

Wczesne nieadaptacyjne schematy w zaburzeniu osobowości *borderline*

Early maladaptive schemas in borderline personality disorder

Monika Ewa Talarowska, Renata Kobza

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2021; 16, 1–2: 24–31

Adres do korespondencji:

dr hab. n. o zdr. Monika Ewa Talarowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12, 90-433 Łódź
e-mail: talarowskamonika@wp.pl

Streszczenie

Związek wczesnych nieadaptacyjnych schematów z różnymi przejawami zaburzeń psychicznych znajduje potwierdzenie w prowadzonych ostatnio badaniach empirycznych. Teoria Younga należy do tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej. Jej techniki są stosowane przede wszystkim w terapii zaburzeń osobowości. Zaburzenie osobowości *borderline* (*borderline personality disorder* – BPD) w ciągu ostatnich 20 lat diagnozowane jest coraz częściej, a przez wielu badaczy i klinicystów nazywane jest ono zaburzeniem osobowości naszych czasów. Z uwagi na fakt, że świadomość występowania objawów BPD w powszechnym odbiorze wzrasta, a pacjenci z tym rozpoznaniem coraz częściej oczekują specjalistycznej porady, istotne wydaje się szukanie nowych, dostępnych, ale też skutecznych sposobów pomocy dla tej grupy osób. Coraz większą popularność zyskują techniki terapeutyczne wywodzące się ze wspomnianej teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga. Celem pracy jest przedstawienie rozumienia objawów zaburzeń osobowości *borderline* z perspektywy teorii schematów.

Słowa kluczowe: wczesne nieadaptacyjne schematy, terapia schematów Younga, osobowość *borderline*.

Wstęp

Zarówno wśród profesjonalistów zajmujących się pomocą psychoterapeutyczną, jak i w potocznym rozumieniu terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) ujmowana jest jako podejście „mało wglądowe”, „płytkie”, przeznaczone głównie do pracy z osobami z zaburzeniami zaliczanymi dawniej do tzw. osi I (np. z pacjentami z objawami depresyjnymi czy nasilonymi objawami lękowymi). Często wspomina się o niskiej efektywności CBT w kontekście nawrotowości zaburzeń psychicznych (np. depresji), jak rów-

Abstract

The relationship of early maladaptive schemas with various manifestations of mental disorders is confirmed in recent empirical research. Young's theory belongs to the so-called third wave of cognitive behavioral therapy. Its techniques are used primarily in the treatment of personality disorders. Over the last 20 years, borderline personality disorder (BPD) has been diagnosed more and more frequently, and by many researchers and clinicians it is called the personality disorder of our time. Due to the fact that the awareness of BPD symptoms in common perception is increasing, and patients with this diagnosis more and more often seek specialist advice, it seems important to look for new, available, but also effective ways of helping this group of people. Therapeutic techniques derived from the aforementioned theory of early maladaptive Young's schemas are gaining more and more popularity. The aim of the study is therefore to present the understanding of symptoms of borderline personality disorder from the perspective of schema theory.

Key words: early maladaptive schemas, Young's schema therapy, borderline personality disorder.

nież w pracy terapeutycznej nad trudnościami relacyjnymi, które u podłoża mają zazwyczaj problemy osobowościowe (Mącik 2016). Należy podkreślić, że nie jest to pogląd w pełni słuszny i nie powinien być bezkrytycznie akceptowany, jednak wielu praktyków często odczuwa niedosyt w zakresie technik terapeutycznych proponowanych przez CBT. Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Jeffrey Younga (*early maladaptive schemas* – EMS lub *Young's schema therapy* – YST) powstała w latach 90. XX wieku jako próba poradzenia sobie z wymienionymi ograniczeniami terapii CBT. Young, uczeń i wieloletni współpracownik A. Becka, nie tylko

poszerzył jego teorię, lecz także rozwinął wywodzącą się z niej formę psychoterapii (Staniaszek i Popiel 2017). Teoria Younga znajduje swoje miejsce w tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej. Jest to najmłodszy nurt terapeutyczny tej szkoły, w którym kluczową rolę przypisuje się relacji terapeutycznej (przymierzu terapeutycznemu) pomiędzy pacjentem a jego terapeutą oraz podkreśla się doniosłe znaczenie doświadczeń z okresu wczesnego dzieciństwa w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych, jak również konieczność odnoszenia się w terapii do historii rozwoju i życia danej osoby (Masley i wsp. 2012).

Zaburzenia osobowości są rozumiane jako zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań przejawiające się w mało elastycznych reakcjach na różnorodne sytuacje społeczne lub indywidualne. Zachowania te skrajnie lub znacząco odbiegają od przeciętnych w danej kulturze sposobów spostrzegania, myślenia i odczuwania. Mają one tendencję do utrwalania się i do obejmowania wielu sfer funkcjonowania człowieka (dotyczą sfery społecznej, emocjonalnej, motywacyjno-popędowej, poznawczej). Często są powiązane z subiektywnie odczuwanym cierpieniem (objawy depresyjne lub lękowe) oraz z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym (Puzyński i Wciórka 2000).

Od 10% do 13% populacji ogólnej spełnia w ciągu życia kryteria zaburzeń osobowości (Penders i wsp. 2020). Osoby te zgłaszają się po pomoc do lekarzy różnych specjalności w opiece ambulatoryjnej (5–8% wszystkich pacjentów), jak również stanowią 7,4–50% osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Kavanagh i wsp. 2020). Zaburzenie osobowości *borderline* (*borderline personality disorder* – BPD) w ciągu ostatnich 20 lat jest diagnozowane coraz częściej, a przez wielu badaczy i klinicystów nazywane jest ono zaburzeniem osobowości naszych czasów (Broadbear i wsp. 2020). Według klasyfikacji DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*) BPD jest zaliczane wraz z antyspołecznymi, histrionicznymi i narcystycznymi zaburzeniami osobowości do tzw. wiązki B (*cluster B*). Wspólnym przejawem wymienionych stanów są zachowania cechujące się nadmierną emocjonalnością, niestabilnością czy pewnego rodzaju teatralnością w zachowaniu (DSM-5 2013). Ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej szacowane jest pomiędzy 2% a 3,9%, jednak wśród pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej występuje u 10–15%, a wśród osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych aż u 30–60% (DSM-5 2013).

Z uwagi na to, że świadomość występowania objawów BPD w powszechnym odbiorze wzrasta, a pacjenci z tym rozpoznaniem coraz częściej oczekują specjalistycznej porady, istotne wydaje się szukanie nowych, dostępnych, ale też skutecznych sposobów pomocy dla tej grupy osób (Sempértegui i wsp. 2013; Jørgensen i wsp. 2021). W metaanalizie przeprowadzonej przez Storebø i wsp. (2020) ocenie poddano skuteczność wybranych form oddziaływań psychoterapeutycznych na redukcję objawów BPD w grupie 4507 pacjentów. Autorzy wykazali zdecydowaną skuteczność zaplanowanych i ustrukturalizowanych oddziaływań psychoterapeutycznych u pacjentów w uzyskaniu poprawy objawowej w porównaniu z osobami, które nie korzystały z pomocy psychoterapeutów (w szczególności w zakresie nasilenia objawów, poprawy funkcjonowania w relacjach z innymi oraz w łagodzeniu objawów depresji).

Coraz większą popularność zyskują techniki terapeutyczne wywodzące się ze wspomnianej teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga. Celem pracy jest przedstawienie rozumienia objawów zaburzeń osobowości *borderline* z perspektywy teorii schematów.

Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga

Doświadczenia, które wynosimy z najwcześniejszych etapów rozwojowych, kształtują względnie trwale wzorce funkcjonowania i przekonań na temat samego siebie, innych ludzi oraz otaczającego nas świata. Wzorce te noszą nazwę schematów. Ich pierwotnym źródłem jest niezaspokojenie lub niewłaściwe zaspokojenie jednej (lub więcej) z podstawowych potrzeb rozwojowych (tzw. *core needs*), do których należą: 1) bezpieczne przywiązanie do innych, 2) autonomia, kompetencja i poczucie tożsamości, 3) wolność wyrażania prawdziwych potrzeb i emocji, 4) spontaniczność i zabawa oraz 5) realistyczne granice i samokontrola (Young i wsp. 2014).

Dziecko wychowywane w rodzinie dysfunkcyjnej (przemocowej, nadużywającej, zimnej emocjonalnie, ale również nadopiekuńczej czy nadmiernie wymagającej) może doświadczać trwałego niezaspokojenia jednej lub kilku spośród wymienionych potrzeb rozwojowych (Mącik 2016). Długotrwałość i/lub intensywność deprivacji tych potrzeb prowadzi do wytworzenia się w dziecku przekonań na własny temat, powiązanych z deprivowaną potrzebą (np. „nie można mnie kochać”, „nie zasługuję na miłość”, „świat jest zagrażający”), jak również niesie za

sobą trudne dla dziecka emocje, takie jak lęk, złość, wstyd czy poczucie winy. Starając się uniknąć ich doświadczania, przyjmujemy różnorodne strategie zachowań, które zmniejszając napięcie, stają się utrwalonymi, nie zawsze adaptacyjnymi sposobami reakcji (Mącik 2018).

Young definiuje schemat jako ogólny wzorzec funkcjonowania składający się z emocji, wspomnień i przekonań dotyczących relacji z innymi ludźmi, który został ukształtowany w dzieciństwie, ale umacniany był na kolejnych etapach rozwoju (Renner i wsp. 2013). Schematy w tym ujęciu obejmują nie tylko przekonania, lecz także wspomnienia, sferę emocjonalną oraz doznania cielesne.

Podobnie jak w przypadku cech osobowości, schematy są nieodzownym elementem struktury psychicznej każdego z nas. Mają charakter bezwarunkowych przekonań, niekwestionowanych przez daną osobę. Od ich siły, umocnienia i częstotliwości aktywowania zależy wpływ, jaki wywierają na nasze codzienne funkcjonowanie (Leppänen i wsp. 2015). Ich obecność sama w sobie nie świadczy jednak o zaburzeniu. Dla ujawnienia się zaburzenia w dorosłym życiu mają bowiem znaczenie dodatkowe czynniki osłabiające zdolność radzenia sobie w konkretnej sytuacji (Mącik 2016, 2018).

W obliczu pojawiających się wyzwań mogą zostać aktywowane różne rodzaje schematów, pozwalające na poradzenie sobie z trudną sytuacją i emocjami, które są jej konsekwencją. Aktywacja schematów wiąże się z przeżywaniem określonych stanów emocjonalnych oraz uruchomieniem strategii radzenia sobie. Reakcje te wpisują się zwykle w mechanizm podtrzymywania schematów, utrudniając ich samoistną zmianę. Należą do nich: nadkompensacja, podporządkowanie się schematowi oraz unikanie schematu (Young i wsp. 2014).

Zaburzenia osobowości *borderline*

Pojęcie zaburzenia *borderline* (zaburzenie z pogranicza, graniczne, pograniczne) wprowadził do literatury psychiatrycznej i psychoanalizy pod koniec lat 30. XX wieku William Stern. Używał go do określenia takiego zespołu symptomów, które z jednej strony są charakterystyczne dla stanów neurotycznych, z drugiej zaś – psychotycznych (Cierpiałkowska 2017).

Zaburzenie osobowości *borderline* charakteryzuje utrwalony wzorzec niestabilności relacji interpersonalnych, obrazu Ja, emocji oraz znacznej impulsywności, który przejawia się już w okresie adolescencji, a stabilizuje w okresie wczesnej dorosłości (ICD-10 2000).

Osoby te są bardzo wrażliwe na warunki środowiskowe. Doświadczają intensywnego strachu przed porzuceniem i nieadekwatnej złości, kiedy stają w obliczu rzeczywistej rozłąki lub kiedy wystąpią trudne do uniknięcia zmiany w ich planach (Millon i wsp. 2005). Mogą sądzić, że nieobecność osoby lub odmowa uzyskania od niej zaspokojenia jest związana z tym, że zrobili coś złego lub że są złymi ludźmi. Jednostki te są skłonne do nagłych, nieoczekiwanych zmian w ocenie innych osób, które w jednej chwili postrzegają jako odpowiednio wspierające, w drugiej zaś jako surowo karzące (Hastrup i wsp. 2019; Broadbear i wsp. 2020).

Zaburzenie *borderline* charakteryzuje się również impulsywnością, która ujawnia się w postaci samoniszczących zachowań ryzykownych lub polega na uporczywym podejmowaniu prób samobójczych i działań samouszkodzających. W konsekwencji zachowań samobójczych lub poważniejszych aktów samouszkodzenia umiera ok. 10% pacjentów z rozpoznaniem BPD. Działania autodestrukcyjne są zazwyczaj wywołane antycypacją odrzucenia lub straty, ale też oczekiwaniem ze strony najbliższych wzięcia większej odpowiedzialności za skutki własnych działań (Oumaya i wsp. 2008; Söderholm i wsp. 2020).

W okresie nasilonego stresu osoby te mogą ujawniać przejściowe myśli paranoidalne i objawy dysocjacji (np. depersonalizacja), które jednak trwają dość krótko (kilka minut lub godzin). U osób z osobowością *borderline* występują także zaburzenia tożsamości, charakteryzujące się chronicznie niestabilnym obrazem siebie i oscylującym od wysokiego do niskiego poczuciem własnej wartości (Lee i wsp. 2020).

W tabeli 1 przedstawiono kryteria diagnostyczne BPD wg obowiązujących klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a na rycinie 1 wskazówki, z jakimi grupami zaburzeń należy różnicować zaburzenie osobowości *borderline*. Warto wspomnieć, że wg klasyfikacji ICD-10 rozpoznanie osobowości chwiejnej emocjonalnie obejmuje dwa typy funkcjonowania: typ impulsywny (F60.30) oraz *borderline*/z pogranicza (F60.31). Obie wymienione kategorie są odpowiednikiem zaburzeń osobowości typu *borderline* uznawanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-5).

Nieadaptacyjne schematy a cechy osobowości *borderline*

Pojęcie schematu w teorii Younga wpisuje się w definicję zaburzeń osobowości rozumianych jako głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce

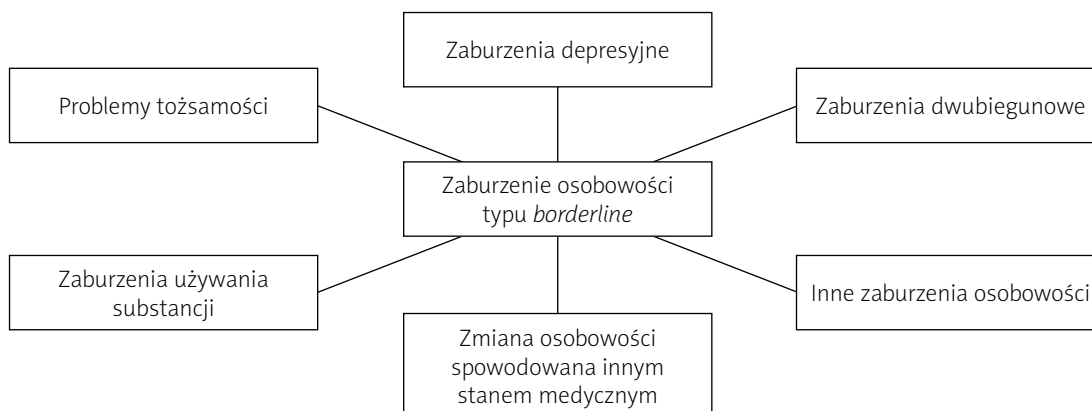
Tabela 1. Kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości *borderline* wg ICD-10 oraz DSM-5 (ICD-10 2000; Gałecki i wsp. 2020)

Kryteria diagnostyczne	
ICD-10	
F60.30	F60.31
A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości (F60)	A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości (F60)
B. Występują przynajmniej trzy z następujących, przy czym jednym z nich jest (2):	B. Występują co najmniej trzy objawy z kryterium B dla F60.30 oraz, dodatkowo, co najmniej dwa z następujących:
(1) wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględniania ich konsekwencji,	(1) niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych),
(2) wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności gdy impulsywne działania są udaremniane lub krytykowane,	(2) skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych,
(3) łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami,	(3) usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia,
(4) trudność podtrzymywania działań, które nie wiążą się z natychmiastową nagrodą,	(4) powtarzające się groźby lub działania samouszkodzające,
(5) nastroj niestabilny i kapryśny	(5) stałe uczucie pustki wewnętrznej
DSM-5	
Stały wzorzec zachowań doświadczania emocji, polegający na niestabilności związków międzyludzkich, zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych oraz znaczna impulsywność, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach, charakteryzujący się co najmniej pięcioma z poniższych:	
1. Desperacki wysiłek wkładany w unikanie wyobrazonego odrzucenia przez innych	
2. Niestabilne i burzliwe przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniami między skrajnymi stanami – idealizowaniem lub pozbawianiem wartości	
3. Zakłócenie poczucia własnej tożsamości: wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego „ja”	
4. Impulsywność okazywana w co najmniej dwóch obszarach, stwarzająca potencjalne zagrożenie (np. wydatki, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się)	
5. Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samookaleczenia	
6. Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków (np. nasilone epizody dysforii, drażliwość lub lęk utrzymujące się do kilku godzin, rzadko dłużej niż kilka dni)	
7. Przewlekłe poczucie pustki	
8. Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudności w panowaniu nad nimi (np. częste wybuchy złości, utrzymujące się poczucie gniewu)	
9. Związane z czynnikami stresowymi, przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne	

zachowań, które przejawiają się mało elastycznymi reakcjami w szerokim zakresie sytuacji społecznych, w szczególności zaś odnoszenia się do innych (ICD-10 2000; DSM-5 2013). Zdaniem Mącik teoria schematów wyjaśnia genezę tworzenia się zaburzonej osobowości (Mącik 2016). Im schematy są silniejsze i bardziej rozległe, tym bardziej nieprawidłowo kształtuje się osobowość, od pojedynczych zachowań poprzez rysy osobowości nieprawidłowej aż po w pełni nieprawidłową osobowość pozwalającą na postawienie diagnozy zaburzenia (Mącik 2016, 2018). W rozumieniu teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów zaburzenie osobowości *borderline* jest efektem wyjątkowo traumatycznych doświadczeń w okresie dzieciństwa ze strony bliskich osób: przemocy (zarówno psychicznej, jak i fizycznej oraz seksualnej), opuszczenia i braku bezpieczeństwa (Arntz i Jacob 2018). Young i wsp. (2014) opisują cztery czynniki cechujące środowisko rodzinne, które prowadzą do wykształcenia się cech BPD. Są to: a) niebezpieczne i niestabilne emocjonalnie środowisko rodzinne, b) środowisko

rodzinne deprywujące potrzeby emocjonalne dziecka, c) środowisko rodzinne, w którym typowe są surowe kary i odrzucenie, a brak akceptacji, wybaczenia i miłości, d) środowisko rodzinne narzucające podporządkowanie, tłumiące potrzeby i uczucia dziecka („Nie okazuj tego, co czujesz”, „Nie proś o to, czego chcesz”, „Nie miej słabości, nie odczuwaj smutku i złości”, „Bądź tym, kim my chcemy, abyś był”).

Young w swojej teorii opisał 18 nieadaptacyjnych schematów determinujących nasze reakcje. Z uwagi na sformułowany wcześniej cel artykułu, autorka skoncentruje się na nieadaptacyjnych schematach oraz trybach schematów charakterystycznych dla osób z rozpoznaniem zaburzenia osobowości *borderline*. W BPD na skutek niezaspokojenia najważniejszych potrzeb dziecka i jego nadwrażliwości temperamentalnej powstaje dziewięć z 18 wczesnych nieprzystosowawczych schematów: porzucenia/nadużycia, niepełnowartościowości, zależności, poddania się (podporządkowania), braku zaufania, nieadekwatnej samodyscypliny, emocjonalnego



Ryc. 1. Różnicowanie zaburzenia osobowości *borderline* wg DSM-5 (Gałecki i wsp. 2020)

zahamowania, winy/kary oraz emocjonalnej deprawacji (Bach i Farell 2018).

Interesujące wyniki badania przeprowadzonego na populacji dorosłych Polaków ($n = 450$) przedstawiła Mącik (2016). Autorka podjęła próbę odpowiedzi na pytanie, czy schematy odpowiadające za rozwój zaburzeń osobowości, są powiązane z typami osobowości nieprawidłowej u osób w populacji nieklinicznej. Co ciekawe, rys osobowości *borderline* korelował dodatnio (korelacja istotna na poziomie statystycznym 0,01) z większością nieadaptacyjnych schematów wyróżnionych przez Younga. W prezentowanym badaniu wyjątek stanowiły dwa schematy: samopoświęcenie i – co ciekawe – samokaranie, rozumiane jako skłonność do wymierzania sobie kar. Najsilniejsze korelacje cech osobowości *borderline* i nieadaptacyjnych schematów ($r \geq 0,50$) dotyczyły: opuszczenia, podatności na zranienie, podporządkowania oraz pesymizmu. Treści kryjące się w tych schematach są zgodne z silnymi podstawowymi przekonaniem charakterystycznymi dla osobowości *borderline*: „świat jest wrogi”, „jestem podatny na zranienie”, „jestem nie do przyjęcia”, „wszyscy odrzucają i ranią” (Arntz i Jacob 2018) (tabela 2).

Aby lepiej zrozumieć stan emocjonalny pacjenta w danej chwili, Young zaproponował pojęcie trybów schematów. Tryby te są względnie niezależnymi od siebie wzorcami myślenia, odczuwania i zachowania, które leżą u podstaw różnych stanów świadomości. Reprezentują one chwilowe stany emocjonalne i poznawcze oraz sposoby radzenia sobie, które są aktywne w danym momencie. Tryby zostają aktywowane przez wydarzenia emocjonalne, a dana osoba może się przełączać z jednego trybu w inny bardzo szybko (Khosravi 2020). Wymieniona wcześniej duża liczba schematów widocznych wśród osób z osobowością *borderline* wydaje się strategią radzenia sobie z doświadczanymi emocjami i odpowiada za charakterystyczną zmienność w obserwowanym zachowaniu pacjenta, opisywaną jako chwiejność (Cwalina 2007).

Wśród trybów schematów Young zidentyfikował 5 głównych trybów, które charakteryzują pacjentów z tym zaburzeniem osobowości. Poza słabo rozwiniętym trybem zdrowego dorosłego, pozostałe cztery to tryby nieadaptacyjne. Należą do nich: opuszczone i maltretowane dziecko, karzący rodzic, złośliwe i impulsywne dziecko, a także odłączony obrońca (Young i wsp. 2014;

Tabela 2. Charakterystyka nieadaptacyjnych schematów związanych z cechami osobowości *borderline* (Young i wsp. 2014; Mącik 2016)

Schemat	Charakterystyka
Opuszczenie/niestabilność więzi	Jednostka postrzega osoby (zazwyczaj członków rodziny), które powinny zapewnić jej wsparcie i bliskość, jako niestabilne, i czuje, że nie może na nich polegać. Ma poczucie, że znaczące dla niej osoby nie będą w stanie dostarczać emocjonalnego wsparcia, siły czy praktycznej pomocy, ponieważ są niestabilne emocjonalnie i nieprzewidywalne
Podatność na zranienie	Jednostka odczuwa przesadny lęk przed nieuchronną katastrofą, która może nastąpić w każdej chwili, a której nie da się zapobiec
Podporządkowanie się	Jednostka nadmiernie poddaje się kontroli innych, ponieważ czuje się do tego zmuszona – podporządkowuje się, aby uniknąć gniewu, zemsty, porzucenia. Jednocześnie towarzyszy jej przekonanie, że jej opinie, pragnienia i uczucia są nieważne dla innych
Pesymizm	Nadmierna koncentracja na negatywnych aspektach sytuacji, połączona z pomniejszaniem lub pomijaniem aspektów pozytywnych i optymistycznych

Khasho i wsp. 2019). Charakterystyka wymienionych trybów została przedstawiona w tabeli 3, a w tabeli 4 zawarto połączenie poszczególnych objawów BPD z trybami schematów typowymi dla nich.

Należy pamiętać o związku pomiędzy nieadaptacyjnymi wczesnymi schematami a ryzykiem występowania tendencji suicydalnych. Wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych

stwierdzono istotnie wyższe wskaźniki występowania wszystkich nieadaptacyjnych schematów poznawczych w porównaniu z osobami dotkniętymi zaburzeniami depresyjnymi, lecz bez historii samobójczej (Joiner i wsp. 2016). Do schematów współwystępujących z tendencjami samobójczymi zalicza się: rozłączenie/odrzućenie, osłabioną autonomię oraz nadmierną czujność i zahamowanie (Ahmadpanah i wsp. 2017). Zjawisko to może

Tabela 3. Cztery nieadaptacyjne tryby schematów najczęściej obserwowane w zaburzeniu osobowości *borderline* (Young i wsp. 2014; Finogenow 2020)

Tryb schematu	Charakterystyka
Opuszczone i maltretowane dziecko	Pacjenci w tym trybie czują się niekochani, nieważni, osamotnieni, bezbronni i podatni na zranienie. Dominujące uczucia to strach, smutek i zagubienie
Złoszczące się i impulsywne dziecko	Aktywowany jest z powodu niezaspokojenia podstawowych potrzeb. Pacjenci odczuwają wtedy gniew, a nawet wściekłość, nad którą trudno im zapanować. Dlatego krzyczą i atakują osobę, którą postrzegają jako odpowiedzialną za te emocje. Zachowują się roszczeniowo, agresywnie, grożąc niekiedy samobójstwem. Działają też impulsywnie, by zaspokoić swoje potrzeby
Karzący rodzic	Często jest on zinternalizowanym głosem rodzica/ważnego opiekuna, który krytykuje i karze pacjentów. Uruchamiany jest, gdy pacjenci pozwolą sobie odczuć lub wyrazić swoje potrzeby. Głos ten jest bardzo surowy i bezlitosny, a pacjenci w tym trybie stają się często własnymi prześladowcami. Są pełni pogardy i nienawiści do samych siebie, wyrządzają sobie krzywdę, okaleczając się, głodząc się, fantazjując o samobójstwie, zachowując się autodestrukcyjnie
Odtłaczony obrońca	Jest to tryb, w którym pacjenci funkcjonują przez większość czasu. W tym trybie odcinają się oni od swoich potrzeb i odczuwanych emocji, zrywają więzi z innymi osobami bądź podporządkowują się, by uniknąć kary. Doświadczają pustki, depersonalizacji czy znudzenia. Czasami też nadużywają substancji psychoaktywnych, by nie czuć przytłaczających emocji

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości *borderline* wg DSM-5 (2013) oraz odpowiadające im tryby schematów (Young i wsp. 2014)

Kryteria diagnostyczne BPD wg DSM-5	Odpowiadający im tryb schematów
Desperacki wysiłek wkładany w unikanie wyobrażonego odrzucenia przez innych	Opuszczone dziecko
Niestabilne i burzliwie przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniami między skrajnymi stanami – idealizowaniem lub pozbawianiem wartości	Wszystkie tryby, pomiędzy którymi pacjent „płynnie” przechodzi
Zakłócenie poczucia własnej tożsamości: wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego „ja”	a) Odtłaczony obrońca – „Nie możesz być sobą, musisz zadowalać innych” b) Ciągłe przechodzenie pomiędzy trybami również prowadzi do niestabilnego obrazu „ja”
Impulsywność okazywana w co najmniej dwóch obszarach, stwarzająca potencjalne zagrożenie (np. wydatki, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się)	a) Złoszczące się i impulsywne dziecko (chce wyrazić gniew lub zaspokoić swoje potrzeby) b) Odtłaczony obrońca
Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samookaleczenia	Wszystkie tryby
Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków (np. nasilone epizody dysforii, drażliwość lub lęk utrzymujące się do kilku godzin, rzadko dłużej niż kilka dni)	Gwałtowne przechodzenie pomiędzy trybami
Przewlekłe poczucie pustki	Odtłaczony obrońca
Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudności w panowaniu nad nimi (np. częste wybuchy złości, utrzymujące się poczucie gniewu)	Złoszczące się dziecko
Związane z czynnikami stresowymi, przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne	Wszystkie tryby, gdy emocje wydają się zbyt trudne do zniesienia

Tabela 5. Wytyczne NICE w zakresie opieki psychoterapeutycznej nad osobami z diagnozą BPD (NICE 2009)

Wytyczne NICE
Rozważając rozpoczęcie psychoterapii, należy wziąć pod uwagę:
<ul style="list-style-type: none"> – preferencje pacjenta co do formy psychoterapii – stopień upośledzenia funkcjonowania oraz ciężkość zaburzenia – chęć pacjenta do zaangażowania się w terapię i jego motywację do zmiany – zdolność pacjenta do pozostania w granicach relacji terapeutycznej – dostępność dla pacjenta wsparcia osób bliskich
W trakcie trwania psychoterapii należy zapewnić:
<ul style="list-style-type: none"> – zespoloną opiekę nad pacjentem (lekarz, psychoterapeuta, pracownik socjalny, pielęgniarka itd.) – zintegrowane podejście teoretyczne stosowane zarówno przez zespół terapeutyczny, jak i terapeutę – regularne superwizje członków zespołu – rozważenie odbywania sesji psychoterapeutycznych dwa razy w tygodniu (jednak częstość spotkań powinna być dostosowana do potrzeb i sytuacji życiowej pacjenta) – nie należy stosować krótkich interwencji psychologicznych (trwających krócej niż 3 miesiące)

być powiązane z faktem, że ryzyko podejmowania zachowań samobójczych silnie koreluje z poczuciem osamotnienia, odmienności od grupy, a także z brakiem poczucia przynależności do niej (Ahmadpanah i wsp. 2017).

Podsumowanie

Gdy za Youngiem popatrzymy na wczesne nieadaptacyjne schematy jako na możliwą genezę formowania nieprawidłowej osobowości, terapia tak wytworzonych i utrwalonych wzorców wymaga pracy opartej przede wszystkim na jakości relacji terapeutycznej (Slepecky i wsp. 2015).

Obecnie przedstawiciele CBT w psychoterapii zaburzeń psychicznych z tzw. osi II coraz częściej stosują klasyczną terapię poznawczą Becka równocześnie z terapią tzw. trzeciej fali CBT, do której, jak wspomniano na początku artykułu, zalicza się terapię schematów Younga. Najnowsze badania pokazują, że techniki wykształcone w ramach tych dwóch podejść psychoterapeutycznych są z dużym powodzeniem stosowane w leczeniu zaburzeń osobowości, a ich skuteczność jest porównywalna z technikami innych nurtów psychoterapeutycznych, np. psychodynamicznych i psychoanalitycznych (Romanowska 2013; Fassbinder i wsp. 2016). Metaanaliza Storebø i wsp. (2020) podkreśla istotną skuteczność EMS w łagodzeniu wielu spośród objawów BPD: poprawa relacji z innymi, zmniejszenie impulsywności, zmniejszenie natężenia objawów dysocjacyjnych oraz doznań psychotycznych. Należy również pamiętać o wytycznych NICE dotyczących opieki psychoterapeutycznej nad osobami z diagnozą zaburzeń osobowości *borderline* (tabela 5).

Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A i wsp. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Compr Psychiatry* 2017; 77: 71-79.
2. Arntz A, Jacob G. Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów. GWP, Sopot 2018.
3. Bach B, Farrell JM. Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Res* 2018; 259: 323-329.
4. Broadbear JH, Dwyer J, Bugeja L i wsp. Coroners' investigations of suicide in Australia: The hidden toll of borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2020; 129: 241-249.
5. Cierpiatkowska L. Zaburzenia osobowości borderline. W: L. Cierpiatkowska, E. Soroko (red.). Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017; 171-197.
6. Cwalina E. Przegląd terapii poznawczo-behawioralnych stosowanych w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. *Psychoterapia* 2007; 2: 41-55.
7. DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), Fifth edition. American Psychiatric Association 2013.
8. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D i wsp. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front Psychol* 2016; 7: 1373.
9. Finogenow M. Tryby schematów i modele trybów w zaburzeniach osobowości z klastra B i C. *Psychoterapia* 2020; 1: 45-58.
10. Gatecki P, Pilecki M, Rymaszewska J i wsp. DSM-5. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wyd. 5. Edra Urban & Partner, Wrocław 2020.
11. Hastrup LH, Jennum P, Ibsen R i wsp. Societal costs of borderline personality disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140: 458-467.
12. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
13. Joiner TE, Hom MA, Hagan CR i wsp. Suicide as a derangement of the self-sacrificial aspect of eusociality. *Psychol Rev* 2016; 123: 235-254.
14. Jørgensen MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM i wsp. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features – a system-

- atic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLoS One* 2021; 16: e0245331.
15. Kavanagh BE, Stuart AL, Berk M i wsp. Personality disorder increases risk of low quality of life among women with mental state disorders. *Compr Psychiatry* 2020; 102: 152193.
 16. Khasho DA, van Alphen SPJ, Heijnen-Kohl SMJ i wsp. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemp Clin Trials Commun* 2019; 14: 100330.
 17. Khosravi M. Child maltreatment-related dissociation and its core mediation schemas in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 405.
 18. Lee RJ, Gozal D, Coccaro EF i wsp. Narcissistic and borderline personality disorders: relationship with oxidative stress. *J Pers Disord* 2020; 34 (Suppl): 6-24.
 19. Leppänen V, Kärki A, Saariaho T i wsp. Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: the Oulu BPD study. *Scand J Psychol* 2015; 56: 78-85.
 20. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG i wsp. A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cogn Behav Ther* 2012; 41: 185-202.
 21. Mącik D. Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej – badania wstępne. *Psychiatria i Psychoterapia* 2016; 12: 3-24.
 22. Mącik D. Rola postaw rodzicielskich w kształtowaniu wczesnych nieadaptacyjnych schematów. *Badania populacji nieklinicznej. Polskie Forum Psychologiczne* 2018; 23: 201-215.
 23. Millon T, Davis R, Millon C i wsp. *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2005.
 24. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
 25. NICE, Borderline personality disorder: recognition and management (2009) NICE guideline CG78. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG78> (dostęp dnia 17.04.2021 r.).
 26. Oumaya M, Friedman S, Pham A i wsp. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale* 2008; 34: 452-458.
 27. Penders KAP, Peeters IGP, Metsemakers JFM i wsp. Personality disorders in older adults: a review of epidemiology, assessment, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 14.
 28. Popiel A. Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwania terapeutyczne. *Psychiatria* 2011; 8: 64-78.
 29. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Vesalius, Kraków 2000.
 30. Renner F, van Goor M, Huibers M i wsp. Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behav Res Ther* 2013; 51: 487-492.
 31. Romanowska M. Trudności w relacji terapeutycznej w terapii poznawczo-behawioralnej. *Terapia schematów Younga w pracy z osobowością z pogranicza*. *Psychoterapia* 2013; 2: 45-55.
 32. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 426-447.
 33. Slepecky M, Kotianova A, Vyskocilova J i wsp. Integration of schema therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of personality disorders. *Eur Psychiatry* 2015; 28: 143-143.
 34. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T i wsp. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients – a comparative study. *Front Psychiatry* 2020; 11: 290.
 35. Staniaszek K, Popiel A. Opracowanie i walidacja eksperymentalnej polskiej wersji skróconej Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-ES-PL) do badania wczesnych schematów dezadaptacyjnych. *Roczniki Psychologiczne* 2017; 20: 373-427.
 36. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA i wsp. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD012955.
 37. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schematów*. Przewodnik praktyka. GWP, Sopot 2014.