

# Klinik Bozukluklarda Şema Terapinin Etkinliği: Sistemik Bir Derleme

## Effectiveness of Schema Therapy in Clinical Disorders: A Systematic Review

Betül Malkoç<sup>1</sup>, Tuğba Çapar Taşkesen<sup>1</sup>, Yasemin Kahya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara

### ÖZ

Şema terapinin kişilik bozukluklarının tedavisinde etkin bir yöntem olduğu anlaşıldıktan sonra bu yöntemin daha geniş bir klinik yelpazede uygulanabilirliği üzerine incelemeler başlamıştır. Buradan hareketle yürütülen klinik uygulamalar ve çalışmalarda, depresyon, anksiyete bozuklukları ve travma ve stresle ilişkili bozukluklar (TSSB) gibi klinik bozukluklarda da şema terapi temelli müdahalelerin belirtiler üzerinde iyileştirici gücü olduğu ortaya koyulmuştur. Bu çalışmanın amacı, şema terapinin klinik bozukluklar üzerindeki etkinliğini seçkisiz kontrollü çalışmalarla inceleyen araştırma bulgularını sistemik bir şekilde derlemektir. Bu amaçla, Google Akademik, PsycARTICLES, PubMed, ProQuest, Scopus, Web of Science ve Wiley Online Library elektronik veri tabanları taranmıştır. Tarama sonucunda elde edilen çalışmalara dahil etme kriterleri uygulandığında dokuz makaleye ulaşılmıştır. Değerlendirmeye alınan çalışmalar, depresyon, anksiyete bozuklukları, TSSB, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar (OKB) ve beslenme ve yeme bozuklukları gibi klinik bozuklukları kapsayacak şekilde çeşitlilik göstermektedir. Araştırmaların bulguları, genel olarak şema terapi temelli müdahalelerin bu bozukluklarda belirtileri azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, şema terapinin etkinliği, genellikle bilişsel davranışçı terapi gibi diğer terapi yöntemleriyle karşılaştırmalı olarak ele alınmış ve bazı çalışmalarda her iki ekol temelli uygulamaların benzer derecede etkili olduğu gözlenmiştir. Ancak kısıtlı bulgulara rağmen şema terapinin kısa süreli uygulamalarda dahi olumlu sonuçlar verdiği ve özellikle uzun vadeli etkiler açısından umut vadettiği vurgulanmaktadır. Derlenen bulgular, şema terapinin belirgin belirtilerle seyreden klinik bozukluklara yönelik tedavilerde önemli bir alternatif olarak değerlendirilebileceğini önermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Şema terapi, klinik bozukluklar, seçkisiz kontrollü çalışmalar

### ABSTRACT

Given that schema therapy was an efficacious method in the treatment of personality disorders, studies on the applicability of this method in a wider clinical spectrum were initiated. Following, clinical applications and studies have shown that schema therapy-based interventions have a healing power on symptoms in clinical diagnoses such as depression, anxiety disorders and post-traumatic stress disorder (PTSD). The aim of this study is to systematically compile research findings examining the effectiveness of schema therapy on clinical disorders through randomized clinical trials. For this purpose, Google Scholar, PsycARTICLES, PubMed, ProQuest, Scopus, Web of Science and Wiley Online Library electronic databases were searched. When the inclusion criteria were applied to the studies obtained, nine eligible studies were finally included. The studies included covers clinical disorders such as depression, anxiety disorders, PTSD, obsessive-compulsive disorder (OCD), and eating disorders. The findings of the studies generally reveal that Schema therapy-based interventions are effective methods in reducing the symptoms of these disorders. However, the effectiveness of schema therapy has generally been examined in comparison with other therapy methods such as cognitive behavioral therapy (CBT), and some studies have observed that applications based on both schools are similarly effective. However, despite the limited findings, schema therapy yields positive results even in short-term applications. Thus, schema therapy can be considered as an important alternative in the treatment of clinical disorders with presence of symptoms.

**Keywords:** Schema therapy, clinical disorders, randomized controlled trials

## Giriş

Psikolojik bozukluklar, bireylerin yaşam kalitesini ve toplumsal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyerek aile, sosyal ilişkiler ve iş hayatında problemlere yol açabilmektedir. DSM-IV-TR'ye kadar süren sınıflama ile Eksen I bozuklukları, belirgin belirtilerle seyreden klinik bozuklukları kapsarken, Eksen II bozuklukları, kalıcı, kronik ve yaygın nitelikli kişilik örüntülerini içeren kişilik bozukluklarını kapsamaktaydı (APA, 2000, 2013). DSM-5 ile beraber Eksenli sınıflama sisteminin kullanım dışı olması sebebi ile kişilik bozuklukları dışında olan depresyon bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresle ilişkili bozukluklar gibi belirgin belirtilerle seyreden psikolojik bozukluklar mevcut yazıda klinik bozukluklar olarak anılmaktadır. Bu bozuklukların tedavisinde psikoterapi ve farmakolojik tedavi önemli bir rol oynamaktadır (Kessler ve ark. 2005). Şema terapi ise ilk olarak, tekrarlayan ve dirençli yaşam örüntüleri ile karakterize kronik kişilik bozuklukları gibi vakaları ve klasik bilişsel davranışçı terapiye yanıt vermeyen klinik durumları ele alabilmek amacıyla geliştirilmiştir (Young ve ark. 2003). Kişilik bozukluklarının sağaltımında elde edilen başarılı sonuçlar sonrasında şema terapi temelli müdahalelerin uygulamaları diğer klinik bozuklukların tedavisine genişlemiştir.

Şema terapi, bilişsel, davranışçı, psikodinamik ve varoluşsal ekollerin müdahalelerini yapısında birleştiren bütüncül bir terapi ekolüdür (Young ve ark. 2003). Erken dönem uyumsuz şemalar (EDUŞ) ve şema modları, şema terapinin iki temel kavramıdır. EDUŞ, erken dönemde duygusal ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucu gelişir; genel ve yaygın, önemli ölçüde işlev bozucu bir tema veya örüntüdür; anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duyumsamalardan oluşur; kişinin kendisi ve ötekilerle kurduğu ilişkilerle ilgilidir; çocukluk veya ergenlik boyunca gelişir ve kişinin yaşamı boyunca ayrıntılı hale gelir (Young ve ark. 2003). Şema terapide 18 EDUŞ ve erken dönemde karşılanmayan çekirdek evrensel duygusal ihtiyaçlar bağlamında beş şema alanı tanımlanmıştır (bkz. Tablo 1). Söz konusu çekirdek evrensel duygusal ihtiyaçlar arasında Güvenli bağlanma, Özerklik-yeterlik-kimlik hissi, Gerçekçi sınırlar-özdenetim, Gereksinim ve duyguların özgürce dile getirilmesi ve Kendiliğindenlik-oyun yer almaktadır. Erken dönemde geliştirilen EDUŞ'ların bireylerin ilişkilerini ve psikolojik sağlığını etkilediği bilinmektedir (Young ve ark. 2003, Tariq ve ark. 2021, Gra'zka ve Strzelecki 2023).

Şema terapinin bir diğer elementi olan şema modları, özellikle sınır kişilik bozukluğundaki hızlı duygusal dalgalanmaları açıklamak amacıyla tanımlanmıştır (Young ve ark. 2003, Arntz ve Jacob 2012, Farrel ve Shaw 2012). Mod kavramına göre bireylerin şiddetli duygusal iniş çıkış yaşamalarının nedeni çevrede bulunan bir tetikleyicinin kişiyi çocukluk döneminde yaşadığı yoğun duygusal bir olaya geri döndürmesidir. Bu nitelikteki anlarda şemaya bağlı bir düşünce, duygu ve davranış örüntüsü olarak şema modu aktive olur (Arntz ve van Genderen 2020). Bir diğer ifadeyle EDUŞ tetiklendiğinde kişinin bir dizi başa çıkma stratejisi devreye girer ve bunlar şema modu aktivasyonuna yol açar. Şema modları anlık duygu ve davranışları (durum ile ilişkili) kapsarken EDUŞ'lar daha kalıcı bir yapıyı (karakter gibi) temsil etmektedir.

EDUŞ'lar, stresli durumlarda aktif hale gelerek olumsuz duygusal tepkilere yol açabilmektedir ve dolayısıyla kaçınma, teslimiyet ve aşırı telafi gibi işlevsiz başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirmektedir (Young ve ark. 2003). Bu mekanizmalar, şemaların sürmesine ve derinleşmesine neden olmaktadır. Buradan hareketle şema terapide amaç şemaların ve başa çıkma mekanizmalarının fark edilip dönüştürülmesini sağlayarak bireyin temel duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde işlev göstermesini sağlamaktır. Sınır kişilik bozukluğu gibi bazı vakalarda görülen ani duygu durum değişikliklerinde ağırlıklı olarak modların görünürlüğü daha fazla olabilmekte ve dolayısıyla odak, modların ayırt edilmesine ve sağlıklı modların bilinçli şekilde kullanılmasına kaymaktadır. Ancak son zamanlardaki güncel şema terapi ile psikolojik sağaltımda şemalar ve modlar eş zamanlı olarak klinik uygulamada ele alınmaktadır (Young ve ark. 2003, Arntz ve Jacob 2012, Bach ve ark. 2018).

Şema terapiye göre erken dönemde gelişen şemalar, psikopatoloji ile ilişkilidir. Örneğin, sınır kişilik bozukluğu terk edilme şemasıyla (Young ve ark. 2003, Arntz ve van Genderen 2020), narsisistik kişilik bozukluğu ise duygusal yoksunluk ve haklılık gibi şemalarla karakterizedir (Young ve ark. 2003, Bach ve ark. 2018). Şemaların yoğunluk düzeyinin azalması ile psikolojik zorlanmaların sağaltımı sağlanmaktadır. Şema terapi geleneksel olarak sınır ve narsisistik kişilik bozukluklarının etkin terapi süreci olarak ön plana çıkmaktadır (Assmann ve ark. 2024, Boog ve ark. 2024, Emmelkamp ve Meyerbröker 2025).

<b>Tablo 1. Şema alanları ve şemalar (Young ve ark. 2003)</b>		
<b>Şema Alanı</b>	<b>Şema</b>	<b>Tanım</b>
Kopukluk ve Reddedilme	Terk Edilme/İstikrarsızlık	Birey, başkaları tarafından terk edileceğine inanır.
	Duygusal Yoksunluk	Duygusal ihtiyaçlarının karşılanmayacağına dair bir varsayımı vardır.
	Güvensizlik/Kötüye Kullanılma	Başkalarının kendisini kandıracağına veya kötüye kullanacağına inanır.
	Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	Kendini dışlanmış ve yalnız hisseder.
	Kusurluluk/Utanç	Değersiz ve hatalı hissetme eğilimindedir, eleştirilere karşı aşırı hassastır.
Zedelenmiş Özerklik ve Performans	Dayanıklılık	Belirsiz durumları felakletleştirerek endişelenir.
	Bağımlılık/Yetersizlik	Problemlerini tek başına çözemeyeceğine inanır, çaresizlik hisseder.
	Başarısızlık	Hayatta hiçbir zaman başarılı olamayacağına inanır.
	İç İç Geçme/Gelişmemiş Benlik	Birincil bakım verenine aşırı bağlılık gösterir.
Zedelenmiş Sınırlar	Haklılık / Üstünlük	Kendini diğerlerinden üstün ve haklı görür.
	Yetersiz Öz Denetim	Hazı erteleyemez, kurallara uyumda zorlanır.
Başkaları Yönelimlilik	Kendini Feda	Başkalarının ihtiyaçlarına odaklanır, kendisini merkeze aldığıda suçluluk hisseder.
	Onay Arayıcılık	Başkalarının fikirlerine ve onayına aşırı önem verir.
	Boyun Eğicilik	Terk edilme veya kötü davranılma korkusuyla kendi ihtiyaçlarını bastırır.
Aşırı Uyarılmışlık ve Ketlenme	Yüksek Standartlar	Kendinden sürekli yüksek beklentiler içindedir, kendini eleştirir.
	Duyguları Bastırma	Duygularını değersiz görerek bastırır, başkalarının yargılarından kaçınır.
	Karamsarlık	Sürekli negatif senaryolar üretir, endişelidir ve hata yapmaktan korkar.
	Cezalandırma	Hem kendine hem de başkalarına karşı cezalandırıcıdır, hataların bedeli olması gerektiğine inanır.

Young ve arkadaşlarının (2003) formülasyonuna göre, şema terapi uygulamasında üç temel değişim aşaması bulunmaktadır. İlk aşamada danışana şema kavramı tanıtılır. Danışanın çocukluk yaşantıları incelenir ve çocukluk yaşantılarındaki karşılanmamış duygusal ihtiyaçların günümüze etkileri keşfedilir. İkinci aşama değişim aşamasıdır. Bu aşamada bilişsel, yaşantısal ve davranışsal teknikler uygulanır. Üçüncü aşamada ise sorunların nüks etmesini engelleyici teknikler üzerinde çalışılır. Her bir aşamada çeşitli teknikler kullanılabilir. Bunlar imgeleme; şema kartları, rol oynamalar (role-playingler), sandalye çalışmaları ve sınırlı yeniden ebeveynlik gibi yöntemleri kapsamaktadır. Bilişsel model, dinamik psikoterapi, bağlanma kuramı ve Gestalt yaklaşımlarının birleşimiyle oluşturulmuş şema terapi; erken dönemde karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçların sonucu olarak gelişen 18 uyumsuz şemanın değiştirilmesi ve sağlıklı başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Young ve ark. 2003).

Şema terapi, yalnızca kişilik bozuklukları için değil, depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar (OKB) ve travma ve stresle ilişkili bozukluklar (TSSB) klinik bozukluklar için de etkili bir yöntemdir (Taylor ve ark. 2017, Peeters ve ark. 2022). Özellikle depresyon alanında yürütülen araştırmalar, şema terapinin belirtileri önemli ölçüde azalttığını ve güçlü bir iyileşme sağladığını ortaya koymuştur (Renner ve ark. 2016, Stroian 2021, Kool ve ark. 2024). Anksiyete bozukluklarında ise şema terapi, uyumsuz başa çıkma tepkilerini azaltarak anksiyeteyi düşürür ve bireylerin işlevselliğini artırır (Hawke ve Provencher 2011). Travma sonrası stres bozukluğunda, travmatik deneyimlerin oluşturduğu uyumsuz şemaların yeniden yapılandırılması, belirtileri azaltmada etkili bir yaklaşım sunar (Masley ve ark. 2012, Verhaak ve Ter Heide

2024). Ayrıca, yeme bozukluklarında şema terapi, geçmiş travmaların etkisiyle şekillenen uyumsuz şemaları hedef alarak bozukluğun şiddetini azaltır (Simpson ve ark. 2010). Şema terapi, belirtileri azaltmanın yanı sıra kişilerarası ilişkiler, duygu düzenleme ve genel işlevsellik açısından da iyileşmeler sağlamaktadır (Bamelis ve ark. 2014).

Alanyazın incelendiğinde klinik bozukluklarda şema terapinin etkinliği üzerine yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve bu alanda daha fazla araştırma gerekliliği vurgulanmaktadır (Nordahl ve ark. 2005, Cockram ve ark. 2010, Halvorsen ve ark. 2010, Hawke ve Provencher 2011). Benzer şekilde şema terapinin kişilik bozuklukları dışındaki psikolojik zorlanmalar üzerindeki etkinliğine yönelik çalışmaların derleme kapsamında bir araya getirilmediği dikkat çekmektedir. Bu noktalar şema terapi alanyazınındaki boşlukları yansıtmaktadır. Buradan hareketle mevcut çalışma, klinik bozuklukların tedavisinde kullanılan şema terapinin etkinliğini yayınlanmış seçkisiz kontrollü araştırmaları derleyerek incelemek amacı taşımaktadır. Bu bağlamda, mevcut çalışma şu araştırma sorusuna yanıt aramaktadır: Şema terapi ekolü klinik bozuklukların sağaltımında etkin bir güce sahip midir?

## Yöntem

Bu çalışma, şema terapinin klinik bozukluklar üzerindeki etkinliğini inceleyen seçkisiz kontrollü çalışmaları derlemeyi hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda, 2024 yılı Haziran-Aralık dönemi arasında, tam metni İngilizce olan, son 10 yılı kapsayacak şekilde 2014-2024 yılları arasında yürütülen araştırmalar PubMed, ProQuest, Scopus, Web of Science, Google Scholar, PsychARTICLES ve Wiley Online Library veri tabanlarında taranmıştır.

Arama stratejisinde İngilizce olarak şu sorgu dizimi uygulanmıştır: "schema therapy" AND ("clinical disorders" OR "depression" OR "anxiety" OR "trauma" OR "OCD" OR "eating disorders"). Ayrıca, araştırmacılar, ilgili makalelerin referans listelerini de inceleyerek, veri tabanlarında yer almayan, konu ile bağlantılı çalışmaları değerlendirmiştir.

Derlemeye kabul kriterleri arasında makalenin İngilizce dilinde yayımlanmış olması, nicel araştırma yöntemleri kullanması, seçkisiz kontrollü araştırma yöntemini benimsemiş olması ve klinik bozukluklar için şema terapi müdahalesi içermesi yer almaktadır. Bu kriterlerin seçilme gerekçesi, şema terapinin klinik bozukluklar üzerindeki etkinliğini güncel, metodolojik açıdan güçlü ve sistematik biçimde değerlendirmek, ayrıca çalışma kapsamını homojen tutarak güvenilir sonuçlar elde etmektir.

Klinik bozukluklara yönelik şema terapi uygulamaları içermeyen, seçkisiz kontrollü olmayan, İngilizce dışı dillerde yayımlanan ve 2014 öncesinde yürütülen araştırmalar çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca, kişilik bozukluklarına odaklanan çalışmalar da dışlanmıştır. Kişilik bozukluklarının dışlanmasının nedeni, bu alandaki etkinliğin hâlihazırda kapsamlı biçimde incelenmiş olması ve çalışmanın yalnızca klinik bozukluklara odaklanmasının amaçlanmasıdır.

## Bulgular

### Çalışmaların Seçimi

Şema terapinin klinik bozukluklardaki etkinliğini inceleyen çalışmalara yönelik olarak ProQuest (457), PsycARTICLES (14), PubMed (84), Wiley Online Library (95), Scopus (225) ve Web of Science (257) veri tabanlarında tarama yapılmıştır. İlk taramanın ardından yinelenen çalışmalar belirlenmiş ve çıkarılmış, böylece toplam kayıt sayısı 1132'den 934'e düşmüştür. Akabinde, belirlenen dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda makalelerin özet bölümleri gözden geçirilmiş ve böylelikle 873 çalışma daha dışlanarak 61 çalışma üzerinden tam metin erişim için arama yapılmıştır.

Nihai olarak 61 çalışma üzerinden yapılan değerlendirme sonrası toplamda dokuz araştırmanın mevcut derleme kapsamına girdiği karar verilmiştir. Dahil edilen araştırmalar PRISMA 2020 Bildirgesine uygun olarak hazırlanarak Şekil 1'de PRISMA akış diyagramı şeklinde gösterilmiştir (Page ve ark. 2021). Bulgular, Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar

Tanı	Kaynak	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
Depresyon	Kopf-Beck ve ark. (2024)	Depresyon tanısı alan 292 Katılımcı 162 Kadın 130 Erkek 18-75 yaş aralığı	1.BDT grubu (n=101) 2.Şema terapi grubu (n=95) 3. Destekleyici terapi (n=96)	Ön test + Tedavi süreci haftalık ölçümler + Son test + Takip (6 ay ve 24 ay)	Bireysel & Grup	28 Oturum 14 Bireysel ve 14 Grup seansı Seansların süresi açıkça belirtilmemiştir.	Birincil Sonuç: Beck Depresyon Envanteri (BDE-II) İkincil Sonuçlar: Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADDÖ) Münih-Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesi (M-BUTG)	Şema terapinin, depresyon düzeylerinde düşüş sağladığı, BDT'ye kıyasla klinik olarak aşağı kalmayan bir tedavi seçeneği sunduğu, ancak destekleyici terapiye üstün gelmediği bulunmuştur.	Terapistler, her iki terapi türü için eğitim almış ve yeterliliklerini kanıtlamışlardır. Terapi seansları kaydedilmiş ve bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilen seanslar üzerinden uygulamaları izlenmiştir. Ayrıca terapistlerin uygulamaları düzenli süpervizyonla gözden geçirilmiştir.	Etkililik: Tedavi süresince depresyon düzeylerinde anlamlı ve orta düzeyde bir azalma gözlenmiştir ( $d = -0,50$ ). BDT uygulanan grupta, destekleyici terapiye göre depresyon düzeylerinde zamanla daha fazla azalma olmuştur, ancak bu farkın etki büyüklüğü küçük düzeydedir ( $d = -0,12$ ). Şema terapi ile destekleyici terapi arasında zaman içinde depresyon azalması açısından anlamlı ya da klinik olarak önemli bir fark gözlenmemiştir ( $d = -0,01$ ). BDT ile karşılaştırma: BDT grubunda, tedavi öncesi ve sonrası arasında depresyon belirtilerinde ortalama %52,01 oranında bir azalma gözlenmiştir (95% Güven Aralığı = -57,72 ile -46,30). Bu oran, -16,49 puanlık bir mutlak BDE-II puan değişimine karşılık gelmektedir. Şema terapi grubunda ise ortalama %44,37 oranında azalma saptanmıştır (95% Güven Aralığı = -51,67 ile -37,08), bu da -14,13 puanlık mutlak bir değişimi ifade etmektedir. Dolayısıyla, BDT, şema terapiye kıyasla depresyonu azaltmada aşağı kalmamıştır. Remisyon: Tedavi sonunda (T7-son takip), danışanların %38'i (n

Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar

Tanı	Kaynak	Örnekleme	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
										= 79) BDE-II puanı $\leq 12$ kriterine göre depresyondan remisyona girmiştir. Ancak, şema terapi ile destekleyici terapi ve BDT ile destekleyici terapi tedavi koşulları arasındaki farklar, remisyon durumunu anlamlı biçimde yordamamıştır.
	Rek ve ark. (2023)*	193 depresyon tanısı almış yatan hasta  93 Kadın 100 Erkek  Ortalama Yaş: 42.9	1.BDT grubu  2.Şema terapi grubu	Ön test + Son test	Bireysel & Grup	28 Oturum  14 Bireysel ve 14 Grup Seansı  Bireysel Seans Süresi: 50 dk  Grup Seans Süresi: 100 dk	Beck Depresyon Envanteri -II (BDE-II).  DSM-5 Kişilik Envanteri Çok Boyutlu Kısa Formu (DSM-5 KE-ÇBKF)	Tedavi süresince şema terapi veya BDT tedavisi fark etmeksizin depresif belirtilerde genel bir iyileşme sağlandığı gözlenmiştir ancak bu değişimin uyumsuz kişilik özellikleriyle bağlantılı olmadığı vurgulanmaktadır.	Terapistler, hem şema terapi hem de BDT için gerekli uzmanlık eğitimine sahip kişiler olup; protokol takip edilmiş ve aylık süpervizyon sürecinde kaydı alınan videolar iki bağımsız değerlendirici tarafından değerlendirilmiştir.	Makalede etki büyüklüklerine yönelik bir sayısal veri raporlanmamıştır.
	Jalali ve ark. (2019)	İran'da bir erkek cezaevinde HIV ile yaşayan 42 mahkum  42 Erkek  Ortalama Yaş: 31,78 $\pm$ 4,15	1.Şema odaklı bilişsel grup terapi (n=21)  2. Bekleme listesi kontrol grubu (n=21)	Ön test + Son test	Grup	11 Oturum  90 dakika	Beck Depresyon Envanteri (BDE-II).  Şema Ölçeği Kısa Form (ŞÖ-KF)	Deneyel grupta yani şema odaklı bilişsel terapi alan mahkumlarda depresyonun azaldığı gözlenmiştir, deneyel grup ile bekleme listesi kontrol grubu arasında depresyon ve uyum bozucu şemalar açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.	Terapistler şema terapi ve diğer müdahale yöntemlerinde uygun şekilde eğitilmiş olup standart protokoller uygulanmıştır. Çalışmada süpervizyon veya uygulama doğruluğu denetimine ilişkin doğrudan bilgi verilmemiştir.	Depresyon düzeyindeki değişim için kısmi etki büyüklüğü $\eta^2_p = 0,58$ Uyum bozucu şema düzeyindeki değişim için kısmi etki büyüklüğü $\eta^2_p = 0,45$
Anksiyete Bzk.	Stefan ve ark. (2023)	Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği eşik puanının (30) üzeri skora sahip 112 Katılımcı  95 Kadın 17 Erkek  18 yaş üzeri	1.Bağlamsal şema terapi grubu (n=51)  2.Bekleme listesi kontrol grubu (n=51)	Ön test + Son test + Takip (2 Hafta)	Grup	Tek Oturum (online)  2,5 saat	Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)  Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği - Kısa Form (ODK-KF)  Kabul ve Eylem Ölçeği -	Deney grubunda takip aşamasına kadar negatif değerlendirilme korkusu ve deneyimsel kaçınmada belirgin düşüşler gözlenmiştir. Deneyimsel kaçınma, marjinal bir aracı faktör olmuştur. Takip aşamasında, fark deney grubu lehine	Müdahale, 16 saatlik grup eğitimi ve şema terapi eğitimi alan dört yüksek lisans öğrencisi tarafından yürütülmüştür. Terapistlerin karşılaştığı zorluklar ele alınmış ve müdahale protokolüne uygunluk değerlendirilmiştir.	Negatif Değerlendirilme Korkusu:  Müdahale öncesi puanların kovaryans olarak kontrol edildiği Tek Faktörlü Kovaryans Analizi (ANCOVA), müdahale sonrasında gruplar arasında marjinal olarak anlamlı bir fark göstermiştir, $F(1, 101) = 3,77, p =$

Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar

Tanı	Kaynak	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
							İkinci Versiyonu (KEÖ-2)	anlamli hale gelmiştir.		<p>0,055. İzlem aşamasında ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, <math>F(1, 101) = 7,26, p = 0,008</math>.</p> <p>Deney grubunun puanlarının (<math>M = 40,50, SE = 0,83</math>) kontrol grubuna göre (<math>M = 43,65, SE = 0,79</math>) daha düşüktür ve bu fark orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir (<i>Cohen's d</i> = 0,35).</p> <p>Ön-testten son-test farkları anlamlı olmuş, <math>t(47) = 3,11, p = 0,003</math>, ancak son-test ile takip arasında anlamlı fark bulunmamıştır, <math>t(49) = 1,59 p = 0,118</math>.</p> <p>Deneyimsel Kaçınma:</p> <p>Deney grubu puanlarının müdahale öncesinden takip ölçümüne (<math>p &lt; 0,001</math>) ve müdahale sonrasında takip ölçümüne (<math>p = 0,041</math>) kadar azalma göstermiştir.</p> <p>Deney grubu, kontrol grubuna kıyasla daha düşük deneyimsel kaçınma puanları göstermiştir (<math>M = 37,85, SE = 1,32</math> vs. <math>M = 42,11, SE = 1,29</math>), ve bu farkın etki büyüklüğü <math>d = 0,47</math> olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<math>p = 0,023</math>).</p>

Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar

Tanı	Kaynak	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
	Balje ve ark. (2024)	Sosyal anksiyete bozukluğu (SKB) ve Kaçınan kişilik bozukluğu (KKB) olan 154 katılımcı  80 Kadın 74 Erkek  18 – 65 yaş aralığı	1.BDT grubu (n=79)  2.Şema terapi grubu (n=75)	Ön test + Ara Değerlendirme (15. Hafta) + Son test + Takip: 3(T0)-6(T3) -12(T5) ay	Grup	30 Oturum  Haftada 1  90 Dakika	Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)  Kaçınan Kişilik Bozukluğu Şiddet İndeksi (KKBŞİ)  DSM-III-R Yapılandırılm İş Klinik Görüşmesi, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II)  Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI)  Depresif Belirtiler Envanteri (DBE)  Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Kısa Formu (DSÖYKDKF)	Grup şema terapi ve BDT, LSAÖ ve KKBŞİ ile değerlendirilen belirtilerde zamanla iyileşme sağlamış ancak 3 ay ve bir yıllık takipte tedaviler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Her iki yöntemin, depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu ancak grup şema terapiyi tamamlayan danışan sayısının belirgin şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.	Tedavi protokollerine uygunluğu ve terapist yetkinliğini değerlendirmek için ses kayıtları incelenmiştir. Rastgele seçilen 84 oturumun yaklaşık %20'si (her 10 oturumdan 2'si) analiz edilmiştir. Bu analiz, bağımsız ve tedavi sonuçlarından habersiz değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilmiş ve böylece tarafsızlık sağlanmıştır.	Intention-to-treat örnekleminde, SKB belirti puanlarında grup formatındaki BDT grubunda T0-T5 arasında büyük bir azalma gözlenmiştir ( $d^w = 1,50$ , %95 GA [1,2; 1,8]), grup ŞT grubunda ise benzer biçimde anlamlı ancak daha düşük düzeyde bir etki saptanmıştır ( $d^w = 1,14$ , %95 GA [0,9; 1,4]).  KKB puanları için grup formatındaki BDT grubunda etki büyüklüğü $d^w = 1,10$ (%95 GA [0,8; 1,4]), grup ŞT grubunda ise $d^w = 0,82$ (%95 GA [0,6; 1,1]) olarak bulunmuştur.  Per-protocol örnekleminde, SKB üzerindeki etki büyüklükleri daha yüksek düzeyde gözlenmiştir; grup formatındaki BDT grubunda $d^w = 2,00$ (%95 GA [1,3; 2,7]) ve ŞT grubunda $d^w = 1,30$ (%95 GA [0,9; 1,7]) olarak hesaplanmıştır. KKB için ise grup formatındaki BDT grubunda $d^w = 1,10$ (%95 GA [0,6; 1,6]) ve ŞT grubunda $d^w = 0,82$ (%95 GA [0,5; 1,2]) bulunmuştur.
	Mohammadi ve Moradi (2016)	30 Katılımcı  18 Kadın  12 Erkek	1.Şema terapi grubu (n=10)  2.Nöro-linguistik programlama grubu (n=10)	Ön test + Son test	Grup	Şema Terapi  10 Oturum  90 Dakika  -  Nöro-linguistik Grup	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (YABÖ-7)	Şema terapi ve nöro-linguistik programlama gruplarının anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir.	Söz konusu çalışmada protokol doğruluğu ve terapist yetkinliğini izleme ile ilgili herhangi bir özel bilgi verilmemiştir.	Genel anksiyete ve performans düzeylerindeki son test puan değişimlerinin yüzde 56'sı, terapötik müdahalelerin etkisinden kaynaklanmaktadır.



Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar

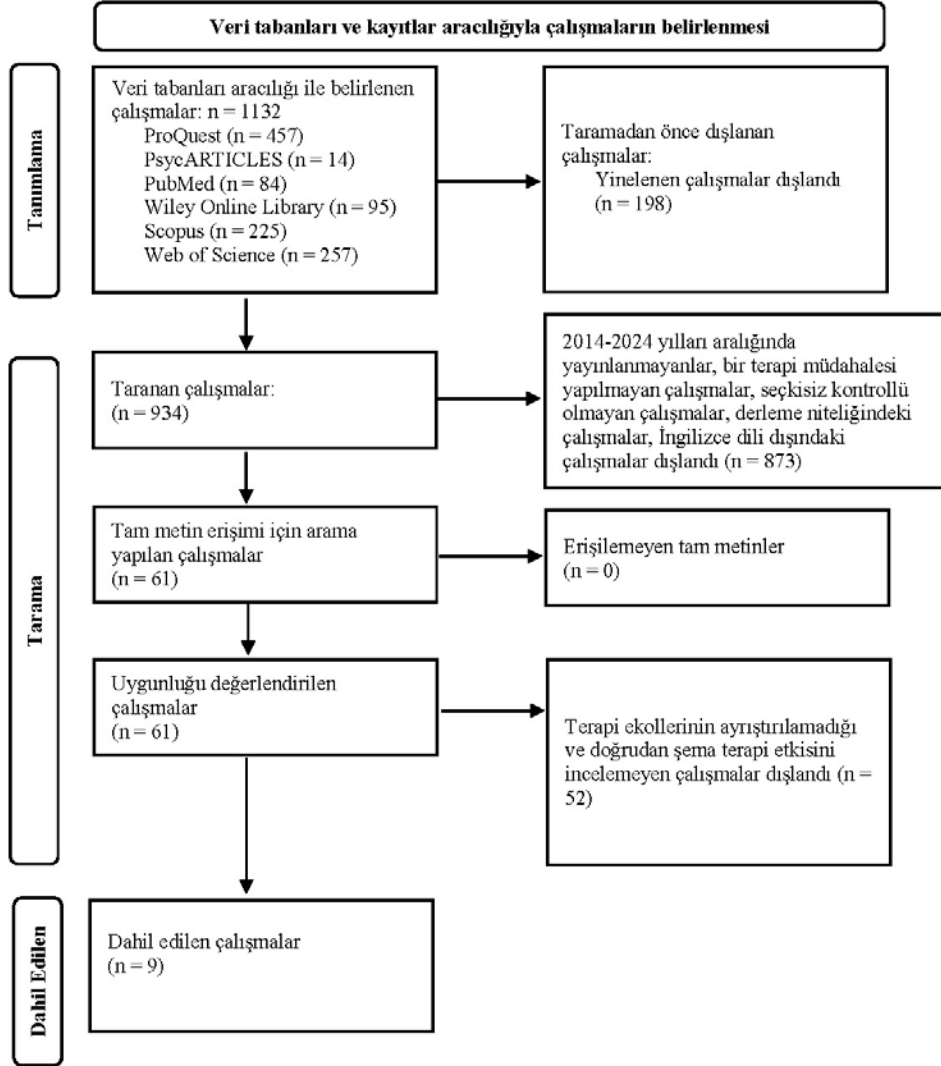
Tanı	Kaynak	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
			3.Kontrol grubu (n=10)			8 Oturum 90 Dakika		Ancak iki deneysel grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.		Hem şema terapi hem de nöro-linguistik programlama (NLP) müdahale yaklaşımları anksiyeteyi azaltmada etkili olmuştur, ancak hiçbir diğeri göre daha etkili bulunmamıştır.
TSSB	Lian ve ark. (2024)	30 Katılımcı 30 Kadın 18-35 yaş aralığı	1.Şema terapi grubu (n=15) 2.Travma odaklı BDT grubu (n=15)	Ön test + Son test ve Takip (3 ay)	Grup	16 Oturum Haftada 1 1 saat	DSM-5 TSSB Kontrol Listesi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	Hem nicel hem de nitel analizler, şema terapinin TSSB belirtilerini azaltmada travma odaklı BDT grubuna kıyasla kısa vadeli ve uzun vadeli etkinlik açısından üstün olduğunu göstermiştir.	Çalışmada kullanılan prosedürler ve müdahalelerin uygulama süreci detaylandırılmış olsa da terapötik müdahalelerin doğruluğunu ve tutarlılığını denetlemek amacıyla yapılan sistematik gözlemler veya doğrulama yöntemlerine dair özel bir açıklama yapılmamıştır.	Şema terapi uygulanan grupta, TSSB belirtilerinde zaman içinde anlamlı değişim gözlenmiştir, $\chi^2(2) = 23,33, p < 0,001$ . Wilcoxon testi sonuçlarına göre, ön test ile son test ( $p = 0,001$ ) ve ön test ile takip testi ( $p < 0,001$ ) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Son test ile takip testi arasında anlamlı fark saptanmamıştır.  Yukarıdaki anlamlılık bulguları, travma odaklı BDT için de benzer trendler göstermiştir. TSSB belirtilerindeki ön-son test değişim puanları, şema terapi ve travma odaklı BDT grupları arasında anlamlı farklılık göstermiştir ( $U = 184,50, z = 3,47, p < 0,001$ ). Medyan değişim şema terapi grubunda 41,00, travma odaklı BDT grubunda 18,50'dir. Ortalama sıra puanları (the mean rank of change scores) sırasıyla 20,30 ve 9,32'dir.
Beslenme ve Yeme Bzk.	McIntosh ve ark. (2016)	DSM-IV tanılarına göre tıknircasına	1.BDT grubu (n=38)	Ön test + Ara değerlendirmeler (4., 8. ve 26. hafta) +	Grup	İlk 6 ay haftalık oturumlar + ikinci 6 ay aylık otu-	Yeme Bozukluğu Değerlendirme-12 (YBD-12)	Üç terapi grubu arasında ana sonuçlar veya diğer sonuçlar aç-	Terapistler, her üç tedavi modeli (BDT, şema terapi ve iştah odaklı BDT) için	Tedavi öncesinden tedavi sonuna kadar olan değişim açısından, birincil sonuç değişkeni

**Tablo 2. Son 10 yılda klinik bozukluklar üzerine yürütülen şema terapi müdahalelerini içeren araştırmalar**

Tanı	Kaynak	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup / Bireysel	Seans Özellikleri	Ölçme Araçları	Temel Bulgular	Tedavi Niteliği	Sayısal Veriler
		yeme bozukluğu olan 112 Katılımcı  112 Kadın  16-65 yaş aralığı	2.İştah odaklı BDT grubu (n=36)  3.Şema terapi grubu (n=38)	Son test + Takip (12 ay)		rumlar (Toplam 30 Oturum)  Seansların süresi açıkça belirtilmemiştir.	Yeme Bozukluğu Envanteri -2 (YBE-2)  DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID)  Belirti Tarama Listesi -90-Revize Formu (SCL-90-R)	sından fark bulunmamıştır. Gruplar arasında tıknırcasına yeme, diğer yeme bozukluğu belirtileri ve genel işlevsellikte büyük iyileşme etkisi gözlemlenmiştir.	uygun eğitim aldıktan sonra, terapilere başlamadan önce, eğitim vaka uygulamaları ve denetim süreçleri ile değerlendirilmişlerdir. Ayrıca terapiler sırasında haftalık süpervizyon sağlanmış, seanslar alınan ses kayıtları aracılığıyla denetlenmiş ve her bir terapinin modeline uygunluğu değerlendirilmiştir.	olan tıknırcasına yeme sıklığı için büyük bir etki ( $d = 1,06$ ) bulunmuştur.  Ayrıca, çoğu ikincil sonuç değişkininde de büyük etki büyüklükleri görülmüştür; bunlar arasında YBD-12 alt ölçekleri ( $d = 0,99$ en küçük, $d = 1,29$ ), YBE-2 Bulimia alt ölçeği ( $d = 1,23$ ) ve SCL-90 genel işlevsellik ( $d = 2,06$ ) yer almaktadır.  YBE-2 Zayıf Olma Arzusu değişkininde orta düzeyde ( $d = 0,52$ ), YBE-2 Beden Memnuniyetsizliği ( $d = 0,35$ ) ve çıkarma sıklığı ( $d = 0,32$ ) değişkenlerinde ise küçük düzeyde etkiler bulunmuştur.  Tedavi öncesinden tedavi sonuna kadar olan değişim açısından, tıknırcasına yeme sıklığı bakımından üç terapi grubu arasında herhangi bir fark bulunmamıştır $F(2,110) = 0,20$ , $p = 0,82$ , $d = 0,14$ saptanmamıştır.
OKB	Sij ve ark. (2018)	Psikoloji kliniklerine başvuran ve OKB tanısı alan 32 katılımcı  %61,3 Kadın %38,7 Erkek  Yaş ort. : 29,5 – 36,5	1.Şema terapi grubu (n=15)  2. Kontrol grubu (n=16)	Ön test + Son test	Grup	Şema terapi  20 Oturum  120 Dakika	Young Şema Ölçeği  Yale-Brown OKB Ölçeği	Müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla duygusal yoksunluk ve duygusal ketlenme şemaları ile obsesif belirti düzeylerinin ise anlamlı şekilde azaldığı gözlenmiştir.	Söz konusu çalışmada tedavi niteliğine dair doğrudan bir bilgi bulunmamaktadır.	Makalede etki büyüklüklerine yönelik bir sayısal veri raporlanmamıştır.

BDT= Bilişsel Davranışçı Terapi, ŞT= Şema Terapi, DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, SCID = Structured Clinical Interview for DSMs, MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview, SCL90-R = Symptom Checklist-90-Revised; TSSB: Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar; Bzk: Bozukluklar

\*Kopf-Beck ve arkadaşlarının (2024) çalışmasından elde edilen veriler kullanılmıştır.



Şekil 1. PRISMA akış şeması

## Araştırma Özellikleri

Bu sistematik derleme kapsamında 2016-2024 yılları arasında yayımlanan ve klinik bozukluklarda şema terapinin etkililiğini inceleyen toplam dokuz çalışma incelenmiştir. Çalışmalar; depresyon bozuklukları (Jalali ve ark. 2019, Rek ve ark. 2023, Kopf-Beck ve ark. 2024), anksiyete bozuklukları (Mohammadi ve Moradi 2016, Stefan ve ark. 2023, Balje ve ark. 2024), TSSB (Lian ve ark. 2024), yeme bozuklukları (McIntosh ve ark. 2016) ve OKB (Sij ve ark. 2018) kategorilerini kapsamaktadır.

Araştırma desenleri, seçkisiz kontrollü deneysel modellerdir. Tedaviler, çoğunlukla grup veya bireysel biçimlerde uygulanmış ve genellikle 10 ila 30 oturum arasında değişmiştir. Klinik bozukluk şiddet düzeyi, eş tanıların varlığı, terapilerin denetlenme süreçleri gibi bilgilerin çalışmalar arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Tüm çalışmalarda, terapistlerin şema terapi eğitimi aldığı ve çoğunda uygulama doğruluğunun süpervizyon veya bağımsız gözlemlerle denetlendiği belirtilmiştir.

## Katılımcı Özellikleri

Örneklem büyüklükleri çalışmalar arasında 30 ile 292 arasında değişmektedir. Dahil edilen çalışmaların toplam örneklem büyüklüğü 997 bireydir. Katılımcıların yaş aralığı 16-75 arasında değişmiştir. Örneklem, klinik ortamlarda tedavi gören bireyler (örneğin depresyon veya sosyal anksiyete tanılı vakalar) ile özel popülasyonları (örneğin mahkumlar, HIV pozitif bireyler) kapsamaktadır. Çalışmaların örneklem,leri,

Almanya, Malezya, İran, Hollanda, Yeni Zelanda, Romanya gibi farklı ülkelerdeki katılımcılardan oluşmaktadır.

## Uygulama Özellikleri

Şema terapi çoğunlukla standart protokoller çerçevesinde yürütülmüş ve terapistlerin uygulama doğruluğu düzenli olarak süpervizyon, video kaydı veya bağımsız değerlendirici denetimi ile sağlanmıştır. Tedavi formatı açısından, grup terapileri özellikle sosyal anksiyete, yeme bozukluğu ve mahkum örneklerinde tercih edilirken; bireysel veya karma (grup + bireysel) formatlar depresyon ve TSSB çalışmalarında yaygındır.

İncelenen çalışmalarda oturum sayısı ve sürelerinde farklılıklar bulunmaktadır. Kopf-Beck ve arkadaşları (2024) ile Rek ve arkadaşları (2023) her ikisi de çalışmalarında 28 oturumlu uygulamalar yürütmüş, ancak Kopf-Beck ve arkadaşlarının çalışmasında seans süreleri belirtilmemişken, Rek ve arkadaşlarına (2023) ait çalışmada bireysel oturumların süresinin 50 dakika grup oturumlarının süresinin ise 100 dakika olduğu belirtilmiştir. Jalali ve arkadaşları (2019) 11 oturumlu, 90 dakikalık bir müdahale programı uygulamış, Stefan ve arkadaşları (2023) ise tek oturumlu çevrim içi (2,5 saat) bir uygulama gerçekleştirmiştir. Baljé ve ark. (2024) çalışmasında haftada bir olmak üzere 30 oturum (90 dakika) uygulanmıştır. Mohammadi ve Moradi (2016) şema terapiyi 10 oturum (90 dakika) olarak yürütmüştür. Lian ve arkadaşları (2024) 16 oturumlu, haftada bir kez 60 dakikalık seanslar planlamış; McIntosh ve arkadaşları (2016) çalışmasında ilk 6 ay haftalık, ikinci 6 ay aylık olmak üzere toplam 30 oturum gerçekleştirilmiştir. Sij ve arkadaşları (2018) ise 20 oturumdan oluşan, 120 dakikalık bir şema terapi programı uygulamıştır.

## Ölçme Araçları

Tüm çalışmalar, tanısal ve klinik düzeyde geçerliliği yüksek ölçme araçlarından yararlanmıştır. Depresif belirtilerin değerlendirilmesinde Beck Depresyon Envanteri-II (BDI-II) ve Montgomery-Åsberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADRS) kullanılmıştır. Anksiyete bozukluklarını inceleyen çalışmalarda ise Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS-SR) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (GAD-7) tercih edilmiştir. Yeme bozukluklarına yönelik araştırmalarda Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-12 (EDE-12) ile Yeme Bozukluğu Envanteri-2 (EDI-2) temel ölçüm araçları olarak kullanılırken, TSSB inceleyen çalışmada DSM-5 TSSB Kontrol Listesi (PCL-5) ve OKB'de Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS) kullanılmıştır. Şema terapi etkinliği ölçümlerinde, Young Şema Ölçeğinden de yararlanılmıştır. Ayrıca çalışmalarda, SCID ve MINI gibi tanısal görüşmelerden de yararlanılmıştır. Yanı sıra, Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği Kısa Form, Kabul ve Eylem Ölçeği (İkinci Versiyon), Kişilik Bozuklukları için DSM-5 Kişilik Envanteri Kısa Formu da kullanılmıştır.

## Tedavi Etkililiği

### Depresyon

Depresyon çalışmalarında şema terapinin hem bireysel hem grup formatlarında semptomlarda azalma sağladığı, ancak bazı çalışmalarda BDT ile karşılaştırıldığında üstünlüğünün gösterilemediği gözlenmiştir (Jalali ve ark. 2019, Rek ve ark. 2023, Kopf-Beck ve ark. 2024).

### Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarında yürütülen çalışmaların büyük çoğunluğunun grup formatında ve değişken oturum sayılarında gerçekleştirildiği; şema terapinin anksiyete belirtilerinde iyileşme sağladığı, fakat BDT ile karşılaştırmalarda açık bir üstünlük kanıtının sınırlı olduğu bildirilmiştir (Mohammadi ve Moradi 2016, Stefan ve ark. 2023, Baljé ve ark. 2024).

### TSSB

TSSB alanında literatürde ulaşılan tek çalışma, şema terapinin travma-odaklı BDT'ye kıyasla hem kısa hem de orta vadede daha güçlü ve sürdürülebilir iyileşmeler sağladığını rapor etmiştir (Lian ve ark. 2024).

## Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları alanındaki tek bir çalışma bulgusuna dayanan sınırlı kanıt, şema terapinin BDT ile benzer düzeyde etkisi olduğunu göstermekte; açık bir üstünlük bulunmamaktadır (McIntosh ve ark. 2016).

## OKB

OKB'ye yönelik çalışmada şema terapinin belirtileri azaltabildiği rapor edilse de çalışmanın uygulama ve yöntemsel ayrıntı eksiklikleri ile literatürde ulaşılan tek bir araştırma bulgusunun gözden geçirilmiş olması nedenleriyle sonuçların genellenmesi konusunda dikkatli olunmalıdır (Sij ve ark. 2018).

## Genel Değerlendirme

Tüm bulgular bütün olarak değerlendirildiğinde, şema terapi ile birlikte karşılaştırılan müdahale yöntemlerinin (örn. BDT, Nörolingüistik Programlama, BDT, destekleyici terapi) çeşitli olmasına rağmen çoğunlukla BDT'nin seçildiği görülmektedir. Örneğin depresyon, sosyal anksiyete, yeme bozukluğu ve TSSB ile yürütülen çalışmalarda BDT ile şema terapi karşılaştırılmıştır. Depresyon, sosyal anksiyete ve yeme bozukluğunda BDT ile şema terapinin benzer sonuçlar verdiği ancak TSSB'de şema terapinin BDT'ye kıyasla daha iyi sonuçlar verdiği bulunmuştur. Müdahale yöntemlerinin çeşitliliğinden bağımsız olarak şema terapi uygulanan grupların psikolojik belirtilerdeki iyileşme düzeyleri, müdahale almayan gruplara göre daha fazla iken diğer müdahale yöntemlerinin uygulandığı gruplardaki iyileşmeyle benzer düzeye sahip olduğu görülmüştür. Psikolojik belirtilerin yanı sıra, erken dönem uyumsuz şemalar, uyumsuz kişilik özellikleri ve duygusal zorlanmalarda da terapi alan grupta, müdahale almayan gruplara kıyasla iyileşmeler rapor edilmiştir. Yukarıdaki bulgulardan hareketle, kişilik özellikleri alanında yapılan çalışmalarla ön plana çıkan şema terapinin, yalnızca kişilik özellikleri üzerinde değil, aynı zamanda klinik bozukluklar düzeyindeki diğer psikolojik zorlanmaları da azaltabildiği değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, mevcut bulgular şema terapinin klinik bozukluklar için umut verici bir seçenek olduğunu öne sürmektedir. Depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarında şema terapinin etkisi BDT ile genellikle eşdeğer düzeyde bulunurken; TSSB'de daha üstün olabileceği, OKB'de ise var olan yayınlanmış çalışmanın niteliğinin etkileri değerlendirmek için belirsiz olduğu anlaşılmıştır. Depresyon ve anksiyete dışındaki klinik bozukluklar için şema terapi etkililiğine yönelik bulgulardaki boşluk nedeniyle metodolojik açıdan tutarlı randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

## Tartışma

Bu çalışmanın amacı klinik bozukluklar üzerinde şema terapinin etkinliğini inceleyen makaleleri derlemektir. Çalışmaya 2014 ile 2024 yılları arasında yayınlanmış makaleler dahil edilerek tarama yapılmıştır. Bulgular ışığında şema terapinin klinik bozukluklar üzerinde etkisi olan geçerli bir terapötik müdahale olduğu görülmektedir. Mevcut derlemeye, müdahale içeren, kontrol grubu olan ve katılımcıların gruplara seçkisiz atıldığı çalışmalar dahil edilmiştir. Araştırma kapsamında değerlendirilen dokuz görgül araştırma şema terapinin etkinliğinin araştırıldığı klinik bozukluğa göre gruplandırılmıştır. Bu kapsamda dahil etme kriterlerini karşılayan psikolojik bozukluklardan depresyon, anksiyete bozuklukları, TSSB, yeme bozuklukları ve OKB ele alınmıştır. Dahil etme kriterlerine uyan araştırma sayısının sınırlılığı dikkate değer olmakla birlikte bu nitelikteki görgül araştırmaların daha çok depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine yoğunlaştığı genel çıkarımlar arasında yer almaktadır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları alanındaki çalışmalar, şema terapinin belirtilerde anlamlı iyileşmeler sağladığını ortaya koymaktadır. Depresyon çalışmalarında BDT ile kıyaslandığında şema terapinin benzer düzeyde etkin olduğu (Carter ve ark. 2013, Stroian 2021, Bär ve ark. 2023) gözlenmiştir. Anksiyete bozukluklarında ise grup formatının tedaviye bağlılığı ve tamamlanma oranlarını artırıcı etkileri, şema terapinin klinik uygulanabilirliğini desteklemektedir (Baljé ve ark. 2024).

Tabloya dahil edilemeyen ancak sonuçlarının alandaki bilgi birikimine katkı sağladığı düşünülen Karbasdehi ve arkadaşlarının (2018) çalışması şema terapi ile rehabilitasyonun; konjestif kalp yetmezliği hastalarında bilişsel duygu düzenleme ve varoluşsal anksiyete üzerindeki etkilerini incelemiştir. Deney grubundaki

hastalara 10 seans şema terapi uygulanmış ve sonuçlar, uyumlu duygu düzenleme stratejilerinde artış, uyumsuz stratejilerde ve varoluşsal anksiyetede ise anlamlı azalma göstermiştir. Şema terapi, uyumsuz başa çıkma tarzlarının değişimini destekleyip duygusal farkındalığı artırarak bilişsel duygu düzenlemeyi iyileştirmiştir. Ayrıca, varoluşsal anksiyetenin azalması konjestif kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesini destekleyici bir etki oluşturmuştur. Bu bulgu, şema terapinin fiziksel rahatsızlıkların eşlik ettiği psikolojik belirtilerde de kullanılabileceğini gündeme getirmektedir. Renner ve arkadaşlarının (2016) çalışması ise çoklu tek vakalı desen kullanarak kronik depresyon tedavisinde bireysel şema terapinin etkinliğini incelemiştir. 25 danışan ile birlikte yürütülen şema terapiye ilişkin bulgular, uygulamaların depresyon belirtilerini önemli ölçüde azalttığını ve terapi sonrası %40 oranında yanıt, %35 remisyon ve %67 iyileşme sağlandığını göstermektedir. Bu nitelikteki araştırmaların yayınlaşması ile ilerleyen yıllarda depresyonun sağaltımında şema terapinin de kanıt temelli uygulamalar içine alınarak tanınabileceği düşünülmektedir.

TSSB alanında, kriterleri karşılayan tek seçkisiz kontrollü çalışma, şema terapinin travma odaklı BDT'ye kıyasla kısa ve orta vadede daha güçlü iyileşmeler sağladığını göstermektedir. Bu, şema terapinin duygusal ve ilişkisel kalıpları hedef alarak kalıcı değişimler yaratabilme potansiyelini ortaya koymaktadır (Lian ve ark. 2024). Yalnızca travmanın izlerini hafifletmekle kalmayıp, aynı zamanda duygusal iyileşme sağlayarak uzun vadeli bir etkinlik sunmaktadır. Şema terapinin, bireylerin temel şemalarını hedef alarak, güven, terk edilme ve kontrol gibi duygusal ihtiyaçlara odaklanması, tedavi sürecinde kalıcı değişimlere yol açmasını açıklayabilir. Travma odaklı BDT, daha çok bilişsel düzeyde değişim sağlamaya yönelikken, şema terapi özellikle imgeleme ile yeniden senaryolaştırma gibi müdahaleleri yoluyla duygusal ve ilişkisel kalıpları yeniden yapılandırarak daha kalıcı etkiler oluşturuyor olabilir. Çalışmada elde edilen nicel ve nitel analizler, bu derinlemesine yaklaşımın, TSSB'li bireyler üzerinde daha güçlü ve sürdürülebilir iyileşme sağladığını ortaya koymaktadır (Lian ve ark. 2024). Ayrıca mevcut çalışmanın kriterlerini tam olarak karşılamadığından tabloya dahil edilemeyen Cockram ve arkadaşları (2010) ile Peeters ve arkadaşlarının (2022) çalışması, EDUŞ'ların TSSB gelişimindeki rolünü ve şema odaklı terapinin etkinliğini incelemektedir. Seçkisiz atama ve kontrol grubunun eksikliği, sonuçların neden-sonuç ilişkisini değerlendirme kapasitesini sınırlasa da şema terapinin EDUŞ'lar ve TSSB belirtilerini anlamlı şekilde iyileştirdiği ortaya koyulmuştur.

Ayrıca manuelize BDT ile karşılaştırıldığında, şema terapinin TSSB ve anksiyete belirtileri üzerinde daha büyük iyileşmeler sağladığı bulunmuştur (Cockram ve ark. 2010, Peeters ve ark. 2022). TSSB alanında içerme kriterlerini sağlayan tek bir görgül araştırmaya ulaşılsa dahi şema terapinin travma odaklı belirtiler açısından son derece umut vadeci bir yaklaşım olduğu anlaşılmaktadır.

Şema terapinin yeme bozuklukları üzerindeki etkinliğinin incelendiği çalışmadan (McIntosh ve ark. 2016) hareketle şema terapi ve iştah odaklı BDT'nin, özellikle tıknırcasına yeme tedavisinde geleneksel BDT'ye uygun alternatifler oldukları anlaşılmaktadır. Şema terapi, yeme bozukluklarının altında yatan duygusal ve bilişsel yapıların yeniden şekillendirilmesine odaklanırken, iştah odaklı BDT, yeme davranışlarını düzenlemeyi hedefler. Ancak bu iki terapinin, geleneksel BDT ile kıyaslandığında, benzer düzeyde etkinlik gösteriyor olması, her iki terapinin de klinik uygulamada uygun alternatifler olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle tıknırcasına yeme gibi davranışsal belirtilerde, her üç yaklaşımın benzer şekilde etki gösterdiği bulunmuştur. Bununla birlikte, her bir terapötik yaklaşımın bireysel ihtiyaçlara göre daha spesifik şekillerde özelleştirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Şema terapi, derinlemesine kişisel inançları ve şemaları ele alarak, terapi sürecine yaşantısal bir boyut eklerken, iştah odaklı BDT'nin, daha çok yeme davranışını düzenlemeye yönelik stratejiler geliştirerek süreci tamamladığı anlaşılmaktadır. Şema terapi ve iştah odaklı BDT, geleneksel BDT'nin ötesinde bir bakış açısı sunarak, farklı terapi yöntemlerinin birbirini tamamlayıcı özellik taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, her iki terapötik yaklaşımın klinik uygulamalarda daha geniş bir seçenek sunarak, yeme bozuklukları tedavisinde daha fazla esneklik sağlayabileceği söylenebilir.

OKB çalışmasının bulguları incelendiğinde şema terapinin belirtileri azaltmada potansiyel etkinliği bulunmakla (Sij ve ark. 2018) birlikte uygulama süresi ve metodolojik detay eksiklikleri, genellenebilir sonuçlar elde edilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Peeters ve arkadaşlarının (2022) sistematik derlemesinde, OKB tedavisinde şema terapinin potansiyel faydalarına değinilmiş, belirtilerde ve EDUŞ'larda iyileşme sağladığına dair bulgular elde edilmiştir. Podea ve

arkadaşlarının da (2009) belirttiği üzere OKB'nin sıklıkla anksiyete ve kontrol arayışından kaynaklanan bir bozukluk olduğu göz önüne alındığında, şema terapinin OKB müdahalesindeki etkinliği, bu modelin bireylerin duygusal deneyimlerine ve ihtiyaçlarına, dirençli düşünce ve davranış kalıplarına karşılık öz-farkındalıklarını artırmaya ve sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirerek davranışsal açıdan da değişime odaklanmasından kaynaklanabilir. Dolayısıyla terapötik yaklaşım olarak bireylerin zorlayıcı düşüncelerini yönetmede, duygusal olarak daha sağlıklı bir yapı oluşturmayı mümkün kılabilir. Şema terapinin OKB tedavisinde, diğer geleneksel tedavi yöntemlerinden farklı olarak, duygusal yanıtları dönüştürme noktasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu alanda sınırlı sayıda çalışma olduğu için şema terapinin daha geniş skaladaki OKB örneklemelerinde nasıl işlediği ve hangi alt gruplarda (örn. temizlik, kontrol etme) daha etkili olduğu gibi konularda araştırmaya ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Dahil etme kriterlerini karşılamadığından tabloya dahil edilemeyen Thiel ve arkadaşlarının (2016) çalışması, OKB tanısı alan bireylerde, şema terapi ile desteklenen maruz kalma ve tepki engelleme tedavisinin etkililiğini değerlendirmektedir. Çalışma, küçük bir örneklem grubunda yapılmış ve seçkisiz atama ile kontrol grubu kullanılmamıştır. Bununla birlikte, şema terapi destekli terapi sürecinin OKB belirtilerini anlamlı ölçüde azalttığı ve tedaviye dirençli danışanlar üzerinde olumlu etkiler sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak, kısıtlı sayıdaki çalışmalar ışığında şema terapinin OKB sağaltımında potansiyel olarak etkin bir yaklaşım olduğu anlaşılmaktadır.

Dokuz görgül çalışmadan elde edilen bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde şema terapinin klinik bozukluklar üzerindeki etkinliğinin diğer terapi ekollerıyla benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak kontrol gruplarına kıyasla da daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Şema terapinin diğer terapi ekolleri ile benzer sonuçlar elde ettiğinin bulunması oldukça dikkat çeken bir bulgudur. Derlenen çalışmalar incelendiğinde yarısından fazlasının şema terapiyi BDT ile karşılaştırdıkları görülmüştür. Depresyon, sosyal anksiyete, yeme bozukluklarıyla yürütülen terapi süreçleri sonunda şema terapinin BDT ile benzer iyileşme oranlarına sahip olduğu bulunmuştur. Alanyazında "altın standart" olarak kabul edilen kanıta dayalı terapi ekolü BDT ile benzer sonuçların elde edilmesi, şema terapinin ne denli umut vadeden bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır. Buna ek olarak BDT gibi kısa süreli bir terapi ekolüne kıyasla doğası gereği daha uzun sürede sonuç vermesi beklenen şema terapinin, kısa süreli bulgularda dahi BDT'ye yakın etkiler göstermesi oldukça önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, TSSB'de yürütülen çalışmada şema terapinin BDT'ye kıyasla TSSB belirtilerini azaltmada daha iyi olduğu bulunmuştur. Ancak bu çalışmada terapi süreçlerinin denetlenmesine ilişkin bilgi olmadığı için sonucun dikkatli yorumlanması gerekmektedir.

Şema terapinin temel amacı, EDUŞ ve modların psikolojik belirtilerle ilişkini ortaya koymak, şema ve işlevsel olmayan modların düzeyini azaltarak psikolojik rahatsızlıkları tedavi etmektir (Taylor ve ark. 2017). Örneğin, depresyonda duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon şemaları öne çıkmakla birlikte, depresyon tanısı alan bireylerin tüm şemalarda depresyon tanısı olmayan kontrol grubuna kıyasla daha yüksek şema puanlarına sahip oldukları bulunmuştur (Bär ve ark. 2023). Panik bozuklukta ise dayanıksızlık ve boyun eğcilik şemalarının daha görünür olduğu saptanmıştır (Bär ve ark. 2023). Şema terapi sürecinde bu şemalar ele alınarak çalışılmakta ve dolayısıyla psikolojik rahatsızlıkların tedavisine katkı sağlanmaktadır. Tabloda sunulan çalışma bulguları incelendiğinde, şema terapinin çeşitli psikolojik rahatsızlık belirtilerini azalttığı görülmektedir. Bulgularda, farklı psikolojik rahatsızlarda benzer sonuçların elde edilmesi, şemalar ve modlar üzerine çalışılmasının tedavide ortak bir mekanizma oluşturduğunu düşündürmektedir.

Genel olarak, şema terapinin farklı bozukluklar üzerindeki etkinliği değişkenlik göstermektedir: Depresyon ve anksiyete bozukluklarında BDT ile eşdeğer, TSSB'de travma odaklı BDT'ye üstün, yeme bozuklukları ve OKB'de ise daha fazla kanıt gerektiren bir alan olarak değerlendirilebilir. Ayrıca oturumların yapıları, terapist yeterliliği, uzun dönem takip ve metodolojik standartların sağlanması, şema terapinin etkinliğinin daha güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi için gereklidir. Bu çerçevede, şema terapinin klinik bozuklukların sağaltımında umut verici bir yöntem olduğu; ancak etkinliğini güçlendirmek, bozukluklar arası karşılaştırmaları netleştirmek ve genellenebilir sonuçlar elde etmek için, gelecekte daha yüksek örneklemli, metodolojik açıdan tutarlı ve uzun dönem takipli seçkisiz kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Bu çalışmada, şema terapinin klinik bozukluklardaki etkinliğini inceleyen makaleler derlenmiştir ancak derleme kapsamında değerlendirilen çalışmaların metodolojik ve kapsam açısından önemli sınırlılıkları bulunmaktadır. Bazı çalışmalar, klinik bulguların yorumlanmasını zorlaştıran özellikler taşımaktadır.

Örneğin, klinik bozukluklar sıklıkla kişilik zorlukları ile bir arada görülmektedir (Wang ve ark. 2021) ve şema terapi sıklıkla kişilik bozuklukları olan grup ile yürütülen bir yaklaşımdır. Dolayısıyla şema terapi sonrası elde edilen iyileşme düzeyi, klinik belirtilerdeki azalmaya mı yoksa kişilik patolojisindeki iyileşmeye mi atfedilebilir belirsiz kalmaktadır. Bu metodolojik sınırlılığı yansıtan bir çalışma olarak, Baljé ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında temel tanı sosyal anksiyete bozukluğu ve ona eşlik eden kaçınan kişilik bozukluğu birlikte ele alınmıştır; bulgular, BDT ve şema terapinin sosyal anksiyete ve kaçınan kişilik bozukluğu şiddetinde benzer düzeyde iyileşme sağladığını ortaya koymuş olup şema terapiyi tamamlayan danışan sayısı daha fazla olmuştur. Bu ve benzeri çalışmalarda karşılaşılan ortak metodolojik zorluk, iyileşmenin klinik belirtilerdeki azalmalardan mı, kişilik düzeyindeki değişimden mi yoksa her ikisinden birden mi kaynaklandığının net olarak belirlenememesidir.

Bir diğer yandan, tabloda sunduğumuz çalışmaların büyük bölümünün grup formatında yürütüldüğü görülmektedir. Grup formatında yürütülen müdahalelerin kendine has iyileştirici faktörlere sahip olduğu düşünüldüğünde, örneğin benzer sorunlarla başa çıkmaya çalışmaktan kaynaklanan sosyal destek gibi, elde edilen iyileşme düzeyinin uygulanan müdahale yöntemlerinin etkililiğinden ne düzeyde ayrıştırılabileceği bir diğer tartışma konusudur.

Ayrıca, örneklem büyüklükleri, müdahale süreleri ve terapistlerin uygulama yeterlilikleri çalışmalar arasında değişkenlik göstermektedir. Örneğin, çalışmalar arasında katılımcı sayısının 30'dan 292'ye kadar değişmesi, bazı çalışmaların yalnızca tek bir oturumdan oluşurken bazılarının otuz oturuma kadar çıkması ve çalışmalarda tutarlı bir şekilde uygulama (fidelity) kontrolünün yapılmaması, elde edilen bulguların gücünü sınırlamaktadır.

Ek olarak klinik bozuklukların kendi içlerindeki heterojen yapıları da sonuçların genellenebilirliği için kısıt oluşturmaktadır. Örneğin, OKB'de yaygın olarak görülen heterojen yapıda olduğu gibi (Çapar-Taşkesen ve İnözü 2024), bulguların genellenebilmesi için geniş ve heterojen yapıyı yansıtan örneklemli araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, derlemeye yalnızca İngilizce dilinde yayımlanan ve son 10 yılda yürütülen çalışmaların dahil edilmesi, alanyazındaki diğer dillerdeki veya daha eski fakat klinik açıdan önemli araştırmaların gözden kaçmasına yol açmış olabilir ve metodolojik çeşitliliği sınırlayabilir.

Çalışmalarda metodolojik kalitenin sistematik olarak değerlendirilmemesi bir sınırlılık olarak öne çıkmaktadır. Özellikle, önyargı risklerinin (risk of bias) Cochrane Risk of Bias Tool veya benzeri standart araçlarla incelenememiş olması, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir. Gelecekteki çalışmalarda bu tür araçların kullanılması, çalışmalardaki olası önyargı faktörlerinin daha sistematik belirlenmesine ve sonuçların güvenilirliğinin artırılmasına imkân sağlayacaktır. Bu sınırlılıklar, elde edilen bulguların genellenebilirliğini kısıtlamakta olup, şema terapinin etkinliğine dair yorumlarda göz önünde bulundurulması gerektirmektedir.

## Sonuç

Bu derleme kapsamında incelenen çalışmalar, şema terapinin klinik bozukluklardaki etkinliğini desteklemektedir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, TSSB ve OKB gibi bozukluklarda şema terapinin iyi bir alternatif müdahale olduğu görülmekle birlikte, mevcut alanyazının belirli sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, şema terapinin klinik bozukluklardaki etkinliğini inceleyen seçkisiz kontrollü çalışmalar sayıca sınırlıdır ve bu alandaki çalışmalardaki artış alana katkı sağlama potansiyeline sahiptir.

Alanyazında tek vakalı desen olan, kontrol grubu olmadan yürütülen ve terapide değişimi neyin getirdiğini inceleyerek etkili terapi mekanizmalarını ortaya koymaya çalışan değerli çalışmalar mevcuttur. Bu türdeki çalışmaların alanyazındaki güncel trendleri yansıttığı tartışılabilir. Diğer yandan son 10 yıla baktığımızda araştırma yöntemleri açısından klasik seçkisiz kontrollü deneysel çalışmaların oldukça sınırlı olması şema terapinin klinik bozukluklarda etkin bir müdahale olarak kabul edilmesini sınırlayabilir. Makalemiz seçkisiz kontrollü çalışmaların yürütülmesi ile bir ekolün diğerine üstünlüğünü göstermeyi amaçlamaktan çok bir yaklaşımın belirli bir bozuklukta etkinliğini incelemeyi hedefleyen çalışmalara olan ihtiyacı şema terapi alanında ortaya koymaktadır.



Mevcut çalışmalarda oturum sayılarının sınırlı olması, kontrol grubu seçimindeki farklılıklar ve uzun vadeli takip çalışmalarının eksikliği dikkati çeken diğer sınırlılıklardır. Farklı kültürel bağlamlarda uygulanan müdahalelerin kıyaslanabilir olmaması da sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu bağlamda, şema terapinin klinik bozukluklardaki etkinliğini daha ayrıntılı ve kapsamlı şekilde değerlendirecek, metodolojik açıdan güçlü, farklı kültürel bağlamları dikkate alan ve uzun vadeli etkileri inceleyen yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu tür çalışmaların, alandaki bilgi boşluğunu dolduracak, şema terapinin etkinliğini daha geniş bir perspektiften değerlendirmeyi sağlayacak, klinik uygulamalarda güvenilir ve genellenebilir sonuçlar elde edilmesine temel sağlayacak nitelikte olacağı düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. (DSM-IV-TR)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arntz A, Van Genderen H (2020) *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, 2nd ed.* Hoboken, NJ, Wiley.
- Arntz A, Jacob G (2012) *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Hoboken, NJ, Wiley.
- Assmann N, Schaich A, Arntz A, Wagner T, Herzog P, Alvarez-Fischer D et al. (2024) The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 93:249-263.
- Bach B, Lockwood G, Young JE (2018) A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Behav Cogn Psychother*, 46:621-633.
- Balje AE, Greeven A, Deen M, Van Giezen AE, Arntz A, Spinhoven P (2024) Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 104:102860.
- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A (2014) Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 171:305-322.
- Bär A, Bär HE, Rijkeboer MM, Lobbstaël J (2023) Early maladaptive schemas and schema modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychol Psychother*, 96:716-747.
- Boog M, Visser MC, Clarijs L, Franken IH, Arntz A (2024) One-year follow-up: schema therapy for patients with borderline personality disorder and comorbid alcohol use disorder. *Clin Psychol Psychother*, 31:e3040.
- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR (2013) Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*, 151:500-505.
- Cockram DM, Drummond PD, Lee CW (2010) Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother*, 17:165-182.
- Çapar-Taşkesen T, Inozu M (2024) Duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi: Deneysel bir çalışma. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 8:18-33.
- Emmelkamp PM, Meyerbröker K (2025) Psychotherapies for the treatment of personality disorders: the state of the art. *Curr Opin in Psychiatry*, 38:66-71.
- Farrell JM, Shaw IA (2012) *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook, 2nd ed.* Chichester, West Sussex, Wiley-Blackwell.
- Grazka A, Strzelecki D (2023) Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: A systematic review. *Brain Sci*, 13:1216.
- Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K (2010) Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cogn Ther Res*, 34:368-379.
- Hawke LD, Provencher MD (2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *J Cogn Psychother*, 25:257-276.
- Jalali F, Hasani A, Hashemi SF, Kimiaei SA, Babaei A (2019) Cognitive group therapy based on schema-focused approach for reducing depression in prisoners living with HIV. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 63:276-288.

- Karbasdehi ER, Abolghasem A, Karbasdehi FR (2018) The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *J Contemp Psychother*, 48:233-239.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:617-627.
- Kool M, Van H, Arntz A, Bartak A, Peen J, Dil L et al. (2024) Dosage effects of psychodynamic and schema therapy in people with comorbid depression and personality disorder: Four-arm pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 225:274-281.
- Kopf-Beck J, Müller CL, Tamm J, Fietz J, Rek, N, Just L et al. (2024) Effectiveness of schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for depression in inpatient and day clinic settings: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 93:24-35.
- Lian AEZ, Chooi WT, Bono SA (2024) The development and the effectiveness of schema therapy on Malaysian female young adults who experienced continuous trauma and post-traumatic stress disorder. *Eur J Trauma Dissociation*, 8:100427.
- Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA (2012) A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cogn Behav Ther*, 41:185-202.
- McIntosh VV, Jordan J, Carter JD, Frampton CM, McKenzie JM, Latner JD et al. (2016) Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res*, 240:412-420.
- Mohammadi F, Moradi O (2016) Comparison of the effectiveness of schema therapy and neuro-linguistic programming on reducing anxiety and improving social functioning in patients with generalized anxiety disorder (GAD). *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*, 2:56-66.
- Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA (2005) Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clin Psychol Psychother*, 12:142-149.
- Peeters N, Van Passel B, Krans J (2022) The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*, 61:579-597.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372:71.
- Podea D, Suci R, Suci C, Ardelean M (2009) An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *J Evid Based Psychother*, 9:221-233.
- Rek K, Kappelmann N, Zimmermann J, Rein M, Egli S, Kopf-Beck J (2023) Evaluating the role of maladaptive personality traits in schema therapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Psychol Med*, 53:4405-4414.
- Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ (2016) Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 51:66-73.
- Sij ZD, Manshaee G, Hasanabadi H, Nadi MA (2018) The effects of schema therapy on emotional self-awareness, vulnerability, and obsessive symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder. *Modern Care J*, 15:e69656.
- Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C (2010) Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Front Psychol*, 1:182.
- Stefan S, Stroian P, Fodor L, Matu S, Nechita D, Boldea I et al. (2023) An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms: a randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*, 29:67-75.
- Stroian PI (2021) Emotional needs and schematic functioning in depression: A narrative review. *J Evid Based Psychother*, 21:21-36.
- Tariq A, Quayle E, Lawrie SM, Reid C, Chan SWY (2021) Relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood: A meta analysis. *J Affect Disord*, 295:1462-1473.
- Taylor CD, Bee P, Haddock G (2017) Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother*, 90:456-479.
- Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kuelz AK, Hertenstein E et al. (2016) Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 52:59-67.
- Verhaak L, Ter Heide JJ (2024) Group schema therapy for refugees with treatment-resistant PTSD and personality pathology. *Case Rep Psychiatry*, 2024:8552659.

Wang Q, Zhang L, Zhang J, Ye Z, Li P, Wang F et al. (2021). Prevalence of comorbid personality disorder in psychotic and non-psychotic disorders. *Front Psychiatry*, 12: 800047.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Etik Onay:** Bu çalışma bir derleme yazısı olduğu için etik onaya gerek yoktur.

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Not:** Mevcut çalışma, ilk yazarın Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programının gerekliliği olarak ikinci ve üçüncü yazarların danışmanlığı dahilinde yürüttüğü tezsiz yüksek lisans projesine dayanmaktadır.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Ethical Approval:** This review study does not require ethical clearance.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.

**Acknowledgments:** This study is based on a thesis-free master's project conducted by the first author as a requirement of the Clinical Psychology Master's Program at Social Sciences University of Ankara, under the supervision of the second and third authors.