**Sınırda Kişilik Bozukluğunda Modları Anlama ve İyileştirme Üzerine Bir Derleme**

**Özet**

Şema modu yaklaşımı, diğer yaklaşımlara göre sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlarla gerçekleştirilen çalışmalar etkili olmuştur. Sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğunun kökenleri, sınırda kişilik bozukluğunda şema modlarının oluşumu ve bu modların sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan danışanların tedavisinde ele alınma süreci, ilgili literatür çerçevesinde ele alınmıştır. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde şema mod yaklaşımının alışılagelmiş tedavi yaklaşımlarına oranla daha etkili sonuçlar sağladığı görülmüştür. Bu durum tedavisi güç ve zaman alıcı olan sınırda kişilik bozukluğu için önemli bir gelişme olmuştur.

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

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

**Abstract**

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

**Giriş**

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. 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 yapılardır 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 kendiyle 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 anlaşılamayacağı 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 sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlarla gerçekleştirilen terapi süreçleri olmuştur. Bu süreçlerde sınırda kişilik bozukluğu olan danışanların genellikle erken dönem uyumsuz şemaların çoğuna sahip oldukları görülmüştür. Bu şemalara ek olarak duygu durumları arasında hızlı geçişlerin olması, sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışılırken mod kavramının kullanımını gerekli kılmıştır. Sınırda 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 tetiklemiş olduğu ve onların işlevsiz davranışlar sergilemelerine neden olan modların gün yüzüne çıkarılmasında daha etkili olmuştur (Kellogg ve Young, 2006; Lobbestael vd., 2005). Sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğunun tedavisindeki popülerliğinin artmasıyla birlikte alışılagelmiş tedavi seçenekleriyle de olan ilişkisi merak konusu olmaya başlamıştır. Giesen-Bloo ve diğerleri (2006), tarafından yapılan araştırmada, sınırda 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. Sınırda 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 dürtüselliği 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).

**Sınırda Kişilik Bozukluğu ve Kökenleri**

Sınırda kişilik bozukluğu, klinik popülasyon içinde en yaygın görülen kişilik bozukluğu olarak dikkat çekmektedir (Gunderson, 2009). Sınırda 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 bulundukları dönemlerden geçebilmektedirler. Ayrıca yalnız kalmaya ve terk edilmeye dair korku ve öfke gibi duygular yaşayabilmektedirler (Köroğlu, 2011). Para, cinsellik gibi konularda dürtüsel davranma, maddenin kötüye kullanımı veya tıkanırcasına yeme durumları bu bozukluğa eşlik edebilmektedir (Oltmanns vd., 2018). Sınırda 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 duyumu; kendine zararı dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik; yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları; duygu durumda 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 çözülme 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. Sınırda 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. Sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin çevresindekilerin kendilerine zarar verecek insanlar olduğuna inanmaları da bu bağlamda değerlendirilebilir**.**

**Sınırda Kişilik Bozukluğunda Şema Modları**

Sınırda 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. Sınırda 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. Sınırda 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 sınırda 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 ilgilenecek 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,* sınırda 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 sınırda kişilikler, öfkelerini kontrolsüz bir şekilde yaşamakta ve kendilerini engellenmiş veya tahammülsüz hissetmektedirler. Kişinin duygusal ihtiyaçları karşılanmadığında, ciddiye alınmadığında veya sınırlandığını 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 algılarsa bu davranışların şiddeti de artabilmektedir (Arntz ve Jacob, 2016; Jacob vd., 2019; Johnston vd., 2009; Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009). Tüm bunlar dikkate aldığında sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde öfkeli çocuk modunun onlar için bir kalkan niteliği taşıdığı söylenebilir. Çünkü sınırda 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 doğurmamış 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, sınırda kişiliklerin kendilerinden nefret etmelerine neden olabilmektedir. Sınırda 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 sınırda 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). Sınırda kişiliklerin anlamsızlık ve boşluk hissinden bu tür işlevsel olmayan davranışlara sığınarak uzaklaşmaya çalıştıkları söylenebilir. Aslında sınırda 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 fakına varabilmesi de sağlıklı erişkin modunun oluşumunu desteklemektedir. Sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlarla terapide sağlıklı erişkin modunun sürecin kalbi olduğu düşünülebilir (Lobbestael vd.,2005; Yakınvd., 2020). Çünkü sınırda kişiliklerde sağlıklı erişkin modu gelişememiştir (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 sınırda kişiliklerin terapi sürecinde çocuklukta deneyimleyemedikleri sağlık erişkin modunu özümseyebilmeleri onlar için önemli bir fırsat olmaktadır.

**Sınırda Kişilik Bozukluğunda İşlevsiz Modların Değişim ve İyileşme Süreci**

Sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışmak oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Oturumlarda sıklıkla terapistin şema modları da aktif hale gelebilir veya terapist cezalandırıcı ebeveyn rolüne geçerek danışana öfkesini yansıtıp eleştirebilir. Bu yüzden sınırda kişiliklerle çalışırken onlara karşı olumsuz duygular geliştirme konusunda dikkatli olunması gerekmektedir (Rafaeli vd., 2019; Young vd., 2009). Sınırda 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 sınırda kişilik bozukluğu tanısı olan danışanlar, terapilere 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, sınırda 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, sınırda kişilik bozukluğunda sıkça karşılaşılan kendine zarar verme davranışlarını önleyebilmek için yeniden ebeveynlik yaparak danışana sınırlar koymaktadır. Nordahl ve Nysaeter (2005), sınırda 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 olmaktır.

**Sınırda Kişilik Bozukluğunda Sağlıklı Erişkin Modunun Güçlendirilmesi**

Sınırda 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 olmaktır. Bu da sınırda kişiliklerin terapi sürecinin önemli bir adımını oluşturmaktadır. Terapist aynı zamanda danışanların terapi sürecinde deneyimledikleri değişimleri bu ilişkilere genelleyebilmesi 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 sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu bilinse de danışanların terapi sürecini nasıl deneyimlediklerine ilişkin çok az şey bilinmektedir. Tan ve diğerleri (2018) de, bu sebeple sınırda 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 psikoeğitimin 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, sınırda 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.

**Sınırda Kişilik Bozukluğu Tedavisinde Şema Modu Yaklaşımını Destekleyen Araştırmalar**

İlgili literatür incelendiğinde şema mod yaklaşımının sınırda kişilik bozukluğu tedavisi üzerindeki etkililiğine ilişkin birçok araştırmaya rastlanılmaktadır. Antidepresan kullanımının modları baskılayıp danışanın tedaviye olan devamlılığını azaltabilme olasılığına karşı, şema mod yaklaşımının sınırda kişilik bozukluğu tedavisinde farmakolojik tedaviye destek olduğuna yönelik görüşler bulunmaktadır. Antidepresan kullanan sınırda kişilik bozukluğu hastalarının kullanmayanlara göre terapiden daha az yarar sağladıkları düşünülmektedir (Simpson vd., 2004). Nordahl ve Nysaeter (2005), sınırda 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 sınırda 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, sınırda 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), Nysæter ve Nordahl, (2008) ve Montgomery-Graham, (2016) da ciddi belirtiler gösteren sınırda kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde alışılagelmiş tedavi ve şema mod yaklaşımını karşılaştırdıklarında benzer sonuçlara ulaşmışlardır (de Klerk vd., 2017).

**Sonuç ve Öneriler**

Sınırda 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, sınırda 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 sınırda 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 sınırda 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.

**Kaynaklar**

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Dsm-5 ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı.* (5. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara. Hekimler Yayın Birliği.

Arntz, A. ve Jacob, G. (2016). *Uygulamada şema terapi* (1. Basım). (G. Soygüt, Çev.). Ankara:Nobel Yayınları.

Arntz, A. ve Van Genderen, H. (2011). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.

Bach, B., ve 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. ve Lord, S. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *142*(8), 927-934. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.142.8.927>

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. ve Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.

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. ve 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.

Dickhaut, V. ve 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>

Farrell, J. M., Shaw, I. A. ve 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](https://doi.org/10.1016%20/%20j.jbtep.2009.01.002).

Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I. ... ve 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://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.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. ve 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.

Gençtan, E. (1995). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar* (12. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T. ... ve 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](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. <http://dx.doi.org/10.1708/3546.35219>

Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. 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](https://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2009.08121825)

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Oxford.

Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K. ... ve 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>

Jacob, G. A. ve 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. ve Seebauer, L. (2019). *Mod terapisi: Diğer yollardan gitmek* (11. Basım).(N. Azizlerli ve M. Soykut, Çev.).İstanbul: Psikonet Yayınları**.**

Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T. ve 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., Bashlideh, 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. *Pak. J. Med. Health Sci*, *14*(2), 1354-1362.

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*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>

Kellogg, S. H. ve 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. ve 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](https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0021015)

Kring, A.M.,Johnson, S., Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2017). *Anormal psikolojisi* (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Köroğlu, E. (2011). *Kişilik bozuklukları*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive -bahavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

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: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 475-482. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Lobbestael, J., Arntz, A. ve 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,* 403–424. https://doi.org/10.1080/00797308.1971.11822279

Mertens, Y., Yılmaz, M. ve Lobbestael, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, *104*, 104445-104445. 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. ... ve 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://dx.doi.org/10.1186%2F1471-244X-9-64>

Nenadić, I., Lamberth, S. ve 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. ve 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. ve Nordahl, H. M. (2008). Principles and clinical application of schema therapy for patients with borderline personality disorder. *Nordic Psychology, 60*(3), 249-263. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1901-2276.60.3.249>

Oltmanns, T., Martin, M., Neale, J. ve Davison, G. (2018). *Anormal psikolojide vaka çalışmaları* (10. Basım).(M. Şahin, Çev.). Nobel Yayıncılık.

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R. ve 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. ve Maughan, B. (1994). Personality disorder and mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6,* 375-388.

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. & 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.

Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E. ve 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. ve Young, J. E. (2019). *Şema terapi ayırıcı özellikler* (9. Basım).(M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Reich, D. B. ve Zanarini, M. C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(6), 294-301. <https://psycnet.apa.org/doi/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*. <https://doi.org/10.22070/CPAP.2021.13899.1048>

Shachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C. S., Thurston, F., Hull, J. ve 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. ve 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., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *(8),* 1-74. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2

[Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de, O. W., Farrell, J., Fassbinder, E. ... ve Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS One*, *13*(11), e0206039-e0206039.https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039](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. N., Ferreira J. F., Vaz- Velho C. (2018). O (meta) modelo de complementaridade paradigmática (MCP). (Leal I. Ed.), *Psicoterapias*. Lisbon: Pactor.

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.

Yakın, D., Grasman, R. ve 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*, 103553-103553. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553

Young, J. E., Kolosko, J. S. ve 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

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