

# Bir Gözden Geçirme: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve Diyalektik Davranışçı Terapi

## Borderline Personality Disorder and Dialectical Behavioural Therapy: A Review

Ahmet Emre SARGIN,<sup>a</sup>  
Müge SARGIN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psikoloji Bölümü,  
Üsküdar Üniversitesi  
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi,  
<sup>b</sup>Serbest Hekim,  
İstanbul

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

**ÖZET** Sınırdaki kişilik bozukluğu ergenlik ya da genç erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde, benlik saygısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile kendisini gösteren yaygın bir örüntüdür. Sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları eksen I tanıları ile olduğu gibi, intihar düşünceleri, duygusal dalgalanmalar, kişilerarası ilişki problemleri gibi nedenlerle de psikiyatriye başvurabilirler. Diğer psikoterapi türleri ile karşılaştırıldığında, ilk olarak kronik, intihara meyilli, sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları için Marsha Linehan tarafından geliştirilen Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) daha ümit vaat edici görünmektedir. DDT'nin temel ilkeleri diyalektik, Uzakdoğu'dan köken alan farkındalık temelli alıştırmalar ve davranışçılık üzerine kurulmuştur. DDT, sınırdaki kişilik bozukluğunun etyolojisi ile ilgili biyolojik hassasiyet ile değersizleştirici çevrenin etkileşimine vurgu yapan biyososyal modeli öne sürmektedir. DDT'nin standart tedavi protokolü ise bireysel terapi, beceri eğitimi, telefon görüşmeleri ve konsültasyon ekibinin toplantılarından oluşmaktadır. Bu yazıda biyososyal model ve tedavi modalitelerine değinildikten sonra, DDT'nin sınırdaki kişilik bozukluğundaki etkinliği mevcut literatür bilgisi ışığında gözden geçirilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sınırdaki kişilik bozukluğu; davranış tedavisi; farkındalık; psikoterapi

**ABSTRACT** Borderline personality disorder (BPD) is a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, selfimage, affects and marked impulsivity beginning by early adulthood. BPD patients may apply to psychiatry with emotional instability, suicidal thoughts and interpersonal problems as well as axis I disorders. Compared to other types of psychotherapies, Dialectical Behavioral Therapy (DBT) who was developed by Marsha Linehan for chronically suicidal BPD patients, seems more promising. The main principles of DBT are based on dialectics, mindfulness based exercises rooted from far east and behaviorism. DBT suggests the biosocial model which emphasizes the interaction between the biological vulnerability and the invalidating environment as the etiology of BPD. The standart treatment protocol of DBT consists of individual psychotherapy, skills training, phone calls and consultation meetings. In this article, after mentioning the biosocial model and the treatment modalities, the effectiveness of DBT in BPD treatment will be reviewed in light of recent literature.

**Key Words:** Borderline personality disorder; behavior therapy; awareness; psychotherapy

**Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(4):38-46**

**K**işilik bozukluğu bireyin içinde bulunduğu kültürün kendisi ile ilgili beklentilerinden belirgin derecede farklılık gösteren, içsel deneyim ve davranışlardan oluşan yaygın ve katı bir örüntüdür. Kişilik bozukluğu, çoğunlukla ergenlik veya erken erişkinlikte başlayıp bütün yaşam boyunca devam eder ve kişinin hayatında bozulma ve sıkıntıya yol açar.<sup>1</sup> Bu örüntü kendisini biliş, duygulanım, kişilerarası işlevsellik ya da dürtü kontrolü alanlarından en az iki tanesinde gösterir. Antisozyal kişilik ya da sınırdaki kişilik bozukluğu gibi bazı kişilik bozuk-

lukları yaşlanma ile birlikte hafiflese de kişilik bozuklukları çoğunlukla yaşam boyu devam eder. Kişilik bozukluklarının yaygınlığının %10 ile %20 arasında olduğu tahmin edilmektedir.<sup>2</sup> Kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi eksen I bozukluklarına predispozan faktör olmalarının yanı sıra, bu bozuklukların tedavisinde prognozu kötü yönde etkilemektedir.<sup>2</sup>

Sınırdaki kişilik bozukluğu ise ergenlik ya da genç erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde, benlik saygısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile kendisini gösteren yaygın bir örüntüdür.<sup>2</sup> Sınırdaki kişilik bozukluğu olgularının toplumdaki sıklığı %1,2 ila %6 arasında değişmektedir. Ayrıca ayaktan psikiyatriye başvuran hastalardaki sınırdaki kişilik bozukluğu görülme oranı %10 iken bu oran yatan psikiyatri hastalarında %20'ye çıkmaktadır.<sup>3,4</sup> Tanı kriterlerini karşılayanların %10'u intihar girişiminde bulunmaktadır ki bu genel popülasyonun 50 katı bir orana karşılık gelmektedir. Yatılı psikiyatri hizmetlerini en çok kullanan popülasyonun %40'ını sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları oluşturmaktadır.<sup>5,6</sup> Sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları majör depresyon hastalarından daha fazla sağlık hizmetlerini kullanmaktadırlar.<sup>7</sup> Sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının %72'si en az bir kez hastaneye yatırılmış iken, %97'si ayaktan tedavi hizmetine başvurmuş ve ortalama olarak 6.1 terapistten psikoterapi almıştır.<sup>8,9</sup> Çok çeşitli eksen I bozuklukları ile polikliniğe başvurabilen sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmaları da diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalara göre anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir.<sup>10</sup>

Kronik bir biçimde intihar ve kendini yaralama eğilimi olan sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarında standart bilişsel davranışçı yöntemler çok fazla işe yaramamaktadır. Bu başarısızlığın başlıca nedeni sınırdaki kişilik bozukluğu vakalarının tıpkı ıslak bir sabunu nereden tutmaya çalışırsanız diğer tarafa kayması gibi hangi müdahale ile karşı karşıya kalsalar o müdahaleyi geçersiz kılacak duruma geçmeleridir. Eğer terapist hastayla olan psikoterapi sürecinde değişime odaklanırsa hasta yaşadığı sorunların değersizleştirildiğini ve anlaşılmadığını iddia etmektedir. Eğer tam tersi yapılacak olursa, yani yaşadığı sorunların çok ağır ve önemli sorunlar olduğu vurgulanırsa bu durumda da hasta kendisini "umutsuz vaka" olarak görmekte ve sorunlarının asla çözülemeyeceği öngörüsüne kapılmaktadır. Terapi sürecini baltalayacak bir başka nokta ise sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının kasıtsız olarak etkili tedavi yöntemlerini uy-

gulamaya çalışan terapistlerin yoluna taş koymasındadır. Örneğin, terapist intihar tehditleri için pekiştirici bir faktör olan hastaneye yatış kararını almadığında hasta intihar girişiminde bulunabilmekte ya da terapist hasta için sıkıntı veren bir konuyu terapi gündemine getirdikten sonra hastanın agresyonu artabilmektedir, bu da terapistin psikoterapi sürecinde gündemi çok fazla önemi olmayacak daha nötr bir konuya getirmesi için pekiştirici bir faktör olabilir. Yakın zamanda intihar girişiminde bulunmuş bir hastaya yeni beceri öğretmeye çalışmak da terapistler için büyük zorluk içermektedir.<sup>11</sup>

Diyaletik davranışçı terapi (DDT) 1980'li yıllarda Marsha Linehan tarafından Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı olan hastaların tedavisi için geliştirilmiştir. Diyaletik davranışçı terapinin prensipleri, bir yandan davranışsal öğrenmeye diğer yandan da Uzakdoğu kökenli farkındalık öğretilerine dayanmaktadır. Felsefe, spiritüel alıştırmalar ve etkinliği bilimsel olarak ispat edilmiş stratejiler diyaletik davranışçı terapi potasında eritilmiş ve birçok klinisyen tarafından tedavi edilemez, manipülatif olarak tarif edilen bir popülasyona insanlı ve umut vaad eden bir yaşam felsefesi ve tedavi biçimi sunmuştur. Linehan'ın dediği gibi DDT'deki temel amaç danışanlarının "yaşamaya değer bir hayat"a ulaşmalarını sağlamaktır.<sup>12</sup>

**DDT'nin Sınırdaki Kişilik Bozukluğu'na Bakışı: Biyososyal Teori:** Linehan, sınırdaki kişilik bozukluğunu duygu regülasyon problemi olarak görür. Buna bağlı olarak sınırdaki kişilik bozukluğunda görülen davranışsal problemler ya duyguları düzenlemek için (örneğin intihar ve kendine zarar verme davranışı) ya da duygu regülasyonundaki yetersizlikten (örneğin disosiyatif belirtiler ya da geçici psikotik belirtiler) kaynaklanırlar. Duygu disregülasyonu bireyin bütün çabalarına rağmen, duygusal ipuçlarını, deneyimleri eylemleri, sözel ve/veya sözel olmayan yanıtları değiştirme veya düzenlemede yetersizlik olarak kabul edilebilir.<sup>13</sup> Bu yetersizlik sonucunda ortaya çıkan duygusal hassasiyetin ise dört özelliği vardır. Bunlar:

1. Temelde zaten aşırı olan negatif duygulanım
2. Duygusal uyarılara karşı hassasiyet
3. Duygusal uyarılara karşı çok şiddetli bir cevap verme örüntüsü
4. Duygusal uyarılma gerçekleştikten sonra başlangıç duygusal seviyeye yavaş dönüş.

DDT, sınırdaki kişilik bozukluğu ve hatta birçok psikiyatrik rahatsızlıkta temel neden olan duygusal disregülasyonun biyososyal teori ile açıklanabileceğini iddia

eder. Biyososyal teori, bireydeki biyolojik duyarlılıkların ve bakım veren çevrenin karşılıklı olarak birbirini etkilemesi ile duygusal disregülasyona zemin hazırladığını öne sürmektedir.<sup>12,13</sup>

**Biyolojik Duyarlılıklar:** Duygu disregülasyonunda etken olabilen biyolojik duyarlılıklar kalıtsal ya da intrauterin sebepler olabildiği gibi çocukluk döneminde beyni etkileyen birçok faktör olabilir. Burada özellikle mizacın iki boyutu; çaba gerektiren kontrol (effortful control) ve olumsuz duygulanım önem taşımaktadır. Çaba gerektiren kontrol bireyin kendi davranışlarını düzenleme, davranışlarını planlama ve sakıncalı davranış örüntüsünü tespit etme ve zararlı davranışsal yanıtları ketleme yetisi olarak tanımlanabilir. Olumsuz duygulanım ise sıkıntı, engellenme, çekingenlik, üzüntü ve kendini sakinleştirmede yetersizlik olarak tanımlanabilir. Tahmin edilebileceği gibi duygusal disregülasyonu ve davranışsal kontrolsüzlüğü olan çocuklar düşük çaba gerektiren kontrole ve yüksek olumsuz duygulanıma sahiptirler.<sup>13</sup>

**Çevreye ait nedenler:** Sınırdaki kişilik bozukluğunun etyopatogenezinde yer alan sosyal çevreye ait nedenler ise üç başlık altında sınıflandırılabilir.

1) Duyguları değersizleştirme eğilimi ve duyguyu uygun bir biçimde ifade etmenin becerilememesi: Bireyin sürekli olarak eleştirilmesi, küçümsenmesi, cezalandırılması ve problemlerin aşırı derecede basite indirilmesi söz konusudur. Çevre, bireyin yaşadığı duyguları değersizleştirir. Duygusal dışavurumun, özellikle de olumsuz bir duygu söz konusu ise kontrol edilmesi gerektiğini öne sürer. Acı duygusal deneyimler ya kişinin disiplinsiz olmasına ya da olumlu bir tutum takınmamasına atfedilir.<sup>13</sup> Halbuki değer verici bir çevre, çocuğun kişisel deneyimlerine, isteklerine, tercihlerine ve duygusal dışavurumlarına karşılık veren bir çevredir. Örneğin değer verici bir çevre acıktığını söyleyen bir çocuğa daha yeni yemek yediğini, acıkmış olamayacağını söylemez. Ya da ağlamakta olan çocuğa “sulugöz olmayı bırak” demek yerine onu sakinleştirmeyi seçer. Değersizleştirici bir çevrede yetişen çocuk kendi hissettiklerinin, düşündüklerinin ve yaptıklarının uygunsuz olduğu sonucuna varır. Artık çocuk için kendi istek ve tercihleri, hisleri, düşünceleri değil çevrenin ona empoze ettikleri önemlidir. Çocuk, bundan sonra doğru “düşünme”, “hissetme” ve “bir şey yapma”yı öğrenebilmek için çevresini gözlemlemeye başlar. Bu da kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyete ve reddedilme/terkedilme duyarlılığına yol açar.<sup>13</sup>

2) Duygusal uyarılmayı pekiştiren bir etkileşim biçimi: Duyguların ifade edilmesi bireyler arasındaki iletişim açısından önem taşıdığından, duyguları değersizleştirilen bir çocuk, alıcının yani bakım verenin, kendisinin göndermek istediği mesajı almadığını düşünerek duygusal dışavurumunu arttırır ancak değersizleştirici bakım verenin mesajı doğru bir biçimde alabilecek durumu yoktur ve değersizleştirmeye devam eder. Bu durumda çocuğun yapabileceği yegane şey karşı tarafın mesajı alabilmesi umudu ile duygusal mesajı daha şiddetli bir şekilde aktarmak yani duygusal açıdan uyarılmadır. Sonunda bakım verenin değersizleştirmekten cayması ve karşı tarafın taleplerine ve duygularına yanıt vermesi kısa vadede sorunu çözebilir ancak çocuğun uzun vadede duygularını daha şiddetli bir şekilde ifade ettiğinde karşı tarafın kendisinin farkına vardıkları tezini doğrular. Artık benzer örüntü yaşamın ilerleyen dönemlerinde çok farklı şekillerde kendisini gösterecektir. Örneğin reddedilmek/terk edilmek üzere olduğunu düşünen birey çevresine intihar tehditleri savuracak, kendisine zarar verecek ya da intihar girişiminde bulunacaktır.<sup>2,13</sup>

3) Çocuğun mizacı ile bakımvereninin ebeveynlik tarzı açısından uyumsuzluk: Biyolojik açıdan hassas olan çocuk, duygularını, istek ve düşüncelerini değersizleştirilen bir sosyal çevre içerisinde bulunabileceği gibi bazen de aile, çocuğun sosyal ihtiyaçlarına başka nedenlere bağlı olarak cevap veremeyecek durumda olabilir. Örneğin aile bireylerinden birisinin kronik bir hastalığı ya da başka bir problemi olması, bakımvereninin ne kadar çabalasa da çocuğunun duygusal ihtiyaçlarına cevap verememesi durumuna yol açabilir.<sup>13</sup>

Yukarıda sözü edilen biyolojik ve çevresel etkenler duygusal disregülasyonun ortaya çıkmasına yol açar. Ortaya çıkan duygusal disregülasyon ile başa çıkabilmek için çocuk ya uyum bozucu işlevsiz başetme stratejileri geliştirecek, ya da bu düzensizliğin verdiği rahatsızlık nedeni ile bazı semptom ve bulgular ortaya çıkacaktır. Dürtüsel davranışlar, intihar ya da kendine zarar verme davranışı fazlasıyla uyum bozucudur ama bir yandan da çocuğun duygularını düzenlemesinde yardımcı olmaktadır. Örneğin intihar davranışı sonrasında kişi çevreden daha fazla yardım almaya başlayacaktır, bu da duygusal acıyı ortaya çıkaran durumları değiştirmesinde ya da onlardan kaçınmasında çocuğa yardımcı olacaktır. İntihar davranışı ve intihar düşüncesi hem acı çekmekten kurtulacağını düşündürteceği için bireyi rahatlatır hem de bu davranış ve düşünceler kişinin hastaneye yatmasına ve acı veren duygusal deneyimden kaçınmasına yardımcı olacaktır. Duyguların düzenlenememesi ise kişinin sağ-

lıkları bir kendilik duygusu geliştirmesini engeller. Duygusal istikrarın ve tahmin edilebilirliğin olmaması davranışların da öngörülebilir olmamasına ve bilişsel tutarsızlığa yol açar. Bu da kimlik gelişiminin sağlıklı bir şekilde oluşmasına engel teşkil eder ve sonuçta çocuk sergilediği davranışlarla çevresindekilerin kendisinden daha da uzaklaşmasına yol açar bunun da duygu ve davranışlarının değersizleştirilmesine yol açacağı kaçınılmazdır. Bu durum da mevcut psikopatolojinin devamına yol açar.<sup>13</sup>

## ■ DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ-KURAM

Diyaletik kelimesi yunanca tartışma söyleşi anlamına gelen “dialegein” kelimesinden gelmektedir. Immanuel Kant ve Georg Hegel gibi filozoflar zıtlıklarla ilişkili konularda “dialektik” kavramını dile getirmiştir.<sup>2</sup> Diyaletik davranışçı terapi açısından bakıldığında ise diyaletik sadece terapi süreçlerinde kullanılması gereken bir teknik değil aynı zamanda bir yaşam biçimi, dünya görüşüdür. Bu dünya görüşü olguların birbirleri ile ilişkili olduğunu ve bütünlük arz ettiğini ileri sürmektedir. Bu dünya görüşünden hareketle diyaletik davranışçı terapi bireyin sadece rahatsızlığını düzeltme çabasından ziyade bir bütün olarak tedavi ile ilgilenir.<sup>13</sup> Diyaletik düşünme biçimi hem evrensel genel geçer doğrular olduğuna, hem de bağlamsal olarak değişkenlik ve evrim geçiren göreceli bir gerçeklik olduğuna vurgu yapar. Yani diyaletik düşünce hemen her perspektifin tam zıddı bir karşılığı olabileceğini ve önemli olanın bu zıtlıklardan -tezden ve antitezden- bir sentez yaratmak olduğunu belirtir.<sup>2,12,14</sup> Daha özet bir ifade ile diyaletik davranışçı perspektif bardağın ne boş tarafına ne de dolu tarafına vurgu yapar. Zira DDT ‘ye göre bardak ne dolu ne boşdur, bardak hem dolu hem boşdur. Bu yaklaşım terapi odasında özellikle borderline hastalarda görülebilen kutuplaşmayı azaltır. Danışana terapistin kendisini etkilediği kadar kendisinin de terapisti etkileyebileceği mesajını verir. Bu da kendi doğrularının mutlak doğru olduğu düşüncelerinin zayıflamasına yol açar. Terapide birçok konuda diyaletik süreçler rol alırken tartışmasız en fundamental diyaletik 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.<sup>2,12,14</sup>

Linehan, özellikle sınırda kişilik bozukluğu hastalarında diyaletikğin önemini vurgulamıştır ve bu hastalar ile yapılan psikoterapiyi büyük kanyon üzerinde bir halat üzerine yerleştirilmiş bambu bir çubuğun iki

ucunda hasta ile karşılıklı durmaya benzetir. Normal şartlar altında hasta çubuğun merkez noktasından uzaklaştığında terapist de dengeyi sağlamak için uzaklaşır, bunun üzerine hasta tekrar uzaklaşır, çubuğun belli bir uzunluğu olduğundan her iki tarafın da çubuğun orta noktasından uzaklaşması sonuçta birinin çubuktan düşmesine yol açacaktır. Bunun yerine Linehan DDT’de terapistin yaptığı şeyin sadece hastanın hareketlerine göre çubuğun dengesini sağlamak değil, aynı zamanda çubuğun ortak noktasına doğru yaklaşmasını sağlamak olduğunu söyler. Bu da ancak terapistin belli bir yönde ve bunun tersi yönde seri bir biçimde hızlı manevralar yaparak gerçekleştirilebilir.<sup>15</sup>

**Terapinin Yapısı:** DDT İlk olarak intihara meyilli, sınırda kişilik bozukluğu hastaları için uygulanmaya başlanmıştır. Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalar çok sık ve şiddetli duygusal uyarılmalar yaşarlar, bunun yanı sıra duygusal uyarılma olduktan sonra başlangıçtaki duygusal seviyeye geri dönmeleri diğer bireylere göre daha çok zaman alır. Bu durum, sınırda kişilik bozukluğu olan hastaların bilgi işleme süreçlerinin olumsuz etkilenmesine yol açar ve tedavide sağlıklı bir işbirliği gerçekleştirilmesine engel olur. Bu yüzden terapist birçok defa tedavi hedeflerinin ve hastaya düşen görevlerin neler olduğu konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Terapi süreci danışanın psikolojik sıkıntılarının klinik ciddiyetine göre dört evreye ayrılmıştır. Bu evreler hastanın psikolojik sıkıntılarının klinik ciddiyetine göre basamaklandırılmıştır.

Evre 1: Davranışsal kontrolsüzlük yaşayan bireyler,

Evre 2: Davranışlarını kontrol altında tutabilen ancak ciddi duygusal acı hisseden bireyler,

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

Evre 4: boşluk ve anlamsızlık hissi yaşayan bireyler için uygun görülen modüllerdir.<sup>2,12</sup>

**Evre 1 Davranışsal Kontrolsüzlük:** Birinci aşamadaki hastalarda daha çok yaşamı tehdit edici davranışlar ve davranışsal kontrolsüzlük söz konusudur. Bu aşamada bulunan hastalarda hiyerarşik olarak ele alınan 3 tedavi hedefi vardır.

1) Yaşamı tehdit edici ve kendine zarar verici davranışların azaltılması. Sınırda kişilik bozukluğunda sık görülebilen suisid, homisid ya da hayatı tehdit edici olaylar ele alınır.

2) Tedaviyi bozucu davranışların azaltılması: Sınırda kişilik bozukluğunda terapiyi bozucu davranışlar danışan kaynaklı ya da terapist kaynaklı olabilir. Danışan

kaynaklı terapiyi bozucu davranışlar arasında terapi seanslarına gelmeme, işbirliği göstermeme, ya da terapistin sınırlarını zorlama ve neticesinde motivasyonunu bozucu hareketler içerisine girme olabilir. Terapistle bağlı tedaviyi bozucu faktörler ise diyalektik ilkeleri arka plana atmaktır. Mesela terapistin aşırı kabullenici ya da aşırı değişim odaklı olması veya aşırı esneklik ile aşırı katılık arasında gidip gelmesi de terapi sürecini olumsuz yönde etkiler.

3) Yaşam kalitesini bozucu davranışların azaltılması: Buradaki sorunlar arasında ilişki problemleri, iş, okul ile ilgili problemler ele alınır.

Hastanın kendi davranışları üzerinde kabul edilebilir bir kontrol sağlamanın ardından, problem çözme ve hedefe ulaşma ile ilgili temel beceriler üzerine odaklanır. Aslında bu beceriler daha çok grup terapisi formatında olan beceri eğitimi gruplarında önceden öğretilmektedir ancak bireysel terapide bunların hayata nasıl geçirilecekleri üzerine alıştırmalar yapılır. Yaşamaya değer bir hayat için benimsenmesi gereken değişiklikler: a) Duyguların düzenlenmesi, b) Sıkıntı hissini tolere edilmesi, c) Kişilerarası ilişkilerde uygun tepkileri gösterme, d) Yargılamadan farkındalık halinde gözlemleme, tanımlama yapmayı ve katılımında bulunmayı öğrenme, e) Kendini cezalandırma dışında yeni davranış stratejileri geliştirme.<sup>12</sup>

Birinci evredeki hedefler hiyerarşik olarak sıralanmıştır, örneğin, yaşamı tehdit edici davranışların olması durumunda öncelikli olarak bunların ele alınması gerekmektedir.<sup>2,12</sup>

**Evre 2 “Sessiz Ümitsizlik”:** Birinci evredeki hedefler tamamlandıktan sonra ikinci evrede hastanın duygusal işlevselliği ile ilgili problemler düzeltilmeye çalışılır. İkinci evredeki hastalar, davranışları üzerinde tam bir kontrol sahibidirler ancak iç dünyalarında yoğun duygusal acı yaşarlar. O nedenle bu dönem “Sessiz Ümitsizlik” diye de adlandırılır. Özellikle sınırda kişilik bozukluğu olgularında sık görülen geçmiş döneme ait travmalar bu evrede ele alınabilir. Geçmiş travmaları ele alınan hastalara travmatik olmayan duygusal deneyimler kazandırılmaya çalışılır. Duygusal düzensizliğe hassasiyeti azaltma, kabullenme ve uyum sağlayıcı duygusal değişim gibi becerilerin kazandırılmasına çaba gösterilir. Bu becerilerin kazandırılması için hastalarda duyguya maruz bırakma ve duygu işleme deneyimlerini kazandırma gibi çalışmalar da yapılabilir. Evre-1’den Evre-2’ye geçiş birçok hasta için kolay olmayabilir. Özellikle travmatik yaşantıların ele alınması ve bunlara maruz kalma, hastaların yoğun sıkıntı yaşaması ve sonunda da davra-

nısal açıdan sıkıntılı eylemler içerisine girmesine engel olabilir. Bu durumda hastalar tekrar 1. Evreye gerileyebilirler. 1. Evre’den 2. Evreye geçişin kriterleri terapistin insiyatifinde olmakla birlikte hastanın artık kendine zarar verici davranışlarının olmaması, terapistle güçlü bir terapi ilişkisinin olması, ikinci evreye geçiş için genellikle yeterli olmaktadır.<sup>2,12</sup>

**Evre 3:** Bu evredeki danışanlarda hayatın temel çatışmasında bir problem yoktur. Bu evredeki danışanlar temel akışı önemli derecede bozmayan sorunlar veya kabul etmesi zor derecede mutsuzluk yaşayan bireylerdir. Hafif/orta derecede depresyon, anksiyete ya da yeme bozukluğu gibi eksen I tanıları olabilir. Bu tür spesifik eksen I tanılarının varlığı durumunda bilişsel davranışçı terapi ya da kişilerarası terapi gibi diğer tedavi protokolleri de kullanılabilir. Diğer evrelerdeki danışanlarda söz konusu olduğu gibi bu evredeki danışanlar da eğer birinci ya da ikinci evreye gerilerlerse o zaman tedavi hedefleri de öncelikli olan soruna göre yeniden düzenlenir.<sup>12,14</sup>

**Evre 4: Eksiklik Hissi:** Dördüncü evre artık eksen I tanısı olmayan ve işlevsel bir hayata sahip bireylerin bulunduğu evredir. Bu evredeki bireyler geçmiş dönemdeki travmalarına bağlı olsun ya da olmasın mevcut hayatlarında boşluk ve anlamsızlık hissederler. Danışanlar sıklıkla bu boşluk ve anlamsızlık hissi ile başa çıkabilmek için yasadışı ilaç kullanabilirler. Bu evredeki amaç bireyin kendisinin ve çevresinin farkında olma, ve spiritüel tatmindir. Bu hedefler içgörü yönelimli terapi ile yapılabildiği gibi spiritüel yönlendirme ve farkındalık alıştırmaları ile de yapılabilir. Farkındalık alıştırmaları DDT uygulamaları içerisinde en çok uygulananlardan birisidir. Farkındalık (mindfulness) Budist içgörü (vipassana) meditasyon türlerinden birisidir. En basit anlamıyla farkındalık bireyin kendisinde ve çevresinde olan bitenlere yargılamasız odaklanması ve gözlemlenmesinde halidir.<sup>16</sup> Yüzyıllardır Uzakdoğu Asya’da uygulanmaktayken 1980’li yıllardan bugüne kadar da Batı dünyasındaki psikoterapi yaklaşımlarında özellikle üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapi 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 gözlemleme söz konusudur.<sup>17</sup>

**Tedavinin uygulanması:** Diyalektik davranışçı terapide 4 modül bulunmaktadır. Bunlar:

- 1)Bireysel terapi
- 2)Beceri eğitimi
- 3)Telefon görüşmeleri
- 4)Konsültasyon ekibi buluşmaları

**Bireysel terapi:** DDT’de bireysel terapi seansları 50 ile 60 dakika arasında sürer ve haftada bir kez 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 ve bir önceki görüşmeden bu yana duygusal disregülasyon meydana gelmişse bunların hangi becerilerle üstesinden gelinebileceği de bireysel terapinin konularındandır. Her seansın başında hastanın yazdığı günlük kartları (diary card) gözden geçirilir. Günlük kartları hastaların duygudurumlarını puanladığı, kendine zarar verme davranışlarının sıklığını takip ettiği bir formdur ve seansın yapılandırılmasına faydası olur.<sup>12,14</sup>

Bireysel terapi seanslarında işlevsiz davranışları değiştirmek için kullanılan bir başka problem çözme yöntemi ise davranışsal analizdir. Davranışsal analiz, problem davranışın öncülleri ve ardıllarının tanımlanması işlemidir. Amaç, problem davranışın ortaya çıkmasına yol açan davranışsal ve çevresel faktörleri eksiksiz olarak ortaya çıkarmaktır. Böylece, işlevsiz 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. Davranışsal analizde terapist işlev bozucu davranışa dikkat çeker, duygulara odaklanır ve hastanın mevcut olay ve daha önceki benzer olayların olmasına yol açan örüntüleri tanıyıp içgörü kazanmasına yardımcı olur. Terapist ve hasta birlikte daha olumlu bir sonuca götürecek alternatif cevaba karar verirler. Bu süreç hedef olarak belirlenen her problem davranış için uygulanır. Hastanın uygun davranışsal yanıtı ver(e)memesinin birçok nedeni olabilir. Eğer hastanın davranış repertuarında gerekli becerilerin olmadığı tespit edilmişse o zaman beceri eğitimine daha fazla odaklanılır. Eğer uygun sağlıklı davranışın ortaya konamamasına duygu ve bilişsel çarpıtmalar neden olmuşsa o zaman hastanın rahatsızlık verici duygularla başetmesini kolaylaştırmak için maruz

bırakma, bilişleri ile ilgili olarak da bilişsel yeniden yapılandırma yapılabilir.<sup>12</sup>

Beceri eğitimi gruplarında öğrenilen yeni beceriler bireysel terapide pekiştirilir. Seanslar içerisinde rol-play yapmak, olumlu davranışların terapist tarafından takdir edilmesi ve hastaların valide edilmesi bireysel terapideki diğer önemli noktalar. DDT terapistleri hastanın uyum bozucu, kendine zarar verici davranışları neden yaptığını tam manası ile anlamaya çalışmalı, bu davranışların hastanın yaşadığı yoğun duygusal acıları azalttığını, onlara rahatlama sağladığını fark etmeli ve bu açıdan da gerekli validasyonu göstermelidirler. Diğer yandan da bu kendine zarar verici davranışların duygu regülasyonunda daha sağlıklı yöntemlerin kullanılmasının önünde engel oluşturduğu, sosyal ortamlardan uzaklaşmasına yol açtığı da hastalara aktarılmalıdır. Hasta terapistinin kendisini anladığına inanmadıkça onun çözüm için önerdiği yöntemlerin de uygun ya da yapılabilir olduğuna kanaat getirmeyecektir.

**Beceri Eğitimi:** Beceri eğitimi grup formatında yapılır, genellikle 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 becerilerin ve ev ödevlerinin gözden geçirilmesi yapılırken ikinci saatte ise yeni beceriler öğretilir. Beceri eğitiminde farkındalık, sıkıntıya tolerans, duygu regülasyonu ve kişilerarası etkinlik başlığı altında dört modül yer almaktadır. Farkındalık (mindfulness) eğitimi kişinin dikkatini kendisine odaklamasını, kendisini yargılamadan gözlemesini ve gözlemlerini tanımlamasını içerir. Kişi o an zihninden geçenleri ve etrafında olup bitenleri yargısız, sadece farkında olmasına odaklanmış bir şekilde gözlemler. Sıkıntıya tolerans modülünde ise kişi intihar davranışı ya da kendisine zarar verecek başka bir davranış yerine yaşadığı krizlerle başa çıkmasını sağlayabilecek dürtü kontrolünü ve kendi kendini sakinleştirmesini sağlayan yeni teknikler öğrenir. Duygu regülasyonu modülünde istenmeyen duygusal yanıtlar ve bunlara tepki olarak ortaya çıkan davranışlara karşı bilişsel ve davranışsal teknikler öğretilir. Amaç, duyguları farketmek ve tanımlamak, pozitif duyguları arttırmak iken negatif, istenmeyen duyguları değiştirmeyi de hastaya öğretmektir. Kişilerarası etkinlik modülünde ise hastaya ilişkilerini korurken hedeflerine ulaşmak için gereken girişkenliği nasıl uygulayacağı öğretilir. Bu dört modül altı aylık bir periyotta ele alınır ve ikinci altı ayda tekrarlanarak beceri eğitimi bir yıla tamamlanır.<sup>13</sup>

**Telefon görüşmeleri:** 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 almasıdır. Bu telefon görüşmelerinin ortalama 10-20 dakika gibi kısa sürmesi amaçlanır ve terapistlerin kendi kişisel sınırlarını koruması önemlidir. Telefon görüşmelerinde terapistin esas görevi hastanın öğrendiği beceriyi uygulayamama durumunda kendisine ve/veya çevresine zarar verici bir davranışı olup olmayacağı ile ilgili bir risk değerlendirmesi yapmak ve riskin yüksek olduğunu saptadığında hastaya uygun müdahalede 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 alamaması durumudur. Tahmin edilebileceği gibi buradaki rasyonel, hastanın kendisine zarar verici davranışının terapist görüşmesiyle ilgi ve sıcaklıkla sonuçlanması ve pekişmesinin önlenmesidir.<sup>12</sup> 24 saat kuralı, terapinin hemen başında hastaya anlatılır ve kendisine zarar verme gibi bir durum olduğunda devreye girecek bir plan üzerinde anlaşma sağlanır. Böylece kendine zarar verme gibi bir eylem sonrasında hastaların araması durumunda terapistler önceden belirlenmiş bu planı uygulamaya koymak için hastayı yönlendirirler.

**Konsültasyon ekibinin toplantıları:** Konsültasyon ekibi haftada 1-2 saatlik toplantılarla bir araya gelir. Konsültasyon ekibi terapistte yeni bakış açısı ve çözümler sunmasının yanı sıra, kronik hastalarla ilgilenen terapistin, terapi süreci boyunca girebileceği rijid düşünce kalıplarını ve davranışlarını fark etmesini sağlayabilir ve çözüm önerileri getirebilir. Sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarına terapi yapmak uzun ve yorucu bir süreçtir. Hastaların duygusal açıdan çabuk uyarılmaya elverişli olmaları, başlangıçtaki duygudurumlarına dönmelerinin zaman alması, intihar ve kendine zarar verme davranışının sık görülmesi, terapistin değişime odaklanması durumunda duygu ve düşüncelerinin invalide edildiğini düşünerek, işbirliğinden kaçınması ve zaman zaman sınır ihlalleri terapistler ve tedavi ekibi için tüketici olabilir. Konsültasyon ekibinin bir başka işlevi ise ekip üyelerinin terapistte motivasyon ve validasyon desteğinde bulunmalarıdır. Psikoterapi seanslarının videoya kaydedilmesi ve bu toplantılarda izlenmesi terapistin karşılaştığı zorlukları görme ve ona yol gösterme, motive etme ve valide etme açısından faydalı olabilir. Bütün bunları yaparken de yine diyalektik felsefenin ilkeleri gözetil-

mektedir.<sup>12</sup> Yatan hastalarda hemşire ve diğer sağlık personelinin de bu toplantılara katılımı, söz konusu grubun hasta ile çok daha fazla irtibat halinde olması ve çok daha hızlı tükenme yaşaması nedeniyle önemlidir. İster ayakta olsun ister hastane ortamında olsun, DDT bir ekip çalışmasıdır ve yatan hastalarda yardımcı sağlık personelinin konsültasyon toplantılarına katılımı onların da tedavi ekibinin bir parçası olduğunu hissetmelerini sağlar ve aynı zamanda sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları ile nasıl iletişim kuracakları ve DDT'nin tedavi bileşenlerini öğrenmeleri ve uygulamaları açısından önemli bir fırsattır.

Diyalektik davranışçı terapi öncelikle intihara eğilimi olan sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının ayaktan tedavisi için planlanmıştır. Her ne kadar hastalar kronik olarak kendilerine zarar verme ve intihar eğiliminde olsalar da diyalektik davranışçı terapi uygulamalarında hastane yatışı mümkün olduğunca geç alınması gereken bir karardır. Bunun birçok sebebi vardır. Birincisi, bir sınırdaki kişilik bozukluğu hastasının intihar davranışı veya tehdidi nedeniyle hastaneye yatırılması hem hasta hem de terapist ve ailesi için rahatlatıcı bir durumdur ve bu da bir sonraki kendine zarar verme-intihar davranışı için bir pekiştirici görevini görür. İkincisi, hastanın yatırılması ayaktan tedavi sürecinde öğrendiği becerilerin kendisine işlevsel bir yaşam inşa etmesi yolunda engel teşkil eder, çünkü kişi, sorunlarla baş etme yolu olarak öğrendiği beceriler yerine hastane yatışını tercih eder hale gelir. Öte yandan, uygun zamanda yapılan bir hastane yatışı hayat kurtarıcı olabilir, tükenmiş bir hastayı motive edebilir. Hastanın tedavisini ayaktan yapan ekibe zaman kazandırabilir ve tükenmişliğini azaltabilir. Hastane yatışlarında tedavi hedeflerinden bir tanesi hastanın o anki hastane yatışına ve kendine zarar verme davranışına neyin sebep olduğunu açığa çıkarmak ve hastane yatışlarının sorunla baş etme yöntemi olarak hastanın davranış repertuarına girmesini engellemektir.<sup>12</sup>

## ■ DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ'NİN ETKİLİLİĞİ

Diyalektik davranışçı terapi ilk olarak kronik, intihara eğilimi olan sınırdaki kişilik bozukluğu olguları için geliştirilmiştir. Bugüne kadar yeteri kadar çalışma yapılmamış olmasına karşın birçok çalışmada DDT'nin sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalarda hem ayaktan tedavide hem de yatarak tedavide etkin olduğuna dair veri elde edilmiştir.<sup>18-21</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) çıkardığı tedavi kılavuzuna göre sınırdaki kişilik bozukluğunun asıl tedavisi psikoterapidir ve farmakolojik ajanlar ancak semptomaya yönelik olarak verilebilirler. DDT de

APA'ya göre sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde önerilen psikoterapi türlerinden birisidir.<sup>22</sup>

2003 yılında Verheul ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyalektik davranışçı terapi, sınırda kişilik bozukluğu olan kadın hastalarda kontrol grubuna göre kendine zarar verme ve dürtüsel davranışları anlamlı olarak daha çok azaltmıştır. Aynı çalışmada DDT alan hastaların kontrol grubuna göre bir yıl süre içerisinde tedaviyi bırakma oranlarının düşüklüğü de (% 37'ye % 77) dikkat çekicidir.<sup>23</sup>

Marsha Linehan'ın yapmış olduğu bir çalışmada ise kendine zarar verme ve intihar eğilimi olan sınır 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 almış olan hastalardaki intihar girişimi, hastaneye yatış oranı, terapiyi bırakma oranı ve intihar girişimi ya da kendine zarar verme davranışında bulunanlarda ortaya çıkan medikal riskler, alanında uzman olarak kabul görmüş terapistler tarafından tedavi edilen diğer hastalara göre anlamlı derecede azalmış olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre DDT'nin etkinliğinin sadece psikoterapistin ustalığı ile değil aynı zamanda tekniğin kendisine de bağlı olduğu teyit edilmiştir.<sup>24</sup>

Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu olan sınırda kişilik bozukluğu olgularında da elde yeterli kanıt olmasa da DDT ümit vaatmektedir. Linehan ve ark.nın 1999'da yapmış olduğu çalışmada çoklu madde kullanımı ve sınırda kişilik bozukluğu olan 26 hasta DDT ve rutin tedavi gruplarına bölünmüştür. Çalışma sonunda DDT alan hastaların 12 aylık tedavide kalma süresi daha uzun olarak tespit edilmiş, ilaç kötüye kullanımında anlamlı olarak daha çok azalma saptanmış ve DDT alan hastaların, kontrol grubunun aksine bu iyilik halini 16. ayda

bile devam ettirebildikleri saptanmıştır.<sup>25</sup> Yine Linehan tarafından yapılan bir başka çalışmada ise DDT, kapsayıcı validasyon terapisi+12 adım (adsız narkotiklerin kullanıldığı bir terapi yöntemi) ile karşılaştırılmış ve iki terapi arasında etkinlik açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.<sup>26</sup>

DDT'deki beceri eğitiminin de sınırda kişilik bozukluğu hastalarında etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Koons ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada 12 sınırda kişilik bozukluğu hastasına sadece DDT beceri eğitimi verilmiş ve hastaların öfke ifadesi, öfke ifadesinin kontrolü, işyeri tatmini ve haftalık çalışma saatlerinin sayısı açısından kontrol grubuna göre daha etkili olduğu saptanmıştır.<sup>27</sup> Miller ve ark. da sınırda kişilik özellikleri olan intihara meyilli adölesanlarda yaptığı çalışmada DDT beceri eğitiminin etkili olduğunu göstermiştir.<sup>28</sup>

Sonuç olarak, Diyalektik davranışçı terapi, sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde APA tarafından önerilen iki psikoterapi modalitesinden birisidir. DDT, kronik intihara eğilimi olan, yaşamı tehdit edici dürtüsel davranışları, madde kullanımı olan sınırda kişilik bozukluğu olgularında etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. Diğer tedavi modalitelerinden farklı olarak DDT farkındalık gibi uzakdoğu felsefeleri ile davranışçı teknikleri kaynaştırmıştır. Bunun yanı sıra telefon görüşmeleri, beceri eğitimi ve terapist konsültasyon toplantıları DDT'yi diğer psikoterapi biçimlerinden farklı kılmaktadır. Sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde hangi bileşenlerin daha etkin olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte tek başına beceri eğitiminin de sınırda kişilik bozukluğunda etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ancak beceri eğitiminin hangi modalitelerinin daha etkili olduğu halen yeterince bilinmemektedir ve bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, Personality Disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, American Psychiatric Publishing; 2013. p.645-85.
2. Rosenthal MZ, Lynch TR. Dialectical behavior therapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2619-27.
3. Grant BF, Chou P, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV
- borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2008;69(4):533-45.
4. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet 2004;364(9432):453-61.
5. Geller JL. In again, out again: preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. Hosp Community Psychiatry 1986;37(4):386-90.
6. Woogh CM. A cohort through the revolving door. Can J Psychiatry 1986;31(3):214-21.
7. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001;158(2):295-302.
8. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? J Nerv Ment Dis 1983;171(7):405-10.
9. Perry JC, Herman JL, van der kolk BA, Hoke LA. Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. Psychiatry Ann 1990;20:33-43.

10. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146(4):490-5.
11. Dimeff L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist* 2001;34:10-3.
12. Dimeff LA, Koerner K. Overview of dialectical behavior therapy. *dialectical behavior therapy in clinical practice. Applications Across Disorders and Settings*. 1<sup>st</sup> ed. New York. The Guilford Press; 2007. p.1-18.
13. Linehan MM. Rationale for dialectical behavior therapy skills training. *Skills Training Manual for treating Borderline Personality Disorder*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2014. p.3-13.
14. Linehan M. Dialectical Treatment Strategies. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. 1<sup>st</sup> ed. New York. USA. The Guilford Press; 1993. p.199-220.
15. Linehan M. Dialectical and biosocial underpinnings of treatment. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. 1<sup>st</sup> ed. New York. USA. The Guilford Press; 1993. p.28-66.
16. Stahl P, Goldstein E. What is mindfulness? A mindfulness-Based Stress Reduction Workbook. 1<sup>st</sup> ed. Oakland: New Harbinger Publications Inc; 2010. p.15-26.
17. Çatak PD, Ögel K. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri* 2010; 13:85-91.
18. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(9):1231-41.
19. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unkel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004;42(5):487-99.
20. Kröger C, Schweiger U, Sipos 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.
21. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-4.
22. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. 2010. p.7-82. [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf).
23. Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003;182:135-40.
24. 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.
25. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999 Fall;8(4):279-92.
26. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(1):13-26.
27. Koons CR, Chapman AL, Betts BB, O'Rourke B, Morse N, Robins CJ. Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cogn Behav Pract* 2006; 13:146-56.
28. Miller AL, Wyman SE, Huppert JD, Glassman SL, Rathus JH. Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract* 2000;7:183-7.