

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ŞEMA TERAPİSİNİN ETKİNLİĞİ****THE EFFECTIVENESS OF SCHEMA THERAPY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER****Merter BETON**Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul/Türkiye  
ORCID ID: 0000-0001-9724-8907**Cite As** Beton, M. (2021). "Borderline Kişilik Bozukluğunda Şema Terapisinin Etkinliği", International Academic Social Resources Journal, (e-ISSN: 2636-7637), Vol:6, Issue:25, pp:861-873**ÖZET**

Borderline Kişilik Bozukluğu günümüz modern toplumlarında sıkça görülen bir psikopatolojidir. DSM-V ve ICD-10 gibi tanılama sistemlerinde tam ölçütleri belirlenmiş bu kişilik bozukluğuna yönelik belirli yaklaşımlar literatüre geçmiştir. Bunlardan birisi de şema terapi yöntemidir. Şema terapi Young ve Aradaşları tarafından eklektik bir tarz ile bilişsel-davranışçı, bağlanma, gestalt, nesne ilişkileri ve yapılandırmacı psikanalitik yaklaşımlarının birleşiminden ortaya çıkarılmış yenilikçi bir terapi modelidir. Bu araştırmanın amacı borderline kişilik bozukluğu ve şema terapisi hakkında bilgi vermek ve borderline kişilik bozukluğunda şema terapisinin etkinliğini tartışmaktır. Araştırma için gerekli olan bilgileri toplamak için literatür taraması yöntemi kullanılmıştır. Borderline kişilik özellikleri ve şema terapisi ile ilgili alanyazında yer alan kitap, dergi, makale, yüksek lisans ve doktora tezlerinden yararlanılmıştır. Araştırmada şema terapisi kavramı, şemaların temelleri, şemaların alanları, şema modları, borderline kişilik bozukluğu kavramı, borderline kişilik bozukluğunda şema terapisi kullanımı kavramlarına, ilgili literatür desteği ile değinilmiştir. Araştırma literatürde yer alan bilgiler ile sınırlandırılmıştır. Bu doğrultuda borderline kişilik bozukluğunun şema boyutları açısından araştırıldığı bu çalışmanın literatür alanına faydalı olacak sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Şema terapisi, kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu.**ABSTRACT**

Borderline Personality Disorder is a psychopathology in today's modern societies. Diagnostic criteria in diagnostic systems such as DSM-V and ICD-10, specific issues related to this personality disorder have been included in the literature. One of them is the schema therapy method. Schema therapy is a therapy model created by Young and his colleagues from a combination of eclectic style and cognitive-behavioral, attachment, gestalt, object relations and constructivist psychoanalytic approaches. The aim of this study is to give information about borderline personality disorder and schema therapy and to discuss the effectiveness of schema therapy in borderline personality disorder. The literature search method was used to collect the information required for the research. The books, journals, articles, master's and doctoral theses in Borderline personality traits and schema therapy were used. In the research, the concept of schema therapy, the basics of schemas, areas of schemas, schema modes, the concept of borderline personality disorder, the use of schema therapy in borderline personality disorder are discussed with the support of related literature. The research is limited to the information in the literature. In this respect, it is thought that this study, in which borderline personality disorder is investigated in terms of schema dimensions, will provide useful results for the literature.

**Key Words:** Schema therapy, personality disorder, borderline personality disorder**1. GİRİŞ**

Geçmişten günümüze kadar yapılan çeşitli araştırmalarla kişilik tanımlanmaya çalışılmış fakat tanımlama konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Bunun sebebi kişiliği etkileyen birçok faktörün bulunması yani kişiliğin çok boyutlu olmasıdır. Genel bir tanımlamayla kişilik; bireyi başkalarından ayırt etmeyi sağlayan, bireyin kendisine özgü olan düşünsel, duygusal, ruhsal ve bedensel özelliklerinin toplamıdır. Bu özellikler bireyin iç ve dış dünya ile uyum sağlamak ve yaşamı devam ettirmek amacıyla geliştirdiği alışkanlıklar, algılamalar, davranış tarzları, olaylara ve çevreye bakış açılarını kapsar (Bayat ve Şengül, 2007).

Kişilik, doğum öncesi ve sonrasında, bebeklikte, çocuklukta ve ergenlikte karşılaşılan fiziki ve ruhsal koşullarla oluşmaya başlamakta, ardından gelen öğrenme, olgunlaşma ve toplumsal etkenlerle şekillenmeye devam etmektedir. Yani kişiliğin oluşumunda kalıtsal, yapısal ve çevresel etmenlerin etkileşimi söz konusudur. Bu nedenle günümüzde kişiliğin karakter ve mizaç olmak üzere iki ögeye ayrıldığı kabul edilmektedir. Mizaç, kişinin doğuştan getirdiği özelliklerinin toplamıdır. Daha çok biyolojik bir zemine bağlı olarak oluştuğu için kalıtsal olma ihtimali fazladır ve insanın ömrü boyunca değişimi pek mümkün olmadan devam etmektedir. Bu nedenle de mizaç kişiliğe süreklilik ve kalıcılık sağlamaktadır. Karakter ise kişinin çevre ile olan etkileşimine bağlı olarak oluşan tutumlar, niyetler, dünyayı algılama, yorumlama ve başa çıkma biçimidir. Yani öğrenme süreçleri ve toplumsal çevre karakterin oluşumunda kritik bir öneme sahiptir. Mizaç özellikleri otomatik olarak geliştiği için kişi bu özelliklerinin farkına varmakta zorlanırken karakter özellikleri kişiliğin farkındalığa daha açık olan kısmını oluşturduğu için bu özellikler içgörü gelişimiyle tanınabilmektedir.

Kişilik bozukluğu, ruhsal rahatsızlıkların dışında seyreden, kişinin kendi kültürü ve yakın çevresi ile uyumunu bozan, beklenenden önemli ölçüde sapmış davranışların sergilenmesine yol açan, her türlü

işlevselliğini etkileyen, ruhsal rahatsızlıklara göre daha uzun süre varlığını devam ettiren hatta kronik hale gelebilen bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Kişilik özelliklerinin bozukluk olarak değerlendirilebilmesi için bunların esneklikten yoksun olmasına ve kişinin özel hayatı, sosyal hayatı ve iş hayatında yarattığı olumsuz etkilerinin şiddetine bakılmalıdır. Bireyin sahip olduğu bir kişilik özelliğinin davranışlarda sıra dışılığa sebep olması, ruhsal öğelerin birlikteliğinde dengesizlikler yaratması, çatışmaları çözümsüze götürmesi, toplumsal uyumu zorlaştırması, iş ve sosyal hayatını olumsuz etkilemesi, onu her türlü zorluğa sürüklemesi ve üst benliğin yargılamalarında ölçsüzlüğe neden olması bu özelliğin artık bir bozukluk olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Borderline Kişilik Bozukluğu günümüz toplumlarında sıklıkla görülen psikopatoloji olup DSM-V ve ICD-10 gibi tanılama sistemlerinde tanı ölçütlerine sahiptir. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen şema terapi bireyin çocukluk ve ergenlik dönemine, uyumsuz baş etme biçimlerine ve mizacına yönelerek kendiliğe ait yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntülere odaklanır ve bu örüntülere şema adını verir. Bilişsel-davranışçı terapiden farklı olarak daha derinlemesine bir analiz yaptığı için kişilik bozuklukları ve karakterojik sorunların eşlik ettiği eksen-I bozukluklarının tedavisinde daha uygun bir yaklaşım olarak yerini almıştır. Son yıllarda kronikleşen duygu durum bozukluklarında da uygulanmaya başlanmıştır.

Bireyin kendiliğine ait ve yıkıcı özelliğe sahip olan anıları, duyguları, bilişleri ve duyularından oluşan erken dönem uyumsuz şemalarına odaklanan şema terapi kişilik bozuklukları ve karakterojik sorunların eşlik ettiği Eksen-I bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiş yenilikçi ve bütünleyici bir terapi modelidir. Özellikle borderline kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu gibi tedavi edilmesi imkansız olarak değerlendirilen ağır kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve klinik alanda da olumlu bildirimler alınmıştır. Fakat şema terapi daha yeni oluşmuş bir model olduğu için alanda yeterli sayıda literatür çalışmasına sahip değildir. Bu doğrultuda bu çalışmada borderline kişilik bozukluğunda şema terapisinin etkinliği tartışılmıştır.

## 2. ŞEMA TERAPİSİ

Şema terapi Young ve arkadaşları tarafından bilişsel-davranışçı, bağlanma, gestalt, nesne ilişkileri ve yapılandırmacı psikanalitik yaklaşımları birleştirerek oluşturulan yenilikçi ve sistemli bir terapi modeli olarak ifade edilmektedir (Young ve ark., 2009). Bilişsel davranışçı terapiye derinlik kazandıran şema terapi modeli kişilik bozuklukları ve Eksen I bozukluklarına eşlik eden ciddi karakterojik problemlerde kullanılarak şemalara müdahale etmekte ve böylece kronikleşmiş olan bozukluklara çözüm olmaktadır. Karakterojik bozukluklar bilişsel-davranışçı tedavilerin başarılı sonuç vermesine engel olur ya da sonuç başarılı olsa bile tedavinin bitiminden kısa bir süre sonra sorunların yeniden baş göstermesine neden olmaktadır (Kapçı ve Hamamcı, 2010). Çünkü karakterojik sorunlar bireyde rahatsızlığın temelini oluşturan şemaların devamına neden olmakta, şemaları beslemektedir. Ayrıca diğer psikopatolojilerde de en az bir tane erken dönem uyum bozucu şema aktif hale gelir. Aktif hale gelen şema, psikolojik belirtilerin oluşumunda önemli rol oynamaktadır.

Karakterojik bozukluğu olan bireyler esneklikten yoksun kişiler oldukları için değişimi sevmemekte ve değişikliklere hemen adapte olamamaktadır. Bu durum terapi sürecinde de geçerlidir. Seanslarda kendilerini değiştirmek istememektedirler. Çünkü problemleri kimliklerinin bir parçasıdır. Bu yüzden birey asıl problemini tespit etmekte zorlanmaktadır. Şema terapi asıl problemi bulabilmek için uyumsuz baş etme biçimlerine, terapötik ilişkiye, çocukluk ve ergenlik yıllarına, duygusal ve bilişsel süreçlere önem vererek derinlemesine analiz etmektedir.

### 2.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema, gelişimin erken dönemlerinde oluşmaya başlayan ve oluştuktan sonra da yaşam boyu tekrarlayan kendiliğe dair yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntülerdir (Young ve ark., 2009). Birey tüm ilişkilerinde bu şemalara göre hareket eder, kişisel ve çevresel bilgilerini bu şemalara göre düzenler, düşüncelerini davranışlarını bunlar doğrultusunda belirler. Edinilen şemalar kişisel deneyimler ve çevre ile kurulan iletişimler aracılığıyla pekiştirilir (Türkçapar ve Işık, 2000).

Şemaların genel özellikleri:

- ✓ Hemen hemen her alana yayılmış örüntülerdir.
- ✓ Anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duymulardan oluşurlar.
- ✓ Bireyin kendisi veya başkalarıyla olan ilişkilerinde ortaya çıkar.

- ✓ Çocukluk ve ergenlik döneminde oluşur.
- ✓ Bireyin yaşamı boyunca daha da karmaşıklaşır.
- ✓ Birey için genellikle işlevsizdir (Young ve ark., 2009).

Şemaların hepsi çocuklukta travmatik yaşantılara bağlı olarak oluşmamaktadır. Ebeveynlerin sergilemiş oldukları aşırı ve uç davranışlara bağlı olarak da oluşabilmektedir. Yani şemalar çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca düzenli olarak tekrar edilen zararlı davranışlar ve bu davranışlar nedeniyle biriken duygu ve düşünceler sonucunda oluşmaktadır. Bireyin çocukken yaşamış olduğu ortamın ipuçlarını ortaya koymaktadır. İlk oluştuğunda çocuğun içinde bulunduğu şartlara uyumunu sağlamakta, işlevsel bir rol oynamaktadır. Bu nedenle de birey için doğru olarak algılanmakta ve bu da pekişmesine neden olmaktadır. Fakat birey büyüdükçe ve bu şemalar tüm ilişkilerde kullanılıp genelleştikçe işlevsiz hale gelmekte ve birey için sorun oluşturmaktadır. Bunlarla mücadele edebilmek için de uygunsuz baş etme stratejileri geliştirmektedir.

## 2.2. Şemaların Temelleri

**Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar:** Şemaların bazıları erken dönemdeki duygusal ihtiyaçların karşılanmamasından dolayı oluşmaktadır. Erken dönemdeki bu ihtiyaçlar; başkalarına güvenli bağlanma, özerklik ve olumlu kendilik algısı, ihtiyaçlarını ve duygularını ifade edebilme, kendiliğinden olma ve rol yapma, sınır koyma ve özdenetim yapabilmeydir (Young ve ark., 2009; Kapçı ve Hamamcı, 2010). Bu ihtiyaçların şiddeti bireyden bireye değişiklik gösterse de her bireyde mevcuttur. Yani evrenseldir. Sağlıklı olan bireylerde de bu ihtiyaçlar vardır fakat birey bunları uyumlu ve yapıcı bir şekilde gidermenin yolunu bilmektedir.

**Erken Dönem Yaşam Deneyimleri:** Erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri şemaların oluşum nedenlerinin başında gelmektedir. Bireyin yetişmiş olduğu ailedeki dinamikler onun şemalarının temelini oluşturmakta ve birey yetişkin hale geldiğinde bu şemalar aktif hale gelerek geçmişin izlerini hatırlatmaktadır. Aile dışında okul, arkadaş çevresi, kültür vs. yaşam deneyimlerinin oluşmasını etkileyen diğer ortamlar olarak ifade edilmektedir. Erken dönemde oluşan yaşam deneyimleri dört kategoride incelenmektedir. Birincisi; ihtiyaçların toksik engellenişidir. Yani bireyin yaşam deneyimi edindiği ortamda istikrar, anlayış ve sevgi gibi önemli faktörlerin eksik olması nedeniyle oluşan şemalardır. İkincisi; travmatizasyon sonrası oluşan şemalardır. Çocuk oldukça zarar görür ve güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç, incinebilirlik gibi şemalar oluşmaktadır. Üçüncüsü; aşırı koruyucu ebeveynlerin varlığı nedeniyle oluşan şemalardır. Böyle bir durumda çocuk sürekli iyi şeyler deneyimler, ilgi görür fakat ebeveynlerine bağımlı hale gelerek bağımlılık/yetersizlik, hak görme/büyükleme gibi şemalar oluşmaktadır (Young ve ark., 2009; Kapçı ve Hamamcı, 2010). Çocuk ileriki yaşamında özerklikten uzak, gerçekçi sınırları bilmeyen bir birey haline gelir. Dördüncü; önem verilen kişilerle özdeşleşme sonrasında oluşan şemalardır. Çocuk yakın ilişkide bulunduğu kişilerin duygu ve düşüncelerini içselleştirerek o kişiyle özdeşim kurmaktadır. Fakat bu özdeşim tüm aile üyeleriyle ve o kişinin tüm özellikleri bazında olmamaktadır. Belirli yönlerin seçici özdeşimi yapılır ve bu özdeşim bazen şema bazen ise baş etme biçimleri ve modlar şeklindedir. Bu seçici özdeşimin yapılmasında ise mizacın etkili rol oynadığı söylenebilir.

**Duygusal Mizaç:** Her birey doğduğundan itibaren farklı bir mizaca ve dolayısıyla farklı bir kişiliğe sahip olacaktır. Doğuştan geldiği ve değiştirilemez olduğu kabul edilen mizaç özellikleri şöyle ifade edilmektedir:

- ✓ Gevşek\*Tepkisiz
- ✓ Distimik\*İyimser
- ✓ Anksiyöz\*Dingin
- ✓ Obsesif\*Dağınık Dikkat
- ✓ Pasif\*Agresif
- ✓ Sinirli\*Keyifli
- ✓ Sakin\*Girişken

Mizaç, bireyi çocukluk yıllarında kendi oluşum özelliklerine uygun yaşam koşullarına maruz bırakmaktadır. Yani çocuklukta yaşanan olaylar mizaçla bağlantılı olarak ilerlemektedir. Bu da şema oluşumunu tetiklemektedir. Ayrıca bireyin sahip olduğu mizaç çocuklukta yaşadığı olaylardan etkilenme şeklini de

etkilemektedir. Yaşanan olaylar aynı olmasına rağmen farklı mizaç özelliklerine sahip çocuklar bu durumdan farklı etkilenecek dolayısıyla farklı baş etme biçimleri geliştireceklerdir (Young ve ark., 2009).

### 2.3. Şema Alanları

Giderilmemiş duygusal ihtiyaçlar baz alınarak şemalar beş temel alanda ve on sekiz türde gruplanmıştır (Young ve ark., 2009).

**Alan 1: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme:** Bu şema alanı genel olarak başkalarıyla güvenli bağlanma ve tatmin edici ilişkiler kurmayla ilgilidir. Dolayısıyla bu şema alanına ait şemalara sahip olan bireyler duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilecek güvenli ve istikrarlı bir ilişkiye sahip olabileceklerine inanmamaktadır. Bunun da sebebi bireyin yetiştiği aile ortamının dengesiz, örseleyici, soğuk ve duyarsız, reddedici ve dış dünyaya kapalı olmasından kaynaklanmaktadır (Young ve ark., 2009; Kapçı ve Hamamcı, 2010). Zaten bu şema alanına sahip bireylerin çoğunda çocukluk yıllarına dair acı verici bir travmaları mevcuttur. Bu travma nedeniyle yetişkinlikte de başkalarıyla kuracağı ilişkiden zarar göreceğinden korkmakta ve kendilerini izole etmektedirler.

Bu alanda beş şema bulunmaktadır:

**Terk Edilme/İstikrarsızlık:** Bu şemaya sahip birey önem verdiği kişiler tarafından duygusal destek, bağlantı, güç ve koruma sağlayamayacağını düşünmektedir. Bunun da nedeni bireyin kendisini istikrarsız ve güvenilmez olarak algılaması, diğer bireylerin kendisini terk edeceğini düşünmesidir. “Sonsuza dek yalnız kalacağım. Bana kimse yardım etmeyecek” gibi düşüncelere sebep olmaktadır.

**Güvensizlik/Suistimal Edilme:** Bu şeması aktif olan bir birey, haksızlık ve aşırı ihmalkarlık ya da aleni kasıtlılıkla çevresindekilerin ona zarar vereceğini, küçük düşüreceğini, istismar edeceğini, zayıf noktalarından yararlanacağını düşünmektedir. Her zaman için durumların kötü tarafını görme ve sahiplenme hissi ile birlikte oluşmaktadır. “İnsanlar beni incitir ve bende faydalanır. Bu yüzden kendimi korumak zorundayım” gibi düşüncelere neden olmaktadır.

**Duygusal Yoksunluk:** Bireyin ihtiyaç duyduğu duygusal desteği hiçbir zaman hiçbir kimseden karşılayamayacağı inancını içeren şemadır. Duygusal yoksunluk; ilgi, şefkat ve sıcaklık ihtiyacına karşılık gelen ilgi yoksunluğu, başkalarıyla duygularını paylaşma ihtiyacına karşılık gelen empati yoksunluğu, başkalarından güç, destek ve rehberlik alma ihtiyacına karşılık gelen korunma yoksunluğu olmak üzere üçe ayrılmaktadır. “İhtiyaçlarımı karşılayacak, bana destek olacak kimsem yok” tarzında düşüncelerin oluşmasına neden olmaktadır.

**Kusurluluk/Utanch:** Bireyin başkaları tarafından kusurlu, değersiz, yararsız olarak değerlendirileceğine inanması ve bu yüzden eleştiriye karşı aşırı hassasiyet göstermesi, kendini başkalarıyla kıyaslaması, olduğunu düşündüğü kusurları nedeniyle utanç duyması ve kendini suçlamasını içeren şemadır. “Eğer insanlar beni daha yakından tanırlarsa benim sevilemeyecek biri olduğumu düşünürler ve benimle ilişkilerini sonlandırırılar” gibi düşüncelere neden olmaktadır.

**Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma:** Bireyin kendisini diğer insanlardan farklı hissetmesi, kendisini herhangi bir topluluğa ait hissedememesidir.

**Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans:** Özerklik bireyin aile üyelerinden bağımsız hareket edebilme becerisidir. Bu alanda şemaya sahip bireyler ise özerklikten yoksundur. Yani kendisinin aile üyelerinden ayrı bir birey olduğunu kavrayamaz ve onlardan bağımsız hareket edememektedir (Kapçı ve Hamamcı, 2010). Bu şema alanının gelişmesinin nedeni de ebeveynlerin aşırı verici olmaları, bireyi çocuklukta fazla koruma altına almaları, sorumluluk vermemeleri, bireyin kendine güvenmesi ve yeteneklerini kullanması konusunda onu desteklememesi ya da onunla hiç ilgilenmemeleridir (Young ve ark., 2009). Böyle bir durumda da birey kendi kimliği oluşturamamakta, kendine güvenememekte, kendine ait bir yaşam kuramamakta, başkalarından bağımsız bir şekilde hareket edememekte ve her zaman desteğe muhtaç olmaktadır.

Bu alana ait dört şema bulunmaktadır:

**Bağımlılık/Yetersizlik:** Bu şemaya sahip bireyler başkalarının desteği ve yardımı olmadan ihtiyaçlarını karşılayamaz ve sorumluluk alamazlar. Karar verme sürecinde, yeniliklere açık olma konusunda, problem çözme ve girişken olma konusunda sorun yaşarlar. Bu nedenle dışarıdan oldukça pasif ve çocuksu görünürler. “Sorunlarla kendi başıma baş edemem. Bu yüzden her zaman birine ihtiyacım var” tarzında düşüncelere neden olmaktadır.

**Hastalıklar ve Zarar Görme Konusunda Dayanıksızlık:** Birey kalp krizi geçirme gibi tıbbi korkulara, çıldırma ve kontrolünü kaybetme gibi duygusal korkulara ve kaza, doğal afet yaşama gibi dışsal korkulara sahip olur ve bu korkuyu oldukça abartmaktadır. Bu korku ile yaşamak gittikçe katlanılmaz bir hal almaktadır.

**Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik:** Birey çevresinde önem verdiği kişilerden birine aşırı derecede bağlanır, sürekli onunla ilgilenmektedir. Bu durum bireyin kişisel ve sosyal becerilerinin gelişimine engel olmaktadır. Başkalarıyla bir olma, aynı olma hissiyle birey kendisine özgü bir kimlik duygusu geliştirememektedir.

**Başarısızlık:** Bireyin başarılı olmak için yetersiz, akılsız ve beceriksiz olduğuna ve başarısızlık durumunun kaçınılmaz bir son olduğuna inanması olarak ifade edilmektedir.

**Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar:** Bu alanda şemaya sahip olan bir birey öz disiplin ve karşılıklılık ilkesinden yoksundur. Birey çevresi tarafından bencil, şımarık, sorumsuz ve narsistik olarak tanınmaktadır. Bu nedenle de başkalarının hakkına saygı gösterme, iş birliği yapma, sözünü tutma ve uzun vadeli hedeflerini yerine getirmede güçlük yaşamaktadır. Tüm bunların nedeni de bireyin çocukluğunda fazla hoşgörülü bir aile ortamında büyümesi, çocuğa fazla tolerans tanınmasıdır (Young ve ark., 2009). Birey çocukluğundan beri kuralların kendisi için değil başkaları için oluşturulduğu, kendisinin bu kurallara uymak zorunda olmadığını düşünmektedir. Bu nedenle de öz denetimi gerekli görmez, başkalarının duygu ve düşüncelerini önemsemez. Öz denetimden yoksun oldukları için dürtülerine engel olamaz, kısa vadeli arzuları için uzun vadeli amaçlarından vazgeçerler (Kapçı ve Hamamcı, 2010).

Bu şema alanında iki şema bulunmaktadır:

**Hak Görme/Büyüklenmecilik:** Birey bu şemaya sahip olduğu için kendisinin özel hakları ve ayrıcalıkları olduğunu düşünmektedir. Bu hak ve ayrıcalıklar nedeniyle de kendisini diğer insanlardan üstün görmektedir. Karşılıklılık ilkesini geliştiremediği için kendi istediklerini istediği zamanda başkalarının isteklerini düşünmeden yapmaktadır. Bu da empatiden yoksun olmasına neden olmaktadır.

**Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin:** Bu şemaya sahip bireyin engellenme karşısında toleransı oldukça düşüktür ve yeterli bir özdenetime sahip değildir. Bireyin çocukluk döneminde ebeveynlerinin öz denetimi yeterince öğretilmesi veya aşırı derecede kontrollü olması bu şemanın oluşunda etkilidir (Şaşmaz, 2014). “Kendimi kontrol etmek mümkün olmuyor” tarzında düşüncelerin var olmasına neden olmaktadır.

**Alan4: Başkaları Yönelimlilik:** Bu şema alanından şemalara sahip olan bir birey çevre tarafından sevgi ve onay görme, duygusal bağlantıyı koparmama, tepki almama gibi beklentiler içerisinde olduğu için kendi ihtiyaçlarından çok çevresindekilerin ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. Birey koşullu kabullenmenin görüldüğü bir ailede yetişmiştir. Yani çocukken ailesinden sevgi ve onay alabilmek için kendisine dair bazı yönlerini bastırılmış, ihtiyaçlarını gizlemiştir (Young ve ark., 2009). Çocukluğunda kendi eğilimlerine göre değil ebeveynlerinin arzu ve isteklerine göre hareket ettiği için yetişkin yaşamında da dışsal biri tarafından yönlendirilmeyi beklemektedir. Bu da kendisine dair öz farkındalığın gelişimine engel olmaktadır (Kapçı ve Hamamcı, 2010).

Bu şema alanına ait üç şema bulunmaktadır:

**Boyun Eğicilik:** Birey tepki almamak ve terk edilmemek adına kontrol etme, karar verme gibi belirleyici süreçleri çevresindeki diğer kişilere bırakmakta, kendi istek ve tercihlerini, olumsuz duygularını bastırmakta, taraf bildirmemekte, aşırı itaat etmektedir. Böylece başkalarını da memnun etmiş olacaktır. Çünkü geçmişten bu güne kadar kendi ihtiyaçlarının önemsiz olduğu, yanlış ve hatalı olduğu izlenimini edinmiştir. Bastırılan bu tüm ihtiyaçlar ve duygular bireyde içe hapsolmuş öfkeye, pasif-agresif davranışlara, psikosomatik yakınmalara ve uygunsuz öfke patlamalarına neden olabilir. Çok nadir olarak birey içe bastırılmış olduğu öfkesini kontrolsüz bir biçimde dışa vurabilir. “Diğerlerinin isteklerine boyun eğmeliyim. Aksi takdirde yalnız kalırım ya da insanlar bana kötü davranırlar” tarzında düşüncelerin oluşması beklenmektedir.

**Kendini Feda:** Birey öz saygı kazanmak, önem verdiği kişilerle duygusal bağı koparmamak, bencillik nedeniyle oluşan suçluluk ve başkalarının acı çekmesinin verdiği sorumluluk hissinden kurtulmak amacıyla kendi iyilik halinden vazgeçerek gönüllü olarak başkalarını iyi etmeye çalışmaktadır. Başkalarının sorunları karşısında aşırı hassas davranmaktadır. Fakat bir müddet sonra bu fedakarlığın karşılıksız olduğunu ve kendi ihtiyaçlarının giderilmediğini görmek bireyi kızdırmaktadır.

**Onay Arayıcılık:** Bu şemaya sahip bireyler gerçek bir kendilik duygusu geliştirmek yerine diğerlerinden onay almaya önem vermektedirler. Diğerlerinden onay aldıkları müddet öz saygıları yerinde olmaktadır. Bu nedenle sosyal statü, dış görünüş, para ve başarı aracılığıyla onay almaya ve bu sayede özsaygılarını beslemeye çalışmaktadırlar.

**Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama:** Bu şemaya sahip bir birey mutlu olma, rahat etme, yakın ilişki kurma ve sağlıklı olma gibi amaçlarla doğal eğilimlerini ve dürtülerini çoğu zaman baskı altına almaktadır. Çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından bireye her zaman tedbirli olmanın fayda getireceği, duygusal davranmanın ise her zaman zararlı olduğu algısı verilmiştir (Young ve ark., 2009). Duygusal ihtiyaçlar, keyif ve oyun ikinci plana atılmış, katı kurallarla hata yapmanın engellenmesi ise yaşamda var olmanın bir yolu olarak gösterilmiştir. Bu nedenle birey tüm hayatı boyunca dikkatli ve tedbirli olmazsa başarısız olacağını düşünür, endişe ve karamsarlığa bürünür. Bunu önlemek için de yaşamıyla ilgili katı bir şekilde hazırlanmış ve içselleştirmiş olduğu kurallara uymaya çalışmaktadır (Kapçı ve Hamamcı, 2010).

Bu şema alanında dört şema bulunmaktadır:

**Olumsuzluk/Karamsarlık:** Bu şemaya sahip bir birey yaşamda görülen olumsuzluklara odaklanır ve bunları abartılı yaşarlar, olumlu olayları ise şansa bağlar ve küçük görmektedir. Her şeyin bir gün kötüye gideceği ve her şeyin kaybedileceği korkusuyla geri dönüşü olmayan bir hata yapmaktan çok korkmaktadır. Bu da endişeli, aşırı dikkatli ve kararsız olmasına yol açmaktadır.

**Duygusal Baskılama:** Bu şemaya sahip bireyler dürtülerinin kontrolünü kaybetmemek için kendi doğal eğilimlerini(öfke, cinsellik, heyecan, komiklik) her zaman baskırlar. Kendilerini ifade ederken ölçüyü kaçırıp başkalarını incitmekten korkarlar ve çareyi kendilerini tamamen baskılamakta bulurlar. Bu nedenle de duyguları önemseyen, akılcılığa vurgu yapan bir tablo çizerler.

**Çevredeki insanlar tarafından duygusuz, çekingen, soğuk ve havalı olarak görülebilirler.** Bu şema “duygularımı kontrol altına almalıyım, yoksa başıma kötü şeyler gelebilir” şeklindeki düşüncelere neden olmaktadır.

**Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:** Bu şemaya sahip birey hata yapma, ayıplanma ve utanç duygusundan kaçınmak için kendisine yüksek standartlar belirler ve bunlara ulaşmak için yoğun çaba harcamaktadır. Hata yapmama, sürekli olarak doğruyu bulma nedeniyle mükemmeliyetçilik, aşırı detaycılık ve her zaman daha iyi olma isteğiyle küçümseme görülmektedir. Bu yoğun çaba da kendisine ve çevresine yönelik aşırı baskı ve eleştiriye neden olur. Hayatın genelinde ahlaki, dinsel, kültürel kurallar belirler ve bu kuralları başkalarının konmuş zorundalıklar gibi uygular. Bu da bireyde performans kaygısına ve zamanla yarışma durumuna neden olmaktadır.

**Cezalandırıcılık:** Bu şemaya sahip birey kendi koymuş olduğu standartlara ve kurallara uyulmadığı durumlarda hem kendisine hem de çevresindeki kişilere karşı hoşgörüsüz ve öfkeli olur, bu hatalı durum nedeniyle cezalandırılmanın gereğini vurgular ve yapılan hataları güçlkle affetmektedir. Bireyin eylemi yaparken niyetinin iyi olması bile cezalandırılmaması için sebep olarak görülmemektedir. Bu katı kararları çevresinden hariç birey kendisine de uygular. “Ben kötü bir insan olduğum için cezalandırılmayı hak ediyorum” şeklinde düşüncelere neden olmaktadır.

## 2.4. Şema Modları

Şema modu, daha önceden deneyimlenerek elde edilen anlık duygusal durumlar ve uyumlu-uyumsuz baş etme tepkileridir. Bu modlar günlük hayat içerisinde aşırı hassasiyet gösterdiğimiz durumlarda aktif olurlar. Modun aktif olması bazı şemaların faaliyete geçtiği anlamına gelmektedir. Terapide de amaç çok genel olarak bireyin bu sağlıklı modlardan sağlıklı moda geçmesini sağlamaktır.

Yukarıda açıklanan on sekiz şema toplamda dört kategoride olmak üzere on şema moduna ayrılmıştır.

### 2.4.1. Çocuk Modları

**Çocuk modları** bireylerin duygusal alanını temsil etmektedir. Doğuştan ve evrenseldirler. Bu nedenle tüm çocuklar bu modları açığa çıkaracak potansiyele sahiptir. Patolojik açıdan değerlendirildiğinde borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde çocuk modları çok sık kullanılır. Bu bireyler ikili veya çoklu ilişkilerinde çocuklarinkine benzer türde uyumsuz tepkiler verirler.

Çocuk modunua ait dört ayrı çocuk modu bulunmaktadır:

**İncinebilir Çocuk Modu:** Bu moddaki çekirdek şemalar terk edilmiş çocuk şeması (uzun süreli yalnız bırakma sonucu), suiistimal edilmiş çocuk şeması (her türlü şiddete maruz kalma sonucu), yoksun çocuk şeması(ebeveynin sevgi, ilgi göstermemesi sonucu), reddedilmiş çocuk şemasıdır (sürekli eleştirilme ve kusur bulma sonucu). Bu moda sahip birey çevresinden ilgi göremeyen, umursanmayan, yalnız bırakılmış bu nedenle de sürekli olarak sevgi ve ilgi bekleyen küçük bir çocuk gibi davranmaktadır. Düşünce ve davranışlarını ifade ederken çocuksu bir görünüme bürünmektedir. Çünkü erken dönem çocukluğunda

ebeveynleri tarafından bu ihtiyaçları giderilmemiştir. Birey bu moddayken duygudurumu genellikle üzgün, umutsuz, korkmuş, panik ve eziktir. Dünyayı tehlikelerle dolu güvensiz bir yer olarak algılar. Sorunlarını kendisi çözemeyeceğini düşünür ve çevreden acil yardım talep etmektedir (Young ve ark., 2009).

**Öfkeli Çocuk Modu:** Bu moddaki çekirdek şemalar terk edilme, güvensizlik/suiistimal edilme, duygusal yoksunluk ve boyun eğiciliktir. Bireyin bu çekirdek şemalarından biri ya da birkaçı tetiklendiğinde öfkelenir, öfkesini kontrol edemeyerek bağırabilir, sözlü veya fiziksel saldırıya geçebilir, şiddet içerikli yoğun fantezi ve dürtülere sahip olabilir. Bu moda sahip bireylerin duygusal ihtiyaçları erken çocukluk döneminde ebeveynler veya bakım veren kişiler tarafından giderilmemiştir. Çocukluk döneminde ihtiyaçlarını öfke ile bildirmeye alışan çocuk yetişkinlikte de öfkesini yoğun bir şekilde sergileyen, sonuçlarını düşünmeden hareket eden bir birey halini almıştır (Young ve ark., 2009).

**Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk Modu:** Bu moddaki önemli çekirdek şemalar hak görme (büyüklenmecilik) ve yetersiz özdenetim/ öz disiplindir. Bu moda sahip bireylerin engellenmeye karşı toleransı düşüktür. Bu nedenle arzularıyla hareket ederek olumsuz bir şekilde doğal eğilimlerini izlerler. Uzun vadeli amaçlarına ulaşabilmek için kısa vadede bile olsa arzularından vazgeçemez, erteleyemezler. Olabilecek sonuçları hesaba katmadan, plansız bir şekilde kendisi ve başkalarıyla ilgili duygularını dışa vurabilirler. Yaşanan olumsuzluklara karşı umursamaz bir tavır takınırlar. Başkalarının sınırlarını veya endişelerini dikkate almazlar.

Çevre tarafından öfkeli, şımarık, dikkatsiz, tembel, sabırsız ve kontrolsüz olarak bilinirler.

**Mutlu Çocuk Modu:** Bu modda şemalar aktif değildir. Şemaların aktif olmaması onların sağlıklı birer yapı olduğunun bir kez daha göstergesi olmuştur. Bu moddaki bireylerin duygusal ihtiyaçları ebeveynler tarafından yeteri kadar karşılanmıştır. Bu nedenle bireyler sevgi ve mutluluğu yoğun olarak hisseder ve ilişkilerinde yapıcı bağlar kurabilirler.

#### 2.4.2. İşlevsiz Baş Etme Modları

**İşlevsiz baş etme modları** sağlıklı baş etme biçimleri olan teslim olma, kaçınma ve aşırı telafinin modlardaki karşılığıdır. Örneğin; birey sıklıkla teslim olma baş etme biçimini kullanıyorsa yaygın olarak da teslimci modu hakimdir. Bu işlevsiz baş etme modlarının üçü de bireyin şemalarının devam etmesine yol açar. Onu sağlıklı erişkin moduna götürmez. Birey duygusal olan ihtiyaçlarını uygun bir ortam ve uygun şartlar bulup gideremediği için yaşama uyum sağlamak amacıyla bu sağlıklı çözümleri (baş etme modlarını) geliştirmiştir. Bu baş etme modları çocukluk döneminde geliştirilir. O dönemde birey için uygun kurtarıcı çözümler sağlamış olabilir. Fakat daha kapsamlı olan erişkin bir birey hayatı için gittikçe yetersiz ve uyumsuz hale gelirler.

**Söz Dinleyen Teslimci Mod:** Bu modda birey kendisini pasif ve aciz olarak değerlendirir. Güçlü bir otorite karşısında kendisini savunmasız hisseder. Yanlış davranmaktan, çatışmaya girmekten ve üzücü duygular deneyimlemekten kaçınmaktadır. Bu nedenle şemasına ve başkalarına boyun eğ (teslim olur). Terapisti de dahil olmak üzere diğerlerinin istediğine göre davranarak onları memnun etmek için yoğun çaba gösterir. Öyle ki otorite figürü ile iletişimini devam ettirebilmek ve intikamdan kaçınmak için başkalarının kendisini istismar, ihmal ve kontrol etmelerine, değersizleştirmelerine izin vermektedir. Bu moda sahip bireyler çevre tarafından uyumlu fakat pasif ve bağımlı (itaatkar) olarak bilinirler.

**Kopuk Korungan (Kaçınmacı Mod):** Bu moddaki birey şemalarından ve diğer şema modlarından kaçınarak şemanın gerektirdiklerini yapmaktan uzak durmaktadır. Baş etme yöntemi olarak psikolojik geri çekilmeyi kullanmakta, olgun ve sakin görünmektedir. Kendisini korumak için duygularını saklar, duygularını ifade ederken kontrolünü kaybetmekten korkar ve diğerlerinden kopuk bir yaşam sürdürmektedir. Bu nedenle de genellikle duygusuz ve boş hissetmektedir. Diğer insanlardan ve sosyal faaliyetlerden kaçınmak için soğuk ve alaycı bir tutum sergileyebilir. Davranışsal olarak sosyal geri çekilme, kendine aşırı güven, bağımlı kendini yatıştırma, hayal kurma, kompulsif dikkat dağınıklığı ve uyaran arama, madde kullanımı, kendine zarar verme sık görülür. Değişmesi en zor olan moddur ve BKB olan hastaların birçoğunda mevcut olup ilişkilerde sorun yaşamalarına neden olmaktadır.

**Aşırı Telafi Modu:** Bu moda sahip bir birey şemasını çürütmek için şema karşıtı davranışları doğruyuşçasına yerine getirir ve şemasının varlığını aşırı bir şekilde telafi eder. Başkalarına karşı mükemmel ve üstün görünmeye çabalamaktadır. Bazı aşırı telaficiler pasif-agresif davranırlar. Gizlice intikam alırken görünürde ılımlı olurlar ya da geciktirme, hainlik, yerine getiremememe, sızlanma aracılığıyla gizlice karşı çıkmış olurlar. Bazı aşırı telaficiler ise obsesifler. Katı düzen, sıkı özdenetim, planlama, rutinelere aşırı bağlanma veya aşırı tedbir aracılığıyla öngörülebilirliği üst düzeyde sürdürebilirler.

### 2.4.3. İşlevsiz Ebeveyn Modları

İşlevsiz ebeveyn modları cezalandırıcı ebeveyn modu ve talepkar ebeveyn modu olmak üzere iki tanedir. Her iki ebeveyn modunda da birey kendi ebeveynini içselleştirerek onun gibi davranma eğilimi göstermektedir. Yani ebeveyn modlarından biri aktif hale geldiğinde birey aslında kendi ebeveynine dönüşür. Geçmişte onun kendisine yaptığı gibi davranmakta, düşünmekte ve hissetmektedir.

**Cezalandırıcı Eleştirel Ebeveyn Modu:** Bu moddaki çekirdek şemalar cezalandırıcılık, kusurluluk, boyun eğicilik ve güvensizlik/suiistimal edilmedir. Cezalandırıcı ebeveyn modunda, ihtiyaçlarını ifade ettiği ya da yanlış yaptığı için mevcut olan çocuk modlarından biri eleştirilir, cezalandırılır ve kısıtlanır. Ses tonu da onaylamama ve aşağılama ile bunlara eşlik eder. Çünkü birey çocukluk döneminde ebeveyninden doğru bulunmayan davranışların cezalandırılması gerektiği bilgisini edinmiştir. Bu modda duygulara önem verilmez, duygular başarısızlığın sebebi olarak görülmektedir. Sadece başkalarını manipüle etmek amacıyla kullanılır. Bu mod özellikle ağır depresyon ve BKB olan kişilerde belirgin olarak görülmektedir.

**Talepkar Ebeveyn Modu:** Bu moddaki çekirdek şemalar yüksek standartlar ve kendini feda şemasıdır. Talepkar ebeveyn modu, gerçekçi olmayan yüksek ebeveynlik beklentilerine ulaşmak için mevcut çocuk modunu sıkıştırır ve ona baskı uygular. Fakat elde ettiği başarılar ile tatmin olmaz, beklentilerine sürekli yenisini ekler. Bu mod narsistik kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde çok yaygın olarak görülür. Bireyler talepkar ebeveyn moduna geçerek kendileri için yüksek standartlar belirlerler ve sonrasında da bu standartlara ulaşmak için kendilerini güdülerler. Fakat bu beklentileri yerine getiremediklerinde hayal kırıklığına uğrayarak utanç duyarlar. Bu utanç genellikle beraberinde cezalandırıcı ebeveyn modunu getirmektedir.

### 2.4.4. Sağlıklı Erişkin Modu

Bu mod bireyi terapide iyileştirmek için güçlendirilen, hastaya doğruyu, olumluyu gösteren, onu hafifletmeye çalışan moddur. Yani bireyin sağlıklı erişkin kısmıdır. Bu mod çocuk modlarının duygusal ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olmaktadır. Şema terapide mod çalışması kullanılırken sağlıklı erişkin modu oluşturmak veya var olanı güçlendirmek temel hedeflerden biridir. Örneğin; BKB tanısı almış bireylerin çoğunda hiçbir sağlıklı ebeveyn modu bulunmamaktadır. Terapist terapide öncelikle gelişmemiş olan bu modu geliştirmelidir. Bu nedenle terapist terapinin ilk başlarında sağlıklı erişkinin bir temsilcisi olmaktadır.

Young ve ark. (2009) şema terapi kuramını geliştirirken şema terapinin kişilik bozukluklarına ve kronikleşmiş Eksen I bozukluklarına uygulanabileceğini savunmuştur. Şema terapinin gelişmesi ve tedavide kullanılmaya başlamasının ardından başarılı sonuçlar alınmaya başlamış, borderline kişilik bozukluğu gibi ağır kişilik bozukluklarının da tedavi edilebileceği fikri gündeme gelmiştir. Aynı şekilde prognozu kötüye giden duygudurum bozukluklarında da şema terapi uygulanmış ve ego ile uyumsuz olduğu düşünülen şemalar üzerinde çalışılarak başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Fakat şema terapinin etkinliğine dair yapılan çalışmalar daha çok kişilik bozuklukları alanında olmuş, duygudurum bozuklukları üzerindeki etkinliğine dair çalışmalar kısıtlı düzeyde kalmıştır.

## 3. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU (BKB)

“Borderline” kavramı ilk kez 1938 yılında Stern tarafından nevroz ve psikoz arasındaki farkları tanımlamak için kullanılmıştır. Zilboorg 1941 yılında borderline için gerçeği değerlendirebilme yetisine sahip fakat duygulanımda bozulmalar gösteren, sık sık öfke nöbetleri sergileyen hafif şizofreni olarak tanımlamıştır. Deutsch, 1942 yılında borderline kavramını sürekli bir kimlik algısının olmadığı psikotik bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Daha sonra Hach ve Polatin pan fobi, pananksiyete ve pan seksüaliteden oluşan psödonörotik şizofreni kavramını ortaya atmıştır. Borderline kişilik bozukluğunu bir çeşit karakter bozukluğu olarak tanımlayan ilk kişi Melitta Schmiderberg’tir. Kernberg ise borderline kişilik bozukluğundan borderline kişilik örgütlenmesi olarak bahsetmiştir (Bayat ve Şengül, 2007). Ayrıca bozukluk sınır durumlar, şizofreni öncesi kişilik yapısı, psikotik karakterler, sınır kişilik, hastane yatışı gerekmeyen şizofreni, sahte nevrotik şizofreni gibi kavramlarla da tanımlanmaya çalışılmıştır (Çalışır, 2008). Örneğin; psikodinamik yaklaşımı benimseyen araştırmacılar “borderline” kavramını vakaların hem nevrotik hem de psikotik semptomlar gösterdiği durumlarda kullanmışlar ve böyle vakalara zayıf entegre olmuş kişilik, ilkel savunma örgütlenmesi, relatif olarak katı self-obje sınırları gibi tanımlamalar kullanmışlardır. Borderline kişilik bozukluğu; hem betimleyici, hem de psikodinamik yaklaşımla heterojen olarak kavramlaştırılmış bir fenomen olarak da görülmektedir. (Sakarya, 2007). Araştırmacılar manipülatif intihar girişimleri, yüksek dozda alkol, madde veya ilaç kullanımı, rastgele cinsel ilişkiye girme ve hızlı araç kullanma gibi dürtüsellğe

bağlı olarak ortaya çıkan riskli davranışlar nedeniyle bu bozukluğu nevrotik ya da psikotik bozukluklar grubuna dahil edememiş bu nedenle de yeni bir tanı ortaya koyma ihtiyacı duymuşlardır (Çalışır, 2008). Borderline kişilik bozukluğu ilk kez 1980 yılında DSM-III'te bir tanı kategorisi olarak yer almaya başlamıştır. Daha sonra Gunderson DSM-III'te yer alan BKB tanısını Kernberg'in gerçeklik algısını kaybetmeyen fakat ilkel savunmaları sıklıkla kullanarak dissosiyatif çözümleri bulunan "borderline kişilik organizasyonu" kavramından ayırtmıştır (Belli ve ark., 2013). DSM-IV'te ise bozukluğa duygudurum bozukluklarında görülen belirtiler ve dürtüsellikle ilgili belirtiler de dahil edilerek kapsamı genişletilmiştir. Bu kapsamda borderline kişilik bozukluğunun, bir duygudurum bozukluğu olduğunu da savunanlar bulunmaktadır (Aslan ve Sayın, 2015).

DSM-V'e göre borderline kişilik bozukluğu aşağıdaki verilen tanı ölçütlerinden beşi ya da daha fazlasının eşlik ettiği, erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlığa neden olan, dürtüsellik de eşlik ettiği bir kişilik bozukluğudur:

- ✓ Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamamalıdır).
- ✓ Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler örüntüsü.
- ✓ Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.
- ✓ Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamamalıdır.)
- ✓ Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
- ✓ Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunaltı).
- ✓ Süreğen bir boşluk duygusu : Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkelerini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
- ✓ Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözümler belirtileri.

DSM-V'in tanı ölçütlerine bakarak bu bozukluğun terk edilmek ve yalnız kalmaktan kaçınmak için çılgınca çabalar harcama, tutarsız kişiler arası ilişkiler, tutarsız benlik algısı ve duygulanım, yoğun bir dürtüsellik, intihar ya da öz kıyım davranışları, sürekli bir boşluk hissetme, ani ve yoğun öfke patlamaları, bazı durumlarda gözlemlenebilen kuşkulu düşünceler ve çözümler belirtileri ile seyreden bir bozukluk olduğu sonucuna ulaşılabilir (Belli ve ark., 2013). Bozukluğa ait belirtilerin çok geniş yelpazede yer alması nedeniyle BKB hastaları kısa bir süre içinde psikolojik, mesleki ve sosyal işlevselliklerini kaybetmektedir. Genellikle zeki ve yetenekli kişiler olmalarına rağmen patolojileri nedeniyle eğitimlerine devam edememekte, çalışmamakta veya kapasitelerinin altındaki işlerde çalışmaktadırlar. Ayrıca tutarsız kişiler arası ilişkileri nedeniyle sosyal hayatlarında da başarılı olamamaktadırlar (Ed., Beck ve ark., 2004).

Borderline kişilik bozukluğuna sahip bireyler kendilik değerlerini başkalarının varlığına göre şekillendirdikleri için ayrılma, reddedilme, yalnız kalma, çevre kaybetme veya değiştirme gibi durumlarla karşılaştığında buna katlanmakta zorlanırlar hatta dayanamazlar. Benlik algılarında, duygu, düşünce ve davranışlarında olumsuz yönde değişiklik yaşarlar (Ed., Beck ve ark., 2004). Örneğin, ani ve yoğun öfke hissederek hırçınlaşabilirler, böyle bir durumun yaşanmasını kendilerinin kötü olmasına yorabilirler. Tüm bu durumların önüne geçmek ve değişiklikleri kontrol altına alabilmek için öz kıyım ve intihar davranışları sergileyebilirler. Borderline kişilik bozukluğu bulunan kişiler karşısındaki kişileri sıklıkla intihar etmele tehdit ederler. Bazen bu tehditleri teşebbüse de dönüştürürler ve %10 oranında başarılı olurlar.

İlişki kurmanın kendi benliklerindeki aşağılanmayı sona erdirmek için gerekli bir yol olduğunu düşünürler bu nedenle zorundalıkla kurdukları ilişkilerinde samimi ve empatik olamazlar. Aksine ilişkileri oldukça yüzeysel ve dağınıktır. İlişkilerinde mesafe koyma ve yaklaşma konusunda kararsız ve beceriksizdirler. Karşısındaki kişiyi çok kısa bir sürede yüceleştirip birden yoğun bir ilişki kurarak en özel şeylerini bile paylaşabilirler (Ed., Beck ve ark., 2004). İlişkinin başlarında onu mükemmelleştirirler, olumsuz özelliklerini görmezden gelirler ve sürekli birlikte olmak isterler. Fakat çok kısa bir süre içinde bu kişi ile yaşantılarından

çıkardıkları bir sonuç ile ya da hayal kırıklığı sonrasında onu değersizleştirerek yerin dibine sokarcasına eleştirebilir, yeterince ilgi görememekten yakınabilirler. Sürekli ayrıcalık ve ilgi beklerler. Bu nedenle ikili ilişkileri iki zıt kutup arasında gidip gelen, dengesiz ve yoğun özelliklidir (Bayat ve Şengül, 2007).

Kişiler arası ilişkilerindeki tutarsızlık, dengesizlik ve ani değişim benlik algısında da görülür. Kendilerine olan güven duyguları çok çabuk kırılır. Kişi nasıl bir birey olduğuyula ilgili sorulara bütüncül ve tutarlı yanıtlar veremez. Çünkü farklı zamanlarda birbirinden farklı hatta birbirine zıt olan kendilik algılarının etkinleşmesine bağlı olarak birbirinden farklı değerlendirmeler yapar. İkili ilişkilerinde ve hayata dair diğer alanlarda her şey istedikleri gibi olduğunda kendilerini iyi hissederler, kendileriyle ilgili olumlu düşüncelere sahip olurlar. Fakat istenmeyen en ufak bir durumla karşılaştıklarında benlik algıları da hemen değişir, kendilerini kötü, başarısız ve değersiz olarak algırlar. Yaşama dair amaçları ve benimsediği değerleri ile ilgili ani değişimlere de gidebilir. Örneğin; meslek seçimi, arkadaş seçimi ve cinsel kimliklerine dair tercihlerinde kararsızlık yaşayabilir hatta tercihlerini birden bire değiştirebilirler (Bayat ve Şengül, 2007).

Duygu durumları da tepkiselliklerine bağlı olarak tutarsızdır. Genellikle disforik bir mizaca sahiptirler. Kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları stres ve olumsuzluklar nedeniyle ani öfke patlamaları, yoğun huzursuzluk, anksiyete, panik ve umutsuzlukla disforik durumlarına ara verirler. Çok nadir olarak da kendilerini iyi, tatmin olmuş ve değerli hissederler (Ed., Beck ve ark., 2004).

Diğer tanı kategorilerine oranla belirgin bir dürtüsellik görülmektedir. Genellikle fiziksel, duygusal ya da cinsel bir travmatik öykülerinin olması nedeniyle kontrol edilemeyecek oranda yüksek stres deneyimlemişlerdir. Bu kontrol altına alamadıkları stresi her deneyimlediklerinde kontrol altına alabilmek için kendilerine zarar verme yolunu seçerler. Yaşadıkları stresin büyüklüğü nedeniyle de kendilerine zarar verdiklerinde acıyı hissetmeleri azalmakta ya da yok olmaktadır (Ed., Beck ve ark., 2004). Dürtüsellik kendine zarar vermenin dışında başka alanlarda da görülebilmektedir. Örneğin; BKB hastaları çok para harcayabilirler, ruhsal zedelenmeye yol açacak tarzda rastgele cinsel ilişki yaşayabilirler, riskli araba kullanabilirler ve tıkanırcasına yemek yiyebilirler.

Dikkat süreleri uzun değildir. Başladıkları bir işte uzun süre harcamazlar, kolaylıkla canları sıkılır ve dikkatleri dağılır. Bu nedenle genel bir amaç edinemezler, uğraşlarını sıklıkla değiştirirler ve hep bir uğraş içerisine olma zorunluluğu hissederler. Bulamadıklarında yoğun can sıkıntısı ile birlikte kendilerini boşlukta hissederler. Bu boşluk duygusu da onları korkutur ve yalnız kalmak istemezler.

Öfkelerini kontrol altında tutma konusunda ciddi sıkıntılar yaşarlar. İkili ilişkilerinde karşıdaki kişide ihmal, isteksizlik ve dışlama hissettiklerinde ona karşı yoğun öfke hissederler ve bunu sözel patlamalarla gösterirler. Karşıdaki kişiyi küçük düşürücü sözler söyleyebilirler. Bu öfke nöbetleri bir süre sonra yerini utanç ve suçluluğa bırakmaktadır. Bu da kendilik algılarında olumsuzluğa neden olmaktadır.

Gerçeği değerlendirme yetilerini kaybetmemişlerdir fakat aşırı ve uzun süreli stresli durumlara maruz kaldıklarında geçici paranoid düşünceler, mikrohallsinatör yaşantılar ve kendine ve gerçek dünyaya yabancılaşma gibi dissosiyatif yaşantılar görülebilir (Bayat ve Şengül, 2007). Bu semptomlar kişinin psikotik bir tanı almasını gerektirecek derecede şiddetli ve uzun süreli olmaz. Örneğin; mikrohallsinatör yaşantıları dakikalar ya da saatler içerisinde kaybolmaktadır.

Borderline kişilik bozukluğu olan bireyler bölme başta olmak üzere yansıtımlı özdeşim, ilkel idealleştirme, tüm güçlülük, değerini yüceltme, değersizleştirme gibi ilkel düzeydeki savunma mekanizmalarını sıklıkla kullanırlar. İd ve ego birbirinden net bir şekilde ayrılaşmamıştır. Bu nedenle idde barınan yıkıcı dürtüler ve ilkel tasarımlar egoya baskı yapar. Ego bünyesinde sıklıkla çatışmalı durumları barındırır ve yoğun anksiyete duyar. Bu anksiyete ve baskı ortadan kaldırmak için bölme savunma mekanizması ile bunları birbirinden ayrı tutmaya çalışır, fakat alt bilince gönderemediği için anksiyeteyi sonlandırmada başarılı olamaz. Bölmeyi kullanmanın sonucunda da ego daha da zayıflar, benlik sınırları daha geçirgen hale gelmektedir.

#### **4. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU'NDA ŞEMA TERAPİSİ**

Borderline kişilik bozukluğunda birçok şema aynı anda faaliyete geçer. Sıklıkla ortaya çıkan şemalar; terk edilme / dengesizlik, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk / utanç, bağımlılık / yetersizlik, hastalığa veya zarara dayanıksızlık, yetersiz özdenetim/öz disiplin, boyun eğicilik, duyguları bastırma ve cezalandırıcılık şemalarıdır. Kişilik bozuklukları arasında en çok şemaya sahip olan borderline kişilik bozukluğudur. Bunun yanı sıra bireyin duygu, düşünce ve davranışları çok hızlı değişime uğradığı için aktif olan şemaların da değişimi hızlıdır. Bu da borderline kişilerle çalışmayı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle şema modu kavramı geliştirilmiştir. Şema modu, belirli durumlarda etkin hale gelen şemaların ve sürecin tamamıdır (Arntz ve Genderen, 2014).

Borderline kişilik bozukluğunda ortaya çıkan şema modları kopuk korungan, terk edilmiş çocuk, kızgın/dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve sağlıklı erişkin modudur. Zaman zaman kopuk korungan mod ile cezalandırıcı ebeveyn modu birbiriyle karıştırılmaktadır. Çünkü kişi kopuk korungan moddayken diğer insanları kendisinden uzak tutabilmek için kızgın ve kuşkulu olabilmektedir. Bu iki modu birbirinden ayırabilmek için bireyin öfkesinin yönüne ve amacına bakılmalıdır. Kopuk korungan modda birey, çevreyi kendisinden uzak tutabilmek adına öfkesini onlara yöneltir. Cezalandırıcı ebeveyn modunda ise birey duygularını açıklayıp zayıflık gösterdiği için öfkesini kendisine yöneltir (Young ve ark., 2009). Kopuk korungan mod kızgın/dürtüsel çocuk moduyla da karıştırılabilir. Bu iki modu birbirinden ayırabilmek için de öfkenin sergilenmesine aracılık eden tepkiler gözlenmelidir. Kopuk korungan moddaki birey öfkesini bir yetişkinde görülebilecek tepkilerle sergilerken kızgın çocuk modunda kişi öfkesini 4-5 yaşındaki bir çocuk gibi sergiler. Davranışları tamamen dürtüsel ve mantıksızdır. Alakasız konularda öfke sergileyebilir. Kopuk korungan modda birey yorgun ve uykusuz davranışlarda bulunarak da kendisini çevreden uzak tutabilir. Bu durumda ise bireyin gerçekten yorgun olup olmadığı araştırılır. Terk edilmiş çocuk modu ise genellikle ilişkilerin başlarında ve kriz durumlarında devreye girer (Ed., Beck ve ark., 2004).

Leppanen ve arkadaşları (2014)'nın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan bireylerde şema odaklı terapi ile diyalektik davranışçı terapinin etkinliklerini karşılaştırdıkları bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin genel topluma oranla onay arayıcılık ve kendini feda dışındaki erken dönem uyumsuz şemalarda anlamlı bir farka sahip olduğu bulunmuştur.

Yine Leppanen ve arkadaşları (2015)'nin intihar riski olan ve olmayan borderline kişilik bozukluğu tanısı almış toplam altmış katılımcıdan oluşan bir örnekleme yapmış oldukları çalışmada intihar riski yüksek olan grupta duygusal yoksunluk, terk edilme/istikrarsızlık, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve kuşkuculuk/kötüye kullanılma şemaları ve incinebilir çocuk, öfkeli çocuk, kopuk korungan, söz dinleyen/teslimci ve cezalandırıcı ebeveyn modları tespit edilmiştir. İntihar riski olmayan grupta ise sağlıklı erişkin moduna ve mutlu çocuk şeması yaygın olarak görülmüştür. Bu çalışmanın sonucu da erken dönem şemaların ve şema modlarının intihar düşüncesiyle yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Martina Jovev ve Henry J. Jackson (2004)'ın borderline kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu tanısı almış olan 48 katılımcıyla yapmış oldukları bir çalışmada bağımlılık/yetersizlik, kusurluluk/utanç ve terk edilme/istikrarsızlık şemalarına ait puanlar en fazla borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olanlarda yüksek çıkmıştır. Diğer kişilik bozukluklarında da farklı şemalara ait puanlar yüksek bulunmuştur. Bu bilgi de bize şema ölçeğinin farklı tanı gruplarını ayırt etmede kullanışlı olabileceğini göstermektedir. Çünkü farklı tanı gruplarında farklı şema örüntüleri aktif olmaktadır.

Lawrence ve arkadaşları (2011)'nin özellikle borderline kişilik bozukluğuyla ilişkili olabilecek erken dönem uyumsuz şemaların olup olmadığını araştırdıkları bir çalışmada yaş aralığı 15 ile 24 arasında değişen, borderline tanısı almış olan 30 kişiye ve 28 kişiden oluşan kontrol grubuna Young Şema Ölçeği'nin kısa formu uygulanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan grupta erken dönem uyumsuz şemaların çoğunda puanlar kontrol grubuna oranla çok yüksek çıkmıştır. Bu da borderline kişilik bozukluğunda şema profilinin oldukça heterojen olduğunu ve bozuklukla ilişkili olan belirleyici şemaların olmadığını göstermektedir.

Beck ve arkadaşları (2004) borderline kişilik bozukluğunun yalnızlık, bağımlılık, sevilme(duygusal yoksunluk), boşluk duygusu, kontrolden yoksun olma, kusurlu olma, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama ve incinebilirlik/kırılganlık özelliklerinin diğer kişilik bozukluklarına göre oldukça sık görüldüğünü ve bunlarında ayrılma ve dışlanma/reddedilme ve zedelenmiş özerklik ve performans şema alanlarıyla ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Young, Ball ve Cecero (2001)'nin madde kötüye kullanım tedavisi gören 23 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada ise borderline kişilik bozukluğunun ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanından özellikle terk edilme/istikrarsızlık ve güvensizlik/suiistimal edilme şemalarıyla ilişkili olduğu özellikle terk edilme şemasının bozuklukta belirleyici olduğu bulunmuştur.

Nordahl ve arkadaşları (2005)'nin 82 psikiyatri hastasıyla yaptıkları çalışmada da ayrılma ve dışlanma/reddedilme ve zedelenmiş özerklik ve performans şema alanıyla borderline kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Reeves ve Taylor (2007)'un yaş ortalaması 19 olan, cinsiyet, diğer kişilik bozuklukları ve diğer uyum bozucu şemaların kontrol edildiği öğrencilerden oluşan örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada da ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanından özellikle terk edilme/istikrarsızlık ve sosyal izolasyon şemaları ve

zedelenmiş özerklik ve performans şema alanından yapışıklık/gelişmemiş benlik şemasının borderline kişilik bozukluğu ile oldukça ilişkili olduğu bulunmuştur.

## 5. SONUÇ

İlgili literatür çalışmalarına giriş kısmında ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Örneğin; young ve arkadaşları (2003) BKB’de aktif olan şema boyutlarını araştırdıklarında bu bozuklukta hemen hemen tüm şemaların etkin bir şekilde bulunduğunu görmüşlerdir. Araştırmacılara göre BKB tanısı almış kişileri diğerlerinden ayıran önemli bir durum da şemalarının şiddet düzeyidir. Bu durum da BKB olan bireylerin sahip olduğu şemaların şiddet düzeyinin yüksek olması literatürle örtüşen bir bulgudur.

Lawrence ve arkadaşları (2011) da yaptıkları bir çalışmada BKB tanısı almış olan kişilerden deney grubu, sağlıklı olan kişilerden de kontrol grubu oluşturarak bu iki grubun erken dönem uyumsuz şemalarını araştırmışlardır. Araştırma sonucunda BKB tanısı alan grubun 11 şemada (terk edilme, güvensizlik/kötüye kullanılma, sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç, duygusal yoksunluk, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, boyun eğicilik, yetersiz özenetim/özdisiplin, duygularını bastırma) sağlıklı olan gruba göre daha şiddetli şema düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Arntz ve Genderen (2014)’e göre de borderline kişilik bozukluğunda pek çok şema bulunmaktadır. Sıklıkla ortaya çıkan şemalar; terk edilme/dengesizlik, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, bağımlılık/yetersizlik, hastalığa veya zarara dayanıksızlık, yetersiz özenetim/öz disiplin, boyun eğicilik, duyguları bastırma ve cezalandırıcılık şemalarıdır. Bu çalışmada ise cezalandırıcılık şemasının BKB olan katılımcılarda anlamlı oranda yüksek bulunmaması Arntz ve Genderen (2014)’in çalışmasıyla çelişen bir bulgudur.

Leppanen ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmada borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerde erken dönem uyumsuz şemaları araştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda tanı alan bireylerde genel topluma oranla onay arayıcılık ve kendini feda dışındaki tüm şema boyutlarında anlamlı oranda farklılaşma bulmuşlardır. Fakat bu çalışmada BKB olanlarda cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şemaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte onay arayıcılık ve kendini feda şemaları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Genel olarak bakıldığında çalışmada BKB ile ilgili elde edilen bulguların literatürde yer alan araştırmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Hem literatürdeki araştırmalar hem de bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular erken dönem uyumsuz şemaların BKB olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğunu, bu farklılaşmanın da bozukluk için yordayıcı nitelikte olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak bu alanda yapılan çalışmalar belli şema boyutlarının veya şema alanlarının borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğunu hatta bozukluk için belirleyici olduğu bilgisini verse de bu bilgiyle çelişen bazı araştırmalar da bulunmaktadır. Bu çelişkiler borderline kişilik bozukluğunda şemaların hemen hemen hepsinin aktif olduğu bu nedenle de birinin diğerinden daha belirleyici olmadığı ve diğer tanı gruplarında da benzer şema örüntülerinin görülebildiği yönündedir. Bu alandaki çelişkileri ortadan kaldırmak ve daha net bağlantılar elde edebilmek için yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Karıştırıcı etkenlerin kontrol altına alındığı ve daha büyük örneklemelerin kullanılacağı araştırmalarla daha net bulgular elde edilebilecektir.

## KAYNAKÇA

- Arntz, A. ve van Genderen, H. (2014). *Sınır kişilik bozukluğu için şema Terapi* (2.baskı). (Çev. M., Şaşıoğlu ve S., Kohen, Psikonet Yayınları, İstanbul.
- Ball, SA ve Cecero, JJ (2001). “Kişilik bozukluğu olan bağımlı hastalar: Özellikler, şemalar ve problem sunma”, *Kişilik bozuklukları dergisi*, 15 (1), 72-83.
- Bayat, S. ve Şengül, N.K. (2007). *Kişilik bozuklukları*, <http://bilka.org.tr/upload/file/Kisilik%20bozukluklari.doc>. (Erişim Tarihi: 05.04.2021).
- Beck, A. T., Freeman, A. (2004). *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*. (Edt. Davis, D. D.) *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2.Baskı) içinde (187-215). Guilford, New York
- Belli, H., Ural, C. ve Akbudak, M. (2013). “Borderline Kişilik Bozukluğu: Duygu Durum Dengeleyicilerin Tedavideki Yeri”, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 26(1), 72-79.
- Çalışır, M. (2008). “Sınırdaki kişilik bozukluğu aslında bir bipolar spektrum mudur?”. *Klinik Psikiyatri*, 11 (3), 143-152.

- Jovev, M., ve Jackson, H. J. (2004). "Early maladaptive schemas in personality disordered individuals" *Journal of personality disorders*, 18(5), 467-478.
- Kapçı, E. G. ve Hamamcı, Z. (2010). "Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü", *Klinik Psikoloji Dergisi*, 13: 127-136.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. ve Chanen, A. M. (2011). "A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people", *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39.
- Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., ve Hakko, H. (2016). "Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study", *Personality and mental health*, 10(1), 58-71.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. ve Haugum, J. A. (2005). "Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?.", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A.(2014). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (12. Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Reeves, M. ve Taylor, C. (2007). "Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104
- Sakarya, D., ve Çevik, A. (2007). "Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu. Türkiye Klinikleri" *Journal of Internal Medical Sciences*, 3(12), 40-46.
- Sayın, A., ve Aslan, S. (2005). "Duygudurum Bozuklukları ile Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 276-283.
- Türkçapar, M. H. Ve Işık, B. (2000). "Borderline kişilik bozukluğu". *Psikiyatri Dünyası*, 4: 44-49
- Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi*, Litera Yayıncılık, İstanbul.