



## KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA ŞEMA TERAPİ YAKLAŞIMI

İpek Şenkal Ertürk<sup>1</sup>

Gülşen Kaynar<sup>2</sup>

### ÖZ

Şema Terapi (ŞT) kişilik bozukluklarının tedavisinde etkililiği görgül çalışmalarla kanıtlanmış, yaşam boyu devam eden kronik sorunlara yönelik bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır. Son yıllarda giderek popüler hale gelen ŞT'nin kuramsal varsayımları ve klinik etkililiği klinisyen ve araştırmacılar tarafından daha çok ilgi görmeye başlamıştır. Ancak şema terapide karşılaşılan karmaşık vakaların tedavisi birçok klinisyen için terapide tıkanmaya yol açmış konulardan biri olmuştur. ŞT'nin, daha karmaşık vakaları tedavi etmede tek başına yeterli olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, Şema Mod Terapisi (ŞMT) terapistlerin tıkanmış hissettiklerinde kullanabilecekleri ŞT'nin gelişmiş bir parçası olarak görülmüştür. ŞMT geleneksel yaklaşımların başarısız olduğu özellikle karmaşık kişilik patolojisinin tedavisinde modlarla daha ileri düzeyde çalışmaya işaret eden etkili bir terapi şeklidir. Ancak ülkemizde kişilik bozuklukları için ŞMT ve ŞT'nin hem kuramsal varsayımlarını hem de bu varsayımları test eden görgül çalışmaları bütünlükten derleme makaleleri sınırlıdır. Bu derleme makalesi alanyazındaki bu boşluğu doldurmak amacıyla, ŞMT ve ŞT Modeli'nin kuramsal ve tedavi kısmını kişilik bozuklukları çerçevesinde terapötik ittifak ve etkililik çalışmalarıyla birlikte ele almıştır. ŞMT ve ŞT'nin başta Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) olmak üzere kişilik bozuklukları için umut vaat eden bütünlükten bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir.

*Anahtar kelimeler:* Şema terapi, kişilik bozuklukları, etkililik çalışmaları.

## SCHEMA THERAPY APPROACH FOR PERSONALITY DISORDERS

### ABSTRACT

Schema therapy (ST) is an integrative treatment method to chronic lifelong problems with effectiveness, supported with empirical studies for treating personality disorders. Theoretical assumptions and clinical effectiveness of ST, becoming increasingly popular recently, has gained more attention by clinicians and researchers. However, complex cases in ST have been difficult to treat for many clinicians. Considering that ST is not adequate by itself for the treatment of more complex cases, Schema Mode Therapy (SMT) has been seen as an advanced piece of ST for the therapists when they feel frustrated. SMT, referring to more advanced work with modes for the treatment of particularly complex psychopathology, is an effective therapy method. However, review articles of SMT and ST for personality disorders that integrated both theoretical assumptions and empirical studies are limited in Turkey. In an attempt to fill this gap in the literature, this review article discussed theoretical and treatment parts of SMT and ST with therapeutic alliance and effectiveness studies within the frame of personality disorders. SMT and ST appear to be a promising integrative treatment approach to personality disorders, particularly borderline personality disorder.

*Keywords:* Schema therapy, personality disorders, effectiveness studies

<sup>1</sup> Araştırma görevlisi, Ankara Üniversitesi, isenkal@ankara.edu.tr

<sup>2</sup> Araştırma görevlisi, Ankara Üniversitesi, gkaynar@ankara.edu.tr

## 1. GİRİŞ

Erken dönem yaşam deneyimleri, yaşamın sonraki yıllarında bireyin kişilerarası ilişkileri ve psikolojik belirtileri üzerinde etkisi olan önemli faktörlerden biridir (Young vd. 2003, s. 6, 37). Bu nedenle erken dönem dinamiklerin nasıl oluştuğu ve sonraki dönemlerde nasıl bir işlev gördüğü akla gelen önemli sorulardandır. Bu sorulara karşılık pek çok kuram ve yaklaşım (örn., psikanalitik kuram, gestalt yaklaşımı) erken dönem deneyimlerin uzun süreli etkilerinin altını çizmektedir. Buradan hareketle, erken deneyimlerin uzun süreli etkilerini ele alan pek çok terapi yaklaşımı da çocukluk dönemi dinamiklerinin üzerinde durur. Bu süreç psikanalitik terapi ekolü ile başlarken (bkz., Hunt, 1979, s. 112), 1950’lerde bilişsel devrimle birlikte bilişsel terapilerin temelini atılması ve klinik uygulamalara bilişsel paradigmanın girmesi ile devam etmiştir (David vd. 2004, s. 354). Bilişsel terapi erken dönem deneyimler sonucunda genellenmiş bilişsel kalıplar olarak tanımlanan şemalara dayanmaktadır (Beck, 1967). Bilişsel terapinin etkililiği ise, kişilik bozuklukları ve ilişki problemleri gibi kronik, karmaşık örüntülerde tartışılmış, kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisinde kısa süreli bilişsel terapinin bazı sınırlılıkları olduğu düşünülmüştür (Young vd. 2003, s.2). Bu sınırlılıklardan hareketle, bilişsel davranışçı yaklaşımdan genişletilerek oluşturulan farklı terapi modelleri ortaya çıkmıştır. Kişilik bozukluklarının tedavisinde günümüzde kullanılan bilişsel yaklaşımlar arasında Diyalektik Davranış Terapisi (Linehan, 2001), Bilişsel Baş Etme Terapisi (Sharoff, 2002), Akılcı Duygusal Terapi (Ellis, 2001) ve Şema Terapi (Young ve ark., 2003) gibi yaklaşımlar yer almaktadır (Nysaeter ve Nordahl, 2008, s. 250-251).

Şema Terapi (ŞT) kişilik bozuklukları tedavisinde etkililiği kanıtlanmış bir terapi modelidir (Bamelis vd. 2014, s. 305). Yirmi yılı aşkın süredir yapılan çalışmalarla ŞT, anlaşılır olmasına rağmen daha karmaşık bir model haline gelmiştir (Masley vd. 2012, s.187). Böylece son yıllarda kuramsal varsayımları ve klinik etkililiğini test etmeye başlayan klinisyen ve akademisyenlerle birlikte ŞT Modeli giderek popüler hale gelmiştir. Ancak, ülkemizde ŞT’nin kişilik bozuklukları için tanımlanan kuramsal varsayımlarını görgül çalışmalarla birlikte ele alan derleme çalışmaları kısıtlı görünmektedir. Bu derleme makalesi, alanyazındaki boşluğu doldurmak amacıyla, ŞT Modeli’nin kuramsal ve tedavi kısmını kişilik bozuklukları çerçevesinde ele alan bir derleme çalışmasıdır. Bu çalışmada, kişilik bozukluklarında ŞT Modeli üzerine bir derleme yazısı oluşturmak için “Şema Terapi”, “erken dönem uyumsuz şemalar”, “şema modları”, “Şema Mod Terapisi”, “kişilik bozukluklarında Şema Terapi”, “Şema Terapide etkililik çalışmaları” ve “Şema Terapide terapötik ittifak” kavramları Ulakbim Ulusal Veritabanları, PsycINFO, PsycARTICLES, Yök Tez Merkezi, EBSCOhost, Ebrary, ScienceDirect, Wiley Online Library ve Google Akademik veritabanları kullanılarak özetlerde, başlıklarda ve ana metinlerde taranmıştır. Bu derleme çalışmasına, kişilik bozukluklarında ŞT ve ŞMT’yi ele alan ve İngilizce ve Türkçe dillerinde yayınlanmış araştırma ve derleme makaleleri, vaka çalışmaları, kitap ve tezler dahil edilmiştir.

### 1.1.Şema Terapide Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Şema Alanları

ŞT Modeli ciddi, uzun süreli psikolojik sorunları tedavi etmek için tasarlanmış; Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), psikodinamik, kişilerarası, deneysel yaklaşımlarla birlikte bağlanma ve nesne ilişkileri kuramlarını da harmanlayan bütüncül bir yaklaşımdır (Rafaeli vd. 2011, s. 7; Young vd. 2003, s. 1). Şema yaklaşımının en temel kavramı erken dönem uyumsuz şemalardır. Young, erken dönem uyumsuz şemaları “çocukluk ve ergenlik boyunca gelişen önemli bir dereceye kadar işlevsizliğe yol açan, anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyulardan oluşan,

kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaygın ve genel örüntüleri” olarak tanımlar (Young vd. 2003, s. 7). Erken dönem uyumlu olan şemalar gibi, uyumsuz şemalar da çocukluk ya da ergenlik dönemi boyunca erken yıllarda oluşmaktadır (Nordahl vd. 2005, s. 143; Young vd. 2003, s. 8). Bununla birlikte Young ve arkadaşlarına (2003, s. 28) göre sıklıkla ihmalin, istismarın, eleştirinin tekrar tekrar deneyimlendiği ya da temel duygusal ihtiyaçların karşılanmadığı bir çevrede büyüyen çocuklarda erken dönem uyumsuz şemalar gelişmektedir. Young çocuğun erken dönem yaşantılarına bağlı olarak gelişen 18 şemayı beş grup altında toplamıştır: (1) kopukluk/reddedilmişlik, (2) zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma, (3) zedelenmiş sınırlar, (4) diğeri yönelimlilik ve (5) aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık (Young vd. 2003, s.12). Bu modele göre *Kopukluk/reddedilmişlik* şema alanındaki şemalara (terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon/yabancılaşma) sahip olan bireyler diğerleri ile güvenli, tatmin edici bir bağlanma oluşturamamakta ve istikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma gibi ihtiyaçlarının diğerleri tarafından gideril(e)meyeceğine inanmaktadırlar. *Zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma* şema alanında şemalara (bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, iç içe geçme/gelişmemiş benlik ve başarısızlık) sahip bireyler kendi kimliklerini ortaya koyamamakta, kendi yaşamlarını kuramamakta, kişisel hedefler koymak ve bunlara ulaşmak için gerekli becerileri kazanamamaktadırlar. *Zedelenmiş sınırlar* alanında öz disiplin ve karşılıklılık hakkında içsel sınırları koymada güçlük yaşamayla ilişkili şemalar (hak görme/büyüklik ve yetersiz öz denetim) yer almaktadır. *Diğerleri yönelimlilik* şema alanında şemalara (boyun eğicilik, kendini feda ve onay arayıcılık) sahip bireyler onaylanma, duygusal bağlantıyı sürdürme ya da tepkiden kaçınma için kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya önem verdiklerinden öfke ve tercihlerinde farkındalık yoksunluğu yaşamaktadırlar. Son olarak, *aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık* şema alanındaki şemalarda (karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılık) spontan duygu ve dürtüleri baskı altına alma ve genelde yaşamla ilgili katı içselleştirilmiş kurallar koyma söz konusudur (Young vd. 2003, s. 14-17).

## 1.2.Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kökenleri

Erken dönem uyumsuz şemalar çocuğun çevresine uyum sağlama ve bu deneyimlere anlam verme girişimlerini yansıtması açısından önemli görünmektedir. Böylelikle, erken dönem uyumsuz şemaların kökeninde çocukluk dönemi boyunca bireyin ailesi ya da birincil bakım veren ile ilişkisinde oluşan temalar yer almaktadır. Bu temalar temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması, erken dönem yaşantılar ve duygusal mizaçtır (Young vd. 2003, s. 9-11). Şema modeline göre çocuklukta a) başkalarına güvenli bağlanma, b) özerklik, yetenek, olumlu kimlik algısı c) ihtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü d) kendiliğindenlik ve e) gerçekçi sınırlar, özdenetim olmak üzere temel duygusal ihtiyaçları karşılanmayan bireyler uyumsuz şemalar geliştirmektedirler (Young vd. 2003, s. 10). Erken dönem uyumsuz şemaların kökeninde var olan bileşenlerden bir diğeri ise aile içinde yaşanan etkileşimlerin üzerinde durur. Başka bir anlatımla, erken yaşam dönemlerinde bireyin ailesi ya da diğerleriyle etkileşimlerinde travmatik yaşantılara maruz kalması ya da özerklik, olumlu kimlik algısı gibi karşılanması gereken ihtiyacının giderilmemesi sonucunda erken dönem uyumsuz şemalar kendini göstermektedir. Bu noktadan hareketle, erken dönemde travmatize edilen ya da zarar gören çocuk kötüye kullanılma, kusurluluk gibi şemalar geliştirebilir (Young vd. 2003, s. 10). Örneğin, erken dönem uyumsuz şemalar ile örselenme yaşantıları arasındaki ilişki açısından bakıldığında cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan bulimia sorunu olan iki grubun şema düzeyinin anlamlı olarak farklılaştığı gözlenmiştir (Waller vd. 2001, s. 703). Söz konusu

çalışmada, cinsel istismarı olan grubun kopukluk/reddedilmişlik şema alanındaki tüm şema puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulguyla tutarlı olarak, alanyazında erken dönem deneyimleri geriye dönük değerlendiren çalışmalar ebeveyn tarafından gösterilen duygusal ihmal ve istismar deneyimleri ile özellikle kopukluk/reddedilme ve zedelenmiş otonomi alanları arasında ilişkileri ortaya koymuştur (örn., McCarthy ve Lumley, 2012, s. 292; Thimm, 2010, s. 54). Benzer olarak, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, her bir istismar yaşantısının (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar) kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanlarıyla anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur (Yiğit ve Erden, 2015, s. 51).

Erken dönem uyumsuz şemaların çoğunlukla çocukluğun erken döneminde olduğu varsayılmasına karşın, Young'ın modeli şemaların yeni deneyimlerin etkisi altında yaşam boyu şekillendiğini vurgulamaktadır (Young vd. 2003, s. 61). Böylece aile ortamına ek olarak okul gibi diğer alanlar çocuk için giderek önemli hale geldikçe bu alanlardaki zedeleyici deneyimler şemaların oluşumuna katkıda bulunabilir. Yine de yaşamın sonraki yıllarında gelişen şemaların aile ortamında erken dönemde gelişen şemalar kadar yaygın ve güçlü olmadığı düşünülmektedir (Rafaeli vd. 2011, s. 20). Örneğin, McCarthy ve Lumley (2012) farklı üç kaynağın (anne baba, akran, eş) gösterdiği kötü muamelenin etkilerinin nasıl farklılaştığını araştırmışlardır. Bu çalışmada, araştırmacılar anne baba tarafından maruz kalınan kötü muamelenin erken dönem uyumsuz şemalarla daha güçlü ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuşlardır (McCarthy ve Lumley, 2012, s. 293).

Young ve arkadaşlarına (2003, s. 11) göre erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda rol oynayan önemli diğer bir bileşen ise çocuğun duygusal mizacıdır. Farklı mizaçların çocukları farklı yaşam koşullarına maruz bırakacağı düşünülmektedir. Nitekim mizaç ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışmalara rastlanmaktadır (örn., Calvete, 2014, s. 740; Halvorsen vd. 2009, s. 403). Erken dönem uyumsuz şemalar çocuğun mizacı ve olumsuz çevresi arasındaki etkileşimden doğmaktadır (Young vd. 2003, s.10). Örneğin, iki çocuk anne baba tarafından maruz kalınan istismara çok farklı şekilde tepki verebilir. İçedönük olan bir çocuk geri çekilip sosyal dünyadan gizlenebilir, böylece kopukluk/reddedilmişlik şema alanındaki şemaları geliştirebilirken, dışadönük olan çocuk dış dünyada olumlu ilişkileri arayarak daha işlevsel şemalar geliştirebilir (Calvete, 2014, s. 737).

ŞT Modeli'nde erken dönem uyumsuz şemaların gelişimi için öne sürülen ve yukarıda sözü edilen kuramsal çerçeveden hareketle, erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde rol oynayan etkenler alanyazındaki araştırmalarla sınanmış ve tutarlı sonuçlar göstermiştir. Alanyazında erken dönem uyumsuz şemaların çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilişkisini (Waller vd. 2001, s. 703); fiziksel, duygusal istismar ile ilişkisini (Calvete, 2014, s. 740; Lumley ve Harkness, 2007, s. 649; Specht vd. 2009, s. 260); algılanan ebeveynlik biçimleri ve aile işlevselliği ile ilişkisini (Kapçı ve Hamamcı, 2010, s. 131) destekleyen araştırmalar mevcuttur.

Sonuç olarak sözü geçen bütün çalışmaların bulguları şema modelinde şemaların öne sürülen kökenlerinin erken dönemde gelişen aile dinamikleriyle ilişkili olduğu varsayımını destekler niteliktedir.

### **1.3.Şemalar Nasıl Sürdürülür? Baş Etme Biçimleri ve Modlar**

Erken dönem uyumsuz şemaların her bir kişide belli derecelerde ve farklı düzeylerde şiddet ve yaygınlığa sahip olduğu görülmektedir. Örneğin, yirmi yılı aşkın süredir erken dönem uyumsuz şemaların varlığı ve farklı düzeylerdeki yoğunluğu klinik olan ve olmayan yetişkin

(örn., Giesen-Bloo vd. 2006, s. 650) ergen (örn., Lumley ve Harkness, 2007, s. 644) ve çocuk (örn., Rijkeboer ve Boo, 2010, s. 103) örneklerinde bilimsel araştırmalarla desteklenmektedir. Şemalar bireylerin kendi şemalarını doğrulayacak şekillerde davranmalarına yol açarak kendi kendini sürdürürler (Butler vd. 2002, s. 1232). Böylece erken dönem uyumsuz şemaların varlığını sürdürmesinde önemli olan üç baş etme yolu kavramsallaştırılmıştır: (1) şema teslimi, (2) şema aşırı telafisi ve (3) şema kaçınması şemaları sürdüren uyumsuz başa çıkma biçimleridir (Young vd. 2003, s. 33). Young ve arkadaşlarına (2003, s. 34) göre *şema teslimi*, şemanın varlığını sürdüren ve güçlendiren düşünsel, davranışsal veya duygusal stratejileri; *kaçınma*, şemayı tetikleme olasılığı olan düşünce ve imgeleri engellemeyi; *aşırı telafi* ise şemanın tersi yönde düşünme, davranma ve şemayla savaşıma eğilimini içermektedir. Her bir baş etme biçimi kısa vadede rahatlatma sağlarken, uzun vadede patolojiyi sürdürebilir (Sempértegui vd. 2013, s. 434).

ŞT Modeli'ne en son eklenen kavram ise şema modlarıdır. Şema modları hem sağlıklı hem de patolojik taraflardan oluşur ve belirli ve farklı temalar etrafında toplanır (Lobbestael vd. 2007, s. 78). Lobbestael ve arkadaşlarına göre (2007, s. 78) uyumsuz modlar bir çocuk gibi deneyimlenen yoğun duygusal durumlara bir tür gerilemeyi yansıtır. Bu noktadan hareketle, Young ve arkadaşları (2003, s. 40) Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB), hastalarının değişken davranışlarını daha iyi açıklamak için modları da içeren bir model sunmuşlardır. Şema modu "birey için o anda aktif olan şemalar ya da uyumlu, uyumsuz şema faaliyetleri" olarak tanımlanmaktadır (Young vd. 2003, s. 271). Erken dönem uyumsuz şemalar tetiklendiğinde baş etme stratejileri, ilişkili modları aktif hale getirmektedir (Young vd. 2003, s. 41). Nitekim, Rijkeboer, Lobbestael ve Huisman-van Dijk'in erken dönem uyumsuz şemalar ve şema modları arasındaki ilişkide şema baş etme biçimlerinin aracı rolünü inceledikleri bir çalışmada, SKB'de baskın olan şemalar (örn., terk edilme, güvensizlik) tetiklendiğinde, şema teslimi stratejisinin incinmiş çocuk modlarına aracılık ettiği gözlenmiştir. Diğer yandan, kaçınmanın kopuk korungan moda; aşırı telafinin ise kızgın çocuk ya da zorbalık ve saldırganlık modlarına aracılık ettiği bulunmuştur (akt., Sempértegui vd. 2013, s. 440).

Sağlıklı bireylerde, modların bütünleşmiş olduğu; bu bireylerin modlar arasında sorunsuz geçiş yapabildiği ve diğer modlarının da farkında olduğu düşünülmektedir. Buna karşın, SKB hastaları modlar arasında çok ani ve şiddetli bir şekilde gidip gelmektedirler (Bamber, 2004, s. 426). SKB olan hastaların bu dalgalanmalarına işaret eden şema modları arasındaki ani değişimler kişiliklerinin bütünleşmemiş farklı yönlerini temsil etmektedir. Özellikle öfkeli ve dürtüsel çocuk ile terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk modları arasındaki değişimlerin SKB'deki dissosiyatif deneyimlerle ilişkili olduğuna ve bu modların bütünleştirilmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmiştir (Johnston vd. 2009, s. 248).

Young ve arkadaşlarının (2007) geliştirdiği Şema Mod Envanteri'nde değerlendirilen şema modlarından hareketle, şema modları dört genel kategoride toplanabilir: çocukluk ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu oluşan *uyumsuz çocuk modları*; savaşıma, kaçma, donakalma baş etme tarzlarının aşırı kullanımıyla tutarlı olan *işlevsiz baş etme modları*; hastanın çocukken ebeveyni tarafından maruz kaldığı ve içselleştirdiği davranışları yansıtan *işlevsiz ebeveyn modları* ve sağlıklı yetişkin ve mutlu çocuk modlarını içeren *uyumlu modlar* (akt., Lobbestael vd. 2008, s. 856).

Terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk modları tetiklendiğinde, kişi kendisini fazlasıyla tehdit altında ve muhtaç hissederken, bu sürece depresif, korkulu, çaresiz duyguları da eşlik

etmektedir. Bazen kişi haksızlığa uğradığını düşündüğünde, saldırgan duygularını boşalttığı kızgın ve dürtüsel çocuk modunu ortaya çıkarmaktadır. Bu iki çocuk modu ise bakım verenin içselleştirilen cezalandırıcı davranışlarına sebep olabilir ve kişi kendisine yönelttiği öfke ve nefretin sonucunda kendini bir şekilde cezalandırabilir. Diğer yandan kişi bu üç modun yol açtığı acı ve sıkıntı veren duyguları hissetmemek için kopuk korungan moda geçebilir (Young vd. 2003, s. 41).

#### 1.4. Kişilik Bozukluklarında Şema Terapi

Bu bölümde, kişilik bozuklukları tedavisinde etkili bulunan ŞT yaklaşımı çerçevesinde SKB, Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NKB) ve Antisosyal Kişilik Bozukluğunun (AKB) ele alındığı araştırmalar aktarılacaktır.

SKB şema kuramı bağlamında ele alındığında, bozukluğun mizaç yatkınlıkları ile çocukluk çağında güvensiz ve istikrarsız; duygusal olarak yoksun bırakan, cezalandırıcı ve reddedici ile boyun eğdirici aile ortamının etkileşimlerinden doğduğu düşünülmektedir (Young vd. 2003, s. 312). Bu bozukluğa sahip hastalar karmaşık sorunlar, sürekli değişen modlar ve ilişkiler, duygulanımsal dengesizlikler ve sınırları belirsiz kimlikler göstermekte; tahmin edilemez davranışlar, intihar girişimleri, kendini yaralama veya madde kullanımı gibi yollarla kendilerine zarar verme davranışları ve dürtüsel davranışlar sergilemektedirler (Arntz ve van Genderen, 2009, s. 19-20). Bu bozukluk için sunulan tedavi yaklaşımları içinde tek bir tedavi yaklaşımı tercih edilmemiştir (Nysæter ve Nordahl, 2008, s. 249). Ancak, son yıllarda bu bozukluğun farklı şekillerde (örn., gelişmemiş nesne ilişkileri, düzensiz bağlanma, duygu düzensizliği, işlevsel olmayan ve olumsuz temel inançlar) kavramsallaştırılması bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası belirtilere bütüncül bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Rafaeli vd. 2011, s. 132). Bu bağlamda, ŞT SKB için bütüncül bir tedavi yaklaşımı sunan bir yöntem olarak kabul görmektedir (Arntz ve van Genderen, 2009, s. 23-24). Bu noktadan hareketle, SKB ŞT Modeli çerçevesinde ele alındığında, erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, SKB'nin bağımlılık/başarısızlık, kusurluluk/utanç ve terk edilme şemaları ile daha fazla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Jovev ve Jackson, 2004, s. 475). Ek olarak, SKB olan suçluların şemalarını inceleyen bir çalışmada, bu bireylerin kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şema alanlarından daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Gilbert ve Daffern, 2013, s. 939). Bu bulgular SKB olan hastaların 18 erken dönem uyumsuz şemanın hemen hemen hepsine sahip olduklarının bir göstergesi niteliğindedir (Arntz ve van Genderen, 2009, s. 29-30; Lawrence vd. 2011, s. 35; Nysæter ve Nordahl, 2008, s. 252; Young vd. 2003, s. 306).

Şema kuramı çerçevesinde değerlendirilen bir diğer kişilik bozukluğu NKB'dir. Narsisizmin çocukluk çağı kaynakları incelendiğinde, yalnızlık ve dışlanma, yetersiz sınırlar, travma öyküsü ve koşullu kabul olmak üzere dört faktör belirlenmiştir (Young vd. 2003, s. 381). Başka bir deyişle, NKB olan pek çok hastanın çocukken yalnız, sevilmemiş, duygusal yoksunluk yaşamış, şımartılmış, istismar edilmiş ve ebeveynlerinin koyduğu yüksek standartları karşıladıkları durumlarda özel hissetmiş bireyler olma ihtimalleri daha yüksektir (Young vd. 2003, s. 381-384). Buradan hareketle, NKB ŞT Modeli çerçevesinde ele alındığında duygusal yoksunluk, kusurluluk ve haklılık şemalarının ön planda olduğu görülmektedir (Young vd. 2003, s. 374). Narsisizmin farklı formlarının altında yatan erken dönem uyumsuz şemaları inceleyen bir çalışmada, büyülenmeci narsisizmin yetersiz özdenetim şeması ile negatif yönde; güvensizlik, haklılık, kendini feda ve yüksek standartlar şemaları ile pozitif

yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Zeigler-Hill vd. 2011, s. 100-101). Buna göre, çocukluk çağında gerçek sevgi deneyimleyemeyen pek çok NKB'ye sahip hastaların duygusal olarak uzak ve sevgisini göstermekte zorlanan partnerler tercih etme ihtimallerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Özellikle en yakınlarına karşı empatiden yoksun olma, içten sevginin onlara yabancı olması, kendilerinden bir adım önde algıladıkları kişilere imrenme ve sadece özel oldukları yönünde davranıldığında değerli hissetme ihtimalleri daha yüksek görünmektedir (Young vd. 2003, s. 385). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, ebeveynlik biçimleri ile hem kırılğan hem de büyülenmeci narsisistik kişilik özellikleri arasında erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolleri incelenmiştir. Söz konusu çalışmada anne ve babaya ilişkin algılanan ebeveynlik biçimleri ile büyülenmeci narsisizm arasındaki ilişkide zedelenmiş sınırlar şema alanının aracı rol oynadığı; anne ve babaya ilişkin algılanan ebeveynlik biçimleri ile kırılğan narsisistik kişilik özellikleri arasındaki ilişkide ise diğerleri yönelimlilik ve yüksek standartlar/bastırılmışlık şema alanlarının aracı rol oynadığı bulunmuştur (Üzümcü, 2016, s. 52-104).

Diğer yandan, AKB'nin Şema kuramı açısından ele alınmasına yönelik araştırmaların SKB ve NKB'ye göre daha kısıtlı kaldığı görülmektedir. AKB olan hastaların erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirildiğinde alanyazındaki bulguların paralellik gösterdiği görülmüştür. Çakır (2007, s. 42) tarafından yapılan çalışmada kontrol grubuna göre AKB olan hastaların başarısızlık, duygusal yoksunluk, karamsarlık, duyguları bastırma, iç içelik, güvensizlik/suistimal edilme, terk edilme, ayrıcalıklılık, yetersiz özdenetim, cezalandırılma/kusurluluk ve boyun eğicilik şema boyutları bakımından daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Bu bulguyla paralel olarak, AKB'nin zedelenmiş sınırlar ve kopukluk reddedilmişlik şema alanlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Gilbert ve Daffern, 2013, s. 933) Buradan hareketle, AKB'ye sahip hastaların yetişkinlikte suç davranışında bulunabilecekleri ve dengesiz, sorumsuz bir yaşam biçimine sahip olabilecekleri düşünülmektedir (Rafaeli vd. 2011, s. 145).

Sonuç olarak, alanyazın ışığında aktarılan bulgular ele alındığında, ŞT kuramı SKB, NKB ve AKB için klinik anlamda faydalı bir kavramsallaştırma sunmaktadır.

### **1.5.Kişilik Bozuklukları Tedavisinde Şema Terapi**

Değerlendirme ve eğitim ile değişim evrelerinden oluşan ŞT'de terapötik ilişki değişimin temellerinden biri olarak görülmektedir (Young vd. 2003, s. 48). Bu bağlamda şema terapinin amacı terapötik ilişkinin uygun sınırları içerisinde danışanların ihtiyaç duyduğu, ancak çocuklukta ebeveynlerinden alamadıkları ihtiyaçlarını 'sınırlı yeniden ebeveynlik' ile karşılamayı ve empatik yüzleştirme, bilişsel ve yaşantısal tekniklerle danışanın şemalarıyla savaşmasını sağlamayı içermektedir (Young vd. 2003, s. 47, 292, 309, 334). Alanyazında ŞT teknikleri çerçevesinde kronik depresyon (Malogiannis vd. 2014, s. 320; Renner vd. 2013, s. 166), kaygı bozuklukları (Bamber, 2004, s. 427; Demir ve Soygüt, 2014, s. 109; Hedley vd. 2001, s. 131), obsesif kompulsif bozukluk (Gross vd. 2012, s. 175; Haaland vd. 2011, s. 782) ve travma sonrası stres bozukluğu (Cockram vd. 2010, s. 55-57) gibi bozuklukların tedavisine yönelik yapılan araştırmalar yer almaktadır. Bununla birlikte, kişilik bozukluklarının genel olarak etkili bir şekilde tedavisine yönelik yürütülen araştırmalar alanyazında kısıtlı kalmıştır. Yapılan kısıtlı sayıda araştırmanın ise örneklem boyutu küçük ve klinik araştırmalarda tedaviden sonra kısa takipli çalışmalar olup, çoğunluğu SKB'nin tedavisine yöneliktir (Bateman vd. 2015, s. 735). Bu noktadan hareketle, bu bölümde ağırlıklı olarak SKB'nin ŞT tedavi yaklaşımı çerçevesinde yürütülen araştırmalara yer verilecektir.

Şema terapi, SKB (Dickhaut ve Arntz, 2014, s. 242; Farrell vd. 2009, s. 317; Giesen-Bloo vd. 2006, s. 649; Nadort vd. 2009, s. 961; Nordahl ve Nysaeter, 2005, s. 254), NKB, Paranoid Kişilik Bozukluğu (PKB), Histrionik Kişilik Bozukluğu (HKB) ve C küme kişilik bozukluklarına sahip hastaların (Bamelis vd. 2014, s. 305) tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Kişilik bozukluklarının tedavisinde ŞT'nin etkililiğinde ne gibi yöntem ya da yaklaşımların rolü olabileceği merak konusu olmuştur. SKB'nin tedavisi bağ kurma ve duygu düzenleme, şema mod değişimi ve otonomi gelişimi olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır (Kellogg ve Young, 2006, s. 452). Bu terapide kullanılan değişimin dört temel mekanizması vardır: (1) sınırlı yeniden ebeveynlik, (2) yaşantısal imgeleme ve diyalog çalışması, (3) bilişsel yeniden yapılandırma ve eğitim, ve (4) davranış örüntüsünü kırma. Sözü edilen her bir mekanizma tedavinin aşamalarında önemli rol oynamaktadır (Kellogg ve Young, 2006, s. 449). Danışan ile güven ve işbirliğine dayanan sınırlı yeniden ebeveynlik bağı oluşturmak tedavinin ilk aşamasını oluşturmaktadır (Nysaeter ve Nordahl, 2008, s. 254, 258). Bu noktadan hareketle, terapistlerin danışanların çocukluk çağında karşılanmayan temel ihtiyaçlarını sınırlı bir biçimde karşılama girişiminde bulunduğu terapötik ilişkinin kendisinin, tedavide en güçlü yöntemlerden biri olduğu düşünülmektedir (Bamelis vd. 2014, s. 306-307; Young vd. 2003, s. 5, 46, 47, 334). ŞT kuramına göre değişime olumlu yönde katkı sağladığı düşünülen sınırlı yeniden ebeveynlik yöntemi ile terapist danışanla profesyonel sınırlar içinde yakın bir ilişkide bulunarak danışana rol model olur (Spinhoven vd. 2007, s. 104; Young vd. 2003, s. 201). Terapötik ilişki sayesinde terapi ortamı danışanların kabul edildiği ve duygularının, isteklerinin ve ihtiyaçlarının kolaylıkla ifade edilmesinin desteklendiği güvenli bir ortam haline gelir (Kellogg ve Young, 2006, s. 450).

Danışanlar terapistle kurulan iyi bir terapötik ilişkinin, şema mod kavramsallaştırmasının ve yaşantısal tekniklerin değişimde en faydalı unsurlar olduğunu öne sürmüşlerdir (Nordahl ve Nysaeter, 2005, s. 262). Bu varsayımla paralel olarak, yaşantısal tekniklerde (örn., imgeleme) travmatik çocukluk yaşantıları kapsamlı bir şekilde işlemlenirken, şema terapistleri danışanın izniyle imgedeki çocuğu koruyarak müdahale ettiğinde terapistin hastayla kurduğu ilişkide onarıcı rolü dikkat çekmektedir. Bu bağlamda önemli olabilecek bir çalışmada (Spinhoven vd. 2007, s. 104), ŞT ve Aktarım Odaklı Psikoterapi'nin ortaya çıkardığı sonuçlarda terapötik ittifakın etkisi incelenmiştir. Söz konusu çalışmada, terapötik ittifaka ilişkin hem hastaların hem de terapistlerin olumlu değerlendirmeleri Aktarım Odaklı Psikoterapi'ye kıyasla ŞT'de daha yüksek bulunmuştur. Terapistler tarafından değerlendirilen ittifakın kalitesi ŞT'de daha yüksektir. Bu noktadan hareketle, hasta terapist arasında kurulan terapötik ilişkinin ŞT etkililiğinde önemli olabileceği varsayımı desteklenmektedir. Tedaviyi bırakma oranı terapötik ittifakın önemli bir bileşeni olarak değerlendirildiğinde, örneklemi SKB olan hastaların oluşturduğu bir çalışmada, şema odaklı terapide tedaviyi bırakma oranları Aktarım Odaklı Terapiye kıyasla daha düşük ve hastaların klinik olarak gösterdikleri gelişme daha yüksek bulunmuştur (Giesen-Bloo vd. 2006, s. 649). Giesen-Bloo ve arkadaşlarının (2006) bulgularına kıyasla SKB olan hastalarla grup ve bireysel ŞT'nin birleşiminin kullanıldığı başka bir çalışmada, iyileşme oranı daha yüksek bulunmuştur (Dickhaut ve Arntz, 2014, s. 242, 246). Bu bulguyla tutarlı olarak, SKB tanısı alan hastalarla yürütülen bir çalışmada, 8 ay boyunca bireysel terapiye ek olarak 30 haftalık grup seanslarından oluşan tedavi programında ŞT alan hastaların %94'üne tedaviden sonra SKB tanısı konulmamıştır (Farrell vd. 2009, s. 322). Özetle bu çalışmayla birlikte, ŞT'nin etkili bir şekilde grup yöntemine uyarlanabildiği ve bireysel psikoterapi ile birlikte uygulandığında belirtileri azaltan, yaşam kalitesini ve genel işlevselliği iyileştiren ve uygun maliyetli bir tedavi seçeneği olabileceği sonucuna varılmıştır (Farrell vd.



2009, s. 325-327). Bu bulgulardan hareketle, grup ve bireysel ŞT'nin birleşiminin etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna varılabilir (Dickhaut ve Arntz, 2014, s. 242).

Son olarak, PKB, HKB, NKB ve C küme kişilik bozukluklarının şema terapi ile tedavisine yönelik yürütülen kısıtlı sayıda araştırmaya karşın, bir çalışmada 50 seans yürütülen şema odaklı psikoterapinin, Açıklama Odaklı Psikoterapi (clarification-orientated psychotherapy) ve düzenli alışılmış tedaviye kıyasla iyileşme bakımından daha iyi sonuçlar gösterdiği bulunmuştur (Bamelis vd. 2014, s. 318).

ŞT'nin başta SKB olmak üzere kişilik bozuklukları için umut vaat eden bütünleştirici bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir. Şema terapi kuramının sunduğu olanaklarla, birey, geçmişi yeniden ele alıp düzenleyebilir, şimdiki daha sağlıklı hale getirebilir ve bu sayede geleceğini koruma altına alabilir (Gör vd. 2017, s. 213).

### **1.6. Kişilik Bozukluklarında Şema Modları**

Alanyazında 22 farklı mod tanımlanmıştır. Bu modlar Young ve arkadaşlarının tanımladığı 10 temel modu içermekle birlikte, söz konusu 10 modun alt boyutlarını da içermektedir (Lobbestael vd. 2007, s. 78). Lobbestael ve arkadaşlarının (2007, s. 84) sıraladığı ve dört genel kategoride toplanan 22 şema modu Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Dört Temel Kategoride Toplanan 22 Şema Modu** (Lobbestael vd. 2007, s. 84).

<b>a. Çocuk Modları</b>	<b>İncinebilirlik</b>	1. Yalnız Çocuk ( <i>Lonely Child</i> ) 2. Terk Edilmiş ve Kötüye Kullanılmış Çocuk ( <i>Abandoned and Abused Child</i> ) - Aşağılanan/Değersiz Çocuk (incinmiş?) ( <i>Humiliated/Inferior Child</i> ) 3. Bağımlı Çocuk ( <i>Dependent Child</i> )
	<b>Öfke</b>	4. Kızgın Çocuk ( <i>Angry Child</i> ) 5. Hiddetli Çocuk ( <i>Enraged Child</i> )
	<b>Disiplin Eksikliği</b>	6. Dürtüsel Çocuk ( <i>Impulsived Child</i> ) 7. Disiplinsiz Çocuk ( <i>Undisciplined Child</i> )
	<b>Mutluluk</b>	8. Mutlu çocuk ( <i>Happy Child</i> )
<b>b. Uyumsuz Baş Etme Modları</b>	<b>Teslim</b>	9. Söz dinleyen teslimci ( <i>Compliant Surrender</i> )
	<b>Kaçınma</b>	10. Kopuk korungan ( <i>Detached Protector</i> ) 11. Kopuk kendini yatıştırıcı ( <i>Detached Self-Soother</i> ) 12. Öfkeli korungan ( <i>Angry Protector</i> )
	<b>Aşırı telafi</b>	13. Büyükleme kendilik ( <i>Self-Aggrandiser</i> ) 14. Mükemmeliyetçi kontrolcü ( <i>Perfectionistic Overcontroller</i> ) 15. Paranoyak kontrolcü ( <i>Suspicious Overcontroller.</i> ) 16. Zorbalık ve saldırganlık ( <i>Bully and Attack</i> ) 17. Hilekar ve manipülatif mod ( <i>Conning and Manipulative mode</i> ) 18. Avcı mod ( <i>Predator mode</i> ) 19. İlgi ve onay arayan ( <i>Attention and Approval Seeker</i> )
	<b>c. Uyumsuz Ebeveyn Modları</b>	20. Cezalandırıcı ebeveyn ( <i>Punitive Parent</i> ) 21. Talepkar/eleştirel ebeveyn ( <i>Demanding/Critical Parent</i> )
<b>d. Yetişkin Modu</b>	22. Sağlıklı yetişkin modu ( <i>Healthy Adult mode</i> )	

Bununla birlikte, bu modların bazılarının belirli kişilik bozukluklarında daha baskın olduğu varsayılmaktadır (Lobbestael vd. 2008, s. 854). Belirli kişilik bozukluklarında baskın olduğu düşünülen şema modları ise Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2. Kişilik Bozuklukları ve Şema Modları Arasındaki İlişkiler Üzerine Varsayımlar (Arntz ve Young, 2007; akt., Lobbestael vd. 2008, s. 855).**

Kişilik bozukluğu	Varsayılan modlar
Paranoid	İncinmiş çocuk/kızgın çocuk
Şizotipal	-
Şizoid	Kopuk korungan
Histrionik	Dürtüsel çocuk/incinmiş çocuk
Narsisistik	Büyüklenmeci/kopuk kendini yatıştırıcı/kızgın çocuk/incinmiş çocuk
Sınır	İncinmiş çocuk/kızgın çocuk/dürtüsel çocuk/disiplinsiz çocuk/kopuk korungan/cezalandırıcı ebeveyn
Antisosyal	Kızgın çocuk/zorbalık ve saldırganlık modu
Kaçıngan	Kopuk korungan/incinmiş çocuk/cezalandırıcı ebeveyn
Bağımlı	Söz dinleyen teslimci/talepkar ebeveyn/incinmiş çocuk
Obsesifkompulsif	Talepkar ebeveyn/cezalandırıcı ebeveyn/incinmiş çocuk

Arntz ve van Genderen (2009, s. 31) SKB mod modelinde kopuk korungan, öfkeli dürtüsel çocuk, terk edilmiş, kötüye kullanılmış çocuk ve cezalandırıcı ebeveyn modları olmak üzere dört uyum bozucu modun baskın olduğunu varsaymıştır. Alanyazındaki çalışmalar SKB mod modelini destekler niteliktedir (örn., Arntz vd. 2005, s. 232; Lobbestael vd. 2005, s. 245). İşlevsel olmayan şema modları ile SKB'de dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kızgın/dürtüsel çocuk ve terk edilmiş çocuk modlarının SKB olan hastalarda dissosiyatif yaşantıları (örn., amnezi, hissizlik, girici düşünceler, kendine yabancılaşma, çevreye yabancılaşma) anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Johnston vd. 2009, s. 251). Başka bir ifadeyle, SKB hastalarının dissosiyatif yaşantıları özellikle kızgın/dürtüsel çocuk ve terk edilmiş çocuk modlarının varlığıyla ilişkili olabilir.

Alanyazında belirli kişilik bozuklukları için belirli mod modellerini geliştiren çalışmalara rastlanmaktadır (Bamelis vd. 2011, s. 41; Lobbestael vd. 2008, s. 854). Örneğin, Lobbestael ve arkadaşları (2008, s. 854) kişilik bozuklukları ve şema modları arasındaki ilişkileri ve her bir kişilik bozukluğu için benzersiz bir mod deseni test etmek üzere bir araştırma yürütmüşlerdir. Bu araştırmanın bulgularına göre, A kümede, PKB ile kızgın çocuk, zorbalık ve saldırı modları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. HKB ise dürtüsel çocuk moduyla ilişki gösterirken, NKB büyüklenmeci, zorbalık ve saldırı modlarıyla ilişki göstermiştir. Aynı çalışmada (Lobbestael vd. 2008, s. 857), B kümede, SKB ile incinmiş çocuk, dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve kopuk korungan, kızgın çocuk, kopuk kendini yatıştırıcı, söz dinleyen teslimci modları arasında ilişki gözlenmiştir. AKB hastalarının ise kızgın çocuk ve zorbalık ve saldırganlık modlarıyla ilişki gösterdiği ortaya konmuştur. C kümede, kaçıngan kişilik bozukluğu incinmiş çocuk, kopuk korungan, söz dinleyen teslimci, cezalandırıcı ebeveyn modlarıyla ilişki göstermiştir. Bağımlı kişilik bozukluğu söz dinleyen teslimci, incinmiş çocuk modlarıyla pozitif; sağlıklı yetişkin moduyla negatif yönde ilişki göstermiştir. Son olarak, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun talepkar ebeveyn, büyüklenmeci ve kopuk kendini yatıştırıcı modlarla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Lobbestael vd. 2008, s. 857). Sonuç olarak, bu araştırmaların bulguları ile her bir kişilik bozukluğuna özgü farklı mod ve mod desenlerinin olduğu görüşü desteklense de gözlenen bu modellerin tam resmi temsil edip etmediği ya da bazı kişilik bozukluklarının modlarla ilişkisinin Şema Mod Envanteri ile doğru bir şekilde tanımlanıp tanımlanmadığı açık değildir (Bamelis vd. 2011, s. 56).

Bununla birlikte, alanyazında şema mod değişimini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. SKB, AKB, C küme kişilik bozukluğu tanısı olan ve herhangi bir tanısı olmayan kişilerle

yürütülen bir çalışmada, anne babası tarafından ihmal ve istismar edilen bir çocukla ilgili 20 dakikalık filmde sonra SKB hastalarının uyum bozucu modlardan daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Lobbestael ve Arntz, 2010, s. 119). Benzer şekilde, mod değişimi üzerinde stresin etkilerinin SKB hastalarında incelendiği bir çalışmada, katılımcılar nötr ve duygusal iki filmi izlemelerinden önce ve sonra Şema Mod Envanteri'ni doldürmüşlardır. Duygusal film fragmanı yalnızca SKB hastalarında kopuk korungan modun artmasına yol açmıştır (Arntz vd. 2005, s. 236).

Özetle, çalışmalar farklı stres uyaranlarının yarattığı mod değişimlerinin SKB grubunda diğer kişilik bozuklukları gruplarına göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.

### **1.7.Kişilik Bozuklukları Tedavisi için Şema Mod Terapisi**

Terapide karşılaşılan karmaşık vakaların tedavisi birçok klinisyen için terapide tıkanmaya yol açmış konulardan biri olmuştur. Young ve arkadaşları (2003, s. 1-6) üstelik bu karmaşık vakaların bazılarının ŞT ile tedavisinin tek başına etkili olmadığını belirtmiştir. Bu nedenle şema mod kavramını geliştirmiştir. Böylece, SKB olan hastalarda birçok farklı şemanın aynı anda ortaya çıkması dolayısıyla duygu, düşünce ve davranışlarda görülen hızlı değişimlerin şema modlarının gelişiminde itici güç olduğu düşünülmektedir (Arntz ve van Genderen, 2009, s. 29). Şema modları çok sayıdaki şemaları az sayıda kategorilere indirerek bu karmaşık vakaları daha çalışılabilir hale getirir (Bamber, 2004, s. 426). Şema mod terapisinde (ŞMT) kişilik bozukluklarında yaygın olarak görülen çocuk modları, uyum bozucu ebeveyn ve başa çıkma modları ve tedavi sonucu geliştirilmesi hedeflenen sağlıklı yetişkin modu ele alınmaktadır (Karaosmanoğlu ve Şaşıoğlu, 2015, s. 30).

ŞMT merkezinde sınırlı yeniden ebeveynlik kavramı vardır. Bu süreçte terapist hastanın sağlıklı yetişkin modunu geliştirmesine yardım eder. Öncelikle terapist destekleyen, onaylayan ve besleyen sağlıklı yetişkin moduna model olur ve sağlıklı yetişkin modunu geliştirmek amacıyla hastayı bu modu kullanması için cesaretlendirir, uyumsuz baş etme modlarını değiştirir ve uyumsuz ebeveyn modlarını hafifletir. Temelde sağlıklı yetişkin modu, hastaların erken dönem uyumsuz şemaları sağlıklı olanlarla değiştirmesine yardım eden "gözetken mod" (Bamber, 2004, s. 427) olmaya başlar ve sonuçta iyileşmeyi sağlar (Young vd. 2003, s. 91-92). ŞMT sürecinde kullanılan tekniklerden bir diğeri imgelemedir. Hastaların çoğu kolaylıkla imgeleme yapabilirler. Bu imgeleme sürecinde olumsuz olan imgelere karşı olumlu sağlıklı imgeleri geliştirerek ve modlar arasında diyaloglar oluşturarak, ŞMT'de kullanılan teknikler sınırlı yeniden ebeveynlik sürecine katkı sağlar (Young vd. 2003, s. 110-122).

SKB'nin Şema Mod Modeli ile tedavisi ele alındığında, tedavideki temel amacın sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmek olduğu sonucuna varılmıştır (Rafaeli vd. 2011, s. 135). Bu amaçla öncelikle SKB olan hastaların hayatlarında en sık görülen terk edilmiş çocuk, kızgın/dürtüsel çocuk ve cezalandırıcı ebeveyn seslerinin yarattığı acı verici duygulardan korunmasını sağlayan kopuk korungan modun geri çekilmesi gerekmektedir. Böylelikle, sağlıklı yetişkin mod terk edilmiş çocuğa bakım sağlayabilir, kızgın/dürtüsel çocukla empati kurabilir ve cezalandırıcı ebeveyn moduna karşı savaşabilir (Rafaeli vd. 2011, s. 135). Bu noktada terapötik ilişkinin önemi gündeme gelmektedir. ŞT'de terapötik ilişki SKB bağlamında ele alındığında, danışan ile güvenli terapötik ilişki kurulursa, danışan kopuk korungan modu daha kolay devre dışı bırakabilir. Güvenli terapötik ilişkinin kurulmasının ardından cezalandırıcı ebeveynin sesini kısarak, kızgın/dürtüsel çocuğa sınırlar çizerek, duygularını ifade etmesi için güvenli alan oluşturarak ve terk edilmiş çocuğa bakım vererek ve temas ederek şema modlarının değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Sonuç olarak, terapide öğrenilenlerin davranışsal

olarak deneyimlenmesi sağlanarak hayata geçirilebilmesine ve otonomi gelişimine katkıda bulunulabilir (Rafaeli vd. 2011, s. 135-136; Young vd. 2003, s. 183). Tedavi sürecinde SKB olan hastaların terk edilmiş çocuk modu içindeyken incinebilir olmaları nedeniyle bilişsel müdahalelerden önce yaşantısal müdahalelerin (örn., imgeleme, boş sandalye) erkenden uygulamaya konulmaması gerekmektedir. Diğer yandan kızgın/dürtüsel çocuk modu ve cezalandırıcı ebeveyn modu içindeyken ortaya çıkabilecek öfke patlamaları durumunda, terapistin öfkenin dışı vurumuna izin vermesi, öfkeli çocuğun ardındaki kırılğan çocukla temas ederek empati kurması, danışan ile gerçekliği değerlendirmesi ve öfkenin uygun şekilde ifadesini (örn., yastık yumruklama) anlatması gerektiği düşünülmektedir. İntihar girişimleri söz konusu olduğunda ise, terapistin ulaşılabilir olmasının ve görüşmeleri sıklaştırmasının tedavi açısından önemli olduğu düşünülmektedir (Rafaeli vd. 2011, s. 136-137).

NKB Şema Mod Modeli çerçevesinde ele alındığında, yalnız çocuk, büyülenmeci ve kopuk kendini yatıştırıcı modların ön planda olduğu görülmektedir. Ancak, büyülenmeci modun, danışanın acı verici yalnız çocuk modunun parçası olan duygusal yoksunluk ve kusurluluk gibi temelde yatan şemalarının aşırı telafisi olduğu düşünülmektedir (Young vd. 2003, s. 374). NKB'nin ŞMT yaklaşımı ile tedavisi ele alındığında, tedavideki temel amacın terapistin model olduğu sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmek, aşırı telafi ve kaçınmayı azaltarak yalnız çocuk ile temas etmek, yalnız çocuğa sınırlı yeniden ebeveynlik yaparak sevgi alabilmesi, verebilmesi ve yeniden güven duymasını sağlamak, empatik yüzleştirme ile büyülenmeci ve kopuk kendini yatıştırıcı modlar ile savaşarak değiştirmek olduğu sonucuna varılmıştır (Young vd. 2003, s. 395). Terapist ile danışan arasındaki terapötik ilişki SKB hastalarında olduğu gibi NKB hastalarında da değişimi teşvik eden önemli bir araç olmaktadır. Bu nedenle, terapistin, danışanı terapi içinde şimdi ve burada ortaya çıkan büyülenmeci mod ile tanıştıran empatik yüzleştirme yapması değişimin kapılarını aralayan önemli bir fırsat olarak görülmektedir (Rafaeli vd. 2011, s. 143-144; Young vd. 2003, s. 395).

AKB'nin Şema Mod Modeli ile tedavi edilmesine yönelik araştırmaların kısıtlı kaldığı görülmektedir. AKB'nin SKB ile de bazı ortak şema modlarını (kopuk korungan, cezalandırıcı ebeveyn, terk edilmiş/kötüye kullanılmış çocuk ve kızgın çocuk) ve çocukluk çağı kötüye kullanılma öykülerini (duygusal, fiziksel ve cinsel istismar) paylaştığı görülmektedir (Lobbestael vd. 2005, s. 240). Diğer yandan, SKB'den anlamlı olarak farklı olmamakla birlikte, zorbalık ve saldırı modu çoğunlukla AKB'ye özgü görünmektedir (Lobbestael vd. 2005, s. 246). AKB'ye sahip hastalar bu mod içindeyken temeldeki zayıflık ve çaresizlik duygularıyla temas etmemek için aşırı telafi baş etme biçimi kullanarak kendilerini güçlü hissetmektedirler (Bernstein vd. 2007, s. 174, 176). Zorbalık ve saldırı moduna ek olarak, Bernstein ve arkadaşları (2007, s. 173-174) hilekar ve manipülatif mod, paranoyak kontrolcü mod ve avcı mod olmak üzere antisosyal ve psikopatik hastaların sahip olduğu dört aşırı telafi modu tanımlamışlardır.

Sonuç olarak, ŞT ve ŞMT iki ayrı terapiyi yansıtmamakta, ancak Şema Mod Modeli özellikle karmaşık kişilik patolojisinin tedavisinde modlarla daha ileri düzeyde çalışmaya işaret etmektedir (Bamber, 2004, s. 436-437; Lobbestael vd. 2005, s. 241). Özellikle, modlar arası geçiş sıklıkla yaşayan SKB olan bireylerde ŞMT'nin etkili olduğu düşünülmektedir (Masley vd. 2012, s. 186). Başka bir ifadeyle, ŞMT terapistlerin tıkanmış hissettiklerinde kullanabilecekleri ŞT'nin gelişmiş bir parçası olarak görülmekte olup (Young vd. 2003, s. 271) geleneksel yaklaşımların başarısız olduğu karmaşık vakaların tedavisi için etkili bulunan bir terapi şeklidir (Bamber, 2004, s. 425).

## SONUÇ

ŞT ve ŞMT'nin hayatın geneline yayılmış ve yerleşmiş uzun süreli psikolojik sorunları olan danışanları tedavi etmedeki yeterliliği dolayısıyla başta SKB olmak üzere kişilik bozukluklarının tedavisi için bütünleştirici bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir. Ancak kişilik bozukluklarının etkili bir şekilde tedavisine yönelik yürütülen araştırmalar alanyazında kısıtlı kalmıştır. Bu kısıtlı sayıdaki araştırmaların ise örneklem boyutu küçük ve klinik araştırmalarda tedaviden sonra kısa takipli çalışmalar olup çoğunluğu SKB'nin tedavisine yöneliktir. Buradan hareketle, gelecek çalışmaların boylamsal ve daha büyük bir klinik örneklemle SKB dışında diğer kişilik bozukluklarına da odaklanarak ŞT'nin etkililiği konusunda alanyazına daha kapsamlı bilgiler sunacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, alanyazında ŞT'nin etkililiğinde rol oynayan yöntem ya da yaklaşımları (örn., şema modları, yaşantısal teknikler ve iyi terapötik ilişki) görgül olarak test eden sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Gelecek çalışmaların, modların, yaşantısal yöntemlerin ve terapötik ittifakın rolünü inceleyerek şema terapiyi diğer terapi seçenekleriyle karşılaştıran deneysel araştırmalar yürütmeleri ŞT klinik uygulamalarına ışık tutacaktır. Bununla birlikte alanyazında etkililik çalışmalarında ŞT'nin yalnızca belirli terapi yaklaşımlarıyla (örn., Aktarım Odaklı Terapi, Açıklama Odaklı Terapi) karşılaştırıldığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle, kişilik bozukluklarının tedavisinde özellikle son dönemlerde etkili olarak çalışıldığı bilinen diğer terapi yaklaşımlarının da (örn., Diyalektik Davranış Terapisi) ŞT ile karşılaştırılarak etkililik çalışmalarının zenginleştirilmesi önemli görünmektedir. Öte yandan, her bir kişilik bozukluğuna özgü oluşturulan şema mod modelleri çeşitli araştırmalarla sınanmış ve her bir kişilik bozukluğu için ön mod modelleri oluşturulmuştur. Ancak kişilik bozukluklarında eş tanının fazlaca olması ve genellikle karmaşık örüntüler gözlenmesi nedeniyle bu ön modeller her bir vakayı yeterince tanımlayamayabilir (Arntz ve Jacob, 2011, s. 41). Böylece bu ön modellerin her bir vakaya özgü bir tedavi modeline imkan sağlamadığı düşünülmektedir. DSM 5'te (APA, 2013, s. 327-339) kişilik bozuklukları için önerilen boyutsal yaklaşım terapötik yaklaşımlar için faydalı bir çerçeveye olanak tanır. Buradan hareketle, ŞT'nin etkililiği için boyutsal yaklaşımı ele alan yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Buna ek olarak, boyutsal yaklaşımda önerildiği gibi yalnızca kişilik bozuklukları tanısı alan gruplarla değil, aynı zamanda kişilik örüntüsü olan gruplarla da yapılacak etkililik çalışmalarının önleme müdahaleleri açısından son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Son olarak, ŞT'nin ağırlıklı olarak çalışıldığı kişilik bozuklukları dışında diğer temel bozukluklar (örn., kaygı bozuklukları, depresyon, obsesif kompulsif bozukluğu vb.) kapsamında yürütülen etkililik çalışmalarının kısıtlı olması nedeniyle bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (E. Koroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arntz, A. ve Jacob, G. (2011). Uygulamada Şema Terapi (1. Basım). (G. Soygüt, Çev.). Ankara: Nobel Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Arntz, A. ve van Genderen, H. (2014). Sınır Kişilik Bozukluğu için Şema Terapi (2. Baskı). (M. Şaşıoğlu ve S. Kohen, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2009).
- Arntz, A., Klokman, J. ve Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
- Bamber, M. (2004). The good, the bad and defenceless Jimmy, a single case study of schema mode therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 425-438.
- Bamelis, L., Evers, S., Spinhoven, P. ve Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry* 171, 305-322.
- Bamelis, L., Renner, F., Heidkamp, D. ve Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualization for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41-58.
- Bateman, A. W., Gunderson, J. ve Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Pergamon.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. ve Vos, M. D. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746.
- Cockram, D. M., Lee, C. W. ve Drummond, P.D. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam War veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165 – 182.
- Çakır, Z. (2007). Antisosyal kişilik bozukluğunda erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- David, D., Miclea, M. ve Opre, A. (2004). The information-processing approach to the human mind: Basics and beyond. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 353-368.
- Demir, E. Y. ve Soygüt, G. (2014). Evaluation of relationship between schemas and panic disorder through a case treated with Schema Therapy. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 3(2), 109-115.

- 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.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors: New Directions for Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Prometheus Books.
- 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.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W. M. D, Dirksen, W., van Asselt, T., ... ve Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema focused therapy versus transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649 - 658.
- Gilbert, F. ve Daffern, M. (2013). The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. *Psychology, Crime & Law*, 19(10), 933-946.
- Gör, N., Yiğit, İ., Kömürcü, B. ve Şenkal Ertürk, İ. (2017). Geçmişin Mirası ve Geleceğin Haritası: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(10), 197-218.
- Gross, E., Stelzer, N. ve Jacob, G. (2012). Treating OCD with the schema mode model. *The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd., Oxford, 173-184.
- Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S. ve Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 781-788.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisermann, M. ve Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 394 - 407.
- Hedley, L. M., Hoffart, A. ve Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(2), 131-142.
- Hunt, J.M. (1979). Psychological development: Early experience. *Annual Review of Psychology*, 30, 103-143.
- 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.
- Jovev, M. ve Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467.
- Kapçı, E. ve Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 13, 127-136.
- Karaosmanoğlu, H. A. ve Şaşıoğlu, M. (2015). Kişilik bozuklukları tedavisinde Şema Terapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(4), 30-37.
- Kellogg, S. H. ve Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.



- 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(1), 30-39.
- Linehan, M. M. (2001). *Understanding Borderline Personality Disorder: The Dialectical Approach*. New York: Guilford Publications.
- Lobbestael, J. ve Arntz, A. (2010). Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(2), 116-124.
- 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.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Löbbs, A., ve Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(4), 571-579.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F. ve Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification on the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(3), 76-85.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., ve Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860.
- Lumley, M. N. ve Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... ve Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G. ve Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, (3), 185-202.
- McCarthy, M. C. ve Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288-297.
- 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.
- 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.
- 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 & Psychotherapy*, 12(1), 142-149.
- Nysæter, T. E. ve Nordahl, H. M. (2008). Principles and clinical application of schema therapy for patients with borderline personality disorder. *Nordic Psychology*, 60(2), 249-263.

- Oei, T. P. S. ve Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 78-86.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E. (2012). Şema Terapi Ayırıcı Özellikler (1. Basım). (M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011)
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. ve Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 166-180.
- Rijkeboer, M. M. ve de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: development and validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A. ve Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447.
- Sharoff, K. (2002). *Cognitive Coping Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Specht, M. W., Chapman, A. ve Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 256 – 264.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. ve Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52-59.
- Üzümcü, E. (2016). Büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik kişilik özellikleri ile ilişkili faktörlerin Şema Terapi modeli çerçevesinde incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V., Elliott, P., Dickson, C. ve Sellings, J. (2001). The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: The mediating role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 700-707.
- Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, E. M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. ve Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96-103.