan duyguları da değiştirebilirlerdi. Bununla birlikte, bir zamanlar kendisinde olduğu gibi intihar eğilimi olan insanlar değişim için

binlerce kez girişimde bulunmuş, ancak yine de başarısız olmuşlardı. Onlarla bağ kurmanın tek yolu intihar davranışlarının anlaşılabilir olduğunu teslim etmekten geçiyordu: Çektikleri acının yanında ölüm düşüncelerinin onlara tatlı gelebileceğini düşündü. Bundan sonra Linehan intihara eğilimi olan bireylerle çalışmaya başladı: Çünkü onların dünyadaki en çok ızdırap çeken insanlar olduğunu fark etmişti. Acılarını anlamıştı, çünkü kendisi de o acıları yaşamıştı. “Cehennemde bulunmuştu” ve nasıl kurtulacağını da bilmiyordu. Linehan böylece kendi gençlik dönemine de koyabileceği bir tanı grubuyla -Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olan bireylerle çalışmaya başladı.⁶

Dr. Linehan'ın Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastalar ile ilgili fark ettiği belki de en önemli nokta, bir hastayı terapide tutan etkenin onun öfke, boşluk ve anksiyete duygusunu diğer insanlardan çok daha yoğun bir biçimde yaşadığı gerçeğinin kabulünün gerekliliği idi. Buna karşılık terapist de hastanın yaşadığı acıyı bastırmak için kendisini kesmesinin, yakmasının ya da intihar girişimlerinin bir mantığı olduğunu kabul ediyordu. Ancak bu kabullenmenin gerçekleşmesinden sonra, terapist hastadan kendine zarar verici davranışlarını değiştirmek için taahhüt alabilmekteydi. Dr. Linehan geliştirmiş olduğu bu terapi yaklaşımında bir yandan davranışsal tedavileri, diğer yandan ise farkındalık temelli meditasyon tekniklerini sentezlemişti. Özellikle intihar eğilimi yüksek Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olan hastalarda kullanmakta olduğu diyalektik davranışçı terapi yöntemi gün geçtikçe daha fazla akademisyenin ilgisini çekmektedir.

Marsha Linehan halen Washington Üniversitesi psikoloji bölümünde profesör olarak çalışmalarını devam ettirmektedir.⁶

■ DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ: KURAMSAL TEMELLER

Nedir şu diyalektik dedikleri? Diyalektik kelimesi Yunanca “tartışma, söyleşi” anlamına gelen “dialekein” kelimesinden gelmektedir. Immanuel Kant ve Georg Hegel gibi filozoflar zıtlıklarla ilişkili konularda “dialektik” kavramını dile getirmiştir.⁷ Diyalektik davranışçı terapi açısından bakıldığında ise diyalektik sadece terapi süreçlerinde kullanılması gereken bir teknik değil, aynı zamanda bir yaşam biçimi, bir dünya görüşüdür. Bu dünya görüşü olguların birbirleri ile ilişkili olduğunu ve bütünlük arz ettiğini ileri sürmektedir. Bu dünya görüşünden hareketle diyalektik davranışçı terapi bireyin sadece rahatsızlığını düzeltme çabası sergilemekten ziyade,

bir bütün olarak tedavi ile ilgilenir.⁸ Diyalektik düşünme biçimi hem evrensel genel geçer doğrular olduğuna, hem de bağlamsal olarak değişkenlik ve evrim geçiren görevli bir gerçeklik olduğuna vurgu yapar. Yani diyalektik düşünce hemen her perspektifin tam zıttı bir karşılığı olabileceğini ve önemli olanın bu zıtlıklardan -tezden ve antitezden- bir sentez yaratmak olduğunu belirtir.⁷⁻⁹ Daha özet bir ifade ile, diyalektik davranışçı perspektif bardağın ne boş tarafına, ne de dolu tarafına vurgu yapar. Zira DDT'ye göre bardak ne dolu ne boş, bardak hem dolu, hem boş. Bu yaklaşım terapi odasında, özellikle Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastalarda görülebilen kutuplaşmayı azaltır. Hastaya, terapistin kendisini etkilediği kadar kendisinin de terapisti etkileyebileceği mesajını verir. Bu da hastada mutlak doğru düşünce diye bir şeyin varlığı inancının zayıflamasına yol açar. Terapide birçok konuda diyalektik süreçler rol alırken tartışmasız en fundamental diyalektik, kabullenme ve değişim arasında cereyan eder. Burada değişim ve kabullenme arasında eşit bir paylaşım olmak zorunda değildir. Hangi bağlamda hangi çözümün daha etkili olduğuna göre “sentez” süreci, kabullenmeye ya da değişime daha çok yer verebilir.⁷⁻⁹

TERAPİNİN YAPISI

İlk olarak intihara meyilli, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış hastalar için uygulanmaya başlanan diyalektik davranışçı terapi, dört evreden oluşmaktadır. Bu evreler hastanın psikolojik sıkıntılarının klinik ciddiyetine göre basamaklandırılmıştır.

Evre 1: Davranışsal kontrolsüzlük yaşayan bireyler,

Evre 2: Davranışlarını kontrol altında tutabilen, ancak şiddetli duygusal acı yaşantılayan bireyler,

Evre 3: Hayatın akışı ile ilgili problemler ve düşük dereceli Eksen I problemleri yaşayan bireyler,

Evre 4: Boşluk ve anlamsızlık hisleri yaşayan bireyler^{7,8} için uygun görülen modüllerdir.

Birinci terapi evresinde hastalarda daha çok yaşamı tehdit edici davranışlar ve davranışsal kontrolsüzlük söz konusudur. Bu aşamada bulunan hastalarda hiyerarşik olarak ele alınan üç tedavi hedefi vardır:

1) Yaşamı tehdit edici ve kendine zarar verici davranışların azaltılması,

2) Tedaviyi bozucu davranışların azaltılması,

3) Yaşam kalitesini bozucu, ilaç kullanımı, anksiyete, madde kullanımı gibi davranışların azaltılması. Bu madde aynı zamanda Linehan'ın diyalektik davranışçı

terapiyi geliştirirken sıklıkla vurguladığı “yaşamaya değer bir hayat” düsturuyla kendisine yer bulur.¹⁰

Yukarıda belirtilen hedefler hiyerarşik hedeflerdir, yani yaşamı tehdit edici davranışların olması durumunda tedaviyi bozucu davranışların azaltılmasına değil, intihar eğilimlerine ve hastanın kendisine zarar verici eğilimlerine odaklanılır. Veya tedaviyi bozucu davranışlar sözkonusyken, üçüncü maddede belirtilen yaşam kalitesini bozucu durumlar öncelikli olarak ele alınmaz.^{7,8}

Birinci evredeki hedefler tamamlandıktan sonra ikinci evrede hastanın duygusal işlevselliği ile ilgili problemler düzeltilmeye çalışılır. İkinci evre aşamasındaki hastalar davranışları üzerinde tam bir kontrol sahibi iken, iç dünyalarında yoğun bir duygusal acı yaşayan bireylerdir. O nedenle bu dönem “sessiz ümitsizlik” diye de adlandırılır. Bu evrede duygusal düzensizliğe hassasiyeti azaltma, kabullenme ve uyum sağlayıcı duygusal değişim gibi becerilerin kazandırılmasına çaba gösterilir. Bu becerilerin kazandırılması için hastalarla duyguya maruz bırakma ve duygu işleme deneyimlerini kazandırma gibi maruz bırakma çalışmaları da yapılabilir. Hastalar terapistle ilk geldiklerinde ikinci evrede olabildikleri gibi bazen de birinci evreden ikinci evreye terapi sürecinde de geçebilirler. Bunun tersinin de sözkonusu olabileceği, yani hastaların tedavinin ikinci evresinden birinci evresine de gerileyebileceğinin unutulmaması gerekmektedir. Bu durumda öncelikli terapi hedefi olarak yine birinci evre hedefleri belirlenir.^{7,8}

Terapinin üçüncü evresindeki hastalarda hayatın temel gidişatında bir problem yoktur. Bu evredeki bireyler temel akışı önemli derecede bozmayan sorunları olan veya kabul etmesi zor derecede mutsuzluk yaşayan bireylerdir. Bu kişilerin hafif veya orta derecede depresyon, anksiyete ya da yeme bozukluğu gibi Eksen I tanıları olabilir. Bu tür spesifik Eksen I tanıların varlığı durumunda bilişsel davranışçı terapi ya da kişilerarası terapi gibi diğer tedavi protokolleri de bu evrede kullanılabilir. Diğer terapi evrelerindeki hastalarda söz konusu olduğu gibi bu evredeki hastalar da eğer birinci ya da ikinci evreye gerilerlerse, tedavi hedefleri de öncelikli olan soruna göre yeniden düzenlenir.^{8,9}

Terapinin dördüncü evresi artık bir Eksen I tanısı olmayan ve işlevsel bir hayata sahip olan bireylerin dahil edildiği evredir. Bu evredeki bireyler geçmiş dönemdeki travmalarına bağlı olsun ya da olmasın, mevcut hayatlarında boşluk ve anlamsızlık hisseden kişilerdir. Söz konusu evredeki amaç bireyin kendisinin ve çevresinin farkında olması, yani farkındalığının geliştirilmesi ve spiritüel tatmine ulaşmasıdır. Bu hedefler içgörü yönelimli

terapi ile çalışılabileceği gibi spiritüel yönlendirme ve farkındalık alıştırmaları ile de çalışılabilir. Farkındalık alıştırmaları DDT uygulamaları içerisinde en çok uygulanan çalışmalardan birisidir. Farkındalık (mindfulness), Budist içgörü (Vipassana) meditasyon türlerinden birisidir. En basit anlamıyla farkındalık, bireyin kendisinde ve çevresinde olan bitenlere yargılamaksızın odaklanması ve gözlemde bulunması halidir.¹¹ Yüzyıllardır Uzakdoğu Asya’da uygulanmaktayken, 1980’li yıllardan bugüne kadar da Batı dünyasındaki psikoterapi yaklaşımlarında, özellikle üçüncü dalga BDT uygulamalarında kendisine yer bulmaktadır. Çok farklı tanımları olan farkındalığın temel bileşenlerinin şimdiye odaklı dikkat, içsel gözlem, yargısızlık ve kabullenme olduğu kabul edilmektedir. Farkındalık uygulamalarında bireyin bedensel duyularını, duygularını ve zihninden akıp geçen düşünceleri yargılamadan gözlemlemesi söz konusudur.¹²

TEDAVİNİN UYGULANMASI

Diyalektik davranışçı terapide dört farklı modül bulunmaktadır. Bunlar:

- 1) Bireysel terapi,
- 2) Beceri eğitimi,
- 3) Telefon görüşmeleri,
- 4) Konsültasyon ekibi toplantılarıdır.

BİREYSEL TERAPİ

DDT’de bireysel terapi seansları 50 ile 60 dakika arasında sürer ve haftada bir yapılır. Terapideki temel amaçlar hastanın motivasyonunu korumak ve geliştirmektir. Diyalektik süreçler tabii ki burada da söz konusudur ve terapist bir yandan hastanın durumunu kabullenir ve müşfik bir tutum takınırken, diğer yandan da beceri eğitiminde öğrenilen yeni becerilerin günlük hayatta uygulanması için stratejiler geliştirir. Bunun dışında, terapi sürecini baltalayan faktörler gözlemlenmiş ve bir önceki görüşmeden bu yana duygusal disregülasyon yaşantılanmışsa, sözkonusu durumların hangi becerilerle üstesinden gelinebileceği de bireysel terapide ele alınır. Her seansın başında hastanın yazdığı günlük kartları (diary cards) gözden geçirilir. Günlük kartları hastaların duygudurumlarını puanladığı, kendisine zarar verme davranışlarının sıklığını takip ettikleri bir formdur ve seansın yapılandırılmasına faydası olur.^{8,9}

Bireysel terapi seanslarında işlevsiz davranışları değiştirmek için kullanılan bir başka problem çözme yöntemi ise davranışsal analizdir. Davranışsal analiz, problem davranışın öncülleri ve ardıllarının tanımlan-

ması işlemidir. İşlevsiz davranış olmadan önce, olduğu esnada ve olduktan sonra olan olay ve düşüncelerin değerlendirilmesi, uygun müdahalenin seçilmesini sağlar. Davranışsal analiz esnasında olayların zincirleme bir şekilde birbirini takip etmesi ve etkilemesi nedeni ile bu strateji “zincirleme analiz” olarak da adlandırılır.⁸

Beceri eğitimi gruplarında öğrenilen yeni beceriler bireysel terapide pekiştirilir. Seanslar içerisinde rol canlandırma yapmak, olumlu davranışların terapist tarafından takdir edilmesi, hastanın sorun yaşadığı duygularla ilgili maruz bırakma ve tepki önleme alıştırmalarının yapılması ve son olarak uyum bozucu davranışa yol açan bilişlerin standart bilişsel terapi yöntemleri ile modifiye edilmesi de bireysel terapi seanslarında yapılan çalışmalar arasındadır.

BECERİ EĞİTİMİ

Beceri eğitimi grup formatında yapılır, genellikle çalışma grubu 4 ila 10 hasta ve diyalektik davranışçı terapi yönelimli iki terapistten oluşmaktadır. Gruplar geleneksel bir psikoterapi grubundan ziyade daha çok sınıf formatındadır ve haftada bir defa, ortalama iki saatlik oturumlardan oluşur. Seansın ilk saatinde bir önceki haftada öğrenilen beceriler ve ev ödevlerinin gözden geçirilir, ikinci saatte ise yeni beceriler öğretilir. Beceri eğitiminde farkındalık, sıkıntıya tolerans, duygu regülasyonu ve kişilerarası etkinlik gibi modüller yer almaktadır. Bu modüller altı aylık bir periyotta ele alınır ve ikinci altı ayda tekrarlanarak beceri eğitimi bir yılda tamamlanır.¹⁰

TELEFON GÖRÜŞMELERİ

Öğrenilen becerilerin pekiştirilmesi amacı ile hastalar bireysel terapistleri ile telefon görüşmeleri yaparlar. Telefon görüşmelerinde amaç, beceri eğitiminde öğrenilen bilgilerin hastalar tarafından pratiğe dökülmesinde bir sorun olduğunda, kriz ortaya çıkmadan hastanın terapistten yardım alabilmesidir. Bu telefon görüşmelerinin ortalama 10 dakika gibi kısa sürmesi amaçlanır ve terapistlerin kendi kişisel sınırlarını koruması önemlidir. Telefon görüşmelerinde terapistin esas görevi, hastanın öğrendiği beceriyi uygulayamaması durumunda kendisine ve/veya çevresine zarar verici bir davranış olup olmayacağı ile ilgili bir risk değerlendirmesi yapmak ve riskin yüksek olduğunu saptadığında hastaya uygun müdahalelerde bulunmaktır. Eğer hasta önceden kendisine zarar verici bir davranışta bulunmuşsa, bu durumda “24 saat kuralı” devreye girer. 24 saat kuralı, hastanın kendisine zarar verdikten sonraki 24 saat boyunca terapistinden herhangi bir beceri yardımı ya da görüşme

hizmeti alamaması durumudur. Tahmin edilebileceği gibi buradaki rasyonel, hastanın kendisine zarar verici davranışının terapistle görüşmesinde ilgi ve sıcaklıkla sonuçlanmasının ve pekişmesinin önlenmesidir.⁸

KONSÜLTASYON EKİBİNİN TOPLANTILARI

Konsültasyon ekibi haftada 1-2 saatlik toplantılarda bir araya gelir. Ekip, terapistte yeni bakış açıları ve çözümler sunmasının yanı sıra, kronik hastalarla ilgilenen terapistin terapi süreci boyunca edinebileceği rijid düşünce kalıplarını ve davranışlarını fark etmesini sağlayabilir ve bu tür sorun yaratması olası durumlara çözüm önerileri getirebilir. Özellikle intihar eğilimi olan Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olan hastaların psikoterapisi zordur ve terapistte tükenmeye yol açabilir. Böyle durumlarda ekip üyeleri terapistte motivasyon ve validasyon desteğinde bulunurlar. Bütün bunları yaparken yine diyalektik felsefenin ilkeleri gözetilmektedir.⁸

DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ'NİN ETKİNLİĞİ

Diyalektik davranışçı terapi ilk olarak kronik, intihara eğilimi olan Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olguları için geliştirilmiştir. Verheul ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada diyalektik davranışçı terapinin Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olan kadın hastalarda, kendine zarar verme ve dürtüsel davranışları kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalttığı görülmüştür. Aynı çalışmada, DDT alan hastaların kontrol grubuna göre bir yıl süre içerisinde tedaviyi bırakma oranlarının daha düşük olması da (%37'ye %77) dikkat çekicidir.¹³

Marsha Linehan'ın yapmış olduğu bir çalışmada ise kendine zarar verme ve intihar eğilimi olan Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan 101 hasta, diyalektik davranışçı terapi ve alanında uzman olarak kabul edilen DDT dışı bir ekolde eğitim almış terapistler tarafından iki yıl süre ile takip edilmiştir. Çalışma sonucunda DDT uygulanmış hastalardaki hastaneye yatış, terapiyi bırakma ve intihar girişimi oranlarında ve kendine zarar verme davranışında bulunan hastalarda ortaya çıkan medikal risklerin ortaya çıkma sıklığında, uzman olarak kabul görmüş ve DDT kullanmayan terapistler tarafından tedavi edilen diğer hastalara göre anlamlı derecede azalma tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre DDT'nin etkinliğinin sadece psikoterapistin ustalığı ile değil, aynı zamanda tekniğin kendisine de bağlı olduğu öne sürülmüştür. Esas olarak ayaktan hastalar için tasarlanmış olan DDT'nin etkinliği, yatarak tedavi gören Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış hastalarda da birçok çalışmada gösterilmiştir.¹⁴⁻¹⁷

Ayrıca, eşzamanlı madde kullanım bozukluğu olan Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olgularında da, elde yeterli kanıt olmasa da DDT ümit vaat etmektedir. Linehan ve arkadaşlarının 1999'da yapmış olduğu çalışmada çoklu madde kullanımı ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olan 26 hasta, DDT ve rutin tedavi grupları olarak ayrılmıştır. Çalışma sonunda DDT alan hastaların 12 aylık tedavide kalma süresi daha uzun olarak tespit edilmiş, ilaç kötüye kullanımında da anlamlı olarak azalma saptanmış ve DDT alan hastaların, kontrol grubunun aksine bu iyilik halini 16. ayda bile devam ettirebildikleri saptanmıştır.¹⁸ Yine Linehan tarafından yapılan bir başka çalışmada ise DDT, kapsayıcı validasyon terapisi ve adsız narkotikler gruplarında kullanılan “12 adım” olarak adlandırılan tedavi yöntemleri ile karşılaştırılmış ve iki terapi arasında etkinlik açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.¹⁹

DDT duygusal disregülasyonun psikopatolojide önemi bir yer tuttuğu yeme bozukluklarında da değerlendirilmiştir. Safer'ın, 20 hafta boyunca bir grubun DDT aldığı, diğer grubun ise bekleme listesi olarak dizayn edildiği 31 Bulimia Nervosa hastasının katılımıyla yürütülen 2001 tarihli çalışmasında, DDT alan hastaların bekleme grubu hastalarına göre Bulimia Nervosa tanı kriterlerini halen karşılama oranının daha düşük olduğu görülmüştür (%35'e %80).²⁰

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda yapılan bir başka çalışmada ise DDT alan hastaların, grup terapisi alanlara göre terapiyi daha az bıraktıkları, semptomlarında daha hızlı düzelleme gösterdikleri, ancak 12 aylık takip sonrasında grup terapisi ile DDT uygulanan grup arasında bir fark saptanmadığı gösterilmiştir.²¹

Bir başka makalede ise yeme bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar, DDT ve rutin tedavi uygulanan iki grup olarak ayrılmışlar ve 1 yıllık tedaviye ilaveten 18 aylık takip programına alınmışlardır. Çalışmada DDT alanların rutin tedavi alanlara göre, yeme bozukluğu üzerinde pozitif davranış ve tutum sergilemelerinde, madde kullanımı sıklığı ve şiddetinin azalmasında, olumsuz duygudurum regülasyonu ve depresif semptomların azalmasında anlamlı olarak fayda sağladığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada olumsuz duyguları düzenleme ve onlarla başa çıkma becerisinin de duygusal yemek yemede azalma ve madde alımına direnme açısından olumlu etkide bulunduğu gözlemlenmiştir.²²

DDT'nin bir bütün olarak uygulandığı randomize kontrollü çalışmaların yanı sıra, tedavi protokolünün sadece bir kısmının uygulandığı çalışmalar da mevcuttur.

Çoğunlukla beceri eğitiminin uygulandığı bu çalışmalarda DDT tekniklerinin depresyonda^{23,24} ve öfke kontrol problemlerinde semptomların azalmasına katkıda bulunduğu saptanmıştır.^{25,26} Ancak, bu konularda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

DDT gün geçtikçe özellikle intihara meyilli, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ve ciddi duygusal disregülasyonu olan hastaların tedavisinde ön plana çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, duygusal disregülasyonun görüldüğü yeme problemleri ve madde ile ilişkili problemlerde de DDT'nin etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Dört modülü olan DDT'nin standart protokolünün uygulanması ile farklı modüllerin, özellikle beceri eğitimi modülünün tek başına ya da

kombine olarak kullanılmasının etkinlikleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır.

Diylektik Davranışçı Terapi ülkemizde maalesef henüz yeteri kadar yaygınlaşmamıştır. Bizim bilgimize göre 2013 ve 2014 yıllarında Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin düzenlediği ileri BDT eğitimlerinde DDT ile ilgili genel bilgiler verilmiştir.²⁷ Ancak bunun dışında bilindiği kadarı ile DDT ile ilgili ülkemizde herhangi bir eğitim verilmiş değildir. DDT içerisinde yer alan farkındalık ile ilgili yayınlar da yok denecek kadar azdır.^{11,28} Hem DDT, hem de farkındalığa olan ilginin artmasının ruh sağlığı çalışanlarına yeni bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydın E, Erten Y. Psikanaliz ve Psikanalitik Terapi. Köroğlu E, Türkçapar H, editörler. Psikoterapi Yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009. p. 9-25.
- Türkçapar MH, Sargin AE. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. JCBPR. 2012;1(1):7-14.
- Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. J. Exp Psychol. 1967;74: 1-9.
- Türkçapar H. Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama. 3. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık; 2008; p 1-21.
- Dimeff L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in a nutshell. The California Psychologist 34, 10-3.
- http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html?pagewanted=all&_r=0
- Rosenthal MZ, Lynch TR. Dialectical Behavior Therapy. Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2619-27.
- Overview of Dialectical Behavior Therapy. Koerner K, Dimeff LA, Dimeff LA, Koerner K. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications Across Disorders and Settings. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2007. p.1-18.
- Linehan M. Dialectical Treatment Strategies. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1st ed. New York. USA. The Guilford Press; 1993. p. 199-220.
- Linehan MM. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. 1993.
- Stahl P, Goldstein E. What is mindfulness?. A mindfulness-Based Stress Reduction Workbook. 1. ed. Oakland: New Harbinger Publications Inc; 2010. p.15-26.
- Çatak PD, Ögel K. Farkındalık Temelli Terapiler ve Terapötik Süreçler. Klinik Psikiyatri 2010;13:85-91.
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical Behavior Therapy for Women with Borderline Personality Disorder. Br J Psychiatry 2003; 182:135-40.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. Arch Gen Psychiatry 2006;63(7):757-66.
- van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Behav Res Ther 2005; 43(9):1231-41.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. Behav Res Ther 2004;42(5):487-99.
- Kröger C, Schweiger U, Sipsos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther 2006;44(8):1211-7.
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict 1999; 8(4):279-92.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical Behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step fort he treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend 2002;67(1):13-26.
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 2001;158(4):632-4.
- Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comarison group therapy. Behav Ther 2010;41(1):106-20.
- Courbasson C, Nishikawa Y, Dixon L. Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. Clin Psychol Psychother 2012;19(5):434-49.
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson, T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry 2003;11(1):33-45.
- Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava, M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther 2009;47(4):316-21..
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther 2009;47(5):353-8.
- Cavanaugh MM, Solomon PL, Gelles RJ. The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. J Exp Criminol 2011;7:275-91.
- http://www.bilisseldavranisci.org/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=70
- Çatak PD, Ögel K. Bir terapi yöntemi olarak farkındalık. Nöropsikiyatri Arşivi 2010;47:69-73.