



**T.C.
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ŞEMA MOD MODELİ
ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans

Damla Meral

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Ağustos 2025



**T.C.
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BORDERLİNE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ŞEMA MOD MODELİ
ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans

Damla Meral

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Çapar Taşkesen

Ağustos 2025

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecimde bir telefon kadar uzağımda olan, bu yolu benimle yürüdüğünü içtenlikle hissettiğim, her sorumu sabırla, özveriyle ve şefkatle hiç yorulmadan yanıtlayan kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Çapar Taşkesen'e çok teşekkür ederim. Etik anlayışınız, bilgi birikiminiz ve mesleki kimliğiniz ile yoluma ışık oldunuz hocam, koşulsuz desteğiniz ve emekleriniz için minnettarım.

Tez sürecine birlikte başladığımız, akademik duruşunu örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Yasemin Kahya'ya geri dönütleri, emekleri, bana olan inancı ve güveni için teşekkürü borç bilirim. Şema Terapi ekolünü sizden öğrenme fırsatım olduğu için çok şanslıydım hocam, merakımın şekillenmesinde katkınız büyük, iyi ki varsınız. Tez jürimde yer almayı kabul eden Dr. Öğr. Üyesi Hatice Işık ve Dr. Öğr. Üyesi Elif Üzümcü Özdemir'e kıymetli geri dönütleri için teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar, Doç. Dr. Meltem Anafarta Şendağ, Prof. Dr. Sedat Batmaz ve Prof. Dr. Murat Boysan'a çok teşekkür ederim. Kıymetli Meltem Hocam, gözlem yeteneğinize ve akademik içgörünüze hayran olmamak mümkün değil, geri dönütleriniz benim için çok kıymetliydi, özveriniz ve rehberliğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmamda yer alan tüm katılımcılara, vakit ayırdıkları ve içtenlikle yanıt verdikleri için minnettarım. Ayrıca veri toplama sürecimi kolaylaştırarak destek olan tüm yakınlarıma, Prof. Dr. Murat Boysan, Dr. Nergis Hazal Yılmaztürk hocalarıma ve Doç. Dr. Kadirhan Özdemir'e ayrı ayrı teşekkür ederim. Ailem de bu süreçte benim için büyük bir motivasyon kaynağı oldu, emekleri için minnettarım.

Akademik yolculuğum boyunca bana samimiyetle her fırsatta eşlik eden dostlarım Sevde Özdemir, Aslıhan İlhan, Melek Öztaş Tanrıku, Ecem Basuter, Serra Ergün Harrison, İrem Öz ve Elif Yaman Kablanoğlu'na çok teşekkür ederim. Yanımda olduğunuz her an benim için çok kıymetliydi.

Ve çekirdek ailem... Canım eşim Ali Can Meral ve patili kızım Dora. Siz olmasanız mutlu çocuk modum bu kadar sık aktif olabilir miydi, hiç sanmıyorum. Bu zorlu süreçte her zamanki gibi yanımdaydınız; neşe, sabır ve sevgiyle her şeyi kolaylaştırdınız. Siz varken düşüşlerim hep daha yumuşak. İyi ki, iyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
SEMBOLLER.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
1. BÖLÜM: GİRİŞ	1
1.1. Borderline Kişilik Bozukluğu	2
1.1.1. Yaygınlığı ve Seyri.....	3
1.1.2. Etiyolojisi	4
1.1.2.1 Kernberg’in İçselleştirilmiş Nesne İlişkileri Yaklaşımı.....	5
1.1.2.2. Linehan’ın Biyososyal Yaklaşımı	7
1.1.2.3. Bilişsel Yaklaşımlar	8
1.2. Şema Terapi.....	9
1.2.1. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Şema Boyutları.....	10
1.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	12
1.2.3. Şema-Mod Modeli.....	14
1.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğu Mod Modeli	21
1.3. Araştırmanın Amaçları ve Önemi	23
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	25

2.BÖLÜM: YÖNTEM	27
2.1. Örneklem.....	27
2.2. Veri Toplama Araçları	29
2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	29
2.2.2. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)	29
2.2.3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3)	30
2.2.4. Borderline Kişilik Envanteri (BKE).....	32
2.3. İşlem.....	32
2.4. Veri Analizi	33
3.BÖLÜM: BULGULAR.....	35
3.1. Verilerin İstatistiksel Analize Uygunluğunun Sınanması	35
3.2. Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler	35
3.3. Borderline Düzeyinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	36
3.4. Değişkenler Arasındaki Korelasyonel Analizler.....	37
3.5. Borderline Risk Gruplarının Şema Alanlarına göre Karşılaştırılması (Hipotez 1'in Sınanması).....	40
3.6. Borderline Risk Gruplarının Şema Modlarına Göre Karşılaştırılması (Hipotez 2'in Sınanması).....	42
3.7. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Hipotez 3'ün Sınanması).....	45
3.8. Borderline Kişilik Özellikleri İçin Hipotetik Olarak Test Edilen Şema Mod Modelinin İncelenmesi (Hipotez 4'ün Sınanması)	46
3.9. Şema Modlarının Borderline Şiddetini Yordama İlişkisinin Hiyerarşik Regresyon Analizi ile İncelenmesi (Hipotez 5'in Sınanması)	48

4. BÖLÜM: TARTIŞMA	53
4.1. Cinsiyete Göre Borderline Şiddetinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	53
4.2. Borderline Risk Gruplarının Şema Alanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	56
4.3. Borderline Risk Gruplarının Şema Modlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	59
4.3.1. BKB Risk Grupları ile Cezalandırıcı Ebeveyn Modu Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	60
4.3.2. BKB Risk Grupları ile Çocuk Modları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	61
4.3.3. BKB Risk Grupları ile Uyum Bozucu Başa Çıkma Modları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	64
4.3.4. BKB Risk Grupları ile Sağlıklı Yetişkin Modu Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	67
4.4. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	68
4.5. Şema Modlarının Borderline Kişilik Özelliklerini Yordama İlişkisinin Değerlendirilmesi	70
4.6. Klinik Doğurgular	75
4.7. Sınırlılıklar ve Öneriler	79
SONUÇ	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	99
Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	99
Ek 2. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)	100

Ek 3. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3).....	103
Ek 4. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)	106



ÖZET

Bu araştırmada, borderline kişilik özelliklerinin klinik olmayan bir örnekleme Şema Terapi Mod modeli çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda işlevsiz ebeveyn modları, çocuk modları, uyum bozucu başa çıkma modları ve Sağlıklı Yetişkin modunun borderline kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı rolüne bakılmıştır. Bunun yanı sıra borderline kişilik özellikleri erken dönem uyumsuz şema alanları ve şema modları açısından değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklem grubunu 18-65 yaş arasında 437 kadın ve 107 erkek olmak üzere 544 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırma verileri, demografik bilgi formu, Şema Mod Envanteri Versiyon-3 (ŞME), Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) ve Borderline Kişilik Envanteri (BKE) ölçüm araçları aracılığıyla toplanmıştır. Analizlere geçilmeden önce katılımcılar BKE’de belirtilen kesme puanına göre Yüksek Risk Grubu ve Düşük Risk Grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalar ve şema modları açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için yapılan Tek Yönlü Çok faktörlü Varyans Analiz (MANOVA) bulguları, Yüksek Risk Grubu’nun tüm şema alanlarında düşük risk grubuna göre daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Kadın katılımcılar Zedelenmiş Otonomi ve Yüksek Standartlar şema alanlarında erkek katılımcılardan daha yüksek puan almıştır. Bunun yanı sıra Yüksek Risk Grubu’nun tüm uyumsuz modlardan Düşük Risk Grubu’na göre daha yüksek, adaptif modlardan daha düşük puan aldığı bulunmuştur. Yürütülen bağımsız örneklem için t-testi bulguları, borderline şiddetinin kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Araştırmada şema modlarının borderline kişilik özelliklerini yordayıcı etkilerini incelenmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Analiz bulgularına göre, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk, Kopuk Korungan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı ve Sağlıklı Yetişkin modları borderline kişilik özelliklerinin yordayıcıları olarak bulunmuştur. Analiz edilen bu model, borderline kişilik özelliklerinin görülme varyansının %56.8’ini açıklamaktadır. Diğer taraftan Cezalandırıcı Ebeveyn modu tek başına borderline kişilik özelliklerinin görülme varyansının %29.5’ini açıklamıştır. Sonuç olarak, Borderline Kişilik

Bozukluğu kuramsal Mod modelinin kısmen doğrulandığı görölmüştür. Kuramsal çerçeveyi ve uygulamaları destekleyen bu bulgular, alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Özellikleri, Şema Modları, Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Şema Terapi, Şema Mod Model



ABSTRACT

This study aimed to examine borderline personality traits in a non-clinical sample within the framework of the Schema Therapy Mode Model. In line with this aim, the predictive effects of Dysfunctional Parent Modes, Child Modes, Maladaptive Coping Modes, and the Healthy Adult Mode on borderline personality traits were investigated. Additionally, borderline personality traits were evaluated in terms of early maladaptive schema domains and schema modes. The sample consisted of 544 participants aged between 18 and 65, including 437 women and 107 men. Research data were collected using a demographic information form, The Turkish version of Schema Mod Inventory (Version-3) (SMI), The Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-SF3) and Borderline Personality Inventory (BPI). Before conducting the analyses, participants were categorized into two groups based on the BPI cut-off score: the Borderline Risk Group and the Non-Risk Group. MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) results indicated that the Borderline Risk Group scored higher than the Non-Risk Group in all schema domains. Women participants scored significantly higher than men participants in the Impaired Autonomy and Unrelenting Standards schema domains. Furthermore, the Borderline Risk Group was found to score higher on all maladaptive modes and lower on adaptive modes compared to the Non-Risk Group. Independent samples t-test results indicated that borderline severity was higher in women. Hierarchical regression analysis was conducted to examine the predictive effects of schema modes on borderline personality traits. According to the analysis results, Angry Child, Impulsive Child, Detached Protector, Detached Self-Soother, and Healthy Adult modes were found to be predictors of borderline traits. The analyzed model explained 56.8% of the variance in borderline personality traits. On the other hand, the Punitive Parent mode alone explained 29.5% of the variance in borderline traits. As a result, the theoretical Mode Model of Borderline Personality Disorder was found to be partially supported. The findings were discussed within the scope of the literature that supports the theoretical framework and practical applications.

Keywords: Borderline personality traits, Schema Modes, Early Maladaptive Schemas, Schema Therapy, Schema Mode Model



SEMBOLLER

f: Sıklık

%: Yüzde

p: Anlamlılık değeri

t: t testi değeri

r: Korelasyon katsayısı

N: Katılımcı sayısı

η^2 : Etki büyüklüğü

β : Standardize edilmiş regresyon katsayısı

B: Standardize edilmemiş regresyon katsayısı

SH B: B katsayısına ilişkin standart hata

R^2 : Açıklanan toplam varyans oranı

ΔR^2 : R^2 değişimi

KISALTMALAR

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu
EDUŞ: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar
ŞME: Şema Mod Envanteri
YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3
BKE: Borderline Kişilik Envanteri
APA: American Psychiatric Association
AMOS: Analysis of Moment Structures
Ort.: Ortalama
SS: Standart Sapma
Çarp.: Çarpıklık
Bas.: Basıklık
Min.: Minimum
Maks.: Maksimum
Sd: Serbestlik değeri

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları, Şema Boyutları ve İlişkili Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar

Şekil 2. Mod Grupları-Genel Bakış

Şekil 3. Borderline Kişilik Özellikleri Hipotetik Şema Mod Modeli

Şekil 4. Şema Terapi çerçevesinde elde edilen model



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Özellikler

Tablo 2. YŞÖ-KF3'ün Türkçe Formu İçin Öngörülen Şema Alanları ve Şema Boyutları

Tablo 3. Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler

Tablo 4. Cinsiyete Göre BKE Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. BKB, Çocuk Modları, Başa Çıkma Modları Ebeveyn Modları ve Şema Alanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 6. BKB Risk Durumuna Göre Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7. BKB Risk Grubuna Göre Şema Modlarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Cinsiyete Göre Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Model Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler

Tablo 10. BKB'yi Yordaması Beklenen Değişkenlerin Modele Giriş Sıralaması

Tablo 11. Borderline Şiddetinin Şema Modları Tarafından Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Sonuçları

1. BÖLÜM: GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), klinik popülasyonda oldukça yaygın görülen, tanı ve tedavi süreci zor ve karmaşık bir kişilik bozukluğudur (Gunderson, 2009). Yapılan çalışmalar, herhangi bir farmakoterapi yönteminin BKB için tek başına yeterli bir tedavi sunduğuna dair ikna edici bir kanıt olmadığını göstermektedir (Farrell ve ark., 2009). Dolayısıyla, psikoterapinin BKB için birincil tedavi yöntemi olması, psikoterapi müdahalelerini kritik bir noktaya taşımaktadır. Şema Terapi yaklaşımı ise, başta BKB olmak üzere kişilik bozuklukları tedavisinde umut vaat eden bir tedavi aracı olarak görülmektedir (Gör ve ark., 2017). Young ve arkadaşları (2003) BKB’de 18 erken dönem uyumsuz şemanın (EDUŞ) neredeyse tümünün görülebildiğini ifade etmektedir. Ancak bazı araştırmalar, bu bozukluk için belirli şemaların daha ayırt edici olduğunu ileri sürmektedir (Arntz ve Jacob, 2023; Bach ve ark., 2018; Frías ve ark., 2018). Buradan hareketle, araştırmanın ilk amacı borderline kişilik özelliklerine sahip bireylerde görülen şema alanlarını incelemektir.

BKB gibi kişilik yapılanmalarında erken dönem uyumsuz şemaların tetiklenmesiyle sık sık anlık duygusal-davranışsal değişimler gözlemlenmektedir. Şema Terapi’de bu klinik dalgalanmalar, şema modu olarak adlandırılmakta ve BKB’nin açıklanmasında bu modların kritik bir role sahip olduğu ifade edilmektedir (Young ve ark., 2003). Şema modları, belirli bir anda aktive olan, birbiriyle ilişkili şemaların ve şema işleyişlerinin bir kümesini ifade etmektedir. Bu modlar, organize bir bilişsel-duygusal-davranışsal örüntüye bağlı olarak geçici şekilde aktive olurlar (Young ve ark., 2003). Şema Mod modeline göre, İşlevsiz Ebeveyn modları Çocuk modlarını tetiklemekte, bunun sonucunda ortaya çıkan yoğun olumsuz duygulanım ise Uyumsuz Başa Çıkma modlarının kullanılmasına sebep olmaktadır (Arntz ve Jacob., 2023). Lobbestael ve arkadaşları (2007) yirmiden fazla şema modu olduğunu öne sürmüştür. Ancak, ‘Terk Edilmiş Çocuk’, ‘Öfkeli Çocuk’, ‘Cezalandırıcı Ebeveyn’ ve ‘Kopuk Korungan’ gibi sadece birkaç mod, BKB tanısı olan bireylerde çalışılmıştır ve alanyazında bu modların hangilerinin BKB örnekleminde bulunup bulunmadığına dair bulgular tutarsızlık

göstermektedir (örn. Arntz ve ark., 2005; Bach ve Farrell, 2018; Bach ve Lobbestael, 2019; Johnston ve ark., 2009; Lobbestael ve ark., 2005, 2008). Alanyazındaki bulgular arasındaki uyumsuzluk, bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte Young ve arkadaşları (2003), kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerde de uyumsuz şema ve modların etkin olabileceğini vurgulamaktadır. Bu perspektif, klinik olmayan örneklerle yürütülen çalışmaların önemini artırmaktadır. Özellikle tanı eşiğini karşılamayan bireylerde görülen borderline örüntülerin, belirli şema modları üzerinden şekillendiği ve bu bireylerin klinik risk taşıyabileceği öne sürülmektedir. Nitekim, borderline örüntüde gözlenen semptomlardaki değişimler, patolojik kişilik özelliklerindeki değişimlerle paralel ilerlemektedir (Giesen-Bloo ve ark., 2006). Bu durum özellikle BKB ile şema modları ilişkisine odaklanan çalışmaları önemli kılmaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, Türkiye’de BKB konusunda yapılan araştırmaların hâlâ erken dönem uyumsuz şemalar kapsamında yürütüldüğü, bu nedenle BKB’de şema modlarına odaklanan çalışmaların sınırlı kaldığı fark edilmiş ve mevcut çalışma ile bu bilgi eksikliğinin giderilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda mevcut araştırmanın bir diğer amacı, klinik olmayan bir örneklemde borderline kişilik özelliklerine sahip olan bireylerde görülen şema modlarını Şema Mod modeli çerçevesinde incelemektir.

1.1. Borderline Kişilik Bozukluğu

“Borderline” terimi 1938 yılında ilk defa Amerikalı bir psikanalist olan Adolf Stern tarafından kullanılmıştır. Stern bu terimi, terapi gördükleri sırada problemleri gittikçe kötüleşen, katı bir düşünce yapısına sahip, kendine zarar verme eğilimleri olan, psikotik veya nevrotik bozukluklar grubuna kolaylıkla dahil edilemeyen bir grup hastayı tanımlamak için kullanmıştır (Bhome ve Fridrich, 2015; Mishra ve ark., 2023). Kernberg (1967) ise, kişilik patolojilerini hem kategorik hem de boyutsal bir sınıflandırmaya tâbi tutarak düşük ve orta düzeyde kişilik bozulması ile seyreden patolojileri nevrotik (depresif, histerik ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları), ortanın bir üstü düzeyde şiddetli kişilik bozulması ile seyreden patolojileri borderline kişilik örgütlenmesi (antisosyal, şizoid, paranoid, narsistik ve pasif agresif kişilik bozuklukları) ve en ağır kişilik bozulması ile seyreden bozuklukları da psikotik bozukluklar olarak üç başlık altında ele almıştır. Kernberg tanısall bir yaklaşımdan ziyade tipik bir güçsüz egonun şekillenmesini kapsayan, ilkel savunma mekanizmalarından yararlanan ve nesne ilişkilerinde sorun yaşayan bireyleri tanımlamak için “borderline kişilik örgütlenmesi” ifadesini kullanmıştır. Ardından Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) resmi anlamda tanısall

olarak ilk defa 1980 yılında DSM-3'te tanıtılmıştır. DSM-3'ten DSM-5'e kadar, BKB'nin tanımlama kriterlerinde önemli bir değişiklik olmamıştır (Leichsenring ve ark., 2024).

Günümüzde güncel olarak kullanılan tanı kitabı DSM-5'e göre Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ergenlik döneminde başlayan, erken yetişkinlik döneminde gelişen, bireyin benlik imajında, kişiler arası ilişkilerinde ve duygulanımında yaygın, süregelen bir dengesizlik ve belirgin dürtüsellik ile kendini gösteren bir örüntü olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bu bozukluğa sahip bireylerin duygusal ve davranışsal durumlarındaki dramatik değişimler, klinisyenler ve araştırmacılar için yıllardır anlaşılmayı bekleyen bir alan olmuştur (Arntz ve ark., 2005). Bu dramatik değişimler bozukluğun o kadar merkezindedir ki DSM-5, BKB'nin temel özelliğinin kişilerarası ilişkilerde, benlik imajında ve duygularda yaygın bir istikrarsızlık örüntüsü ile belirgin dürtüsellik olduğunu belirtmiştir. BKB tanısının konulabilmesi için DSM-5'te tanımlanan aşağıdaki dokuz kriterden en az beşinin karşılanması gerekmektedir (APA, 2022, s. 342):

1. Gerçek veya hayali bir terk edilmeden kaçınmak için aşırı bir çaba gösterme
2. Göklere çıkarma ya da yerin dibine sokma gibi uçlar arasında gidip gelen tutarsız ve yoğun kişilerarası ilişki örüntüleri
3. Net bir kimlik bilincinin ve kendilik algısının olmaması
4. Kendine zararı dokunacak en az iki alanda yaşanan dürtüsellik
5. Tekrarlayıcı intihar davranışları, tehdidi veya kendine zarar verme davranışları
6. Yoğun duygu durum değişiklikleri ve durumsal strese yönelik aşırı tepki
7. Kronik bir boşluk hissi
8. Sık ve yoğun bir şekilde öfkeli hissetme, bu öfkeyi uygunsuz şekilde ifade etme ve denetlemede güçlük çekme
9. Zorlanmayla ilişkili gerçekdışı veya paranoid düşünceler

Kreisman ve Straus (2021) yukarıdaki tanı kriterlerinin birbiriyle dolaylı biçimde ilişkili olduğunu ve tıpkı bir dişlinin çarkları gibi birbirlerini tetikleyerek işleyen bütüncül bir yapı oluşturduğunu belirtmektedir. Geleneksel olarak psikoterapi ile tedavisi en zor olan psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan BKB, bireylerin iş hayatında, kişiler arası ilişkilerinde ve eğitim hayatında ciddi ölçüde bozulmalara sebep olmaktadır (Tomko ve ark., 2014).

1.1.1. Yaygınlığı ve Seyri

Borderline kişilik bozukluğunun genel popülasyonda yaygınlığının yaklaşık %1-2 olduğu söylenebilir (Ellison, 2018). Bununla birlikte, gerçek yaygınlık oranının daha yüksek

olduğu düşünülmektedir ve bu durum yanlış tanı ve normal popülasyondaki yaygınlık oranlarının farklı sosyo demografik özelliklere göre değişmesi ile ilişkilendirilmektedir. Have ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülen bir çalışma, artan borderline kişilik belirtilerinin; eğitim seviyesinin düşmesi, romantik ilişkilerde ve iş yaşamındaki istikrarsızlığın artması (ücretli bir işe sahip olmama) ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte borderline kişilik bozukluğunun birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygınlık oranı kabaca %6'dır ve ayakta tedavi klinik sağlık hizmetlerinde bu oran %20'ye yükselmektedir (Bozzatello ve ark., 2021). Öte yandan DSM-5'e göre klinik örneklemelerde kadınlar erkeklere oranla üç kat daha fazla BKB tanısı almaktadır (APA, 2022). Bununla birlikte, BKB'nin genel örneklem açısından yaygınlığı değerlendirildiğinde kadınlar ve erkekler arasındaki farkın klinik örneklemdeki kadar belirgin olmadığı ifade edilmektedir (Coid ve ark., 2006; Grant ve ark., 2008; Jackson ve Burgess, 2000).

BKB'nin seyri, geleneksel olarak kronik ve değişime dirençli bir tablo olarak tanımlansa da, boylamsal araştırmalar BKB'ye sahip olan bireylerin büyük çoğunluğunun beş yıl içinde tanı kriterlerini karşılamadığı, yani remisyona girdiğini ifade etmektedir (Zanarini ve ark., 2005). Bununla birlikte, tam iyileşmenin oldukça nadir olduğu; kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlanmaların, benlik algısındaki istikrarsızlığın ve kronik boşluk hissinin uzun yıllar devam edebildiği belirtilmektedir (Gunderson ve ark., 2011). Travmatik çocukluk yaşantıları ve yetersiz sosyal destek gibi faktörler, bozukluğun seyrini olumsuz etkileyebilmektedir (Yen ve ark., 2002)

1.1.2. Etiyolojisi

Borderline kişilik bozukluğu çevresel, psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşiminden kaynaklanmaktadır (Karakoç, 2014). Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı (Paris, 2009; Zanarini ve ark., 1989), erken dönem çocukluk çağı ihtiyaçlarının karşılanamaması (Gunderson ve ark., 1980; Nickell ve ark., 2002), genetik ve nörofizyolojik faktörler (Leichsenring ve ark., 2011; Lieb ve ark., 2004) ve duygusal mizaç (Zweig-Frank ve ark., 1994) BKB'nin etiyolojik açıklamaları arasında yer almaktadır. Linehan'ın biyososyal kuramına göre, çocukluk döneminde ailesinden beklediği ilgiyi göremeyen, duyguları ve düşünceleri ailesi tarafından görmezden gelinen bireyler yetişkinlik döneminde duygularını kontrol etmekte güçlük çekmekte ve borderline kişilik özellikleri göstermeye daha yatkın hale gelmektedir (Linehan, 1993). Linehan'ın yaklaşımına benzer olarak borderline kavramının ve tedavi yaklaşımlarının ortaya atıldığı dönemlerde kişinin ilk bakım vereni ile kurduğu ilişki ve bu ilişki çerçevesinde

gelişen şemaları üzerinde durulduğu görülmüştür. Bu şemaların temelinde ise bakım veren ile kurulan ilişkideki bağlanma problemlerinin olduğu kabul edilmektedir (McWilliams, 2011). Bunun yanı sıra çeşitli araştırmalar BKB'nin semptomatik özelliklerinin mizaçla ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Joyce ve ark., 2003; Kaess ve ark., 2013; Stepp ve ark., 2014). Bu araştırma sonuçları, BKB'nin yüksek yenilik arayışı, ödüle duyarlılık, kontrol kaybı, dürtüsellik, düşük sosyallik ve utangaçlık gibi bazı mizaç özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yani, BKB'ye sahip bireyler bazı spesifik mizaç özelliklerinin birleşimine sahip olabilmektedir. Ayrıca BKB'nin gelişimine katkıda bulunan aile, kişilik özellikleri ve duygu düzenleme güçlüğü açıklamalarının yanı sıra literatürde travmatik olmayan etkenlerin de BKB'nin etiolojisinde rol oynayabileceği belirtilmektedir. Bu bağlamda yapılan araştırmalar, evrimsel olarak aktarılan mizaç özelliklerinin, çevresel stres faktörleriyle birleşerek bireyde BKB'ye özgü örüntülerin gelişmesine zemin hazırlayabileceğini belirtmektedir (Graybar ve Boutilier, 2002).

Alanyazında BKB'nin etiyolojik temellerine dair çeşitli görüşler bulunduğu görülmektedir. Bu görüşler, genetik, biyolojik, psikodinamik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir yapıya işaret etmektedir. Bu bağlamda, BKB'nin etiyojisi başlıca kuramlar çerçevesinde ele alınmıştır.

1.1.2.1 Kernberg'in İçselleştirilmiş Nesne İlişkileri Yaklaşımı

Kernberg'in (1967) içselleştirilmiş nesne ilişkileri kuramına göre, bireylerin kendilerine ve diğerlerine dair oluşturduğu içsel temsiller, erken çocukluk döneminde bakım verenler ile kurulan ilişkiler aracılığıyla şekillenmektedir. Kernberg (1972) bu içsel temsillerin; benlik (self), nesne (object) temsilleri ve eşlik eden duygulanımlardan oluştuğunu ifade etmekte ve nesne ilişkileri içselleştirme sürecini dört gelişim dönemine ayırmaktadır. Kendilik ve nesne tasarımları ayırımının yapıldığı üçüncü gelişim döneminde (6-18 ay arası) sağlıklı bir kişilik gelişimi sürecinin bireyin içselleştirdiği iyi ve kötü benlik ve nesne temsillerinin bütünleşmesi ile tutarlı, istikrarlı ve sürekli bir yapı haline gelerek nesne sürekliliğinin sağlanması ile sona ermesi beklenmektedir (Fonagy ve ark., 2003; Kernberg, 1972). Kernberg (1972) borderline kişilik örüntüsüne sahip olan bireylerin bu dönemi tamamlamakta zorlandığını ve bu zorlanmanın BKB gelişimine zemin hazırladığını belirtmektedir. Borderline kişilik örüntüsü olan bireylerin sahip olduğu benlik ve nesne tasarımları belirli ölçüde farklılaşsa da, nesne temsillerinin iyi ve kötü yönlerinin bütünleştirilmesi büyük ölçüde başarısızla sonuçlanmaktadır. Bu başarısızlık, ilkel saldırganlık temelli kötü temsillerin iyi temsillerle bir

araya getirilmesinin tetiklediği yoğun kaygı ve suçluluk nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Clarkin ve ark., 1999). Bu durum borderline kişilik örüntüsünde tipik olarak var olan nesne sürekliliğindeki yetersizlik ile ilişkilendirilmektedir. Yani bu bireyler, gelişimsel açıdan kendisine ve diğerlerine yönelik nesne temsillerini birbirinden ayırabilirken iyi ve kötü temsilleri bütünleştirme konusunda sorun yaşamaktadır. Dolayısıyla erken dönemde bu bireylerin ilk nesne temsilleri olan bakım verenleri ile ortak bir iç içe geçmişlik durumu yaşadıklarından söz edilmektedir (Mitchell ve Black, 2014). Borderline kişilik örüntüsüne sahip olan bireyler bu durumla başa çıkmak adına iyi ve kötü nesne ve benlik imgelerinin ayrı ayrı korunduğu bölme (splitting) savunma mekanizmasına yönelmektedir. Bu savunma mekanizması, ilkel idealleştirme, projektif özdeşim ve benzeri psikotik savunma mekanizmaları ile desteklenmektedir (Kernberg, 1975). Normal kişilik gelişimi sürecinde genelde bu ilkel savunma stratejilerinin erken çocukluk döneminde terk edilmesi beklenir. Borderline kişilik patolojisinde ise bu stratejilerin yetişkinliğe taşınması, bireylerin diğerlerini “iyi” ve “kötü” şeklinde çarpıtılmış bir kategorik sistemle değerlendirmesi ile sonuçlanmaktadır (Kernberg, 2000). Bu savunma stratejilerinin gelişiminde özellikle erken dönemde yaşanan kronik ve yoğun hayal kırıklıkları belirleyici etkenler olarak öne çıkmaktadır (Fonagy ve ark., 2003). Klinik açıdan, bu yapıdaki bireyler gerçeklik ile genel hatlarıyla bağlantısını sürdürebilse de, kişilerarası ilişkilerde belirgin zorluklar yaşamaktadır. Bu zorluklar arasında kimlik dağılması sendromu, dürtü kontrolü eksikliği, yüceltme kapasitesinde yetersizlik ve empati kurma becerisinde düşüklük gibi belirgin ego zayıflıkları görülebilmektedir (Kernberg, 2004). Bu zayıflıklar, benlik ve nesne temsillerinin bütünleştirilmesindeki başarısızlıkla doğrudan ilişkilidir. Ayrıca bu entegrasyon eksikliği, yalnızca ego yapılanmalarını değil, süperegö gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlıklı bir süperegö yapısının gelişimi; bütünleşmiş bir benlik algısı, nesne sürekliliği ve ideal benlik ve nesne tasarımlarının yeterli düzeyde içselleştirilmesini gerektirmektedir (Kernberg, 1975). Fonagy ve arkadaşları (2003), erken çocukluk döneminde bakım veren nesne temsillerinin duygusal olarak erişilebilir ve yansıtıcı olmaması durumunda çocuğun, ebeveyn figürlerinin talepkar ve sınırlayıcı yönlerini gerçekçi bir biçimde bütünleştiremeyeceğini, bu durumun da sağlıklı bir süperegö yapısının gelişimini sekteye uğratacağını belirtmiştir. Yani, bireyin erken dönem ilişkisel deneyimlerinin yeterince tutarlı ve düzenleyici olmaması, içselleştirilmiş benlik ve nesne temsillerinin sağlıklı biçimde bütünleşmesini engelleyerek kişilik örüntüsünde kalıcı bozulmalara yol açmaktadır (Bateman ve Fonagy, 2004). Nesne sürekliliğinin sağlanamaması, içsel temsillerin tutarlılığını engellemesinin yanı sıra bireyin

özerk bir benlik algısı geliştirmesini de zorlaştırmaktadır. Bu durum, kişilerarası ilişkilerde olumsuz döngülere ve duygu düzenleme güçlüklerine yol açabilmektedir (Fonagy ve ark., 2003; Kernberg, 2019). Nesne ilişkileri kuramı, borderline kişilik örüntüsünün davranışsal belirtilerin yanı sıra gelişimsel ve yapısal yönleriyle de ele alındığı bir açıklama modeli olarak değerlendirilmektedir.

1.1.2.2. Linehan'ın Biyososyal Yaklaşımı

Borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisini açıklamaya yönelik kuramsal çerçevelerden biri olan biyososyal kuram, BKB'nin gelişimini biyolojik yatkınlıklar ile çevresel etkileşimlerin dinamik bir sonucu olarak açıklamaktadır (Crowell ve ark., 2009; Linehan, 1993). Kurama göre (Linehan, 1993), borderline kişilik örüntüsüne sahip bireyler duygusal olarak kırılgan bir yapıya ve dolayısıyla duygu düzenlemede düşük becerilere sahiptir. Sonuç olarak yapısal olarak duygusal hassasiyeti daha yüksek olan bu bireyler, duygusal dengeye normalden daha yavaş bir şekilde ulaşmaktadır.

Biyososyal kuram, yapısal olarak sahip olunan biyolojik yatkınlığın yanı sıra erken çevresel faktörlerin rolüne de vurgu yapmaktadır. Örneğin erken çocukluk çağındaki duygusal deneyimlerin bakım verenler tarafından destek ve onay görmediği bir çevrede yetişmenin borderline kişilik örüntüsü gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Linehan, 1993). Bireylerin yaşadığı acı verici ya da özel deneyimlerin çevresi tarafından kabul görmediği, bunun yerine sıklıkla küçümsendiği, cezalandırıldığı ya da görmezden gelindiği koşullar “geçersiz kılan çevre” (invalidating environment) olarak tanımlanmakta; bu koşulların borderline kişilik örüntüsünün geliştiği çevrede yaygın olabileceği ifade edilmektedir. Bireyin yetiştiği bu çevre, duygularını tanımlamasına, anlamlandırmasına izin vermemekle birlikte kişiye düşünce ve inançlarında yanıldığına dair bir alt metin de iletmektedir. Dolayısıyla bireyler tarafından olaylar ve durumlar karşısında verilen tepkiler normal ve geçerli tepkiler olarak değerlendirilememektedir. Bu tür çevresel yapılar, çocuğun duygu ifadelerini abartılı, yersiz ya da uygunsuz olarak niteleyerek, kendi içsel yaşantısına güvenini zedelemekte ve zamanla benlik algısını istikrarsızlaştırmaktadır (Fruzzetti ve ark., 2005; Linehan, 1993).

Yüksek düzeyde dürtüsellik eğilimine sahip ve duygu düzenleme becerisi düşük olan çocuklar, geçersiz kılan çevrede yer alan değersizleştirici ebeveyn tepkileriyle karşılaştıklarında, duygusal ve davranışsal regülasyon konusunda diğer çocuklara kıyasla belirgin güçlükler yaşayabilmektedir (Linehan, 1993). Biyolojik yatkınlıkların yanı sıra geçersiz kılan çevre ile beslenen bu etkileşimsel süreç, bireylerde zamanla kendine zarar verme

davranışları, intihar girişimleri, yoğun öfke, boşluk duygusu, tutarsız benlik algısı ve dürtüsel davranış örüntüleri gibi BKB ile özdeşleşmiş belirtilerin gelişimine yol açabilmektedir. Dolayısıyla, biyososyal gelişim modeli, BKB'yi yalnızca bireyin içsel yatkınlıklarıyla değil, aynı zamanda çevresel bağlamın sürekliliğiyle şekillenen çok boyutlu bir kişilik örüntüsü olarak açıklamaktadır (Crowell ve ark., 2009).

1.1.2.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Geleneksel bilişsel davranışçı yaklaşım, karakterolojik problemler yaşayan kişilik bozukluğu hastalarının Eksen I vakalarından farklı birtakım psikolojik özelliklere sahip olduklarını ve bu kişilerin bilişsel davranışçı yaklaşım ile formülasyon ve tedavisinin Eksen I hastalarına kıyasla daha elverişsiz olduklarını öne sürmektedir (Young ve ark., 2003).

Geleneksel bilişsel davranışçı kuramın öncülerinden olan Beck, temel inançlar adı altında koşullu bilişsel düşünceleri ifade eden hiyerarşik bir biliş modeli ortaya koymuştur (Kriston ve ark., 2012). Modelde yer alan temel inançlar BKB'ye sahip bireyler için “dünya tehlikelerle dolu bir yer”, “güçsüzüm ve zarar görebilirim”, “doğduğumdan beri kabul edilemez biriyim” gibi bilişsel çarpıtmaları içermektedir (Beck, 1995; Beck ve ark., 1990). Beck'in (1995) bilişsel davranışçı yaklaşımına göre bu temel inançlar BKB'ye sahip kişilerin her zaman temkinli ve tedbirli olmasına sebep olmaktadır. Aşırı tedbirli olma hali ile tetiklenen kaygı bu kişilerin tehlike algısını arttırmakta, aşırı hassas ve savunmacı bir tutum geliştirmelerine sebep olmaktadır. BKB'ye sahip kişiler diğerlerini güvenilemez ve kendisine potansiyel olarak zarar verebilecek kişiler olarak değerlendirmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımın bu bakış açısı da BKB'ye sahip olan bireylerde görülen siyah beyaz düşünce tarzını ve ani duygusal geçişleri açıklamaktadır.

Karakterolojik problemler, geleneksel bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarının etkililiğini birçok açıdan azaltabilmektedir. Tedavi sonrasında bazı hastalar Eksen I belirtileri gösterebilmektedir. Özellikle BKB'ye sahip bireylerde bilişsel terapi yaklaşımları ya başarısız olmakta ya da tedaviden hemen sonra nüks oranı yüksek olmaktadır (Freeman ve Jackson, 1996; Young ve ark., 2003). Bunun nedeni, BKB'ye sahip bireylerin genellikle depresyon veya madde bağımlılığı gibi semptomlara ek olarak kronik özelliklere sahip belirsiz ve muğlak olarak nitelendirilen şikayetler sunmasıdır (Nysæter ve Nordahl, 2008). Bilişsel yaklaşımı benimseyen kuramların kişilik bozukluğu tedavisinde yetersiz kalması, BKB için genişletilmiş ve daha ayrıntılı bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımlarını gerekli kılmıştır (Sperry, 2003). Bu ihtiyaç, Diyalektik Davranışçı Terapi (Linehan, 1993), Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi

(Ellis, 2001), Bilişsel Baş Etme Terapisi (Sharoff, 2002), Bilişsel Evrimsel Terapi (Liotti, 2002) gibi birçok yaklaşım geliştirilmesine yol açmıştır (Nysæter ve Nordahl, 2008). Bu yaklaşımlardan biri de kişilik bozuklukları tedavisinde etkililiği kanıtlanmış olan şema terapi modelidir (Young ve ark., 2003).

1.2. Şema Terapi

Şema terapi, ileri derecede kişilik bozukluğu olan, Eksen I bozuklukların altında yatan karakterolojik sorunlara sahip ve/veya standart bilişsel terapi prosedürlerine çok az yanıt veren/hiç yanıt vermeyen hastaların tedavisine yardımcı olmak amacıyla Young ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir terapi yaklaşımıdır (Kellogg ve Young, 2006; Young, 1999; Young ve ark., 2003). Temel olarak bilişsel davranışçı yaklaşımın genişletilmesine dayanan şema terapi, aynı zamanda yapısalci, psikanalitik, Gestalt ve nesne ilişkileri gibi kuramların kavramlarını da barındıran yenilikçi ve bütüncü bir yaklaşım sunmaktadır (Martin ve Young, 2010). Bu yaklaşım, başta BKB olmak üzere kişilik bozuklukları tedavisinde umut vaat eden bir tedavi aracı olarak görülmektedir. Şema terapinin bütüncü yapısı, bireyin geçmişi yeniden çerçevelemesine, şimdiyi daha sağlıklı değerlendirebilmesine ve geleceğe daha güvenle adım atabilmesine olanak tanıyan bir bakış açısı sağlamaktadır (Gör ve ark., 2017).

Şema terapi modelinin temelinde yer alan şemalar, bireyin çocukluk ve ergenlik döneminde gelişen, yaşam boyu karmaşık hale gelen, önemli ölçüde işlev bozucu bilişler, duygular ve bedensel duymalardan oluşan örüntüler olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark., 1991, 2003). Bu şemaların temelinde erken dönem yaşam deneyimleri, duygusal mizaç ve çekirdek duygusal ihtiyaçların yeterince karşılanmaması bulunmaktadır. Young ve arkadaşları (2003) bu temel duygusal ihtiyaçları; güvenli bağlanma, özerklik, yeterlik, kimlik hissi, gerçekçi sınırlar, öz-denetim, ihtiyaçların ve duyguların özgürce dile getirilmesi, kendiliğindenlik ve oyun şeklinde ifade etmektedir. Şema terapiye göre, erken dönem uyum bozucu şemaların oluşmasının nedeni temel (çekirdek) duygusal ihtiyaçların yeterince karşılanmamasıdır.

İnsanların temel duygusal ihtiyaçları birçok kuramın temelinde yer almaktadır. Young ve arkadaşları (2003) şema terapi bağlamında çekirdek duygusal ihtiyaçları başkalarına güvenli bağlanma, özerklik, yeterlik ve kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü, kendiliğindenlik ve oyun, makul sınırlar ve öz denetim olarak ele almaktadır. Bu ihtiyaçlar, herkes için geçerli, evrensel ve doğuştan olan ihtiyaçlar olarak nitelendirilmektedir. Bu

ihtiyaçların yeterince karşılanmaması bireylerde uyumsuz şemaların oluşmasına sebep olmaktadır.

Güvenli bağlanma ihtiyacı karşılanmayan bireylerde Kopukluk ve Reddedilme şema alanındaki şemalar gelişmektedir (Young ve ark., 2003). Bu şema alanında genelde en çok zarar gören bireyler yer almaktadır. Özerklik ihtiyacı yeterince karşılanmayan, yeterlik ve kimlik algısı yeterince gelişmeyen bireylerde Zedelenmiş Özerklik şema alanındaki şemalar gelişebilmektedir. İhtiyaçlarını ve duygularını yeterince ifade etme olanağı bulamamış olan bireylerde ise Diğerleri Yönelimlilik şema alanındaki şemaları görmek mümkündür. Bu kişilerin aileleri genellikle çocuğun duygusal ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarından önemsiz görme eğilimindedir. Makul sınırlar ve öz denetim ihtiyacı karşılanmayan bireylerde Zedelenmiş Sınırlar şema alanından şemalar görülürken; kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacı giderilmeyen bireylerde Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme şema alanındaki şemalar gelişmektedir. Şema terapisinin temel amacı bireylerin çekirdek duygusal ihtiyaçlarını uyumlu yollardan giderebilmelerine destek olmaktır (Young ve ark., 2003).

1.2.1. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Şema Boyutları

Erken dönem uyum bozucu şemalar bireyin kendisi ve başkalarıyla kurduğu ilişkilerinde ortaya çıkan, anıları, duyguları, bilişleri ve bedensel duyumları içeren yaygın ve kompleks temalar veya örüntüler olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark., 2003). Şema terapi modeline göre bu şemalar, çocukluğun erken dönemlerinde ortaya çıkararak kişinin yaşamı boyunca deneyimlerinin ve mizacının etkisi ile ayrıntılı hale gelmektedir. Çocukluk veya ergenlik dönemindeki hangi olumsuz deneyimlerin erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde en merkezi nedensel faktörler olduğu açık olmamakla birlikte ebeveyn figürleriyle ilgili deneyimlerin en önemli belirleyiciler olduğu düşünölmektedir (Young ve ark., 2003).

Young ve arkadaşları (2003) ‘Kopukluk ve Reddedilme’, ‘Zedelenmiş Özerklik’, ‘Zedelenmiş Sınırlar’, ‘Diğerleri Yönelimlilik’, ‘Aşırı Uyarılmışlık/Ketlenme’ olmak üzere beş şema alanında toplanan 18 uyumsuz şema tanımlamıştır (Bknz. Şekil 1).

Şekil 1.

Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları, Şema Boyutları ve İlişkili Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar (Young ve ark., 2003)

Şema Alanları	Şema Boyutları	Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar
Kopukluk ve Reddedilme	Terk edilme	Güvenli bağlanma
	Güvensizlik/kötüye kullanılma	
	Duygusal yoksunluk	
	Kusurluluk	
	Sosyal izolasyon	
Zedelenmiş Özerklik	Bağımlılık	Özerklik, yeterlik, kimlik hissi
	Dayanısızlık	
	İç içe geçme	
	Başarısızlık	
Zedelenmiş Sınırlar	Haklılık	Gerçekçi sınırlar, öz denetim
	Yetersiz Özdenetim	
Diğerleri Yönelimlilik	Boyun eğme	İhtiyaçların ve duyguların özgürce dile getirilmesi
	Kendini feda	
	Onay arama	
Aşırı Uyarılmışlık-Ketlenme	Karamsarlık	Kendiliğindenlik ve oyun
	Duyguları bastırma	
	Yüksek standartlar	
	Cezalandırılma	

İnsanların genel olarak bir şemaya veya birden fazla şema kombinasyonuna sahip olduğu söylenebilir. Bir şemanın uyumsuz olarak nitelendirilebilmesi için kişide zorlayıcı bir duygusal deneyime veya belirtiyeye yol açması ya da kişinin sosyal işlevselliğinde bozulmaya sebep olması gerekmektedir (Arntz ve Jacob, 2023). Uyumsuz bir şema, şemanın içeriğiyle bağlantılı bir durumda aktive olarak korku, üzüntü, utanç veya öfke gibi olumsuz ve güçlü duyguların tetiklenmesiyle şemanın duygusal kısmını görünür hale getirmektedir. Bireyler bu duygular karşısında kendisini daha iyi hissetmek ve bu duyguların üstesinden gelebilmek için çeşitli işlev bozan başa çıkma stratejileri kullanır. Başa çıkmada kullanılan stratejiler genellikle kişinin çocukken zor durumlarla baş etmede geliştirdiği, öğrendiği veya bildiği yöntemlerle aynıdır (Fassbinder ve ark., 2014; Macik, 2024; van Vreeswijk ve ark., 2012). Bu stratejiler bireyin var olan şemalarını doğrulayacak şekilde davranmalarına yol açarak şemaların varlığını sürdürürler (Butler ve ark., 2002).

Young ve arkadaşları (2003) erken dönem uyumsuz şemaların sürdürülmesinde rol oynayan üç başa çıkma yöntemi tanımlamıştır: (1) şema aşırı telafisi, (2) şemadan kaçınma ve (3) şema teslimi. Başa çıkma yöntemleri tanısallara bağlı olarak ortaya çıkan, kişiye özgü davranışların bir listesi olarak görülmektedir. Şema modeli hem şemaları hem de başa çıkma yöntemlerini erken çocukluk dönemindeki temellerle ilişkilendirmesi ve tedavi için doğrudan ve açık doğurgular sağlaması bakımından kronik ve yaygın karakterolojik modelleri açıklar. Dolayısıyla kişilik bozukluklarına bir bakış açısı olarak şema modeli, tek bir Eksen II kategorisi yerine her biri kendine özgü profiller içeren şema modeli formülasyonları önermektedir (Young ve ark., 2003).

Çoğu insan kendisini, diğerlerinin davranışlarını ve çevresinde olan bitenleri daha iyi anlamalarına yardımcı olan şemalar geliştirmiştir. Bu şemalar herkeste var olan ve bazı durumlarda tetiklenen şemalardır. Kişilik sorunları olan bireyler ise görece daha uyumsuz şemalar geliştirirler ve bu şemalar kişilik bozukluğuna sahip bireylerin başa çıkma becerilerini zayıflatabilir (van Vreeswijk ve ark., 2012; Young ve ark., 2003). Erken dönem uyumsuz şemalar, Young Şema Ölçeği (YŞÖ) kullanılarak öz bildirim yoluyla değerlendirilmektedir (Young ve Brown, 2005). Kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler bu ölçekten birçok şema alanında yüksek puanlar alırken herhangi bir kişilik bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamayan, sosyal ilişkilerini sürdürebilen ve sınırlı düzeyde yaşam problemlerine sahip bireyler bir veya iki şemadan yüksek puan alırlar (Arntz ve Jacob, 2023). Sonuç olarak şema terapisinin kişilik bozukluğu modellemesine göre, bireyin mizacı ile gelişimsel ihtiyaçlarının tatmin edici bir şekilde karşılanmaması etkileşiminin, erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumu yoluyla kişilik patolojisine yol açtığı söylenebilir (Young, 1999).

1.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Young (1999) başlangıçta BKB'nin merkezinde neredeyse her şema alanını ve boyutunu görmenin mümkün olabileceğini öne sürmüştür ancak sonraki yıllarda yapılan araştırmalar Terk Edilme, Güvensizlik/Kötüye Kullanılma, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğme ve Cezalandırma şemalarının BKB için daha ayırt edici şema boyutları olduğunu göstermiştir (Arntz ve Jacob, 2023; Bach ve ark., 2018; Frías ve ark., 2018; Jovev ve Jackson, 2004; Shorey ve ark., 2014).

Literatür incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemalar ve BKB arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmaların sayıca az olduğu ve bu çalışmaların heterojen sonuçlar ortaya koyduğu dikkat çekmiştir. Bu çalışmalardan birinde BKB tanısı olan 101 katılımcı ile BKB tanısı

olmayan 101 katılımcıdan oluşan sağlıklı kontrol grubu sistematik olarak eşleştirilmiştir. BKB'yi karakterize eden erken dönem uyumsuz şemaların ve uyumsuz modların incelendiği araştırmanın sonuçları güvensizlik/kötüye kullanılma, kusurluluk ve yetersiz öz denetim şemalarının BKB'ye sahip bireyler için sağlıklı kişilere kıyasla ayırt edici şemalar olduğunu ortaya koymuştur (Bach ve Farrell, 2018). Grup psikoterapisine devam eden, ayakta tedavi gören ve BKB tanısı alan danışanlardan oluşan bir örneklem ile yapılan bir başka çalışmada, BKB'ye sahip bireylerin tüm şema alanlarından yüksek puan almalarına karşılık Kopukluk ve Reddedilme ile Diğerleri Yönelimlilik şema alanından aldığı puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur (Frías ve ark., 2018). Klinik örneklemde yapılan benzer bir çalışmada ise BKB tanısı almış yatan hastaların yanı sıra BKB dışında kişilik bozukluğu tanısı olan başka hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada Young Şema Ölçeği'nin eski versiyonu kullanılmış ve şemalar 15 şema boyutu üzerinden değerlendirilmiştir. Kişilik patolojisi ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisinin araştırıldığı çalışmanın bulguları terk edilme, güvensizlik, kusurluluk, dayanıksızlık, yetersiz özdenetim, boyun eğme ve duyguları bastırma şemalarından alınan puanlar daha yüksek olmak üzere BKB'ye sahip kişilerde tüm şema alanlarından alınan puanların yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Gilbert ve Daffern, 2013). Klinik olmayan örneklemde yapılan çalışmalardan biri olan Esmaelian ve arkadaşlarının (2019) 706 lisans öğrencisi ile yürüttüğü bir çalışmada ise BKB'nin temel özellikleri arasında yer alan duygusal dengesizlik, kimlik sorunları, yakın ilişki problemleri ve kendine zarar verme ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar BKB'de görülen kimlik sorunlarının terk edilme, yetersiz öz denetim, bağımlılık ve dayanıksızlık şemaları ile; yakın ilişki problemlerinin güvensizlik ve terk edilme şemaları ile; kendine zarar verme davranışlarının ise duygusal yoksunluk ve başarısızlık şemaları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde Bilge ve Balaban (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, BKB'yi yüksek oranda ve ilk sırada yordayan şemaların sosyal izolasyon ve güvensizlik şemaları olduğu görülmüştür. İlk ve Bilge'nin (2023) araştırmasında da bu sonuçlar ile tutarlı olarak BKB'nin sosyal izolasyon ve güvensizlik şeması başta olmak üzere karamsarlık şeması ile de ilişkili olduğu bulunmuştur. Aracı ve Bilge (2021) tarafından yapılan bir başka çalışma, BKB için karamsarlık, güvensizlik ve onay arama şemalarının ön plana çıktığını ortaya koymuştur. Ayrıca başka kişilik bozukluklarının da dahil edildiği bu çalışmada BKB'nin karamsarlık şemasıyla diğer kişilik bozukluklarından ayrıştığı belirtilmiştir. Ergenlerde kişilik bozukluklarının görülme sıklığı oranlarını tespit etmeyi ve erken dönem uyumsuz şemaları etiyolojik bir faktör olarak ele almayı amaçlayan bir çalışmada

ise BKB'yi yordayan şema olarak sosyal izolasyon/güvensizlik bulunmuştur (İlk, 2019). Türkiye'de hem kişilik bozukluğu ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların (Akçer ve Bahayi, 2023; Çakır, 2007; Özdel ve ark., 2015) hem de bu çalışmalara spesifik olarak BKB'nin de dahil edildiği erken dönem uyumsuz şemalar alanındaki çalışmaların (Aracı ve Bilge, 2021; Bilge ve Balaban, 2021; İlk ve Bilge, 2023) sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Ayrıca, BKB'de görülen şemalar konusunda ülkemizde yapılan çalışmaların da bulgularının tutarsız olduğu dikkat çekmektedir. Bu bilgilerden yola çıkılarak, BKB'de hem klinik hem klinik olmayan örneklerde tüm şema alanlarını görmenin mümkün olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Hem kişilik bozukluklarının hem de erken dönem uyumsuz şemaların kategorik yapılar yerine boyutsal yapılar olarak daha iyi ifade edildiği ampirik olarak ortaya konulmuştur (Kunst ve ark., 2020). Aynı tanıyı alan bireylerin heterojenlik, komorbidite ve işlevsellikteki mevcut tanısal farklılıkları göz önüne alındığında kişilik bozukluğu kategorilerine ilişkin boyutsal yaklaşımın önemi anlaşılmaktadır (Widiger ve Trull, 2007). BKB'nin DSM-5'te yer alan dokuz tanı kriterinden hiçbiri zorunlu kriter olarak belirlenmemiştir. Yani bu kriterlerden herhangi beşinin tanı için yeterli olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bir bireyin BKB tanısı alması için 126 olası kombinasyon olduğu göz önüne alındığında, bu durum literatürde kullanılan örneklerin tanısal açıdan farklılık göstermesinin makul bir nedeni olarak değerlendirilmektedir (Livesley, 2008).

Tüm bu araştırma bulgularından yola çıkılarak BKB ile ilişkili belirli ayırt edici şema boyutlarının olup olmadığının netleştirilmesi adına bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir (Lawrance ve ark., 2011).

1.2.3. Şema-Mod Modeli

Şema terapide kullanılan bir diğer temel kavram moddur. Mod kavramı, özellikle duygular arasında hızlı ve yoğun geçişlerin gözlemlendiği BKB gibi Eksen II bozukluklarının daha iyi anlaşılması ve müdahale süreçlerinin yapılandırılması amacıyla geliştirilmiştir (Arntz ve Jacob, 2012; Young ve ark., 2003). Geleneksel bilişsel davranışçı terapi, Eksen I bozukluklarının tedavisinde etkili olsa da, kişilik bozuklukları veya kronik belirtiler gösteren danışanlarla çalışırken yetersiz kalabilmektedir. Bu tür vakalarda, danışanların şema envanterlerinde neredeyse her maddeyi en üst aralıklarda puanlamaları, terapötik süreci hem değerlendirme hem de müdahale açısından güçleştirmektedir (Kellogg ve Young, 2006). Modlar, tıpkı erken dönem uyumsuz şemalarda olduğu gibi, bireyin çocukluk yaşantılarıyla

bağlantılı olan çevresel tetikleyiciler sonucunda aktive olmaktadır. Ancak şemalardan farklı olarak, modlar daha kısa süreli, anlık ve duruma özgü tepkiler biçiminde kendini göstermektedir. Bir diğer ifadeyle, şemalar karakter gibi daha kalıcı örüntüleri temsil ederken, modlar daha duruma özgü paternleri temsil etmektedir (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003).

Bir şema modu, o anda aktif olan şema ile ilişkili duygusal durumun bir yansımasıdır. Şema modları sürekli değişebildiği gibi bazen şemalara benzer şekilde çok kalıcı olduğu durumlar da olabilmektedir. Çok fazla şemaya ve yoğun şema modlarına sahip danışanların ön planda olan şema modları ile bağlantı kurmak, arka plandaki şemalarına ulaşmaya çalışmaktan daha kolaylaştırıcı olabilmektedir (Arntz ve Jacob, 2023).

Fassbinder ve arkadaşları (2014) şema modlarını zihinsel yapıya benzer bir DVD metaforu ile açıklamaktadır. Bu metafora göre; insan zihni bir DVD oynatıcıyı temsil ederken, yüklenen DVD'ler ise şema modlarını temsil etmektedir. Süreç DVD oynatıcıya bir DVD yüklenmesi ile başlamaktadır. DVD'nin yüklenmesi ile birlikte ekranda otomatik olarak belirli bir resim ve müzik dizisi gösterilir. "Mod DVD'sinin" yüklenmesi bireyde belirli düşünceler, duygular veya bedensel duyumlar gibi iç uyaranlar tarafından tetiklenir. Bu DVD bir kez yüklendikten sonra mod tipik bir duygu, düşünce, bedensel tepki ve davranış örüntüsü olarak işlenir. Kişinin dikkati, modla uyumlu bilgilere odaklanır ve tüm bilgiler yüklenen modun ışığında işlenir. Her birey uyumlu ve uyumsuz modlara sahiptir. Uyumlu modlar esnektir ve bilginin sağlıklı bir şekilde işlenmesine yardımcı olur. Uyumsuz modlar ise katıdır, işlevsel olmayan şemaları güçlendirir ve kalıcı sorunlara yol açabilir. Bireyler genellikle aktif modlarının (yükli DVD) farkında değildir. Terapide bu otomatik süreç kesintiye uğratılır. Böylece danışanlar mevcut mod DVD'lerini ve bunun biyografik arka planını tanımayı öğrenirler. Böylece bilişlerini, duygularını ve davranışlarını daha iyi anlamaya başlarlar. Eğer var olan mod uyumsuz ve işlevsiz ise danışanlar bir sonraki adımda modu nasıl değiştireceklerini (yeni bir mod DVD'si yerleştirmeyi) öğrenirler, böylece ihtiyaçlarının farkına vararak bu ihtiyaçlarını daha sağlıklı bir şekilde karşılayabilirler.

Young ve arkadaşları (2003) tarafından 4 temel mod tipi tanımlanmıştır: Çocuk modları, Uyum Bozucu Başa Çıkma modları, İşlevsiz Ebeveyn modları ve Sağlıklı Yetişkin modu. Sağlıklı Yetişkin ve Mutlu Çocuk modları dışındaki tüm modlar ya belirli şemalarla ilişkilidir ya da bireyin spesifik başa çıkma yöntemlerini yansıtır. Lobbestael ve arkadaşları (2007) tarafından sıralanmış ve dört genel kategoride toplanan 22 şema modu Şekil 2'de yer almaktadır.

Şekil 2.

Mod Grupları-Genel Bakış (Lobbestael ve ark., 2007)

İşlevsel Olmayan Çocuk Modları	Kırılganlık	1. Yalnız Çocuk (<i>Lonely Child</i>) 2. Terk edilmiş/Kötüye kullanılmış Çocuk (<i>Abandoned and Abused Child</i>) - Küçümsenmiş/Aşağılanmış Çocuk (<i>Humiliated/Inferior Child</i>) 3. Bağımlı Çocuk (<i>Dependent Child</i>)
	Öfke	4. Öfkeli Çocuk (<i>Angry Child</i>) 5. Hiddetli Çocuk (<i>Enraged Child</i>)
	Disiplin Eksikliği	6. Dürtüsel Çocuk (<i>Impulsive Child</i>) 7. Disiplinsiz Çocuk (<i>Undisciplined Child</i>)
	Mutluluk	8. Mutlu Çocuk (<i>Happy Child</i>)
İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları	Ceza	9. Cezalandırıcı Ebeveyn (<i>Punitive Parent</i>)
	Eleştiri	10. Talepkar Ebeveyn (<i>Demanding/Critical Parent</i>)
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Modları	Teslim Olma	11. Söz Dinleyen Teslimci (<i>Compliant Surrender</i>)
	Kaçınma	12. Kopuk Korungan (<i>Detached Protector</i>) 13. Öfkeli Korungan (<i>Angry Protector</i>) 14. Kopuk Kendini Uyuşturan/Uyaran (<i>Detached Self-Soother</i>)
	Aşırı Telafi	15. Büyükleme (<i>Self-Aggrandiser</i>) 16. İlgi ve Onay Arayan (<i>Attention and Approval Seeker</i>) 17. Paranoid Aşırı Denetimci (<i>Suspicious Overcontroller</i>) 18. Mükemmeliyetçi Aşırı Denetimci (<i>Overcontroller</i>) 19. Zorba ve Saldırgan (<i>Bully and Attack</i>) 20. Entrikacı ve Manipülatif (<i>Conning and Manipulative mode</i>) 21. Kurnaz Avcı (<i>Predator mode</i>)
	Yetişkin Modu	22. Sağlıklı Yetişkin (<i>Healthy Adult</i>)

Modelde yer alan çocuk modları, çocuklukta belirli temel duygusal ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucunda gelişen modlardır (Lobbestael ve ark., 2010). Bu modlar, haksızlık karşısında öfke, kayıp veya hayal kırıklığı karşısında üzüntü, tehdit karşısında korku gibi birincil duygular ile bağlantılıdır. Birincil duygular mevcut durumun doğru bir şekilde

değerlendirilmesine dayanak sağladığında eylemlere yön verdikleri için uyarlanabilir modlardır. Ancak mevcut durum geçmişe yönelik deneyimlere dayanan bir şemayı tetiklediğinde çocuk modunun birincil duygusu gerçeklikle uyumsuz bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (Edwards, 2022). Young ve arkadaşları (2003) çocuk modlarının doğuştan ve evrensel olduğunu belirtmiş, şema mod modelinin ilk versiyonunda bu modları dört başlık altında tanımlamıştır: İncinmiş Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel/Denetimsiz Çocuk ve Mutlu Çocuk. Daha sonra Arnold Arntz ve David Bernstein'in çalışma grupları tarafından yapılan araştırmalarla modlar sık görülen kişilik bozuklukları tanımlarını da kapsayacak şekilde genişletilerek modele eklenmiştir (Arntz ve Jacob, 2023). Son şekliyle modelde yer alan işlevsel olmayan çocuk modları; yalnız, terk edilmiş/kötüye kullanılmış, küçümsenmiş/aşağılanmış, bağımlı çocuk modları olarak tanımlanmıştır. İlk modelde (Young ve ark., 2003) tanımlanan İncinmiş Çocuk modu, birçok çekirdek şema ile ilişkilidir ve Terk Edilmiş Çocuk, Kötüye Kullanılmış Çocuk, Yoksun Çocuk ve Reddedilmiş Çocuk modlarını kapsamaktadır.

Öfkeli Çocuk, yeterince karşılanmamış çekirdek duygusal ihtiyaçlarla ilgili öfkelenen ve eylemlerinin sonucunu düşünmeden kızgınlıkla hareket eden mod olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark., 2003). Dürtüsel/Denetimsiz Çocuk ise kendisi ve çevresi konusunda düşünmeden hareket ederek sonuçları hesaba katmadan duygularını dışa vuran, umursamaz şekilde doğal eğilimlerini izleyerek içgüdüsel şekilde hareket eden moddur. Son olarak Mutlu Çocuk modu, bireyin çekirdek duygusal ihtiyaçlarının karşılandığı ve kendisi gibi olabilme halini deneyimlendiği mod olarak modelde yer almaktadır (Young ve ark., 2003).

Kişiyi içselleştirilmiş bir ebeveyn haline getiren modlar modelde işlevsel olmayan ebeveyn modları olarak tanımlanmaktadır. Young ve arkadaşları (2003) tarafından şu ana kadar tanımlanan iki işlevsel olmayan ebeveyn modu bulunmaktadır: Cezalandırıcı Ebeveyn ve Talepkâr Ebeveyn. Cezalandırıcı Ebeveyn modu bireyin çocukluğunda ihtiyaçlarını dile getirdiğinde bu ihtiyaçları hissettiği veya dile getirdiği için cezalandırılmayı hak ettiğini söyleyen parçasıdır. Bu modun sesi acımasız ve eleştireldir. Cezalandırıcı ebeveyn modunun etkileri; kendinden nefret etme, intihar ve kendine zarar verme davranışları ile kendisini gösterebilmektedir (Arntz ve Jacob, 2023). Talepkâr Ebeveyn Modu ise sürekli olarak koyduğu yüksek standartlar ile çocuğu baskı altına alan ve ondan taleplerde bulunan ebeveyn modudur (Young ve ark., 2003). Bu mod bireye var olmanın en kabul edilebilir yolunun mükemmel olmak, diğerlerinin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarından daha fazla önemsemek, yüksek statüler için sürekli mücadele içinde olmak, yetenekli ve boşa zaman harcamayan biri olmaktan

geçtiğini söyleyen parçasıdır. Bu modun etkisinde olan kişi, kendiliğindenlik ve otantikliğin, duygularını ifade etmenin yanlış olduğunu düşünebilmektedir (Arntz ve Jacob, 2023).

Şema mod modeli ebeveyn modlarının yanı sıra üç tür işlevsel olmayan başa çıkma modu tanımlamaktadır: Teslim (şemaya boyun eğme), Kaçınma (şemanın aktive olmasından kaçınma) ve Aşırı telafi (şema ile tam tersi doğruymuş gibi mücadele etme). Bu modlar tüm organizmalarda tehdide karşı verilen temel tepkiler olan savaş (aşırı telafi), kaç (kaçınma) ve don(up) kal(ma) (teslim) tepkilerine karşılık gelmektedir (Young ve ark., 2003). Başa çıkma modları, sadece baş etme davranışlarına odaklanan başa çıkma biçimleri değil, var olan şemaların tetiklenmesiyle mevcut durumdaki duyguları, bilişleri ve davranışları kapsayan duygusal durumlardır (Rafaeli ve ark., 2010). Bu modlar, çocuk ve ebeveyn modlarının yol açtığı duygusal acıyı (veya ortaya çıkardığı kırılmalı çocuk modlarını) hafifletmeye hizmet ederek çocuğu zarar görmekten, değersizleştirilmekten korumak ve duygusal acıyı daha katlanılabilir hale getirmek için çocukluğun erken dönemlerinde edinilen hayatta kalma stratejileri olarak değerlendirilmektedir (Fassbinder ve ark., 2014).

Söz Dinleyen Teslimci Mod, diğerleri tarafından reddedilme veya diğerleri ile çatışmaya girme korkusu ile edilgen, itaat eden, kendini küçümseyen ve uyum gösteren bir yapı ile şekillenmektedir. Bu modun etkisi altındaki bireyler genellikle kendini engelleyen ve var olan şemalarını devam ettiren kişilerle birlikte olmakta veya bu amaca hizmet edecek işler ile meşgul olmaktadır (Arntz ve Jacob, 2023). Kaçınma modları ise; kopuk korungan, kaçınan korungan, öfkeli korungan ve kopuk kendini uyuşturan/yatıştıran mod başlıkları altında ele alınmaktadır. Bu modlar, duygusal bir kaçınmayı temsil etmektedir. Bu modda bulunan kişilerin, duygularını ve sorunlarını reddeden, duygusal olarak kopuk, mesafeli, hissiz veya entelektüelize ve aşırı mantıklı biçimde kendilerini ifade ettikleri görülmektedir. Kaçınma modlarının, kişinin duygularını belirli bir mesafede tutarak hissizleşmesine yol açan etkin bir çaba ile karakterize olduğu söylenebilir (Arntz ve Jacob, 2023; Rafaeli ve ark., 2010). Aşırı telafi modları ise büyülenmeci, ilgi bekleyen, aşırı denetimci, mükemmeliyetçi aşırı denetimci, zorba ve saldırgan, entrikacı ve manipülatif ve kurnaz avcı modları başlıkları altında ele alınmaktadır (Arntz ve Jacob, 2023). Bu modlar genellikle kibir, üstünlük ve başkalarını aşağılamayı içeren büyülenmeci bir prototipi temsil etmektedir. Bu modda olan kişiler aşağılık ve yoksunluk duygularını inkâr ederek veya gizleyerek diğerlerine karşı baskın ve bir adım önde olacak şekilde konumlanmaktadır (Rafaeli ve ark., 2010). Uyum bozucu başa çıkma modlarının ortak noktası, her bir baş etme modunun bireyin var olan şemalarını sürdürmesini sağlamasıdır (Young ve ark., 2003).

Şema mod modelinde yer alan sağlıklı modlar Sağlıklı Yetişkin ve Mutlu Çocuk modlarıdır. Sağlıklı Yetişkin modu terapi esnasında terapistin danışana, diğer modlara bakım vermeyi, modlar arasında denge kurmayı veya onları iyileştirmeyi öğretmekle desteklemeye ve güçlendirmeye çalıştığı moddur. Bu mod, çalışma, ebeveynlik, sorumluluk alma gibi uygun yetişkin işlevlerini sürdürmek için gerekli becerileri, bilişleri ve davranışları içermektedir. Sağlıklı Yetişkin modu, İncinmiş Çocuk moduna bakım verir, onu korur ve onaylar; Kızgın ve Dürtüsel Çocuk modlarının öfke patlamalarına ve dürtüselliklerine sınır koyar; uyum bozucu başa çıkma modlarına ve işlevsel olmayan ebeveyn modlarına karşı mücadele etmeye yardımcı olur. Yani Sağlıklı Yetişkin modu diğer tüm modlar arasında esnek bir denge sağlamaktadır (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Sağlıklı Yetişkin modunun üç temel fonksiyonu bulunmaktadır: incinmiş çocuğa bakım vermek, onu kabul etmek ve korumak; öfkeli ve dürtüsel çocuğa sınır koymak; işlevsel olmayan başa çıkma ve ebeveyn modları ile savaşmak veya bu modların etkisini hafifletmek (Young ve ark., 2003). Sağlıklı Yetişkin modu güçlü ve işlevsel durumdaysa Mutlu Çocuk modunun gelişimi için gereken alan açılabilir ve kişi Mutlu Çocuk modunun etkisindeyken kendiliğindenlik, neşe, anlaşılmış ve değerli hissetme gibi duyguları deneyimleme ve kendini ifade edebilme fırsatı bulur. Dikkate değer bir yoksunluk ve şema aktivasyonu olmadığında Mutlu Çocuk modu gelişebilir (Arntz ve Jacob, 2023; Rafaeli ve ark., 2010).

Bu bilgilerden yola çıkılarak mod modelinin, yapılandırılmış bir çerçeve sunarken hem danışanların hem de terapistin mevcut belirtileri ve kişilerarası sorunları anlamasına yardımcı olarak tedaviye rehberlik ettiği söylenebilir (Fassbinder ve ark., 2014).

Şema modeli ile mod modeli arasındaki fark, mod çalışmasının borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan danışanlarda birincil yaklaşım olarak kullanılırken daha sağlıklı danışan grubunda yardımcı yöntem olarak kullanılmasıdır (Young ve ark., 2003, s. 431). Dolayısıyla mod çalışması şema terapinin ileri bir ögesidir ve terapistin tikanıklık, engellenme yaşadığı veya faydalı olabileceğini düşündüğü durumlarda kullanabileceği bir araçtır. Terapistin mod modeli ile çalışması terapist; problemin temel unsurlarına odaklanabilme, bireysel vaka kavramsallaştırması yapabilme, modlara özgü müdahaleler için danışana ve kendisine şeffaf bir kılavuz sağlama, mevcut duyguların, bilişlerin ve davranışların kavramsallaştırılabilmesi ve psikolojik sorunların normalleştirilebilmesi gibi avantajlar sağlayabilmektedir (Fassbinder ve ark., 2014). Young ve arkadaşları (2003) da mod çalışmasını şema terapinin bütünleyici bir parçası olarak nitelendirmekte ve mod çalışmasının şema terapi yaklaşımından bağımsız

düşünülmemesini vurgulayarak şema çalışması ile akıcı şekilde birleştirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Özellikle kişilik bozukluklarının tedavisinde şema modları ile çalışılmasının şemalarla çalışmaktan daha önemli olduğu varsayımına rağmen çok az çalışma şema modlarına odaklanmıştır (Macik, 2024). Hem şemaların hem de başa çıkma tarzlarının bilişsel kuramların yapılarıyla olan yakın ilişkisi ve bu yapıların kuramsal temellerini hedef alan çalışmaların sayısının artması nedeniyle, erken dönem uyumsuz şemalar ve şema ile başa çıkma yöntemleri klinik uygulamada iyi bilinen kavramlardır. Ancak, çoğu araştırmacı, terapist ve danışan şema modları hakkında daha az bilgi sahibidir. Şema modları kavramının bilinmemesinin, modların birçok unsuru vurgulayan görece yeni ve zor bir yapısı olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Lobbestael ve ark., 2007). Pilkington ve Karantzas (2024) tarafından yapılan nicel şema terapi literatürünün güncel bir bibliyometrik analiz çalışmasına göre Şema modları, Şema Terapi üzerine yapılan mevcut nicel çalışmaların %10'undan daha azının odak noktasında yer almaktadır. Bu bulgulardan yola çıkılarak şema terapi literatüründe modlarla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Şema mod modeli birçok sorun alanında ve farklı bozukluklarda uygulama olanağı sağlayan kapsayıcı bir modeldir (Arntz ve Jacob, 2023). Modelin birçok tanısal kategoride uygulanmasına rağmen ilk çıkış noktasının Young ve arkadaşları (2003) tarafından BKB olan danışanlar ile yapılan çalışmalar olduğu bilinmektedir. Bu danışanlar ile yapılan çalışmalarda yer alan aşırı duygulanım, baş etme tepkilerinde hızlı ve sürekli değişimler, sahip olunan şemaların ve baş etme tepkilerinin sayısı, şema ölçeği ile değerlendirilen şemaların neredeyse tümünden alınan yüksek skorlar gibi değişkenler BKB danışanlarının şemalarını sınıflandırma ve analiz etmede farklı bir analiz birimi ihtiyacını doğurmuştur. Young ve Brown (2005) tarafından yapılan gözlemler özellikle daha karmaşık olarak değerlendirilen kişilik örüntülerinde bireylerde birçok farklı şema gözlemlenebildiğini ve bu bireylerin şemalarla baş edebilmek için birtakım başa çıkma yolları geliştirdiklerini göstermiştir (van Vreeswijk ve ark., 2012). Her birey farklı zamanlarda farklı modlar deneyimleyebilmekte ve bu modlar arasında geçiş yapabilmektedir. Ancak, kişilik bozukluğuna sahip bireylerde bu geçişler çok ani ve katı şekillerde olabilmektedir (Lobbestael ve ark., 2007). Kişilik bozukluğuna sahip bireyler bazı spesifik şema modları sergilemekte ve bu modlar, şemaların ve baş etme tepkilerinin karakteristik bir şekilde gruplanması ile görünür hale gelmektedir (Young ve ark., 2003). Bununla beraber bu mod örgütlenmelerinden bazılarının belirli kişilik bozukluklarına özgü ve ayırt edici benzersiz mod modelleri olduğu varsayılmaktadır (Lobbestael ve ark., 2008).

Buradan hareketle, bu kişilik bozukluklarından biri olan BKB’de görülen spesifik şema modları ele alınmıştır.

1.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğu Mod Modeli

Young ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen ilk BKB mod modelinde BKB’ye sahip olan bireylerin iç dünyasının temel olarak yıkıcı şekillerde etkileşime giren beş mod veya benlik yönü ile karakterize edildiği belirtilmiştir. Bu beş mod, Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Kopuk Korungan, Cezalandırıcı Ebeveyn ve Sağlıklı Yetişkin modu olarak modelde yer almaktadır. Young, BKB’ye sahip olan bireylerin Sağlıklı Yetişkin moduna neredeyse hiç sahip olmadığını belirtmektedir (Young ve ark., 2003). Young tarafından BKB için kuramsal kavramsallaştırması yapılan bu modlar, ampirik olarak Arntz ve arkadaşları (2005) tarafından test edilmiştir. Bu araştırmaya Young tarafından önerilen BKB mod modelinde yer alan şema modlarının dışında kalan Aşırı Telafi ve Söz Dinleyen Teslimci modları da dahil edilmiştir. Araştırma bulguları BKB’ye sahip kişilerin Söz Dinleyen Teslimci modun özelliklerini sergileyebilseler de bu modun BKB’ye özgü bir mod olmadığını; Aşırı Telafi modunun ise B Kümesinde bulunan BKB’ye değil daha çok C Kümesi kişilik bozukluklarını karakterize eden bir mod olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak Arntz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan araştırma da Young tarafından önerilen BKB mod modelinde belirtildiği gibi, Kopuk Korungan, Cezalandırıcı Ebeveyn, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk ve Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk modlarının BKB’deki rolünü desteklemiştir. Bach ve Farrell (2018) tarafından yapılan ve BKB’ye özgü şema-mod kombinasyonlarının araştırılmasını amaçlayan bir çalışmanın sonuçları da Young ve arkadaşlarının (2003) BKB hipotetik mod modelinde yer alan Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk ve Cezalandırıcı Ebeveyn modları ile düşük Mutlu Çocuk modunun BKB ile ilişkili olduğu bulgusunu desteklemiştir. Lobbetael ve arkadaşları (2008) tarafından kişilik bozukluklarının benzersiz hipotetik mod modellerini ampirik olarak test etme amacıyla yapılan bir başka araştırmada, BKB’nin Kırılgan Çocuk, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Hiddetli Çocuk, Denetimsiz Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn, Kopuk Korungan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı/Uyuşturan ve Söz Dinleyen Teslimci modları ile pozitif; işlevsel/sağlıklı olan Sağlıklı Yetişkin ve Mutlu Çocuk modları ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalardan farkı, araştırma bulgularında BKB’ye özgü modlar arasında Kopuk Kendini Yatıştırıcı/Uyuşturan ve Söz Dinleyen Teslimci modlarının da yer almasıdır. Nitekim, terk edilme korkusu ve değersizlik duygularının yoğun olarak yaşandığı BKB örüntüsünde bireyler, ilişkide kalabilmek adına

kendi ihtiyaçlarını bastırarak boyun eğici bir tutum geliştirebilmektedir. Bu bağlamda, Söz Dinleyen Teslimci modun BKB'ye sahip bireylerde gözlemlenebileceği düşünölmektedir. Öte yandan, yoğun duygu değışimleri, BKB'de sıklıkla gözlenen dürtüsellüğün de etkisiyle bu bireylerin yoğun duygularla baş etmek adına rahatlatıcı veya uyarıcı etkinliklere yönelmesine sebep olabilir. Bu tür başa çıkma örüntöleri Kopuk Kendini Yatıştırıcı modla örtüşmektedir. Benzer şekilde, sevilme, yakın ilişki kurma, anlaşılmış hissetme ve spontan olma gibi deneyimleri içeren Mutlu Çocuk modunun, erken çocukluk döneminde temel duygusal ihtiyaçları yeterince karşılanmamış BKB'ye sahip bireylerde düşük olması beklenmektedir. Bu çerçeveden hareketle, alanyazında BKB ile ilişkisi görece daha az araştırılmış olan Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Kendini Yatıştırıcı ve Mutlu Çocuk modlarının mevcut araştırma modeline dahil edilmesi uygun görölmüşür.

BKB'de görölen modlar konusundaki güncel çalışmalar incelendiğinde Macik (2024) tarafından yapılan bir çalışmada BKB için kuramsal olarak varsayılan ve daha önce ampirik olarak kanıtlanan şema modlarının klinik olmayan örneklem için de doğrulandığı görölmüşür. Macik'in çalışmasında sunulan model, borderline davranışlarla ilgili modların birbirleriyle belirli ilişkilere sahip olduğunu göstermiştir. Araştırma bulguları, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun diğör tüm modlarla ve borderline davranış yoğunluğuyla doğrudan ilişkili olduğunu; Öfkeli Çocuk modunun borderline davranışlarla doğrudan bir ilişkisinin olmadığı ancak aktive edildiğinde, Kopuk Korungan Modu aktif hale getirdiğini ortaya koymuştur.

Ölkemizde BKB ve şema terapi arasındaki ilişki konusunda yapılan sınırlı sayıda araştırma (Aracı ve Bilge, 2021; Bilge ve Balaban, 2021; İlk ve Bilge, 2023) bulunmasına rağmen bilindiğı kadarıyla literatürün güncel durumunu ortaya koyan derleme çalışmaları dışında Şema-Mod modeli ile BKB ilişkisinin ele alındığı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, yapılan tüm çalışmaların bulguları BKB'ye özgü bazı spesifik modlar olduğunu ve bu modların BKB'yi karakterize ettiğı yaklaşımını destekler niteliktedir. Araştırmalar BKB'de görölen modların genel olarak Young ve arkadaşlarının (2003) BKB modelinde yer alan modlar olduğunu desteklese de bazı araştırmalar bu modelde yer alan başka modların da BKB'de görölebileceğine işaret etmektedir. Bu sebeple literatürdeki çalışmalarda BKB ile ilişkili bulunan tüm modlar (Kırılğan, Öfkeli, Hiddetli, Dürtüsel, Denetimsiz ve Mutlu Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn, Kopuk Korungan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı/Uyuşturan, Söz Dinleyen Teslimci) mevcut araştırmaya dahil edilmiştir.

1.3. Araştırmanın Amaçları ve Önemi

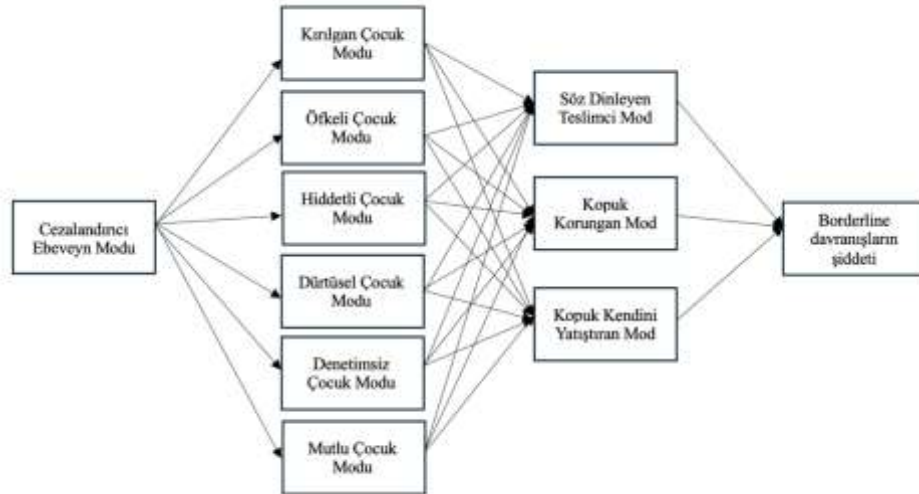
Young ve arkadaşları (2003) BKB'ye sahip kişilerin genellikle 18 şemanın neredeyse tümüne (özellikle terk edilme, güvensizlik/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk, yetersiz öz denetim, boyun eğme ve cezalandırılma) sahip olduğunu belirtmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar ve BKB arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalar (Aracı ve Bilge, 2021; Bach ve Farrell, 2018; Bilge ve Balaban, 2021; Frías ve ark., 2018; Esmaelian ve ark., 2019; İlk ve Bilge, 2023) BKB'de görülen şema heterojenliği bulgusunu desteklemektedir. Dolayısıyla yapılan araştırmaların sonuçlarından hareketle BKB'de hem klinik hem klinik olmayan örneklerde tüm şema alanlarını görmenin mümkün olduğu sonucuna ulaşılabilir. BKB ile ilişkili belirli ayırt edici şemaların olup olmadığının netleştirilmesi adına bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da söylenebilir (Lawrance ve ark., 2011). Dolayısıyla araştırmanın ilk amacı Borderline belirti şiddetine göre değişen yüksek risk ve düşük risk gruplarında ağırlıklı olarak gözlemlenen şema alanlarını (kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik, yüksek standartlar/bastırılmışlık) incelemektir.

Geliştirilen ilk BKB mod modelinde BKB'ye sahip olan bireylerin Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Kopuk Korungan, Cezalandırıcı Ebeveyn ve Sağlıklı Yetişkin modu olmak üzere yıkıcı şekillerde etkileşime giren beş mod veya benlik yönü ile karakterize edildiği belirtilmiştir (Young ve ark., 2003). Young tarafından BKB için kuramsal kavramsallaştırması yapılan bu modlar, ampirik olarak Arntz ve arkadaşları (2005) tarafından test edilmiş ve aynı modların BKB'deki rolü desteklenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada BKB'nin Kırılgan Çocuk, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Hiddetli Çocuk, Denetimsiz Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn, Kopuk Korungan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı/Uyuşturan ve Söz Dinleyen Teslimci modları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lobbestael ve ark., 2008). Literatür incelendiğinde yapılan tüm çalışmalarda bulgular BKB'ye özgü bazı spesifik modlar olduğunu ve bu modların BKB'yi karakterize ettiği yaklaşımını destekler niteliktedir. Araştırmalar BKB'de görülen modların genel olarak Young ve arkadaşlarının (2003) BKB modelinde yer alan modlar olduğunu desteklese de bazı araştırmalar bu model yer alanlardan başka modların da BKB'de görülebileceğine işaret etmektedir. Buradan hareketle literatürdeki çalışmalarda BKB ile ilişkili bulunan tüm modlar (Kırılgan, Öfkeli, Hiddetli, Dürtüsel, Denetimsiz ve Mutlu Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn, Kopuk Korungan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı/Uyuşturan, Söz Dinleyen Teslimci) mevcut araştırmaya dahil edilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın ikinci amacı Borderline belirti şiddetine göre değişen yüksek risk ve düşük risk gruplarında ağırlıklı

olarak gözlemlenen modları incelemek olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak BKB modelinde spesifik olarak yer alan modlardan Cezalandırıcı ebeveyn modunun, kırılgan, öfkeli/hiddetli, dürtüsel/denetimsiz çocuk modundaki artışla ilişkili olarak söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı modla ilişkili olup borderline davranışların şiddetindeki artışla ilişkili iken mutlu çocuk için tam tersi yönde ilişkiler göstermesi beklenmektedir. Buradan hareketle araştırmanın üçüncü amacı, hipotetik olarak test edilen Borderline Kişilik Özellikleri için Şema-Mod (Çocuk modları, Uyum Bozucu Ebeveyn Modları ve İşlev Bozucu Başa Çıkma Modları) modellemesinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi olarak belirlenmiştir. Şema modelinde, işlevsiz ebeveyn modları birincil modlar olarak çocuk modlarını tetiklemekte ve açığa çıkan olumsuz duygulanım sonucunda uyum bozucu başa çıkma modları kullanılmaktadır (Arntz ve Jacob, 2023; Young ve ark., 2003). Araştırmada test edilen model çerçevesinde, bu ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Test edilen hipotetik mod modeli Şekil 3'te sunulmuştur.

Şekil 3.

Borderline Kişilik Özellikleri Hipotetik Şema Mod Modeli



Borderline kişilik bozukluğu, klinik popülasyonda en yaygın görülen, tanı ve tedavi süreci oldukça zor ve karmaşık olan kişilik patolojisi olarak öne çıkmaktadır (Gunderson, 2009). Ancak Şema Terapi kuramı çerçevesinde, kişilik bozukluklarının anlaşılmasında şemalardan çok şema modlarının belirleyici olduğuna dikkat çekilmesine rağmen (Young ve ark., 2003), alanyazında şema modlarını merkeze alan çalışmaların sayıca sınırlı olduğu

görülmektedir. Öte yandan mevcut araştırmalar, şema modlarının yalnızca psikopatolojinin çeşitli yönlerini açıklamakla kalmadığını, aynı zamanda B ve C kümesindeki kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisinde de işlevsel bir yapı sunduğunu göstermektedir (Macik, 2024). Young ve arkadaşları (2003) kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerde de uyumsuz şemaların ve modların etkin olduğunu vurgulamaktadır. Bu bireylerin semptom şiddeti tanı eşiğini karşılamasa da özellikle kişilerarası işlevsellik alanında zorluk yaşadıkları için bu bireylerle yapılarla çalışmaların önemli ve gerekli olduğu kabul edilmektedir. Alanyazın incelendiğinde mod odaklı çalışmaların büyük çoğunluğunun (Arntz ve ark., 2005; Johnston ve ark., 2009; Lobbestael ve Arntz, 2010; Sempértegui ve ark., 2013) BKB tanısı almış bireylerden oluşan klinik örneklemlemlerle yürütüldüğü, klinik olmayan örneklemlemlerle yürütülen çalışmaların (Ashiq ve ark., 2018; Carr ve Francis, 2010a, 2010b; Reeves ve Taylor, 2007) ise büyük bölümünün şema düzeyinde kaldığı; mod yapılarının subklinik kişilik örüntülerini açıklayıcı rolünü ortaya koyan araştırmaların oldukça sınırlı kaldığı görülmüştür.

Bu bağlamda, mevcut araştırma borderline kişilik özelliklerini Şema Terapi Modeli çerçevesinde, özellikle şema modları düzeyinde ele almayı amaçlamaktadır. Araştırmanın klinik olmayan bir örneklemle yürütülmesinin, tanı almamış bireylerde mod yapılarının borderline kişilik özelliklerinin şiddetini nasıl yordayabileceğini ortaya koyması açısından önemli olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışmada borderline kişilik özellikleri, tanı düzeyinde olmayan ancak kişilik bozukluklarına özgü belirti kümelerini yansıtan davranışsal örüntüler olarak kavramsallaştırılmış; BKB değişkeni ise borderline örüntünün şiddetini temsil eden boyutsal bir yapı olarak ele alınmıştır.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Yüksek risk grubunun tüm şema alanlarında aldığı puanlar düşük risk grubuna göre daha yüksektir.

H2: Yüksek risk grubunun uyumsuz modlardan (kırılgan, öfkeli/hiddetli, dürtüsel ve denetimsiz çocuk, cezalandırıcı ebeveyn, söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı) aldığı puanlar düşük risk grubuna göre daha yüksek, adaptif modlardan (mutlu çocuk ve sağlıklı yetişkin modu) aldığı puanlar daha düşüktür.

H3: Kadın katılımcıların tüm şema alanlarında aldığı puanlar erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

H4: Araştırmada hipotetik olarak test edilen Borderline Kişilik Özellikleri için Şema-Mod modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (Cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılgan, öfkeli/hiddetli,

dürtüsel ve denetimsiz çocuk modundaki artışla ilişkili olarak söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı modla ilişkili olup borderline davranışların şiddetindeki artışla ilişkili iken mutlu çocuk için tam tersi yönde ilişkiler mevcuttur).

H5: Cezalandırıcı ebeveyn modu, çocuk modları (kırılgan, öfkeli/hiddetli, dürtüsel/denetimsiz ve mutlu çocuk) ve uyum bozucu başa çıkma modları (söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı) borderline kişilik özelliklerini yordamaktadır.



2.BÖLÜM: YÖNTEM

Bu bölümde katılımcıların demografik özellikleri, veri toplama araçları, işlem ve verilerin analizlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, G*Power 3.1 yazılımı kullanılmıştır. Orta düzeyde etki büyüklüğü ($d = 0.50$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %80 güç ($1 - \beta = 0.80$) ölçütleri esas alınarak yapılan hesaplamada, borderline risk gruplarının karşılaştırılmasında; birinci grup için en az 50, ikinci grup için en az 90 katılımcıya ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Hiyerarşik regresyon analizi için ise orta düzey etki büyüklüğü ($f^2 = 0.15$) ile yapılan hesaplamada minimum örneklem büyüklüğü 123 katılımcı olarak bulunmuştur. Araştırmada yüksek riskli grupta 195, düşük riskli grupta ise 349 kişi olmak üzere toplam 544 katılımcıdan veri toplanmış olup, bu sayı her iki analiz türü için de gerekli örneklem büyüklüğünü karşılamaktadır (Faul ve ark., 2009). Katılımcılara, kartopu ve kolayda ulaşılabilir örnekleme yöntemleri kullanılarak ulaşılmıştır. Katılımcıların 18 yaşın üzerinde olması ölçütü olarak esas alınmıştır.

Araştırma verileri, Survey Monkey adlı anket oluşturma sitesi aracılığıyla çevrim içi olarak toplanmıştır. Araştırma kapsamında toplam 544 katılımcıdan veri toplanmış ve çalışmanın analizleri 544 katılımcının verisi üzerinden yürütülmüştür.

437'si kadın (%80.3) 107'si erkek (%19.7) olan katılımcıların yaşları 18-62 ($Ort. = 28.02$, $SS = 10.29$) arasında değişmektedir. Tablo 1'de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 1.

Katılımcılara İlişkin Demografik Özellikler

Değişken		Sıklık (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	437	80.3
	Erkek	107	19.7
Yaş	18-25	319	58.6

	26-35	124	22.8
	36-45	47	8.6
	46-55	41	7.5
	55-62	13	2.4
Medeni durum	Bekar/ilişkisi yok	261	48
	Bekar/ilişkisi var	170	31.3
	Evli	113	20.8
Eğitim durumu	Lise mezunu	267	49.1
	Ön lisans mezunu	23	4.2
	Lisans mezunu	182	33.5
	Yüksek lisans mezunu	63	11.6
	Doktora mezunu	9	1.7
Üniversite öğrencisi olma durumu	Evet	360	66.2
	Hayır	184	33.8
Üniversite adı	ASBÜ	153	28.1
	TED	36	6.6
	İzmir Bakırçay Ün.	14	2.6
	Anadolu Ün.	10	1.8
	Diğer	331	60.8
Bölüm	Psikoloji	155	28.5
	Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik	45	8.3
	Klinik Psikoloji	17	3.1
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	14	2.6
	Diğer	313	57.5
Sınıf	1	88	16.2
	2	136	25
	3	44	8.1
	4	39	7.2
	5	4	0.7
	Hazırlık	2	0.4
	Yüksek Lisans	36	6.6
	Doktora	11	2
Daha önce psikolojik tedavi alma durumu	Evet	150	27.6
	Hayır	394	72.4
Mevcut bir psikiyatrik tanısı olma durumu	Evet	73	13.4
	Hayır	471	86.6
Tanı nedeniyle şu anda tedavi alma durumu	Mevcut ilaç tedavisi	27	5
	Mevcut psikoterapi	5	0.9
	Mevcutta hem ilaç hem psikoterapi	11	2
	Daha önce ilaç tedavisi almış olma	26	4.8
	Daha önce psikoterapi alma	9	1.7
	Daha önce hem ilaç hem psikoterapi almış olma	25	4.6

2.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara öncelikli olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu sunulmuştur (Ek 1). Ardından sırasıyla Sosyo-Demografik bilgi Formu (Bkz. Ek 1), Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME) (Bkz. Ek 2), Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3) (Bkz. Ek 3) ve Borderline Kişilik Envanteri (BKE) (Bkz. Ek 4) uygulanmıştır.

2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Ölçek maddelerinin cevaplandırılmasından önce katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu sunulmuştur. Bu formda katılımcıların genel demografik bilgilerine, psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişi olup olmadığına ilişkin sorular yöneltilmiştir.

2.2.2. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)

Şema mod envanteri, Şema kuramı çerçevesinde modların tanımlanması amacı ile Lobbesteal ve arkadaşları (2010) tarafından 118 madde içeren bir ölçek olarak geliştirilmiş, ardından 174 madde olarak genişletilmiştir. Mevcut çalışmada kullanılan Şema Mod Envanteri'nin 3. versiyonu, ilk ölçekte belirlenmiş olan modlara ek olarak adli vakalara yönelik modların değerlendirilmesini de içermektedir. 174 madde ve 19 alt boyuttan oluşan ve öz bildirim dayanan ölçek, 6'lı Likert tipi (1= Hiç ya da Neredeyse Hiç, 6= Her Zaman) derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça modların şiddeti de artma eğilimi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Soygüt ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçekte yer alan modlar 'Kırılğan Çocuk', 'Öfkeli Çocuk', 'Hiddetli Çocuk', 'Dürtüsel Çocuk', 'Denetimsiz Çocuk', 'Mutlu Çocuk', 'Söz Dinleyen Teslimci', 'Kopuk Korungan', 'Kopuk Kendini Yatıştırıcı', 'Büyükleme', 'Zorba ve Saldırgan', 'Cezalandırıcı Ebeveyn', 'Talepkâr Ebeveyn', 'Sağlıklı Yetişkin', 'Entrikacı ve Manipülatif', 'Kurnaz Avcı', 'Öfkeli Korungan', 'Şüpheli Aşırı Denetimci' ve 'Adli Büyükleme' şeklindedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları .79 ile .96 arasında değişmektedir. Soygüt ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasına göre alt ölçeklere ait iç tutarlılık katsayıları .62 ile .91 arasında değişmekte, test tekrar test katsayıları ise .63 ile .89 arasında değişiklik göstermektedir. Bu çalışma kapsamında kullanılan alt ölçeklerin adaptasyon çalışmasındaki iç tutarlılık değerleri Kırılğan Çocuk alt boyutu için .91, Öfkeli Çocuk alt boyutu için .75, Hiddetli Çocuk alt boyutu için .89, Dürtüsel Çocuk alt boyutu için .75, Denetimsiz Çocuk alt boyutu için .62, Mutlu Çocuk

alt boyutu için .82, Söz Dinleyen Teslimci alt boyutu için .70, Kopuk Korungan alt boyutu için .82, Kopuk Kendini Yatıştırıcı alt boyutu için .62, Cezalandırıcı Ebeveyn alt boyutu için .83 ve Sağlıklı Yetişkin alt boyutu için .77 olmuştur.

Mevcut çalışmada ele alınan şema modlarının iç tutarlılık katsayısı değerleri; Kırılgan Çocuk alt boyutu için .94, Öfkeli Çocuk alt boyutu için .80, Hiddetli Çocuk alt boyutu için .91, Dürtüsel Çocuk alt boyutu için .79, Denetimsiz Çocuk alt boyutu için .75, Mutlu Çocuk alt boyutu için .88, Söz Dinleyen Teslimci alt boyutu için .80, Kopuk Korungan alt boyutu için .87, Kopuk Kendini Yatıştırıcı alt boyutu için .74, Cezalandırıcı Ebeveyn alt boyutu için .88 ve Sağlıklı Yetişkin alt boyutu için .74 olarak bulunmuştur.

2.2.3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3)

Young Şema Ölçeği erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal formu (Schemidt ve ark., 1995) 205 maddeden oluşan ve 16 şema içeren ölçeğin 75 maddeden oluşan kısa formu ise Young (1990, 2003) tarafından geliştirilmiştir. Mevcut çalışmada Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik kısa formunun 3. versiyonu (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır. Ölçekte her bir madde 6'lı Likert tipi (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) ölçek üzerinde katılımcının öz bildirimine dayanarak derecelendirilmektedir. Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda 5 şema alanı ve 14 alt ölçek boyutuna ulaşılmıştır. 'Kopukluk şema alanı'; 'duygusal yoksunluk', 'duyguları bastırma', 'sosyal izolasyon/güvensizlik', 'kusurluluk'; 'Zedelenmiş Otonomi şema alanı', 'iç içe geçme/bağımlılık', 'terk edilme', 'başarısızlık', 'karamsarlık', 'tehditler karşısında dayanıksızlık'; 'Yüksek Standartlar şema alanı', 'yüksek standartlar' ve 'onay arayıcılık'; 'Zedelenmiş Sınırlar şema alanı'; 'ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim'; 'Diğerleri yönelimlilik şema alanı'; 'kendini feda' ve 'cezalandırılma' şemalarını içermektedir. Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından ölçeğin test-tekrar test güvenirliği için yapılan analiz bulgularının sonuçları şema boyutları için korelasyon değerlerinin .66 ile .82 arasında, şema alanları için .66 ile .83 arasında değiştiğini göstermektedir. İç tutarlılık kat sayılarının ise alt ölçekler için .63 ile .80 arasında; şema alanları için .53 ile .81 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formunda her alt ölçek 5 maddeden oluşmakta, buna göre alt ölçeklerden alınan puanlar 5 ile 30 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin şema alanlarını içeren her bir maddesinden alınan yüksek puanlar bireylerin o şema ile ilgili özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Adaptasyon çalışması kapsamında Kopukluk şema alanı için iç tutarlılık katsayısı .76,

Zedelenmiş Özerklik şema alanı için iç tutarlılık katsayısı .81, Diğer Yönelimlilik şema alanı için iç tutarlılık katsayısı .60, Yüksek Standartlar şema alanı için iç tutarlılık katsayısı .70'dir. Zedelenmiş Sınırlar şema alanı için ise tek faktör bulunduğu için iç tutarlılık analizi yapılmamıştır.

Bu araştırmanın analizleri, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış formatında yer alan şema alanları (kopukluk, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğer yönelimlilik ve yüksek standartlar) üzerinden yürütülmüştür.

Mevcut çalışmada şema alanları için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları Kopukluk/Reddedilmişlik şema alanı için .93, Zedelenmiş Özerklik şema alanı için .95, Diğer Yönelimlilik şema alanı için .81, Yüksek Standartlar şema alanı için .81 olarak bulunmuştur. Zedelenmiş Sınırlar şema alanı için ise tek faktör bulunduğu için iç tutarlılık analizi yapılmamıştır. Araştırma kapsamında değerlendirilen şema alanları ve şema boyutları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2.

YŞÖ-KF3'ün Türkçe Formu İçin Öngörülen Şema Alanları ve Şema Boyutları (Soygüt ve ark., 2009)

Şema Alanları	Şema Boyutları
Kopukluk/Reddedilmişlik	Duygusal Yoksunluk
	Duyguları Bastırma
	Sosyal İzolasyon
	Kusurluluk
Zedelenmiş Otonomi	İç İç Geçme/Bağımsızlık
	Terk Edilme
	Başarısızlık
	Karamsarlık
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık
Zedelenmiş Sınırlar	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Öz denetim
Diğer Yönelimlilik	Kendini Feda
	Cezalandırılma

2.2.4. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)

Kernberg'in (1999) yapısal kişilik organizasyonu kuramına dayanan Borderline Kişilik Envanteri, borderline davranışların düzeyini ölçmek amacıyla Leichenring (1999) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 53 maddeden oluşan ve doğru-yanlış biçiminde ikili kategoride cevaplanan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Envanterin özgün formu kimlik karmaşası, ilkel savunma düzenekleri, yaklaşma korkusu ve gerçeği değerlendirmede bozulma olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülmüştür. Ölçeğin son iki maddesi klinik örnekleme yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Bu sebeple ölçek toplam puanı 51 madde üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki artış borderline kişilik özelliklerinde artışı açıklamaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasındaki kesme puanı 15/16 olarak bulunmuştur. Bu kesme puanı, ölçekten 15 ve altında puan alanların sağlıklı, 16 ve üstünde puan alanların ise borderline kişilik özellikleri açısından riskli grupta olduğunu ifade etmektedir (Aydemir ve ark., 2006). Yetişkin örneklem ile yürütülen özgün çalışmada tüm grubun iç tutarlık katsayısı .92, yalnızca borderline grubun iç tutarlık katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı .67'dir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada, ölçekten 15 ve altı puan alanlar Düşük Risk Grubu, 16 ve üstü puan alanlar Yüksek Risk Grubu olarak analize dahil edilmiştir.

2.3. İşlem

Mevcut çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli kurul onayı (Karar no: 129433) alınmıştır. Etik Kurul onayı alındıktan sonra ölçek seti, çevrimiçi bir anket uygulama sitesi olan Survey Monkey platformuna aktarılmıştır. Oluşturulan link katılımcılara sosyal medya araçları, e-posta grupları ve çeşitli üniversite öğrenci toplulukları aracılığıyla ulaştırılmıştır. Araştırmanın hiçbir aşamasında katılımcıların kimlik bilgileri sorulmamış ve katılımcılardan anonimliği bozacak herhangi bir bilgi istenmemiştir. Ölçek maddeleri ve Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan soruları

cevaplandırmadan önce katılımcılardan araştırmaya katılım konusunda gönüllü olduklarını beyan ettikleri Bilgilendirilmiş Onam Formu'na onay vermeleri istenmiştir. Formu onaylayan katılımcılara ölçek seti sunulmuştur. Hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılması ile çalışmanın veri toplama aşaması tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım, her bir katılımcı için yaklaşık 27 dakika sürmüştür.

2.4. Veri Analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22 paket programı ve AMOS 23 aracılığıyla yürütülmüştür. Ana analizlere geçilmeden önce araştırma verileri kayıp değer, uç değer ve normallik varsayımları açısından incelenmiştir. Ayrıca, BKE'de belirtilen kesme puanı dikkate alınarak katılımcılar, Düşük Risk Grubu ve Yüksek Risk Grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grubun puan düzeyinde anlamlı bir farklılaşmayı yansıtıp yansıtmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, yüksek risk grubunun ($Ort. = 22.93$, $SS = 6.37$) puanlarının, düşük risk grubuna ($Ort. = 7.32$, $SS = 3.9$) kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($t(542) = -30.59$, $p < .001$). Bu sonuç, kesme puanı temelinde oluşturulan grupların istatistiksel olarak da farklılaştığını desteklemektedir.

Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Hipotez 1, Hipotez 2 ve Hipotez 3 MANOVA aracılığıyla sınanmıştır. Hipotez 4 AMOS 23'te yer alan Yol Analizi Modellemesi aracılığıyla incelenmiştir. Buna ek olarak Hipotez 5'te yer alan şema modlarının borderline kişilik özelliklerini yordama etkilerine bakmak için Hiyerarşik Regresyon Analizi yürütülmüştür.

Araştırmanın ilk aşamasında, Hipotez 4'te sınanan ve literatürde yer alan şema modları ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve bu modelin istatistiksel olarak desteklenmediği görülmüştür. Bu sebeple alternatif bir modelleme yöntemi olarak şema modlarının borderline kişilik özelliklerini doğrudan yordama gücü hiyerarşik regresyon analizi ile test edilmiştir. Hipotez 4'ün sınanmasında, çalışmanın giriş kısmında ayrıntılı olarak açıklanan ve kuramsal olarak BKB için alanyazında öngörülen tüm modlar modele dahil edilmiş ve bu modlar kavramsal yakınlıklarına göre bloklara ayrılarak modele adım adım eklenmiştir. Bu yöntem, modelin varyans açıklama gücünü değerlendirmek ve farklı modların katkısını karşılaştırmalı olarak analiz etmek amacıyla tercih edilmiştir. Bu modların modele dahil edilmesinde, Şema modeline göre işlevsiz ebeveyn modlarının birincil modlar olarak çocuk modlarını tetiklediği, bunun sonucunda ortaya çıkan olumsuz duygulanımın ise uyum

bozucu başa çıkma modlarının etkinleşmesine yol açtığı yönündeki kuramsal kabul temel alınmıştır (Arntz ve Jacob, 2023; Young ve ark., 2003).

İstatistiksel analizlere ilişkin detaylı bilgilere, Bulgular bölümünde yer verilmiştir.



3.BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde mevcut çalışmada yürütülen istatistiksel analizlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Öncelikli olarak, araştırmada ele alınan değişkenlere ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Ardından değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği analiz bulguları ele alınmıştır. Son olarak araştırmanın hipotezlerinin sınanmasıyla elde edilen bulgular sunulmuştur.

3.1. Verilerin İstatistiksel Analize Uygunluğunun Sınanması

Araştırmanın temel analizlerine geçilmeden veriler kayıp değer, uç değer ve normallik varsayımı açısından incelenmiştir. Ölçek setinin tamamına yanıt veren 544 katılımcının uç değer analizleri yapılmıştır. Veri setinde yer alan ve kontrol maddelerinin tümüne doğru yanıt vererek ölçek setini tamamlayan tüm katılımcıların ilgili değişkenlere eksiksiz yanıt verdiği görülmüştür. Veri setindeki kayıp değerlere ilişkin incelemede hiçbir ölçekte %10'dan fazla kayıp değer bulunmadığı görülmüştür. Dolayısıyla kayıp değer analizi sonucunda herhangi bir veri atama işlemine gerek duyulmamıştır. Araştırma değişkenlerine ilişkin normallik varsayımı test edildiğinde tüm değişkenlerin çarpıklık (skewness) değerlerinin 2'den, basıklık (kurtosis) değerlerinin ise 7'den küçük olduğu görülmüş, örneklem büyüklüğü de dikkate alındığında verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (West ve ark., 1995). Tüm aşamaların tamamlanması neticesinde mevcut araştırmanın temel istatistiksel analizleri $N = 544$ katılımcının verisi üzerinden yürütülmüştür.

3.2. Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler

Araştırmada yer alan tüm değişkenlere ait betimleyici istatistikler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3.*Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler*

Değişkenler	Ort.	SS	Çarp.	Bas.	Ranj	Min.	Maks.
Borderline Şiddeti	12.92	9.06	.81	.29	46	0	46
Kırılgan Çocuk	28.39	11.13	.66	.01	54	11	65
Öfkeli Çocuk	21.82	7.30	.48	.10	40	8	48
Hiddetli Çocuk	14.67	6.49	1.83	3.71	36	9	45
Dürtüsel Çocuk	13.98	4.98	.89	1.20	28	7	35
Denetimsiz Çocuk	14.34	4.48	.48	.22	25	5	30
Mutlu Çocuk	33.11	7.10	-.39	-.11	40	8	48
Söz Dinleyen Teslimci	13.67	4.95	.81	.76	27	6	33
Kopuk Korungan	21.30	7.81	.75	.47	43	9	52
Kopuk Kendini Yatıştırıcı	13.55	4.18	.13	-.41	20	4	24
Cezalandırıcı Ebeveyn	17.29	6.92	1.91	5.49	49	10	59
Sağlıklı Yetişkin	43.84	6.37	-.34	.18	43	17	60
Kopukluk Şema Alanı	51.44	20.35	.95	.98	110	23	133
Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı	68.12	26.15	.80	.74	150	30	180
Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	22.33	5.84	.01	-.11	33	7	40
Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı	35.48	9.86	.08	-.24	55	11	66
Yüksek Standartlar Şema Alanı	30.12	8.36	.13	-.18	45	9	54

Not. Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma, Çarp. = Çarpıklık, Bas. = Basıklık, Min. = Minimum, Maks. = Maksimum

3.3. Borderline Düzeyinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Cinsiyetin borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkisi Bağımsız Örneklemeler için t-testi aracılığı ile değerlendirilmiştir. Analiz bulgularına göre, borderline kişilik özellikleri üzerinde cinsiyetin anlamlı etkisinin bulunduğu görülmüştür ($t(542) = 2.64, p = .008$). Buna göre kadınların BKE'den aldığı puanların ($Ort. = 13.42, SS = 9.04$) erkeklere ($Ort. = 10.85, SS = 8.87$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4.*Cinsiyete Göre BKE Puanlarının Karşılaştırılması*

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	sd	p
Borderline şiddeti	Kadın	437	13.42	9.04	2.64	542	.008**
	Erkek	107	10.85	8.87			

Not. Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma, sd = Serbestlik derecesi. **p < .001

3.4. Değişkenler Arasındaki Korelasyonel Analizler

Araştırmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkilere yönelik analizler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile yürütülmüştür. Borderline şiddeti, çocuk modları ('kırılgan çocuk', 'öfkeli çocuk', 'hiddetli çocuk', 'dürtüsel çocuk', 'denetimsiz çocuk' ve 'mutlu çocuk'), cezalandırıcı ebeveyn modu, sağlıklı yetişkin modu ve uyum bozucu başa çıkma modları ('söz dinleyen teslimci', 'kopuk korungan' ve 'kopuk kendini yatıştırıcı') arasındaki ilişkiler Tablo 5'te sunulmuştur. Tabloların takibini kolaylaştırmak açısından borderline şiddeti ile şema alanları ('kopukluk', 'zedelenmiş otonomi', 'zedelenmiş sınırlar', 'diğeri yönelimlilik' ve 'yüksek standartlar') değişkenleri ayrı bir tabloda sunulmuştur.

Bulgular borderline şiddeti ile tüm uyum bozucu çocuk modları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Özellikle kırılgan çocuk ve öfkeli çocuk modlarının borderline şiddeti ile daha güçlü ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte literatürde adaptif bir çocuk modu olarak ele alınan mutlu çocuk modu arttıkça borderline şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Uyum bozucu başa çıkma modları ile borderline şiddeti arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Özellikle kopuk korungan modun borderline şiddeti ile daha güçlü ilişki gösterdiği bulunmuştur. Bunun yanı sıra literatürde BKB ile yakın ilişkili olduğu bilinen cezalandırıcı ebeveyn modu ile borderline şiddeti arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte BKB'de çok düşük düzeyde deneyimlendiği bilinen sağlıklı yetişkin modun düzeyi arttıkça borderline şiddetinin azaldığı görülmüştür. Şema alanları ile borderline şiddeti arasındaki ilişkiler incelendiğinde kopukluk şema alanı başta olmak üzere tüm şema alanlarından alınan puanlar arttıkça borderline şiddetinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 5.*BKB, Çocuk Modları, Başa Çıkma Modları Ebeveyn Modları ve Şema Alanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları*

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Borderline Şiddeti	-											
2.Kırılğan Çocuk	.60**	-										
3.Öfkeli Çocuk	.65**	.67**	-									
4.Hiddetli Çocuk	.51**	.38**	.62**	-								
5.Dürtüsel Çocuk	.57**	.43**	.58**	.59**	-							
6.Denetimsiz Çocuk	.47**	.55**	.45**	.37**	.49**	-						
7.Mutlu Çocuk	-.50**	-.75**	-.47**	-.30**	-.28**	-.43**	-					
8.Söz Dinleyen Teslimci	.39**	.61**	.41**	.18**	.36**	.45**	-.45**	-				
9.Kopuk Korungan	.58**	.77**	.61**	.41**	.40**	.48**	-.61**	.46**	-			
10.Kopuk Kendini Yatıştırıcı	.45**	.43**	.53**	.28**	.39**	.32**	-.22**	.31**	.40**	-		
11.Cezalandırıcı Ebeveyn	.54**	.73**	.52**	.41**	.47**	.48**	-.61**	.59**	.58**	.37**	-	
12.Sağlıklı Yetişkin	-.34**	-.43**	-.18**	-.15**	-.26**	-.44**	.60**	-.46**	-.26**	-.02	-.43**	-

*Not. BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu, **p <.01, *p <.05*

Tablo 5. (Devamı)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
13.Kopukluk Şema Alanı	.64**	.81**	.62**	.35**	.41**	.44**	-.69**	.57**	.79**	.34**	.67**	-.38**	-			
14.Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı	.65**	.76**	.61**	.39**	.48**	.56**	-.63**	.64**	.57**	.41**	.69**	-.52**	.76**	-		
15.Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	.49**	.34**	.46**	.34**	.45**	.47**	-.18**	.14**	.40**	.31**	.23**	-.10**	.40**	.39**	-	
16.Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı	.41**	.50**	.43**	.25**	.28**	.24**	-.31**	.49**	.34**	.35**	.49**	-.13**	.53**	.62**	.29**	-
17.Yüksek Standartlar Şema Alanı	.45**	.40**	.48**	.27**	.39**	.34**	-.25**	.39**	.32**	-.40**	.35**	-.14**	.42**	.55**	.43**	.50**

Not. ** $p < .01$, * $p < .05$

3.5. Borderline Risk Gruplarının Şema Alanlarına göre Karşılaştırılması (Hipotez 1'in Sınanması)

H1: Yüksek risk grubunun tüm şema alanlarında (kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik, yüksek standartlar/bastırılmışlık) aldığı puanlar düşük risk grubuna göre daha yüksektir.

Yukarıda belirtilen H1 hipotezinin sınanması amacıyla katılımcılar, Borderline Kişilik Envanteri (BKE) toplam puanları temel alınarak ölçekte belirtilen kesme puanına göre “Yüksek Risk Grubu” ($n = 195$) ve “Düşük Risk Grubu” ($n = 349$) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasındaki farkın incelenmesi amacıyla MANOVA yürütülmeden önce, gerekli varsayımlar kontrol edilmiştir. Bu kapsamda, varyans-kovaryans matrislerinin homojenliği varsayımını test etmek amacıyla gerçekleştirilen Box's M testi anlamlı bulunmuştur ($Box's M = 74.565$, $F = 4.916$, $p < .001$). Bu durum, kovaryans matrislerinin eşitliği varsayımının ihlal edildiğini göstermektedir. Bu nedenle, çok değişkenli test istatistikleri arasında varsayım ihlallerine karşı daha dayanıklı kabul edilen Pillai's Trace istatistiği kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. MANOVA bulgularına göre, yüksek risk grubu ile düşük risk grubu arasında şema alanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir ($Pillai's Trace = .379$, $F(5, 538) = 65.78$, $p < .001$, $\eta^2 = .379$). MANOVA'nın anlamlı çıkmasının ardından, gruplar arasında hangi şema alanlarında farklılık olduğunu belirlemek üzere univariate varyans analizleri (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Her bir bağımlı değişken (şema alanı) için yapılan analizlerde varyansların homojenliği varsayımı Levene's testi ile sınanmış ve tüm alt boyutlarda bu varsayımın sağlandığı görülmüştür. Ancak birden fazla bağımlı değişken için ayrı ayrı analiz yapılmasının, toplam hata olasılığını arttırabileceği varsayımıyla Tip I hata oranını kontrol altına almak amacıyla Bonferroni düzeltmesi ($0.05/\text{bağımsız değişken sayısı}$) uygulanmıştır. Analizde yapılan tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.01$ ($0.05/5$) olarak kabul edilmiştir.

Analiz bulgularına göre, kopukluk/reddedilmişlik şema alanında, yüksek risk grubundaki katılımcıların puan ortalamaları ($Ort. = 66.41$, $SS = 20.22$), düşük risk grubuna ($Ort. = 43.08$, $SS = 14.92$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($F(1, 542) = 235.12$, $p < .001$, $\eta^2 = .303$). Benzer şekilde zedelenmiş otonomi şema alanında, yüksek risk grubundaki katılımcıların puan ortalamalarının ($Ort. = 87.98$, $SS = 24.88$), düşük risk grubuna göre ($Ort. = 57.02$, $SS = 19.44$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($F(1, 542) = 258.39$, $p < .001$, $\eta^2 = .323$). Bir diğer şema alanı olan zedelenmiş sınırlar boyutunda da yüksek risk

grubu ($Ort. = 25.30$, $SS = 5.53$), düşük risk grubuna gruba göre ($Ort. = 20.67$, $SS = 5.34$) anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır ($F(1, 542) = 91.81$, $p < .001$, $\eta^2 = .145$). Diğer yönelimlilik şema alanında da benzer şekilde, yüksek risk grubundaki bireylerin ($Ort. = 40.00$, $SS = 9.52$), düşük risk grubuna göre ($Ort. = 32.95$, $SS = 9.12$) anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($F(1, 542) = 72.10$, $p < .001$, $\eta^2 = .117$). Son olarak yüksek standartlar/bastırılmışlık şema alanında da, yüksek risk grubu ($Ort. = 34.44$, $SS = 7.91$), düşük risk grubuna göre ($Ort. = 27.71$, $SS = 7.62$) anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır ($F(1, 542) = 94.78$, $p < .001$, $\eta^2 = .149$).

Sonuç olarak, MANOVA bulgularına göre yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların YŞÖ-KF3'ün 14 şema boyutunu içeren 5 şema alanının (kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğer yönelimlilik, yüksek standartlar/bastırılmışlık) her birinde düşük risk grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Analiz sonuçlarına ilişkin detaylı bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6.

BKB Risk Durumuna Göre Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	N	Ort.	SS	sd	F	p	η^2
Kopukluk/Reddedilmişlik	Yüksek Risk Grubu	195	66.41	20.22	1-542	235.12	.000**	.303
	Düşük Risk Grubu	349	43.08	14.92				
Zedelenmiş Otonomi	Yüksek Risk Grubu	195	87.98	24.88	1-542	258.39	.000**	.323
	Düşük Risk Grubu	349	57.02	19.44				
Zedelenmiş Sınırlar	Yüksek Risk Grubu	195	25.30	5.53	1-542	91.81	.000**	.145
	Düşük Risk Grubu	349	20.67	5.34				
Diğeri Yönelimlilik	Yüksek Risk Grubu	195	40	9.52	1-542	72.10	.000**	.117
	Düşük Risk Grubu	349	32.95	9.12				

	Düşük Risk Grubu	349	32.95	9.12				
Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık	Yüksek Risk Grubu	195	34.44	7.91	1-542	94.78	.000**	.149
	Düşük Risk Grubu	349	27.71	7.62				

Not. SS = Standart Sapma, Ort. = Ortalama, sd=serbestlik derecesi, **p < .001

3.6. Borderline Risk Gruplarının Şema Modlarına Göre Karşılaştırılması (Hipotez 2'in Sınanması)

H2: Yüksek risk grubunun uyumsuz modlardan (Kırılgan, Öfkeli/Hiddetli, Dürtüsel ve Denetimsiz Çocuk, Cezalandırıcı Ebeveyn, Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı) aldığı puanlar düşük risk grubuna göre daha yüksek, adaptif modlardan (Mutlu Çocuk ve Sağlıklı Yetişkin modu) aldığı puanlar daha düşüktür.

Cezalandırıcı Ebeveyn modunun, çocuk modlarının, uyum bozucu başa çıkma modlarının ve Sağlıklı Yetişkin modunun borderline risk durumuna göre farklılaşmasını sınamak amacıyla MANOVA yürütülmüştür. BKB risk grupları arasındaki farkın incelenmesi amacıyla MANOVA yürütülmeden önce, gerekli varsayımlar kontrol edilmiştir. Bu kapsamda, varyans-kovaryans matrislerinin homojenliği varsayımını test etmek amacıyla gerçekleştirilen Box's M testi anlamlı bulunmuştur ($Box's M = 386.486$, $F = 5.717$, $p < .001$). Bu durum, kovaryans matrislerinin eşitliği varsayımının ihlal edildiğini göstermektedir. Bu nedenle, çok değişkenli test istatistikleri arasında varsayım ihlallerine karşı daha dayanıklı kabul edilen Pillai's Trace istatistiği kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. MANOVA bulgularına göre, yüksek risk grubu ile düşük risk grubu arasında şema modları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir ($Pillai's Trace = .376$, $F(11, 532) = 29.199$, $p < .001$, $\eta^2 = .376$). MANOVA'nın anlamlı çıkmasının ardından, gruplar arasında hangi şema modlarının farklılık gösterdiğini belirlemek üzere ANOVA gerçekleştirilmiştir. Her bir bağımlı değişken (şema modları) için yapılan analizlerde varyansların homojenliği varsayımı Levene's testi ile sınanmış ve tüm alt boyutlarda bu varsayımın sağlandığı görülmüştür. Ancak birden fazla bağımlı değişken için ayrı ayrı analiz yapılmasının, toplam hata olasılığını arttırabileceği varsayımıyla Tip I hata oranını kontrol altına almak amacıyla Bonferroni düzeltmesi (0.05/bağımsız değişken sayısı) uygulanmıştır. Analizde yapılan tüm karşılaştırmalarda

anlamlılık düzeyi $p < 0.005$ ($0.05/11$) olarak kabul edilmiştir. Analiz sonuçlarına ilişkin detaylı bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7.

BKB Risk Durumuna Göre Şema Modlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	N	Ort.	SS	sd	F	p	η^2
Cezalandırıcı Ebeveyn	Yüksek Risk Grubu	195	21.69	8.32	11-532	67.321	.000**	.226
	Düşük Risk Grubu	349	14.83	4.39				
Kırılgan Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	36.06	10.47	11-532	195.71	.000**	.265
	Düşük Risk Grubu	349	24.11	8.98				
Öfkeli Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	26.74	6.53	11-532	184.28	.000**	.254
	Düşük Risk Grubu	349	19.07	6.18				
Hiddetli Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	18.05	7.97	11-532	97.02	.000**	.152
	Düşük Risk Grubu	349	12.78	4.52				
Dürtüsel Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	16.74	5.16	11-532	117.16	.000**	.178
	Düşük Risk Grubu	349	12.44	3.98				
Denetimsiz Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	16.73	4.46	11-532	102.917	.000**	.160
	Düşük Risk Grubu	349	13.00	3.90				
Mutlu Çocuk	Yüksek Risk Grubu	195	29.01	6.89	11-532	124.34	.000**	.187
	Düşük Risk Grubu		35.40	6.12				
Söz Dinleyen Teslimci	Yüksek Risk Grubu	195	15.90	5.16	11-532	69.50	.000**	.114
	Düşük Risk Grubu	349	12.42	4.36				

Kopuk Korungan	Yüksek Risk	195	26.57	7.48	11-532	185.69	.000**	.255
	Grubu							
	Düşük Risk Grubu	349	18.35	6.30				
Kopuk Kendini	Yüksek Risk	195	15.74	3.92	11-532	97.71	.000**	.153
Yatıştırıcı	Grubu							
	Düşük Risk Grubu	349	12.33	3.82				
Sağlıklı Yetişkin	Yüksek Risk	195	41.47	6.82	11-532	45.61	.000**	.078
	Grubu							
	Düşük Risk Grubu	349	45.17	5.71				

Not. SS = Standart Sapma, Ort. = Ortalama, sd=serbestlik derecesi, **p < .001

Analiz bulgularına göre yüksek risk grubunda olan katılımcıların Cezalandırıcı Ebeveyn modundan aldığı puanlar (Ort. = 21.69, SS = 8.32) ile düşük risk grubunun (Ort. = 14.83, SS = 4.39) aldığı puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t(255.62) = -10.69, p < .01$).

Çocuk modlarına bakıldığında, Kırılgan çocuk modunda, yüksek risk grubundaki katılımcıların aldığı puanların (Ort. = 36.06, SS = 10.47) düşük risk grubuna (Ort. = 24.11, SS = 8.98) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($F(1, 542) = 195.71, p < .001, \eta^2 = .265$). Benzer şekilde öfkeli çocuk modunda, yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların (Ort. = 26.74, SS = 6.54) düşük risk grubuna (Ort. = 19.08, SS = 6.19) göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($F(1, 542) = 184.28, p < .001, \eta^2 = .254$). Hiddetli çocuk modunda da yüksek risk grubundaki katılımcıların (Ort. = 18.06, SS = 7.97) düşük risk grubuna (Ort. = 12.78, SS = 4.52) göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($F(1, 542) = 97.02, p < .001, \eta^2 = .152$). Bir diğer uyumsuz çocuk modu olan dürtüsel çocuk modunda da yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların puan ortalamalarının (Ort. = 16.75, SS = 5.17) düşük risk grubuna (Ort. = 12.45, SS = 3.99) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F(1, 542) = 117.17, p < .001, \eta^2 = .178$). Denetimsiz çocuk modunda da benzer şekilde yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların puan ortalamalarının (Ort. = 16.74, SS = 4.47) düşük risk grubuna (Ort. = 13.01, SS = 3.90) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($F(1, 542) = 102.92, p < .001, \eta^2 = .160$). Bununla birlikte yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların mutlu çocuk modundan aldığı puanların (Ort. = 29.01, SS = 6.90) düşük risk grubuna (Ort. = 35.40, SS = 6.13) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($F(1, 542) = 124.34, p < .001, \eta^2 = .187$).

Uyum bozucu başa çıkma modlarına bakıldığında, söz dinleyen teslimci modda, yüksek risk grubundaki katılımcıların aldığı puanların ($Ort. = 15.90$, $SS = 5.16$) düşük risk grubuna ($Ort. = 12.42$, $SS = 4.36$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($F(1, 542) = 69.50$, $p < .001$, $\eta^2 = .114$). Kopuk korungan modda da benzer şekilde, yüksek risk grubunda bulunan katılımcıların ($Ort. = 26.57$, $SS = 7.48$) düşük risk grubuna ($Ort. = 18.35$, $SS = 6.30$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($F(1, 542) = 185.69$, $p < .001$, $\eta^2 = .255$). Son olarak yüksek risk grubundaki katılımcıların kopuk kendini yatıştırıcı moddan aldığı puanların ($Ort. = 15.74$, $SS = 3.92$) düşük risk grubuna ($Ort. = 12.33$, $SS = 3.82$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F(1, 542) = 97.71$, $p < .001$, $\eta^2 = .153$).

Son olarak Sağlıklı Yetişkin moduna bakıldığında, yüksek risk grubunda olan katılımcıların aldığı puanlar ($Ort. = 41.47$, $SS = 6.82$) ile düşük risk grubunun ($Ort. = 45.17$, $SS = 5.71$) aldığı puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t(345.98) = 6.42$, $p < .01$).

3.7. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Hipotez 3'ün Sınanması)

H3: Kadın katılımcıların tüm şema alanlarında (kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, yüksek standartlar/bastırılmışlık) aldığı puanlar erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

Şema alanlarının cinsiyete (kadın, erkek) göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla MANOVA analizi yürütülmüştür.

MANOVA yürütülmeden önce, gerekli varsayımlar kontrol edilmiştir. Bu kapsamda, varyans-kovaryans matrislerinin homojenliği varsayımını test etmek amacıyla gerçekleştirilen Box's M testi anlamlı bulunmuştur ($Box's M = 28.136$, $F = 1.843$, $p < .05$). Bu durum, kovaryans matrislerinin eşitliği varsayımının ihlal edildiğini göstermektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak çok değişkenli test istatistikleri arasında varsayım ihlallerine en dayanıklı olan Pillai's Trace değeri dikkate alınmıştır. MANOVA bulgularına göre, kadın katılımcılar ile erkek katılımcılar arasında şema alanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunduğu tespit edilmiştir ($Pillai's Trace = .096$, $F(5, 538) = 11.425$, $p < .001$, $\eta^2 = .096$). Her bir bağımlı değişken (şema alanları) için yapılan analizlerde varyansların homojenliği varsayımı Levene's testi ile sınanmış ve tüm alt boyutlarda bu varsayımın sağlandığı görülmüştür. Analizde yapılan tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $**p < 0.01$ (0.05/5) olarak kabul edilmiştir.

Analiz bulguları, kadınların ($Ort. = 70.14$, $SS = 26.71$) zedelenmiş otonomi şema alanında aldığı puanların, erkeklere ($Ort. = 59.86$, $SS = 21.98$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir ($F(1, 542) = 13.567$, $p < .001$, $\eta^2 = .024$). Benzer şekilde, yüksek standartlar şema alanında da kadınların ($Ort. = 30.62$, $SS = 8.37$) puan ortalamaları, erkeklerin ($Ort. = 28.08$, $SS = 8.08$) puan ortalamalarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($F(1, 542) = 8.022$, $p < .01$, $\eta^2 = .015$). Analiz sonuçlarına ilişkin detaylı bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8.

Cinsiyete Göre Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	N	Ort.	SS	sd	F	p	η^2
Kopukluk/Reddedilmişlik	Kadın	437	51.33	20.06	1-542	0.068	.795	.000
	Erkek	107	51.90	21.57				
Zedelenmiş Otonomi	Kadın	437	70.14	26.71	1-542	13.567	.000**	.024
	Erkek	107	59.86	21.98				
Zedelenmiş Sınırlar	Kadın	437	22.38	5.83	1-542	0.174	.677	.000
	Erkek	107	22.12	5.93				
Diğeri Yönelimlilik	Kadın	437	35.30	10.02	1-542	0.751	.386	.001
	Erkek	107	36.22	9.16				
Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık	Kadın	437	30.62	8.37	1-542	8.022	.005*	.015
	Erkek	107	28.08	8.08				

Not. SS = Standart Sapma, Ort. = Ortalama, sd=Serbestlik derecesi, * $p < .05$, ** $p < .001$

3.8. Borderline Kişilik Özellikleri İçin Hipotetik Olarak Test Edilen Şema Mod Modelinin İncelenmesi (Hipotez 4’ün Sınanması)

H4: Araştırmada hipotetik olarak test edilen Borderline Kişilik Özellikleri için Şema-Mod modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (Cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılğan, öfkeli/hiddetli, dürtüsel ve denetimsiz çocuk modundaki artışla ilişkili olarak söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı modla ilişkili olup borderline

davranışların şiddetindeki artışla ilişkili iken mutlu çocuk için tam tersi yönde ilişkiler mevcuttur).

H4 hipotezinin sınanması amacıyla, AMOS 23 programı kullanılmış ve aracılık ilişkileri yol analizi ile incelenmiştir. İlk aşamada, kuramsal modelde yer alan tüm modlar ve bu modlar arasındaki bağlantılar (Bkz. Şekil 3) modele dahil edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda orijinal modelin uyum iyiliği değerlerinin literatürde belirtilen kabul edilebilir sınırların ($\chi^2/df \leq 4-5$; $RMSEA \leq .08$; $CFI, GFI, NFI \geq .90$) altında kaldığı ($\chi^2/df = 38.774$; $RMSEA = .264$; $CFI = .707$; $GFI = .710$; $NFI = .704$; $p < .001$) görülmüştür (Meydan ve Şeşen, 2015; Tabachnick ve Fidell, 2001). Uyum indekslerini iyileştirmek amacıyla ardışık beş modifikasyon uygulanmış; bu modifikasyonlar kapsamında program tarafından önerilen hata terimleri kuramsal çerçeve göz önünde bulundurularak birleştirilmiştir. Modifikasyonlar sonrasında uyum indekslerinde kademeli artış görülmekle birlikte, RMSEA değerlerinin .08 eşliğinin üzerinde ve CFI/GFI/NFI değerlerinin .90 eşliğinin altında kalması nedeniyle model uyumunun kabul edilebilir düzeye ulaşmadığı anlaşılmıştır (*Model 5*: $\chi^2/df = 20.613$; $RMSEA = .190$; $CFI = .869$; $GFI = .860$; $NFI = .865$). Uyum iyiliği değerleri, uygulanan modifikasyonlar ve kabul edilebilir sınırlar Tablo 9’da sunulmuştur.

Son durumda mevcut çalışmada değişkenler arası ilişkilerin daha ayrıntılı biçimde incelenebilmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yürütülmesi uygun görülmüştür.

Tablo 9.

Model Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler

Model / Kabul Sınırı	χ^2/df	RMSEA	CFI	GFI	NFI	p
Kabul sınırı	$\leq 4-5$	.06-.08	$\geq .95$	$\geq .90$	.94-.90	-
Model 1	38.774	.264	.707	.710	.704	.000
Model 2	32.473	.241	.764	.750	.761	.000
Model 3	27.086	.219	.812	.804	.808	.000
Model 4	22.586	.199	.850	.833	.846	.000
Model 5	20.613	.190	.869	.860	.865	.000

Not. χ^2/df = Ki-kare/serbestlik derecesi; RMSEA = Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü; CFI = Karşılaştırmalı Uyum İndeksi; GFI = Uyum İyiliği İndeksi; NFI = Normlaştırılmış Uyum İndeksi

3.9. Şema Modlarının Borderline Şiddetini Yordama İlişkisinin Hiyerarşik Regresyon Analizi ile İncelenmesi (Hipotez 5'in Sınanması)

H5: Cezalandırıcı ebeveyn modu, çocuk modları (kırılgan, öfkeli/hiddetli, dürtüsel, denetimsiz ve mutlu çocuk) ve uyum bozucu başa çıkma modları (söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve kopuk kendini yatıştırıcı) borderline kişilik özelliklerini yordamaktadır.

Bu aşamada İşlevsiz Ebeveyn modlarından biri olan Cezalandırıcı Ebeveyn modu, Çocuk modları, Uyum Bozucu Başa Çıkma modları ve Sağlıklı Yetişkin modunun BKB şiddetini yordama ilişkisi hiyerarşik regresyon analizi aracılığı ile incelenmiştir.

Hiyerarşik regresyon analizine geçilmeden önce, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin bilgiler Tablo 5'te sunulmuştur. Korelasyon bulguları, bağımlı değişken olan BKB şiddeti ile regresyon analizine dahil edilecek tüm çocuk modları, işlev bozucu ebeveyn modları, uyum bozucu baş etme modları ve adaptif modlar arasında yeterli düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir. Sonraki aşamada, her bir model için regresyon varsayımlarının sağlanıp sağlanmadığı değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, normallik, doğrusallık, sabit varyans varsayımı (homoscedasticity), otokorelasyon (Durbin-Watson testi; $DW = 1.53$), uç değerlerin varlığı (Cook's Distance, $DFBeta$) ve çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) açısından gerekli varsayım kontrolleri gerçekleştirilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2014). Yapılan incelemeler sonucunda, tüm modellerin regresyon analizine ilişkin temel varsayımları karşıladığı belirlenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi .05 olarak belirlenmiş, elde edilen p değerleri bu sınır temel alınarak değerlendirilmiştir. Regresyon analizinde değişkenler kuramsal gerekçelerle bloklar halinde modele eklendiğinden, çoklu test düzeltmesine gerek duyulmamıştır.

BKB üzerindeki etkisini kontrol edebilmek amacıyla cinsiyet değişkeni de analiz öncesi modele dahil edilmesi bakımından değerlendirilmiştir. İlk blokta cinsiyet değişkeni modele tek başına dahil edildiğinde varyansın %1.3'ünü açıklamış ($R^2 = .013$, $p = .008$) ve anlamlı bulunmuştur. Ancak sonraki bloklarda diğer değişkenler eklendiğinde modelin toplam açıklayıcılığı %57.2'ye ulaşırken (5. model), cinsiyet değişkeninin katkısı yalnızca $\Delta R^2 = .006$ düzeyinde kalmıştır. Bu nedenle, modelin olabildiğince yalın ve açıklayıcı kalmasını sağlamak ve kuramsal önceliklere bağlı kalmak amacıyla, nihai modelde cinsiyet değişkenine yer verilmemiştir.

Modele dahil edilecek modlar literatürde BKB'yi karakterize eden hipotetik mod modeline (Bkz. Şekil 3) göre belirlenmiş; kuramsal sıraya uygun şekilde dört aşamada analize

dahil edilmiştir. BKB için yapılan hiyerarşik regresyon analizine dahil edilen değişkenlerin modele giriş sıralaması Tablo 10’da yer almaktadır. Şema modlarının BKB’yi yordamasına ilişkin yapılan hiyerarşik regresyon analizinin bulguları ise Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 10.

BKB’yi Yordaması Beklenen Değişkenlerin Modele Giriş Sıralaması

Yordanan Değişken	Borderline Şiddeti
Yordayıcı Değişkenler	
Adım I- İşlevsiz Ebeveyn Modları	Cezalandırıcı Ebeveyn
Adım II- Çocuk Modları	Kırılğan Çocuk Öfkeli Çocuk Hiddetli Çocuk Dürtüsel Çocuk Denetimsiz Çocuk Mutlu Çocuk
Adım III- Uyum Bozucu Başa Çıkma Modları	Söz Dinleyen Teslimci Kopuk Korungan Kopuk Kendini Yatıştırıcı
Adım IV- Adaptif Modlar	Sağlıklı Yetişkin

Analizin ilk aşamasında İşlevsiz Ebeveyn Modlarından Cezalandırıcı Ebeveyn modu ($\beta = .543$, $t = 15.066$, $p = .000$) modele eklenmiş ve BKB’nin anlamlı bir yordayıcısı olarak bulunmuştur. Ayrıca ilk model istatistiksel olarak anlamlıdır ($R^2 = .295$, $F(1,542) = 226.982$, $p = .000$).

İkinci aşamada ise Çocuk Modlarından Kırılğan, Öfkeli, Hiddetli, Dürtüsel, Denetimsiz ve Mutlu Çocuk modları modele sokulmuş ve ikinci model de anlamlı bulunmuştur ($R^2 = .545$, $F(7,536) = 91.902$, $p = .000$). Çocuk modlarının modele eklenmesiyle birlikte, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB üzerindeki açıklayıcı etkisi anlamlılığını kaybetmiştir ($p > .05$). Öte yandan Öfkeli Çocuk ($\beta = .274$, $t = 5.694$, $p = .000$) Dürtüsel Çocuk ($\beta = .220$, $t = 5.350$, $p = .000$) ve Mutlu Çocuk ($\beta = -.140$, $t = -3.097$, $p < .01$) modları anlamlı olan yordayıcı değişkenler olarak bulunmuştur. Buna karşılık Kırılğan Çocuk, Hiddetli Çocuk ve Denetimsiz Çocuk modları modelde anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Çocuk modlarının modele eklenmesiyle ikinci aşamada toplam varyansın açıklanma oranı %29.5’ten %54.5’e ($R^2 = .545$) yükselmiştir.

Analizin üçüncü aşamasında modele Uyum Bozucu Başa Çıkma Modlarından Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modları sokulmuş ve üçüncü model de anlamlı bulunmuştur ($R^2 = .561$, $F(10,533) = 68.233$, $p = .000$). Uyum Bozucu Başa Çıkma modlarının modele dahil edilmesiyle önceki modelde açıklayıcı etkisini kaybeden bir değişken gözlenmemiştir. Öte yandan Öfkeli Çocuk ($\beta = .212$, $t = 4.225$, $p = .000$), Dürtüsel Çocuk ($\beta = .210$, $t = 5.119$, $p = .000$), Mutlu Çocuk ($\beta = -.151$, $t = -3.313$, $p < .01$), Kopuk Korungan ($\beta = .148$, $t = 3.126$, $p < .01$) ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı ($\beta = .101$, $t = 2.863$, $p < .01$) modları modelde anlamlı olan yordayıcı değişkenler olarak bulunmuştur. Uyum Bozucu Başa Çıkma modlarının modele eklenmesiyle üçüncü aşamada toplam varyansın açıklanma oranı %54.5'ten %56.1'e ($R^2 = .561$) yükselmiştir.

Analizin son aşamasında Sağlıklı Yetişkin modunun eklenmesiyle oluşturulan nihai model de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($R^2 = .568$, $F(11,532) = 63.715$, $p = .000$). Modelde; Öfkeli Çocuk ($\beta = .234$, $t = 4.652$, $p = .000$), Dürtüsel Çocuk ($\beta = .193$, $t = 4.707$, $p = .000$), Kopuk Korungan ($\beta = .174$, $t = 3.641$, $p = .000$), Kopuk Kendini Yatıştırıcı ($\beta = .117$, $t = 3.299$, $p < .01$) ve Sağlıklı Yetişkin ($\beta = -.123$, $t = -2.948$, $p < .01$) modlarının BKB'yi anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Sağlıklı yetişkin modunun modele eklenmesiyle nihai modele giren tüm değişkenlerin toplam varyansı açıklama oranı %56.8'e ($R^2 = .568$) yükselmiştir.

Tablo 11.*Borderline Şiddetinin Şema Modları Tarafından Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Sonuçları*

Model	Değişkenler	B	SH B	β	R ²	ΔR^2	F	p
1	Cezalandırıcı Ebeveyn	.711	.047	.543***	.295	.295	226.98	.000***
2	Cezalandırıcı Ebeveyn	.093	.059	.071	.545	.250	91.90	.000***
	Kırılgan Çocuk	.086	.049	.105				
	Öfkeli Çocuk	.340	.060	.274***				
	Hiddetli Çocuk	.108	.057	.077				
	Dürtüsel Çocuk	.407	.076	.220***				
	Denetimsiz Çocuk	.119	.075	.059				
	Mutlu Çocuk	-.179	.058	-.140**				
3	Cezalandırıcı Ebeveyn	.087	.060	.067	.561	.016	68.23	.000***
	Kırılgan Çocuk	.001	.055	.001				
	Öfkeli Çocuk	.263	.062	.212***				
	Hiddetli Çocuk	.106	.058	.076				
	Dürtüsel Çocuk	.388	.076	.210***				
	Denetimsiz Çocuk	.101	.075	.050				
	Mutlu Çocuk	-.192	.058	-.151**				
	Söz Dinleyen Teslimci	-.025	.071	-.014				
	Kopuk Korungan	.172	.055	.148**				
	Kopuk Kendini Yatıştırıcı	.219	.077	.101**				

Not. *p < .05, **p < .01 ***p < .001

Tablo. 11. (Devamı)

Model	Değişkenler	B	SH B	β	R ²	ΔR^2	F	p
4	Cezalandırıcı Ebeveyn	.082	.060	.063	.568	.007	63.71	.003**
	Kırılgan Çocuk	.007	.055	.009				
	Öfkeli Çocuk	.291	.063	.234***				
	Hiddetli Çocuk	.106	.057	.076				
	Dürtüsel Çocuk	.357	.076	.193***				
	Denetimsiz Çocuk	.042	.077	.021				
	Mutlu Çocuk	-.094	.066	-.074				
	Söz Dinleyen Teslimci	-.082	.073	-.045				
	Kopuk Korungan	.202	.055	.174***				
	Kopuk Kendini Yatıştırıcı	.254	.077	.117**				
	Sağlıklı Yetişkin	-.175	.059	-.123**				

Not. *p < .05, **p < .01 ***p < .001

4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu çalışmada, borderline kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin klinik olmayan örneklemde EDUŞ alanlarının ve şema modlarının Şema Terapi modeli çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde sırasıyla, araştırma hipotezlerine ilişkin bulgular alın yazındaki çalışmalar çerçevesinde tartışılacaktır. Buna ek olarak mevcut araştırmanın alanyazına katkıları, sınırlılıkları ve gelecek araştırmalara ilişkin önerilere yer verilmiştir.

4.1. Cinsiyete Göre Borderline Şiddetinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonucunda kadınların borderline kişilik özellikleri puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. DSM-5'e göre klinik örneklemelerde kadınların erkeklere oranla üç kat daha fazla BKB tanısı aldığını bilinmektedir (APA, 2022). Alanyazında BKB'nin kadınlarda daha sık teşhis edilmesinin nedenlerinden biri olarak, çalışmalarda sıklıkla klinik temelli örneklemelerin kullanılması öne çıkmaktadır. Klinik örneklem, örneklem seçiminin kendisinde var olan bir yanlılığı da beraberinde getirebilmektedir. Nitekim Widiger (1998), kişilik bozukluklarının tanılanmasında gözlenen cinsiyet temelli prevalans farklılıklarının, biyolojik ya da psikopatolojik temelli olmaktan ziyade tanı süreçlerindeki sistematik cinsiyet önyargılarından kaynaklanabileceğine dikkat çekmiştir. Bu temelde cinsiyet önyargılarının tanı sistemine, (1) bozukluğa sahip bireylerin örnekleme süreçlerinde oluşan yanlılık, (2) tanısal sisteminin yapılarının cinsiyet temelli önyargılarla inşa edilmiş olması, (3) tanı kriterlerinin cinsiyet açısından yanlılık içermesi, (4) tanı eşiğinin kadınlar ve erkekler için farklı şekilde belirlenmesi, (5) tanı kriterlerinin uygulanma biçiminde cinsiyet temelli tutarsızlıklar ve (6) kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarının cinsiyet önyargısı taşıması olmak üzere altı farklı düzeyde yansıyabileceği vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra kadınların erkeklere kıyasla psikolojik sorunları için yardım arama ve tedaviye başvurma konusunda daha istekli olmaları kadınların BKB puanlarının daha yüksek olmasını açıklayan bir diğer faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu eğilim, klinik

başvurularda kadın danışan oranını arttırmakta, dolayısıyla çeşitli ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık teşhis edilmesine zemin hazırlayabilmektedir (Eser, 2022). Bu bağlamda bazı araştırmacılar, klinik örneklemelerde kadınların BKB tanısını daha fazla almasının yalnızca gerçek semptom yoğunluğuyla açıklanamayacağını, tanı koyma süreçlerinde toplumsal cinsiyet normlarının ve klinik yanlılıkların da etkili olabileceğini ifade etmektedir (Henry ve Cohen, 1983; Jane ve ark., 2007). Toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında değerlendirildiğinde, kadınların duygularını ifade etmeye daha yatkın olmaları ve psikolojik yardım arayışında daha istekli davranmaları, borderline kişilik bozukluğu gibi duygu regülasyonu güçlükleriyle karakterize edilen psikopatolojilerin kadınlarda daha sık teşhis edilmesine zemin hazırlayabilmektedir (Skodol ve Bender, 2003; Swartz ve ark., 1990). Bu durum, yalnızca klinik ortamlarda kadın temsili arttırmakla kalmayıp, aynı zamanda belirli psikolojik belirtilerin fark edilme ve tanı alma olasılığını da cinsiyet temelinde etkileyebilmektedir (Widiger, 1998). Dolayısıyla, BKB tanısı ile kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla karşılaşılmasının, biyolojik veya psikolojik yatkınlıkların ötesinde, toplumsal cinsiyet normlarının tanı süreçlerine yansıyan etkileriyle de ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim Bayes ve Parker (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada, erkeklerde BKB'nin klinik ortamlarda daha az tanılanmasının ardında, semptomatik farklılıkların ve tanı koyma sürecindeki cinsiyet temelli önyargıların etkili olabileceği belirtilmiştir. Çalışma bulgularına göre, erkekler BKB'ye özgü semptomları daha dışa dönük ve davranışsal düzeyde (saldırganlık, madde kullanımı gibi) dışa vurma eğilimindeyken, kadınlar daha çok içe dönük belirtiler (kendine zarar verme, duygudurum dalgalanmaları) gösterebilmektedir. Bu semptom örüntüsü farkı, erkeklerin sıklıkla antisosyal kişilik bozukluğu gibi farklı tanılarla sınıflandırılmasına ve böylece BKB tanısının erkeklerde daha az konulmasına neden olabilmektedir. Bu çalışma bulguları ile paralellik gösteren ve Skodol ve Bender (2003) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada, borderline kişilik bozukluğunun kadınlarda daha sık teşhis edilmesine ilişkin yaygın kanının büyük ölçüde örneklem yanlılığından kaynaklandığı belirtilmektedir. Klinik başvurularda kadınların daha yüksek oranda temsil edilmesinin, gerçekte BKB'nin kadınlarda daha sık görüldüğü anlamına gelmediği; bu durumun ancak temsili toplum örneklemelerinden elde edilen verilerle test edilebildiği vurgulanmaktadır. Torgersen ve arkadaşlarının (2001) genel toplum örnekleme ile yürüttüğü bir çalışmada ise, tanı sisteminde kadınlara özgü davranış örüntülerinin daha kolaylıkla patolojik olarak değerlendirilebildiği, buna karşılık erkeklerin benzer belirtiler gösterdiğinde antisosyal kişilik bozukluğu gibi alternatif tanılar aldıkları ifade edilmektedir. Bu

bulgu Bayes ve Parker (2017) tarafından yapılan çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Çalışmada (Torgersen ve ark., 2001) BKB kriterlerinin çoğunun kadınlara özgü davranış örüntüleriyle örtüştüğü, “yoğun öfke” gibi kriterlerin ise erkekler için daha karakteristik bulunduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bazı epidemiyolojik çalışmalar erkeklerin borderline kişilik özelliklerini kendilik değerlendirmelerinde daha yoğun biçimde bildirdiklerine işaret etmektedir. Örneğin Busch ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülen bir çalışmada, erkek katılımcılar kadınlara kıyasla kendilerinde daha yüksek düzeyde BKB özellikleri tanımlarken, aynı bireyler hakkında yakın çevrelerinden alınan informant değerlendirmelerinde bu fark gözlenmemiştir. Bu bulgu, erkeklerin borderline kişilik örüntülerini daha öznel bir biçimde deneyimleyebileceklerini, ancak bu özelliklerin sosyal çevre tarafından daha az fark edilebilir olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan alanyazında yer alan bazı çalışmalar, bu cinsiyet farkının yalnızca klinik başvurulara özgü olabileceğini ve genel örnekleme kadınlar ile erkekler arasında bu kadar belirgin bir fark olmadığını öne sürmektedir (Bayes ve Parker, 2017; Grant ve ark., 2008; Skodol ve Bender, 2003). Örneğin, ABD’de genel popülasyon örnekleme ile yapılan bir çalışmada BKB’nin kadınlarda %6.2, erkeklerde ise %5.6 oranında görüldüğü raporlanmıştır; bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Grant ve ark., 2008). Norveç’te genel popülasyon örnekleme ile yürütülen bir başka çalışmada, BKB tanısı alma oranı erkek ve kadınlarda benzer olarak bulunmuş ve klinik çalışmalarda sıklıkla gözlemlenen yaklaşık 3:1 kadın-erkek oranının toplum düzeyinde geçerli olmadığı rapor edilmiştir (Skodol ve Bender, 2003). Sansone ve Sansone (2011) tarafından yürütülen bir başka araştırmada da benzer şekilde kadınlar ve erkekler arasında belirgin bir BKB prevalansı farkı bulunamamıştır. Bu bulgular, BKB’nin cinsiyetler arası dağılımına ilişkin değerlendirmelerde tanı sistemlerindeki yapısal önyargıların dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise borderline kişilik özelliklerinin kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusunu aktaran çalışmalar olduğu görülmüştür (Başar, 2021; Faraji ve Durak, 2023). Öte yandan kadınlar ile erkekler arasında BKB için anlamlı bir farklılık bulunamadığını raporlayan çalışmalar da bulunmaktadır. Ayrıca erkeklerin kadınlardan daha yüksek BKB puanına sahip olduğu bulgusunu aktaran çalışmalar da bulunmaktadır (Akın ve ark., 2017; Ceylan, 2016; İmamoğlu ve Bilge, 2021). Bu bulgular ışığında ülkemizde yapılan alanyazın çalışmalarının da diğer ülkelerde yapılan çalışmalar gibi tutarsızlık gösterdiği görülmektedir.

Sonuç olarak, mevcut araştırma klinik olmayan örneklem ile yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre kadınlarda görülen BKB şiddetinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu alanyazında klinik olmayan örneklem ile yürütülen bazı çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (Faraji ve Durak, 2023; Grant ve ark., 2008; Jackson ve Burgess, 2000; Qian ve ark., 2022). Ancak tüm bu bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, kadınların borderline kişilik özellikleri puanlarının erkeklerden daha yüksek çıkmasının yalnızca psikopatolojideki cinsiyet farklılıklarıyla değil, aynı zamanda tanı sistemlerinin yapısal önyargıları ve toplumsal normlarla da ilişkili olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu durum, borderline özelliklerin değerlendirilmesinde daha kapsayıcı ve cinsiyet dengeli yaklaşımların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, bu sonuçlardan yola çıkılarak borderline kişilik özelliklerinin cinsiyetler arasında farklı biçimlerde tezahür edebileceği ve gelecekteki çalışmalarda daha kapsayıcı ve cinsiyete duyarlı ölçüm araçları kullanılarak bu olasılıkların daha net ortaya koyulması gerektiği söylenebilir (Martin ve ark., 2023).

4.2. Borderline Risk Gruplarının Şema Alanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışma bulguları yüksek risk grubunun tüm şema alanlarında (kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik ve yüksek standartlar/bastırılmışlık) düşük risk grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını göstermektedir.

Şema Terapi modelinde erken dönem uyumsuz şemalar merkezi bir rol oynamaktadır. Özellikle kişilik bozuklukları açısından bakıldığında bu şemaların anlık tetiklenmeleri şema modlarının ortaya çıkışı ile ilişkili olması bakımından önemlidir. Young ve arkadaşları (2003) BKB'ye sahip olan bireylerin tüm şema alanlarından alınan yüksek puanlar ile diğer kişilik bozukluklarından ve sağlıklı örneklemden ayrıştığını ifade etmektedir. Dolayısıyla araştırma bulguları, BKB'nin tekil bir şema kümesiyle değil, yaygın ve yoğun bir şematik örüntüyle karakterize edilebileceğine işaret ederek Şema Terapi literatürünü desteklemektedir. Nitekim alanyazında, BKB ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların sayıca sınırlı olmasına karşın, birçok çalışma BKB'de tüm şema alanlarında ve şema boyutlarında yüksek puanlar gözlendiğini ortaya koymuştur (Arntz ve Jacob, 2023; Frías ve ark., 2018; Jovev ve Jackson, 2004; Shorey ve ark., 2014; Young ve ark., 2003). Örneğin, Frías

ve arkadaşları (2018) tarafından BKB tanısı alan ve ayakta tedavi gören örneklem ile yürütülen bir araştırmanın sonuçlarına göre, BKB'ye sahip olan bireyler Kopukluk/Reddedilmişlik ve Diğer Yönelimlilik şema alanları başta olmak üzere tüm şema alanlarından anlamlı olarak yüksek puan almıştır. Bach ve arkadaşları (2015) tarafından yetişkin katılımcılarla yürütülen bir başka çalışmada ise Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3'ün psikometrik özellikleri değerlendirilmiş ve şemaların çeşitli kişilik bozukluklarıyla olan ilişkileri incelenmiştir. Klinik ve klinik olmayan örneklem ile yapılan çalışmanın klinik alt örnekleminde BKB tanısı almış bireylerin yanı sıra, kaçınan, antisosyal, bağımlı, obsesif-kompulsif, şizotipal, narsisistik, histriyonik ve paranoid kişilik bozukluğu tanılarına sahip bireyler de yer almıştır. Araştırma bulguları, tüm şemalar açısından en yüksek puanların BKB tanılı bireylerde görüldüğünü, bu grubun diğer kişilik bozukluklarına kıyasla daha yaygın ve yoğun şematik örüntüler sergilediğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, diğer kişilik bozukluklarının da belirli şemalarla anlamlı ilişkiler gösterdiği; ancak bu ilişkilerin, BKB'de gözlenen ilişkiler kadar yaygın ve güçlü bir biçimde ortaya çıkmadığı vurgulanmıştır. Araştırmacılar, bu bulguyu Şema Terapi literatürü (Young ve ark.,2003) ile tutarlı biçimde değerlendirerek, erken dönem uyumsuz şemaların tümünden alınan yüksek puanların BKB için ayırt edici nitelikte olabileceğine dikkat çekmiştir. Öte yandan literatürde BKB için, Kopukluk/Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Zedelenmiş Sınırlar olmak üzere spesifik şema alanlarının daha fazla görüldüğünü ortaya koyan araştırmalar da bulunmaktadır (Barazandeh ve ark., 2016; Field ve ark., 2015; Halvorsen ve ark., 2009; Renner ve ark., 2012). Örneğin Ball ve Cecero'nun (2001) madde bağımlısı bireylerle yürüttükleri bir çalışmada, BKB şiddetinin özellikle terk edilme ve güvensizlik/kötüye kullanılma şemalarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bu şema boyutlarının Young ve arkadaşları (2003) tarafından da BKB'de görülen temel şema boyutları olarak nitelendirilmesi, araştırmanın bulguları ile örtüşmektedir. Specht ve arkadaşları (2009) tarafından hapiste bulunan kadınlar ile yürütülen bir çalışmada ise BKB'nin, kopukluk/reddedilmişlik ve zedelenmiş sınırlar şema alanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde klinik olmayan örnekleminde yürütülen bir başka çalışmada ise BKB'nin temel özellikleri arasında yer alan duygusal dengesizlik, kimlik sorunları, yakın ilişki problemleri ve kendine zarar verme ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre BKB'de görülen kimlik sorunlarının terk edilme, bağımlılık ve dayanıksızlık şemaları ile; yakın ilişki problemlerinin güvensizlik ve terk edilme şemaları ile; kendine zarar verme davranışlarının ise başarısızlık şeması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (Esmaelian ve ark., 2019).

Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde, Ertürk ve Arıkan (2022) tarafından klinik olmayan örneklemele yürütölen bir çalışmada, BKB ile ilişkili olan şema alanlarının kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi ve zedelenmiş sınırlar olduğu bulunmuştur. Benzer olarak Bilge ve Balaban (2021) tarafından yapılan çalışmanın regresyon analizi bulgularına göre BKB'yi en yüksek düzeyde yordayan şemaların; sosyal izolasyon ve güvensizlik şemaları olduğu görölmüştür. İlk ve Bilge (2023) tarafından yapılan bir başka araştırmanın bulguları ise bu sonuçlar ile tutarlı olarak BKB'nin sosyal izolasyon ve güvensizlik şemalarına ek olarak karamsarlık şeması ile de ilişkili olduğunu göstermiştir. Soylu (2017) tarafından yürütölen, erken dönem uyumsuz şemaların BKB ve Bipolar Duygudurum Bozukluğu üzerinde yordayıcı etkilerinin incelendiği bir yüksek lisans tez çalışmasında ise cezalandırıcılık ve yüksek standartlar dışındaki tüm şema boyutlarında BKB'ye sahip bireylerin daha yüksek puan aldığı ve bu şema boyutlarının BKB için ayırt edici olduğu ifade edilmiştir.

Tüm bu araştırma bulgularından hareketle alanyazının hangi şema alanlarının ve şema boyutlarının BKB ile ilişkili olduğuna dair heterojen bulgular sunduğu görölmektedir. Hangi şemaların BKB ile ilişkili olduğuna yönelik farklı bulgular sunulması, hem Young ve arkadaşları'nın (2003) BKB'de 18 şemanın neredeyse tamamının göröldüğüne yönelik kavramsal çerçevesi ile hem de mevcut araştırma bulguları ile tutarlıdır. Ayrıca BKB, DSM-5'te dokuz tanı kriteri ile karakterize edilmektedir. Bu kriterlerin hiçbirinin zorunlu kriter olmadığı göz önünde bulundurulduğunda BKB'de tüm şema alanlarından alınan yüksek puanların bu tanı kriterlerinin bir kombinasyonu olduğu düşünölebilir. Dolayısıyla, literatürde yer alan araştırma sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, BKB'nin tanı kriterleriyle şema alanları arasında ilişki kurulmasının kuramsal olarak anlamlı ve tutarlı olduğu görölmektedir. Nitekim Young ve arkadaşları (2003), şema alanlarının güvenli bağlanma, özerklik, yeterlik ve kimlik hissi, gerçekçi sınırlar, özdenetim, duygusal ihtiyaçların ve duyguların özgürce ifade edilmesi, kendiliğindenlik ve oyun gibi temel duygusal ihtiyaçlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir (Bkz. şekil 1). BKB tanı kriterleri incelendiğinde, bu çekirdek ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan aksaklıkların, bireyin BKB geliştirme riskini artırabilecek şematik örüntölere zemin hazırladığı söylenebilir. Bu bağlamda, BKB'ye özgü şemaların çeşitliliği, tanının kendine özgü heterojen doğasıyla örtüşmektedir.

Mevcut çalışmada da benzer şekilde şema alanlarının tümünde alınan yüksek puanlar, BKB'nin tanı kriterlerinin heterojen yapısıyla paralellik göstermektedir. Bunun yanı sıra alanyazındaki araştırmalar hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlerde yürütölmüş ve benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Dolayısıyla BKB'de farklı örneklemlerde tüm şema alanlarını

görmek mümkün olduğu sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca alanyazındaki mevcut çalışmaların genellikle şema alanlarından ziyade şema boyutları üzerinden yürütüldüğü dikkat çekmektedir. Dolayısıyla mevcut araştırmada borderline risk gruplarının şema alanlarına göre karşılaştırılmasının daha bütüncül bir bakış açısı sunarak alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

4.3. Borderline Risk Gruplarının Şema Modlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışma bulguları yüksek risk grubunun tüm uyumsuz çocuk modlarında (kırılgan çocuk, öfkeli çocuk, hiddetli çocuk, dürtüsel çocuk, denetimsiz çocuk) ve tüm uyum bozucu başa çıkma modlarında (söz dinleyen teslimci, kopuk korungan, kopuk kendini yatıştırıcı) düşük risk grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Bununla birlikte yüksek risk grubunun Cezalandırıcı Ebeveyn modundan aldığı puanlar düşük risk grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan, adaptif şema modlarında (sağlıklı yetişkin ve mutlu çocuk) düşük risk grubunun aldığı puanların yüksek risk grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Şema Terapi modelinde erken dönem uyumsuz şemaların ani tetiklenmesiyle ortaya çıkan şema modlarının, özellikle duygusal regülasyon zorluklarının ön planda olduğu BKB gibi bozuklukların anlaşılmasında merkezi bir role sahip olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Arntz ve Jacob, 2023; Young ve ark., 2003). Spesifik olarak BKB gibi kişilik bozuklukları söz konusu olduğunda, bireyin sağlıklı başa çıkma kapasitesindeki zayıflık, duyguların aşırı yoğun yaşanması ve ani değişkenlik göstermesi, kendilik algısında bozulmalar ve ilişkilerde istikrarsızlık gibi örüntüler şema modlarının sık ve keskin biçimde aktive olmasıyla ilişkilendirilmektedir (Arntz ve ark., 2005; Bach ve Farrell, 2018). BKB’de görülen bu örüntüler; uyumsuz çocuk modlarının yoğunluğu, cezalandırıcı ebeveyn modunun aktifliği ve sağlıksız başa çıkma modlarının sık kullanımı ile yakından ilişkilidir (Lobbestael ve ark., 2008; Young ve ark., 2003). Buradan hareketle mevcut araştırmada borderline kişilik özelliklerinin şema modlarıyla ilişkisi incelenerek Türkiye örneğine bu bağlamda katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Mevcut çalışmanın korelasyon bulgularına göre, BKB ile en güçlü ilişkilerin sırasıyla Öfkeli Çocuk, Kırılgan Çocuk, Kopuk Korungan, Dürtüsel Çocuk ve Cezalandırıcı Ebeveyn modları arasında olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 5). Young’ın teorisi ve deneysel çalışmaların

sonuçları ile tutarlı olarak, bu modların BKB'yi en tipik şekilde karakterize eden modlar olduğu gösterilmiştir (Arntz ve ark., 2005; Lobbestael ve ark., 2005; Young ve ark., 2003). Bu çalışmanın giriş kısmında detaylı olarak ifade edildiği gibi Young tarafından önerilen BKB mod modelinde yer alan Kopuk Korungan, Cezalandırıcı Ebeveyn, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Kırılgan Çocuk ve Sağlıklı Yetişkin modlarına ek olarak diğer araştırmalarda (Arntz ve ark., 2005; Lobbestael ve ark., 2008) BKB ile ilişkili bulunan modlar da (Denetimsiz Çocuk, Hiddetli Çocuk, Mutlu Çocuk, Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Kendini Yatıştırıcı) incelenmiştir. Bu doğrultuda Çocuk Modları, İşlevsiz Ebeveyn Modları ve Uyum Bozucu Başa Çıkma Modlarının BKB ile ilişkilerine yönelik araştırma bulguları ayrı başlıklar altında tartışılmıştır.

4.3.1. BKB Risk Grupları ile Cezalandırıcı Ebeveyn Modu Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmada yürütülen MANOVA bulguları, yüksek risk grubunun Cezalandırıcı Ebeveyn puanlarının düşük risk grubuna göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Şema Terapi modelinde Cezalandırıcı Ebeveyn modu BKB açısından uzun vadede en yıkıcı etkilere sahip yapı olarak tanımlanmakta ve kişinin iç dünyasında gelişen cezalandırıcı, küçümseyici ve acımasız bir iç sesin temsili olarak ele alınmaktadır (Young ve ark., 2003). Bu sebeple özellikle BKB'ye sahip kişilerde bu mod kendine yönelik nefret duyguları, intihar ve kendine zarar verme davranışlarını tetikleyebilmektedir (Arntz ve Jacob, 2023). Buna paralel olarak Young ve arkadaşları (2003) da BKB'de görülen tekrarlayıcı intihar davranışı ve kendine zarar verme eğiliminin Cezalandırıcı Ebeveyn modu ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bu teorik çerçeve, mevcut araştırmada kullanılan Şema Mod Envanteri'nin Cezalandırıcı Ebeveyn modunu ölçen maddeleri arasında yer alan "Kendimi cezalandırmak için canımı acıtmak gibi dürtülerim vardır (Örneğin, kendimi kesmek)", "Kendime kızgıyım", "Kötü biriyim" gibi maddeleriyle de örtüşmektedir. Dolayısıyla yüksek risk grubunda Cezalandırıcı Ebeveyn modundan alınan puanların düşük risk grubuna göre daha yüksek olması literatürle ve kavramsal çerçeve ile tutarlılık gösteren beklendik bir sonuçtur. Ayrıca BKB'ye sahip bireylerin erken dönem çocukluk yaşantılarında genellikle sert, cezalandırıcı ve reddedici bir aile ortamına sahip olduğu bilinmektedir (Young ve ark., 2003). Dolayısıyla, bu modun yüksek risk grubunda daha baskın şekilde deneyimlenmesi, Şema Terapi kuramının erken

dönem ebeveyn figürlerinin bireyin içsel dünyasındaki temsil biçimleriyle ilgili temel varsayımlarıyla da örtüşmektedir.

Alanyazın incelendiğinde birçok araştırmanın Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB'deki merkezi rolünü doğruladığı görülmüştür. Arntz ve Jacob (2009) tarafından yürütülen bir araştırmada Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB'deki yoğun öz eleştiri, kendine yönelik öfke ve kendine zarar verme davranışlarıyla ilişkili olduğu raporlanmıştır. Bu bulgu, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB'de sadece bilişsel düzeyde değil, davranışsal sonuçlara da yol açarak deneyimlendiğini düşündürmektedir. Jacob ve Arntz (2013) tarafından yapılan bir başka araştırmada, Cezalandırıcı Ebeveyn modu BKB'de görülen kırılğan benlik yapısı ile ilişkilendirilmiş, kendine zarar verme davranışları açısından etkili bir içsel yapı olarak işlev görebileceği vurgulanmıştır. Macik (2024) tarafından klinik olmayan örnekleme yürütülen bir araştırmanın sonuçları ise Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB'deki diğer tüm modlarla ve borderline davranış yoğunluğu ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koyarak bu modun BKB için merkezi rolünü doğrulamıştır. Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu ise Cezalandırıcı Ebeveyn modunun öfke bağlantılı çocuk modları ile olan yakın ilişkisidir. Bu bulgu, BKB'de Cezalandırıcı Ebeveyn modunun diğer modlarla da yakın temasta olan kritik bir mod olduğuna işaret etmektedir. Araştırma bulguları ve literatürden hareketle, mevcut çalışma hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde Cezalandırıcı Ebeveyn modunun BKB için ayırt edici bir mod olduğu bulgusunu desteklemektedir.

4.3.2. BKB Risk Grupları ile Çocuk Modları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Yapılan MANOVA analizi sonucunda yüksek risk grubundaki bireylerin tüm uyumsuz çocuk modlarından düşük risk grubuna kıyasla daha yüksek; Mutlu Çocuk modundan ise daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Bu bulgu, Şema Terapi literatürü ile uyumlu olarak çocuk modlarının BKB açısından önemli bir ayırt edici işlev görebileceğine işaret etmektedir. Mevcut çalışma bulguları da literatürle örtüşen, kuramsal olarak öngörülebilir bir örüntüyü yansıtmaktadır. Öte yandan MANOVA tablosunda yer alan Eta kare değerleri incelendiğinde, Kırılğan ve Öfkeli Çocuk modlarının, yüksek risk grubu ile düşük risk grubu arasında en yüksek düzeyde farklılaşan yapılar olduğu görülmüştür. Bu bulgu, söz konusu modların BKB'ye özgü duygusal örüntülerde belirleyici olabileceğine ilişkin literatürle örtüşmektedir (Arntz ve ark., 2005; Bach ve Farrell, 2018; Macik, 2024; Young ve ark., 2003). Buradan hareketle yüksek risk grubundaki bireylerin utanç, yalnızlık, tehdit altında hissetme, agresiflik, öfke, karşı gelme

gibi çocuk modlarına özgü duyguları (Jacob ve ark., 2014) düşük risk grubuna kıyasla daha fazla veya sık deneyimlediği düşünülebilir.

Young ve arkadaşları (2003) tarafından BKB tanı ölçütleriyle eşleştirilen şema modları incelendiğinde; “dürtüsellik” kriterinin Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modu ile, “istikrarsız ve yoğun gerilimli kişilerarası ilişki kalıpları” ve “intihar ve kendine zarar verme davranışları” kriterlerinin Öfkeli ve Terk Edilmiş (Kırılğan) Çocuk modu ile, “öfkenin sık ve yoğun hissedilmesi, uygun olmayan biçimlerde ifade edilmesi ve öfkeyi denetlemede güçlük yaşama” kriterinin ise Öfkeli Çocuk ile ilişkilendirildiği görülmüştür. Literatürde de bu modların BKB için ayırt edici olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Dadashzadeh ve arkadaşlarının (2016) B küme kişilik bozuklukları ile şema modları ilişkisini araştırdığı bir çalışmanın bulguları da BKB için Dürtüsel, Öfkeli ve Kırılğan Çocuk modlarının ayırt edici olduğunu raporlamıştır. Bunun yanı sıra özellikle Öfkeli Çocuk ve Dürtüsel Çocuk modlarının BKB’de, diğer klinik gruplara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Bach ve Farrell, 2018) Dolayısıyla mevcut araştırma bulguları ve literatür ışığında Öfkeli, Dürtüsel ve Kırılğan Çocuk modlarının BKB’de öne çıkan modlar olduğu söylenebilir. Ayrıca yüksek risk grubundaki bireylerin söz konusu modlara ilişkin duygusal ve davranışsal örüntüleri daha sık ve yoğun şekilde yaşadıkları düşünülebilir. Nitekim Young ve arkadaşları (2003) tarafından sunulan şema mod modelinde de BKB’nin birkaç temel uyumsuz mod arasında gidip gelen bir yapıda olduğunu öngörülmüştür. Arntz ve arkadaşlarının (2005) deneysel çalışmaları da bu teoriyi desteklemiş, BKB’de Terkedilmiş/İncinmiş Çocuk modu ile Öfkeli/Dürtüsel Çocuk modu arasında hızlı geçişler yaşandığını ve bu kişilerde uyumlu modların en düşük düzeyde olduğunu göstermiştir. Mevcut araştırma bulguları da, bu bağlamda literatürü destekler niteliktedir. Alanyazın incelendiğinde bu durumun sadece klinik örneklerle sınırlı olmadığı görülmüştür. Başka bir deyişle klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalar da borderline kişilik özellikleri ile çocuk modları arasında benzer ilişkileri raporlamıştır. Örneğin Esmaeilian ve arkadaşları (2022) tarafından 989 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada borderline kişilik özelliklerinin Dürtüsel Çocuk, Kırılğan Çocuk ve Öfkeli Çocuk modlarıyla ilişkili olduğu, BKB’de görülen duygudurum değişimleri ve kendine zarar verme eğilimlerinin Dürtüsel Çocuk modu ile, kimlik karmaşası problemlerinin Kırılğan Çocuk modu ile; kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunların ise Öfkeli Çocuk modu ile bağlantılı olduğunu bulunmuştur. Bu bulgu, Young ve arkadaşlarının (2003) BKB tanı kriterlerine karşılık gelen şema modlarıyla ilgili kuramsal açıklamaları ve klinik olmayan örneklerle yürütülen mevcut araştırma bulgularıyla örtüşmektedir.

Şema terapi kuramı, çocuk modlarının özellikle erken dönem duygusal ihtiyaçların karşılanmaması ile şekillendiğini ve bireylerin gelişimsel olarak edindikleri baş etme tarzlarını yansıttığını ileri sürmektedir (Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003). Ayrıca kuramsal olarak çocuk modlarının doğuştan ve evrensel olduğu ifade edilmektedir. Ancak Young ve arkadaşları (2003) kendilerini çocuklara benzeten BKB'ye sahip bireylerde farklı olarak, uyumsuz çocuk modlarını çok açık şekilde gözlemlemenin mümkün olduğunu ifade etmektedir. Bu noktada, yüksek risk grubundaki bireylerin tüm uyumsuz çocuk modlarından yüksek puan alması, Young ve arkadaşlarının (2003) BKB'ye dair kuramsal çerçevesiyle tutarlıdır. Öte yandan mevcut araştırma bulguları yüksek risk grubunun Mutlu Çocuk modundan düşük risk grubuna göre daha düşük puanlar aldığını göstermiştir. Alanyazın incelendiğinde BKB ve şema modlarına odaklanan araştırmalarda Mutlu Çocuk modunun ele alındığı sınırlı sayıda araştırma bulunduğu görülmüştür. Bach ve Farrell (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada BKB'ye sahip bireylerin Mutlu Çocuk modundan aldığı puanların, diğer kişilik bozukluklarına göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulunmuştur. Araştırmacılar, BKB'nin Mutlu Çocuk Modunun düşük seviyeleri ile benzersiz bir şekilde karakterize edilmesini, Mutlu Çocuk modunun temsili olan kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacının erken çocukluk yaşantılarında karşılanmaması ile ilişkilendirmiştir. Lobbestael ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen ampirik bir araştırmada da benzer şekilde adaptif modların (Mutlu Çocuk ve Sağlıklı Yetişkin modları) BKB ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Mutlu Çocuk modunun adaptif bir mod olması sebebiyle hiçbir şema tetiklenmesi yaşanmayan bir mod olarak deneyimlendiği bilinmektedir (Young ve ark., 2003). Dolayısıyla mevcut araştırma bulguları, yüksek risk grubundaki bireylerin Mutlu Çocuk modundan aldığı düşük puanlar ile tüm şema alanlarından aldığı yüksek puanlar açısından da literatürle ve diğer araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Bununla birlikte, mevcut çalışmada Mutlu Çocuk modunun BKB ile ilişkisine dair elde edilen bulguların, alanyazında görece daha az incelenmiş bu ilişkiye dikkat çekmesi açısından önemli bir katkı sunabileceği düşünülmektedir.

Çocuk modları Lobbestael ve arkadaşları (2007) tarafından kırılganlık, öfke, disiplin eksikliği ve mutluluk başlıkları altında ele alınmıştır. (Bkz. Şekil 2) Bu doğrultuda Hiddetli Çocuk modu öfke başlığı altında ele alınırken, disiplin eksikliği başlığı altında Dürtüsel Çocuk modunun yer aldığı görülmüştür. Literatürde de buna paralel olarak Denetimsiz Çocuk ve Dürtüsel Çocuk modları ile Hiddetli Çocuk ve Öfkeli Çocuk modlarının, kuramsal düzeyde benzer özellikler taşıyan, zaman zaman örtüşen yapılar olarak ele alındığı bilinmektedir. (Bach ve ark., 2017; Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003). Bununla beraber Hiddetli Çocuk

modunu Öfkeli Çocuk modundan ayıran duygulanım yoğun saldırganlık içeren öfkeli davranışların ifadesidir (Arntz ve Jacob, 2023). Bu bilgidен yola çıkılarak mevcut çalışma bulguları arasında yer alan yüksek risk grubunda Denetimsiz Çocuk ve Hiddetli Çocuk modlarından alınan yüksek puanların da BKB'nin öfkeyi denetlemede güçlük ve kendine zarar verme tanı kriterleri ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir. Mevcut çalışmada kullanılan ölçme aracı (Şema Mod Envanteri Versiyon-3) söz konusu modları ayrı alt boyutlar olarak değerlendirmektedir (Soygüt ve ark., 2009). Dolayısıyla analizlerde her bir mod, tek başına bağımsız bir değişken olarak ele alınmış ve bulgular bu doğrultuda yorumlanmıştır. Bu yöntemsel ayrımın, modlar arasında olası geçişkenlikleri göz ardı etmese de, her bir modun BKB üzerindeki özgül katkısını istatistiksel olarak ayrı biçimde değerlendirme olanağı sunduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, mevcut bulgular yüksek risk grubundaki bireylerin çocuk modları açısından belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymakta; her bir modun ayrı bir değişken olarak ele alınması ise bu farklılıkların özgül düzeyde değerlendirilmesine imkân tanımaktadır.

4.3.3. BKB Risk Grupları ile Uyum Bozucu Başa Çıkma Modları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

BKB risk grupları arasındaki uyum bozucu başa çıkma modlarının karşılaştırılması amacıyla MANOVA yürütülmüştür. Analiz bulguları, yüksek risk grubunda bulunan bireylerin düşük risk grubuna kıyasla tüm uyumsuz başa çıkma modlarından daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Bu bulgu her bir başa çıkma modu için ayrı ayrı ele alınarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Young ve arkadaşları (2003) kişilik örüntüleri daha ön planda olan bireylerin, sahip olduğu şemalardan ziyade bu şemaların üstesinden gelebilmek için çalışan aşırı baş etme biçimleri ya da bu baş etme biçimleriyle belirginleşen modları ile sağlıklı örneklemden ayrıştığını vurgulamaktadır. Dolayısıyla düşük risk grubunda bulunan bireylerin uyumsuz başa çıkma modlarını daha az kullanması beklenirken, yüksek risk grubundaki bireylerde bu modların daha yoğun bir biçimde görülmesi beklenmektedir. Mevcut araştırma bulguları bu bağlamda Şema Terapi modeli ile tutarlılık göstermektedir. Öte yandan MANOVA tablosundaki eta kare değerleri incelendiğinde BKB risk grupları arasındaki en büyük farklılaşmanın Kopuk Korungan modda olduğu görülmektedir.

Şiddetli durumlar dışında BKB olan bireylerin genelde zamanının çoğunu Kopuk Korungan modda geçirdiği bilinmektedir (Young ve ark., 2003) Bu modun fonksiyonu kişiyi

çocuk ve ebeveyn modları ile ilişkili duyguların yoğunluğundan korumaktır (Arntz ve Jacob, 2023). Ayrıca Young ve arkadaşları tarafından (2003) sunulan BKB'nin mod modelinde bulunan tek uyum bozucu başa çıkma modunun Kopuk Korungan mod olduğu bilinmektedir. Alanyazında bulunan araştırma bulguları da bu modun BKB'deki merkezi rolünü desteklemektedir. Lobbestael ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen çalışma bulguları bu modun BKB için ayırt edici bir mod olduğunu doğrulamıştır. BKB tanılı bireylerle yürütülen ve stresin mod değişimi üzerindeki etkilerini inceleyen bir başka çalışmada, katılımcılara nötr ve duygusal içerikli iki film izletilmiş, her iki filmten önce ve sonra Şema Mod Envanteri uygulanmıştır. Bulgular, duygusal film fragmanının yalnızca BKB tanısı olan bireylerde kopuk korungan modda artışa neden olduğunu göstermiştir (Arntz ve ark., 2005). Yakın zamanda yapılan ve klinik olmayan örneklemle yürütülen bir çalışmanın bulguları ise Öfkeli Çocuk modunun borderline davranışlarla doğrudan bir ilişkisinin olmadığını, ancak aktive edildiğinde Kopuk Korungan Modu aktif hale getirdiğini göstermiştir (Macik, 2024). Öte yandan Kopuk Korungan modun belirtileri olan boşluk hissi, kendine yabancılaşma, kendini yaralama ve anlamsızlık hissi de BKB'nin tanı kriterleri ile büyük oranda tutarlılık göstermektedir. Buradan hareketle yüksek risk grubundaki bireylerin düşük risk grubuna göre bu yaşantıları daha sık deneyimlediği düşünülebilir. Sonuç olarak araştırma bulguları ve teorik çerçeve doğrultusunda mevcut araştırmanın Kopuk Korungan modun BKB'de risk grupları arasında en büyük farklılaşmaya sebep olan başa çıkma modu olduğu bulgusu desteklenmiştir.

Mevcut çalışmada yüksek risk grubundaki bireylerin, Kopuk Kendini Yatıştırıcı moddan aldıkları puanların düşük risk grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olması, bu modun borderline örüntüde sıkça başvurulan bir kaçınma stratejisi olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, bireylerin yoğun değersizlik, yetersizlik ya da duygusal acı yaşadıkları durumlarda, bu duygularla doğrudan yüzleşmek yerine onları bastırmaya yönelik dikkat dağıtıcı etkinliklere yönelme eğiliminde olabileceklerini düşündürmektedir. Bu tür başa çıkma biçimleri kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede bireyin psikososyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bağımlılık benzeri davranış örüntülerine zemin hazırlayabilmektedir (Young ve ark., 2003). Nitekim Lobbestael ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada Kopuk Kendini Yatıştırıcı mod, BKB'ye sahip bireylerde yüksek düzeyde alkol ve madde kullanımıyla da ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde BKB tanısına sahip bireylerin madde kullanımı ve yeme bozuklukları eş tanısı aldığını gösteren çalışmalar (Zanarini ve ark., 1998) da bu bulguyu desteklemektedir. Her ne kadar alanyazında Kopuk Kendini Yatıştırıcı modun BKB ile ilişkisini ele alan çalışmalar sınırlı olsa da, bu modun

özelliği gereği duygusal acıyı bastırma, dikkat dağıtma ve içsel boşluğu doldurma çabaları ile karakterize olması, BKB'de sıklıkla gözlemlenen kendine zarar verme davranışları ve dürtüsel eğilimlerle örtüşebilecek olasılıklar barındırmaktadır. Bu çerçevede mevcut araştırmada elde edilen bu bulgunun, söz konusu modun borderline örüntüdeki olası işlevlerine dair daha kapsamlı araştırmaların gerekliliğine işaret ettiği düşünülebilir.

Mevcut araştırmada ele alınan bir diğer uyumsuz başa çıkma modu olan Söz Dinleyen Teslimci modun da yüksek risk grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Bu mod, bireyin duygusal ihtiyaçlarının görülmediği veya cezalandırıldığı bağlamlarda geliştirdiği, itaatkar ve aşırı uyumlu bir başa çıkma biçimini temsil etmektedir. Özellikle terk edilme ya da değersizlik korkusunun yoğun olduğu durumlarda, birey bu mod aracılığıyla ilişkide kalabilmek için kendi ihtiyaçlarını askıya alabilir ve güçlü algıladığı figürlerin beklentilerine sorgusuz uyum gösterebilir (Arntz ve Jacob, 2023; Young ve ark., 2003). Örneğin BKB'ye sahip olan kişiler kendisine kötü davranan veya kendisini terk eden, dürüst olmayan güvenilir eşler seçebilmektedir. Bu durum borderline örüntüye sahip bireylerin Terk Edilme, Güvensizlik, Kusurluluk ve Duygusal Yoksunluk şemaları ile başa çıkmada Söz Dinleyen Teslimci modu tercih edebildiklerine ve mevcut şemalarını güçlendirdiklerine işaret etmektedir (Rafaeli ve ark., 2010). Buradan hareketle Söz Dinleyen Teslimci modun, BKB'de sık rastlanan terk edilme duyarlılığı ve istikrarsız kişilerarası ilişki örüntüleri ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Alan yazında bilindiği kadarıyla BKB ile Söz Dinleyen Teslimci mod arasında pozitif ilişki olduğunu raporlayan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Lobbestael ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, Söz Dinleyen Teslimci mod ile BKB arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak bazı çalışmalarda bu modun, BKB'ye özgü olmaktan çok, farklı kişilik bozukluklarında da görülebildiği ve bu nedenle ayırt edici olmayabileceği ifade edilmiştir (Arntz ve ark., 2005). Buna karşın mevcut çalışmanın bulgusu, bu modun borderline örüntüye sahip bireylerde, özellikle terk edilme tehdidine karşı gelişen aşırı uyum ve onay arayışı davranışlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda bireyin ilişkide kabul görmek ve öz değerini korumak adına geliştirdiği savunmacı bir tutumun yansıması olarak da değerlendirilebilir. Öte yandan borderline örüntüye sahip bireylerin karşısındaki kişiye aşırı yapışma davranışları ve onay arayıcılığı da Söz Dinleyen Teslimci mod ile olan pozitif yönlü ilişkiyi açıklayabilir (Lobbestael ve ark., 2008).

4.3.4. BKB Risk Grupları ile Sağlıklı Yetişkin Modu Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmada yürütülen MANOVA bulguları, yüksek risk grubunun Sağlıklı Yetişkin modundan aldığı puanların düşük risk grubuna göre anlamlı biçimde daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, Şema Terapi modelinde Sağlıklı Yetişkin moduna atfedilen temel işlevlerle uyumludur. Bu adaptif mod; incinmiş çocuk moduna bakım verme, onu koruma ve onaylama, öfkeli çocuk ve dürtüsel çocuk modları için sınırlar belirleme, uyumsuz ve işlevsiz ebeveyn modlarıyla savaşıma ve bu modları ılımlı hale getirme görevlerini üstlenmektedir. (Young ve ark., 2003). Aynı zamanda Sağlıklı Yetişkin modu Şema Mod modelinde BKB'nin takımıyıldızında yer alan tek uyumlu moddur. Bununla birlikte bu modun eksikliği veya düşüklüğü BKB için önemli bir belirteç olarak kabul edilmektedir (Kellogg ve Young, 2006; Lobbestael ve ark., 2005; Young ve ark., 2003). Dolayısıyla BKB ile Sağlıklı Yetişkin modunun negatif yönlü bir ilişki içinde olması beklenmektedir. Mevcut araştırma bulguları bu noktada kavramsal çerçeveyi desteklemektedir.

Şema Terapinin BKB için nihai amacı Sağlıklı Yetişkin modunu güçlendirmek ve danışanın bunu içselleştirmesini sağlamaktır. Sağlıklı Yetişkin modu çocuk modlarına koruma sağlarken çocuk modları da Sağlıklı Yetişkin modunu kendiliğindenlik ve mutlulukla destekleyerek güçlendirmektedir (Young ve ark., 2003). Öte yandan bireyin şema aktivasyonu ile işlevsel başa çıkabilme becerisi Sağlıklı Yetişkin moduna atfedilmektedir (Yakın ve ark., 2020). Bu çerçeveden hareketle sağlıklı yetişkin modunun modlar arasında dengeleyici ve koruyucu bir işlevi bulunduğu söylenebilir.

Alanyazın incelendiğinde Sağlıklı Yetişkin modu ile BKB ilişkisini ele alan çalışmaların da mevcut araştırma bulgularını ve kavramsal çerçeveyi desteklediği görülmüştür. Yakın ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmanın bulguları güçlü bir Sağlıklı Yetişkin modunun çocuk modları ile karşılıklı ilişki içinde olduğunu raporlamıştır. Araştırma sonuçları Sağlıklı Yetişkin Modu ve çocuk modları çift yönlü bir etkileşim halinde olduğunda kişide duygusal istikrar ve dayanıklılığın en üst düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Lobbestael ve arkadaşları (2008) da benzer şekilde BKB'de Sağlıklı Yetişkin modu düşüklüğünün ayırt edici olduğunu raporlamıştır. Arntz ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü çalışma sonuçları da kişilik bozuklukları arasında en düşük Sağlıklı Yetişkin düzeyine sahip olan bireylerin BKB'ye sahip bireyler olduğunu göstermiştir. Diğer yandan BKB'yi karakterize eden Cezalandırıcı Ebeveyn modu ile başa çıkmak için bireyin Sağlıklı Yetişkin modunun güçlü olması gerekmektedir (van Maarschalkerweerd ve ark., 2021). Dolayısıyla yüksek risk

grubundaki bireylerin düşük risk grubuna kıyasla uyumsuz çocuk modlarından ve Cezalandırıcı ebeveyn modundan yüksek, Sağlıklı Yetişkin modundan düşük puan almaları literatür ve teorik çerçeve ile tutarlılık göstermektedir.

4.4. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Cinsiyetin erken dönem uyumsuz şema alanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yürütülen MANOVA bulguları, kadın katılımcıların Zedelenmiş Otonomi ile Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık şema alanlarında erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığını ortaya koymuştur.

Alanyazın incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemaların cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığı çalışma bulgularının tutarlılık göstermediği görülmüştür. Bazı araştırmalar (Brenning ve ark., 2012; Orue ve ark., 2014; Shorey ve ark., 2012; Welburn ve ark., 2002) kadınların, özellikle Kopukluk/Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Diğer Yönelimlilik alanlarında erkeklerden daha yüksek puanlar aldığı raporlarken; bazı çalışmalar (Aydoğdu ve Yılmaz, 2024; Cámara ve Calvete, 2012) erkeklerin şema alanlarında kadınlara göre daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Öte yandan cinsiyetin erken dönem uyumsuz şema alanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı raporlayan çalışmalar da (Caner, 2009; Üzümcü, 2016) bulunmaktadır.

Mevcut araştırmada Zedelenmiş Otonomi ve Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık alanlarında kadınların erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan alması, alanyazın ile kısmen örtüşmekte ancak genel beklenti olan tüm şema alanlarında kadınların daha yüksek puan alacağı hipotezini desteklememektedir.

Kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldığı Zedelenmiş Otonomi alanı bireylerin özerklik, yeterlik ve kimlik hissine ilişkin çekirdek duygusal ihtiyaçları ile ilişkili bir şema alanıdır. Buradaki şemalar genelde iç içe geçmiş, çocuğun kendine olan güvenini kazanmasına engel olabilecek; aşırı korumacı veya çocuğun ailesi dışındaki ortamlarda kendisini ortaya çıkarmasını zorlaştırabilecek aile ortamlarında gelişebilmektedir (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Kadınlarda bu alanda yüksek puanlar gözlenmesi, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilendirilebilir. Özellikle geleneksel, ataerkil toplumlarda kız çocukları genellikle koruyucu, talepkâr ve bağımlı olmaya teşvik edilirken; erkek çocuklar daha bağımsız, özgüvenli olmaya teşvik edilmektedir. Toplum tarafından bireylere yüklenen bazı

cinsiyet rolleri ebeveynlerin tutumlarını ve düşünce kalıplarını etkileyebilmektedir (İmamoğlu, 2008). Young ve arkadaşları (2003) da ebeveyn tutumlarının şema oluşumundaki belirleyici rolüne işaret etmiş, bazı kültürlerde erkek çocuklara daha fazla özerklik tanındığını belirtmiştir. Shorey ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen bir araştırmada kadınların bağımlılık ve tehditler karşısında dayanıksızlık gibi özerklik ile ilişkili şemalarda erkeklerden anlamlı yüksek puan alması bu yapıyı desteklemektedir. Bu çalışma bulgularına paralel olarak başka bir araştırmada (Orue ve ark., 2014), kadınların Zedelenmiş Otonomi alanından erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldığı ve bu şema alanının depresyon ve sosyal kaygı semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, ekonomik ve sosyal bağımlılığın yüksek olduğu kültürel bağlamlarda kadınların kendilerini daha güçsüz veya korunmasız hissetmeleriyle ilişkili olabilir. Böyle ortamlarda kadınlar özerklik ihtiyaçlarını karşılamakta daha fazla zorlanabilmektedir. Araştırma bulguları ve kavramsal çerçeveden hareketle, mevcut araştırma bulgusu, kadınların erken çocukluk döneminde daha bağımlı olmalarını destekleyen koruyucu bir tutumla yetiştirilmesi ve kendi ile ilgili konularda daha az söz sahibi olması sebebiyle bu alanda şemalar geliştirmeye daha yatkın olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık alanı ise, bireyin kendilik ihtiyaçlarını bastırarak sürekli olarak mükemmeliyet, başarı ve toplumsal onay arayışı içinde olmasıyla ilişkilidir. Kadınların bu alanda erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puan alması benzer şekilde, toplumsal roller bağlamında ele alınabilir. Bu şema alanı, Şema Terapi modelinde yer alan Yüksek Standartlar ve Onay Arayıcılık koşullu şemalarını kapsamaktadır. Koşullu şemalar, bireyin temel ihtiyaçlarını yalnızca bazı koşullar altında karşılayabileceğine yönelik inançlarla şekillenmektedir (Young ve ark., 2003). Bu şemalar, sıklıkla koşulsuz şemalardan kurtulma girişimleri olarak değerlendirilen ikincil şemalardır. Bu bağlamda, kadınların bu şema alanında erkeklerden farklılaşması sevgi ve kabul görebilmek için başarılı olma, sevebilmek için beklentileri karşılama ya da eleştiriden kaçınma gibi düşünce kalıplarının kadınlarda daha fazla içselleştirilmesi ile ilişkili olabilir. Shorey ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen bir araştırmada kadınların Yüksek Standartlar ve Onay Arayıcılık şemalarından erkeklere kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek puanlar alması kavramsal çerçeve ve mevcut araştırma bulguları ile tutarlıdır. Dolayısıyla, kadınların bu alanda daha yüksek puan alması, erken yaşantılarda başarı ve toplumsal beğeniyle koşullandırılmış bir değer algısının gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan, tüm araştırma bulguları ve Şema Terapi literatüründen hareketle, erken dönem uyum bozucu şemalar ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların alanyazında

tutarsız sonuçlar sunduğu görülmektedir. Bu durum, hem bu alanda daha fazla çalışmaya duyulan ihtiyaca işaret etmekte hem de bazı şemaların cinsiyetten bağımsız yapılar olarak gelişebileceği ihtimalini gündeme getirmektedir.

4.5. Şema Modlarının Borderline Kişilik Özelliklerini Yordama İlişkisinin Değerlendirilmesi

Araştırmada borderline kişilik özelliklerini yordayan faktörleri belirlemek amacıyla dört aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. İlk aşamada modele yalnızca Cezalandırıcı Ebeveyn modu dahil edilmiş ve bu modun borderline kişilik özelliklerini anlamlı düzeyde yordadığı; varyansın yaklaşık %29.5'ini tek başına açıkladığı bulunmuştur.

Şema Terapi kuramı, Cezalandırıcı Ebeveyn modunu BKB için ayırt edici ve uzun vadede en yıkıcı mod olarak tanımlamaktadır (Young ve ark., 2003). Dolayısıyla, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun borderline kişilik örüntüsünü tek başına yüksek oranda yordaması, bu modun BKB'de merkezi bir rol oynadığı bulgusunu desteklemektedir. Ayrıca bu bulgu, önceki araştırmalarda borderline bireylerde sık gözlenen şiddetli öz eleştiri, kendini sabote etme ve kendine zarar verme eğilimlerinin (Arntz ve Jacob., 2023; Jacob ve Arntz, 2013) Cezalandırıcı ebeveyn modu ile olan ilişkisine paralellik göstermektedir. Ancak ikinci aşamada modele Kırılgan Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk, Hiddetli Çocuk, Denetimsiz Çocuk ve Mutlu Çocuk modları dahil edildiğinde, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun etkisinin anlamlılığını yitirdiği, buna karşılık özellikle Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk ve Mutlu Çocuk modlarının BKB varyansını açıklamada daha etkili hale geldiği gözlenmiştir. Bu bulgu birkaç açıdan değerlendirilebilir.

Young ve arkadaşları (2003), BKB ile ilişkili modların DSM-4 tanı kriterleriyle örtüştüğünü belirtmiş; özellikle dürtüsellik ve öfkenin uygunsuz ifadesi ile ilişkili tanı kriterlerinin öfkeyi ifade etme veya giderilmemiş ihtiyaçları giderme bakımından Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bach ve Lobbesteal (2019) tarafından yürütülen bir çalışmada da benzer şekilde Dürtüsel Çocuk modu terk edilme korkusu, tutarsız kişilerarası ilişkiler ve dürtüsellikle; Öfkeli Çocuk modu ise net bir kimlik bilincinin olmaması, kontrolsüz öfke ve dissosiyasyonla ilişkili bulunmuştur. Bu doğrultuda, DSM-5'te de yer alan ‘‘sık ve yoğun şekilde öfke hissetme, bu öfkeyi yönetmede güçlük’’, ‘‘kendine zararı dokunacak en az iki alanda dürtüsellik’’, ‘‘yoğun duygu durum değişiklikleri ve durumsal strese verilen aşırı tepki’’ gibi tanı kriterlerinin, Cezalandırıcı Ebeveyn moduna

kıyasla Çocuk modları tarafından daha iyi açıklanmış olabileceği düşünülebilir. Bunun yanı sıra Cezalandırıcı Ebeveyn modunun diğer tüm modlarla ve borderline davranış yoğunluğuyla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir (Macik, 2024). Cezalandırıcı ses, kişinin ihtiyaçlarını karşılama veya kendini iyi hissetme hakkını elinden alarak, kendini suçlu hissetmesine, kendine veya başkalarına öfkelenmesine yol açabilmektedir (Arntz ve Jacob, 2023). Öte yandan öfke ve dürtüsellik, içselleştirilmiş ebeveynden gelen cezalandırıcı mesajlara verilen tepkilerdir. Nitekim Cezalandırıcı Ebeveyn modu ne kadar sık deneyimlenirse öfke ile ilişkili modlar o kadar fazla ortaya çıkabilmektedir (Macik, 2024). Mevcut araştırmada çocuk modlarının (özellikle Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk) modele dahil edilmesiyle birlikte Cezalandırıcı Ebeveyn modunun etkisinin anlamlılığını yitirmesi de bu açıklamayla tutarlıdır. Bunun yanı sıra bireyler anlık durumuna uygun olmayan yoğun, olumsuz ve baskın duygular deneyimlediğinde çocuk modlarının ortaya çıktığı bilinmektedir (Arntz ve Jacob, 2023). Buradan hareketle BKB’de görülen yoğun duygudurum değişikliklerinin, Cezalandırıcı Ebeveyn modundan ziyade duygusal yapıyı ölçen çocuk modları ile kendisini daha iyi açıklamış olabileceği de düşünülebilir.

Öte yandan, ölçek düzeyinde de bu farklılaşmayı destekleyecek olasılıklar bulunmaktadır. Örneğin, Şema Mod Envanteri’nde (Versiyon-3) yer alan “İnsanlara öfkeleniyorsam kötü biriyimdir” ya da “Kendime kızgıyım” gibi bazı maddelerinin kavramsal olarak Cezalandırıcı Ebeveyn moduna ait olmakla birlikte, ölçekteki varyans payı açısından Öfkeli ve Hiddetli Çocuk modunun temsil ettiği duygulanımla daha güçlü bir örtüşme gösterebileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde “Kendimi cezalandırmak için canımı acıtmak gibi dürtülerim vardır (Örneğin, kendimi kesmek)” maddesi yoğun ve dışa yönelmiş duyguların davranışsal düzeyde ifadesi bakımından Hiddetli ve Dürtüsel Çocuk modlarıyla daha yüksek yapısal benzerlik gösterebilir. Öte yandan “Kötü bir insan olduğum için diğer insanların keyif aldıkları şeylerden kendimi mahrum bırakırım” maddesi Mutlu Çocuk modunun temsil ettiği duygulanım ile negatif yönde örtüşüyor olabilir. Bu durum, Cezalandırıcı Ebeveyn modu açısından bazı ölçek maddelerinin latent yapılar arasında kavramsal geçişlilikler içerebileceğini ve özellikle Çocuk modlarının, borderline kişilik özelliklerinin davranışsal ve duygulanımsal düzeydeki yansımalarını açıklamada daha belirgin bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Başka bir deyişle, Cezalandırıcı Ebeveyn modu modelin bu aşamasında borderline örüntüyü doğrudan değil; tetiklediği yoğun duygulanımlar ve davranışsal dışavurumlar üzerinden dolaylı olarak etkilemiş olabilir.

Üçüncü aşamada modele, uyum bozucu başa çıkma modları olan Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modları dahil edilmiştir. Bu aşamada Öfkeli, Dürtüsel ve Mutlu Çocuk modlarının borderline kişilik özellikleri üzerindeki anlamlı etkisi korunurken, özellikle Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modların da BKB varyansını açıklamada anlamlı katkı sağladığı görülmüştür. Buna karşılık, Söz Dinleyen Teslimci modun modele etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, BKB’de bireylerin başa çıkma stratejilerinin daha çok kaçınmacı ve yatıştırıcı nitelikte kendini gösterdiğini düşündürmektedir.

Ayrıca ilk aşamada borderline kişilik özelliklerini güçlü biçimde yordayan Cezalandırıcı Ebeveyn modunun doğrudan etkisinin, çocuk modlarının eklendiği ikinci modelde ve başa çıkma modlarının dahil edildiği üçüncü modelde anlamlılığını yitirmesi, bu modun başlangıçta güçlü bir yordayıcı olsa da diğer modların (çocuk modları ve başa çıkma modları) katkısıyla etkisinin görece azaldığını göstermektedir. Bu bulgu, çocuk modları ile başa çıkma modlarının, borderline kişilik özelliklerini açıklamada Cezalandırıcı Ebeveyn moduna kıyasla daha güçlü yordayıcılar olduğunu ve bu modun etkisini azaltıcı yönde işlev gördüğünü düşündürmektedir. Üçüncü modelde özellikle Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı baş etme modlarının anlamlı yordayıcılar olarak ortaya çıkması, bu varsayımı destekler niteliktedir.

BKB’ye sahip bireyler genellikle zamanlarının çoğunu Kopuk Korungan modda geçirmektedir. Bu modun işlevi, cezadan kaçınmak için duygusal ihtiyaçları kesmek, diğerlerinden kopmak ve itaatkar davranmaktır. Nitekim Kopuk Korungan mod, BKB’de yer alan tanı kriterlerinden kronik boşluk duygusu, dürtüsellik ve tutarsız kimlik algısı ile ilişkilendirilmektedir (Young ve ark., 2003). Macik (2024) tarafından klinik olmayan örnekleme yürütülen bir araştırmada boşluk hissi ve duygulardan kopma eğiliminin BKB’de Kopuk Korungan mod ile ilişkili olarak belirleyici olduğunu vurgulanmıştır. Diğer yandan, Kopuk Kendini Yatıştırıcı mod bireyin içsel acıyı bastırmak için alkol, madde, aşırı yeme, kumar veya aşırı sosyal medya gibi kısa vadeli ancak işlevsiz stratejilere başvurduğu bir başa çıkma örüntüsüdür (Young ve ark., 2003). Bu modun anlamlı düzeyde BKB’yi yordaması, BKB’de sıklıkla gözlenen kendine zarar verme, dürtüsel davranışlar ve bağımlılık örüntülerinin baş etme biçimiyle ilişkili olabilir. Nitekim Lobbestael ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen kişilik bozukluklarında şema modlarının ampirik olarak test edildiği bir çalışmada, Kopuk Kendini Yatıştırıcı mod BKB’de yüksek düzeyde alkol ve madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla bu aşamada Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı

modların modele anlamlı katkıda bulunması, borderline kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin duygularıyla başa çıkmak için dışsal yatıştırıcılara yöneldikleri bulgusunu desteklemektedir.

Ayrıca bu modelde, borderline kişilik özellikleri üzerinde en belirgin etkilerin Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modlarından geldiği görülmektedir. Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modların da tabloya anlamlı biçimde eşlik etmesi, borderline örüntüde öfke ve dürtüsellikle baş etme süreçlerinde kaçınma ve bastırma temelli başa çıkma stratejilerinin de önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Borderline kişilik özelliklerine sahip bireyler yoğun duygusal deneyimlerle başa çıkarken ya içsel deneyimlerinden tamamen koparak duygusal temastan kaçınabilir ya da bu duyguları sağlıklı biçimde bastırarak yatıştırmaya çalışabilir. Bu durum, borderline kişilik örüntüsünde başa çıkma mekanizmalarının iki uçlu bir yapıda işleyebildiğini düşündürmektedir.

Dördüncü ve son aşamada analize eklenen Sağlıklı Yetişkin modunun modele küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir katkı sağlandığı görülmüştür. Bu aşamada Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modları, borderline kişilik özelliklerinin en güçlü yordayıcıları olmaya devam etmiş; Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modların etkisi de anlamlılığını korumuştur. Buna karşılık Mutlu Çocuk modunun anlamlı etkisi bu aşamada ortadan kalkmış ve Sağlıklı Yetişkin modunun borderline kişilik özelliklerini açıklamada negatif yönde bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, Sağlıklı Yetişkin modunun modele dahil edilmesiyle birlikte Öfkeli Çocuk modunun etkisinde gözlenen artış, BKB'ye sahip bireylerde engellenme ve hayal kırıklığı karşısında öfkenin tetiklenmesinin, yeterince gelişmemiş bir Sağlıklı Yetişkin modu tarafından dengelenememesiyle ilişkili olabilir. Rafaeli ve arkadaşları (2010) da BKB'de sağlıklı içsel denetim kaynaklarının eksikliği durumunda, öfkenin merkezi bir duygu haline gelebildiğini ve bireyin davranışlarını yönlendiren belirleyici etkenlerden biri olduğunu belirtmektedir.

Sağlıklı Yetişkin modu, diğer modlara bakım veren, uyumsuz modları destekleyen ve terapide güçlendirilmesi hedeflenen bir moddur (Young ve ark., 2003). Dolayısıyla araştırmamız için Sağlıklı Yetişkin modunun BKB ile anlamlı ve negatif bir ilişki içinde olması beklenen bir sonuçtur. Bu noktadan hareketle Sağlıklı Yetişkin modunun borderline örüntü üzerinde düzenleyici ve dengeleyici bir rol oynadığı düşünülebilir. Nitekim Sağlıklı Yetişkin modu çocuk modlarına koruma sağlarken çocuk modları da Sağlıklı Yetişkin modunu kendiliğindenlik ve mutlulukla destekleyip güçlendirmektedir (Young ve ark., 2003). Sağlıklı Yetişkin modu güçlü ve işlevsel durumdaysa Mutlu Çocuk modunun gelişimi için gereken alan

açılabilir ve kişi Mutlu Çocuk modunun etkisindeyken kendiliğindenlik, neşe, anlaşılmış ve değerli hissetme gibi duyguları deneyimleme ve kendini ifade edebilme fırsatı bulabilir (Arntz ve Jacob, 2023; Rafaeli ve ark., 2010). Ayrıca sağlıklı yetişkin modu ile mutlu çocuk modunun belirli ortak noktaları bulunmaktadır. En önemli ortak nokta, iki modun da deneyimlendiğinde ruhsal olarak iyi hissettirmesidir. Aralarındaki fark ise mutlu çocuk modundayken bireylerin daha çok rahatlık, şaka gibi çocuksu eğlenceler deneyimlerken; sağlıklı yetişkin modundayken daha çok yetişkin mutlulukları deneyimlenmesi ve buna bazı durumlarda ödev ve görevlerin de eşlik edebilmesidir (Jacob ve ark., 2014). Dolayısıyla, Sağlıklı Yetişkin modunun modele eklenmesiyle Mutlu Çocuk modunun negatif etkisinin anlamlılığını yitirmesi, Sağlıklı Yetişkin modunun Mutlu Çocuk moduna çok benzer bir yapıyı ölçüyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir başka deyişle, birey sağlıklı yetişkin kapasitesine sahip olduğunda, çocuk modlarında yer alan olumlu duygulanım örüntülerinin borderline özellikleri azaltıcı etkisi artık daha çok Sağlıklı Yetişkin modu aracılığıyla temsil ediliyor olabilir.

Alanyazında Sağlıklı Yetişkin modunun borderline kişilik örüntüsünde zayıf düzeyde olduğu ve BKB şiddetiyle negatif yönde ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Lobbestael ve ark., 2008). Young ve arkadaşları (2003), BKB’de bu modun başlangıçta zayıf ya da yok denecek kadar az olduğunu ifade ederken, Arntz ve arkadaşları (2005) kişilik bozuklukları arasında en düşük Sağlıklı Yetişkin düzeyine sahip olan bireylerin BKB’ye sahip bireyler olduğunu vurgulamaktadır. Mertens ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen bir başka çalışmada, sağlıklı modların özellikle klinik olmayan örneklemelerde yapısal modellerde negatif yönde ve anlamlı biçimde kişilik özelliklerini açıkladığı belirtilmiştir. Ayrıca Salgó ve arkadaşları (2021), uyumlu modların duygu düzenleme becerileriyle olan pozitif ilişkisine dikkat çekerek, Sağlıklı Yetişkin modunun artmasının borderline eğilimleri azaltabileceğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, mevcut çalışmada Sağlıklı Yetişkin modunun borderline kişilik özelliklerini anlamlı düzeyde negatif yönde yordamasını destekler niteliktedir.

Ek olarak, bu aşamada Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modların etkilerinin artarak anlamlılığını sürdürmesi dikkat çekicidir. Şema Terapi modeline göre, özellikle Kopuk Korungan modun yerini zamanla Sağlıklı Yetişkin modunun alması beklenmektedir (Young ve ark., 2003). Ancak bu başa çıkma stratejilerinin Sağlıklı Yetişkin modu modele dahil edildikten sonra da borderline kişilik özelliklerini yordamada etkili olmaya devam etmesi, bu modların borderline örüntüye sahip bireylerde oldukça dirençli ve yerleşik biçimde işlev gördüğünü düşündürmektedir. Bunun yanı sıra nihai modelde BKB’yi karakterize

eden modlardan biri olan Kırılğan Çocuk modunun borderline kişilik özelliklerinin anlamlı bir yordayıcısı olarak bulunmamış olması dikkatli yorumlanması gereken bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Kırılğan Çocuk modu, taşıdığı yoğun acı, değersizlik ve korunmasızlık duygularını özellikle Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk gibi tepkisel modlar aracılığıyla ortaya koyabilir. Terapi sürecinin erken aşamalarında, danışanlar genellikle bu tepkisel modlar üzerinden kendilerini ifade ederken; Kırılğan Çocuk modu, güvenli bir terapötik ilişki geliştikçe ve savunmalar kademeli olarak azaldıkça daha belirgin hâle gelebilir. Bu nedenle, istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmaması, Kırılğan Çocuk modunun borderline kişilik örüntülerindeki yerinin önemsiz olduğu anlamına gelmemekte; bu modun etkisini daha çok dolaylı yollarla gösterebileceğini düşündürmektedir.

4.6. Klinik Doğurgular

Borderline kişilik bozukluğu, klinik örneklemede en sık rastlanan, birçok kişilik bozukluğu ve Eksen-I bozuklukları ile eş tanı gösteren, ruhsal bozukluklardan biridir. Bununla beraber genel popülasyonda da yaygınlığının % 1-2 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Ellison, 2018). Şema Terapi başta BKB olmak üzere kişilik bozuklukları tedavisinde umut vaat eden ve uygun maliyetli bir tedavi aracı olarak görülmektedir (Gör ve ark., 2017). Şema Mod modeli ise, Young ve arkadaşları (2003) tarafından, BKB’de aynı anda ortaya çıkan birçok şemanın Şema Terapi yaklaşımıyla tek başına yeterince ele alınamaması nedeniyle geliştirilmiştir. Şema Mod modeli BKB’deki ani mod geçişlerini ve davranış değişimlerini açıklamaya yönelik bir çerçeve sunmaktadır.

Öte yandan özellikle kişilik bozukluklarının tedavisinde şema modları ile çalışılmasının şemalarla çalışmaktan daha önemli olduğu varsayımına rağmen literatürde çok az çalışmanın şema modlarına odaklandığı görülmektedir (Macik, 2024). Young ve arkadaşları (2003), kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerde de uyumsuz şema ve modların etkin olabileceğine dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra BKB’ye özgü görünür semptomlardaki değişimler, patolojik kişilik özelliklerindeki değişimlerle paralel ilerlemektedir (Giesen-Bloo ve ark., 2006). Dolayısıyla BKB’yi klinik olmayan örneklemede şema modları aracılığıyla kavrayabilmek, klinik uygulamada önemli bir kazanç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bu bireylerin tanı eşiğini karşılamayan semptom düzeylerine rağmen, özellikle kişilerarası işlevsellik alanında yaşadıkları güçlükler, genel örnekleme yürütülen çalışmaların klinik ve kuramsal açıdan değerli olabileceğini göstermektedir. Mevcut çalışma, bilindiği kadarıyla Türkiye’de borderline

kişilik özelliklerinin Şema Terapi modeli kapsamında şema modları düzeyinde ele alındığı ilk çalışma olma niteliği taşımaktadır.

Psikoterapi sürecinin etkinliğini artırmak, büyük ölçüde danışanın özgün yapısına uygun şekilde geliştirilmiş vaka formülasyonlarına ve bu formülasyona dayalı müdahalelere bağlıdır. Şema Terapi uygulamalarında BKB gibi kişilik bozuklukları için belirlenen mod modelleri, klinik uygulamada bu bireylerde görülecek modların bir ön-modelini tanımlaması açısından önemli kabul edilmektedir (Arntz ve van Genderen, 2023). Öte yandan mevcut çalışmada borderline kişilik özelliklerine sahip bireylerin yalnızca belirli şema modlarında değil, aynı zamanda tüm erken dönem uyumsuz şema alanlarında da anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu bulgu, Şema Mod modelinin geliştirilme gerekçesiyle doğrudan örtüşmektedir. Dolayısıyla, BKB'ye benzer bir örüntünün borderline kişilik özelliklerine sahip bireylerde de gözlemlenmesi, borderline örüntülerin yalnızca tanı düzeyinde değil, tanı eşiğinin altında kalan düzeylerde de belirli mod yapıları üzerinden şekillenebileceğine işaret etmektedir. Başka bir deyişle, tanı eşiğini karşılamayan bireylerde dahi yaygın şema aktivasyonlarının gözlemlenmesi, klinik risk taşıyan profillerin erken dönemde tanınmasına olanak sağlayabilir. Bu durum, şema modlarının erken dönemde değerlendirilmesi ve ruh sağlığı alanında önleyici ve koruyucu müdahaleler geliştirilebilmesi açısından önemlidir.

Araştırma bulguları doğrultusunda, borderline kişilik özelliklerinin anlamlı düzeyde ilişkili olduğu şema modlarının klinik bir bakış açısıyla bütünleştirilerek sunulması amaçlanmıştır. Modelde yer alan Cezalandırıcı Ebeveyn modu, ilk aşamada modelin yaklaşık üçte birini tek başına açıklamıştır. Bu bulgu, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun borderline örüntüde güçlü bir yordayıcı olarak işlev gördüğünü göstermesi ve BKB mod modelini doğrulaması açısından önemlidir. Bu bilgiden yola çıkılarak, BKB'nin ayırt edici ebeveyn modu olarak Cezalandırıcı Ebeveyn moduna da modelde yer verilmiştir. Bununla birlikte, analiz sürecinin ilerleyen aşamalarında çocuk modları ve başa çıkma modları eklendiğinde Cezalandırıcı Ebeveyn modunun etkisi anlamlılığını yitirmiştir. Bu durum, Cezalandırıcı Ebeveyn etkisinin bütünüyle ortadan kalkmasından ziyade bu modun çocuk modları üzerinden dolaylı olarak etki etmeye devam ettiği şeklinde yorumlanmıştır. Buradan hareketle terapi sürecinde BKB'de yer alan uyumsuz çocuk modları ile çalışmanın, dolaylı yoldan Cezalandırıcı Ebeveyn modunun sesini kısımaya da yardımcı olabileceği düşünülebilir.

Bunun yanı sıra BKB mod modelinde çocuk modları arasında en önemli işlevi üstlenen Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modlarının güçlü yordayıcılar olarak öne çıkması, bu modların BKB'nin tedavi sürecinde erken fark edilmesi ve düzenlenmesi gereken yapılar arasında yer

alması gerektiği varsayımını doğrulamıştır. Ancak bu yorum yapılırken, regresyon modellerinin nedensel ilişkilerden ziyade değişkenler arası ilişkiselliğe odaklandığı unutulmamalıdır.

Öte yandan, çocuk modları açısından değerlendirildiğinde, BKB'nin mod modelinde merkezi modlardan biri olarak yer alan Kırılğan Çocuk (Terk Edilmiş Çocuk) modunun borderline özellikler üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu bağlamda Kırılğan Çocuk modunun borderline kişilik özelliklerinin anlamlı bir yordayıcısı olmaması kuramsal çerçeve ile çelişen bir bulgudur. Ancak Kırılğan Çocuk modu terapi sürecinde çoğu zaman doğrudan değil, diğer modlar aracılığıyla dolaylı biçimde ifade edilebilir. Özellikle Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk gibi tepkisel modların, Kırılğan Çocuk modunun taşıdığı yoğun acıyı, değersizlik hissini ve korunmasızlık deneyimini maskeler nitelikte çalıştığı düşünülebilir. Terapi sürecinin başında savunma işlevi gören bu tepkisel modlar daha belirgin biçimde ortaya çıkarken, Kırılğan Çocuk modu genellikle güvenli bir terapötik ilişki geliştikçe fark edilebilir hale gelebilir. Dolayısıyla Kırılğan Çocuk modunun borderline kişilik özelliklerini anlamlı düzeyde yordamaması, bu modun klinik açıdan önemsiz olduğu anlamına gelmemelidir. Bununla birlikte, araştırma bulguları benzer şekilde Mutlu Çocuk modunun borderline kişilik özellikleriyle anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koymuştur. Mutlu Çocuk modu, bireyin temel duygusal ihtiyaçlarının karşılandığı, spontanlık ve oyun gibi yaşantıların içselleştirildiği bir yapıyı temsil etmektedir. Şema Mod modelinde, bu modun gelişimi çoğunlukla Sağlıklı Yetişkin modunun yeterince güçlü olmasıyla mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla Mutlu Çocuk modunun istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olarak ortaya çıkmaması, bu modun BKB yapısında zaten baskılanmış halde bulunabileceği gerçeğiyle ilişkilendirilebilir. Bu doğrultuda, Mutlu Çocuk modunun eksikliği bir belirti olmaktan ziyade, çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmamış olmasının bir yansıması olarak görülebilir. Dolayısıyla bu modun terapi sürecinde dikkate alınarak desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

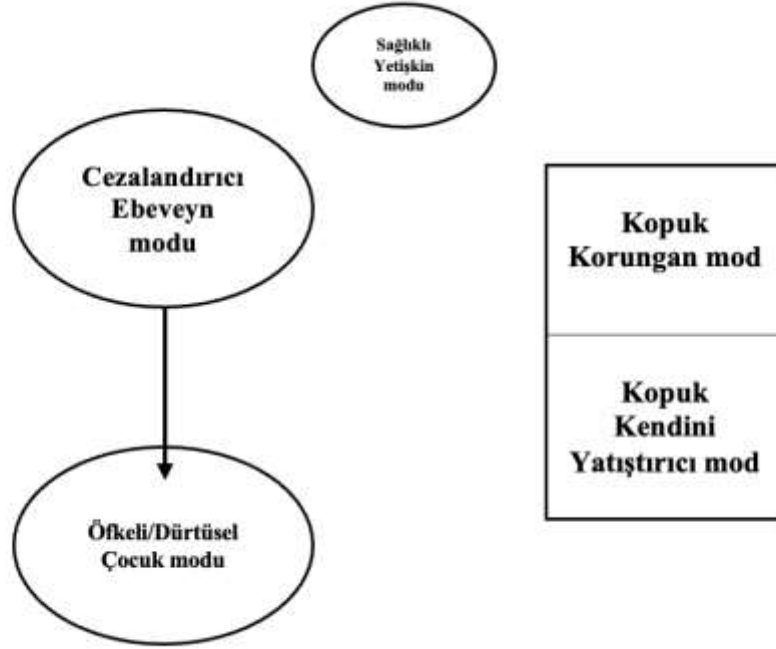
Ayrıca, araştırmada Kopuk Kendini Yatıştırıcı modun borderline kişilik özelliklerinin anlamlı bir yordayıcısı olarak ortaya çıkması dikkat çekicidir. Her ne kadar bu mod, BKB için geliştirilen özgün mod modelinde yer almıyor olsa da; bireyin içsel sıkıntıyla baş edebilmek için kendini uyuşturması, izole etmesi ya da bağımlılık temelli davranışlara yönelmesi klinik uygulamalarda sık gözlemlenen bir örüntüdür. Bu bulgu, borderline yapıdaki kaçınmacı ve dürtüsel davranış örüntülerinin altında yatan mod dinamiklerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Öte yandan son aşamada Sağlıklı Yetişkin modunun modele dahil edilmesine rağmen Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı modların borderline örüntü üzerinde

etkisini sürdürdüğü gözlemlenmiştir. Buradan hareketle, başa çıkma modlarının borderline örüntüde yerleşik ve dirençli bir yapıda çalıştığı düşünülebilir. Bu noktada, Şema Terapi modelinde yer alan imgeleme çalışmaları ile olumsuz deneyimlerin yeniden senaryolaştırılması, sınırlı yeniden ebeveynlik sürecini destekleyebilir. İmgeleme çalışmaları, modlar arasında diyalog kurulması gibi tekniklerin kullanımı bu bireylerde hem kaçınma örüntüleri ile çalışabilme hem de Sağlıklı Ebeveyn modunu güçlendirme fırsatı sunabilir.

Arntz ve van Genderen (2021) BKB'nin mod modelini altı temel mod ile şematize etmiştir. Bu modlar: Cezalandırıcı Ebeveyn, Öfkeli/Dürtüsel Çocuk, Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk, Kopuk Korungan, Sağlıklı Yetişkin ve Mutlu Çocuk modlarıdır (Arntz ve van Genderen, 2021, s. 16). BKB'nin klinik bir vaka üzerinden sunulan bir başka mod modeline göre ise bozukluğun merkezinde; Cezalandırıcı Ebeveyn, Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk, Öfkeli Çocuk ve Kopuk Korungan mod olmak üzere beş temel mod bulunmaktadır. (Arntz ve Jacob, 2023, s. 64). Mevcut araştırma bulguları, her iki modeli de kısmen desteklemekle birlikte, bazı farklılıklar da ortaya koymaktadır. Örneğin, çalışmada Kırılğan Çocuk (Terk Edilmiş/Kötüye Kullanılmış Çocuk) modu borderline kişilik özelliklerinin anlamlı bir yordayıcısı olarak belirlenmemiş, buna karşılık Dürtüsel Çocuk modu ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı mod borderline kişilik özelliklerinin güçlü yordayıcıları olarak öne çıkmıştır. Ayrıca, Sağlıklı Yetişkin modunun mevcut modelde borderline kişilik özelliklerinin bir yordayıcısı olarak bulunmasıyla ilk model desteklenmiş ancak Mutlu Çocuk modu mevcut modelde anlamlı bir yordayıcı olarak yer almamıştır. Buradan hareketle, mevcut araştırma kapsamında öneri niteliğinde Şekil 4'te yer alan model sunulmuştur. Sunulan modelin, BKB'nin terapi sürecinde hangi modlara öncelik verilmesi gerektiğine yönelik yol gösterici nitelikte olabileceği düşünülmektedir. Bu model, literatürdeki BKB'ye özgü mod örüntüleriyle örtüşmesinin yanı sıra özgün mod katkılarını da içermesi bakımından şema terapi temelli müdahale süreçleri için klinik uygulamalarda dikkate alınabilecek alternatif bir bakış açısı sunmaktadır.

Şekil 4.

Şema Terapi çerçevesinde elde edilen model



4.7. Sınırlılıklar ve Öneriler

Mevcut araştırma, önemli bulgular sunmakla birlikte bazı yöntemsel sınırlılıkları da beraberinde getirmektedir. Öncelikle, çalışma tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak borderline özelliklere sahip olan bireylerle yürütülmüştür. Bu durum, elde edilen bulguların tanı almış bireylere doğrudan genellenmesini sınırlandırmakta; bulguların, daha çok kişilik özellikleri düzeyinde ele alınmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda, gelecek araştırmaların BKB tanısı almış bireylerle yapılmasının hem mevcut bulguların geçerliliğinin sınanması hem de modelin klinik düzeydeki işlevselliğinin test edilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte örneklemin yapısına ilişkin sınırlılıklar da bulunmaktadır. Kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılardan fazla olması, elde edilen bulguların cinsiyet değişkeni açısından dengeli şekilde temsil edilmesini sınırlandırmaktadır. Ayrıca örneklemin yaş grubu 18-62 yaş aralığında dağılım göstermesine karşın örneklemin büyük çoğunluğunu 18-35 yaş aralığındaki katılımcılar oluşturmaktadır. Bu durum araştırma bulgularının genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda örneklem gruplarının yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından daha dengeli şekilde temsil edilen örneklemlemlerle yürütülmesi önerilmektedir.

Veri toplama sürecinde yalnızca öz-bildirime dayalı ölçeklerin kullanılmış olması da önemli bir sınırlılıktır. Katılımcıların ölçek maddelerine verdiği yanıtlar öznel değerlendirmelerine dayandığı için, kendini olduğundan farklı gösterme ya da düşük içgörü gibi faktörler verilerin güvenilirliğini etkileyebilir. Ayrıca araştırmanın kesitsel bir desenle yürütülmüş olması, değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesini belirli bir zaman dilimi ile sınırlandırmaktadır. Araştırmada değişkenler sadece ilişkisel düzeyde incelenmiş, nedensel çıkarıma dayalı çıkarımlar yapılamamıştır. Bu sınırlılık göz önünde bulundurularak gelecek araştırmalarda BKB tanısı almış bireyler ile geçerli ve güvenilir tanı görüşmeleri yapılarak bir kontrol grubunun çalışmaya dahil edilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra Şema Mod yaklaşımının etkililiğinin değerlendirilebilmesi açısından boylamsal araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca, çalışmada yüksek risk grubu ile düşük risk grubu arasındaki örneklem dağılımının eşit olmaması, bir diğer yöntemsel sınırlılık olarak değerlendirilebilir. BKB açısından düşük riskli gruptaki bireylerin sayıca daha fazla olması, gruplar arası karşılaştırmalarda elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Ayrıca yüksek risk grubundaki bireyler bu sebeple yeterince temsil edilememiş ve değerlendirilememiş olabilir. Bu sınırlılık göz önünde bulundurularak ileride yapılacak çalışmalarda örneklem gruplarının daha dengeli biçimde yapılandırılması, elde edilecek sonuçların daha güvenilir biçimde yorumlanmasına katkı sağlayabilir.

Son olarak, araştırmanın klinik olmayan örneklem ile yürütülmesi, bulguların tanı düzeyindeki bireylere doğrudan genellenmesini zorlaştırsa da, boyutsal yaklaşım perspektifiyle uyumlu biçimde değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, yalnızca kişilik bozukluğu tanısı alan gruplarla değil, aynı zamanda kişilik örüntüsü olan gruplarla da yapılacak etkililik çalışmalarının, özellikle önleyici müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Mevcut araştırmada, klinik olmayan bir örneklemede, borderline kişilik özellikleri ile erken dönem uyumsuz şemalar ve şema modları arasındaki ilişkiler Şema Terapi kuramı çerçevesinde incelenmiştir. Araştırma sonuçları, borderline şiddeti açısından daha yüksek riskli olan grubun tüm şema alanlarında (Kopukluk/Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik ve Yüksek Standartlar) düşük riskli gruba göre daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Bunun yanı sıra yüksek risk grubunun tüm uyumsuz modlardan (Kırılgan, Öfkeli/Hiddetli, Dürtüsel/Denetimsiz çocuk, Cezalandırıcı ebeveyn, Söz Dinleyen Teslimci, Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı) düşük risk grubuna göre daha yüksek, adaptif modlardan (Mutlu Çocuk ve Sağlıklı Yetişkin modu) daha düşük puan aldığı bulunmuştur. Bu bulgular Şema Terapi kuramsal çerçevesi ile uyum göstermektedir. Araştırma bulguları, yalnızca BKB tanısı almış bireylerde değil, kişilik örüntüsü gösteren bireylerde de erken dönem uyumsuz şemaların ve şema modlarının önemli farklılıklar sergilediğini göstermesi bakımından literatüre katkı sağlamıştır. Şema alanları arasındaki cinsiyet farklılıklarının değerlendirilmesi sonucunda ise kadınların Zedelenmiş Otonomi ve Yüksek Standartlar şema alanlarından aldığı puanların erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer şema alanlarında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmanın temel amacı olan BKB için kuramsal olarak önerilen Şema Mod modelinin sınanması sonucunda, Cezalandırıcı Ebeveyn modunun borderline kişilik özelliklerini tek başına anlamlı şekilde yordadığı ancak çocuk modlarının modele dahil edilmesiyle anlamlılığını kaybettiği gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk modları, Kopuk Korungan ve Kopuk Kendini Yatıştırıcı başa çıkma modları ve Sağlıklı Yetişkin modunun borderline kişilik özelliklerini yordadığı bulunmuştur. Kuramsal çerçeve ile çelişen bir bulgu olarak BKB mod modelinde öngörülen Kırılgan Çocuk modu araştırmada nihai model üzerinde anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmamıştır. Öte yandan BKB mod modelinde bulunmayan Kopuk Kendini Yatıştırıcı modunun borderline kişilik özelliklerinin bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının genel çerçevesiyle BKB mod modelini desteklediği söylenebilir.

Mevcut araştırma, bilindiğı kadarıyla Türkiye’de ilk defa borderline kişilik özelliklerinin Şema Mod modeli çerçevesinde incelendiğı çalışmadır. Araştırma bulguları, borderline kişilik özellikleri ile şema modları arasındaki ilişkiyel örüntüleri ortaya koyarak kuramsal açıklamaları desteklemektedir. Ayrıca elde edilen bulgular, Şema Terapi kuramının borderline kişilik örüntülerinin yalnızca tanı almış bireylerde değil, kişilik örüntüsü gösteren bireylerde de mod modeli aracılığıyla kavramsallaştırılabileceğini göstermekte; bu yönüyle, terapi sürecine yönelik önemli klinik çıkarımlar sunmaktadır.



KAYNAKLAR

- Akçer, B., & Bahayi, K. (2023). Yetişkin bireylerde erken dönem uyum bozucu şemalar ve narsisistik özellikler arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rolü. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 48, 54-82. <https://doi.org/10.17740/eas.soc.2023.V48.04>
- Akın, E., Köse, S., Ceylan, V., Temel, G., ve Türkcapar, M. H. (2017). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 152-158. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1298421>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Aracı, A. & Bilge, Y (2021). Erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozuklukları ilişkisinde immatür savunmaların aracı rolü. *Turkish Studies-Social*, 16(3), 933-951. <http://dx.doi.org/10.47356/TurkishStudies.47358>
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2023). *Sınırdaki kişilik bozukluğu için Şema Terapi* (M. Şaşıoğlu & S. Kohen, Çev.). Psikonet. (Orijinal eser 2013 yılında yayımlanmıştır).
- Arntz, A., & Jacob, G. (2023). *Schema therapy in practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. John Wiley & Sons.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2021). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Arntz, A., Klokman, J., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.005>
- Ashiq, A., Riaz, M. N., & Riaz, M. A. (2018). Direct and indirect effect of childhood traumatic experiences on Cluster-B Personality Disorders in adults. *Pakistan Journal of Medical Research*, 57(4), 160–164.
- Aydemir, Ö., Demet, M. M., Danacı, A. E., Deveci, A., Taşkın, E. O., Mızrak, S., Şimşek, E. & İçelli, İ. (2006). Borderline kişilik envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), 6-10.

- Aydoğdu, B. E., & Yılmaz, A. E. (2024). Sosyal Kaygı Belirtilerinin Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Açısından İncelenmesi: Bilinçli Farkındalık ve Öz-Şefkatin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 35(4). <https://doi.org/10.5080/u26595>
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Bach, B., & Lobbestael, J. (2019). Elucidating DSM-5 and ICD-11 diagnostic features of borderline personality disorder using schemas and modes. *Psychopathology*, 51(6), 400-407. <https://doi.org/10.1159/000495845>
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2017). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2015). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 33(2), 134-143. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272>
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of personality disorders*, 15(1), 72-83. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.1.72.18642>
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021>
- Başar, B. (2021). *Sınırdaki kişilik bozukluğu özellikleri ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Kent Üniversitesi.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>
- Bayes, A., & Parker, G. (2017). Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research*, 257, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.047>
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2nd ed.). Guilford Press.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
<https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA25789950>
- Bhome, R., & Fridrich, P. (2015). Borderline personality disorder. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(1). <https://doi.org/10.12968/hmed.2015.76.1.C14>
- Bilge, Y., & Balaban, G. (2021). Kişilik bozuklukları ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiler ve cinsiyetin düzenleyici rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 12-18. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline Personality Disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics*, 11(11), 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Brenning, K., Bosmans, G., Braet, C., & Theuwis, L. (2012). Gender differences in cognitive schema vulnerability and depressive symptoms in adolescents. *Behaviour Change*, 29(3), 164-182. <https://doi.org/10.1017/bec.2012.15>
- Busch, A. J., Balsis, S., Morey, L. C., ve Oltmanns, T. F. (2016). Gender differences in borderline personality disorder features in an epidemiological sample of adults age 55–64: Self versus informant report. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 419-432. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_202
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00031-1)
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Caner, M. (2009). *Evli bireylerde kendi ebeveynlerini algılama biçimleri, erken dönem uyum bozucu şemalar ve eşe yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2010a). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy & Research*, 34(4), 343–358. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9250-1>
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2010b). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology & Psychotherapy:*

- Ceylan, V. (2016). *Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, güvenirliği, faktör yapısı* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Coid, J., Yang, M. I. N., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal of psychiatry*, 188(5), 423-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- 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.
- Dadashzadeh, H., Hekmati, I., Gholizadeh, H., & Abdi, R. (2016). Schema modes in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 22-28. <https://doi.org/10.12740/APP/63535>
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: an Applied Clinical approach. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Ertürk, Y., & Arıkan, S. (2022). Romantik ilişkilerde ilişki istikrarı: Sınır kişilik örgütlenmesinde erken dönem uyumsuz şemalar, ilişkilerde manipülasyon ve flört şiddeti bağlamında incelenmesi. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 9(87), 1776-1791. <https://doi.org/10.26450/jshsr.3213>
- Eser, D. (2022). *Yetişkin bireylerde borderline kişilik özellikleri, otobiyografik bellek özellikleri ve olayların merkeziliği ilişkisinin incelenmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.

- Esmaeilian, N., Dehghani, M., Koster, E. H. W., & Hoorelbeke, K. (2019). Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(3), 388-398. <https://doi.org/10.1002/cpp.2360>
- Esmaeilian, N., Hoorelbeke, K., Naderzadeh, S., & Koster, E. H. (2022). Associations between borderline personality disorder features, early maladaptive schemas, and schema modes: A network analysis in a nonclinical sample. *Personality and Individual Differences*, 195, 111674.
- Faraji, H., & Durak, R. (2023). Kendilik nesnesi aktarımları ile borderline kişilik özellikleri arasında özerk benlik yönetiminin aracı rolü. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 1-18. <https://doi.org/10.18506/anemon.1128019>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie*, 11(02), 78-86. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670748>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Field, A. M., Francis, A. J. P., & Carr, S. N. (2015). Borderline personality and depressive symptomatology: Common psychosocial predictors and comorbidity. *Australian Journal of Psychology*, 67(4), 197-206. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12082>
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Freeman, A., & Jackson, J. (1996). Single session treatment of a borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3(1), 183-208. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(96\)80037-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(96)80037-X)
- Frías, Á., Navarro, S., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Salvador, A., Aluco, E., Martínez, B., & Solves, L. (2018). Early maladaptive schemas associated with dimensional and

- categorical psychopathology in patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1). <https://doi.org/10.1002/cpp.2123>
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Gilbert, F., & Daffern, M. (2013). The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. *Psychology, Crime & Law*, 19(10), 933-946. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.770852>
- 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. <https://doi.org/10.7816/nesne-05-10-01>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Graybar, S. R., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 39(2), 152-162. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.152>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. G., Kerr, J., & Englund, D. W. (1980). The families of borderlines: A comparative study. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780140029003>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(5), 394-407. <https://doi.org/10.1002/cpp.618>
- Have, M. T., Verheul, R., Kaasenbrood, A., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & De Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
- Henry, K. A., & Cohen, C. I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 140(11), 1527-1529. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1527>
- İlk, G. (2019). *Ergenlerde kişilik bozukluklarının görülme sıklığı ve erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarını yordayıcı etkilerinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- İlk, G. & Bilge, Y. (2023). Erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozuklukları belirtilerini yordayıcı etkilerinin ergenlerde incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 7(14), 93-111. <https://doi.org/10.31461/ybpd.1400840>
- İmamoğlu, A. H., & Bilge, Y. (2021). Borderline kişilik özellikleri çerçevesinde aile öngörülemezliği, benlik belirginliği ve savunma mekanizmalarının incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 37(89), 67-80. <https://doi.org/10.31828/tpd1300443320191125m000040>
- İmamoğlu, S. (2008). Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi [Yayımlanmamış doktora tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2000). Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35, 531-538. <https://doi.org/10.1007/s001270050276>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2014). *Mod terapisi: diğer yollardan gitmek yaşam örüntülerini anlamak ve değiştirmek*. Psikonet Yayınları.

- Jane, J. S., Oltmanns, T. F., South, S. C., & Turkheimer, E. (2007). Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: An item response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 166. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.166>
- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 248-255. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.002>
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>
- Joyce, P. R., Mckenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 756–764. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01263.x>
- Kaess, M., Resch, F., Parzer, P., von Ceumern-Lindenstjerna, I. A., Henze, R., & Brunner, R. (2013). Temperamental patterns in female adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 109–115. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6480>
- Karakoç, T. (2014). *Borderline (Sınırda) kişilik bozukluğu olan hastalarda talamus hacimleri ve klinik değişkenlerle ilişkisi* [Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Fırat Üniversitesi.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Kernberg O. (2019). *Sınır durumlar ve patolojik narsisizm* (7. Baskı). (M. Atakay, Çev.). Metis Kitabevi. (Orijinal eser 1999 tarihinde yayımlanmıştır).
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. Nev Haven, CT, Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193(1), 233-247. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1972.tb27840.x>

- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2000). *Sapıklıklarda ve kişilik bozukluklarında saldırganlık* (1. Baskı) (M. B. Büyükkal, Çev.). Metis Kitabevi. (Orijinal eser 1992 tarihinde yayımlanmıştır).
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2021). *Senden Nefret Ediyorum-Beni Bırakma: Sınırdaki Kişiliği Anlamak* (1. Baskı). (Ö. Toros Irvana, Çev.). Nova Kitap (Orijinal eser 2021 tarihinde yayımlanmıştır).
- Kriston, L., Schäfer, J., Von Wolff, A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2012). The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 684–698. <https://doi.org/10.1002/jclp.21846>
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837–846. <https://doi.org/10.1002/cpp.2467>
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9292-4>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a Self-Report instrument for assessing Borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa730104>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., ... & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61422-5)
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 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.
- Liotti, G. (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 349. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.3.349.52521>

- Livesley, W. J. (2008). Research trends and directions in the study of personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 545–559. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.014>
- Lobbestael, J., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.015>
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(3), 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854–860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.006>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(3), 69–78. <https://doi.org/10.1007/bf03061068>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437–458. <https://doi.org/10.1017/s1352465810000226>
- Maçık, D. (2024). Are the schema modes suitable for explaining borderline and narcissistic behaviours? *Current Psychology*, 43(4), 3070–3079. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04552-x>
- Martin, J. A., Tarantino, D. M., & Levy, K. N. (2023). Investigating gender-based differential item functioning on the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD): An item response theory analysis. *Psychological assessment*, 35(5), 462. <https://doi.org/10.1037/pas0001229>
- Martin, R., & Young, J. (2010). *Schema therapy*. In K. S. Dobson (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 317–346). The Guilford Press.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları* (2. Baskı). Detay Yayıncılık.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

- Mertens, Y., Yılmaz, M., & Lobbestael, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104445>
- Mishra, S., Rawekar, A., & Sapkale, B. (2023). A comprehensive literature review of borderline personality disorder: unraveling complexity from diagnosis to treatment. *Cureus*, 15(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.49293>
- Mitchell, S. A. ve Black, M. J. (2014). *Freud ve sonrası: Modern psikanalitik düşüncenin tarihi* (2. Baskı) (A. Eğrilmez, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları (Orijinal eser 1995 tarihinde yayımlanmıştır).
- Morsünbül, Ü. (2020). Sınır kişilik bozukluğu özellikleri ile ilişkili değişkenler: Üniversite öğrencileri üzerinden inceleme. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 394-403. <https://doi.org/10.17336/igusbd.657954>
- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148–159. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.148.22544>
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2008). Principles and Clinical Application of Schema Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Nordic Psychology*, 60(3), 249–263. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.60.3.249>
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1281-1291. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.004>
- Öğünç, N. E., Eren, N., Şahin, D., Temiz, E., & Saydam, M. B. (2018). Borderline kişilik bozukluğunun MMPI profil özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 161-169. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.59002>
- Özdel, K., Türkçapar, M. H., Güriz, S. O., Hamamcı, Z., Duy, B., Taymur, I., & Riskind, J. H. (2015). Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(4), 306-317. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.4.306>
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Paris, J. (2009). The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277–290. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457>

- Pilkington, P. D., & Karantzas, G. C. (2024). A bibliometric analysis of the quantitative schema therapy literature. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(2). <https://doi.org/10.1002/cpp.2963>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PloS one*, 17(12), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). Schema therapy. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203841709>
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 96–104. <https://doi.org/10.1002/cpp.519>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00160-y>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(5), 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21686143/>
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295–321. <https://doi.org/10.1007/bf02230402>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & 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>
- Sharoff, K. (2002). *Cognitive Coping Therapy*. New York: Brunner-Routledge.

- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*, 47(1), 108-116. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.629706>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 341–351. <https://doi.org/10.1002/cpp.1843>
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatric Quarterly*, 74, 349-360. <https://doi.org/10.1023/a:1026087410516>
- Soygüt, G., Gülüm, İ. V. Tuncer, E., Lobbestael, J., & Bernstein, D. (2019). Şema Mod Envanteri-Versiyon-3. Yayına hazır çalışma. www.sematerapienstitusu.com
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1).
- Soylu, T. (2017). *Borderline kişilik bozukluğu ve bipolar duygudurum bozukluklarında erken dönem uyumsuz şemaların karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.
- Specht, M. W., Chapman, A., & Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.005>
- Sperry, L. (2004). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203427088>
- Stepp, S. D., Keenan, K., Hipwell, A. E., & Krueger, R. F. (2014). The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 18. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-18>
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Harlow: Pearson Education.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.093>
- Torgersen S., Kringlen E, & Cramer V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample . *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Üzümcü, E. (2016). *Büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik kişilik özellikleri ile ilişkili faktörlerin şema terapi modeli çerçevesinde incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Van Maarschalkerweerd, F. A., Engelmoe, I. M., Simon, S., & Arntz, A. (2021). Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short-term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 73, 101678. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101678>
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nardort, M. (Ed.). (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*, 26, 519-530. <https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56–75). Sage Publications.
- Widiger, T. A. (1998). Invited essay: Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 95-118. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.2.95>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.71>

- Yakın, D., & Arntz, A. (2023). Understanding the reparative effects of schema modes: an in-depth analysis of the healthy adult mode. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1204177>
- Yakın, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & McGLASHAN, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>
- Young J (1991). *Early maladaptive schemas*. Unpublished manuscript.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A Schema-focused Approach*. Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused Approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 [Dataset]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 155(12), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*, 19(5), 505-523. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18-25. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90114-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90114-4)

Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Dissociation in female patients with Borderline and Non-Borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 203–209. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.3.203>



EKLER

Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız

3. Medeni durumunuz: Bekar/İlişkisi Yok () Bekar/İlişkisi Var () Evli ()

4. Eğitim durumunuz

İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu ()

Lise mezunu ()

Ön lisans mezunu ()

Lisans mezunu ()

Yüksek Lisans mezunu ()

Doktora mezunu ()

5. Şu an üniversite öğrencisi misiniz? Evet () Hayır ()

Cevabınız 'Evet' ise lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

a. Öğrenim gördüğünüz üniversiteyi yazınız

b. Üniversitedeki bölümünüzü belirtiniz.

c. Kaçınıcı sınıftasınız?

6. Daha önce psikolojik bir tedavi aldınız mı? Evet () Hayır ()

Cevabınız 'Evet' ise lütfen aşağıdaki soruyu cevaplandırınız.

Almış olduğunuz psikolojik tedaviyi yazınız.....

7. Almış olduğunuz herhangi bir psikiyatrik tanınız var mı? Evet () Hayır ()

Cevabınız 'Evet' ise lütfen aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

a. Mevcut psikiyatrik tanınızı yazınız.....

b. Almış olduğunuz tanı nedeniyle şu anda herhangi bir tedavi alıyor musunuz?

İlaç tedavisi alıyorum ()

Psikoterapi alıyorum ()

Hem ilaç hem psikoterapi alıyorum ()

Şu anda almıyorum ancak daha önce ilaç tedavisi aldım ()

Şu anda almıyorum ancak daha önce psikoterapi aldım ()

Şu anda almıyorum ancak daha önce hem ilaç hem psikoterapi aldım ()

Ek 2. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)

AÇIKLAMA: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullanabileceği ifadeler yer almaktadır. Lütfen her birini, o ifadeye genel olarak **ne kadar** inandığınıza ya da **ne yoğunlukta** hissettiğinize göre derecelendiriniz.

SIKLIK: Genellikle,	
1=Hiç ya da Neredeyse Hiç	4= Sık Sık
2=Nadiren	5=Çoğu Zaman
3=Arada Sırada	6= Her Zaman

Sıklık	Genellikle,
	5. Kendimi aşağılanmış hissederim.
	6. Diğer insanlarla aramda bir bağ varmış gibi hissetmem.
	7. Onlarla çatışmaktan, karşı karşıya gelmekten ve reddedilmekten kaçınmak için başkalarını memnun etmeye uğraşırım.
	8. Birini öldürebilecek kadar sinirlenebilirim.
	9. Sinirimi bozan düşünce veya duygularımdan daha az etkilenmek için kendimi sürekli meşgul ederim.
	10. Hedeflerime ulaşamadığımda kolayca usanır ve pes ederim.
	16. Tembelimdir.
	17. Sorunları kendi başıma çözebilmek için çok uğraşırım.
	18. Kendimi dışarıda bırakılmış ya da dışlanmış hissederim.
	19. Sürekli bir şeyleri başarma ve tamamlama baskısı altındayım.
	22. Kendimi, yanında bulunduğum kişilere göre değiştiririm ki beni sevip, onaylasınlar.
	23. Kendimi cezalandırmak için canımı acıtmak gibi dürtülerim vardır (Örneğin, kendimi kesmek).
	27. İnsanlarla içli dışlı olmak istemem.
	29. Kendimi bu dünyada yapayalnız hissederim.
	30. Aldatıldığım ya da bana adil davranılmadığı durumlar oldu.
	31. Öfkeli olduğum zamanlarda sıklıkla kontrolümü kaybeder, diğer insanlara tehditler savururum.
	38. Kendimi affedemiyorum.
	39. Öfkelenmeye başladığımda çoğu kez kontrol etmeye çalışmam ve kendimi kaybederim.
	40. Sonuçlarını düşünmeden ne hissediyorsam onu söylerim, veya düşünmeden hareket ederim.
	41. Eğer öfkelenirsem öyle kontrolden çıkarım ki diğer insanlara zarar veririm.
	45. Mutlu ve huzurlu hiss ediyorum.
	46. Başıma bir şey geldiğinde insanların bana şefkat göstermesini hak etmiyorum.
	47. Olanlar hoşuma gitmese de durdurmak için harekete geçmem.
	48. İnsanlara öfkeleniyorsam kötü biriymişimdir.

	50. Beni üzen olaylar hakkında düşünmek zorunda kalmamak için yoğun bir şekilde çalışır ya da spor yaparım.
	52. Kendimi güçsüz ve çaresiz hissedirim.
	56. Çoğu şeye karşı kayıtsızımdır.
	59. Haksız yere eleştirildiğimi, istismar edildiğimi veya benden yararlanıldığımı hissettiğimde kendimi savunabilirim.
	60. Kötü bir insan olduğum için diğer insanların keyif aldıkları şeylerden kendimi mahrum bırakırım.
	65. İnsanların beni eleştirmesine veya aşağılamasına izin veririm.
	67. İnsanlara karşı çok öfkeliyim.
	75. Sinirlendiğimde etrafa bir şeyler fırlatırım.
	79. Umutsuz hissediyorum.
	80. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşlanmadığım şeyleri yapmakta zorlanırım.
	82. Hiçbir şey hissetmiyorum.
	85. Sorunları, duygularımın beni etkilemesine izin vermeden, mantıklı yollardan çözebilirim.
	87. Duygularımdan kaçınmak için bana heyecan veren ya da beni sakinleştiren şeyler yapmaktan hoşlanırım (örneğin, çalışmak, kumar oynamak, yemek yemek, alışveriş yapmak, cinsel aktiviteler, televizyon izlemek).
	89. Dürtülerimi, anlık isteklerimi kontrol etmem imkansızdır.
	90. Bana yaptıkları yüzünden insanları azarlayasım gelir.
	93. Kendime kızgıyım.
	94. Öğrenebilirim, geliştirebilirim ve değişebilirim.
	97. Kaybolmuş hissediyorum.
	98. İyimserim.
	99. Başımı belaya sokacak ya da diğer insanları incitecek kadar düşüncesizce hareket eder ya da duygularımı ifade ederim.
	100. Bana kulak verildiğini, anlaşıldığımı ve onaylandığımı hissedirim.
	101. Öfkemin çığırından çıktığı olur
	103. Hiçbir şeyi umursamam; hiçbir şey benim için önemli değildir.
	104. Kötü bir şey olursa bu benim hatamdır.
	105. İlişkilerde diğer kişinin hakimiyeti ele almasına izin veririm.
	106. Donuk hissedirim.
	107. Gerektiğinde, değer verdiğim şeyleri başarabilmek için sıkıcı ve rutin işlere katlanırım.
	108. Özümde iyi bir insanım.
	111. Kendimi güvende hissedirim.
	113. Eğer biri yanımda değilse, karşımdadır.
	116. Kendimi diğer şeylerden kopmuş hissediyorum (diğer insanlardan, duygularımdan ya da kendimden).
	117. Uyumlu bir insan olduğumu düşünüyorum.
	120. Kimsenin beni sevmediğini düşünüyorum.
	121. Sevildiğimi ve kabul gördüğümü hissediyorum
	123. İhtiyacımı açıkça ifade etmek yerine diğerlerinin dediğinin olmasına izin veririm.
	126. Dürtülerimi, anlık isteklerimi kontrol etmekte zorlanırım.
	129. İstikrarlı ve güvenli bir hayatım olduğunu düşünüyorum.

	135. Kuralları çiğnerim, sonra da pişman olurum.
	137. Etrafımda insanlar olsa bile kendimi yalnız hissederim.
	139. İhtiyaçlarım konusunda sınırı aşmadan ısrarcı olurum.
	140. Cezalandırılmayı hak ediyorum.
	142. Sıkıcı ya da tek düze işleri tamamlamak için kendimi zorlamam.
	143. Körü körüne duygularımın peşinden giderim.
	144. Biri bana nasıl hissetmem veya davranmam gerektiğini söylediğinde sinirlenirim.
	146. Öfkeli olduğum kişilere fiziksel olarak saldırırım.
	147. Beni terk ettiği veya beni yalnız bırakıp gittiği için birine karşı öfkeliyim.
	148. Duygularımı ne zaman ifade edip ne zaman etmemem gerektiğini bilirim.
	149. Önce harekete geçer sonra düşünürüm.
	151. Dikkatimi üzücü düşünce ve duygulardan uzaklaştırmak istiyorum.
	153. İçinden geldiği gibi hareket eden ve eğlenceli biriyimdir.
	155. Öfke patlamaları yaşarım.
	156. Kötü biriyim.
	159. Kendimi özünde yetersiz, kusurlu ya da etkisiz hissederim.
	160. Diğer insanlara karşı soğuk ve acımasızımdır.
	161. Kendi başımın çaresine bakabilirim.
	162. Birine bana yaptığı bir şey yüzünden saldırıp onu incitesim gelir.
	164. Bir şeyden çabucak sıkılır, ilgimi kaybederim.
	165. Kendimi iyi tanırım ve beni nelerin mutlu edeceğini iyi bilirim.
	169. Kendimi diğer insanlardan uzak hissederim.
	170. Öfkeli olduğumda etrafa zarar veririm.
	174. Yalnız hissederim.

Ek 3. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1'den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1- Benim için tamamıyla yanlış | 4- Benim için orta derecede doğru |
| 2- Benim için büyük ölçüde yanlış | 5- Benim için çoğunlukla doğru |
| 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla | 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor |

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissedirim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hissederek veya suçluluk duyarız.
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimizden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

Ek 4. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz. Cümle sizin için doğruysa “D”, yanlışsa “Y” seçeneğini işaretleyiniz.

1. Sık sık panik nöbetleri geçiririm. ()D ()Y
2. Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı. ()D ()Y
3. Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim. ()D ()Y
4. Çoğu kez başıma iş açacak risklere girerim. ()D ()Y
5. Başkaları bana yoğun ilgi gösterdikleri zaman kendimi boğulmuş hissedirim. ()D ()Y
6. Bazen içimde bana ait olmayan başka bir kişi ortaya çıkar. ()D ()Y
7. Gerçekte olmadığı halde acayip şekiller veya görüntüler gördüğüm oldu. ()D ()Y
8. Bazen çevremdeki insanlar ve nesnelerin gerçek olmadığını hissedirim. ()D ()Y
9. Başkalarına yönelik duygularım bir uçtan bir uca çok hızlı değişir (Ör. Sevgi ve beğeniden nefret ve hayal kırıklığına). ()D ()Y
10. Çoğu kez değersizlik ya da umutsuzluk duygusuna kapılırım. ()D ()Y
11. Çoğu kez paramı çarçur ederim ya da kumarda kaybederim. ()D ()Y
12. Gerçekte kimse olmadığı halde hakkımda konuşan sesler duyduğum oldu. ()D ()Y
13. Eğer 12. maddeye “evet” dediyseniz aşağıdaki cümlelerden sizin için uygun olanını seçiniz:
 - a. Bu sesler benim dışımdan gelmiştir. ()D ()Y
 - b. Bu sesler içimden gelmiştir. ()D ()Y
14. Yakın ilişkilerde hep incinirim. ()D ()Y
15. Bana uymayan biçimde hissettiğim ya da davrandığım oldu. ()D ()Y
16. Bir kukla gibi dışarıdan yönetiliyormuş ve yönlendiriliyormuş gibi hissettiğim oldu. ()D ()Y
17. Herhangi birine fiziksel olarak saldırıda bulunduğum oldu. ()D ()Y
18. Düşüncelerim başkaları tarafından okunuyormuş gibi hissettiğim oldu. ()D ()Y
19. Bazen gerçekte suç işlemediğim halde, sanki işlemişim gibi suçluluk hissedirim. ()D ()Y
20. Bilerek kendime bedensel zarar verdiğim oldu. ()D ()Y
21. Bazen gerçekte olmadığı halde insanların ve nesnelerin görünümünün değiştiği hissine kapılırım. ()D ()Y
22. Yoğun dini uğraşlarım olmuştur. ()D ()Y
23. Duygusal ilişkilerimde çoğunlukla ne tür bir ilişki istediğimden

- emin olamam. ()D ()Y
24. Bazen bir kahin gibi gelecekle ilgili özel hislerim olur. ()D ()Y
25. Bir ilişki ilerledikçe kendimi kapana kısılmış gibi hissederim. ()D ()Y
26. Gerçekte kimse olmadığı halde bir başka insanın varlığını hissettiğim oldu. ()D ()Y
27. Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veya değişmiş gibi görünür. ()D ()Y
28. İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım. ()D ()Y
29. Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım. ()D ()Y
30. Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi). ()D ()Y
31. Başkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım. ()D ()Y
32. Bazen özel biri olduğumu hissederim. ()D ()Y
33. Bazen dağılıyormuşum gibi hissederim. ()D ()Y
34. Bazen bana bir şeyin gerçekte mi yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir. ()D ()Y
35. Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım. ()D ()Y
36. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım. ()D ()Y
37. Bazen bedenim yokmuş ya da bir kısmı eksikmiş hissine kapılırım. ()D ()Y
38. Çoğu kez kabus görürüm. ()D ()Y
39. Çoğu kez başkaları bana gülüyormuş ya da hakkımda konuşuyormuş hissine kapılırım. ()D ()Y
40. Çoğu kez insanlar bana düşmanmış gibi gelir. ()D ()Y
41. İnsanların kendi düşüncelerini benim zihnime soktuklarını hissettiğim oldu. ()D ()Y
42. Çoğu kez gerçekten ne istediğimi bilmem. ()D ()Y
43. Geçmişte intihar girişiminde bulundum. ()D ()Y
44. Bazen ciddi bir hastalığım olduğuna inanırım. ()D ()Y
45. “Alkol, uyuşturucu ya da hap alışkanlığım vardır”. ()D ()Y
- Eğer yanıtınız “**evet**” ise aşağıdakilerden uygun olanlarını işaretleyiniz.
- a. Alkol** **b. Uyuşturucu** **c. Hap**
46. Bazen bir rüyada yaşıyormuş ya da yaşamım bir film şeridi gibi gözümün önünden geçiyormuş hissine kapılırım. ()D ()Y
47. Çoğu kez bir şeyler çalarım. ()D ()Y
48. Bazen öyle açlık nöbetlerim olur ki önüme gelen her şeyi silip süpürürüm. ()D ()Y

49. Aşağıdaki konularla ilgili sorulan sorularda çoğu kez kendimi rahatsız hissedirim.

()D ()Y

a. Politika b. Din c. Ahlak (iyi-kötü)

50. Bazen aklımdan birilerini öldürme düşüncesi geçer.

()D ()Y

51. Yasalarla başımın derde girdiği oldu.

()D ()Y

52. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini ilaç etkisi altında yaşadığınız oldu mu?

()D ()Y

Eğer yanıtınız “**evet**” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)

53. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini psikoterapi sırasında yaşadığınız oldu mu?

()D ()Y

Eğer yanıtınız “**evet**” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)