

# Sınırdaki Kişilik Bozukluğunda Modları Anlama ve İyileştirme Üzerine Bir Derleme

Ayşe GÖK

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi  
Eğitim Fakültesi, Niğde, Türkiye

## Öz

Şema modu yaklaşımı, diğer yaklaşımlara göre sınırdaki kişilik bozukluğu tedavisi üzerindeki etkililiği çeşitli araştırmalarla kanıtlanmış olan bütüncül bir yaklaşımdır. Şema terapinin gelişiminde en temel kavramlardan biri modlardır. Modlar, kişinin belirli bir zamanda baskın olan duygusal ve davranışsal durumunu yansıtmaktadır. Mod kavramının ortaya çıkmasında ise sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlarla gerçekleştirilen çalışmalar etkili olmuştur. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlar şema terapinin merkezinde yer alan şemaların çoğuna sahip olduklarından şema mod yaklaşımı ile çalışılması daha etkili sonuçlar vermektedir. Bu derleme çalışmasında sınırdaki kişilik bozukluğunun kökenleri, sınırdaki kişilik bozukluğunda şema modlarının oluşumu ve bu modların sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı alan danışanların tedavisinde ele alınma süreci, ilgili literatür çerçevesinde ele alınmıştır. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisinde şema mod yaklaşımının alışlagelmiş tedavi yaklaşımlarına oranla daha etkili sonuçlar sağladığı görülmüştür. Bu durum tedavisi güç ve zaman alıcı olan sınırdaki kişilik bozukluğu için önemli bir gelişme olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Sınırdaki kişilik bozukluğu, psikoterapi, ebeveyn-çocuk ilişkileri, gözden geçirme

## Abstract

### A Review on Understanding and Improving Modes in Borderline Personality Disorder

The schema mode approach is a holistic approach that has proven its effectiveness in the treatment of borderline personality disorder compared to other approaches by various studies. One of the most fundamental concepts in the development of schema therapy is modes. The modes reflect the dominant emotional and behavioral state of the person at a time. Studies conducted with clients with borderline personality disorder were effective in the concepts emergence of mood. Since clients with borderline personality disorder have most of the schema at the center of schema therapy, working with modal therapy gives more effective results. In this review study, the origins of borderline personality disorder, the formation of schema modes in borderline personality disorder, and addressing these modes in the treatment of clients diagnosed with borderline personality disorder are discussed within the framework of the relevant literature. When the studies in the literature are examined, some observe that schema therapy provides more effective results than conventional treatment approaches in the treatment of borderline personality disorder. This has been a significant development for borderline personality disorder, which is difficult to cure.

**Keywords:** Borderline personality disorder, psychotherapy, parent-child relationships, review

### Yazışma / Correspondence:

Ayşe GÖK, Niğde Ömer Halisdemir  
Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Niğde,  
Türkiye

E-posta: aysegok1993@hotmail.com

Geliş / Received: 29 Mayıs 2021

Kabul / Accepted: 30 Ekim 2021

Çevrimiçi yayın / Online published:  
01 Kasım 2021

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

## GİRİŞ

Şema terapi, kökleri çocukluk ve ergenliğe dayanan işlevsel olmayan şemaların değiştirilmesi ve bireyin içindeki sağlıklı yetişkinin güçlenmesini hedefleyen dinamik, bilişsel, davranışçı, kişilerarası ve yaşantısal teknikleri birleştiren bütüncül bir kuram ve terapidir.

**Cite this article as:** Gök, A. (2022). Sınırdaki Kişilik Bozukluğunda Modları Anlama ve İyileştirme Üzerine Bir Derleme. J Cogn Behav Psychother Res; 11(2),158-167.  
<https://doi.org/10.5455/JCBPR.84514>

Özellikle çocukluk döneminde edinilen şemaların birçok kişilik bozukluğunun temeli olabileceği varsayımından hareketle erken dönem uyumsuz şemalara dikkat çekilmiştir. Erken dönem uyumsuz şemalar, çocukluk deneyimleriyle ilişkili olumsuz anılar, duygular ve bilişleri içeren yapılarıdır ve bu şemalarla başa çıkma tarzı bireydeki kişilik bozukluklarına ilişkin ipuçları sağlamaktadır (Young vd., 2009).

Şema terapi (Young vd., 2003), kişilik bozuklukları ya da daha kronik anksiyete ya da depresif bozukluğa sahip danışanların özel ihtiyaçlarına uyarlanmak üzere standart bilişsel terapinin yeniden düzenlenmesi olarak görülebilir. Şema terapi modelinin temelinde erken dönem uyumsuz şemalar yer almaktadır. Bir erken dönem uyumsuz şema, kişinin kendisiyle ya da diğerleriyle ilişkili olan anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan, önemli oranda işlevsiz olan geniş bir tema ya da örüntü olarak tanımlanır (Young vd., 2003). Örneğin, bir kusurluluk/ utanç şeması utanç verici deneyimler ve duygular, kendini kusurlu ve sevilemez hissetme ile vücudu zayıf hissetmeye ilişkin inançlardan oluşur. Erken dönem uyumsuz şemalar, bilişsel önyargılara ve kendi kendini engelleyen yaşam örüntülerine yol açmaktadır. Young, şemaların her insanda var olduğunu fakat stres yaratan yaşam olaylarında daha katı ve şiddetli bir biçimde kendini gösterdiğini belirtmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar, çoğunlukla bireyin güvenli bağlanma, özerklik, ihtiyaçları ve duyguları ifade etme özgürlüğü, gerçekçi sınırlar gibi temel psikolojik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Thimm, 2010). Temel psikolojik ihtiyaçlar, doğuştan, evrensel, bireyin hayatta kalabilmesi ve gelişebilmesi için gerekli olan unsurlardır (Deci vd., 2006; Grawe, 2004). Temel psikolojik ihtiyaçların düzenlenmesi ruh sağlığının temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir (Vasco vd., 2018). Şema terapiye göre, bu ihtiyaçların derecesi her bireyde farklı olsa da, bireyler bu ihtiyaçların tümüne sahip olabilmektedir (Young vd., 2003). Ayrıca tekrarlayan istismar veya ihmale maruz kalma (Mertens vd., 2020), düşmanlık ve eleştiri deneyimlerinin yaşandığı bir ortamda büyüme gibi etkenler de erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Şema terapi modeline daha sonra şema modları eklenmiştir. Şema terapinin gelişim süreci incelendiğinde ortaya atılan belki de en temel kavramlardan biri modlardır. Modlar, bir kişinin belirli bir zamanda baskın olan duygusal ve davranışsal durumunu yansıtırken aynı zamanda

şemalarla başa çıkma davranışlarını da kapsamaktadır (Rafaeli vd., 2019). Modlar şema kümelerinden oluşur; örneğin, kusurluluk (kişinin kusurlu ya da hatalı olduğu inancı) ve duygusal yoksunluk (kişinin hiçbir zaman anlayamayacağı ya da diğerleri tarafından ihtiyaçlarının karşılanmayacağı inancı) şemalarının her ikisi de incinmiş çocuk modunun bir parçasıdır. Şema terapi ve şema modu terapisi, iki ayrı yaklaşım olarak değerlendirilmek yerine şema modu çalışması, şema terapinin ileri bir bileşeni olarak kabul edilir. Bu durum özellikle sınır kişilik bozukluğu ya da diğer karmaşık sorunlara sahip bireylerin tedavisinde oldukça yararlı olmaktadır (Young vd., 2003).

Mod kavramının çıkış noktası sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlarla gerçekleştirilen terapi süreçleri olmuştur. Bu süreçlerde sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanların genellikle erken dönem uyumsuz şemaların çoğuna sahip oldukları görülmüştür. Bu şemalara ek olarak duygu durumları arasında hızlı geçişlerin olması, sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışılırken mod kavramının kullanımını gerekli kılmıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu tedavisinde en yeni ve umut verici psikoterapilerden biri olan şema terapi (Oud vd., 2018), danışanların duygusal dengeye ulaşabilmelerinde onlara yardımcı olabilmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Fakat danışanların duygusal tepkilerini ve çocuklukta karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlarını ortaya çıkarmak amacıyla şemalarla çalışmak yerine şema mod yaklaşımı geliştirilmiştir (Young vd., 2008). Şema mod yaklaşımı, danışanların karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlarının tetiklenmiş olduğu ve onların işlevsiz davranışlar sergilemelerine neden olan modların gün yüzüne çıkarılmasında daha etkili olmuştur (Kellogg ve Young, 2006; Lobbestael vd., 2005). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlar bu süreçte bu modları tanımlamayı, kökenlerini anlamayı ve bu doğrultuda modları deneyimledikleri zorluklarla ilişkilendirmeyi öğrenirler. Bu da onların terapi sürecinden en yüksek düzeyde fayda elde edebilmelerine yardımcı olabilmektedir.

Şema mod yaklaşımının sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisindeki popülerliğinin artmasıyla birlikte alışılabilir tedavi seçenekleriyle de olan ilişkisi merak konusu olmaya başlamıştır. Giesen-Bloo ve diğerleri (2006), tarafından yapılan araştırmada, sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisinde şema terapi ile Clarkin, Yeomans ve Kernberg (1999) tarafından geliştirilen aktarım odaklı psikoterapinin etkililik düzeyi incelenmiştir. Araştırma sonucunda şema terapinin iyileşme ve belirtilerin değişimi açısından aktarım odaklı psikoterapiye üstünlük sağladığı

görülmüştür. Şema terapinin bu üstünlüğü sınırda kişilik bozukluğuna özgü dört işlevsiz şema modunu esas alarak ilerlemesinden kaynaklanıyor olabilir. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlar erken dönem uyumsuz şemaların çoğuna sahip olduklarından (Young vd., 2003) terk edilen çocuk, öfkeli çocuk, kopuk korungan ve cezalandıran ebeveyn modunun terapi sürecinde ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Kökleri şema terapi gibi bilişsel davranışçı yaklaşıma dayanan diyalektik davranışçı terapi (Fassbinder vd., 2016) de sınırda kişilik bozukluğu tedavisinde faydalanılan yaklaşımlardan biridir (Euler vd., 2021; Giordano vd., 2021; Heerebrand vd., 2021; Paris, 2018; Perepletchikova vd., 2017; Zeyrek-Rios, 2020). İki yaklaşımın temel farkı, diyalektik davranışçı terapinin doğrudan duygu düzenleme becerilerinin kazandırılabilmesine odaklanmasıdır (Fassbinder vd., 2016; Kliem vd., 2010; Stoffers-Winterling vd., 2012). Son yıllarda yapılan çalışmalar ise şema terapinin umutsuzluk ve dürtüsellik azaltmada diyalektik davranışçı terapiye göre daha etkili sonuçlar ortaya koyduğunu göstermiştir (Dadomo vd., 2018; Fassbinder vd., 2016; Fassbinder vd., 2018; Hamid vd., 2020; Montgomery-Graham, 2016; Sabri vd., 2021).

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KÖKENLERİ

Sınırdaki kişilik bozukluğu, klinik popülasyon içinde en yaygın görülen kişilik bozukluğu olarak dikkat çekmektedir (Gunderson, 2009). Sınırdaki kişilik bozukluğu, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık olan bir ruh sağlığı sorunudur. Toplumda görülme sıklığı %2 civarında olmakla birlikte kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (Kring vd., 2017). Bu bozukluğa sahip olan bireyler zaman zaman gerçeği değerlendirmede güçlük yaşadıkları, kendilerine zarar vermek istedikleri veya intihar girişimlerinde buldukları dönemlerden geçebilmektedirler. Ayrıca yalnız kalmaya ve terk edilmeye dair korku ve öfke gibi duygular yaşayabilmektedirler (Koroğlu ve Bayraktar, 2011). Para, cinsellik gibi konularda dürtüsel davranma, maddenin kötüye kullanımını veya tıkanıcısına yeme durumları bu bozukluğa eşlik edebilmektedir (Oltmanns vd., 2018). Sınırdaki kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesi için erken erişkinlikte farklı bağlamlarda kendini gösteren Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) tarafından belirlenen DSM-5 ölçütlerinden en az beşinin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kriterler gerçek ya da imgesel bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çaba gösterme; gözünde aşırı büyütme ve yerin

dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü, belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duygusu; kendine zararı dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik; yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları; duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık; uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme ve zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözümler belirtileridir.

Biyolojik faktörlerin duygu durum değişiklikleri üzerinde etkisinin olduğu (Herpetz vd., 2001; Shachnow vd., 1997; Soloff vd., 2000) bilinmektedir. Buradan hareketle de biyolojik faktörlerin, duygusal olarak değişkenliğin baskın olduğu sınırda kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu söylenebilir (Baron vd., 1985). Linehan (1993), sınırda kişilik bozukluğunun biyolojik bir yatkınlık nedeniyle ortaya çıkan duygusal hassasiyet, duygusal tepkilerin hızlı ve güçlü olması gibi duygu düzenleme sistemindeki bir bozukluktan kaynaklandığını öne sürmüştür. Ayrıca, aile ortamında duygu ve davranışları dikkate alınmayan kişilerin duygu kontrolünde güçlük yaşadıklarını ve dolayısıyla da bu kişilerde sınırda kişilik bozukluğunun ortaya çıktığını savunmuştur.

Erken dönemde bebek ve bakım veren arasında yeterli bir bağlanma gerçekleşmediğinde ve bebeğin İhtiyaçların sağlıklı biçimde karşılanmadığında güvensiz bağlanma gelişebilmektedir (Bowlby, 1988). Yaşanan bu deneyimlerin uzun süreli etkiye sahip olabildiği bilinmektedir (Bowlby, 1977). Birçok çalışmada sınırda kişilik bozukluğunun güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fonagy, 2000; Gunderson, 1984; Patrick vd., 1994; Zanarini, 2008). Ayrıca sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde çocukluk döneminde istismara uğrama, ebeveynlerden ayrılma veya terk edilme durumlarına diğer kişilik bozukluğu tanısı alan kişilere göre daha sık rastlanıldığı görülmüştür (Lobbestael vd., 2005; Reich ve Zanarini, 2001). Kring ve diğerlerine (2011) göre, ebeveynler çocuğun taleplerini görmezden geldiğinde ya da onları cezalandırdığında, çocuklar ebeveynlerinin dikkatini üzerlerine toplamak için çabalamaktadırlar. Çocukların bu çabaları çoğunlukla duygu patlamaları ile sonuçlanmaktadır. Bu duygu patlamalarına neden olan ise, ebeveynlerin cezalandırarak geçersiz kıldıkları çocuğun, duygularının önemsenmediğini ve ona saygı duyulmadığını hissetmesi olabilir. Sınırdaki kişilik bozukluğunun kökeni ile ilgili diğer bir görüş ise Mahler'in (1971) ayrılma-bireyleşme yaklaşımına

dayandırılabilir. Bu yaklaşıma göre ayrılma-bireyleşme evresinde çocuktan, annesinin ve kendisinin iyi ve kötü yönlerini bir bütün haline getirebilmesi beklenmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğu olanlar ise bu evrede annelerine ve kendilerine ilişkin tutarlı ve devamlılığı olan imgeler geliştirememektedir. Onlara göre kendilik ve anne imgesi ya tamamen iyi ya da tamamen kötüdür. İyi ve kötü taraf sürekli yer değiştirmektedir (Gençtan, 1995). Bu da çocuğun, yetişkinlik döneminde olumsuz imgelerini dışa yansıtmasına sebep olabilmektedir. Yine sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerin çevresindekilerin kendilerine zarar verecek insanlar olduğuna inanmaları da bu bağlamda değerlendirilebilir.

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ŞEMA MODLARI

Sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireyler, sağlıklı kişilere oranla daha güçlü ve fazla sayıda moda sahiptir. Modlar arası hızlı geçişler meydana gelmekte ve yeni moda geçildiğinde bir önceki mod yok olmuş gibi görünmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğuna sahip bireylerde sıklıkla görülen beş temel mod terk edilen çocuk, öfkeli ve dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn, kopuk korungan ve sağlıklı yetişkin modlarıdır (Yakın vd., 2020).

*Terk edilen çocuk modunun* doğuştan ve evrensel olduğu düşünülmektedir. Sınırdaki kişiliklerin çekirdek şemasını içinde barındırması sebebiyle terk edilen çocuk modunun başlı başına incelenmesi önem arz etmektedir. Young ve diğerlerine (2009) göre, bu modda, birileri tarafından terk edilmiş olma hissi veya yakın zamanda mutlaka terk edileceklerine dair bir kaygı ağır basmaktadır. Terk edilen çocuk modundaki sınırdaki kişilikler, sıklıkla çocukluk döneminde kendilerince önemli kişiler tarafından terk edilip yalnızlığa itildiklerinden bahsetmektedirler. Bu sebeple de kederli, çılgın, sevilmemiş hissetmektedirler ve masum ve bağımlı bir çocuk gibi kendileriyle ilgilenen ebeveyn figürünü bulmaya çalışmaktadırlar (Jacob vd., 2019; Johnston vd., 2009). Bu mod, kişinin acelecilik ve dürtüsellik davranışını pekiştirerek “geçmiş” ve “gelecek” yerine sonu olmayan bir “şimdi” içinde yaşamalarına neden olur (Arntz ve Van Genderen, 2011). Ayrıca, terk edilen çocuk modundaki bireyler çoğunlukla güvenilir olmayan kişilerle iletişim halinde olurlar ve böylece terk edilmeye dair kaygıları doğrulanmış olmaktadır (Arntz ve Jacob, 2016). Terk edilen çocuk modu çoğunlukla anne ya da babanın ölmüş olduğu ya da çocuğun anne ya da babası tarafından terk edildiği deneyimler tarafından tetiklenmektedir. Ayrıca çocukluk

döneminde bakım veren kişinin sık değişmiş olması ya da çocuğun kaldığı yerin sürekli değişmiş olması da bu modun gelişmesini etkileyebilmektedir.

*Öfkeli çocuk modu*, sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireylerde çok sık rastlanılan bir moddur (Bach ve Farrell, 2018). Çocukluk döneminde şımartılma ya da sınırların net olmaması nedeniyle gelişen haklılık veya yetersiz denetim şemasıyla öfkeli çocuk modunun şiddeti artabilmektedir. Bu moda geçen sınırdaki kişilikler, öfkelerini kontrolsüz bir şekilde yaşamakta ve kendilerini engellenmiş veya tahammülsüz hissetmektedirler. Kişinin duygusal ihtiyaçları karşılanmadığında, ciddiye alınmadığında veya sınırlandırıldığında hissettiğinde yoğun bir kızgınlık duygusu oluşmaktadır. Yaşadıkları öfke patlaması sonucunda ise kendilerine zarar vereceklerini ifade etmekte ve çığlık atma, küfretme, eşyaları kırma vb. davranışlar sergileyebilmektedirler. Eğer kişi, haksızlık ve adaletsizlik durumu algırsa bu davranışların şiddeti de artabilmektedir (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob vd., 2019; Johnston vd., 2009; Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009). Tüm bunlar dikkate alındığında sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerde öfkeli çocuk modunun onlar için bir kalkan niteliği taşıdığı söylenebilir. Çünkü sınırdaki kişilikler karşılanmayan duygusal veya fiziksel ihtiyaçlarıyla yüz yüze gelmemek için bu modu kullanarak kendilerini korumaya çalışıyor olabilirler.

*Cezalandırıcı ebeveyn modunun*, kişinin kendini değersizleştiren adeta bir iç ses olduğu düşünülebilir. “Sen bizim için hep bir utanç kaynağıydın.”, “Keşke seni doğurmuş olsaydım.” ve “İnsanlar seni gerçekten tanıdıklarında mutlaka senden uzaklaşmak isteyecektir.” bu iç sesin tipik mesajlarına örnek olarak gösterilebilir (Arntz ve Van Genderen, 2011; Arntz ve Jacob, 2016). Kimi ebeveynler temel gereksinimlerini ifade eden çocuklarına karşı cezalandırıcı bir tutum sergilemektedirler. Bu durum, çocuğun isteklerinin gerçekleştirilmesini istediği için cezalandırılmayı gerçekten de hak ettiğini düşünmesine neden olabilmektedir. Jacob ve diğerlerine (2019) göre, bireyin aile içinde cinsel, fiziksel veya duygusal istismara maruz kalmaları cezalandırıcı ebeveyn modunun ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu modun sesi sert ve acımasızdır. Bu yüzden cezalandırıcı ebeveyn modu, sınırdaki kişiliklerin kendilerinden nefret etmelerine neden olabilmektedir. Sınırdaki kişiliklerin kendilerini acımasız bir şekilde eleştirip kendilerine zarar vermeye yönelik davranışlar sergilemeleri de bu modun etkisi ile açıklanabilir.

*Kopuk korungan modu*, kişinin tüm duygularını ketleyerek şemalarının acısından uzak kalmak istemeleri sonucunda

ortaya çıkmaktadır. Bu moda geçen kişiler âdeta bir robot gibi mekanik davranmaya başlamaktadırlar. Böylece kendisini diğer insanlardan soyutlayarak bağlantı kurmaktan kaçınmaktadırlar. Bu moda giren sınırdaki kişiliklerde anlamsızlık ve boşluk hissi baskın olmaktadır. Ayrıca bu kişilerde madde kullanımı, kendini yaralama ve aşırı yeme gibi davranışlara sıklıkla rastlanmaktadır (Arntz ve Van Genderen, 2011; Arntz ve Jacob, 2016). Sınırdaki kişiliklerin anlamsızlık ve boşluk hissinden bu tür işlevsel olmayan davranışlara sığınarak uzaklaşmaya çalıştıkları söylenebilir. Aslında sınırdaki kişilikler, kopuk korungan modu ile terk edilen çocuk, öfkeli çocuk ve cezalandıran ebeveyn modunun beraberinde getirdiği olumsuz duygulardan kurtulmayı amaçlamaktadırlar.

*Sağlıklı erişkin modu*, “sağlıklı ben fonksiyonu” olarak düşünülebilir. Bu modda duygu, davranış ve düşünceler uygun ve gerçekçi bir biçimde yaşanmaktadır. Sağlıklı erişkin modundaki kişiler kendi istekleri ve başkalarının istekleri arasında denge kurabilmektedirler. Güçlü bir sağlıklı erişkin modu için, çocukluk ve gençlikte temel gereksinimlerin karşılanmış olması büyük önem taşımaktadır. Bireyin cezalandırılmadan ve eleştirilmeden duyguların ifade edilebilmiş olması sağlıklı erişkin modunun temellerini oluşturmaktadır (Arntz ve Van Genderen, 2011; Jacob vd., 2019). Tüm bunların yanında bireyin özgürlüğün yanında sınırların da belirlenmiş olması ve gereksinimlerin doyurulmasına ilişkin bir hakkının olduğunun farkına varabilmesi de sağlıklı erişkin modunun oluşumunu desteklemektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlarla terapide sağlıklı erişkin modunun sürecin kalbi olduğu düşünülebilir (Lobbestael vd., 2005; Yakıno., 2020). Çünkü sınırdaki kişiliklerde sağlıklı erişkin modu gelişmemiştir (Keulen-de Vos vd., 2017; Phillips vd., 2020). Onların yaşamında sağlıklı erişkin modu yerine terk edilen çocuk, öfkeli çocuk, kopuk korungan ve cezalandıran ebeveyn modu öne çıkmaktadır. Durum böyle olunca da sınırdaki kişiliklerin terapi sürecinde çocuklukta deneyimlemedikleri sağlık erişkin modunu özümseyebilmeleri onlar için önemli bir fırsat olmaktadır.

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA İŞLEVSİZ MODLARIN DEĞİŞİM VE İYİLEŞME SÜRECİ

Sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisi üzerine yapılan araştırmalar sonucunda şema terapinin oldukça etkili sonuçlar verdiği görülmüştür (Dickhaut ve Arntz, 2014; Farrell vd., 2009; Fassbinder vd., 2016). Ancak sınırdaki kişilik

bozukluğu olan danışanlarla çalışmak oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Oturumlarda sıklıkla terapistin şema modları da aktif hale gelebilir veya terapist cezalandırıcı ebeveyn rolüne geçerek danışana öfkelerini yansıtır eleştirebilir. Bu yüzden sınırdaki kişiliklerle çalışırken onlara karşı olumsuz duygular geliştirme konusunda dikkatli olunması gerekmektedir (Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışılırken terapist danışanın işlevsiz modlarını harekete geçirebilmektedir. Bu yüzden danışanın işlevsiz modlarının iyileştirilmesi adına sağlıklı erişkin modunun ortaya çıkarılıp güçlendirilmesi gerekmektedir. Diğer yandan sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı olan danışanlar, terapistlere ve terapistlere ilişkin olumsuz deneyimlere sahip olduklarından işlevsiz modların iyileştirilmesi konusunda direnç gösterebilmektedirler (Kellogg ve Young, 2006; Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009).

Kellogg ve Young’a (2006) göre, sınırdaki kişilik bozukluklarıyla çalışan terapistler, terapinin ilk aşamasında danışanın kopuk korungan modunu devre dışı bırakarak onunla bağ kurmaya çalışmaktadırlar. Terapist daha sonra güvenli duygusal bağlanma yoluyla kişinin terk edilen çocuk moduna yeniden ebeveynlik yapmaya başlamaktadır. Danışanın ihtiyaçlarını ve duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendiren terapist, onu terk edilen çocuk modunda tutmaktadır. Buradaki amacın, danışanı duygularını ifade etmek için öfkeli çocuk moduna geçmeye mecbur bırakmamak olduğu söylenebilir. Danışan bu sayede, duygularını engellemek için cezalandırıcı ebeveyn moduna da geçmez. Young ve diğerlerine (2009) göre, terapinin bir diğer hedefi ise, danışanın ruh hallerini yönetebilmesi ve terk edilmeye ilişkin kaygılarını azaltabilmesine yardımcı olabilmektir. Ayrıca terapist, sınırdaki kişilik bozukluğunda sıkça karşılaşılan kendine zarar verme davranışlarını önleyebilmek için yeniden ebeveynlik yaparak danışana sınırlar koymaktadır. Nordahl ve Nysaeter (2005), sınırdaki kişilik bozukluğu olan altı kadın danışana şema mod yaklaşımı uygulamaya başladıklarında belirtilerde önemli düzeyde azalma olduğunu ve hiçbir katılımcının bu süre zarfında intihar girişiminde bulunmadığını gözlemlemiştir.

Terapi süreci ilerlediğinde danışan bir yandan yeni bir denge oluştururken, terapist de danışanın erken çocukluktaki travmatik olmayan deneyimleri ile ilgili hayal kurması için onu cesaretlendirmektedir (Arntz ve Jacob, 2016; Kellogg ve Young, 2006). Terapist, bu sayede danışanı hayalindeki her bir modu birbirleri ile konuşturması için teşvik etmiş olmaktadır. Aslında terapistin buradaki asıl

işlevi sağlıklı erişkin modu figürü olarak danışanın diğer modlarının duygu ve gereksinimlerinin açığa çıkabilmesi için yardımcı olmaktadır.

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA SAĞLIKLI ERİŞKİN MODUNUN GÜÇLENDİRİLMESİ

Sınırdaki kişiliklerle terapi sürecinin ikinci aşamasında terapistler, danışanı sağlıklı erişkin moduna geçerek şema mod değişimi yapmaya hazırlamaktadırlar (Phillips vd., 2020). Kellogg ve Young'a (2006) göre, sağlıklı erişkin modu, terk edilen çocuğu korur, bakım verir ve anlamaya çalışır. Böylece terk edilen çocuğun, diğer deyişle danışanın, başkalarını sevebilmesi ve diğerlerinin de onu sevebilmesine izin vermeyi öğrenmesine yardımcı olunmaktadır. Cezalandırıcı ebeveynin eleştirilerine ve engellemelerine karşın danışanın yenik düşmemesini sağlamak da bir diğer amaçtır. Bunun için devreye yine sağlıklı erişkin modu girmektedir. Sağlıklı erişkin modu, öfkeli çocuk moduna sınır konularak kişinin duygu ve gereksinimleri normal bir şekilde ifade edebilmesine olanak sağlanmaktadır. Bir diğer önemli değişim ise kopuk korungan modun sağlıklı yetişkin moduyla değiştirilmesidir (Bach ve Farrell, 2018; Rafaeli vd., 2019). Buradaki amaç ise danışanın kopuk korungan modda olduğu gibi incinmiş çocuk modunu reddetmesi yerine danışanın tüm duygularını yaşamasına ve kabul etmesine yardımcı olmaktadır. Bu da sınırdaki kişiliklerin terapi sürecinin önemli bir adımını oluşturmaktadır. Terapist aynı zamanda danışanların terapi sürecinde deneyimledikleri değişimleri bu ilişkilere genelleşebilmesi için yardım etmektedir. Zamanla kopuk korungan, terk edilen ve öfkeli çocuk ve cezalandırıcı ebeveyn modlarıyla daha az ilgilenmeye başlayan danışan kendini keşfetmeye başlamaktadır (Kellogg ve Young, 2006; Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009). Mod yaklaşımının sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu bilinse de danışanların terapi sürecini nasıl deneyimlediklerine ilişkin çok az şey bilinmektedir. Tan ve diğerleri (2018) de, bu sebeple sınırdaki kişilik bozukluğu olan ve en az on iki ay şema terapi almış otuz altı danışanın (%78'i kadın) deneyimlerini incelemiştir. On beş hasta (%42), şema modlarının nereden kaynaklandığını anladıktan sonra kendilerine olan öfkelerinin kısmen azaldığını belirtmiştir. Ayrıca çocukluklarından beri içselleştirmiş oldukları cezalandırıcı ebeveyn modunun sert ve acımasız sesine karşı da kontrol duygusu kazandıklarını aktarmışlardır. Yirmi bir hasta (%58) ise çalışma kapsamında şemalar ile ilgili psikoöğitimin

başlangıçta kafa karıştırıcı olduğunu fakat daha sonra öğrendikleri kavramların olayları sınıflandırmada ve anlamlandırmada yararlı bulduklarını belirtmiştir. Ayrıca terapist bunların yanı sıra yaşamdaki hedefleri belirleyebilme ve kendini gerçekleştirme gibi konularda da danışana destek olmaya çalışmaktadır. Terapi sürecinin sonuna gelindiğinde de terapist danışanı sonlandırmaya hazırlayarak süreci tamamlamaktadır. Genel olarak özetlemek gerekirse, sınırdaki kişilik bozukluğunda terapi sürecinin danışanın işlevsiz modlarının (kopuk korungan, terk edilen çocuk, öfkeli çocuk ve cezalandırıcı ebeveyn modu) iyileştirilmesine ve daha sonra da bunların yerine sağlıklı erişkin modunun güçlendirilmesine dayalı olduğu söylenebilir.

## SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE ŞEMA MODU YAKLAŞIMINI DESTEKLEYEN ARAŞTIRMALAR

İlgili literatür incelendiğinde şema mod yaklaşımının sınırdaki kişilik bozukluğu tedavisi üzerindeki etkililiğine ilişkin birçok araştırmaya rastlanılmaktadır. Antidepresan kullanımının modları baskılayıp danışanın tedaviye olan devamlılığını azaltabilme olasılığına karşı, şema mod yaklaşımının sınırdaki kişilik bozukluğu tedavisinde farmakolojik tedaviye destek olduğuna yönelik görüşler bulunmaktadır. Antidepresan kullanan sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının kullanmayanlara göre terapiden daha az yarar sağladıkları düşünülmektedir (Simpson vd., 2004). Nordahl ve Nysaeter (2005), sınırdaki kişilik bozukluğu olan altı kadın danışana şema mod yaklaşımı uygulamaya başladıklarında belirtilerde önemli düzeyde azalma olduğunu ve hiçbir katılımcının bu süre zarfında intihar girişiminde bulunmadığını gözlemlemiştir. Şema mod yaklaşımının, diyalektik davranış terapisi ve aktarım odaklı terapi gibi sınırdaki kişilik bozukluğuna özgü tedavilere kıyasla semptom şiddetini, intiharla ilişkili sonuçları ve depresyonu azaltma konusunda daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Giesen-Bloo vd., 2006; Mohamadizadeh vd., 2017). Giesen-Bloo ve diğerleri (2006) tarafından yapılan araştırmada, sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisinde şema mod yaklaşımı ile Clarkin ve diğerleri (1999) tarafından geliştirilen aktarım odaklı psikoterapinin etkililik düzeyi incelenmiştir. Araştırma sonucunda şema mod yaklaşımının iyileşme ve semptom değişimi açısından aktarım odaklı psikoterapiye üstünlük sağladığı görülmüştür. Farrel ve diğerleri (2009), Nadort ve diğerleri (2009), Nysaeter ve Nordahl, (2008) ve Montgomery-Graham, (2016) da

ciddi belirtiler gösteren sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde alışılagelmiş tedavi ve şema mod yaklaşımını karşılaştırdıklarında benzer sonuçlara ulaşımlardır (de Klerk vd., 2017).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireyler, sürekli değişen ruh halleri, kimlikler, dürtüsel davranışlar, kişilerarası sorunlar ve öfke nöbetleri (Arntz ve Van Genderen, 2011) gibi yaşamlarının birçok yönünü olumsuz etkileyen problemlerle mücadele etmektedirler. Bu derleme çalışması sonucunda, sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisinde şema mod yaklaşımının etkili sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir (Farrel vd., 2009; Giesen-Bloo vd., 2006; Nadort vd., 2009). Şema terapi, şema mod yaklaşımıyla sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı alan danışanların işlevsiz şemalarının iyileştirilmesi ve sağlıklı modlarının güçlendirilebilmesi açısından çok çeşitli ve etkili yöntem ve teknikler sunmaktadır. Bu durum, iyileşmesi oldukça zor olarak kabul edilen sınırdaki kişilik bozukluğu olan danışanlar ve yakınları açısından umut veren bir gelişmedir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda şema terapinin son dönemlerde etkililiği bilinen sanat terapisi (Haeyen, 2019), kabul ve kararlılık terapisi (Van Vreeswijk vd., 2014) gibi başka yaklaşımlarla da karşılaştırılmasının alanyazının zenginleştirilmesine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca şema mod yaklaşımının etkililiği açısından boylamsal çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

**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

- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *DSM-5 ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı*. (5. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2016). *Uygulamada şema terapi* (1. Basım). (V. Gülüm, B. Akın, E. Ataman, G. Şen, E. Tuncer, E. Keser, G. Soygüt, Çev., G. Soygüt, Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.

- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: the mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L., & Lord, S. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 142(8), 927–934. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.927>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books. [https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR\\_M4-A13\\_Bowlby\\_\(EN-only\)\\_20170920\\_HU\\_final.pdf](https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13_Bowlby_(EN-only)_20170920_HU_final.pdf)
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02016-000>
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 43–49. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000380>
- de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 31–45. <https://doi.org/10.1017/s1352465816000357>
- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Scheiner, M. J., & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: Mutuality in close friendships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 313–327. <https://doi.org/10.1177/0146167205282148>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242–251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Euler, S., Stalujanis, E., Lindenmeyer, H. J., Nicastro, R., Kramer, U., Perroud, N., & Weibel, S. (2021). Impact of childhood maltreatment in borderline personality disorder on treatment response to intensive dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Disorders*, 35(3), 428–446. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_461](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_461)
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., ... Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: a pilot study with three year follow-up. *Frontiers in Psychology*, 7(1851), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01851>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412–459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>

- Gençtan, E. (1995). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar* (12. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Giordano, C., Iannuzzi, V., Danesi, F., & Poletti, M. (2021). Feasibility and effectiveness of Dialectical-Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder in Italian mental health services: a preliminary study. *Rivista di Psichiatria*, 56(1), 43–45. <https://doi.org/10.1708/3546.35219>
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Oxford.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K. ... Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50(4), 292–298. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01075-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01075-7)
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2019). *Mod terapisi: diğer yollardan gitmek* (11. Basım). (N. Azizlerli, & M. Soykut, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.002>
- Haeyen, S. (2019). Strengthening the healthy adult self in art therapy: Using schema therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 10, 644–644. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00644>
- Hamid, N., Molajegh, R. R., Bashldeh, K., & Shehniyailagh, M. (2020). The comparison of effectiveness of dialectical behavioral therapy (DBT) and schema therapy (ST) in reducing the severity of clinical symptoms (disruptive communication, emotional deregulation and behavioral deregulation) of borderline personality disorder in Iran. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 14(2), 1354–1362. <https://pjmhsonline.com/2020/apr-june/1354.pdf>
- Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M., & Edwards, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1573–1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445–458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 22(2), 420–441. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12109>
- 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(6), 936–951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kring, A. M., Johnson, S., Davison, G.C., & Neale, J.M. (2017). *Anormal psikolojisi. Psikopatoloji*. (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Köroğlu, E., & Bayraktar, S. (2011). *Kişilik bozuklukları*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Lobbstaël, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26(1), 403–424. <https://doi.org/10.1080/00797308.1971.11822279>
- Mertens, Y., Yılmaz, M., & Lobbstaël, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104445>
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53–60. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9309-0>
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P. ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961–973. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.013>
- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9–12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093>
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2008). Principles and clinical application of schema therapy for patients with borderline personality disorder. *Nordic Psychology*, 60(3), 249–263. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.60.3.249>
- Oltmanns, T. F., Martin, M. T., Neale, J. M., & Davison, G. C. (2018). *Anormal psikolojide vaka çalışmaları* (10. Basım). (G. Sarısoy, D. G. Yıldırım, K. Selvi, M. Yalçın, M. Şahin, S. Temizel, Çev.) (M. Şahin, Ed.). Nobel Yayıncılık.
- 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(10), 949–961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>



- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, P., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6(2), 375–388. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004648>
- Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment* (pp. 419–425). The Guilford Press.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... Walkup, J. (2017). Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2020). Schema in older adults: does the schema mode model apply?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 341–349. <https://doi.org/10.1017/s1352465819000602>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2019). *Şema terapi ayrıntı özellikler* (9. Basım). (M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Reich, D. B., & Zanarini, M. C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(6), 294–301. <https://doi.org/10.1080/10673220127909>
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355–367. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000027>
- Sabri, V., Yaghubi, H., Hasani, J., & Mahmodalilo, M. (2021). The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on impulsivity, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 1–16. <https://doi.org/10.22070/CPAP.2021.13899.1048>
- Shachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C. S., Thurston, F., Hull, J., & Shearin, E. (1997). Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry*, 60(2), 171–181. <https://doi.org/10.1080/00332747.1997.11024796>
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601–608. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.601>
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbek, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E. ... Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 13(11), e0206039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
- Vasco A. B., Conceição N., Silva A. C., Ferreira J. F., Vaz-Velho C. (2018). O (meta) modelo de complementaridade paradigmática (MCP). In *Psicoterapias*. (Leal I. Ed.), Lisbon: Pactor.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Young, J. E., Kolosko, J. S., & Weishaar, M. E., (2009) *Şema terapi*. (T.V. Soylu, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Zanarini, M. C. (2008). Reasons for change in borderline personality disorder (and other axis II disorders). *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 505–515. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.006>
- Zeyrek Rios, E. Y. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148–157. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.49540>

## EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

**INTRODUCTION**

Schema therapy is a holistic theory and therapy that combines dynamic, cognitive, behavioral, interpersonal and experiential techniques that aim to change dysfunctional schemas rooted in childhood and adolescence and to strengthen the healthy adult within the individual. Early maladaptive schemas have been drawn attention to, based on the assumption that schemas acquired during childhood may be the basis of many personality disorders. Early maladaptive schemas are structures that contain negative memories, emotions and cognitions associated with childhood experiences, and the way of coping with these schemas provides clues about personality disorders in the individual (Young et al., 2009).

**BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND ITS ORIGINS**

Borderline personality disorder draws attention as the most common personality disorder in the clinical population (Gunderson, 2009). Borderline personality disorder is a difficult and complex mental health problem to define. Although its incidence is around 2% in the society, it is more common in women (Kring et al., 2017). Individuals with this disorder may go through periods when they have difficulty in assessing the truth, want to harm themselves, or attempt suicide. In addition, they may experience feelings such as fear and anger about being alone and being abandoned (Köroğlu & Bayraktar, 2011).

**SCHEMA MODES IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

*The abandoned child mode* is considered to be innate and universal. It is important to examine the abandoned child mode on its own because it contains the core schema of borderline personalities. According to Young et al. (2009), in this mode, the feeling of being abandoned by someone or the anxiety that they will be abandoned soon predominates.

*Angry child mode* is a very common mode in individuals with borderline personality disorder (Bach & Farrell, 2018). The severity of the angry child mode may increase with the schema of justification or insufficient control that develops due to indulgence or unclear boundaries during childhood.

*The punishing parent mode* can be thought of as an inner voice that devalues one's self. "You were always an embarrassment to us.", "I wish I hadn't given birth to you." and "When people really get to know you, they will definitely want to get away from you." can be cited as an example of the typical messages of this inner voice (Arntz & Van Genderen, 2011; Arntz & Jacob, 2016).

*The detached sheltered mode* emerges as a result of the person's desire to stay away from the pain of their schemas by inhibiting all their emotions. People who switch to this mode begin to behave mechanically, almost like a robot. Thus, they avoid connecting by isolating themselves from other people.

*The healthy adult mode* can be thought of as "healthy ego function". In this mode, emotions, behaviors and thoughts are experienced appropriately and realistically. People in the healthy adult mode are able to balance their own desires with the wishes of others.

**THE CHANGE AND RECOVERY PROCESS OF DYSFUNCTIONAL MODES IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

As a result of studies on the treatment of borderline personality disorder, it was seen that schema therapy gave very effective results (Dickhaut & Arntz, 2014; Farrell et al., 2009; Fassbinder et al., 2016). However,

working with clients with borderline personality disorder can be quite challenging. Often in sessions, the therapist's schema modes may also become active, or the therapist may take the role of the punishing parent, reflecting his anger on the client and criticizing it. Therefore, it is necessary to be careful about developing negative feelings towards borderline personalities (Rafaeli et al., 2019; Young et al., 2009). When working with clients with borderline personality disorder, the therapist can activate the client's dysfunctional modes. Therefore, it is necessary to reveal and strengthen the healthy adult mode in order to improve the dysfunctional modes of the client. On the other hand, clients with borderline personality disorder may resist the improvement of dysfunctional modes because they have negative experiences with therapies and therapists (Kellogg & Young, 2006; Rafaeli et al., 2019; Young et al., 2009).

**REINFORCING THE HEALTHY ADULT MODE IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

According to Kellogg and Young (2006), the healthy adult mode protects, cares for, and tries to understand the abandoned child. Thus, the abandoned child, in other words the client, is helped to learn to love others and to allow others to love them too. Another goal is to ensure that the client does not succumb to the criticisms and inhibitions of the punishing parent. For this, the healthy adult mode comes into play again. healthy adult mode, By placing a limit on the angry child mode, it is possible for the person to express their feelings and needs in a normal way. Another important change is the replacement of the detached sheltered mode with the healthy adult mode (Bach & Farrell, 2018; Rafaeli et al., 2019). The aim here is to help the client live and accept all of their emotions, rather than rejecting the hurt child mode as in the detached-protective mode. This constitutes an important step in the therapy process of borderline personalities.

**CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS**

As a result of this review, it is seen that the schema mode approach provides effective results in the treatment of borderline personality disorder (Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). With the schema mode approach, schema therapy offers a wide variety of effective methods and techniques in terms of improving the dysfunctional schemas and strengthening the healthy modes of clients diagnosed with borderline personality disorder. This situation, It is a promising development for clients with borderline personality disorder, who are considered to be very difficult to recover, and their relatives. In future studies, it is thought that comparing schema therapy with other approaches such as art therapy (Haeyen, 2019), acceptance and commitment therapy (Van Vreeswijk et al., 2014), whose effectiveness has been known recently, can contribute to enriching the literature. In addition, longitudinal studies are also needed in terms of the effectiveness of the schema mode approach.

**Keywords:** Borderline personality disorder, psychotherapy, parent-child relationships, review