

# Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tedavisinde Diyalektik Davranış Terapisi: Terapinin Etkililiği, Terapi Sonuçları ve Terapiyi Bırakmayı Yordayan Faktörler

Merve KAYACI EMRE<sup>1b</sup>, Özden YALÇINKAYA ALKAR<sup>1b</sup>

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,  
Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

## Öz

Sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB), hızlı duygudurum değişiklikleri, bozulmuş kişilerarası ilişkiler, öfke, dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışları ile karakterize bir zihinsel sağlık problemidir. SKB'nin bireyin işlevselliğiyle beraber psikolojik ve fiziksel sağlığını tehdit etmesi nedeniyle tedavisi giderek önem kazanmaktadır. SKB için en etkili yöntemlerden biri diyalektik davranış terapisi (DDT) olmakla birlikte, terapide değişimden sorumlu faktörlerin çoğunlukla tanımlanmadığı ve terapi sonuçları içinde terapiyi bırakmanın yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Bu bağlamda bu yazıda, SKB'de DDT temelinde değişimi ve değişimin nasıl gerçekleştiğini terapi sonuçlarını yordayan faktörleri inceleyerek ele almak hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda ilk olarak DDT'den kısaca bahsedilecek; DDT'nin SKB için etkililiği ve terapi bırakma oranları gözden geçirilecektir. Ardından terapide değişimin "ne" olduğu ele alınacaktır. Daha sonra terapi sonuçlarını ve terapiyi bırakmayı yordayan faktörleri ele alan araştırma bulgularıyla değişimden sorumlu mekanizmalar özetlenecektir. Tartışma bölümünde, özetlenen bulguların tartışılmasıyla birlikte bu tanı grubuna yönelik "tedavi edilmesi zor" önyargısı değerlendirilecektir. Son olarak gelecekteki çalışmalar için öneriler sunulacaktır.

**Anhtar Sözcükler:** sınırdaki kişilik bozukluğu, diyalektik davranış terapisi, tedavi sonucu, ayrılan hastalar

## Abstract

### Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: Effectiveness of Therapy, Factors Predicting Therapy Outcomes and Drop-Out

Borderline personality disorder (BPD) is a mental health problem characterized by rapid mood changes, impaired interpersonal relationships, anger, impulsivity, and self-harming behavior. Since BPD threatens the psychological and physical health as well as the functionality of the individual, its treatment becomes increasingly important. Although dialectical behavioral therapy (DBT) is one of the most effective methods for BPD, it is seen that the factors responsible for change in therapy are mostly not defined and drop-out is not adequately addressed in the outcome studies. In this article, it is aimed to examine the change and how the change occurs on the basis of DBT in BPD by investigating the factors that predict the therapy outcomes. For the purposes, firstly, DBT will be mentioned briefly; the effectiveness of DBT and the dropout rates will be reviewed. Then, the "change" in therapy will be discussed. Finally, the factors responsible for change will be summarized with research findings on that predicting therapy outcomes and drop-out. In the discussion section, along with the findings summarized, the "difficult to treat" bias towards BPD will be evaluated. Finally, suggestions for future studies will be presented.

**Keywords:** borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, treatment outcome, patient dropouts

**Correspondence / Yazışma:**  
Merve KAYACI, Ankara Yıldırım Beyazıt  
Üniversitesi Esenboğa Merkez Külliyesi  
Dumlupınar Mah. Çubuk, Ankara,  
Türkiye

**Tel:** +90 537 034 28 51

**E-mail:** merve.kayaci14@gmail.com

**Received / Geliş:** 08 Aralık 2021

**Accepted / Kabul:** 08 Haziran 2021

**Online published / Çevrimiçi yayın:**  
21 Haziran 2021

©2021 JCBPR, Available online at  
<http://www.jcbpr.org/>

**Cite this article as:** Kayaci, M., Yalçinkaya Alkar, Ö. (2021). Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tedavisinde Diyalektik Davranış Terapisi: Terapinin Etkililiği, Terapi Sonuçları ve Terapiyi Bırakmayı Yordayan Faktörler. J Cogn Behav Psychother Res; 10(3),355-368. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.18393>

## GİRİŞ

Sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) genellikle erken yetişkinlikte başlayan, yoğun ve sık duygulanım değişiklikleri, öfke, dürtüsellik, zayıf kişilerarası ilişkiler ve benlik algısında tutarsızlıkla karakterize ciddi bir psikiyatrik durumdur (American Psychiatric Association [APA], 2013). Klinik belirtiler arasında duygu düzenleme güçlükleri, kendine zarar vermeyle ilişkili davranışlar (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan ve Bohus, 2004), kronik boşluk duygusu ve terk edilmekten kaçınmak için aşırı çaba gösterme bildirilmektedir (O'Connell ve Dowling, 2013). Aynı zamanda bozukluğun psikososyal işlevsellikte ciddi bozulma ve daha düşük yaşam doyumuyla ilişkili olduğu da görülmektedir (Ansell, Sanislow, McGlashan ve Grilo, 2007). Çok sayıda çalışma SKB'nin, duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıyla eş tanı gösterdiğini ortaya koymaktadır (Barnicot ve Crawford, 2018; Gunderson, 2011; Grant ve ark., 2008).

SKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1,6- %5,9 olarak değerlendirilmektedir (APA, 2013; Grant ve ark., 2008). Kendine zarar verme ve intihar girişimleri kaynaklı hastanelerin acil ve yataklı psikiyatri servislerinin yaygın kullanımıyla SKB yüksek maliyetli bir durum olarak görülmektedir (Ansell ve ark., 2007). İntihar nedeniyle ölüm oranları %8–10 arasında değişirken, bu oranın genel popülasyona göre elli kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Leichsenring, Leibing, Kruse, New ve Leweke, 2011). SKB tanılı bireyler, ayaktan tedavi hizmetlerinin yaklaşık %10'unu ve psikiyatri yataklı servislerinin %20'sini oluştururken (APA, 2013), hastanelerin acil servislerine başvurma oranları %10–15 civarındadır (Gunderson, 2011). Sonuç olarak SKB, kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını tehdit eden, yüksek eş tanı oranları ve psikososyal işlev bozulmasıyla ilişkili olan, sağlık sistemi içinde kendine sıklıkla yer bulan bir psikiyatrik durum olarak görünmekte; bozukluğun tedavisi başta birey olmak üzere birçok sistem açısından önem kazanmaktadır.

İlgili alanyazında psikoterapinin SKB ve ilişkili davranışlarla psikolojik sıkıntı düzeyini hafiflettiğine dair kanıtlar olduğu görülmektedir. Son zamanlarda yapılan güncel klinik seyir çalışmalarında (Barnicot, Katsakou, Marougka ve Priebe, 2010; Temes ve Zanarini, 2018) iyileşme oranlarının yüksek olduğu; akut ve davranışsal semptomların daha hızlı iyileştiği ve nadiren nüksettiği gösterilmiştir. 10 yıllık bir takip çalışmasında (Gunderson ve ark., 2011) nüks oranı %11 olarak bulunmuş; düşük nüks oranına

rağmen sosyal işlevsellikteki bozulmaların kronik bir şekilde devam edebildiği gözlemlenmiştir. Bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi (DDT), duygu düzenleme temelli grup terapisi, zihinselleştirme temelli terapi, dinamik yapısal psikoterapi (dynamic deconstructive psychotherapy), şema odaklı terapi, problem çözmeye dayalı eğitimler gibi müdahalelerle yürütülen SKB tedavisinde terapinin tamamlanma oranlarını araştıran bir meta-analiz çalışmasında, 12 aydan uzun süren müdahalelerde %75, 12 aydan daha kısa süren müdahalelerde ise %71 tamamlama oranı ortaya konmuştur (Barnicot ve ark., 2010). SKB'nin tedavisinde kullanılan psikoterapiler arasında başta DDT, şema-odaklı terapi ve psikodinamik terapi gibi yaklaşımlar gelmektedir (Barnicot ve ark., 2012). Bunların içinde DDT, SKB için en sık araştırılan ve en etkili görünen psikososyal müdahalelerden biridir (Kliem, Kröger ve Kosfelder, 2010). DDT'nin kısa vadede bile önemli değişim ve iyileşme sağlayabildiği görülmektedir (Mendez-Bustos ve ark., 2019). Terapiyi bırakma açısından değerlendirildiğinde, toplum temelli tedavilere (community treatment by expert) göre bırakma oranlarının daha düşük olduğu (Cristea ve ark., 2017) ancak kontrol koşullarına göre önemli farklılık görülmediği (Kliem ve ark., 2010) belirtilmektedir.

Etkisi kanıtlanmış terapi yöntemleriyle bu tanı grubunda tedavi seyrinin olumlu gidebileceği gösterilse de, çalışmalarda neden bazı bireylerin süreçten daha çok faydalandığı ve neden bazılarının dirençli kaldığı veya terapiyi sonlandırdığı yeterince aydınlatılmamıştır (Barnicot ve ark., 2012). Bununla birlikte yukarıda özetlendiği gibi iyi klinik seyir ve düşük terapi bırakma oranları bildiren çalışmaların varlığına rağmen, klinik ortamda SKB tanılı bireyleri “tedavisi zor, yordanamaz, manipülatif” şeklinde damgalamanın devam ettiği görülmektedir (Aviram, Brodsky ve Stanley, 2006). Buradan hareketle bu yazının amacı, SKB'de DDT temelinde değişimin “ne” olduğunu tanımlamak; bu değişimin “nasıl” gerçekleştiği hakkında terapi sonuçlarını ve terapiyi bırakmayı yordayan faktörleri gözden geçirmektir. Özetlenen bulguların, terapiden yeterince faydalanamayan bireylere yönelik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi veya dönüştürülmesinde ve terapiye uyum sağlayabilen bireylere yönelik etkililiğin sürdürülmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında SKB'ye yönelik örtük/açık damgalama eğiliminin azaltılması adına adımlar atılabileceği ve Türkiye'de sınırlı SKB alanyazını için de yeni araştırma soruları oluşturulabileceği önerilmektedir. Belirlenen amaçlar doğrultusunda ilk olarak DDT kısaca tanımlanarak SKB

için etkililiğinden söz edilecek, ardından terapi sonuçları ve terapiyi sonlandırmayı yordayan faktörlerle ilgili gözden geçirilen araştırma sonuçları özetlenecek, son olarak bulgular tartışılacaktır.

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ

### Diyalektik Davranış Terapisi

Bilişsel davranışçı terapi kökenli bir yaklaşım olan DDT, başlangıçta SKB kriterlerini karşılayan ve özellikle de intihar eğilimi gösteren bireyler için geliştirilse de, birden fazla tanısı olan ve tedaviye direnç gösteren popülasyonlarda da kullanılabilir (Lynch, Trost, Salsman ve Linehan, 2007). DDT'nin kurucusu Marsha Linehan, kendine zarar verme ve tedaviye dirençle geçen kendi psikiyatrik geçmişinden yola çıkarak yaklaşımını "kökten kabullenme (radical acceptance)" temelinde oluşturmuştur (Sargın ve Sargın, 2015, s. 66). DDT davranışçılık, diyalektik felsefe ve Zen pratiğinden köken alır; kabul ve değişimi dengeleyerek kişilerin "yaşamaya değer bir hayat kurmasına" yardımcı olmayı hedefler (Linehan ve Wilks, 2015). Terapinin temel varsayımı, kişinin duygu düzenleme güçlüğüne yetersiz bir dış çevre ve duygusal savunmasızlığa karşı biyolojik bir eğilim arasındaki etkileşimle ortaya çıktığını öne süren biyopsikososyal modele dayanır (Linehan, 1993). Buna göre öz-düzenleme ve sıkıntıya tolerans göstermedeki yetersizlik, davranışsal becerilerin kullanımını engeller ve bu engel, uyuma yönelik olmayan davranışları pekiştirir (Little, Tickle ve das Nair, 2017). Terapide temel amaç, beceri eğitimi vermek, değişim motivasyonunu artırmak ve edinilen becerilerin kullanılmasını sağlamaktır. Terapist, öğrenilen becerilerin gerçek yaşama aktarılması için uygun psikososyal çevreyi oluşturmada bireye yardımcı olur (Linehan ve Wilks, 2015). Aynı zamanda terapistlerin beceri ve motivasyonlarını artırmak da önemsenir (Little ve ark., 2017). Tedavide öncelik, intihar ve kendine zarar verme davranışlarının azaltılmasındadır. Bunu, eş tanıda belirti şiddetini azaltmak, yaşam doyumunu artırmak ve bireysel hedefler üzerinde çalışmak izler (Linehan, 1993).

DDT dört temel bileşenden oluşmaktadır (Linehan, 1993; Linehan ve Wilks, 2015; Rizvi, Steffel ve Carson-Wong, 2013). Bunlardan ilki haftada bir kez gerçekleşen "bireysel terapi"dir. Seanslarda bireyin motivasyonu ve edinilen becerilerin pekiştirilmesi üzerinde durulur. İkincisi, grupla gerçekleştirilen "beceri eğitimidir". Bir çeşit sınıf ortamı

oluşturularak farkındalık, sıkıntıya tahammül, duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik gibi süreçler üzerinde çalışılır. Üçüncü bileşen "telefon görüşmeleri"dir. Birey, acil durumlarda telefon yoluyla terapistiyle iletişime geçebilir ve terapide edinilen kazanımların günlük yaşamda uygulanabilmesi konusunda danışmanlık alır. Son terapi bileşeni olan "konsültasyon toplantıları"nda terapistlerin motivasyon ve becerileri desteklenir, terapistin kişisel süreçlerinin terapiye dahil olmaması için farkındalık temelli çalışılır. Bu dört unsuru içeren ve yaklaşık 1 yıl süren DDT "standart DDT" olarak adlandırılır (Kliem ve ark., 2010). Terapi, asıl olarak yataklı tedavi ortamına yönelik oluşturulsa da ayaktan tedavi olarak da etkili bir biçimde sürdürülebilmektedir (Örn. Bohus ve ark., 2004).

### DDT'nin SKB için Etkililiği ve Terapi Bırakma Oranları

DDT'nin SKB için etkililiği, çeşitli sistematik gözden geçirme çalışmaları ve meta-analizlerde incelenmiştir. SKB semptomları ve ilişkili problemlerin, (Cristea ve ark., 2017), kendine zarar verme ve intihara yönelik davranışların azaltılmasında (Linehan ve ark., 2006; Oud, Arntz, Hermens, Verhoef ve Kendall, 2018) DDT'nin etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmektedir. 1 yıl boyunca DDT uygulanmış 5 farklı çalışmanın sonuçlarını gözden geçiren bir çalışmada (Panos, Jackson, Hasan ve Panos, 2013), terapi sonunda intihar ve yaşamı tehdit eden davranışların üçte iki oranında azaldığı; duygulanımı düzenleme ve davranışsal kontrolü sağlamanın bu etkililikte rol oynadığı belirtilmiştir. DDT'nin etkililiği diğer tedavi yaklaşımlarıyla karşılaştırmalı olarak da ele alınmıştır. Buna göre yaşamı tehdit eden davranışların azaltılmasında DDT danışan merkezli tedaviden üstünken genel psikiyatrik tedaviden üstün görünmemekte (Oud ve ark., 2018); sıradan tedavilerle karşılaştırıldığında orta düzeyde etkililikten SKB'ye özgü tedavilerle karşılaştırıldığında etki büyüklüğü azalmaktadır (Kliem ve ark., 2010). Etki büyüklüğünün azalmasında meta-analizlere dahil edilen seçkisiz kontrollü çalışmaların rolü olabileceği tartışılmaktadır.

Genel olarak bakıldığında terapi bırakma oranları %10-%51,8 arasında değişerek çeşitlilik göstermektedir (Örn. Kröger, Harbeck, Armbrust ve Kliem, 2013; Landes, Chalker ve Comtois, 2016; Steuwe, Berg, Driessen ve Beblo, 2017). En yüksek bırakma oranını bildiren çalışmada (Landes ve ark., 2016) yüksek bırakma oranı; şiddetli psikopatolojiye sahip, hastaneye yatırılma riski olan ve özel bakım kriterlerini karşılayan psikiyatrik engelli

(psychiatric disability) bireylerin örnekleme oluşturmasıyla ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Az sayıda çalışma, tedaviyi bırakmanın nedenlerini bildirmiştir. Bahsedilen sebeplerden bazıları motivasyon eksikliği, tedaviye dair kararsızlık, tekrarlanan uyuma yönelik olmayan davranışlar ve tedaviye ulaşmakla ilgili sıkıntılardır (ulaşım, mesafe, ekonomik durumlar vs.) (Kröger, Röepke ve Kliem, 2014; Steuwe ve ark., 2017). Görüldüğü üzere DDT, SKB ve ilişkili problemlerin sağaltımında etkili görünmekte; terapi bırakma oranları “düşük” veya “yüksek” olarak etiketlenemeyecek şekilde heterojenlik göstermektedir.

### Terapide “Ne” Değişmektedir?

Yazının bu kısmında, gözden geçirilen çalışmalarda bildirilen terapi sonuçları özetlenerek terapide değişim süreci incelenecektir. Genel olarak bakıldığında bir çalışma dışında (Kröger ve ark., 2010) araştırmaların çoğunluğunda SKB semptomları ve genel psikopatoloji düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bahsedilen çalışmada, katılımcıların yeme bozukluğu eş tanısı olması ve örneklem boyutunun küçüklüğü nedeniyle bu bulguya temkinli yaklaşılması önerilmiştir. Terapi sonrası ölçümlerde öfke ve öfkeyle ilişkili duygu/davranışlar (McMain, Guimond, Barnhart, Habinski ve Streiner, 2016; McMain ve ark., 2009), dürtüsellik (van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul ve van den Birnk, 2005; Yen, Johnson, Costello ve Simpson, 2009), intihar fikri/girişimleri (Linehan ve ark., 2015; McMain ve ark., 2017), hastanelerin acil servislerini kullanma oranı/sıklığı (Linehan ve ark., 2006; Linehan ve ark., 2015; McMain ve ark., 2009) ve dissosiyasyonun (Harned, Gallop ve Valenstein-Mah, 2016; Harned, Jackson, Comtois ve Linehan, 2010; Harned, Korslund, Foa ve Linehan, 2012) azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışmaların büyük bir kısmında kendine zarar verme davranışları ve depresif belirtilerin de azaldığı bildirilmiştir. Kişinin işlevsellik ve iyi oluşu üzerindeki değişimlere bakıldığında genel işlevselliğin (Örn. Kröger ve ark., 2006), psikososyal işlevselliğin (Kröger ve ark., 2013) ve sosyal uyumun (Harned ve ark., 2012) arttığı görülmektedir. Yaşam doyumunun arttığını bildiren bir çalışmada (McMain ve ark., 2009) değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Bu sonuçlarla birlikte değişim tanımlanmış olsa da “Terapinin tek başına bu sonuçlara yol açtığı şeklinde doğrusal bir ilişki kurulabilir mi?” ve “Hangi faktörler terapi yanıtlarında rol oynamaktadır?” gibi bazı sorular cevapsız kalmaktadır. Bu faktörlerin değerlendirilmesi, terapide değişimin “nasıl” gerçekleştiğine dair anlayış kazandıracaktır.

Bir sonraki bölümde terapi sonuçları ve terapiyi bırakmayla ilişkili görünen çalışma bulguları ortak başlıklar altında özetlenecektir.

## TERAPİDE DEĞİŞİM “NASIL” GERÇEKLEŞMEKTEDİR?: TERAPİ SONUÇLARI VE TERAPİYİ BIRAKMAYLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

### Terapi Öncesi Faktörler

**Sosyodemografik özellikler:** Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı görece az çalışmaya ulaşılmıştır. 1 yıl süren bir DDT çalışmasında (McMain ve ark., 2017) istihdam oranının yüksek olduğu bireyler tedaviye hızlı ve sürekli olarak en iyi yanıtları vermiş; kendine zarar vermeye yönelik davranış sıklığında, SKB belirti şiddetinde ve eş tanıdaki belirti şiddetinde azalma gözlemlenmiştir. İşsizlik oranı yüksek olan gruptaki bireyler ise tedaviye “iyileşmiş-nüks etmiş” şekilde daha zayıf yanıtlar vermiş; terapi sonunda belirti şiddeti neredeyse başlangıç seviyesine yaklaşırken, kendine zarar verme davranışları ve depresyon düzeyleri yüksek kalmıştır. Aynı çalışmada yaş, tedavi sonuçlarıyla ilişkili bulunmamıştır. Terapi sonrası 2 yıl içinde takip değerlendirmeleri yapılan bir başka çalışmada (McMain, Guimond, Streiner, Cardish ve Links, 2012) işlevselliğin yetersiz kalmaya devam etmesinde düşük tam zamanlı iş oranı ve psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmakla ilgili alışkanlıkların rolü olduğu görülmüştür.

Sosyodemografik özelliklerin terapiyi yarıda bırakmada rol oynayabileceği görülmektedir. 1 yıllık standart DDT’nin yanında kişilerin sosyal yaşamlarında sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarını azaltmayı hedefleyen bir programla yürütülen bir çalışmada (Landes ve ark., 2016), standart DDT ile yürütülen bir çalışmada (Wnuk ve ark., 2013) ve 3 aylık bir DDT programıyla yürütülen bir çalışmada (Kröger ve ark., 2013) daha genç yaşta olmak tedaviyi bırakmakla ilişkili bulunmuş, yaş arttıkça bırakma olasılığının azaldığı görülmüştür (Kröger ve ark., 2013; Landes ve ark., 2016; Wnuk ve ark., 2013). İlgili çalışmalarda yaşın artmasıyla birlikte semptom şiddetindeki azalmanın ve terapiye devamlılığın artmasının yeterince tartışılmadığı; bu değişimin sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisinin aydınlatılmadığı görülmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmaların müdahale yöntemlerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında yaşın terapi bırakmayla ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar

da bulunmaktadır (Perroud, Uher, Dieben, Nicastro ve Huguelet, 2010; Rüşch ve ark., 2008). 4 hafta DDT uygulanmış bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin terapiyi bırakmayı yordadığı gösterilse de (Perroud ve ark., 2010) daha fazla sayıda çalışmada eğitimin ilişkili bir değişken olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Landes ve ark., 2016; Rüşch ve ark., 2008; Stratton, Alvarez, Labrish, Barnhart ve McMain, 2018). Bir diğer faktör olarak maluliyet/yetersizlik maaşı almak, standart DDT'den daha az süreyle müdahale uygulanan iki çalışmada terapiyi bırakmayı yordamıştır (Perroud ve ark., 2010; Stratton ve ark., 2018).

**Semptom şiddeti:** Üç çalışmada dissosiyasyon ve boşluk hissinin terapi sonuçlarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir. Ön test-son test desenli bir çalışmada psikiyatri servisinde tedavi gören hasta örneğine 3 ay boyunca DDT uygulanmış, terapi öncesi yüksek dissosiyasyon puanları terapi sonrası daha az semptom azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (Kleindienst ve ark., 2011). Bunun karşısında, terapi öncesi yüksek dissosiyasyon düzeyine sahip bireylerin terapi sonrasında hem dissosiyasyon hem de psikolojik sıkıntı düzeylerinde anlamlı azalma olduğunu bildiren (McFetridge, Milner, Gavin ve Levita, 2015) ve terapi öncesi boşluk hissi bildiren katılımcıların bildirmeyenlere göre depresyon, dissosiyasyon ve genel psikopatolojide daha fazla iyileşme gösterdiğini ortaya koyan (Yen ve ark., 2009) iki çalışmada dissosiyasyon şiddetinin zayıf terapi sonuçlarını yordamadığı ortaya konmuştur. Her iki çalışmada da DDT 3 aydan daha az bir süre boyunca uygulanmıştır. Semptom şiddetiyle ilgili 2 yıllık bir takip çalışmasında (McMain ve ark., 2017) tedaviye hızlı yanıt verip izlemede semptom düzeyinde ve kazanımlarda başlangıç seviyelerine gerileyen bireylerin tedavi öncesi depresyon düzeylerinin ve acil servis ziyaretlerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Terapiyi bırakmada da semptom şiddeti rol oynayabilmektedir. Bir çalışmada (Landes ve ark., 2016) genel semptom düzeyindeki artış bırakma olasılığını azaltmıştır. Elde edilen bu sonuç, terapinin şiddetli semptomlar yaşayan kişilerde etkili olabileceği ve daha düşük semptom düzeyine sahip kişilerin terapiyi yoğun bulabileceği yönünde ele alınmış, ancak bunun karşısında bir çalışmada (Perroud ve ark., 2010) daha yüksek psikopatoloji düzeyi terapiyi bırakmanın yordayıcısı olarak bulunmuştur. Bir çalışmada yüksek öfke düzeyinin bırakmayı yordadığı sonucuna ulaşılmışken (Wnuk ve ark., 2013), 12 hafta boyunca sürdürülen DDT'nin sonuçlarını araştıran bir başka çalışmada öfke ve düşmanlığın anlamlı yordayıcılar olmasa da terapiyi tamamlamayanlarda başlangıçta daha fazla

olduğu bildirilmiştir (Rüşch ve ark., 2008). Yüksek intihar girişimi öyküsünün olması da bırakmayla ilişkili bulunan faktörlerden biridir (Kröger ve ark., 2014; Wnuk ve ark., 2013). Ancak tersi bir bulguya, yaşam boyu intihar girişimlerinin az olmasının yordayıcı özelliğini gösteren bir çalışmada ulaşılmış (Rüşch ve ark., 2008); bu sonuç intihar girişimlerinden ziyade intihar düşüncelerinin sonuçlar üzerinde daha etkili olabileceği yönünde tartışılmıştır. Yaşam boyu hastanede kalmanın fazlalığı da terapiyi bırakmayla anlamlı ilişki gösteren bir diğer faktördür (Kröger ve ark., 2014; Perroud ve ark., 2010; Webb ve McMurrin, 2009). Özetlenen sonuçların aksine yaşam boyu intihar girişimlerinin (Stratton ve ark., 2018) ve dürtüsellik fazlalığının (Farrés ve ark., 2018; Steuwe ve ark., 2017; Wnuk ve ark., 2013) anlamlı yordayıcılar olmadığını gösteren çalışmaların varlığına da dikkat edilmelidir.

**Eş tanı:** Gözden geçirilen çalışmaların büyük bir kısmında TSSB eş tanısının terapi sonuçlarıyla ilişkisi araştırılmıştır. TSSB'nin varlığının daha zayıf terapi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren standart DDT uygulanmış bir çalışmada (Barnicot ve Priebe, 2013), eş tanı grubun terapi sonunda kendine zarar verme sıklığının daha az azaldığı ve daha fazla SKB semptom şiddeti gösterdiği ortaya konmuştur. Bunun karşısında standart DDT uygulanan bir başka çalışmada (Barnicot ve Crawford, 2018), TSSB eş tanısı olan bireylerin kendilerine daha sık zarar verdikleri veya daha şiddetli semptomlar sergilemedikleri; dolayısıyla TSSB'nin varlığının tek başına tedavide beklenen değişimi engellemediği gösterilmiştir. Aynı çalışmada tedavi öncesi yüksek TSSB şiddeti ve TSSB semptomlarında iyileşmenin zayıf olması tedaviye verilen yanıtın daha zayıf olmasıyla ilişkililik; bu ilişkiye yüksek duygu düzenleme gücü aracılık etmiştir. Benzer bir bulguya bir başka çalışmada (Harned ve ark., 2010) daha ulaşılmış, standart DDT uygulanan katılımcı grubunda eş TSSB gösteren grup, madde bağımlılığı ve dissosiyasyonun azalması gibi daha iyi tedavi yanıtları vermiş ancak başlangıçta şiddetli TSSB ve daha fazla sayıda intihar girişimi olan bireyler tedavi sonunda gelişmesi hedeflenen davranışlarda daha az ilerleme kaydetmişlerdir.

TSSB şiddetinin tedavinin etkililiğini olumsuz yönde etkileme ihtimali tedavide doğrudan hedeflenmemesiyle ilişkili görülmüş (Barnicot ve Priebe, 2013), gözden geçirilen üç çalışmada 1 yıllık standart DDT tedavisine eklenen uzun süreli maruz bırakma protokolüyle tedavi sonuçlarının nasıl değiştiği incelenmiştir. İlk çalışmada (Harned ve ark., 2012) protokolle beraber terapinin TSSB'deki anlamlı azalmayla

ilişkili olduğu ve katılımcıların çoğunun terapi sonrasında TSSB kriterlerini karşılamadığı gösterilmiştir. Tedavi sürecinde oldukça düşük kendine zarar verme davranışı ortaya çıkmış; intihar düşünceleri, dissosiyasyon, travmayla ilişkili suçluluk, utanç, kaygı, depresyon ve sosyal uyumda iyileşmeler olmuştur. İkinci çalışmada (Harned ve ark., 2016) benzer şekilde, tedavide TSSB doğrudan hedeflenmediğinde travmaya bağlı belirtilerde değişim olmamış, protokol eklendiğinde TSSB şiddeti azalmış, dissosiyasyon ve sınırda semptom şiddetinde de önemli düşüşler görülmüştür. Konuya ilişkin son çalışmada (Harned, Wilks, Schmidt ve Coyle, 2018) protokolle uygulanan DDT'nin standart DDT'ye göre sosyal uyum ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde artış ve genel işlevselliğin iyileşmesinde daha iyi olduğu; TSSB şiddetindeki azalmanın tedaviyle beraber görülen gelişmeyi yordadığı; travma sonrası bilişlerdeki azalmanın işlevselliğin tüm boyutlarında daha sonraki iyileşmeleri yordadığı görülmüştür.

SKB ile sıklıkla eş tanı gösteren duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon, incelenen çalışmaların bir kısmında terapi sonuç değişkeni olarak ele alınmış (Bloom ve ark., 2012; Bohus ve ark., 2004; Linehan ve ark., 2006; Yen ve ark., 2009), terapinin sonunda depresyonun azaldığı raporlanmış ve bu azalma iyi tedavi sonucu şeklinde değerlendirilmiştir. Bazı çalışmalarda da depresyonun azalması ikincil sonuç olarak ortaya konmuştur (Örn. Harned ve ark., 2012; McMain ve ark., 2009). Bununla birlikte depresyondaki azalmadan sorumlu olabilecek mekanizmalar sınırlı sayıdaki çalışmada değerlendirilmiştir. Bir çalışmada 1 yıl boyunca DDT'nin farklı unsurlarının ön plana çıkmasıyla terapi sonuçlarının nasıl değiştiği incelenmiş, beceri eğitimi olmayan DDT gruplarında beceri eğitimi olanlara göre depresyon ve kaygının daha yavaş iyileştiği gözlemlenmiştir (Linehan ve ark., 2015). Benzer şekilde bir başka çalışmada 1 yıllık terapi sonunda azalan depresyona terapide edinilen becerilerin kullanılmasının aracılık ettiği ortaya konmuştur (Neacsiu, Rizvi ve Linehan, 2010). 1 yıllık terapinin 2 yıl sonrasında yapılan takip değerlendirmelerinde terapi sonunda azalan depresyonun takipte hala düşük seviyelerde olduğunun gösterilmesi de kazanımın uzun vadede sürebileceğine işaret etmektedir (McMain ve ark., 2012). Bu bulgu, DDT'de depresyonun tedavisi için önemli olan davranışsal aktivasyonun sağlanması ile ele alınmıştır.

Bazı çalışmaların bulguları, DDT depresyonun azalmasını öncelikli olarak hedeflemeyen (Bedics ve ark., 2015) tedavi sürecinde depresyon ele alındığında değişimin gözlemlendiğini ortaya koymaktadır. Harned ve ark. (2008)

yaptıkları çalışmada depresyonun azalmasında DDT'nin toplum temelli terapiyle benzer şekilde etki gösterdiğini; iki yöntem arasında fark bulunmamasında terapinin kendi başına bir etki mekanizması göstermesinin rol oynayabileceğini ele almıştır. Wnuk ve ark. (2013) çalışmalarında eş eksen I bozukluklarının terapiyi bırakmayı yordadığını ancak bireyler terapiye ek olarak genel psikiyatrik tedavi alıyorsa bırakma olasılığının azaldığını bildirmiştir. Bu bulgu, ilaç tedavisi söz konusu olduğunda bahsedilen bozuklukların doğrudan hedeflenmesi ve böylece eş tanı belirtilerinde iyileşmelerin görülmesiyle değerlendirilmiştir. Yeme bozukluğu eş tanısı gösteren bireylerle yaptıkları çalışmada Kröger ve ark. (2010), 3 aylık terapi sonunda SKB semptomlarında azalma olmadığını ancak 15 ay sonraki takipte eş duygudurum bozukluklarının daha az oranda görüldüğünü ve bir süre devam eden terapi ve farmakolojik tedavinin bir arada duygudurum stabilizasyonunu sağlamada etki ettiğini tartışmıştır. Depresyonun terapiyi bırakmakla ilişkisi ise az sayıda çalışmada incelenmiştir. Depresyon terapiyi bırakmayı yordarken sosyodemografik değişkenler kontrol edildiğinde bu ilişkinin ortadan kalktığını (Stratton ve ark., 2018) ve eksen I bozukluklarının sayısı ile terapiyi bırakma arasında ilişki bulunmadığını (Rüsch ve ark., 2008) ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Hastanede tedavi gören 14 kişilik bir örnekleme yürütülen DDT temelli terapiye dair bir başka çalışmada, terapiye devam eden ve etmeyen bireylerin duygudurum açısından farklılık göstermediği ancak terapiyi bırakanların daha uzun süre hastanede kalmış oldukları ortaya konmuştur (Webb ve McMurrin, 2009).

İncelenen çalışmalarda diğer eş tanılar görece daha az ele alınmıştır. Çeşitli eş tanılar gösteren heterojen SKB örnekleminde DDT'nin etkililiğini inceleyen bir çalışmada (Harned ve ark., 2008) kaygı bozukluğunun varlığı daha düşük iyileşme oranlarıyla ilişkili bulunmuş, bu bulgu SKB tanısı olan bireylerde kaygının kronikliği ve DDT terapisinde düşük önceliğe sahip olmayla birlikte değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada madde bağımlılık bozukluğu olanlarda DDT'yle tam iyileşme sağlanabildiği ve daha az madde kullanımı gibi etkili tedavi sonuçları alındığı görülmektedir. Eş kişilik bozukluklarının tedavi sonuçlarıyla ilişkisine bakıldığında bir çalışmada yüksek şizoid ve düşük narsist kişilik özellikleri tedaviye daha az uyumsal cevap vermeyle ilişkili bulunmuştur (Perroud ve ark., 2010). Son olarak yeme bozukluğu eş tanısı olan SKB tanılı bireylerde uygulanan 3 aylık DDT'nin sonuçlarını bildiren çalışmada (Kröger ve ark., 2010), terapi sonrasında genel psikopatoloji ve yeme bozukluğuyla ilgili şikayetler

azalırken, anoreksiya nervozası olan katılımcıların hala belirgin düzeyde sıkıntısının devam ettiği ve her iki grupta da SKB semptom kriterlerinde anlamlı değişimler olmadığı görülmüştür.

Terapiyi bırakma temelinde değerlendirildiğinde, 13 haftalık DDT'ye dayalı bir beceri programıyla yürütülen (Farrés ve ark., 2018) ve 12 haftalık DDT uygulanan (Kröger ve ark., 2013) iki farklı çalışmada benzer şekilde terapiyi bırakan bireylerde yeme bozukluğu ve kokain kullanımının daha fazla olduğu ve bu eş tanıların bırakmayı yordadığı görülmüş; 12 hafta DDT uygulanan bir başka çalışmada ise alkol-madde kullanımıyla birlikte intihar girişimi öyküsü varsa riskin daha fazla artacağı ortaya konmuştur (Kröger ve ark., 2014). Bunun karşısında bir çalışmada (Wnuk ve ark., 2013) madde kullanım problemlerinin terapiyi sonlandırmayla ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kröger ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında çeşitli kurallar koyularak bunlara uymayanlar terapistler tarafından çalışmanın dışında bırakılmış; yüksek anoreksiya nervroza şiddeti gösteren katılımcıların terapisinin ilk yarısından sonra çalışma dışı bırakılma riski artmış, madde kullanım problemleri olanlarda risk terapisinin her aşamasında yüksek kalmaya devam etmiştir. Diğer eş tanı çalışmalarına bakıldığında, yüksek çocukluk dönemi duygusal istismarının terapisinin erken sonlandırılmasıyla ilişkili bulunduğunu (Steuwe ve ark., 2017); terapiyi bırakan kişilerin birden fazla kişilik bozukluğu kriterini karşıladığını (Webb ve McMurrin, 2009) ve yüksek antisosyal kişilik özelliklerinin yordayıcı etkisini (Perroud ve ark., 2010) ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır. Terapiyi bırakma üzerinde eş tanıya sahip olmanın etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da söz konusudur (Rüsch ve ark., 2008; Steuwe ve ark., 2017; Stratton ve ark., 2018).

### Terapi Süreciyle İlişkili Faktörler

**Duygu düzenleme ve başa çıkma becerileri:** Üç çalışmada duygu düzenleme becerisindeki artışın semptom düzeyindeki azalma ve olumlu yöndeki tedavi sonuçlarıyla ilişkisi ortaya konmuştur. İlk çalışmada (McMain ve ark., 2013) 1 yıl boyunca devam eden DDT sonrasında olumsuz duyguların azaltılıp olumlu duyguların artırılması şeklinde duyguların dengelenerek düzenlenmesinin semptom sıkıntısındaki azalmayı yordadığı gösterilmiştir. Buna ek olarak duygusal denge, algılanan problem çözme ve duyguları tanımlayabilme becerilerindeki artış kişilerarası ilişkilerdeki iyileşmeleri de yordamıştır. İkinci çalışmada (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman ve Sinha, 2010), 20 hafta devam eden terapi sonrası duygu düzenleme becerileri artmış,

azalan madde kullanımından artan duygu düzenleme becerilerinin sorumlu olduğu görülmüştür. Çalışmada aynı zamanda terapisinin ilk yarısından sonra bireylerin olumsuz duygularını düzenleyebilme becerilerine güvenleri artmış; duyguları tanıma, tanımlama, anlama ve olumsuz duyguları kontrol edebilme yeteneği de artmıştır. Konuya ilişkin son çalışmada (Wilks, Korslund, Harned ve Linehan, 2016) 1 yıl boyunca devam eden terapi sürecinde daha iyi duygu düzenleme becerisi gösteren grup sonraki değerlendirmelerde daha iyi ve hızlı yükselen psikososyal işlevsellik göstermiş; düşük duygu düzenleme becerisi gösteren gruptaysa işlevselliğinin artma hızının daha düşük olduğu görülmüştür.

Baş çıkma becerilerinin kazandırılması da değişimle ilişkili görünen faktörlerdendir ve üç çalışmada araştırılmıştır. Bir çalışmada (Kramer, 2016), DDT temelli 20 seanslık beceri eğitimi sonrası etkili başa çıkma becerileri artmış ve etkisiz başa çıkma azalmış; stres tehdit olarak algılandığında özerk başa çıkmanın kullanımı (autonomy coping) semptom düzeyindeki azalmayı yordamıştır. İkinci çalışmada (McMain ve ark., 2016) yine 20 haftalık DDT beceri eğitimi grubundaki bireylerin sıkıntıya dayanma (distress tolerance) ve duygu düzenleme gibi başa çıkma becerilerinde bekleme listesine göre daha iyi ilerleme gösterdikleri ortaya konmuştur. Duygu düzenleme ve etkili başa çıkma becerileriyle ilişkili değişim mekanizmalarını araştıran son çalışmada (Neacsiu ve ark., 2010) 1 yıl süren DDT'nin 4 ay sonrasında izleme görüşmeleri yapılmış, terapi sonrasında artan beceri kullanımının tedavide zaman içinde kendine zarar vermeme olasılığındaki artışa kısmen; intihar girişimi olasılığındaki azalmaya, depresyondaki azalmaya ve öfke kontrolündeki artışa ise tam aracılık ettiği görülmüştür. Aynı zamanda çalışmada DDT koşulundaki katılımcılar kontrol grubuna göre daha fazla davranışsal beceri kullanmıştır.

Terapiyi bırakmada duygu düzenleme ve başa çıkma becerilerinin rolünü inceleyen çalışmalarda kabul etmeme (non-acceptance) arttıkça, (Landes ve ark., 2016), deneyimsel kaçınma kullanıldıkça (Rüsch ve ark., 2008) ve farkındalık azaldıkça (Stratton ve ark., 2018) tedaviyi sonlandırma riskinin arttığı gösterilmiştir. Aynı zamanda tedaviyi tamamlamayanlarda zihinsel bir bozukluğa sahip olmakla ilgili ayrımcılık algısının başlangıçta daha fazla olduğu görülmüştür (Rüsch ve ark., 2008). İlişkili bir başka bulgu, terapiye devam edenlerin daha fazla içsel motivasyon bildirirken terapiyi sonlandıran bireylerin daha çok dışsal motivasyon (ailenin zorlaması vs.) bildirmesidir (Webb ve McMurrin, 2009).

**Terapötik ittifak:** Terapist ve danışan arasındaki sınırları tanımlamasının yanında hedefler ve amaçların birlikte belirlenmesine de işaret eden terapötik ittifak bir “terapi ilişkisi” olarak kavramsallaştırıldığından (Goldfried, 2013) bu yazı kapsamında terapi süreciyle ilişkili bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Üç çalışmada terapötik ittifakın terapi sonuçlarıyla ilişkisi incelenmiş, çalışmalardan birinde (Bedics, Atkins, Harned ve Linehan, 2015) 1 yıl süren DDT sonunda artan terapötik ittifak puanlarının intihara yönelik olmayan kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin azalmasıyla ilişkili olduğu; diğer çalışmada (Hirsh, Quilty, Bagby ve McMMain, 2012) 1 yıllık terapi sürecinde terapötik ittifaktaki artışın depresyon, öfke, genel semptom düzeyi ve sınırdaki semptom şiddetinin azalması gibi olumlu sonuçları yordadığı, terapi süresince terapötik ittifaktaki daha hızlı artışların daha iyi terapi yanıtlarıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Terapötik ilişkiyi ilişkideki kopma ve düzelmeler temelinde inceleyen son çalışmada (Boritz, Barnhart, Eubanks ve McMMain, 2018), 1 yıllık standart DDT sürecinde terapide ilerleme gösteren ve göstermeyen gruplarda çatışmayla ilişkinin bozulması daha fazla gerçekleşmişken ilerleme göstermeyen grupta danışanın geri çekilmesi daha sık yaşanmıştır. İlişkideki bozulmalar ilerleme göstermeyen grupta terapötik ittifak üzerinde daha olumsuz etki göstermiş; bozulan ilişkinin düzeltilmesi adına yapılan iyileştirme stratejileriyle ilerleme gösteren grupta ittifak üzerinde olumlu etki yapmıştır. Çalışmada, terapinin erken dönemlerinde ilişkideki bozulma ve iyileşme örüntülerinin tedavi sonuçlarını etkileyebileceği önerilmiştir.

İlgili literatürle tutarlı olarak terapötik ittifakın zayıflığının terapiyi bırakmayı yordadığı görülmektedir (Wnuk ve ark., 2013). Terapi sürecinde gerçekleşen terapist değişikliğinin sonuçlar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada (Steuwe ve ark., 2017) DDT hakkında bilgi verme ve terapiye başlama arasında gerçekleşen terapist değişikliği anlamlı olarak daha yüksek terapi bırakma riskiyle ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu ilk seansta terapinin görevleri ve hedeflerini kabul eden bireylerin terapistle bağ kurması ve terapistin değişmesiyle hayal kırıklığına uğramaları temelinde tartışılmıştır.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Birey ve toplum için ciddi sonuçlar doğurabilen SKB'nin tedavisinde kanıt dayalı bir yöntem olarak DDT giderek daha fazla ilgi görmektedir (Sargın ve Sargın, 2015). DDT'nin yıkıcı davranışların azalmasında ve işlevselliğin

artırılmasında etkili olduğu (Bloom, Woodward, Susmaras ve Pantalone, 2012), etki büyüklüğününse orta düzeyde olduğu görülmektedir (Örn. Cristea ve ark., 2017). Bir terapi yönteminin bir tanı grubundaki etkililiği çoğunlukla “etki büyüklüğü” ve “terapi öncesi-sonrası ölçümlerle” değerlendirilirken, terapide değişimin nasıl ve hangi faktörler aracılığıyla gerçekleştiği yeterince aydınlatılmamaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı DDT'nin SKB için etkililiğini terapide değişim ve değişimi yordayan faktörler temelinde incelemek olmuştur.

Gözden geçirilen çalışmalardan yola çıkarak terapide değişimden sorumlu bazı “terapi öncesi” ve “terapi süreciyle ilişkili” faktörlerden söz edilebilmektedir. İşsizlik, daha genç yaşta olma ve maluliyet/yetersizlik maaşı alma gibi sosyodemografik özelliklerin terapistten etkili şekilde faydalanamama ile ilişki göstermesi, riskli grupları belirlemede yol göstericidir. SKB tanılı bireylerin bozukluk nedeniyle damgalanma ve sosyal izolasyon yaşamaları, bu nedenle yardım almalarının güçleşmesi muhtemeldir. Aynı zamanda bireysel özellikler ve sosyal çevre etkileşimi, kişiyi nükse yatkın hale getiriyor olabilir (McMMain ve ark., 2017; Perroud ve ark., 2010). Dolayısıyla değerlendirme ve tedavi planı bireyselleştirilmeli; bireyin içinde yer aldığı çevre de plana dahil edilmelidir. Sosyodemografik özelliklerin yanında semptomların doğası ve şiddetinin de değişim süreciyle ilişkili olduğu; belirgin ve kronik sıkıntı yaşayan bireylerin terapide etkili sonuçlara ulaşamayabileceği görülmektedir. Bu ilişkide psikiyatrik bozuklukla ilgili alışkanlıkları sürdürme ve daha uzun süreli tedavi ihtiyacı rol oynuyor olabilir. Semptomların kendisinden ziyade hangi semptomların terapide değişim için öncelikli olarak hedeflendiği ve üzerinde çalışıldığı belirleyici görünmektedir. Örneğin, SKB'de sıklıkla ortaya çıkan dürtüsellik, öfke ve intihar girişimlerinin fazlalığının terapi sonuçlarıyla tutarsız ilişki göstermesi bu çıkarımla örtüşmektedir. Daha dürtüsel ve yüksek öfke gösteren bireylerin düşünmeden hareket etme ve sıkıntıya tahammül edememe eğilimi sergilemeleri, böylece terapiyi bırakmaya karşı daha yatkın olabilecekleri düşünülse de (Farrés ve ark., 2018), bu belirtiler her zaman bırakmayı yordamamıştır.

Son terapi öncesi yordayıcı faktör “eş tanı” durumudur. Kaygı bozukluğu ve kişilik bozukluğu eş tanıları bu araştırma kapsamında yeterince temsil edilmemiştir. Yeme bozuklukları ve madde kullanım problemi eş tanılarıyla ilişkili olarak kiloyla veya madde kullanımıyla ilgili devam eden alışkanlıkların terapide kısıtlanması ve değişime zorlanmasının terapiyle beklenen değişimi güçleştirebileceği



tartışılmıştır (Kröger ve ark., 2014). Bu nedenle, bu eş tanılarda daha farklı stratejiler geliştirilebileceği düşünülmektedir. Sıklıkla araştırılan TSSB eş tanı durumunda ise travmayla uğraşın devamlılığı ve muhtemel duygusal küntülüğün, terapide öğretilen becerilere odaklanamamaya ve farkındalığın engellenmesine neden olduğu varsayılmış (Barnicot ve Priebe, 2013); terapide TSSB SKB ile birlikte doğrudan hedeflendiğinde daha iyi terapi yanıtları elde edilmiştir (Örn. Harned ve ark., 2018). Benzer şekilde duygudurum bozuklukları da terapide doğrudan hedeflendiğinde eş tanıda belirti şiddetinin azalması söz konusu olmuştur. Aynı zamanda depresif belirtilerin azalmasından duygu düzenleme ve davranışsal aktivasyonun artırılmasının sorumlu olabileceği görülmektedir (McMain ve ark., 2012; Neacsiu ve ark., 2010). Bu sonuçlar, eş tanıya sahip olmakla zayıf terapi sonuçları arasında doğrusal bir ilişki kurulmasının önüne geçmektedir. Eş tanıya rağmen tedavi motivasyonunun sürdürüldüğünün gösterilmesi bireyin terapiye katılımını artırma, terapide eş tanıda belirti şiddetini değerlendirme ve bireye verdiği sıkıntı üzerinde durmanın önemini ortaya koymaktadır. Terapi öncesi faktörler birlikte ele alındığında, tedavi öncesinde SKB'nin heterojen doğasını göz önünde bulundurma ve bozukluk öyküsünü dikkatli değerlendirme önemli bir yer tutmaktadır. Böylece, klinik ortamda bu tanı grubundaki bireyleri "manipülatif, talepkar ve dikkat çekmeye çalışan" sıfatlarıyla etiketleme (Gallop ve Wynn, 1987) ve bozukluğun karakteristik özelliklerini doğrudan bireyin kontrolünde veya yardımı reddetmesiyle ilişkili olarak algılamaya (Aviram ve ark., 2006) karşı alternatif bakış açısı sunmaktadır. Bununla beraber SKB semptomları ve eş tanıda belirti şiddetinin azalmasında DDT temelinde değişimden sorumlu olan faktörlerin neler olabileceği üzerinde daha çok çalışma yapılmasının bu bakış açısına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Terapi sonuçları ve terapiyi bırakmakla ilgili en tutarlı bulgular terapi süreciyle ilişkili faktörler temelinde gösterilmiştir. Alan yazınla tutarlı olarak (Bloom ve ark., 2012; Calati, Courtet ve Lopez-Castroman, 2018), duygu düzenleme ve başa çıkma becerileriyle terapötik ittifaktaki iyileşmeler tedaviden daha çok faydalanmaya katkı sağlamaktadır. SKB klinik görünümünde sıklıkla kendini gösteren duygulanımdaki istikrarsızlık ve tekrarlı uyuma yönelik olmayan davranışsal kalıplar (APA, 2013), DDT'de doğrudan hedeflenerek günlük yaşamda sürdürülebilir kazanımlar sağlıyor görünmektedir. Terapi, daha az etkili duygu düzenleme ve başa çıkma stratejilerinin bırakılmasını sağladığında sorunlar doğrudan değerlendirilmeye,

düşüncelerin baskılanması azalmaya ve kişinin kendi becerilerine güveni artmaya başlayacaktır. Bununla beraber, iyi terapötik ittifak terapiyi bırakmaya karşı koruyucu bir faktör olarak görünmektedir. SKB, tutarsız ve bozulmuş kişilerarası ilişkilerle karakterize olduğundan (APA, 2013), terapötik ittifakın kalitesi özellikle önemli görünmektedir. DDT'de sıcaklık, samimiyet ve ilgi gibi süreçlerin vurgulanması ise terapötik ittifakı güçlendiriyor olabilir. SKB tanılı bireyler tedavi sürecinde birçok kez terapist değiştiriyor olabilir ve bu durum tedaviye direnç meydana getirebilir. Dolayısıyla aktarıma karşı hazırlıklı olunmalı, bireyselleştirilmiş ve terapistin stabil bir şekilde süreci yöneteceği tedavi planlamaları yapılmalıdır. Tedavi sağlayıcıların SKB tanılı bireylere karşı olumsuz tutumlarının, kişinin kendini "hasta" olarak etiketlemesine yol açabileceği düşünülmektedir (Aviram ve ark., 2006). Ancak 15 yıllık boylamsal bir çalışmada sağlık personelinin bu tanı grubuna önyargısının giderek azaldığı; temel yaklaşımın etkili tedaviler ve kazandırılacak beceriler odaklı hale gelmeye başladığı gösterilmiştir (Day, Hunt, Cortis-Jones ve Grenyer, 2018). DDT'nin temel felsefesinde yer alan kabul ve terapistlerin kendi farkındalıklarını geliştirme yaklaşımının, bahsedilen önyargıların azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda SKB için etkili tedavi yöntemlerinin tanıtılması ve etkililik süreçlerinin ele alınması klinisyenlere yol gösterecektir.

Son olarak gözden geçirilen çalışmalarda terapi bırakma oranlarının geniş bir aralıkta dağılım gösterdiği, yüksek bırakma oranı bildiren bir çalışma dışında (Landes ve ark., 2017), oranların %10–38 arasında değiştiği görülmektedir (Kröger ve ark., 2013; Wnuk ve ark., 2013). Bu oranlar terapide yüksek tamamlama oranı bildiren derleme çalışmalarıyla tutarlıdır (Barnicot ve ark., 2010; Dixon ve Linardon, 2019) ve umut vericidir. Alanyazında bildirilen yüksek bırakma oranları, SKB'nin kendisiyle ilgili olmaktan çok bireyselleştirilmemiş tedavi planlamalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle kanıta dayalı ve SKB'yi doğrudan hedefleyen tedavilerin tercih edilmesiyle birlikte terapiyi bırakmakla ilişkili faktörlere dair daha çok çalışma yapılmasının, etkili hizmet sunmak adına önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırmanın güçlü yanlarından biri SKB için etkili görünen terapi yöntemlerinden biri olan DDT temelinde terapi sonuçlarını yordayan faktörleri güncel çalışma bulgularıyla derlemesidir. Araştırıldığı kadarıyla terapiyi bırakmakla ilişkili faktörler yeterince araştırılmamış ve terapi sonuçlarıyla beraber ele alınmamıştır. Dolayısıyla

yazının bir diğer güçlü yönü, terapi sonuçları içinde terapiyi bırakmayla ilişkili faktörleri de temsil etmesidir. Çalışmanın Türkiye’de sınırlı SKB alanyazınına katkı yapacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Özetlenen sonuç ve bulgular yalnızca DDT ile sınırlıdır. Terapiyi bırakmayla ilgili sınırlı kaynağa ulaşılmış ve çoğunlukla sonuçlarla ilişkili görülmeyen faktörler çalışmalarda da bu yazı kapsamında da raporlanmamıştır. İncelenen araştırmalarda terapi süresinin ve örneklem büyüklüğünün farklılaşması, ayaktan veya yataklı hizmet alan bireylerle çalışılması, DDT’nin yanında farmakolojik tedavinin devam etme olasılığı ve çoğunlukta kadın örneklemle çalışılması nedeniyle nedensellik kurma veya sonuçları genellemeye temkinli yaklaşılması gerekmektedir.

Araştırmada, dikkatli değerlendirilmesi gereken bir başka konu “etkililik (effectiveness)” ve “etkinlik (efficacy)” tartışmasıdır. Etkililik, terapinin hedeflenen sorun veya problemlerin değişmesini sağlamasına işaret etmektedir (Thomas, 2006). Etkinlik ise rastgele atanmanın yapıldığı kontrollü çalışmalarda, terapi sonucunda görülen etki-den gerçekten terapinin sorumlu olmasını ifade etmektedir (Andrews, 1999). Dolayısıyla etkililik, hedef grubun tedaviden faydalanmasıyla, etkinlik terapinin yarar sağlamada üstünlüğünü açıklamaktadır ve iki yaklaşım arasında bazı metodolojik farklılıklar söz konusu olsa da terapinin güvenilirliği odak noktadır (Mintz, Drake ve Crist-Christoph, 1996). Yazı kapsamında gözden geçirilen çalışmalar içinde seçkisiz atama yapılan ve kontrol grubu kullanılan araştırmalar bulunsun da özetlenen sonuçların etkinlik kapsamında genellenemeyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle mevcut araştırma, etkililik temelinde değerlendirilmiştir.

Bu yazıdan hareketle, gelecekteki çalışmalar için bazı öneriler sunulabilir. Görüldüğü üzere SKB heterojen bir doğaya sahiptir ve terapötik faktörleri tanımlamak güçleşmektedir. Dolayısıyla değişimin ne olduğu ve nasıl gerçekleştiğini inceleyen daha çok çalışma yapılması önemli görünmektedir. Uzun süreli terapi ve daha geniş örneklemli araştırmalar yol gösterici olacaktır. Cinsiyetler arası yaygınlıkta farklılık bulamayan çalışmalardan (Grant ve ark., 2008) hareketle, her iki cinsiyetin de çalışmalarda yeterince temsil edilmesi beklenmektedir. Farklı terapi yaklaşımlarının, sonuçları yordayan faktörler açısından karşılaştırılması ve boylamsal çalışmalar geniş ölçüde bilgi sağlayacaktır. Aynı zamanda bireysel değişim faktörlerinin tanımlanması da bir araştırma sorusu olarak önerilebilir.

Sonuç olarak SKB tedavi edilemez veya zor bir bozukluk olmaktan çok, yeterince anlaşılammış olabilir. Bu nedenle etkili terapiler üzerinde durup, bireylerin nasıl değiştiğini tanımlamak ve bu tanımlar üzerinden iyileştirme yapmak, bozukluğa dair damgalamayı azaltma ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesinde etkili olacaktır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** No financial disclosure was received.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (1999). Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 316-322. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00581.x>
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, E., Holtzman, K., & Sinha, R. (2010). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- Barnicot, K., & Crawford, M. (2018). Posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: Treatment outcomes and mediators. *Journal of Traumatic Stress*, 31, 899-908. <https://doi.org/10.1002/jts.22340>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 327-338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>

- Barnicot, K., & Priebe, S. (2013). Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7, 181-190. <https://doi.org/10.1002/pmh.1227>
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52, 67-77. <https://doi.org/10.1037/a0038457>
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatric Services*, 63, 881-888. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100311>
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00174-8)
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks, C. F., & McMains, S. (2018). Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32, 115-128. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.suppl.115>
- Calati, R., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2018). Refining suicide prevention: A narrative review on advances in psychotherapeutic tools. *Current Psychiatry Reports*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0876-0>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*, 74, 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, 12, 309-320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Dixon, L. J., & Linardon, J. (2019). A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1620324>
- Farrés, C. C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martín-Blanco, A., & Soler, J. (2018). Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas espanolas de psiquiatria*, 46, 226-233. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552812/>
- Gallop, R., & Wynn, F. (1987). The difficult inpatient: Identification and response by staff. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 211-215. <https://doi.org/10.1177/070674378703200310>
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33, 862-869. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.003>
- Grant, B. F., Chou, P., Goldstein, R. B., Huang, B., Slinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder: The New England Journal of Medicine, 364, 2037-2042. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpl007358>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075. <https://doi.org/10.1037/a0014044>
- Harned, M. S., Gallop, R. J., & Valenstein-Mah, H. R. (2016). What changes when? The course of improvement during a stage-based treatment for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Psychotherapy Research*, 28, 761-775. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1252865>
- Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 421-429. <https://doi.org/10.1002/jts.20553>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.011>
- Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C., & Coyle, T. N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.002>
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMains, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 616-627. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.616>
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., ... Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25, 432-447. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.432>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kramer, U. (2016). The role of coping change in borderline personality disorder: A process-outcome analysis on dialectical-behaviour skills training. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 302-311. <https://doi.org/10.1002/cpp.2017>
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>

- Kröger, C., Röepke, S., & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.001>
- 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, 1211-1217. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.012>
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
- Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0043-3>
- Leichsenring, F., Lebing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61422-5)
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*, 72, 475-482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97-110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Little, H., Tickle, A., & das Nair, R. (2017). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 278-301. <https://doi.org/10.1111/papt.12156>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- McFetridge, M. A., Milner, R., Gavin, V., & Levita, L. (2015). Borderline personality disorder: Patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open*, 1, 18-20. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000117>
- McMain, S. F., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P., & Streiner, D. L. (2017). Outcome trajectories and prognostic factors for suicide and self-harm behaviors in patients with borderline personality disorder following one year of outpatient psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-16. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_309](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_309)
- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2016). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-148. <https://doi.org/10.1111/acps.12664>
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- McMain, S., Links, P. S., Guimond, T., Wnuk, S., Eynan, R., Bergmans, Y., & Warwar, S. (2013). An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23, 658-673. doi:10.1080/10503307.2013.838653
- Mendez-Bustos, P. I., Calati, R., Ramirez, F. R., Olie, E., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2019). Effectiveness of psychotherapy on suicidal risk: A systematic review of observational studies. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00277>
- Mintz, J., Drake, R. E., & Crist-Christoph, P. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51, 1084-1085. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.51.10.1084>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2013). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 518-525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 949-961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2013). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., & Huguelet, P. (2010). Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Disorders*, 24, 634-650. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.5.634>

- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology, 44*, 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., ... Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 497-503. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.006>
- Sargın, M., & Sargın, A. E. (2015). "Yaşamaya değer bir hayat" için: Diyalektik davranışçı terapinin gelişimi ve temel ilkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 8*(2), 64-70. <https://www.aktuelpsikoloji.com/d/file/diyalektik-davranis-terapisi.pdf>
- Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M., & Beblo, T. (2017). Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0067-3>
- Stratton, N., Alvarez, M. M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMMain, S. (2018). Predictors of dropout from a 20-week dialectical behavior therapy skills group for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 32*, 1-15. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_391](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391)
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*, 685-694. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.002>
- Thomas, M. L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy, 28*, 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9000-4>
- van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1231-1241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>
- Webb, D., & McMurrin, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 3*, 142-149. <https://doi.org/10.1002/pmh.69>
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>
- Wnuk, S., McMMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 27*, 716-726. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_106](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_106)
- Yen, S., Johnson, J., Costello, E., & Simpson, E. B. (2009). A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: Predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice, 15*, 173-182. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351877.45260.70>

## EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) is a mental health problem characterized by rapid mood changes, impulsivity, destructive behaviors, and impaired interpersonal relationships. Individuals who diagnosed with BPD have high rates of using emergency or psychiatric services of hospitals due to self-harming behavior or suicide attempts. BPD often comorbid with other disorders, especially mood disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), and substance use disorders. Therefore, its effect on the physical and psychological health of the individual makes the treatment of BPD important.

Psychotherapy has become the focus of treatment as current research reports low drop-out and relapse. One of the most effective therapies for BPD is Dialectical Behavior Therapy (DBT) and it seems that significant improvement can be achieved with DDT even in the short term. However, the factors that cause change in treatment have not been sufficiently focused. In addition, the factors that predict drop-out were not frequently addressed in studies. From this point of view, the purpose of this study is to define "change" on the basis of DDT and then review the "factors responsible for change".

DBT is a method that can be used not only for SBD, but also when working with individuals who are resistant to treatment or have more than one diagnosis. The basic assumption of DBT is based on the biopsychosocial model, which argues that a combination of biological predisposition and inadequate environment leads to inadequate emotion regulation skills in the person. When the person cannot use their self-regulation skills, maladaptive behaviors become stronger. The main purpose of DDT is to provide skills training and ensure that the acquired skills are also used in everyday life. Simultaneously, therapists' self-awareness is also considered. In line with the objectives, therapy has four elements: individual therapy, skills training, telephone counseling, and therapist consultation team.

The effectiveness of DBT for BPD has been demonstrated in various studies. Considering the change assessed by pre- and post-therapy measures, it was found that BPD symptoms, general psychopathology level, self-harming behaviors, destructive behavior frequency, the rate of using the emergency services of hospitals and negative emotions decreased. It is also seen that psychosocial functionality and social adaptation increase. In such effectiveness studies, mostly "what is the change" is defined. However, the factors that cause this change are not adequately addressed. Evaluating these factors will provide insight into "how" change occurs in therapy. When the literature is reviewed, it is seen that there are some pre-therapy factors and factors related to the therapy process that predict therapy results and drop-out.

### PRE-THERAPY FACTORS

Younger age, receiving disability salary and unemployment appear to be *sociodemographic features* that predict poorer therapy outcomes. These characteristics are also associated with drop-out. The limitation of social environment resources as well as individual vulnerability seem to prevent the person from participating effectively in treatment. Based on the studies reviewed, it is seen that people with more *symptom severity* are at risk of not being able to benefit from treatment. This finding suggests that longer-term treatment is needed and that setting specific goals can be effective. Additionally, contrary to what was expected, a history

of impulsivity, anger, or suicide attempt did not predict poor therapy outcomes in all situations. The last pre-therapy factor is *comorbidity*. Substance use disorders and eating disorders can be associated with both drop-out and poor therapy outcomes. While PTSD is not directly related to poor treatment results, continued dealing with trauma before therapy predicts poor results.

### FACTORS ASSOCIATED WITH THE THERAPY PROCESS

Working on *emotion regulation and coping skills* throughout the therapy process predicts better treatment responses. Gaining effective self-regulation skills in therapy contributes to increasing a person's self-confidence and improving their psychosocial functionality through the application of these skills in daily life. Another factor associated with the therapy process is the *therapeutic alliance*. The sincerity and acceptance relationship established with the individual prevents drop-out. The Alliance also contributes to change in therapy.

### DISCUSSION

Effectiveness is not a sufficient criterion for evaluating the success of treatment. The mediating mechanisms that ensure this efficiency should also be revealed. This was the starting point of this study. A review of the literature reveals that sociodemographic characteristics, symptom severity, comorbidity, self-regulation skills and therapeutic alliance are factors that can affect the response to therapy. The findings summarized support the heterogeneous nature of SBD. Individuals in this diagnostic group may have individual characteristics that will predispose to the disorder. However, they may also show instability in seeking and continuing treatment due to being in an inadequate environment, social isolation and stigma. As BPD is characterized by deterioration in interpersonal relationships, the therapeutic alliance may be protective against discontinuation. Therefore, it seems particularly important to individualize the assessment and treatment plan.

It appears that individuals with more chronic and severe symptoms may tend to continue their problems related to the disorder. These problems should be especially evaluated and the person taught more effective ways of coping. As a matter of fact, it is seen that the development of emotion regulation and coping skills predicts more effective results. Contrary to expectations, comorbidity does not appear to be directly related to poorer treatment responses. On the contrary, effective results can be obtained when comorbidity is directly targeted in treatment. This indicates that, in addition to BPD symptoms, the continuing problem of comorbidity prevents focusing on the therapy process and skill acquisition.

All these findings together provide a perspective against the belief that SBD is difficult to treat. The severity of symptoms may not be related to the individual's control or refusal to help. On the contrary, the person may not know an alternative way. Therefore, more studies should be done on BPD, factors responsible for change in treatment should be identified and new strategies should be developed to improve these factors. Another suggestion in this direction would be to examine individual change factors. The application of longer-term treatments and studies with larger samples will also be guiding.

**Keywords:** Borderline personality disorder, dialectical behavioral therapy, treatment outcome, patient dropouts