



SİSTEMATİK DERLEME

SYSTEMATIC REVIEW

Borderline Kişilik Bozukluğunun Tedavisinde Grup ve Bireysel + Grup Şema Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Yeşim DERSUNELİ¹ , Seda ARITÜRK²

¹Arş. Gör., Muş Alparslan Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Muş, Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

Öz

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), bireylerin duygusal istikrarını, kişilerarası ilişkilerini ve öz düzenleme becerilerini derinden etkileyen karmaşık bir psikolojik bozukluktur. BKB'nin tedavisinde, grup şema terapisi (GŞT) ve bireysel + grup şema terapisi (BGŞT) son yıllarda giderek daha fazla ilgi görmektedir. Mevcut çalışmanın amacı, GŞT ve BGŞT'nin BKB üzerindeki etkilerini inceleyen görgül araştırmaları sistematik bir şekilde değerlendirmektir. Derleme, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) kriterleri esas alınarak hazırlanmış, "PubMed", "ScienceDirect/Elsevier", "Wiley Online Library" ve "PsycINFO" gibi veri tabanlarından 2009 sonrası yayımlanmış makaleler taranmıştır. Buna ek olarak, veri tabanı taramalarında görünmeyen ancak referans listesi taramasıyla ulaşılan bir çalışma da dahil edilmiş ve toplamda 8 çalışma terapötik etkiler açısından değerlendirilmiştir. Çalışmalar, terapi türleri, katılımcı profilleri, uygulama teknikleri ve tedavi sonuçları çerçevesinde ele alınmıştır. Bulgular, her iki yaklaşımın da BKB semptomlarının şiddetini azaltmada, yaşam kalitesini artırmada ve bireylerin genel işlevselliğini iyileştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur. BGŞT, özellikle intihar düşüncelerini azaltma ve semptom şiddetini hafifletme açısından daha üstün bulunmuştur. Grup terapilerinin sosyal aidiyet hissi ve duygusal paylaşım gibi unsurlarla bireylerin iyileşme sürecini hızlandırdığı; bireysel terapilerin ise daha derinlemesine çalışmalar için önemli olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, GŞT ve BGŞT'nin BKB tedavisinde umut vadeden yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, tedavi süresi, yoğunluğu ve terapist sayısı gibi faktörlerin tedavi sonuçlarını etkileyebileceği ve bu alanda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Grup Şema Terapisi, Bireysel ve Grup Şema Terapi, Etkililik

The Effectiveness of Group and Individual + Group Schema Therapy on Borderline Personality Disorder: A Systematic Review

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex psychological disorder that profoundly affects individuals' emotional stability, interpersonal relationships, and self-regulation skills. Schema Therapy, particularly in group formats (Group Schema Therapy, GST) and combined individual-group modalities (IGST), has gained increasing empirical support in recent years as a treatment approach for BPD. The aim of the present study was to systematically evaluate examining the clinical efficacy of GST and IGST in the treatment of BPD. Following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines, a comprehensive literature search was conducted in databases including PubMed, ScienceDirect, Wiley Online Library, and PsycINFO for peer-reviewed articles published since 2009. Additionally, one relevant study identified through reference tracking was included, resulting in a total of eight studies reviewed. The included studies were assessed based on intervention format, sample characteristics, therapeutic techniques, and clinical outcomes. Overall, both GST and IGST were associated with significant reductions in BPD symptom severity, improvements in quality of life, and enhanced overall psychosocial functioning. Notably, GST demonstrated superior outcomes in reducing suicidal ideation and emotional instability. It was determined that group therapies accelerated the recovery process of individuals with elements such as a sense of social belonging and emotional sharing, while individual therapies were important for more

Received: 12.03.2025; **Revised:** 26.06.2025; **Accepted:** 13.08.2025; **Publication:** 29.12.2025

Citation: Dersuneli, Y. ve Arıtürk, S. (2025). Borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde grup ve bireysel + grup şema terapisinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 5(2), 84-100. <https://doi.org/10.65127/crrpp.1656321>

Corresponding Author: Yeşim DERSUNELİ, Muş Alparslan Üniversitesi, Muş, y.dersuneli@alparslan.edu.tr



Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry, adopts an open-access policy aiming to provide its content freely to the widest audience. All articles published by the journal are freely accessible and usable under the following licensing conditions: [Creative Commons Attribution-NonCommercial License \(CC BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

in-depth studies. In conclusion, GST and IGBT emerge as promising interventions for individuals with BPD. However, variations in treatment duration, intensity, group size, and therapist involvement warrant further investigation. Future research should focus on large-scale, randomized controlled trials to clarify optimal delivery formats and mechanisms of change.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Group Schema Therapy, Individual and Group Schema Therapy, Effectiveness

Giriş

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), erken yetişkinlik döneminde kendini göstermeye başlayan duygulanımda ve öz imajda ciddi istikrarsızlık ve belirgin dürtüsellliği içinde barındıran, kişilerarası ilişkilerde zorluklarla ortaya çıkan önemli bir ruhsal bozukluktur (APA, 2022; Bohus ve ark., 2021). BKB olan kişiler ayrılık ve reddedilme korkusuyla yoğun duygusal ve davranışsal tepkiler gösterirler. Örneğin, ani panik ve aşırı öfke hissedebilirler. Terk edilmekten kaçınmak için riskli ve dürtüsel davranışlar gerçekleştirebilirler. Bu kişiler, ilişkilerinde idealize etme ve değersizleştirme arasında hızla geçiş yaparlar ve yalnız kalmaya tahammülsüzdürler (APA, 2022). Ayrıca, tekrarlayan kendine zarar verme davranışları ve duygu düzensizlikleri de bozukluğun temel özellikleri arasındadır (APA, 2022). Dünya nüfusunun %1.7'sinde görüldüğü tahmin edilmekle birlikte (Gunderson ve ark., 2018) klinik popülasyonda bu oranın %25'lere kadar çıktığı belirtilmektedir (Lieb ve ark., 2004). Ayrıca yeme bozuklukları (Miller ve ark., 2022), yaygın anksiyete bozukluğu (Shah ve ark., 2023), alkol-madde kullanım bozuklukları (Kaufman ve ark., 2020), DEHB (Ditrich ve ark., 2021) gibi psikopatolojiler ile komorbid olabileceği ifade edilmektedir.

BKB, 1980'den itibaren DSM tanılama sistemine girmesiyle birlikte tedaviye yönelik psikoterapi çalışmaları yapılmaya başlanmış ve bozukluğa özgü tedavi yaklaşımları geliştirilmeye çalışılmıştır (Stoffers-Winterling ve ark., 2022). Çalışmalarda psikoterapi BKB için birincil tedavi yöntemi olarak kabul edilmiş (Hutsebaut ve ark., 2020; Simonsen ve ark., 2019) ve kanıta dayalı psikoterapilerin ilaca kıyasla BKB remisyonu için daha sürdürülebilir olduğu ifade edilmiştir (Stoffers-Winterling ve ark., 2021). Fakat literatür incelendiğinde BKB'li yetişkinlere yönelik terapi türlerinin karşılaştırmalı etkililiği ile ilgili devam eden tartışmalar söz konusudur (Setkowski ve ark., 2023). Bununla beraber belli başlı terapi ekollerinin çalışmalara dahil edildiği ve etkililiklerinin araştırıldığı görülmektedir. Bunlardan ilki Diyalektik Davranış Terapisi'dir (DDT). Bir tür bilişsel davranış terapisi olan DDT, sıkıntıyla, ilişkilerdeki zorluklarla ve duygu düzensizliğiyle başa çıkabilmek için uyumlu davranış becerilerinin geliştirilmesini içermektedir (Linehan, 1993). Gillespie ve arkadaşları (2022) DDT'nin BKB tedavisi ve bir senelik takip sürecindeki remisyonuna yönelik gerçekleştirdikleri derleme çalışmalarında DDT'nin her iki durumda da oldukça etkili ve güçlü kanıtlara sahip olduğunu bulmuşlardır. Bunun yanında Setkowski ve arkadaşları (2023), derleme ve meta-analiz çalışmalarında Diyalektik

Davranışçı Terapi (DDT) ve Mentalizasyon Temelli Terapi'nin (MTT), standart tedaviye (ST) kıyasla remisyonda daha etkili olduğunu; ancak ST'nin, yani farmakolojik müdahaleler ve genel destekleyici psikoeğitim gibi yapılandırılmamış uygulamaları içeren geleneksel tedavi yöntemlerinin, BKB'deki intihar davranışlarını azaltmada daha etkili olduğunu saptamışlardır. Bu bağlamda, BKB'nin bu karmaşık yapısının farklı tedavi yaklaşımları arasında farklılıklara neden olabileceği görülmektedir. Literatürdeki araştırmalar ise, karmaşık zihinsel süreçler için geliştirilmiş olan şema terapinin BKB için etkili bir tedavi olacağını göstermektedir (Kellogg ve Young, 2006; Montgomery-Graham, 2016; Wetzelaer ve ark., 2014).

Şema Terapi, ilk olarak bilişsel ve davranışçı terapiye yanıt vermeyen dirençli kişilik bozukluklarının tedavisi için geliştirilmiş olup, ilk modeli BKB için geliştirilmiştir (Young ve ark., 2003). Şema Terapisi, yaşamın erken dönemlerinde oluşan ve bireyin dünyayı algılamasını etkileyen (Young ve ark., 2003) erken dönem uyumsuz şemalar olarak adlandırılan, işlevsiz inanç ve düşüncelerin temel nedenine odaklanan bir psikoterapidir (Young, 1990). Young (Young ve ark., 2003) 5 alanda olmak üzere toplamda 18 erken dönem uyumsuz şema belirlemiştir: aşırı tetikte olma ve engelleme, kopukluk ve reddedilme, sınır ihlali, bozulmuş özerklik ve performans, başkalarına yönelme (Young ve ark., 2003). Erken dönem uyumsuz şemalar, yoğun duygusal tepkilere, işlevsiz başa çıkma mekanizmalarına, Young'ın 4 başlıkta topladığı şema modlarına (işlevsiz çocuk modu, işlevsiz ebeveyn modu, işlevsiz baş etme modu ve sağlıklı yetişkin modu) neden olur (Young ve ark., 2003). Bu bağlamda şema terapinin amacı, danışanın çocukluk döneminde gelişen uyumsuz şemaları ve modları tanımasına, işlevsiz başa çıkma modlarına olan bağımlılığını azaltmasına ve derin duygusal deneyimlere erişmesine yardımcı olmaktır. Deneyimsel teknikler, çocuk modlarını iyileştirmek için kullanılırken, sağlıklı yetişkin modu terapistin rehberliği ve desteği ile güçlendirilir (Jacob ve Arntz, 2013; Young ve ark., 2003).

Young (Young ve ark., 2003) BKB'yi dissosiyatif kişilik bozukluğunun bir uzantısı olarak görür ve temelde 5 modun ortaya çıktığını belirtir: terk edilmiş ve istismara uğramış çocuk, kopuk koruyucu, öfkeli ve dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve sağlıklı yetişkin modu. Sağlıklı yetişkin modu terapide geliştirilmesi hedeflenen alandır. BKB olan kişilerde, zalimlik, öfke, kendini uyuşturma ve boyun eğme eğilimleri birbiriyle etkileşim içinde ortaya çıkar (Young ve ark., 2003). BKB için şema terapisinde "sınırlı yeniden ebeveynlik, bilişsel yeniden yapılandırma ve eğitim, duygu odaklı çalışma ve davranışsal paternleri

kırma” olmak üzere dört temel değişim mekanizması üzerinde çalışılır (Kellogg ve Young, 2006). Terapinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Örneğin, Giesen-Bloo ve arkadaşları (2006), BKB danışanlarında aktarım odaklı terapi ile şema terapisini karşılaştırmış ve şema terapinin hem daha etkili hem de tedavi sürecinde danışanlar tarafından daha az yarıda bırakılan bir müdahale türü olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde, küçük ölçekli başka bir vaka serisi çalışması da şema terapinin BKB üzerindeki benzer etkilerini bulmuştur (Nordahl ve Nysaeter, 2005).

Pratik açıdan bakıldığında, grup terapisi bireysel psikoterapiye göre daha verimli olup, daha geniş bir gruba sunulabilir. Bu durum, maliyetlerin giderek daha önemli hale geldiği sağlık hizmetlerinde finansal açıdan da dikkate değer bir avantaj sağlamaktadır (Ford ve ark., 2009). Ayrıca araştırmalar, grup terapisinin bireylerin psikososyal işlevselliğini artırdığını saptamıştır (Piper ve Ogrodniczuk, 2004). Dahası, grup terapilerinin kişilik bozuklukları üzerinde de etkisi olduğu bilinmektedir (Piper ve Rosie, 1999). Kanıta dayalı grup terapileri ile BKB sağaltımı arasındaki ilişkilere bakılan bir çalışmada, BKB üzerinde grup terapilerinin etkili olduğu saptanmıştır (Rands ve ark., 2024). Özellikle grup şema terapilerinin de BKB üzerinde etkili olduğu literatürde belirtilmektedir (Koppers ve ark., 2023; Tracy ve ark., 2024). Farrell ve Shaw (1990) tarafından manuel temelli grup şema terapisi geliştirilmiştir. Grup şema terapilerinin BKB süreci, bireysel şema terapisinin hedeflerini amaçlamakta (Farrell ve ark., 2012) ve duygusal farkındalık eğitimi (Farrell ve Shaw, 1994), psiko-eğitimi, sıkıntı yönetimi eğitimi (Farrell ve ark., 2005) ve şema değişim çalışmalarını (Young, 1990; Young ve ark., 2003) içermektedir. Örneğin, Farrell ve arkadaşları (2012), BKB olan kişilerde sağlıklı modun gelişebilmesi için grup şema terapisinde “savunmasız çocuğa bakım verme, kopuk koruyucuyu yeniden yapılandırma, öfkeli çocuğa uygun ifade yolları öğretme, cezalandırıcı ebeveyni bertaraf etme ve mutlu çocuğu serbest bırakma” hedeflerinin benimsendiğini belirtmişlerdir. En önemli amaç, sağlıklı modları güçlendirmektir. Terapist, “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaklaşımıyla danışan için güvenilir bir rehber rolü üstlenir. Terapistler, bireysel şema terapisinde olduğu gibi, danışanların duygularını rahatça ifade edebileceği ve savunmasızlıklarını gösterebileceği güvenli bir ortam sunmayı amaçlayan aktif, destekleyici ve içten bir ilişki kurmayı hedefler (Farrell ve ark., 2009). Grup terapisi ise bir “grup aile” atmosferinde yapılandırılır; danışanlar “kardeş”, terapistler ise “ebeveyn” rolündedir (Farrell ve ark., 2012).

Bununla birlikte, şema terapinin grup uygulamalarına yönelik bir başka yaklaşım olan Aile Odaklı Şema Terapisi (AOŞT) de bulunmaktadır ve GŞT’den belirli yönleriyle ayrılmaktadır. AOŞT, bireyin erken dönem şemalarının yalnızca kendilik süreçleriyle değil, aynı zamanda aile içi

ilişkisel dinamiklerle şekillendiği varsayımına dayanır. Bu yaklaşımda, yalnızca danışanın değil, aynı zamanda ebeveynlerin de uyumsuz şemaları terapötik müdahale kapsamına alınır (Azizi ve ark., 2022). Böylece, bireyin BKB semptomatolojisini sürdüren aile içi etkileşim döngüleri de ele alınabilir. GŞT’den farklı olarak AOŞT, bireyin yalnızca içsel süreçlerine değil, aynı zamanda bağlamsal çevresine de yönelerek daha sistemik bir iyileşme hedeflemektedir (Azizi ve ark., 2022; Roelofs ve ark., 2013). Bu nedenle, mevcut derlemede AOŞT’ye odaklanan bir araştırmaya da yer verilmiştir.

BKB’nin kapsamlı tedavisi halen ciddi zorluklar içermektedir. BKB tedavisi gören çoğu kişi yaşamlarını tehdit eden semptomların azalmasına rağmen, hala disforik ve boş hissettiklerini belirtmektedir (Farrell ve ark., 2009). Fakat şema terapi umut vadeden bir noktadadır. Örneğin, Farrell ve arkadaşları (2009) grup şema terapisinin BKB şiddeti ve işlevselliği üzerinde oldukça güçlü bir etkisi olduğunu bulmuşlardır ve tedaviden sonra BKB olan kişilerin %94’ünün artık tanı kriterlerini karşılamadıklarını saptamışlardır. Literatürde grup şema terapisine odaklanan bazı sistematik derleme çalışmaları bulunsa da mevcut çalışma yalnızca grup terapisi uygulamalarını değil, aynı zamanda bireysel terapilerle desteklenmiş grup terapilerini de kapsamı bakımından önceki çalışmalardan ayrılmaktadır. Ayrıca bu derlemede yalnızca terapötik etkililik değil; terapi protokollerinin yapısı, uygulama süresi, kullanılan tekniklerin çeşitliliği ve terapötik ilişki dinamikleri gibi unsurlar da dikkate alınarak daha kapsamlı bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır. Bu yönüyle çalışma, grup şema terapisi ile bireysel + grup şema terapisinin BKB üzerindeki etkililiğini sistematik olarak inceleyerek literatüre yöntemsel ve uygulamaya dönük özgün bir katkı sunmayı hedeflemektedir.

Yöntem

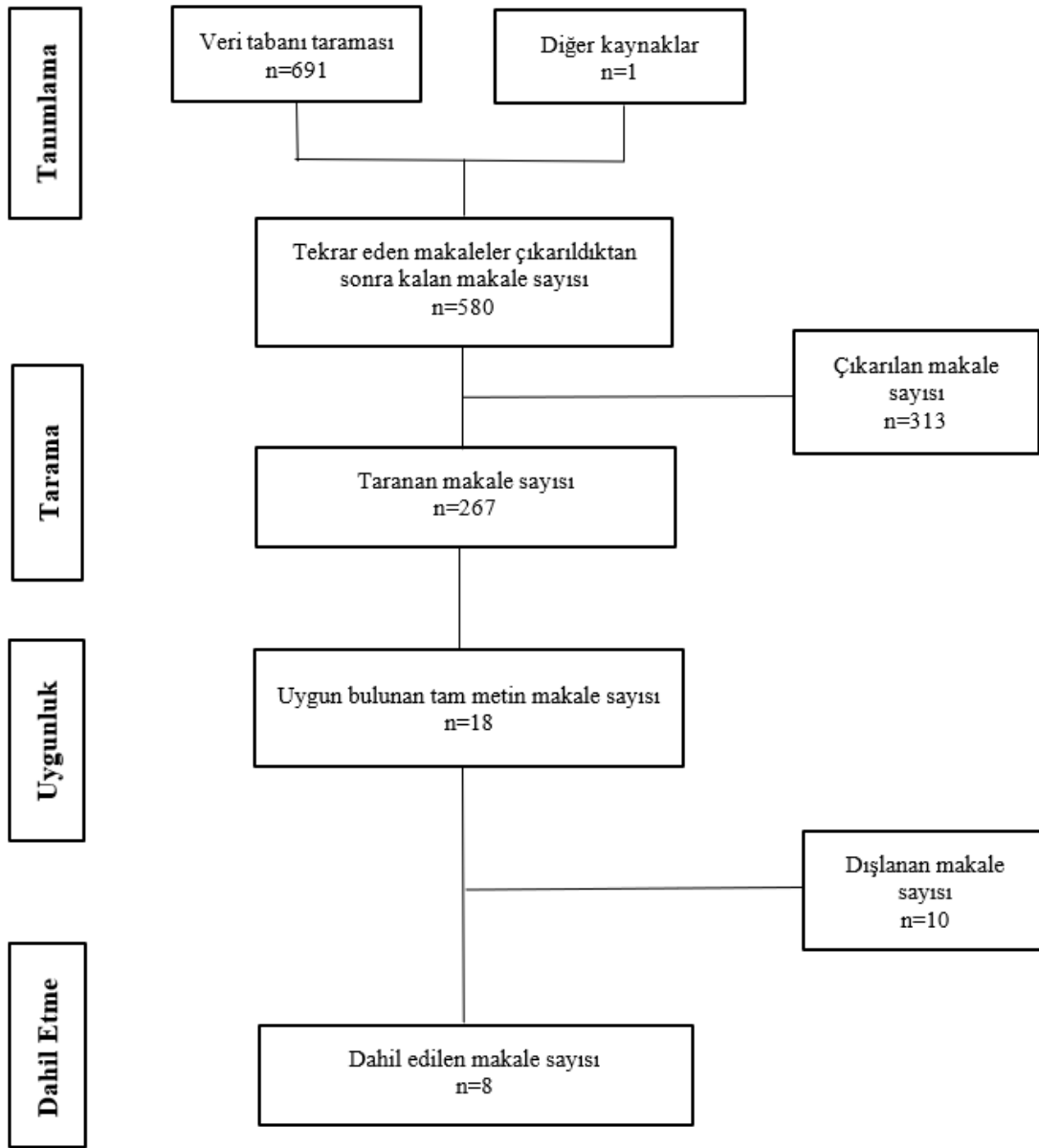
Tarama ve Seçim Süreci

Bu çalışmanın amacı, grup şema terapisinin BKB üzerindeki etkililiğini inceleyen görgül araştırmaları sistematik olarak derlemek ve incelemektir. Araştırma, “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)” (Moher ve ark., 2009) kriterleri çerçevesinde hazırlanmıştır. Makaleler, ‘ScienceDirect/Elsevier’, ‘Wiley Online Library’, ‘PsycINFO’ ve ‘PubMed’ veri tabanlarında taranmış; buna ek olarak, daha önce dahil edilen bir çalışmanın referans listesinde yer alan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan bir makale daha belirlenerek çalışmaya dahil edilmiştir. Bu şekilde, 2009 yılından sonra yayımlanmış ve İngilizce yazılmış toplam sekiz makale incelenmiştir. Makaleler veri tabanlarında “Group Schema Therapy AND borderline personality disorder”, “Schema Therapy AND borderline personality disorder” anahtar terimleri kullanılarak taranmıştır.

Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Mevcut sistematiik derleme çalışması için makalelerin dahil edilme kriterleri; çalışmaların dilinin sadece İngilizce ve 2009'dan sonra yayınlanmış olması, grup ve/veya grup + bireysel şema terapinin değerlendiriliyor olması, örneklem grubu olarak yetişkinlere odaklanması ve özet veya başlıklarında mevcut anahtar kelimelerin olması şeklinde belirlenmiştir. Çalışmanın dışlama kriterleri olarak ise;

sadece bireysel şema terapi uygulanması, çalışmaların İngilizce dilinde olmaması ve 2009 yılından önce olmaları, yetişkinler dışında çocuk ve ergenlere odaklanmış olması, çalışmaların meta-analiz veya sistematiik derleme olması olarak belirlenmiştir. Mevcut kriterlere uyan toplamda 8 çalışma derlemeye dahil edilmiştir. Çalışmaların derlemeye dahil edilme süreçleri **Şekil 1**'de bulunan PRİSMA akış diyagramında gösterilmektedir.



Şekil 1. PRİSMA Akış Diyagramı

Bulgular

Bu sistematiik derleme çalışmasında, grup şema terapisinin dahil edildiği müdahaleler ile BKB tedavisini değerlendiren çalışmalar incelenmiştir. Çalışmaların özellikleri **Tablo 1**'de “desen, örneklem, tedavi ve kontrol grupları, seçkisiz atama, ölçümler ve bulgular” başlığı altında, terapi özelliklerine dair bulgular **Tablo 2**'de “terapi türü, terapist sayısı, seans sıklığı, seans sayısı, terapi süresi, üye sayısı ve terapi teknikleri” başlıkları altında incelenmiştir.

Çalışmalardaki Desen, Grup ve Katılımcı Özellikleri

Çeşitli terapötik yaklaşımlar ve grup süreçlerini inceleyen araştırmalar, şema terapisi ve diğer terapilerin BKB tanısı almış bireyler üzerindeki etkilerini anlamayı amaçlamaktadır. Tüm çalışmalarda, katılımcıların BKB tanısı almış ve komorbid bozuklukları bulunan bireylerden oluştuğu belirtilmektedir. Bu çalışmalar, şema terapisi (ŞT) ve çeşitli uygulama kombinasyonlarının etkinliğini incelemek üzere farklı yöntem ve prosedürlerle gerçekleştirilmiştir. Randomize kontrollü klinik çalışmalar

(RCT), bu alandaki temel yöntemlerden biri olarak öne çıkmış (örn., [Arnzt ve arkadaşları, 2022](#); [Assmann ve arkadaşları, 2023](#); [Azizi ve arkadaşları, 2022](#); [Farrell ve arkadaşları, 2009](#); [Hilden ve arkadaşları, 2020](#)), şema terapisinin standart tedavi (ST) veya diğer psikoterapötik yaklaşımlarla karşılaştırmalı etkinliğini ortaya koymuştur. Örneğin, [Farrell ve arkadaşları \(2009\)](#) ve [Hilden ve arkadaşları \(2020\)](#) grup şema terapisi ile ST'nin etkinliğini karşılaştırmış, [Assmann ve arkadaşları \(2023\)](#) şema terapisini diyalektik davranış terapisi ile yan yana değerlendirmiştir. [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#) ise aile odaklı grup şema terapisi ile destekleyici terapinin kombinasyonunu erkek katılımcılarla çalışmış, bu yaklaşımın etkinliğini kontrol grubu ile karşılaştırmıştır.

Çalışmaların örneklem büyüklükleri ve demografik özellikleri büyük çeşitlilik göstermektedir. Katılımcı sayıları 10 (örn., [Fassbinder ve ark., 2016](#)) ile 246 (örn., [Arnzt ve ark., 2022](#)) arasında değişirken, katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmuştur. Kadın oranı %79.3 ([Assmann ve ark., 2023](#)) ile %100 (örn., [Fassbinder ve ark., 2016](#); [Hilden ve ark., 2020](#)) arasında değişmekte, yalnızca [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#) erkeklerden oluşan bir örneklemle çalışmışlar ve aile odaklı şema terapisi kapsamında belirli oturumlara danışanların ailelerini de dahil etmişlerdir. [Assmann ve arkadaşları \(2023\)](#) non-binary bireyleri de dahil ederek katılımcı çeşitliliğini artırmıştır. Yaş aralıkları genelde 18-65 arasında değişmekle birlikte, yaş ortalamaları çoğunlukla 28 ile 35 arasında yoğunlaşmıştır (örn., [Dickhaut ve Arnzt, 2013](#); [Fassbinder ve ark., 2016](#)).

Gruplar genellikle küçük ölçekli olup 6 ila 15 katılımcı arasında değişmiştir (örn., [Azizi ve ark., 2022](#); [Farrell ve ark., 2009](#)). Terapiler genellikle bireysel ve grup formatında paralel uygulanmış (örn., [Assmann ve ark., 2023](#); [Dickhaut ve Arnzt, 2013](#)), bazı çalışmalarda yalnızca grup terapisi tercih edilmiştir (örn., [Azizi ve ark., 2022](#); [Farrell ve arkadaşları, 2009](#)). Özellikle [Reiss ve arkadaşları \(2014\)](#) tarafından yürütülen bir pilot çalışma dizisi, grup ve bireysel şema terapisini birleştiren üç farklı pilot çalışmayı kapsamış ve bu çalışmaların her birinde gruplar 8 ila 11 kişi arasında değişmiştir.

Çalışmalardaki Terapist Sayısı, Seans ve Değerlendirme Sıklığı

Grup ve/veya bireysel şema terapilerinin BKB tanısı almış bireyler üzerindeki etkinliğini incelemek üzere çeşitli yöntem ve uygulamalar yürütülmüştür. Terapist sayısı, tedavi süresi ve seans sıklıkları çalışmalara göre değişiklik göstermektedir. Çalışmalardaki terapist sayılarına bakıldığında genellikle iki terapistin görev aldığı görülmektedir ([Arnzt ve ark., 2022](#); [Assmann ve ark., 2023](#); [Dickhaut ve Arnzt, 2013](#); [Farrell ve ark., 2009](#); [Fassbinder ve ark., 2016](#); [Hilden ve ark., 2020](#)). Bunların yanı sıra [Reiss](#)

[ve arkadaşlarının \(2014\)](#) çalışmasında ise terapist sayısı pilot çalışmalara göre değişiklik göstermiş; ilk ve üçüncü pilot çalışmalarda iki terapist, ikinci pilot çalışmada bir terapist yer almıştır. [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#) çalışmasında ise terapist sayısı belirtilmemiştir.

Çalışmalardaki seans sıklığına bakıldığında, [Arnzt ve arkadaşları \(2022\)](#) ile [Dickhaut ve Arnzt \(2013\)](#), iki yıl boyunca bireysel ve grup ŞT'yi haftada bir olarak uygulamış, ikinci yıllarında seans sıklığını azaltarak uzun süreli bir yaklaşımı benimsemiştir. [Assmann ve arkadaşları \(2023\)](#) 1.5 yıl boyunca haftalık bireysel (60 dk) ve grup seansları (120 dk) düzenlerken, [Fassbinder ve arkadaşları \(2016\)](#) bir yıl boyunca hem bireysel (60 dk) hem de grup terapisi (100 dk) seanslarını düzenli olarak uygulamış, tedavi bitiminde ihtiyacı olan katılımcılar için azalan sıklıkla devam etmiştir.

Daha kısa süreli grup terapileri ise [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#), [Farrell ve arkadaşları \(2009\)](#) ve [Hilden ve arkadaşları \(2020\)](#) tarafından değerlendirilmiştir. [Farrell ve arkadaşları \(2009\)](#), yaklaşık 8 ay boyunca haftalık grup seansları düzenlemiş ve tedavi bitiminde 6 aylık bir takip değerlendirmesi gerçekleştirmiştir. [Hilden ve arkadaşları \(2020\)](#) ise toplamda 20 grup seansı (90 dk) düzenlemiş ve değerlendirmeleri tedavi öncesi ve sonrası olarak yapmıştır. [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#), haftada iki kez toplamda 8 seans grup terapisi uygulamış ve öntest-sontest değerlendirme yöntemi kullanmıştır. [Reiss ve arkadaşları \(2014\)](#) tarafından yürütülen üç farklı pilot çalışma, grup ve bireysel terapinin kombinasyonlarını farklı sürelerde incelemiştir. İlk pilot çalışmada grup terapisi haftalık 8.5 saat, bireysel terapi ise haftalık 1 saat olacak şekilde 18 hafta uygulanmıştır. İkinci pilot çalışmada bu süreler 12 hafta boyunca aynı şekilde korunmuş, üçüncü pilot çalışmada ise grup terapisi haftalık 8 saat, bireysel terapi 1.5 saat olacak şekilde 10 hafta sürmüştür. Değerlendirmeler tedavi öncesi ve sonrası yapılmış, üçüncü pilot çalışmada ek olarak 3 aylık bir takip değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Genel olarak, bu çalışmalar hem kısa hem uzun süreli uygulamaları, bireysel ve grup terapilerinin kombinasyonlarını, terapi süreçlerini ve etkilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmiştir. Değerlendirme yöntemleri başlangıç, tedavi bitimi ve farklı takip süreçlerini (örn., 6., 12., 18., ve 36. ay) içermektedir. Bu sonuçlar, şema terapisinin BKB tanısı almış bireyler üzerindeki uygulama çeşitliliğini vurgulamaktadır.

Çalışmalarda Kullanılan Teknikler

Derlemeye dahil edilen çalışmalarda şema terapisi ve diğer terapi yöntemlerinin bireysel ve grup uygulamalarında belirli tekniklere dayandıkları görülmektedir. Grup şema terapilerinde, psiko-eğitim, şema modlarının tanıtılması, grup içinde mod farkındalığını artırma çalışmaları ve güvenli bir deneyim alanı yaratma öne çıkmaktadır ([Arnzt](#)

Tablo 1. İncelenen Araştırmalar ve Özellikleri

Çalışmalar	Desen	Örneklem	Tedavi ve Kontrol Grupları			Seçkisiz Atama	Ölçümler	Bulgular
			Grup	Bireysel + Grup	Kontrol			
1. Arnzt ve ark., 2022	Randomize Kontrollü Çalışma	495 Kişi (K: %86.2, E: %13.8) YO: 33.6	GŞT: 125 Kişi	BGŞT: 124 Kişi	ST: 246 Kişi	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi, 6. 12, 18, 24. ay Takip: 36. ay	BGŞT, hem GŞT'ye hem de ST'ye kıyasla daha etkili ve tedavi bırakma oranları daha düşük olarak bulunmuştur. GŞT'nin etkinliği ST'den anlamlı bir şekilde farklı bulunmamıştır. GŞT'nin tedaviye devam oranı ST ile anlamlı bir fark göstermemiştir. BGŞT, ST'ye kıyasla BPDSI alt ölçekleri, intihar düşüncesi ve girişimlerini azaltma, borderline kontrol listesi, kısa belirti envanteri, global işlevsellik değerlendirmesi, iş ve sosyal uyum ölçeği, yaşam kalitesi, şema ölçeği ve şema mod envanteri gibi sonuçlarda üstünlük sağladığı bulunmuştur. GŞT, ST'ye kıyasla yalnızca iş ve sosyal uyum ölçeği ve mutluluk değerlendirmesinde anlamlı üstünlük göstermiştir. BGŞT, yaşam kalitesi değerlendirmesinde GŞT'ye üstünlük sağlamıştır. Kötüleşme oranları ST grubunda diğerlerine kıyasla daha yüksek bulunmuştur. BGŞT'nin, genel BKB semptomlarında 1 yıl içinde anlamlı bir azalma sağladığı ve bu etkinin 3 yıl boyunca yapılan takip ölçümlerinde devam ettiği bulunmuştur.
2. Assmann ve ark., 2023	Randomize Klinik Çalışma	164 Kişi (K: %79.3, E: %20.1, Non-Binary: %0.6) YO: 33.7	-	ŞT: 81 Kişi DDT: 83 Kişi	-	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi, 6. 12, 18. ay Takip: 24. ve 36. ay	BKB şiddetinde, her iki tedavi grubu için tedavi başlangıcından 1 yıllık doğal takip dönemine kadar anlamlı bir azalma olmuş ve etki büyüklükleri büyük bulunmuştur. Tedavi koşulları arasında 1 yıllık doğal takipte anlamlı bir fark bulunmamıştır. DDT grubundaki danışanlar, öfke alt ölçeğinde ŞT grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük skorlar aldığı bulunmuştur. Her iki grupta da tüm diğer ölçeklerde (genel semptom şiddeti, depresyon şiddeti, iş ve sosyal uyum, psiko-sosyal işlevsellik, dissosiyasyon, yaşam kalitesi) iyileşme görülmüş ve iki grup arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. Tedaviyi bırakma ve kötüleşmenin her iki grupta farklılaşmadığı bulunmuştur. Tedaviyi bırakma önceki araştırmalara kıyasla daha düşük olarak bulunmuştur. Borderline semptomlarının genel şiddetinde, büyük bir etki büyüklüğü ile anlamlı bir azalma bulunmuştur. Danışanların borderline belirtilerinin yarattığı öznel yük, genel psikiyatrik semptomlar ve işlevsel bozukluk, yüksek etki büyüklükleri ile azalmış olarak bulunmuştur. Psikososyal işlevsellik ve sosyal, mesleki, kişilerarası işlevsellik yüksek etki büyüklükleri ile iyileştiği ve bu iyileşmenin tedavi süresince devam ederken takip sürecinde durduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi ve genel iyilik haline ilişkin olarak mutluluk maddesinde artışın olduğu gözlemlenmiştir. ŞT'ye özgü ölçütlerde yüksek etki büyüklükleriyle iyileşmeler kaydedilmiştir: İşlevsiz şema modları için ortalama madde skoru azaldığı, işlevsel modlar için anlamlı iyileşmeler elde edildiği bulunmuştur. YŞÖ toplam skorunda azalmalar olduğu bulunmuştur.
3. Fassbinder ve ark., 2016	Sadece Tedavi Grubu	10 Kişi (K: %100) YO: 35	-	ŞT: 10 Kişi	-	Yok	Değerlendirme: Tedavi Öncesi, 3. ve 12. ay Takip: 36. ay	

Tablo 1. İncelenen Araştırmalar ve Özellikleri – Devamı

Çalışmalar	Desen	Örneklem	Tedavi ve Kontrol Grupları			Seçkisiz Atama	Ölçümler	Bulgular
			Grup	Bireysel + Grup	Kontrol			
4. Hilden ve ark., 2020	Randomize Kontrollü çalışma	38 Kişi, (K: %95, E: %5), YO: 27-31	ŞT + ST: 24 Kişi	-	ST: 14 Kişi	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası	BKB şiddetinde her iki grupta da azalma gözlenmiş, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Post-hoc analizlerinde ise sadece borderline davranış alt ölçeğinde ŞT grubunda istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon düzeyi, alkol kullanımı ve işlevsellik skorlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İşlevsiz şema modlarından savunmasız çocuk, öfkeli çocuk, kopuk koruyucu ve cezalandırıcı ebeveyn modlarında şema terapi grubunda daha fazla azalma olmuş, ancak bu fark anlamlı olarak bulunmamıştır. Danışanlardan yazılı olarak alınan geribildirimlerde bulunmuş, grup sürecinde duygusal yönetim ve farkındalıklarının arttığını, akran desteğini ve grup ruhunu değerli bulduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, grupların daha uzun sürmesi ve oturumların daha uzun olması gerektiği de belirtilmiş ve bazı katılımcılar, grup sonunda ortaya çıkan içsel süreçlerle yalnız başa çıkmak zorunda kaldıklarını hissettiklerini ifade etmişlerdir. ŞT gruplarında bırakma oranı düşük ve danışan memnuniyeti yüksek olduğu ifade edilmiştir.
5. Dickhaut ve Arnzt, 2013	Ön Test-Son Test Sadece Tedavi Grubu Klinik Çalışma	18 Kişi (K: %100), YO: 28.5	-	ŞT: 8 Kişi (9 Ay Sonra İkinci 10 Kişi)	-	Yok	Değerlendirme: Tedavi öncesi, 6. 12. 18. ve 24. ay Takip: 30. ay	Her iki grupta da (1. ve 2. kohort) tedavinin BKB semptomlarını ve yaşam kalitesi ölçütlerini önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur. BKB semptomları anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi, mutluluk ve işlevsel şema modlarında büyük iyileşmeler gözlemlendi. Katılımcılar, genel popülasyon mutluluk normlarıyla uyumlu seviyelere ulaştığı bulunmuştur. İşlevsiz şema modların ve genel psikolojik sıkıntıların azaldığı bulunmuştur. Tedavinin büyük bir etki büyüklüğü gösterdiği saptanmıştır. 30 aylık takip sonucunda %77.4 oranında iyileşme olduğu bulunmuştur.
6. Farrell ve ark., 2009	Randomize Kontrollü Çalışma	32 Kişi (K: %100), YO: 22-52	ŞT+ST : 16 Kişi	-	ST: 16 Kişi	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası Takip: 6. ay	BKB semptomlarında ve şiddetinde ŞT grubu ST'ye göre anlamlı bir iyileşme gösterdiği bulunmuştur. 6 aylık takipte, tedavi grubundaki hiçbir danışanın artık BKB tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur. ŞT grubunda, tedavi sonrası tüm ölçümlerde başlangıç skorlarına kıyasla anlamlı iyileşme gözlemlenirken, ST kontrol grubunda bu iyileşmenin görülmediği bulunmuştur. Kontrol grubunda 14 ay boyunca çok az iyileşme, hatta bazı durumlarda bozulmalar saptanmıştır. Genel psikiyatrik semptomların şiddetinde, genel işlevsellikte, ŞT grubunun önemli ölçüde iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Bu olumlu tedavi etkisinin, altı aylık takipte korunduğu veya daha da arttığı belirtilmiştir. Tedavinin ikinci veya üçüncü ayında, tedavi grubundaki üyelerin, dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışlarında belirgin azalmalar yaşadıkları, kendine nefret, yalnızlık ve boşluk duygularında da azalmalar bildirdikleri saptanmıştır.

Tablo 1. İncelenen Araştırmalar ve Özellikleri – Devamı

Çalışmalar	Desen	Örneklem	Tedavi ve Kontrol Grupları			Seçkisiz Atama	Ölçümler	Bulgular
			Grup	Bireysel + Grup	Kontrol			
6. Farrell ve ark., 2009	Randomize Kontrollü Çalışma	32 Kişi (K: %100), YO: 22-52	ŞT+ST : 16 Kişi	-	ST: 16 Kişi	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası Takip: 6. ay	Tedavi sonrası, ŞT grubundaki 15 katılımcının BKB kriterlerini artık karşılamadığı, kontrol grubundaki 12 katılımcıdan 11'inin ise hâlâ BKB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Katılımcılar, grup terapisini hem doğrulayıcı hem de destekleyici bir deneyim olarak tanımlarken, homojen tanı grubunda yer almanın onlara aidiyet ve kabul duygusu sağladığını, bu sayede kendilerini yalnız veya kusurlu hissetmekten kurtulduklarını ve ilk kez bir gruba ait olmanın ve “normal” hissetmenin rahatlığını yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
7. Azizi ve ark., 2022	Randomize Klinik Çalışma	30 Kişi (E: %100), YO: 18-53	AOŞT +DT: 15 Kişi	-	Tedavi Yok: 15 Kişi	Var	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası	AOŞT ve DT'nin kombinasyonu, BKB semptomlarını anlamlı ölçüde azalttığı bulunmuştur. Müdahale grubunun, kontrol grubuna kıyasla BKB semptomlarında anlamlı bir azalma gösterdiği bulunmuştur.
8. Reiss ve ark., 2014								
1. Pilot Çalışma	Doğal Ortamda Yürütülen Klinik Çalışma	41 Kişi (K: %98, E: %2) YO: 36.4	-	ŞT: 41 Kişi	-	Yok	Değerlendirme: Tedavi öncesi ve sonrası	BKB semptomlarında anlamlı azalma ve genel işlevsellikte önemli bir artış bulunmuştur.
2. Pilot Çalışma	Doğal Ortamda Yürütülen Klinik Çalışma	36 Kişi (K: %89, E: %11) YO: 31.6	-	36 Kişi	-	Yok	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası	BKB semptomlarında ve genel psikiyatrik semptomlarda anlamlı bir azalma bulunmuştur.
3. Pilot Çalışma	Doğal Ortamda Yürütülen Klinik Çalışma	15 Kişi (K: %100) YO: 25.5	-	ŞT: 15 Kişi	-	Yok	Değerlendirme: Tedavi Öncesi ve Sonrası Takip: 3. Ay	Tedavi sonrası BKB ve genel psikiyatrik semptomlarda azalma bulunmuş, ancak takip değerlendirmesinde kısmi bir geri dönüş yaşandığı saptanmıştır.

Not: BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu, ŞT: Şema Terapisi, ST: Standart Tedavi, GŞT: Grup Şema Terapisi, BGŞT: Bireysel + Grup Şema Terapisi, DDT: Diyalektik Davranış Terapisi, AOŞT: Aile Odaklı Şema Terapisi, DT: Destekleyici Terapi, YO: Yaş Ortalaması, YŞÖ: Young Şema Ölçeği

ve ark., 2022; Hilden ve ark., 2020). Özellikle rol canlandırma, görselleştirme, imgelemenin yeniden yazımı (imagery rescripting) ve sandalye çalışmaları gibi yaşantısal teknikler, grup katılımcılarının duygusal farkındalığını artırma ve olumlu davranış değişikliklerini destekleme amacıyla kullanılmıştır (Assmann ve ark., 2023; Fassbinder ve ark., 2016). Grup bağıni güçlendirmek için grup üyeleri arasında bağ kurma, karşılıklı destek sağlama ve kriz anlarında de-eskalasyon teknikleri uygulanmıştır (Dickhaut ve Arnzt, 2013). Stres yönetimi, bilişsel çarpıtmaları düzeltme, otomatik düşünceleri tanıma ve pozitif deneyimlerin sembolleştirilmesi gibi bilişsel odaklı teknikler de grup terapilerinde yer bulmuştur (Farrell ve ark., 2009).

Bireysel şema terapilerinde ise daha kişiselleştirilmiş ve derinlemesine yöntemler ön plana çıkmıştır. Travmatik anılar üzerinde hayali yeniden yapılandırma, şema mod kavramsallaştırması ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikler, bireylerin geçmiş travmalarını işlemlemesine ve daha işlevsel başa çıkma mekanizmaları geliştirmelerine yardımcı olmuştur (Dickhaut ve Arnzt, 2013; Reiss ve ark., 2014). Sağlıklı yetişkini güçlendirme, savunmasız çocuğa empati sağlama, cezalandırıcı ebeveyni sorgulama ve öfkeli/dürtüsel çocuğa sınır koyma gibi teknikler, bireysel terapide sıkça kullanılan yöntemlerdir (Azizi ve ark., 2022). Sandalyelerle yapılan mod çalışmaları, yaşantısal teknikler ve duygusal yeniden işleme süreçleri, bireylerin terapi sürecinde duygusal farkındalık kazanmasını sağlamıştır (Fassbinder ve ark., 2016; Reiss ve ark., 2014).

Aile odaklı şema terapilerinde, ailelerin sürece dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, şema tanımlama, bilişsel yeniden yapılandırma, yaşantısal teknikler ve davranışsal stratejiler ile aile bireyleri arasındaki ilişkilerin işlevselliği artırılmıştır (Azizi ve ark., 2022). Destekleyici terapilerde ise duygusal destek sağlama, sorunları ele alma ve bağ kurma gibi yöntemler uygulanmıştır. Ayrıca, Diyalektik Davranış Terapisi'nde grup düzeyinde beceri öğretimi, bireyler arasında deneyim paylaşımı ve bireysel düzeyde davranış zincirleme analizi gibi teknikler etkin şekilde kullanılmıştır (Assmann ve ark., 2023).

Çalışmalardan Elde Edilen Sonuçlar

Genel olarak çalışmaların sonuçları incelendiğinde, BKB semptomlarının şiddetinde önemli iyileşmeler sağlandığı ortaya konmaktadır. Grup şema terapisi (GŞT), bireysel terapiden bağımsız olarak güçlü sonuçlar sunarken, bireysel ve grup şema terapisi kombinasyonu (BGŞT) çoğu çalışmada diğer yöntemlere kıyasla daha etkili bulunmuştur. Arnzt ve arkadaşları (2022), BGŞT'nin hem yalnızca grup şema terapilerinden (GŞT) hem de standart tedaviden (ST) daha etkili olduğunu göstermiş ve BGŞT'nin, intihar düşüncelerini azaltma ve genel semptom şiddetini

hafifletmede üstün olduğunu vurgulamıştır. Özellikle, BGŞT'nin iş ve sosyal uyum ölçeği, yaşam kalitesi, şema ölçeği ve şema mod envanteri gibi ölçütlerde ST'ye göre anlamlı iyileşme sağladığı rapor edilmiştir. Ayrıca, BGŞT'nin tedaviyi bırakma oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Farrell ve arkadaşları (2009) ise grup terapisiyle desteklenen bireysel terapilerin katılımcıların %94'ünde BKB tanı kriterlerini karşılamamalarını sağladığını ve bu etkinin tedavi sonrası altı aylık takipte korunduğunu bildirmiştir. Dickhaut ve Arnzt (2013), BGŞT'nin semptomların şiddetini büyük ölçüde azalttığını ve yaşam kalitesini artırdığını belirtmiştir.

Grup şema terapisi (GŞT) de, bireysel terapiden bağımsız olarak etkili sonuçlar sağlamıştır. Farrell ve arkadaşları (2009), GŞT'nin standart tedaviye kıyasla semptomların azaltılmasında ve genel işlevsellikte iyileşme sağlamada anlamlı üstünlük gösterdiğini vurgulamıştır. Benzer şekilde, Azizi ve arkadaşları (2022), aile odaklı grup şema terapisi ile destekleyici terapinin birleşiminin BKB semptomlarını belirgin ölçüde azalttığını bildirmiştir. Hilden ve arkadaşları (2020), her iki grupta (ŞT ve ST) semptomların şiddetinde azalma gözlenmesine rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmiştir. Ancak, Hilden ve arkadaşları (2020), ŞT gruplarında duygusal farkındalık ve akran desteğinin katılımcılar üzerindeki olumlu etkilerini ve danışan memnuniyetinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır.

BGŞT ve GŞT'de tedaviye devamlılık ve kötüleşme oranlarına bakıldığında Arnzt ve arkadaşları (2022), BGŞT'nin tedaviyi bırakma oranlarının GŞT ve ST'ye kıyasla daha düşük olduğunu ve kötüleşme oranlarının ST'de daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. Katılımcılar, grup terapilerindeki geri bildirimleri samimi bulmuş ve grup dinamiklerinin aidiyet duygusunu güçlendirdiğini ifade etmiştir.

Psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesindeki iyileşmeler, bu çalışmaların ortak bulgularındandır. Arnzt ve arkadaşları (2022), BGŞT'nin yaşam kalitesini artırmada ve işlevselliği geliştirmede diğer gruplara göre daha üstün olduğunu bildirmiştir. Dickhaut ve Arnzt (2013) ile Fassbinder ve arkadaşları (2016), yaşam kalitesindeki iyileşmelerin genel mutluluk normlarına ulaştığını ve işlevsiz modlarda azalmalar sağlandığını belirtmiştir. Farrell ve arkadaşları (2009), ŞT'nin yaşam kalitesi ve genel işlevsellikteki olumlu etkilerinin tedavi sonrası daha da arttığını ifade etmiştir.

İşlevsiz şema modlarında azalmalar ve işlevsel modlarda iyileşmeler, ŞT'nin özgün etkilerinden biridir. Fassbinder ve arkadaşları (2016), Young Şema Ölçeği (YSQ) skorlarının azaldığını ve işlevsel modlarda anlamlı iyileşmeler elde edildiğini belirtmiştir. Dickhaut ve Arnzt

(2013) ise işlevsel modlardaki iyileşmelerin BKB tanı kriterlerinin azalmasını sağladığını belirtmişlerdir.

Duygusal farkındalık, aidiyet ve sosyal destek, grup terapilerinin öne çıkan özelliklerinden birkaçıdır. Farrell ve arkadaşları (2009), homojen tanı gruplarının yalnızlık hissini azalttığını ve katılımcılara güven ve kabul duygusu aşıladığını belirtmiştir. Hilden ve arkadaşları (2020) ise grup terapisinin, akran desteğiyle duygusal farkındalığı artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ifade etmiştir.

Diğer terapi yöntemleri arasında diyalektik davranış terapisi (DDT), öfke yönetiminde ŞT'ye kıyasla daha etkili bulunmuştur (Assmann ve ark., 2023). Ancak, genel semptom azaltma, yaşam kalitesindeki iyileşme ve işlevsellik açısından DDT ile ŞT arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu bağlamda çalışmaların sonuçları, bireysel ve grup şema terapisi kombinasyonu ile grup şema terapisi yöntemlerinin BKB tedavisinde güçlü ve etkili yöntemler olduğunu göstermektedir. BGŞT, semptom azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada diğer yöntemlere kıyasla daha üstün bulunurken, GŞT de bireysel terapiden bağımsız olarak da güçlü sonuçlar sunmuştur. Bununla birlikte, DDT gibi diğer yaklaşımlar, öfke yönetimi gibi belirli alt boyutlarda etkili olabilmektedir. Tüm bu bulgular, ŞT'nin BKB tedavisinde bireysel ve grup temelli uygulamalarda olumlu etkiler sunduğunu ortaya koymaktadır.

Tartışma

Borderline Kişilik Bozukluğu, karmaşık semptom yapısı ve psikososyal etkileri nedeniyle tedavisi güç bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Grup terapileri ve bireysel terapiler ile kombinasyonu, BKB semptomlarının yönetiminde önemli bir potansiyel sunmaktadır. Mevcut derleme çalışmasında, grup şema terapisi ve bireysel + grup şema terapisinin, BKB'li kişilerin semptomlarının şiddetini azaltma, yaşam kalitelerini artırma ve işlevsel iyileşmeler sağlama gibi alanlarda etkili olduğu saptanmıştır.

Daha önce yapılmış bazı sistematiik derleme çalışmalarında, grup şema terapisi kişilik bozukluklarında umut verici bir yaklaşım olarak ele alınmıştır. Örneğin, Sempertegui ve arkadaşları (2013), ŞT'nin BKB üzerinde olumlu etkiler sunduğunu belirtmiş; ancak grup terapisi yapılarına ilişkin ayrıntılı bir değerlendirme sunmamışlardır. Benzer şekilde, Tracy ve arkadaşları (2024), GŞT'yi detaylı biçimde incelemiş olmakla birlikte, çalışmalarında farklı kişilik bozukluklarını bir arada ele almış ve BKB'ye özgü bulgulara odaklanmamışlardır. Mevcut derlemenin ayırt edici yönü, yalnızca BKB tanısı almış bireylere odaklanması ve hem yalnızca grup terapilerini hem de bireysel destekli grup uygulamalarını birlikte değerlendirmesidir. Bu sayede, terapi protokollerinin süresi, kullanılan teknikler, seans yoğunluğu ve terapötik ilişki gibi uygulama temelli unsurlar çok daha bütüncül biçimde karşılaştırılabilmiştir. Bu

yönüyle derleme, yalnızca terapötik etkililiğe değil, uygulama süreçlerine dair de literatüre özgün bir katkı sunmaktadır.

Azizi ve arkadaşları (2022) ve Farrell ve arkadaşları (2009) gibi çalışmalardan elde edilen bulgular, Grup Şema Terapisi'nin standart tedaviye kıyasla BKB semptomlarının şiddetini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. GŞT'nin, bireysel terapiler olmadan da güçlü sonuçlar sunduğu, özellikle semptom hafifletme ve sosyal aidiyet oluşturma gibi alanlarda anlamlı etkiler sağladığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, bazı alanlarda GŞT'nin sınırlı kaldığı görülmüştür. Örneğin, şema modlarının daha derinlemesine ele alınması ve travma çalışmalarında bireysel terapisinin sağladığı derinliğe ihtiyaç duyulabileceği ifade edilmiştir. Arnzt ve arkadaşları (2022) ve Dickhaut ve Arnzt (2013) gibi çalışmalar, bu noktada bireysel ve grup terapi kombinasyonunun, özellikle intihar düşüncelerini azaltma, genel işlevselliği artırma ve semptom şiddetini hafifletme gibi alanlarda GŞT'ye kıyasla daha büyük bir etki yarattığını ortaya koymuştur. Mevcut bulguları destekleyecek nitelikte, Tan ve arkadaşları (2018), nitel bir çalışma gerçekleştirmişlerdir ve bu çalışmada BGŞT'nin bireysel terapisinin sağladığı derinlik sayesinde grup sürecine uyumu kolaylaştırdığını ve şema modlarının daha etkili bir şekilde yönetilmesine olanak tanıdığını belirtmiştir. Bu bulgular, BGŞT'nin kapsamlı ve etkili bir tedavi yöntemi olarak GŞT'nin eksik kaldığı noktaları tamamlayıcı bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Bu bulguların altında yatan temel mekanizmalar, şema terapisinin teorik modeli ve grup terapilerinin kendine özgü iyileştirici faktörleri ile ilişkilidir. Şema terapi, BKB'nin karmaşık semptom yapısını anlamlandırmak için mod modelini kullanır. Hassas çocuk, öfkeli/dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve kopuk koruyucu gibi işlevsiz modlar, bireylerin duygusal, bilişsel ve davranışsal süreçlerini şekillendirirken, sağlıklı modlar genellikle zayıf kalmaktadır (Young ve ark., 2003). GŞT'nin güçlü etkilerinden biri, bu modların grup ortamında ele alınması ve desteklenmesiyle ilgilidir. Grup terapisi, katılımcılara yalnız olmadıklarını fark etme, sosyal aidiyet geliştirme ve karşılıklı destek sağlama fırsatı sunar (Farrell ve Shaw, 2012). Özellikle Yalom ve Leszcz'in (2005) belirttiği gibi, evrensellik, kişilerarası beceri geliştirme ve bağlanma gibi faktörler grup terapilerinin iyileştirici faktörleridir.

Bireysel terapilerin BGŞT'ye dahil edilmesi ise bu süreci daha da etkili hale getirebilir. Örneğin, hassas çocuk modunun desteklenmesi, cezalandırıcı ebeveyn moduna karşı koyma veya kopuk koruyucu modun yatıştırılması gibi hedefler, bireysel seanslarda derinlemesine ele alınabilir. Bunun yanı sıra, grup ortamı ise, duygusal farkındalık geliştirmek, destekleyici geri bildirim almak ve diğer katılımcılarla bağ kurarak şemalar üzerinde çalışmak için oldukça etkili bir alan oluşturur (Farrell ve arkadaşları,

Tablo 2. Terapilerin Özellikleri

Çalışmalar	Terapi Türü	Terapist Sayısı	Seans Sıklığı (Hafta)		Seans Sayısı	Terapi Süresi		Grup Üye Sayısı	Terapi Teknikleri
			Grup	Bireysel		Grup	Bireysel		
1. Arnzt ve ark., 2022	GŞT BGŞT ST	2	GŞT: 2 BGŞT: 1	GŞT: - BGŞT: 1	24 ay	120 dk.	60 dk.	16-18	GŞT: Psiko-eğitim, Grup Dinamiği ve Paylaşım, Rol Yapma, Görselleştirme Çalışmaları, Grup Egzersizleri BŞT: Görselleştirme ve Yeniden Yapılandırma, Şema Mod Yönetimi, Davranışsal Deneyler, Şema Odaklı Diyalog
2. Assmann ve ark., 2023	ŞT DDT	2	1	1	18 ay	120 dk.	60 dk.	10	GŞT: Şema modlarının grup içinde tanımlanması, rol yapma çalışmaları, güvenli deneyim alanı yaratma BŞT: bireyin kişilerin şemalarını aktif olarak sorgulama, duygusal yeniden işleme ve işlevsel yeni başa çıkma stratejileri öğretme DDT-grup: Standart grup modülleri: pratik beceri öğretimi ve katılımcılar arasında deneyim paylaşımı DDT-bireysel: Davranış zincirleme analizi, bireyin düşünce ve davranışlarını sistematik olarak inceleme ve değiştirme teknikleri
3. Fassbinder ve ark., 2016	ŞT	2	1	1	12 ay (bitiminde ihtiyacı olanlara 5 kişi azalan sıklıkla devam edilmiş)	100 dk.	60 dk.	10	GŞT: Psiko-eğitim, güvenlik imgeleri, mod farkındalığı çalışmaları, deneyimsel teknikler ve grup desteğiyle “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaklaşımı BŞT: Şema mod kavramsallaştırması, bilişsel yeniden yapılandırma, deneyimsel teknikler (ör. sandalyelerle mod çalışması), davranışsal strateji geliştirme ve “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaklaşımı
4. Hilden ve ark., 2020	ŞT ST	2	1	-	5 ay	90 dk.	-	5-7	GŞT: Şema modlarının tanıtılması, farkındalık çalışmaları, imgeleme yeniden yazımı, sandalye çalışmaları, grup bağıllık egzersizleri, öfke yönetimi ve duygusal farkındalık artırma
5. Dickhaut ve Arnzt, 2013	ŞT	2	1	1	24 ay	90 dk.	60 dk.	8-10	GŞT: Grup üyeleri arasında bağ kurma, karşılıklı destek sağlama, terapistler arasında rol dağılımı, yüksek yapı ve sınırların korunması, psiko-eğitim, ev ödevleri, kriz anlarında de-eskalasyon, mutlu çocuk moduna odaklanma BŞT: Travma işleme, vaka kavramsallaştırması ve savunmasız çocuğa empati, cezalandırıcı ebeveyni sorgulama, öfkeli/dürtüsel çocuğa sınır koyma, sağlıklı yetişkini güçlendirme
6. Farrell ve ark., 2009	ŞT ST	2	1	-	8 ay	90 dk.	-	6	GŞT: Duygusal farkındalık, psiko-eğitim, stres yönetimi, bilişsel çalışmalar, otomatik düşünceleri tanımlama, bilişsel çarpıtmaları düzeltme, şemalarla ilgili varsayımları test etme, deneyimsel teknikler, görsel imgeleme, boş sandalye tekniği, pozitif deneyimlerin sembolleştirilmesi, davranışsal şema değişim çalışmaları ve maladaptif davranış kalıplarını kırma teknikleri

Tablo 2. Terapilerin Özellikleri – Devamı

Çalışmalar	Terapi Türü	Terapist Sayısı	Seans Sıklığı (Hafta)		Seans Sayısı	Terapi Süresi		Grup Üye Sayısı	Terapi Teknikleri
			Grup	Bireysel		Grup	Bireysel		
7. Azizi ve ark., 2022	AOŞT DT	Sayı Belirtilme miş	2	-	1 ay	90 dk.	-	15	AOŞT: Aileler de dahil edilmiş, şema Tanımlama, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, Deneyimsel Teknikler, Davranışsal Stratejiler DT: Duygusal Destek Sağlama, Problemleri Ele Alma, Bağ Kurma
8. Reiss ve ark., 2014									
1. Pilot Çalışma	ŞT	2	2-3	1	4.5 ay	8.5 saat	60 dk.	11	GŞT: Grup dinamikleri, mod farkındalığı, grup mod yönetimi ve gözlemsel öğrenme BŞT: Kişiselleştirilmiş mod çalışmaları, travmatik anılar üzerinde hayal yeniden yapılandırma, sandalye çalışmaları ve sınırlı yeniden ebeveynlik
2. Pilot Çalışma	ŞT	1	2-3	1	3 ay	8.5 saat	60 dk.	11	GŞT: Grup dinamikleri, mod farkındalığı, grup mod yönetimi ve gözlemsel öğrenme BŞT: Kişiselleştirilmiş mod çalışmaları, travmatik anılar üzerinde hayal yeniden yapılandırma, sandalye çalışmaları ve sınırlı yeniden ebeveynlik
3. Pilot Çalışma	ŞT	2	2-3	1	2.5 ay	8 saat	90 dk.	8	GŞT: Grup dinamikleri, mod farkındalığı, grup mod yönetimi ve gözlemsel öğrenme BŞT: Kişiselleştirilmiş mod çalışmaları, travmatik anılar üzerinde hayal yeniden yapılandırma, sandalye çalışmaları ve sınırlı yeniden ebeveynlik

Not: ŞT: Şema Terapisi, GŞT: Grup Şema Terapisi, BGŞT: Bireysel + Grup Şema Terapisi, GŞT: Grup Şema Terapisi, BŞT: Bireysel Şema Terapisi, DDT: Diyalektik Davranış Terapisi, ST: Standart Tedavi, AOŞT: Aile Odaklı Şema Terapisi, DT: Destekleyici Terapi

2012). Farrell ve arkadaşları (2009) ile Farrell ve Shaw (2012), grup terapisinin bu etkileşimsel yapısının bireysel terapilere kıyasla daha hızlı ve etkili değişimlere yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte, grup ortamında sunulan sosyal destek ve aidiyet, yalnızca terapötik bir faktör olmakla kalmaz, aynı zamanda öz güveni artırır ve mod yönetimi için kişilere daha sağlıklı yolları öğretir (Dickhaut ve Arnzt., 2013). Grup üyelerinin birbirlerinin sorunlarını tanıma ve yüzleşme süreçleri, terapistin müdahalesinden daha samimi algılanabilir ve bu da değişim sürecini hızlandırabilir (Farrell ve Shaw, 2012). Bu bağlamda, BGŞT'nin bireysel ve grup yaklaşımlarının en güçlü yanlarını birleştirerek daha kapsamlı bir tedavi modeli sunduğu düşünülmektedir. Diğer terapilerin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında, Assmann ve arkadaşlarının (2023) çalışması, Diyalektik Davranış Terapisi'nin öfke yönetiminde Şema Terapisi'ne kıyasla daha etkili olduğunu belirtmiştir. Bu farkın, DDT'nin duygu düzenleme ve dürtü kontrolüne yönelik yapılandırılmış beceri eğitimlerinden (Linehan, 2015) kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. DDT, bireylere öfke ve yoğun duygusal tepkilerle başa çıkma için farkındalık, stres toleransı ve duygu düzenleme gibi pratik beceriler

kazandırmaktadır ve bu özellik, DDT'nin öfke yönetiminde kısa vadede etkili bir yaklaşım olmasını sağlamaktadır (Linehan, 2015). Bunun yanı sıra, ŞT, öfke gibi semptomların kökeninde yer alan işlevsiz şemaları ve modları ele alarak uzun vadeli bir değişim hedeflemektedir (Farrell ve Shaw, 2012). Örneğin, ŞT'de öfkeli/dürtüsel çocuk modu üzerinde çalışılırken bireyin geçmiş travmalarına, duygusal ihtiyaçlarına ve ilişkisel bağlamına odaklanılmaktadır (Farrell ve Shaw, 2012). Böylece, DDT'nin öfke yönetimi üzerinde çok daha hızlı ve etkili bir sonuca neden ulaşıldığı anlaşılabilmektedir.

Dahası, Azizi ve arkadaşlarının (2022) çalışması, aile odaklı grup şema terapisinin, destekleyici terapi ile birleştirildiğinde, BKB semptomlarının şiddetini azaltmada önemli bir etki yarattığını göstermektedir. Aile odaklı grup şema terapisi, bireylerin aile içindeki işlevsiz ilişki dinamiklerini tanımasını ve bu dinamikleri daha sağlıklı hale getirmesini amaçlamaktadır (Azizi ve ark., 2022). Grup ortamı, evrensellik, duygusal destek ve kişilerarası öğrenme gibi terapötik faktörleri teşvik ederek (Yalom ve Leszcz, 2005), bireylerin benzer zorlukları yaşayan diğer aile üyeleriyle bağ kurmasını sağlar.

Bu süreç, bireylerin yalnız olmadıklarını fark etmelerine, empati geliştirmelerine ve aile içinde daha sağlıklı iletişim becerileri kazanmalarına yardımcı olur (Yalom ve Leszcz, 2005). Aile üyelerinin birbirine karşı empati ve destek sunması, bireylerin duygusal ihtiyaçlarını anlamalarına ve daha işlevsel ilişki modelleri geliştirmelerine olanak tanır (Azizi ve ark., 2022). Ancak, yoğun aile içi çatışmalar veya çözülmemiş travmalar gibi durumlar, bu tür bir terapinin etkisini sınırlayabilir ve bireysel terapilerin önceliklendirilmesini gerektirebilir (Yalom ve Leszcz, 2005). Yine de aile odaklı grup şema terapisinin, bireylerin hem duygusal hem de ilişkisel iyileşme süreçlerini destekleyerek, BKB tedavisinde etkili bir yaklaşım sunduğu söylenebilmektedir (Azizi ve ark., 2022).

İncelenen çalışmalarda ikincil sonuçlar olarak bazı konular ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki duygusal farkındalık ve mod yönetimidir. Duygusal farkındalık, bireylerin kendi duygularını tanıma, anlama ve yönetme süreci olarak değerlendirilir (Smith ve ark., 20128) ve şema terapisi, bu farkındalığın gelişiminde önemli bir rol oynar (Young ve ark., 2003). Literatüre bakıldığında BKB'li bireylerin duygusal farkındalıkta oldukça zorlandıkları belirtilmektedir. (Derks ve ark., 2017). Bu bağlamda, Tan ve arkadaşları (2018), ŞT'nin BKB'li geçmiş deneyimlerden kaynaklanan şemalarını anlamalarını sağlayarak duygusal süreçlerini daha iyi yönetmelerine yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Grup terapisi, ŞT'nin etkilerini derinleştirerek bireylerin benzer zorluklarla karşılaşan kişilerle etkileşim kurmasını sağlamakta ve bu etkileşim, bireylerin yalnız olmadıklarını fark etmelerine yardımcı olmakta ve güvenli bir ortamda duygusal deneyimlerini paylaşmaları için alan tanımaktadır (Yalom ve Leszcz, 2005). Bu durumun, bireylerin hem duygusal farkındalıklarını hem de baş etme becerilerini güçlendirdiği düşünülmektedir. Bunların yanı sıra, ŞT'nin önemli bir unsuru olan mod yönetimi, bireylerin duygusal farkındalık ve düzenleme becerilerini pekiştirmede kritik bir rol oynamaktadır (Taylor ve Arntz, 2016). ŞT, bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarını ve bu şemaların tetiklediği yoğun duygusal tepkileri fark etmelerine olanak sağlayarak kişilerin duygu farkındalığını artırır ve bu tepkileri düzenleyebilmelerine yardımcı olur (Fassbinder ve arkadaşları, 2016). Bu süreç, özellikle grup terapisinde daha etkili hale gelir, grup ortamı, bireylerin yalnızca kendi modlarını tanımalarını değil, başkalarının modlarını gözlemleyerek empati geliştirmelerini de sağlar (Brockman ve ark., 2023). Aynı zamanda, grup içinde tetiklenen modların güvenli bir şekilde ele alınması, bireylerin hem bu modları fark etmelerini hem de düzenlemeyi öğrenmelerini kolaylaştırır (Brockman ve ark., 2023). Grup ve bireysel ŞT'nin birlikte uygulanması ise, bu süreçleri pekiştirerek bireylerin mod yönetimi becerilerini geliştirmelerini ve

böylece duygusal farkındalıklarını artırmalarına katkı sağladığı düşünülebilir.

Tedavi müdahalelerinin etkisini değerlendirme ve elde edilen bulguları yorumlama sürecinde temel bir rol oynayan bir diğer önemli faktör çalışmalarda kullanılan araştırma desenleridir. Randomize kontrollü çalışmalar (örn. Arnzt ve ark., 2022; Assmann ve ark., 2023; Farrell ve ark., 2009), yüksek iç geçerliliğe sahip olmaları ile, ŞT gibi yapılandırılmış müdahalelerin etkilerini diğer yöntemlerle karşılaştırmak için güçlü bir temel sunmaktadır (Sharma ve ark., 2020). Örneğin, Farrell ve arkadaşları (2009), ŞT'nin borderline semptomlarında ve genel işlevsellikte anlamlı iyileşmelere yol açtığını, bu etkinin altı aylık takipte korunduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Arnzt ve arkadaşları (2022), ŞT'nin intihar girişimlerini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada diğer yöntemlere üstünlük sağladığını göstermiştir. Ancak bu tür çalışmalar, katı kontrol koşulları nedeniyle gerçek yaşam bağlamında tedavi etkilerini tam olarak yansıtamayabilir (Sharma ve ark., 2020). Bunun yanı sıra, doğal klinik ortamda yürütülen pilot çalışmalar ise daha esnek bir tasarım sunarak tedavinin gerçek dünya koşullarındaki etkilerini anlamada fayda sağlamaktadır (Iyendo ve ark., 2016). Reiss ve ark. (2014), ŞT'nin tedavi sonrası kazanımlarını doğrulamış ancak takip değerlendirmelerinde kısmi geri dönüşlerin yaşandığını bildirmiştir. Bu durum, doğal ortamda yürütülen çalışmaların uzun vadeli etkilerde daha sınırlı bulgular sunabileceğini göstermektedir. Yine de bu tür desenlerin önemli bir avantajı, bireysel değişim süreçlerini ve bağlamsal faktörlerin etkisini daha açıklayıcı bir şekilde inceleyebilmesidir (Laursen ve ark., 2014). Dahası, seçkisiz atama içermeyen ön test-son test tasarımları (örn. Dickhaut ve Arnzt, 2013; Fassbinder ve ark., 2016), bireysel değişimlerin değerlendirilmesi açısından faydalı olmuş ancak karşılaştırmalı sonuçlar sağlamakta daha sınırlı kalmıştır. Dickhaut ve Arnzt (2013), ŞT'nin semptomlarda ve yaşam kalitesinde büyük iyileşmeler sağladığını, katılımcıların genel popülasyon normlarına yaklaştığını belirtmiştir. Fassbinder ve arkadaşları (2016) ise tedavi sırasında semptomların ve işlevsiz modların azaldığını ancak bu etkilerin takipte durağanlaştığını ifade etmiştir. Bu sonuçların, uzun vadeli remisyonların sürdürülebilirliği açısından yapılandırılmış çalışmaların önemini gösterdikleri söylenebilir.

Desenlerin genel özellikleri incelendiğinde, randomize kontrollü çalışmaların daha güçlü ve genellenebilir bulgular sunduğu, doğal klinik ortam ve ön test-son test desenlerinin ise bağlamsal ve bireysel etkileri daha iyi anlamaya olanak tanıdığı görülmektedir. Fakat doğal klinik ortamda yürütülen çalışmalar, tedavinin gerçek dünya koşullarındaki etkilerini anlamada faydalı olsa da, bu çalışmaların takip süreçlerinde görülen gerilemeler, metodolojik esneklik ile kontrol arasındaki dengenin daha dikkatli bir şekilde

kurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, farklı desenlerin güçlü ve zayıf yönlerini bir araya getirerek daha kapsamlı ve dengeli bir yaklaşım geliştirmenin, tedavi etkinliğini anlamada kritik bir öneme sahip olabileceği düşünülmektedir.

Terapilerin süresi, sıklığı ve uygulama farklılıkları da BKB semptomları üzerindeki etkileri bakımından çalışmalarda belirgin sonuç farklılıklarına yol açmıştır. Örneğin, uzun süreli ve yoğun terapi protokollerinin uygulandığı [Dickhaut ve Arntz \(2013\)](#) ile [Farrell ve arkadaşları \(2009\)](#) gibi çalışmalarda, semptomlarda büyük ve kalıcı iyileşmeler gözlenmiş, hatta [Farrell ve arkadaşları \(2009\)](#), tedavi sonrası katılımcıların %94'ünün artık BKB tanı kriterlerinin karşılanmadığı rapor edilmiştir. Bu durumun, daha uzun süren ve daha fazla bireysel destek sağlayan yapılandırılmış terapilerle olan müdahalelerin, bireylerin duygu düzenleme, kişilerarası işlevsellik ve şema modları üzerinde daha güçlü etkiler yaratabildiğini gösterebilmektedir. Buna karşın, kısa süreli ve daha az yoğun uygulamalarda ([Azizi ve ark., 2022](#); [Hilden ve ark., 2020](#)), iyileşmeler sağlanmış olsa da bu etkiler daha sınırlı kalmış ve tedavi sonrası takiplerde remisyonun korunması konusunda zorluklar yaşanmıştır. Örneğin, [Reiss ve arkadaşlarının \(2014\)](#) üçüncü pilot çalışmasında, tedavi sonrası remisyonlarda kısmi geri dönüşler yaşanmıştır. Bu durumun da daha uzun süreli bir müdahalenin önemini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Ayrıca, terapist sayısı da bu farklılıklara katkıda bulunmuş olabilir. Genelde iki terapistin yer aldığı çalışmalarda, örneğin [Arntz ve arkadaşları \(2022\)](#) ve [Fassbinder ve arkadaşları \(2016\)](#), hem bireysel hem de grup terapilerinde işbirliğiyle yürütülen sürecin terapötik ilişkiyi zenginleştirdiği ve katılımcılara daha kapsamlı destek sağladığı görülmüştür. Bunun yanı sıra, tek terapistin yer aldığı [Reiss ve arkadaşlarının \(2014\)](#) 2. pilot çalışması gibi çalışmalarda, terapistin zaman ve dikkat kapasitesinin sınırlı olması, terapinin etkinliğini sınırlamış olabilir. Fakat, genel olarak çalışmalarda sonuçların anlamlı bir şekilde farklılaşmaması terapist sayısının etkinliğe katkısının sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, terapist sayısının, tedavi süresinin uzunluğu ve yapılandırılmış bir protokolün varlığı kadar belirleyici olmayabileceğini gösterdiği düşünülmektedir.

Sonuçlardaki bu farklılıklar, yalnızca terapi süresi, sıklığı ve terapist sayısı ile değil, aynı zamanda tedaviye katılan katılımcıların başlangıçtaki semptom şiddeti, terapötik ilişkinin kalitesi ve tedavi hedeflerinin kapsamıyla da ilişkilendirilebilir. Örneğin, [Arntz ve arkadaşları \(2022\)](#) ve [Fassbinder ve arkadaşları \(2016\)](#) çalışmalarında, tedavi süreçleri işlevsel ve işlevsiz şema modlarındaki değişimleri kapsamlı şekilde hedeflemiş ve değerlendirmiştir. Bu durum, tedavinin katılımcılar üzerindeki etkilerini derinleştirirken, [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#) gibi daha kısa süreli çalışmalarda, hedeflerin ve tedavi süreçlerinin daha

genel semptom azaltmaya odaklanması, sonuçlardaki iyileşme düzeylerini sınırlandırmış olabilir. Özellikle [Azizi ve arkadaşları \(2022\)](#) çalışmalarında, aile dinamiklerinin dahil edilmesi tedaviye yeni bir boyut kazandırmış ve BKB semptomlarında anlamlı azalmalar sağlamış olsalar da sürenin sınırlılığı, terapinin etkinliğini tam anlamıyla destekleyecek bir yapılandırmanın önüne geçmiş olabilir. Terapist sayısının yanı sıra, terapötik ilişkinin kalitesi, bireylerin duygusal güvenliği ve sürekliliği artırmada önemli bir rol oynamış, grup terapilerinin sağladığı aidiyet ve destek hissiyle birleşerek tedavi sonuçlarını etkilemiş olabilir. Terapötik sürecin bu kadar geniş bir semptom yelpazesi üzerinde etkili olabilmesi için daha uzun süreli, katılımcıların bireysel ihtiyaçlarını karşılayan protokollerin geliştirilmesi gerektiği açıktır.

Sonuç ve Öneriler

Mevcut sistematik derleme, GŞT ve BGŞT'nin, BKB tedavisinde etkili yaklaşımlar olduğunu ortaya koymuştur. Her iki yöntem de semptom şiddetini azaltma, yaşam kalitesini artırma ve genel işlevselliği iyileştirme açısından güçlü bir potansiyel taşımaktadır. Grup terapilerinin sunduğu sosyal aidiyet, karşılıklı destek ve duygusal paylaşım olanakları, bireylerin iyileşme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır. Fakat bunların yanı sıra, bireysel terapilerle desteklenmeyen grup terapilerinin, travma odaklı derinlemesine çalışmalar gibi konularda yetersiz kalabileceği görülmektedir. Bu bağlamda, BGŞT, grup terapilerinin sosyal desteğini bireysel terapilerin derinlemesine çalışmalarıyla birleştirerek daha kapsamlı ve etkili bir tedavi modeli sunmaktadır.

Bununla birlikte, derlemede ele alınan çalışmaların metodolojik sınırlılıkları ve uygulama farklılıkları, tedavi yöntemlerinin etkinliğine dair kesin çıkarımlarda bulunmayı zorlaştırmaktadır. Dahil edilen çalışmalarda kullanılan terapi süreleri, sıklıkları ve protokol farklılıkları, sonuçların genellenebilirliğini sınırlayan önemli bir etken olmuştur. Özellikle kısa süreli müdahalelerin uzun vadeli etkilerinin yeterince incelenmemiş olması, tedavi sonrası remisyonun sürdürülebilirliği konusunda belirsizlik yaratmaktadır. Terapist sayısındaki farklılıklar da bir diğer önemli sınırlılık olarak dikkat çekmiştir. Genelde iki terapistin yer aldığı çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiş olsa da daha az terapist kullanıldığında sonuçlarda belirgin bir değişim gözlenmemiştir. Dahası, veri tabanı taramaları dışında bir çalışmaya referans taramasıyla ulaşılmış olması, sistematiklik açısından potansiyel bir yanlılık kaynağı oluşturabileceğinden çalışmanın sınırlılıkları arasında değerlendirilebilir.

Ayrıca, çalışmaların metodolojik çeşitliliği, karşılaştırma yapmayı zorlaştırmıştır. Dahil edilen çalışmaların birçoğu, ön test-son test desenlerini tercih etmiş ve randomize kontrollü çalışmaların (RCT) azlığı, tedavi etkinliğini

değerlendirme konusunda daha güçlü kanıtların eksikliğine yol açmıştır. Aile dinamiklerini içeren yaklaşımlar ise yalnızca bir çalışma tarafından ele alınmış ve bu müdahalelerin BKB üzerindeki uzun vadeli etkileri yeterince değerlendirilememiştir. Dahil edilen çalışmaların genellikle küçük ve homojen örneklerle yürütülmüş olması, BKB'nin farklı popülasyonlar üzerindeki etkilerini anlamayı ve bulguların geniş bir örnekleme genellenebilirliğini zorlaştırmaktadır. Bu eksiklikler, derlemenin temel bulgularının genellenebilirliği ve uzun vadeli çıkarımlar yapılabilirliği açısından sınırlamalar yaratmıştır.

Bu derlemenin kendisi de bazı metodolojik sınırlamalar taşımaktadır. Derlemede yalnızca sekiz çalışmanın ele alınmış olması, mevcut literatürü tam olarak temsil etmeyi güçleştirmiştir. Dahil edilen çalışmaların metodolojik zayıflıkları, derleme bulgularını da etkilemiş, terapötik protokollerdeki değişkenlik, uzun vadeli takiplerin eksikliği ve örneklem büyüklüklerinin sınırlılığı gibi faktörler, sonuçların genel geçerliliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca, yalnızca yayımlanmış çalışmalara yer verilmesi, yayın yanlılığı riskini artırmış ve gri literatürün dahil edilmemesi, sonuçların taraflı olma olasılığını yükseltmiştir.

Gelecekteki çalışmaların, daha geniş örneklem gruplarıyla ve uzun vadeli takip süreçleriyle yürütülmesi, hem bu derlemede ele alınan bulguların genellenebilirliğini artırabilecek hem de BKB tedavisinde GŞT ve BGŞT'nin etkinliğini daha sağlam kanıtlarla destekleyebilecektir. Ayrıca, terapist sayısı, terapi süresi ve sıklığı gibi değişkenlerin tedavi sonuçları üzerindeki etkisini ayrıntılı bir şekilde inceleyen çalışmaların yapılması da gerekmektedir. Tedavi yöntemlerinin farklı kültürel bağlamlarda ve çeşitli sosyal gruplarda uygulanabilirliğini değerlendiren araştırmalar, bu terapilerin evrensel uyarlanabilirliğini anlamak açısından önemlidir. Son olarak, aile dinamiklerini ve BKB'nin ilişkisel boyutlarını ele alan müdahalelerin kapsamını genişletecek araştırmalara da öncelik verilmelidir. Bu öneriler doğrultusunda daha kapsamlı, metodolojik olarak güçlü ve bağlamsal çeşitliliği içeren çalışmalar, hem bu derlemenin eksikliklerini gidermek hem de BKB tedavisinde daha etkili müdahaleler geliştirmek için kritik öneme sahiptir.

Yazar Katkıları: D.Y. çalışmanın tasarlanması, literatür taraması, makalenin yazılması. A.S. yayınlanacak son haline onay verilmesi, makalenin eleştirel revizyonu.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yazarlar bu yazı için herhangi finansal destek almamıştır.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., ... Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., Wagner, T., Herzog, P., ... Fassbinder, E. (2023). The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(4), 249-263. <https://doi.org/10.1159/000538404>
- Azizi, K., Arefi, M., Moradi, O. ve Nazemi, A. (2022). Comparing the effectiveness of family-oriented schema therapy by supportive therapy on borderline personality disorder. *Chronic Diseases Journal*, 10(4), 46-238. <https://doi.org/10.22122/cdj.v10i4.713>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. ve Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Brockman, R. N., Simpson, S., Hayes, C., van der Wijngaart, R. ve Smout, M. (2023). *Cambridge guide to Schema Therapy*. Cambridge University Press.
- Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J. ve Bohlmeijer, E. T. (2017). A Meta-analysis on the association between emotional awareness and Borderline Personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 362-384. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257
- Dickhaut, V. ve Arntz, A. (2013). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Ditrich, I., Philipsen, A. ve Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited—a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00162-w>
- Farrell, J. M. ve Shaw, I. A. (1990). *Emotional awareness training for borderline personality disorder patients: A treatment manual* (Unpublished manuscript for NIH RO3), Indiana University School of Medicine, Indianapolis.
- Farrell, J. M. ve Shaw, I. A. (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 71-91. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80087-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80087-2)
- Farrell, J. M. ve Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons Ltd.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. ve Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.04.001>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Foreman, T. ve Fuller, K. E. (2005). *Psychotherapy in the eye of the storm: A treatment program for borderline personality disorder* (Symposium presented at American Psychological Association Annual Convention), Washington, D.C.
- Farrell, J., Shaw, I. ve Reiss, N. (2012). Group schema therapy for borderline personality disorder patients: Catalyzing schema and mode change. M. Van Vreeswijk, J. Broersen ve M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (s. 341-358) içinde. John Wiley & Sons Ltd.

- Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., ... Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. *Frontiers in Psychology*, 7, 1851. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01851>
- Ford, J. D., Fallot, R. D. ve Harris, M. (2009). Group therapy. C. A. Courtois ve J. D. Ford (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 415-440) içinde. The Guilford Press.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Gillespie, C., Murphy, M. ve Joyce, M. (2022). Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder: A systematic review of outcomes after one year of follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 36(4), 431-454. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.431>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S. ve Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R. ve Isometsä, E. (2020). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: A randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(3), 176-185. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1826050>
- Hutsebaut, J., Willemsen, E., Bachrach, N. ve Van, R. (2020). Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: The guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*, 7, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00133-7>
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C. ve Ikenna, E. S. (2016). The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 174-188. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.008>
- Jacob, G. A. ve Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Kaufman, E. A., Perez, J., Lazarus, S., Stepp, S. D. ve Pedersen, S. L. (2020). Understanding the association between borderline personality disorder and alcohol-related problems: An examination of drinking motives, impulsivity, and affective instability. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 213-221. <https://doi.org/10.1037/per0000375>
- Kellogg, S. H. ve Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Koppers, D., Van, H. L., Peen, J. ve Dekker, J. J. (2023). Exploring the effect of group schema therapy and comorbidity on the treatment course of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(1), 80-85.
- Laursen, J., Danielsen, A. ve Rosenberg, J. (2014). Effects of environmental design on patient outcome: A systematic review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 108-119.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. ve Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Miller, A. E., Trolie, V., Halicki-Asakawa, A. ve Racine, S. E. (2022). Eating disorders and the nine symptoms of borderline personality disorder: A systematic review and series of meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 993-1011. <https://doi.org/10.1002/eat.23731>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. ve Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 339, 1-8.
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53-60. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9309-0>
- Nordahl, H. M. ve Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Piper, W. E. ve Ogradniczuk, J. S. (2004). Brief group therapy. J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner ve M. T. Riva (Ed.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (s. 641-650) içinde. Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781452229683.n46>
- Piper, W. E. ve Rosie, J. S. (1999). Group treatment of personality disorders: The power of the group in the intensive treatment of personality disorders. In *Session: Psychotherapy in Practice: Psychotherapy in Practice*, 4(4), 19-34. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199924\)4:4<19::AID-SESS3>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199924)4:4<19::AID-SESS3>3.0.CO;2-L)
- Rands, A. M., Benson, D., Rapacz, A. L. ve Lloyd, T. (2024). Evidence-based group therapy for severe mental illness (SMI): Treatment for schizophrenia and borderline personality disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 28(3), 178-198. <https://doi.org/10.1037/gdn0000220>
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A. ve Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355-367. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000027>
- Roelofs, J., Muris, P. ve Lobbestael, J. (2016). Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized "bad" parent, or a healthy person: The assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 469-482. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_209
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., ... Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub) clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(8), 3261-3280. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
- Shah, A. Q., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N. ve de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between borderline personality disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 164, 304-314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Sharma, N., Srivastav, A. K. ve Samuel, A. J. (2020). Randomized clinical Trial: gold standard of experimental designs-importance, advantages, disadvantages and prejudices. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10(3), 512-519. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3039>

- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., ... Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: Past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- Smith, R., Killgore, W. D. ve Lane, R. D. (2018). The structure of emotional experience and its relation to trait emotional awareness: A theoretical review. *Emotion*, 18(5), 670-692. <https://doi.org/10.1037/emo0000376>
- Stoffers-Winterling J. M., Storebø O. J., Kongerslev M. T., et al. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538-552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Stoffers-Winterling, J., Völm, B. ve Lieb, K. (2021). Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 22(4), 393-395. <https://doi.org/10.1080/14656566.2021.1873277>
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., ... Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS One*, 13(11), e0206039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Taylor, C. D. J. ve Arntz, A. (2016). Schema Therapy. A. M. Wood ve J. Johnson (Ed.), *The Wiley handbook of positive clinical psychology, 1st ed.*, (s. 461-476) içinde. John Wiley & Sons Ltd.
- Tracy, M., Penney, E. ve Norton, A. R. (2024). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy Research*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2361451>
- Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S. M., Jacob, G. A., Lee, C. W., ... Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0319-3>
- Yalom, I. D. ve Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th Ed.). Basic Books.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J., Klosko, S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford.