

# EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND TYPICAL AND ATYPICAL SYMPTOMS OF DEPRESSION AMONG ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS

## WCZESNE NIEADAPTACYJNE SCHEMATY POZNAWCZE A TYPOWE I ATYPOWE OBJAWY DEPRESJI U DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW

Jan Chodkiewicz<sup>1</sup>, Zuzanna Kasprzak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Preventive and Addiction Psychology, Institute of Psychology, University of Lodz, Poland

<sup>2</sup>Centre for Therapy of Dependence and Co-dependence, Cracow, Poland

<sup>1</sup>Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Polska

<sup>2</sup>Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, Kraków, Polska

Alcohol Drug Addict 2018; 31(2): 107-124

DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2018.78021>

### Abstract

**Introduction:** The aim of the study was to distinguish the maladaptive schemas defined by Jeffrey Young et al. dominate within a group of Adult Children of Alcoholics (ACoA) and to examine the relationship between the schemas and depressive symptoms in the study group.

**Material and methods:** Young Schema Questionnaire (YSQ-SF3), Rutz Gotland Male Depression Scale (GMDS) and Beck Depression Inventory (BDI) were used in this study. The study consisted of 56 female and 10 male participants in ACoA treatment.

**Results:** The highest results in the study group were obtained in the following schemas: Recognition-seeking, Negativity, Unrelenting standards,

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Celem badania była odpowiedź na pytanie, które z nieprzystosowawczych schematów wyróżnionych przez Jeffrey Younga i wsp. dominują wśród dorosłych dzieci alkoholików (DDA) oraz określenie związku między schematami a objawami depresji w badanej grupie.

**Materiał i metody:** W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ-SF3), Gotlandzką Skalę Męskiej Depresji (GMDS) Rutza oraz Inwentarz Depresji Becka (BDI). Badaniom poddano 66 osób (56 kobiet i 10 mężczyzn) uczestniczących w terapii dorosłych pochodzących z rodzin alkoholowych.

**Wyniki:** Najwyższe wyniki w badanej grupie uzyskano w obrębie schematów: poszukiwanie uznania, pesymizm, wysokie standardy, słaba

**Correspondence to/Adres do korespondencji:** Jan Chodkiewicz, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, phone: +48 42 6540 511, e-mail: [janchodkiewicz@poczta.onet.pl](mailto:janchodkiewicz@poczta.onet.pl)

**Authors' contribution/Wkład pracy autorów:** Study Design/Koncepcja badania: J. Chodkiewicz; Data Collection/Zebrań danych: Z. Kasprzak; Statistical Analysis/Analiza statystyczna: J. Chodkiewicz; Data Interpretation/Interpretacja danych; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji pracy and/i Literature Search/Przygotowanie literatury: J. Chodkiewicz, Z. Kasprzak

No ghostwriting and guest authorship declared./Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*.

**Submitted/Otrzymano:** 23.04.2018 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 08.06.2018

Insufficient self-control, Self-sacrifice, Abandonment and Mistrust. A strong positive relationship was detected between the majority of early maladaptive schemas and typical and atypical symptoms of depression. The obtained results indicate possible clinical severity of typical and atypical symptoms of depression in ACoA.

**Discussion:** Schemas that dominated in the studied persons correspond in part to the characteristics of the ACoA according to recognised concepts. The obtained relationships of some of the schemas with the level of depression measured with GMDS and BDI were similar to the results obtained in the studies of healthy people and those diagnosed with depression. However, some schemas have relationships only with a tool investigating atypical symptoms of depression (GMDS), which might be specific to the ACoA.

**Conclusions:** The role of non-adaptive schemas and typical and atypical symptoms of depression is underlined. This indicates the appropriateness of using Schema Therapy (ST) in the ACoA with the accompanying symptoms of depression. There was also discussion on the development of further research in this area.

**Keywords:** Early maladaptive schemas, Atypical depression, ACoA, Typical depression

kontrola, samopoświęcenie, porzucenie i nieufność. Stwierdzono silny, dodatni związek między większością dysfunkcyjnych schematów a typowymi i atypowymi objawami depresji. Uzyskane wyniki wskazują również na możliwe kliniczne nasilenie typowych i atypowych objawów depresji u DDA.

**Omówienie:** Dominujące u badanych schematy odpowiadają częściowo charakterystyce DDA według uznanych koncepcji. Otrzymane związki niektórych schematów z poziomem depresji mierzonym Gotlandzką Skalą Rutza (GMDS) i Skalą Becka (BDI) były zbliżone do wyników uzyskanych w badaniach osób zdrowych i z rozpoznaną depresją. Jednak niektóre schematy wykazują związki jedynie z narzędziem badającym atypowe objawy depresji (GMDS), co być może jest swoiste dla DDA.

**Wnioski:** Stwierdzono istnienie związku między nieadaptacyjnymi schematami a poziomem typowych i atypowych objawów depresji. Przemawia to za zastosowaniem terapii schematów (ST) u DDA z towarzyszącymi objawami depresji. Podjęto również dyskusję nad rozwojem dalszych badań w omawianym obszarze.

**Słowa kluczowe:** schematy poznawcze, depresja atypowa, DDA, depresja typowa

## ■ INTRODUCTION

Life in a family in which one of the parents or carers is dependent on alcohol is difficult for a child. Children like this find themselves in a family system where attention is focused most often on the alcoholic and not on his/her children [1]. In this kind of family there are many stressors associated with the parents' alcohol dependence symptoms, which place additional burdens on the children. Often this is associated with children's experience of physical, emotional and sexual violence, which can influence their way of thinking and functioning as well as leading to disorders in adult life [2].

There are many studies confirming the negative influence of a drinking parent on child development [1-4]. At the same time, attention is drawn to the fact that the Adult Children of Alcoholics (ACoA) group is highly heterogenic and is made

## ■ WPROWADZENIE

Życie w rodzinie, w której jeden z rodziców lub opiekunów jest uzależniony od alkoholu, to dla dziecka z założenia trudna sytuacja. Znajduje się ono w systemie rodzinnym, w którym uwaga koncentruje się najczęściej na alkoholiku, a nie jego dzieciach [1]. W takich rodzinach pojawia się wiele stresorów związanych z objawami uzależnienia od alkoholu rodzica, co stanowi dodatkowe obciążenie. Niejednokrotnie jest to związane z doświadczaniem przez dzieci przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, co może wpływać na sposób myślenia i funkcjonowania oraz prowadzić do zaburzeń w wieku dorosłym [2].

Wiele badań potwierdza negatywny wpływ pijącego rodzica na rozwój dziecka [1-4]. Jednocześnie zwraca się uwagę, że grupa dorosłych dzieci alkoholików (DDA) jest wysoce heterogeniczna – znajdują się w niej zarówno osoby dobrze

up of both the well adapted and those revealing a high degree of psychopathology [3-6]. Their experiences may vary in terms of the intensity of not only damage and trauma but also protecting factors. Of especially negative significance is the neglect of children by carers and their experience of violence. Other important factors influencing the differentiation of experience in the ACoA group is the behaviour of a non-drinking parent, the general domestic atmosphere and relations with siblings [5].

Despite the observed differences, the majority opinion is that the children of alcoholics belong to a group of increased risk of disorder within the group of externalising (including alcohol abuse and antisocial behaviour) and internalising (affective disorder, especially depression, anxiety and posttraumatic stress disorder) disorders that are often manifested already in childhood [inc. 3, 7-10]. Both groups of symptoms may manifest differently and change throughout life depending on a range of distal and proximal stimuli [11-12]. More frequently than others, these people have problems with a sense of their own value, and find it hard to initiate and maintain close relations, have problems with social contacts and encounter difficulties in fulfilling life roles [13].

The general conclusion from the data presented above draws attention to the role of early childhood experiences. It therefore seems sensible never to cease seeking new theories (and also the therapeutic practices deriving from the theories) to describe the genesis and consequences of negative early childhood experiences in order to cast new light on understanding persons from alcoholic families and how to go about supporting of them. The concept that might turn out especially useful in this aspect is Early Maladaptive Schemas (EMS) by Jeffrey Young *et al.* [14-15]. These authors indicate the specific role of early childhood experience in the development of adaptive or maladaptive schemas affecting the mode of adult behaviour. They suggest that the schemas formed in childhood are maintained throughout life. However, which of the schemas develops in a given person depends on traits of temperament and environmental conditions in which the child grows up, and also on the interaction between these factors.

Young *et al.* [14] characterise cognitive schema as the main, multithreaded theme present

przystosowane, jak i przejawiające głęboki stopień psychopatologii [3-6]. Doświadczenia mogą różnić się pod względem nasilenia czynników urazowych i traumatycznych, ale też ochronnych. Szczególnie negatywne znaczenie ma zaniedbywanie dzieci przez opiekunów oraz doświadczanie przez nie przemocy. Inne ważne czynniki wpływające na zróżnicowanie doświadczeń w grupie DDA stanowią funkcjonowanie niepijącego rodzica, ogólna atmosfera w domu rodzinnym oraz relacje z rodzeństwem [5].

Pomimo zaobserwowanych różnic przeważa opinia, że dzieci alkoholików należą do grupy podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń z grupy eksternalizacyjnych (m.in. nadużywanie alkoholu, zachowania aspołeczne), jak i internalizacyjnych (zaburzenia afektywne – szczególnie depresja, zaburzenia lękowe, stres pourazowy), które często uwidaczniają się już w okresie dzieciństwa [m.in. 3, 7-10]). Obie grupy objawów mogą się różnie manifestować i zmieniać w ciągu życia w zależności od szeregu dystalnych i proksymalnych czynników [11-12]. Osoby te częściej niż inni mają problemy z poczuciem własnej wartości, nawiązywaniem i utrzymywaniem bliskich relacji, kontaktów społecznych, mają także trudności związane z pełnieniem ról życiowych [13].

Wspólnym wnioskiem z przytoczonych powyżej danych jest zwrócenie uwagi na rolę wczesnodziecięcych doświadczeń. Słuszne zatem wydaje się stałe poszukiwanie nowych teorii (i wywodzącej się z nich praktyki terapeutycznej) opisujących genezę i następstwa negatywnych doświadczeń wczesnodziecięcych, aby odpowiedzieć na pytanie, czy rzucają one nowe światło na kwestię zrozumienia osób pochodzących z rodzin alkoholowych i sposobu udzielania im pomocy. Koncepcja, która może okazać się w tym aspekcie szczególnie przydatna, to teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga i wsp. [14-15]. Autorzy ci bowiem wskazują na szczególną rolę doświadczeń z wczesnego dzieciństwa w powstawaniu adaptacyjnych lub nieadaptacyjnych schematów, mających wpływ na sposób funkcjonowania w dorosłości. Wskazują, że schematy wykształcone w dzieciństwie podtrzymywane są przez resztę życia. Natomiast to, który ze schematów wykształci się u danej osoby, zależy od cech temperamentu oraz właściwości środowiska, w którym jednostka dorasta, a także interakcji między tymi czynnikami.

Young i wsp. [14] charakteryzują schemat poznawczy jako główny, wielowątkowy motyw, który

at many levels in the individual's life including the individual itself and his or her interpersonal relations. Events that may influence the development of maladaptive schemas in a child are parental abuse or violence, actual or symbolic (emotional) rejection of the child, emotional entanglement and the confusion of the child-parent role, critical relation to the child and excessive expectations, fluid boundaries or a lack of boundaries and exclusion of the child by the social environment [14]. It would seem that all these events are the lot of persons being brought up in alcoholic families.

Young *et al.* [14-15] identified 18 maladaptive cognitive schemas that contribute to five domains responsible for basic unmet needs in childhood. These are disconnection and rejection (deprivation of the need for security and acceptance), impaired autonomy and performance (deprivation of the need for autonomy and independence), impaired limits (deficits in the sphere of internal boundaries and self-discipline), other-directedness (deprivation of self-expression out of fear of loss of love and attention) and overvigilance and inhibition (unsatisfied need for spontaneity and play) domains.

The detailed description of all the schemas and the ways individuals cope with them is available in the subject literature so there is no need to go into it here [14]. It is worthwhile mentioning that although Young's theory finds wide application in the study of dependent persons, there have practically been no studies carried out concerning this problematic in ACoA.

Therefore, the aim of the presented study was to consider which of the maladaptive schemas dominate in ACoA and, above all, what relation exists between schemas and depressive symptoms in the studied group. This is important as persons brought up in a home with dependent parents belong to a group in which the percentage of affective disorder is higher than in persons growing up without this kind of dysfunctionality [2, 3, 16]. Because attention has recently been drawn to the occurrence of, in certain persons (more often men), apart from the typical depression symptoms, atypical symptoms characterised by increased impulsivity, aggression and substance abuse (dominance of externalising symptoms) we have decided, in this study, to apply two methods

obecny jest na wielu płaszczyznach życia jednostki, obejmując ją samą oraz jej relacje interpersonalne. Wydarzeniami, które mogą wpłynąć na wykształcenie się u dziecka nieprzystosowawczych schematów są: wykorzystanie przez rodzica/ów lub przemoc z jego/ich strony, faktyczne lub symboliczne (uczuciowe) opuszczenie dziecka, uwikłanie emocjonalne i pomieszenie ról dziecko-rodzic, krytyczny stosunek do dziecka i/lub zawyżone wymagania wobec niego, płynne granice lub ich brak, wykluczenie dziecka przez otoczenie [14]. Wydaje się, że wszystkie te wydarzenia mogą być udziałem osób wychowujących się w rodzinie alkoholowej.

Young i wsp. [14-15] wyróżnili 18 nieadaptacyjnych schematów poznawczych, które wchodzą w skład pięciu obszarów – domen, odpowiadających podstawowym, niezaspokojonym w dzieciństwie potrzebom. Domeny te dotyczą rozłączenia/opuszczenia (deprywacja potrzeby bezpieczeństwa i akceptacji), osłabionej autonomii i braku dokonania (deprywacja potrzeby autonomii i niezależności), uszkodzenia granic (deficyty w sferze granic wewnętrznych, samodyscypliny), nakierowania na innych (deprywacja wyrażania siebie z obawy przed utratą miłości i uwagi) oraz nadmiernej czujności i zahamowania (wynik niezaspokojenia potrzeb spontaniczności i zabawy).

Szczegółowy opis wszystkich schematów i sposobów, w jaki jednostka radzi sobie z nimi można znaleźć w literaturze przedmiotu, nie ma więc potrzeby przytaczania go w tym miejscu [14]. Warto zwrócić uwagę, że o ile teoria Younga znajduje szerokie zastosowanie w badaniach osób uzależnionych, o tyle praktycznie nie prowadzono badań dotyczących tej problematyki u DDA.

Celem poniżej przedstawionego badania była odpowiedź na pytania, które z nieprzystosowawczych schematów dominują u DDA i – przede wszystkim – jaki związek istnieje między schematami a objawami depresyjnymi w badanej grupie. Jest to istotne, gdyż osoby wychowujące się w domu z uzależnionym rodzicem należą do grupy, w której odsetek zaburzeń afektywnych jest wyższy niż u osób dorastających w rodzinach bez tego typu dysfunkcji [2, 3, 16]. Ponieważ w ostatnich czasach zwraca się uwagę na występowanie u niektórych osób (częściej mężczyzn), obok typowych objawów depresyjnych, symptomów atypowych charakteryzujących się wzmożoną impulsywnością, agresywnością i nadużywaniem substancji psychoaktywnych (a więc dominacją objawów ekster-

of studying depression (with dominant typical and atypical symptoms) [inc. 17-19].

## ■ MATERIAL AND METHODS

The study included 68 participants. The analysis is based on the results of 66 – 56 women and 10 men, with two surveys rejected due to the high number of missing responses. The study participants were the adult children of alcohol dependent persons, who were also receiving psychological support. The study was conducted at four sites in the first month of therapy. Most of the participants (56 – 82%) took part both in individual and group therapy. The remainder (12 – 18%) only received individual therapy and were waiting for inclusion in the therapeutic group. Despite the variety of forms of therapy, one of the main areas of work were experiences linked to being brought up by alcohol dependent parent and their influence on current behaviour.

Participation in the study was voluntary. The youngest participant was 20 and the oldest 48 years of age. The average age was 35 ( $M = 35.08$ ,  $SD = 8.36$ ). Most of the participants had higher (59%) and middle (24%) education while 10% were students. These in informal partnerships or married couples made up 60% of the group, of which 8% were in a relationship with a dependent person. In the vast majority of the participants, the dependent person was the father (69%), and then both parents (23%), and least often the mother (5%) or someone else in the more distant family (3%). In half of the cases, the dependent person does not drink any more, and only 15% of the participants still live with the dependent person. In the group there were 14 persons (21.2%) who admitted to being dependent on alcohol.

The following analytical tools were used in the study.

**The Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-SF3-PL)** – the third edition of the shortened questionnaire to study 18 early maladaptive cognitive schemas developed by Jeffrey Young. The questionnaire is made up of 90 questions referring to past and current experiences. Each schema includes up to five test items. The answers are located on a six-point scale from 1 – “totally not true for me” to 6 – “perfectly describes me”.

nalizacyjnych), w badaniu postanowiono zastosować dwie metody do badania depresji (z dominacją objawów typowych i atypowych) [m.in. 17–19].

## ■ MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto grupę 68 osób. Analizie poddano wyniki 66 osób – 56 kobiet i 10 mężczyzn, dwie ankiety odrzucono ze względu na wysoką liczbę pominiętych pozycji. Uczestnicy badania to dorosłe dzieci osób uzależnionych od alkoholu, korzystające z pomocy psychologicznej. Badania przeprowadzono w czterech placówkach w pierwszym miesiącu od rozpoczęcia terapii. Większość osób (56 – 82%) uczestniczyła zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej. Pozostałe osoby (12 – 18%) korzystały wyłącznie z terapii indywidualnej, w oczekiwaniu na włączenie do grupy terapeutycznej. Mimo różnorodnych form terapii, jednym z głównych obszarów pracy były doświadczenia związane z wychowywaniem się z uzależnionym od alkoholu rodzicem oraz ich wpływ na aktualne funkcjonowanie.

Udział w badaniu był dobrowolny. Najmłodszy uczestnik badania miał 20 lat, najstarszy – 48, średnia wieku to 35 lat ( $M = 35,08$ ,  $SD = 8,36$ ). Większość badanych miała wykształcenie wyższe (59%) i średnie (24%), 10% stanowili studenci. W związkach niesformalizowanych lub małżeńskich pozostawało 60% osób, z czego 8% w relacji z osobą uzależnioną. U znaczącej większości badanych uzależniony był ojciec (69%), w następnej kolejności – oboje rodziców (23%), najrzadziej matka (5%) lub ktoś z dalszej rodziny (3%). W połowie przypadków osoba uzależniona już nie pije, a tylko 15% badanych nadal mieszka z osobą uzależnioną. Do własnego uzależnienia od alkoholu przyznało się 14 osób (21,2%).

W badaniu zastosowano wymienione niżej narzędzia pomiaru.

**Kwestionariusz Schematów Younga (The Young Schema Questionnaire Short Form 3 – YSQ-SF3-PL)** – trzecia edycja skróconej wersji kwestionariusza do badania 18 wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych, opracowanego przez Jeffrey Younga. Kwestionariusz składa się z 90 pytań odnoszących się do przeszłych i aktualnych doświadczeń. W skład każdego schematu wchodzi po pięć pozycji testowych. Odpowiedzi udzielane są na sześciopunktowej skali, od 1 – „zupełnie nieprawdziwe

The method was adapted to Polish conditions by Justyna Oetingen *et al.* [20] and possesses satisfactory psychometric properties.

**The Rutz Gotland Male Depression Scale (GMDS)** – this is a tool to assess the intensity of typical, but above all, atypical depressive symptoms [21]. The subjects, taking into consideration the last month, addressed 13 statements on a four-point scale (0–3) in which 0 means “totally untrue” and 3 “totally true”. The scale allows the verification of symptoms like anxiety or sleep disorder but also frustration, excessive stress and changes in functioning noticed by persons in the subjects’ immediate surroundings. The statements also refer to externalised depression symptoms like aggression, irritability and substance abuse, which is associated with depression symptoms occurring more frequently among men. A total result of less than 12 points indicates a lack of depression, a result between 13–26 is probable depression, and above 27 points indicates depression requiring therapy. The Polish adaptation of the method was completed by Jan Chodkiewicz, and reveals very good psychometric properties [22].

**Beck Depression Inventory (BDI)** [23] serves to assess the intensity of depressive symptoms. The subject responds to 21 statements on a four-point scale (0–3), taking into consideration the last month. The gained result is the sum of the points from each position. The higher the result, the more intense the symptoms of depression. The statements in the BDI concern, among others, assessment of one’s own situation, mood, motivation to act, sense of guilt and suicidal thoughts. Results above 11 points suggest possible depression and from 26 (28) points suggest symptoms of deep depression. Tadeusz Parnowski and Wojciech Jernajczyk [24] were responsible for adapting the method to Polish conditions.

## ■ RESULTS

The calculation was initiated by establishing the basic data concerning the distribution of results. Because the gained skewness and kurtosis (not exceeding singularity) indicators and value of the Kolmogorov-Smirnov (K-S) test and Lilliefors corrected K-S test ( $p > 0.20$ ) indicated a results distribu-

o mnie” do 6 – „doskonale mnie opisuje”. Metoda została zaadaptowana do warunków polskich przez Justynę Oetingen i wsp. [20] i charakteryzuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi.

**Gotlandzka Skala Męskiej Depresji Rutza (Gotland Male Depression Scale – GMDS)** – narzędzie służące do oceny nasilenia typowych, ale przede wszystkim atypowych objawów depresyjnych [21]. Badany, biorąc pod uwagę ostatni miesiąc, odnosi się do 13 stwierdzeń na czterostopniowej skali (0–3), gdzie 0 oznacza – „zupełnie nieprawdziwe”, a 3 – „całkowicie prawdziwe”. Skala pozwala na weryfikację objawów, takich jak niepokój czy kłopoty ze snem, ale również frustracja, nadmierny stres oraz zmiany w funkcjonowaniu zauważane przez osoby znajdujące się w otoczeniu badanego. Stwierdzenia odnoszą się również do uzewnętrznianych objawów depresji, takich jak agresja, łatwość wpadania w irytację, nadużywanie substancji, co jest kojarzone z objawami depresji występującymi częściej u mężczyzn. Wynik łączny poniżej 12 punktów wskazuje na brak depresji, wynik 13–26 wskazuje na prawdopodobną depresję, a wynik powyżej 27 na depresję wymagającą terapii. Polskiej adaptacji metody dokonał Jan Chodkiewicz, charakteryzuje się ona bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi [22].

**Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI)** [23] służy do oceny nasilenia objawów depresyjnych. Badany odnosi się do 21 stwierdzeń na czterostopniowej skali (0–3), biorąc pod uwagę ostatni miesiąc. Uzyskany wynik jest sumą punktacji z poszczególnych pozycji. Im wyższy, tym bardziej nasilone są objawy depresyjne. Stwierdzenia zawarte w BDI dotyczą m.in. oceny własnej sytuacji, nastroju, motywacji do działania, poczucia winy oraz myśli samobójczych. Wyniki powyżej 11 punktów sugerują możliwość depresji, wynik od 26 (28) punktów wskazuje na objawy głębokiej depresji. Polskiej adaptacji metody dokonali Tadeusz Parnowski i Wojciech Jernajczyk [24].

## ■ WYNIKI

Obliczenia rozpoczęto od ustalenia podstawowych danych dotyczących rozkładu wyników. Ponieważ uzyskane wskaźniki skośności i kurtozy (nieprzekraczające jedności) oraz wartości testu Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa ( $p > 0,20$ ) wskazywały na rozkład wyników zbliżony

**Table I.** Basic statistics – Young Schema Questionnaire (YSQ)  
 Tabela I. Podstawowe statystyki – Kwestionariusz Schematów Younga

Domains/Domeny	Schemas/Schematy	M	SD	Min	Max
I. Disconnection and rejection Rozłączenie i odrzucenie	Emotional deprivation Deprywacja emocjonalna	14.33	6.84	5.00	30.00
	Abandonment Porzucenie	17.06	6.72	5.00	30.00
	Mistrust Nieufność	17.41	6.55	5.00	30.00
	Isolation Izolacja i wyobcowanie	16.61	6.44	5.00	30.00
	Defectiveness Defekt	14.39	6.81	5.00	30.00
II. Impaired autonomy Osłabiona autonomia	Failure Porażka	13.82	5.72	6.00	27.00
	Dependence Zależność	12.09	5.49	5.00	25.00
	Vulnerability to harm or illness Podatność na zranienie i chorobę	15.97	6.70	6.00	29.00
	Entitlement Uwikłanie	13.00	5.78	6.00	26.00
III. Other-directedness Nakierowanie na innych	Enmeshment Podporządkowanie	14.97	6.44	6.00	29.00
	Self-sacrifice Samopoświęcenie	17.97	6.67	8.00	30.00
	Recognition-Seeking Poszukiwanie uznania	20.53	8.00	30.00	5.61
IV. Impaired limits Uszkodzone granice	Entitlement Roszczeniowość	15.25	4.83	6.00	30.00
	Insufficient self-control Słaba kontrola	19.03	4.96	10.00	30.00
V. Overvigilance inhibition Nadmierna czujność	Unrelenting standards Wysokie standardy	18.85	6.37	6.00	30.00
	Emotional inhibition Zahamowanie	16.39	6.76	5.00	29.00
	Negativity Pesymizm	19.21	6.50	6.00	30.00
	Punitiveness Samokaranie	14.81	5.09	6.00	23.00

tion close to normal, we applied t-Student and r-Pearson parametric tests.

In the first place, we calculated the basic descriptive statistics for the analysed variables. The average gained for the study subjects in the BDI test was 19.93 (SD = 6.13), and GMDS – 14.78 (SD = 7.79). The results of both scales indicated an increased level of depression among the studied persons. No statistically significant differences in the results for women and men as well as between those who were in individual

do normalnego, w obliczeniach zastosowano testy parametryczne – t-Studenta oraz r-Pearsona.

W pierwszej kolejności obliczono podstawowe statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych. Średnia uzyskana przez osoby badane w teście BDI wynosiła 19,93 (SD = 6,13), a w GMDS – 14,78 (SD = 7,79). Wyniki w obu skalach wskazywały więc na podwyższony poziom depresji wśród badanych osób. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w wynikach kobiet i mężczyzn oraz między osobami korzystającymi z terapii in-

**Table II.** Correlation coefficients between early maladaptive schemas (YSQ) and the level of depression – BDI and GMDS

Tabela II. Współczynniki korelacji między wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami a poziomem depresji – BDI i GMDS

Domains/Domeny	Schemas/Schematy	BDI	GMDS
I. Disconnection and rejection Rozłączenie i odrzucenie	Emotional deprivation Deprywacja emocjonalna	0.33*	0.17
	Abandonment Porzucenie	0.23	0.33*
	Mistrust Nieufność	0.25	0.30*
	Isolation Izolacja i wyobcowanie	0.26	0.40**
	Defectiveness Defekt	0.54**	0.40**
II. Impaired autonomy Osłabiona autonomia	Failure Porażka	0.42**	0.43**
	Dependence Zależność	0.32*	0.53**
	Vulnerability to harm or illness Podatność na zranienie i chorobę	0.34*	0.57**
	Entitlement Uwikłanie	0.35*	0.33*
III. Other-directedness Nakierowanie na innych	Enmeshment Podporządkowanie	0.36*	0.49**
	Self-sacrifice Samoposwienienie	0.27*	0.28*
	Recognition-seeking Poszukiwanie uznania	0.23	0.42**
IV. Impaired limits Uszkodzone granice	Entitlement Roszczeniowość	0.06	0.44**
	Insufficient self-control Słaba kontrola	0.24	0.55**
V. Overvigilance inhibition Nadmierna czujność	Unrelenting standards Wysokie standardy	0.12	0.23
	Emotional inhibition Zahamowanie	0.28*	0.35**
	Negativity Pesymizm	0.30*	0.40**
	Punitiveness Samokaranie	0.40**	0.45**

Significant correlation \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ Korelacja istotna \*  $p < 0.05$  (dwustronnie); \*\*  $p < 0.01$  (dwustronnie)

BDI – Beck Depression Inventory/ Inwentarz Depresji Becka

GMDS – Gotland Male Depression Scale/Gotlandzka Skala Męskiej Depresji

therapy and group therapy and those only in individual therapy were noted.

As Table I shows, the highest scores were recorded within two schemas in the domain of other-directedness (recognition-seeking and self-sacrifice) and two in the overvigilance and inhibition domains (negativity and unrelenting standards), two in disconnection/rejection (abandonment and

dywidualnej i grupowej w porównaniu z osobami korzystającymi jedynie z terapii indywidualnej.

Jak pokazuje tabela I, najwyższe wyniki uzyskali badani w obrębie dwóch schematów z domeny nakierowanie na innych (poszukiwanie uznania i samoposwienienie), dwóch z domeny nadmierna czujność i zahamowanie (pesymizm oraz wysokie standardy), dwóch z domeny rozłączenie/opuszczenie (porzuce-



mistrust) and one in the domain of impaired limits (insufficient self-control). The highest result was in the recognition-seeking schema, which means a considerable dependence of self-worth on valuation from the social environment and excessive focusing of one's own activity to gaining the approval and acceptance of others (often at the expense of one's own self). Only slightly lower scores were recorded in the negativity schema (focusing on negative aspects of life, lack of hope that things will go well in life), insufficient self-control (the conviction that adequate expression of emotion and control of impulses is difficult) and the unrelenting standards schema (the rigid belief in the necessity of meeting very high internal expectations and norms and perfectionism in relation to self and others) [14]. Comparison of men and women within the analysed schemas did not reveal any statistically significant differences apart from the inhibition schema with a significantly higher result in men ( $M-M = 20.40$ ,  $SD = 5.71$ ,  $K-M = 15.67$ ,  $SD = 6.72$ ,  $t(64) = 2.08$ ,  $p = 0.04$ , Cohen's  $d = 0.76$  – strong effect). This means a significantly higher inhibition in men of both unhappy and pleasant emotions and also a strong need to control one's own feelings and behaviour.

The next step was to calculate the relation between the intensity of dysfunctional schemas and the level of depression measured by GMDS and BDI. The correlation between GMDS and BDI results was  $0.32$  ( $p < 0.05$ ). The result is presented in Table II.

As Table II shows, there is a significant statistical and positive relation between the level of most dysfunctional schemas and the level of depression measured both by BDI and GMDS. A range of schemas was identified in which very similar (in terms of direction and strength) relations were noted with the level of depression measured by both methods. This concerns the majority of schemas in the area of impaired autonomy and other-directedness and also in three of the four overvigilance domain. At the same time the relations of a number of schemas with the applied tools appear at variance (statistically significant relations occur only in the case of GMDS) and concern especially schemas in the impaired limits domain. This means that the higher level of these schemas among persons from alcoholic families is linked positively to more externalising rather than internalising depression symptoms.

nie i nieufność) oraz jednego z domeny uszkodzone granice (słaba kontrola). Najwyższy wynik uzyskano w obrębie schematu poszukiwanie uznania, co oznacza znaczne uzależnienie poczucia własnej wartości od oceny otoczenia i zbyt duże nakierowanie własnej aktywności na zyskiwanie aprobaty i akceptacji innych (często kosztem własnego „ja”). Nieznacznie niższe wyniki uzyskali badani w obrębie schematu pesymizm (skupianie się na negatywnych aspektach życia, brak nadziei na pozytywny bieg wydarzeń życiowych), schematu słaba kontrola (przekonanie o trudnościach w adekwatnej ekspresji emocji i panowania nad impulsami) oraz schematu wysokie standardy (sztywne przekonanie o konieczności sprostanja bardzo wysokim wewnętrznym wymaganiom i normom oraz perfekcjonizm w stosunku do siebie i innych) [14]. Porównanie badanych mężczyzn i kobiet w obrębie analizowanych schematów nie wykazało istotnych statystycznie różnic, poza schematem zahamowanie z istotnie wyższym wynikiem u mężczyzn ( $M-M = 20,40$ ,  $SD = 5,71$ ,  $K-M = 15,67$ ,  $SD = 6,72$ ,  $t(64) = 2,08$ ,  $p = 0,04$ ,  $d$  Cohena =  $0,76$  – efekt silny). Oznacza to znacznie większe tłumienie u mężczyzn przykrych, ale i przyjemnych emocji oraz silną potrzebę kontroli swoich odczuć i zachowań.

Kolejny krok dotyczył obliczenia zależności między natężeniem dysfunkcyjnych schematów a poziomem depresji mierzonej przez GMDS i BDI. Korelacja między wynikami GMDS i BDI wynosiła  $0,32$  ( $p < 0,05$ ). Wynik przedstawia tabela II.

Jak wskazuje tabela II, występują istotne statystycznie i dodatnie związki między poziomem większości dysfunkcyjnych schematów a poziomem depresji mierzonym zarówno przez BDI, jak i GMDS. Wyróżniono szereg schematów, co do których odnotowano bardzo zbliżone (pod względem kierunku i siły) związki z poziomem depresji mierzonym obiema metodami. Dotyczy to większości schematów z obszaru osłabiona autonomia i nakierowanie na innych, a także trzech z czterech z domeny nadmierna czujność. Jednocześnie związki kilku schematów z zastosowanymi narzędziami przedstawiają się odmiennie (istotne statystycznie związki występują tylko w przypadku GMDS) i dotyczy to zwłaszcza schematów z domeny uszkodzone granice. Oznacza to, że wyższy poziom tych schematów u osób pochodzących z rodzin alkoholowych wiąże się dodatnio z bardziej eksternalizacyjnymi niż internalizacyjnymi objawami depresji.

**Table III.** Comparison of the average scores in separated groups – BDI  
**Tabela III.** Porównanie średnich wyników w wyodrębnionych grupach – BDI

Domains/Domeny	Schemas/Schematy	Depression/Depresja				t	p	Cohen's d d Cohena
		No/Brak N = 37		Probably/Możliwa N = 29				
		M	SD	M	SD			
I. Disconnection and rejection Rozłączenie i odrzucenie	Emotional deprivation Deprywacja emocjonalna	14.08	6.77	14.68	7.04	-0.35	0.72	0.09
	Abandonment Porzucenie	16.24	7.08	18.28	6.07	-1.17	0.24	0.31
	Mistrust Nieufność	15.76	6.17	19.81	6.45	-2.53	0.01	0.64
	Isolation Izolacja i wyobcowanie	15.08	5.93	18.68	6.61	-2.32	0.02	0.57
	Defectiveness Defekt	12.08	5.18	17.54	7.55	-3.48	0.001	<b>0.86</b>
II. Impaired autonomy Ostabiona autonomia	Failure Porażka	11.63	4.66	16.79	5.75	-4.02	0.001	<b>0.99</b>
	Dependence Zależność	10.76	4.37	13.93	6.36	-2.36	0.03	0.59
	Vulnerability to harm or illness Podatność na zranienie i chorobę	13.50	5.83	19.32	6.41	-3.84	0.001	<b>0.95</b>
	Entitlement Uwikłanie	13.19	5.10	12.74	6.68	0.30	0.76	0.08
III. Other-directedness Nakierowanie na innych	Enmeshment Podporządkowanie	13.42	6.10	17.07	6.39	-2.35	0.03	0.58
	Self-sacrifice Samopoświęcenie	17.92	6.23	18.04	7.33	-0.07	0.94	0.02
	Recognition-seeking Poszukiwanie uznania	19.19	5.10	22.37	5.83	-2.32	0.03	0.58
IV. Impaired limits Uszkodzone granice	Entitlement Roszczeniowość	15.61	5.12	14.73	4.42	0.71	0.48	0.18
	Insufficient self-control Słaba kontrola	17.84	4.41	20.64	5.27	-2.35	0.02	0.58
V. Overvigilance inhibition Nadmierna czujność	Unrelenting standards Wysokie standardy	18.37	6.82	19.50	5.74	-0.71	0.48	0.18
	Emotional inhibition Zahamowanie	15.47	7.03	17.64	6.26	-1.30	0.20	0.33
	Negativity Pesymizm	17.32	6.49	21.79	5.64	-2.92	0.01	<b>0.74</b>
	Punitiveness Samokaranie	13.44	4.97	16.57	4.75	-2.54	0.03	0.64

The next step was to identify the subjects whose in BDI and GMDS reached levels indicating the possibility of depression and those who did not show those symptoms. In the case of BDI, results above 11 points were recorded by 29 subjects (43.9%) and in the case of GMDS, 33 subjects (50%) recorded scores above 13 points. We compared the level of maladjustment schemas in these

W kolejnym kroku wyodrębniono osoby, które w BDI i GMDS osiągnęły wyniki wskazujące na możliwą depresję i osoby, u których takie objawy nie występowały. W przypadku BDI wynik powyżej 11 punktów uzyskało 29 osób (43,9%), a w przypadku GMDS wynik powyżej 13 punktów uzyskały 33 osoby (50%). Dokonano porównania poziomu nieprzystosowawczych schematów w tak

**Table IV.** Comparison of the average scores in separated groups – GMDS  
**Tabela IV.** Porównanie średnich wyników w wyodrębnionych grupach – GMDS

Domains/Domeny	Schemas/Schematy	Depression/Depresja				t	p	Cohen's d d Cohena
		No/Brak N = 33		Probable/Możliwa N = 33				
		M	SD	M	SD			
I. Disconnection and rejection Rozłączenie i odrzucenie	Emotional deprivation Deprywacja emocjonalna	13.45	7.19	15.21	6.46	-1.04	0.30	0.26
	Abandonment Porzucenie	14.48	6.53	19.33	6.11	-3.02	0.01	<b>0.77</b>
	Mistrust Nieufność	15.30	5.27	19.65	7.10	-2.79	0.01	<b>0.70</b>
	Isolation Izolacja i wyobcowanie	14.64	6.27	18.58	6.05	-2.59	0.02	0.64
	Defectiveness Defekt	12.18	5.31	16.61	7.46	-2.77	0.01	<b>0.69</b>
II. Impaired autonomy Osłabiona autonomia	Failure Porażka	11.97	4.78	15.67	6.04	-2.76	0.01	<b>0.68</b>
	Dependence Zależność	10.90	5.55	13.21	5.26	-1.71	0.09	0.43
	Vulnerability to harm or illness Podatność na zranienie i chorobę	12.97	5.41	18.97	6.57	-4.04	0.001	<b>1.00</b>
	Entitlement Uwikłanie	11.00	3.72	15.13	6.80	-3.04	0.01	<b>0.78</b>
III. Other-directedness Nakierowanie na innych	Enmeshment Podporządkowanie	12.67	5.13	17.27	6.85	-3.09	0.01	<b>0.77</b>
	Self-sacrifice Samopoświęcenie	15.67	5.34	20.27	7.12	-2.97	0.01	<b>0.74</b>
	Recognition-seeking Poszukiwanie uznania	19.06	5.56	22.10	5.30	-2.23	0.03	0.56
IV. Impaired limits Uszkodzone granice	Entitlement Roszczeniowość	14.70	4.70	15.84	4.98	-0.94	0.34	0.24
	Insufficient self-control Słaba kontrola	17.48	4.38	20.58	5.07	-2.65	0.01	<b>0.66</b>
V. Overvigilance inhibition Nadmierna czujność	Unrelenting standards Wysokie standardy	17.24	6.71	20.45	5.66	-2.10	0.04	0.52
	Emotional inhibition Zahamowanie	14.58	5.60	18.21	7.38	-2.25	0.03	0.56
	Negativity Pesymizm	17.36	6.80	21.06	5.69	-2.39	0.02	0.59
	Punitiveness Samokaranie	12.61	5.16	16.88	4.10	-3.67	0.001	<b>0.92</b>

identified groups separately for both methods (Tables III and IV with differences of the highest effect strength in bold).

As tables III and IV show, the intensity of a range of maladjustment schemas differentiates in a similar manner persons with results indicating and not indicating possible depression measured both by BDI and GMDS. Similar results were recorded in 11 of 18 analysed schemas including

wyodrębnionych grupach osobno dla obu metod (tabele III i IV – wyłuszczone różnice o najwyższej sile efektu).

Jak pokazują tabele III i IV, natężenie szeregu nieprzystosowawczych schematów w podobny sposób różnicuje osoby z wynikami wskazującymi i nie wskazującymi na możliwą depresję mierzoną zarówno przez BDI, jak i GMDS. Zbliżone wyniki uzyskano w odniesieniu do 11 z 18 analizowanych

a mistrust (the belief that others cause harm), isolation (the sense of being other than most people, someone alien) defectiveness (sense that one is unworthy, worse than others), failure (belief that one is incapable of achieving objectives), dependence and enmeshment (giving control over self to others), vulnerability to harm or illness (fear of catastrophe one can do nothing about) and recognition-seeking, insufficient self-control, negativity and punitiveness (difficulty in forgiving one's own and others' mistakes). In relation to all the above schemas, the Cohen's *d* test values indicate a moderate or strong effect. However, clear differences concerning the schemas are noticeable like entitlement (excessive emotional engagement in relation to at least one important person, usually a parent at the price of one's own development and independence), self-sacrifice (satisfying others' needs at the cost of one's own) and unrelenting standards and emotional inhibition (excessive suppression of emotional expression out of fear of the reaction from the social environment). In the case of these schemas, we noted statistically significant differences (moderate or strong effect) between persons with possible depression and those without depression only with respect to GMDS. This means that the greater intensity of these schemas is linked to externalising symptoms of depression, with not differentiated internalising symptoms. It is also worth noting that two of these three schemas reached values that might be considered as high among the subjects.

## ■ DISCUSSION

The presented study has aimed at discovering the dominant maladaptive cognitive schemas occurring in persons from alcoholic families and answering the question about the relation between the schemas and typical and atypical symptoms of depression.

Analysing the schemas of highest values in the studied group one can conclude that their psychological description fits in, at least in part, with the characteristics of ACoA as presented by authors like Stephanie Brown [25, 26], Janet Woititz [27] and Sharon Wegscheider-Cruse [28]. They draw attention to the very harsh, often merciless self-assessment (this relates to the high scores for the "unrelenting standards" scheme), the constant search for confirmation of one's own

schematów, a więc do: nieufności (przekonanie, że inni krzywdzą), izolacji/wyobcowania (poczucie bycia kimś innym niż większość ludzi, kimś obcym), defektu (poczucie, że jest się niepełnowartościowym, gorszym od innych), porażki (przekonanie o niemożności osiągnięcia celów, zamierzeń), zależności, podporządkowania (oddania kontroli nad sobą innym), podatności na zranienie i chorobę (lęk przed katastrofą, której nie będzie można zaradzić), poszukiwania uznania, słabej kontroli, pesymizmu i samokarania (trudność w wybaczeniu błędów sobie i innym). W odniesieniu do wszystkich tych schematów wartość testu *d* Cohena wskazuje na efekt umiarkowany bądź silny. Jednocześnie zauważalne są wyraźne różnice dotyczące schematów: uwikłanie (nadmierne zaangażowanie emocjonalne w relację z co najmniej jedną ważną osobą, często rodzicem, kosztem własnego rozwoju i niezależności), samopoświęcenie (zaspokajanie cudzych potrzeb kosztem własnych), wysokie standardy oraz zahamowanie emocjonalne (nadmierne hamowanie ekspresji emocji z obawy przed reakcją otoczenia). W przypadku tych schematów odnotowano istotne statystycznie (efekt umiarkowany bądź silny) różnice między osobami z możliwą depresją i bez depresji jedynie w odniesieniu do GMDS. Oznacza to, że większe nasilenie tych schematów wiąże się z objawami eksternalizacyjnymi depresji, nie różnicując objawów internalizacyjnych. Warto też zauważyć, że dwa z tych trzech schematów osiągnęły u badanych wartości, które można uznać za podwyższone.

## ■ OMÓWIENIE

W prezentowanym badaniu postawiono za cel poznanie dominujących nieprzystosowawczych schematów poznawczych występujących u osób pochodzących z rodzin alkoholowych oraz odpowiedź na pytanie o relacje między schematami a typowymi i atypowymi objawami depresyjnymi.

Analizując schematy o najwyższej wartości w badanej grupie, można stwierdzić, że ich psychologiczny opis odpowiada, przynajmniej częściowo, charakterystyce DDA podawanej przez takie autorki jak Stephanie Brown [25, 26], Janet Woititz [27] i Sharon Wegscheider-Cruse [28]. Zwracają one bowiem uwagę na bardzo surową, często bezlitosną samoocenę (odpowiada to wysokiemu wynikowi schematu „wysokie standardy”), nieustanne poszukiwanie potwierdzenia własnej

value (which fits in with the “recognition-seeking” schema), succumbing to impulses without checking the consequences of one’s action and difficulty in realising tasks to their conclusion (“insufficient self-control” schema). Furthermore, Tim Cermak [29] emphasises the occurrence in ACoA, among others, of schemas like vulnerability to depression and heightened sense of guilt (strongly linked to the “negativity” schema depression). Another conclusion of the presented study in accordance with Cermak’s perspective is the raised level of depression noted in the study group as measured by both methods (BDI and GMDS). These results lead us to examining the utility of applying Schema Therapy (ST) in the Young *et al.* perspective [14] in persons from alcoholic families. It could be that implementation of this kind of therapy would significantly improve the efficiency, and above all the lasting effect of therapy in this group. This certainly requires more future research. The idea also seems worthy of attention due to the existing Polish language tool to study the level of maladaptive schemas [20].

Further results gained concern the relations of schemas to depression symptoms. As has been already indicated, in the presented study, we have applied two methods for its measurement, concentrating on typical (Beck Scale, BDI) and atypical symptoms (Rutz Scale, GMDS). It is worth noting that the latter method is actually dedicated mainly to the study of depressive symptoms in men, but it may be used with good results in the case of women as well [30]. The application of two tools to study the level of depression has led us to some interesting results. It has turned out that there are statistically significant links between schemas like defectiveness, failure, vulnerability to harm and illness, enmeshment, emotional inhibition, negativity and punitiveness and the levels of depression measures by both BDI and GMDS. Also, comparison of persons with results indicating possible depression with those who do not show depression indicated significant differences (moderate or strong effect) between the two groups identified by the use of the two methods.

At this stage this raises questions about what the results look like in studies of the relation between schemas and depression in other groups. Analysis of the subject literature unambiguously indicates that very similar results are recorded both in studies of healthy persons and those

wartości (co odpowiada schematowi „poszukiwanie uznania”), uleganie impulsom bez sprawdzenia konsekwencji działań i trudności w realizacji zadań do końca (schemat „słaba kontrola”). Z kolei Tim Cermak [29] akcentuje występowanie u DDA m.in. podatności na depresję i wysokiego poziomu poczucia winy (silnie powiązanego z depresją schematu „pesymizm”). Kolejny wniosek z prezentowanego badania, zgodny z ujęciem Cermaka, to odnotowany w badanej grupie podwyższony poziom depresji, mierzony obiema metodami (BDI i GMDS). Wyniki te prowadzą do pytania o celowość zastosowania terapii schematów (ST) w ujęciu Younga i wsp. [14] u osób pochodzących z rodzin alkoholowych. Być może implementacja takiej terapii znacznie poprawiłaby skuteczność, a przede wszystkim trwałość oddziaływań terapeutycznych w tej grupie? Wymaga to na pewno sprawdzenia w przyszłości. Idea ta wydaje się także godna uwagi ze względu na istniejące narzędzie do badania poziomu nieprzystosowawczych schematów w języku polskim [20].

Kolejne uzyskane rezultaty dotyczą związku schematów z objawami depresji. Jak już zaznaczono, w prezentowanym badaniu zastosowano dwie metody do jej pomiaru, koncentrujące się na objawach typowych (Skala Becka, BDI) oraz atypowych (Skala Rutza, GMDS). Warto zauważyć, że ta ostatnia metoda jest wprawdzie przeznaczona głównie do badania objawów depresji występujących u mężczyzn, ale można ją z powodzeniem stosować także w przypadku kobiet [30]. Zastosowanie dwóch narzędzi badających poziom depresji doprowadziło do pojawienia się interesujących wyników. Okazało się bowiem, że odnotowano istotnie statystycznie związki między takimi schematami jak defekt, porażka, podatność na zranienie i chorobę, podporządkowanie, zahamowanie, pesymizm i samokaranie a poziomem depresji mierzonym zarówno BDI, jak i GMDS. Także porównanie osób z wynikami wskazującymi na możliwą depresję z osobami, u których depresja nie występowała, wskazywało na znaczące różnice (efekt umiarkowany bądź silny) między wyodrębnionymi w wyniku zastosowania obu narzędzi grupami.

W tym momencie pojawia się uzasadnione pytanie, jak wyglądają te wyniki w odniesieniu do badań relacji schematy–depresja prowadzonych na innych grupach? Otóż analiza literatury przedmiotu wskazuje jednoznacznie, że bardzo zbliżone rezultaty uzyskano zarówno w badaniach

with diagnosed depression and in population studies concerning the Polish YSQ scale adaptation. In these studies also the schemas identified above indicated strong links with the intensity of depression measured with various methods [inc. 20, 31, 32]. Also, analysis conducted by Maciej Jabłoński and Jan Chodkiewicz concerning the relation between the intensity of maladaptive schemas and the level of depression (measured by BDI) in alcohol dependent persons indicates similar relations [33]. It may be accepted that the relations concerning exactly these schemas and the level of depression are not peculiar for persons from families with alcohol problem, but occur generally and do not indicate the separateness of ACoA in relation to other persons. So therapeutic work (Young's Schema Therapy) with people with a high level of these schemas and depression symptoms may be similar in a variety of groups. It also ought to be added that the raised level of depression measured by both methods recorded in the studies may result from the fact that the subjects were in the first stages of therapy. It is therefore worth checking in future what indicators of depression are recorded among adult participants in ACoA therapy at further stages of treatment or at its completion.

The situation is completely different in relation to schemas like entitlement, self-sacrifice and unrelenting standards. In this case significant differences were recorded (moderate or strong effect) for persons with or without depression only on the Rutz Scale (GMDS) detecting atypical, externalising symptoms of depression. It ought to be mentioned that in the adaptation study for the Polish version of Young's questionnaire conducted on a large group ( $n = 1529$ ) the correlation coefficients between these schemas and Beck's Scale (BDI) indicate weak relations (0.17–0.39) [20]. Foreign studies mentioned earlier also do not indicate these schemas as predictors of depression. On the other hand, there have not yet been any studies on the relation between maladaptive schemas and typical symptoms of depression. Therefore there are questions whether the result indicating a relation of these schemas (the ACoA group recorded high results in the area of three schemas) is typical for persons with alcohol problems or not. Future studies ought to provide answers to these questions. However, the gained result indicates the need to widen diagnosing

osób zdrowych, jak i z rozpoznaną depresją oraz w badaniach populacyjnych dotyczących polskiej adaptacji Skali YSQ. W tych badaniach również wyodrębnione powyżej schematy wykazywały silne związki z natężeniem depresji mierzonej różnymi metodami [m.in. 20, 31, 32]. Także dokonana przez Macieja Jabłońskiego i Jana Chodkiewicza analiza dotycząca relacji między natężeniem nieprzystosowawczych schematów a poziomem depresji (mierzonym BDI) u osób uzależnionych od alkoholu wskazuje na podobne zależności [33]. Można więc przyjąć, że zależności dotyczące tych właśnie schematów i poziomu depresji nie są swoiste dla osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, lecz występują powszechnie i nie wskazują na odrębność DDA w stosunku do innych osób. Tak więc praca terapeutyczna (terapia schematu Younga, ST) z osobami z wysokim natężeniem tych schematów i objawami depresji może być zbliżona w różnorodnych grupach. Trzeba też dodać, że uzyskany w badaniach podwyższony poziom depresji mierzonej obiema metodami może wynikać z faktu, iż osoby badane znajdowały się w początkowej fazie terapii. Warto więc w przyszłości sprawdzić, jakie wskaźniki depresji uzyskują dorośli uczestniczący w terapii DDA na dalszych etapach leczenia lub po jego zakończeniu.

Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja w odniesieniu do takich schematów jak uwikłanie, samopoświęcenie oraz wysokie standardy. W tym przypadku odnotowano istotne różnice (efekt umiarkowany bądź silny) między osobami depresyjnymi i niedepresyjnymi tylko w Skali Rutza (GMDS) badającej atypowe, eksternalizacyjne objawy depresji. Należy zaznaczyć, że w badaniu adaptacyjnym polskiej wersji kwestionariusza Younga prowadzonym na dużej grupie ( $n = 1529$ ) współczynniki korelacji między tymi schematami a Skalą Becka (BDI) wskazują na słabe związki (0,17–0,39) [20]. Przytaczane wcześniej dane zagraniczne również nie wskazują na te schematy jako predyktory depresji. Z drugiej strony, nie prowadzono dotąd badań relacji „nieprzystosowawcze schematy a typowe objawy depresji”. Pojawia się zatem pytanie, czy wynik wskazujący na związki tych schematów (w obrębie trzech schematów badana grupa DDA uzyskała wysokie wyniki) jest typowy dla osób z problemem alkoholowym, czy też nie? Na to pytanie powinny dać odpowiedź przyszłe badania. Uzyskany rezultat wskazuje jednak na potrzebę rozszerzenia diagnozowania tej

of this group to take into account externalising symptoms. It may be that the activation of dominant schemas in ACoA or their initial high level results in symptoms like irritation, anger, overactivity, risk behaviour (including the use of psychoactive substances) and withdrawal from relations with others – symptoms that have hitherto been attributed more to character features or family roles (e.g. the Scapegoat) than depression. Verification of this hypothesis requires further studies with the participation of various clinical and non-clinical groups and various study methods for non-typical symptoms of depression as in this matter there is also no agreement among researchers [34]. The question of relation mediators of “cognitive schemas and typical and atypical depression symptoms in persons from alcoholic families” is also still open.

The presented studies have their limitations in the form of, above all, the small size of the study group, the significant over-representation of women and the origin of the study group members from psychological patients, which prevents us from generalising the results for the whole population of adults from families with past or present alcohol problems. However, the interesting results gained may present an entry point to further studies, widening of diagnostics and the conducting of therapeutic intervention in the case of this group of persons.

grupy osób przez uwzględnienie objawów ekster-nalizacyjnych. Być może aktywacja dominujących u DDA schematów lub ich „wyjściowy” wysoki poziom skutkuje m.in. takimi objawami, jak irytacja, wybuchy złości, nadaktywność, zachowania ryzykowne (w tym nadużywanie substancji psychoaktywnych) i wycofanie się z relacji z innymi – objawami, które dotąd były przypisywane bardziej cechom charakterologicznym lub roli w rodzinie (np. „kozła ofiarnego”) niż depresji. Sprawdzenie tej hipotezy wymaga dalszych badań z udziałem różnych grup klinicznych i nieklinicznych oraz z użyciem różnych metod badania objawów atypowej depresji, w tej sprawie bowiem też nie ma zgodności wśród badaczy [34]. Otwarte jest również pytanie o mediatory relacji „schematy poznawcze a typowe i atypowe objawy depresji u osób pochodzących z rodzin alkoholowych”.

Prezentowane badania mają swoje ograniczenia – przede wszystkim małą liczebność badanej grupy, znaczną nadreprezentację kobiet oraz pochodzenie badanych z grupy osób korzystających z pomocy psychologicznej, co uniemożliwia uogólnianie wyników na całą populację dorosłych pochodzących z rodzin, w których występował bądź występuje problem alkoholowy. Niemniej uzyskane interesujące rezultaty mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań, poszerzenia diagnostyki i prowadzenia interwencji terapeutycznych w przypadku tej grupy osób.

---

#### **Conflict of interest/Konflikt interesów**

None declared./Nie występuje.

#### **Financial support/Finansowanie**

None declared./Nie zadeklarowano.

#### **Ethics/Etyka**

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, EU Directive (210/63/EU) on protection of animals used for scientific purposes, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami UE dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

## References/Piśmiennictwo

1. Hall CW, Webster RE. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics. *J Drug Educ* 2002; 32(3): 195-211.
2. Anda RF, Whitfield Ch, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR et al. Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1001-9.
3. Gąsior K. *Funkcjonowanie noo-psychospoleczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Difin; 2012.
4. Gąsior K, Chodkiewicz J. Doświadczenia z dzieciństwa i aktywność noetyczna a nasilenie problemów psychicznych u dorosłych z rodzin z problemem alkoholowym. *Czasopismo Psychologiczne* 2015; 21(2): 181-93. DOI: 10.14691/CPJ.21.2.181.
5. Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Trim R, Bucholz KK, Edenberg HJ et al. An evaluation of the full level of response to alcohol model of heavy drinking and problems in COGA Offspring. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 436-45.
6. Harter SL. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(3): 311-37.
7. Chassin L, Pitts SC, DeLucia Ch, Todd M. A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Use Disorders, Anxiety, and Depression. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 106-19.
8. Cierpiałkowska L, Ziarko M. Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Czasopismo Psychologiczne* 2009; 2: 71-85.
9. Hussong AM, Wirth RJ, Edwards MC, Curran PJ, Chassin LA, Zucker RA. Externalizing Symptoms among Children of Alcoholic Parents: Entry Points for an Antisocial Pathway to Alcoholism. *J Abnorm Psychol* 2007; 116(3): 529-42. DOI:10.1037/0021-843X.116.3.529.
10. Beaudoin CM, Murray RP, Bond J, Barnes GF. Personality characteristics of depressed or alcoholic adult children of alcoholics. *Pers Individ Differ* 1997; 23(4): 559-67.
11. Hussong AM, Cai L, Curran PJ, Flora DB, Chassin LA, Zucker RA. Disaggregating the Distal, Proximal, and Time-Varying Effects of Parent Alcoholism on Children's Internalizing. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36: 335-46. DOI 10.1007/s10802-007-9181-9.
12. Cierpiałkowska L, Grzegorzewska I. *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*. Poznań: UAM; 2016.
13. Sher KJ. *Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: University of Chicago Press; 1991.
14. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
15. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. *Psychoterapia skoncentrowana na schematach*. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo; 2011.
16. Domenico D, Windle M. Intrapersonal and Interpersonal Functioning Among Middle-Aged Female Adult Children of Alcoholics. *J Cons Clin Psychol* 1993; 61(4): 659-66.
17. Rutz W, Walinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1997; 1: 39-46.
18. Nadeau M, Balsan M, Rochlen A. Men's depression: Endorsed experiences and expressions. *Psychol Men Masc* 2016; 17(4): 328-35.
19. Rice SM, Aucote HM, Eleftheriadis D, Möller-Leimkühler AM. Prevalence and Co-Occurrence of Internalizing and Externalizing Depression Symptoms in a Community Sample of Australian Male Truck Drivers. *Am J Mens Health* 2018; 12(1): 74-7.
20. Oetingen J, Chodkiewicz J, Mąćik D, Gruszczyńska E. Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga YSQ-S3-PL. *Psychiatr Pol* 2017; ONLINE FIRST, 82: 1-12. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541>.
21. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 27-33.
22. Chodkiewicz J. Polish adaptation of the Gotland Scale of Male Depression (GMDS) by Wolfgang Rutz. *Adv Psychiatr Neurol* 2017; 26(1): 13-23.



23. Beck A, Steer R. *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: TX Psychological Corporation; 1987.
24. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr Pol* 1977; 11(4): 417-21.
25. Brown S. *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. New York: John Wiley & Sons; 1988.
26. Brown S. *Bezpieczne przejście. Powrót do zdrowia dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
27. Woititz JG. *Dorosłe dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologia Zdrowia i Trzeźwości; 1992.
28. Wegscheider-Cruse S. *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2000.
29. Cermak TL. Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of co-dependency. *Alc Health Res World* 1984; 8: 38-42.
30. Möller-Leimkühler AM, Yücel M. Male depression in females? *J Affect Disord* 2010; 121: 22-9.
31. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord* 2012; 136(3): 581-90.
32. Harris AE, Curtin L. Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognit Ther Res* 2002; 26(3): 405-16.
33. Jabłoński M, Chodkiewicz J. Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts. *Psychiatr Psychol Clin* 2017; 17(3): 165-71.
34. Addis ME. Gender and depression in men. *Clin Psychol Sci Prac* 2008; 15: 153-68.

