

Paulina Maruszewska, Monika Talarowska, Piotr Gątecki
Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z wybranymi zaburzeniami psychicznymi

Young's early maladaptive schemas and their relations to selected mental disorders

Praca finansowana z grantu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr: 502-03/5-062-02/502-54-218 oraz nr: 503/5-062-02/503-51-010-18

Abstract

Maladaptive cognitive schemas are emotional and cognitive patterns that are detrimental to the individual and have their roots in early childhood and are developed and replicated in later life. According to Young, the creator of the schema theory, the presence of distorted beliefs and specific cognitive schemas can be the basis for personality and chronic mental disorders. The aim of this paper is to present conclusions from the analysis of the literature on the relationship between maladaptive cognitive schemas and selected mental disorders, i.e. depressive disorders, bipolar affective disorders, addictions, obsessive-compulsive disorders, and social phobia.

Psychiatry 2019; 16, 2: 82–90

Key words: maladaptive cognitive schemas, mental disorders, cognitive behavioral therapy

Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna jest współcześnie jednym z najbardziej popularnych nurtów terapeutycznych o skuteczności potwierdzonej wynikami licznych badań empirycznych. Głównym założeniem pracy terapeutycznej w tym nurcie jest testowanie i modyfikowanie zniekształconych przekonań pacjenta na swój temat oraz na temat otaczającego świata i innych osób, co prowadzi do zmniejszenia lub całkowitego wyeliminowania objawów psychopatologii i poprawy jakości życia [1].

W ujęciu psychologii poznawczej szczególne znaczenie w rozwoju zaburzeń psychicznych przypisuje się negatywnym zniekształconym przekonaniom, które powstają w strukturach poznawczych człowieka na przestrzeni lat w konsekwencji jego wcześniejszych, często traumatycznych doświadczeń [2]. Klasyczna terapia poznawczo-behawioralna jest niezwykle skuteczna w przypadku

leczenia pacjentów z zaburzeniami z osi I (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), w tym na przykład zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń seksualnych czy psychosomatycznych. W przypadku depresji odsetek efektywności leczenia tym protokołem jest bardzo wysoki — wynosi około 60% bezpośrednio po zakończonej terapii, jednak odsetek nawrotów choroby w ciągu roku jest równy aż 30% [3]. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być fakt, że u podłoża wielu zaburzeń psychicznych, w tym także depresji, leżą czynniki osobowościowe, które nie reagują w pełni na leczenie z wykorzystaniem tradycyjnych technik poznawczo-behawioralnych.

W odpowiedzi na ten problem Jeffrey Young zapoczątkował proces integracji podejścia poznawczo-behawioralnego z elementami terapii humanistycznych i doświadczeniowych, budując teorię wczesnych nieadaptacyjnych schematów i oparty na niej nurt terapeutyczny [4].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wyników badań dotyczących związków wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych z wybranymi zaburzeniami psychicznymi.

Adres do korespondencji:

Paulina Maruszewska
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM
Aleksandrowska 159, 91–229 Łódź
e-mail: paulinazuchowicz1@wp.pl

Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga

Zgodnie z koncepcją Younga, nieadaptacyjne schematy poznawcze są wykształconymi najczęściej w dzieciństwie i rozwijanymi przez całe życie wzorcami składającymi się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych. Skrypty te dotyczą jednostki oraz relacji z innymi ludźmi oraz determinują sposób, w jaki człowiek odbiera i interpretuje swoje doświadczenia życiowe [5]. Nieadaptacyjne schematy poznawcze powstają na podstawie niezaspokojonych wczesnodziecięcych potrzeb i trudnych doświadczeń w dzieciństwie, które w połączeniu z temperamentalnymi właściwościami jednostki, mogą wpływać na kształtowanie się psychopatologii w dorosłym życiu [6]. Young wyróżnił 18 nieadaptacyjnych schematów poznawczych podzielonych na 5 obszarów schematów: rozłączenie i odrzucenie, osłabiona autonomia i brak dokonań, uszkodzone granice, nakierowanie na innych,

nadmierna czujność i zahamowanie [7] (tab. 1). Do oceny nieadaptacyjnych schematów poznawczych wykorzystuje się Kwestionariusz Schematów Younga [8].

Nieadaptacyjne schematy powstają na podłożu relacji z najbliższymi osobami, szczególnie w tych obszarach, gdzie jednostka doświadcza deprivacji. Jeśli podstawowe potrzeby człowieka nie zostają zaspokojone, lub wzorce przywiązania z najważniejszymi dla dziecka obiektami są budowane w niewłaściwy sposób, wówczas schematy poznawcze dorastającego człowieka mogą kształtować się w dysfunkcyjny sposób. Ponieważ ukształtowane schematy są głęboko zakorzenionymi i dość stabilnymi wzorcami poznawczymi, to w dorosłym życiu człowieka aktywują się w różnych sytuacjach i są przez niego powtarzane, często w nieświadomy sposób. Warunkują sposób postrzegania rzeczywistości na poziomie poznawczym, emocjonalnym oraz reakcji behawio-

Tabela 1. Wczesne nieadaptacyjne schematy i obszary schematów [7]**Table 1. Early maladaptive schemas [7]**

Rozłączenie i odrzucenie	
Opuszczenie/ Niestabilność więzi	Jednostka postrzega najbliższych jako niestabilnych, czuje, że nie można na nich polegać, jest przekonana, że zostanie opuszczona
Nieufność/Skrzywdzenie	Jednostka jest przekonana, że będzie doświadczać ze strony innych ludzi zranienia, krzywdy, upokorzenia, oszustwa
Deprivacja emocjonalna	Jednostka wierzy, że odczuwana potrzeba doświadczania bliskości i wsparcia ze strony innych ludzi nie zostanie zaspokojona
Wadliwość/wstyd	Jednostka postrzega siebie jako niepełnowartościową, niechcianą, gorszą. Ma przekonanie, że jeśli bliscy zobaczyliby jaka jest naprawdę to straciłaby wówczas ich miłość
Izolacja społeczna/ Wyobcowanie	Jednostka ma przekonanie, że jest odizolowana od innych, odmienna i nie przynależy do żadnej grupy czy społeczności
Oslabiona autonomia i brak dokonań	
Zależność/Niekompetencja	Jednostka odczuwa silnie swoją bezradność. Doświadcza przekonania, że nie jest w stanie radzić sobie z codziennymi obowiązkami
Podatność na zranienie lub zachorowanie	Jednostka doświadcza przesadnego lęku przed nieuniknioną katastrofą, która w jej poczuciu może pojawić się w każdej chwili.
Uwikłanie emocjonalne/ Nie w pełni rozwinięte Ja	Jednostka jest nadmiernie zaangażowana w co najmniej jedną relację z ważną osobą, doświadcza poczucia „złania się”. Odbywa się to przy jednoczesnym niedostatecznym rozwoju własnej autonomii
Porażka	Jednostka jest przekonana, że zawiodła lub zawiedzie w przyszłości oraz że jest niekompetentna w porównaniu do innych
Uszkodzone granice	
Roszczeniowość/ Wielkościowość	Jednostka doświadcza przekonania, że jest lepsza od pozostałych ludzi, że ma specjalne prawa i nie podlega zasadom obowiązującym w społeczeństwie, jest silnie skoncentrowana na poczuciu swojej wyższości.
Niedostateczna samokontrola/ /Samodyscyplina	Jednostka doświadcza trudności w zakresie samokontroli i tolerancji frustracji, które umożliwiłyby jej hamowanie nadmiernej ekspresji emocji

Nakierowanie na innych	
Podporządkowanie się	Jednostka czuje się zmuszona do poddawania się nadmiernej kontroli innych w celu uniknięcia ich gniewu lub porzucenia
Nakierowanie na innych	
Samopowiązanie	Jednostka jest skoncentrowana na zaspokajaniu potrzeb innych osób kosztem swoich własnych w związku z obawą przed sprawianiem bólu innym, poczucia winy lub pragnienia utrzymania bliskości
Poszukiwania akceptacji i uznania	Jednostka przesadnie dąży do zdobycia uznania, szacunku innych w związku z czym rezygnuje z budowania własnej tożsamości. Jej obraz siebie jest zależny od reakcji innych
Nadmierna czujność i zahamowanie	
Negatywizm/Pesymizm	Jednostka jest nadmiernie skoncentrowana na negatywnych aspektach życia przy jednoczesnym pomijaniu aspektów pozytywnych. Może doświadczać przekonania, że przyszłe sprawy potoczą się źle i odczuwać w związku z tym lęk
Zahamowanie emocjonalne	Jednostka przesadnie unika spontanicznych działań, emocji, w obawie przed doświadczeniem dezaprobaty ze strony innych, poczucia wstydu czy utraty kontroli
Nadmierne wymagania/ /Nadmierny krytycyzm	Jednostka żywi przekonanie, że musi spełniać bardzo wysokie zinternalizowane standardy zachowań w celu uniknięcia krytyki. W związku z tym oświadcza silnej presji i nadmiernego krytycyzmu wobec siebie
Bezwzględna surowość	Jednostka ma przekonanie, że błędy ludzi zasługują na surową karę. Ma skłonność do reagowania gniewem wobec innych i siebie

ralnych. Paradoksalnie wpływają na to, że w dorosłym życiu powtarzane są najbardziej bolesne aspekty życia jednostki. W związku z tym Young wysnuł hipotezę, że część schematów, szczególnie te, które powstały w wyniku traumatycznych doświadczeń wczesnodziecięcych, mogą leżeć u podłoża nieprawidłowo ukształtowanych cech osobowości i w związku z tym wielu chronicznych zaburzeń z osi I [7].

Biologia schematów

Każde traumatyczne wspomnienie pozostawia w mózgu biologiczny ślad, który jest kodowany z udziałem hipokampa i powiązanych z nim obszarów kory mózgowej. Wspomnienia nieświadome są natomiast generowane przy udziale mechanizmów związanych z pracą ciała migdałowatego i powiązanych z nim struktur, które wspólnie tworzą między innymi mechanizmy warunkowania lęku. Kiedy jednostka doświadcza sytuacji podobnej do pierwotnej traumy, wówczas oba systemy mogą uruchamiać wspomnienia na poziomie poznawczym — świadomym oraz emocjonalnym — nieświadomym. Emocjonalne reakcje mogą następować automatycznie, bez udziału procesów świadomych odpowiedzialnych za myślenie, wnioskowanie i świadome działanie [9]. System ciała migdałowatego działa nieświadomie, automatycznie,

szybciej niż kora mózgowa i prawdopodobnie zapisuje emocjonalne wspomnienia w sposób nieusuwalny [10]. Funkcjonowanie schematów poznawczych można zatem rozpatrywać w kategorii funkcjonowania biologicznych mechanizmów, w centrum których znajduje się ciało migdałowate. Kiedy jednostka napotyka sytuację przypominającą doświadczenie (traumę) z dzieciństwa, związane z genezą schematu, wówczas powiązane z tym wspomnieniem reakcje emocjonalne i fizyczne zostają aktywowane w sposób nieświadomy i automatyczny. Kiedy uruchomiony zostaje schemat, jednostka doświadcza silnych emocji oraz doznań fizycznych, które mogą, lecz nie muszą zostać świadomie powiązane i skojarzone z pierwotnym trudnym wspomnieniem. W ten sposób emocje związane z bolesnymi doświadczeniami z dzieciństwa czy nieadaptacyjne sposoby reagowania, mogą być powielane w późniejszym życiu w sposób znacznie nieświadomy [7].

Tendencja do przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych charakterystyczna dla wielu zaburzeń psychicznych, jest również związana z określoną predyspozycją mózgu polegającą na zaburzeniu równowagi pomiędzy tak zwanym „mózgiem emocjonalnym” (układ limbiczny z ciałem migdałowatym i hipokampem) a tak zwanym „mózgiem motywacyjnym/regulacyjnym” (płaty czołowe,

kora przedczołowa mózgu). W zaburzeniach depresyjnych „mózg limbiczny” jest nadaktywny na bodźce o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym przy jednoczesnej obniżonej wrażliwości na bodźce pozytywne. Natomiast płaty czołowe, których funkcją jest regulowanie stanów emocjonalnych, u osób z zaburzeniami depresyjnymi, nie blokują skutecznie dostępu do negatywnych emocji, co sprzyja rozwojowi depresji [11]. Nawiązując do neurorozwojowej teorii depresji, która podkreśla wieloczynnikowe podłoże tych zaburzeń: doświadczeń o charakterze biologicznym (czynników genetycznych, infekcji, niekorzystnych czynników środowiskowych), emocjonalnym (doświadczeń o znamionach traumy), jak i kulturowym (styl wychowania), nie tylko z okresu wczesnego dzieciństwa i adolescencji, lecz także z najwcześniejszych etapów rozwoju prenatalnego, możemy z dużym prawdopodobieństwem wnioskować o udziale tych trzech kategorii czynników w procesie powstawania wczesnych nieadaptacyjnych schematów [12].

Nieadaptacyjne schematy w wybranych zaburzeniach psychicznych

W związku z tym, że schematy charakteryzują się znacznym stopniem stabilności i są związane ze stosunkowo trwałymi trudnościami psychologicznymi jednostki, Young założył, że poszczególne schematy mogą wiązać się z różnymi przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi [7].

Zaburzenie depresyjne

Rozwój zaburzeń depresyjnych nawracających bardzo często wiąże się z trudnymi doświadczeniami w dzieciństwie i wynikającą z nich dysfunkcją osobowości [13]. Liczba badań dotyczących nasilenia wczesnych nieadaptacyjnych schematów wśród osób z zaburzeniami depresyjnymi jest jednak ograniczona. Można odnaleźć informacje, że ogólne nasilenie nieadaptacyjnych schematów poznawczych jest większe wśród osób z zaburzeniami afektywnymi niż w grupach kontrolnych [14–16]. Nie udało się jednak wskazać jednoznacznych danych na temat tego, które schematy poznawcze najsilniej wiążą się z zaburzeniami depresyjnymi. Informacje z literatury przedmiotu pozostają w znacznym stopniu niespójne. Schematy najczęściej wskazywane jako charakterystyczne dla depresji to: wadliwość/wstyd, zależność/niekompetencja, podatność na zranienie, niedostateczna samokontrola i samodyscyplina. W jednym z badań wskazano również, że są to schematy które współwystępują jednocześnie z wysokimi wynikami na skali niedostatecznej oraz nadmiernej rodzicielskiej opieki ocenianych retrospektywnie przez badanych [17]. Trzy z nich: wadliwość/wstyd, zależność/niekompetencja, niedostateczna samokontrola i samodyscyplina odzwierciedlają często

spotykane negatywne przekonania o sobie, które są ściśle związane z depresyjną triadą Becka. Schemat wadliwość/wstyd wiąże się z postrzeganiem siebie jako wadliwego, bezwartościowego, odmiennego od innych. niedostateczna samokontrola i samodyscyplina odnosi się do negatywnych przekonań związanych z brakiem zdolności do samokontroli i zdolności do tolerowania frustracji, natomiast schemat zależność/niekompetencja łączy z przekonaniem, że jednostka jest niewystarczająco dobra i wartościowa. Schematy te odnoszą się do spostrzegania siebie jako gorszego w porównaniu z innymi. Barnett and Gotlib wykazali [18], że wśród czynników psychospołecznych warunkujących rozwój oraz będących jednocześnie skutkiem depresji jest niski poziom integracji społecznej. W związku z powyższym, wskazane nieadaptacyjne schematy poznawcze mogą stanowić czynniki przyczyniające się do rozwoju depresji, współwystępujące z nią, ale również mogą stanowić jej konsekwencje.

Występowanie schematu podatność na zranienie wiąże się z silną koncentracją wokół możliwości wystąpienia katastrofy, obawami związanymi z możliwymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w przyszłości, co również silnie wiąże się z negatywnymi wizjami przyszłości opisanymi w depresyjnej triadzie Becka [17].

Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach, w których oprócz schematów: niedostateczna samokontrola i samodyscyplina, wadliwość/wstyd charakterystycznymi dla zaburzeń depresyjnych okazał się również schemat samopoświęcenia. Jest on związany z przekonaniem o konieczności zaspokajania potrzeb innych osób kosztem swoich własnych w związku z obawą przed sprawianiem bólu innym, lub pragnieniem utrzymania bliskości. Kierowanie się takim schematem może prowadzić do skrajnej deprivacji własnych emocjonalnych potrzeb i w efekcie do rozwoju zaburzeń depresyjnych [19]. W innych badaniach wykazano, że nasilenie schematu emocjonalnej deprivacji wzrasta wraz z rozwojem objawów depresji. Można zatem wnioskować, że schemat emocjonalnej deprivacji jest czynnikiem rozwoju depresji, ale również nasilenie tego schematu jest ściśle związane z natężeniem objawów depresji. Jednocześnie wskazuje się, że schemat emocjonalnej deprivacji jest prawdopodobnie jednym z najczęściej występujących w populacji klinicznej [20]. Pacjenci z tym schematem często czują się samotni, sfrustrowani i smutni. Nie oczekują, że inni ludzie będą się nimi interesować i opiekować. Czują się emocjonalnie zdeprivowani, nie doświadczają dostatecznej ilości ciepła, zainteresowania, opieki i silnego zaangażowania emocjonalnego. Mogą czuć, że nie ma nikogo kto interesowałby się nimi i że są na świecie zupełnie sami. Tacy pacjenci zazwyczaj

nie ujawniają potrzeby miłości i innych emocjonalnych potrzeb wobec swoich bliskich. Ich reakcje zazwyczaj wskazują, że nie potrzebują oni miłości i bliskości i w związku z tym ich potrzeby w tym zakresie nie zostają zaspokojone. W związku z takimi mechanizmami odczuwania i zachowania, wystąpienie depresji staje się wręcz nieuniknione. Wyniki badań wskazują również, że wraz z nasileniem tego schematu wzrasta ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych [21].

Zgodnie ze wspomnianymi wcześniej założeniami Younga mówiącymi o tym, że schematy pozostają w znacznym stopniu stabilne, badania prowadzone w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi potwierdzają, że nasilenie schematów pozostaje podobne niezależnie od aktualnego natężenia objawów depresji. Stabilność schematów dotyczy szczególnie obszarów schematów: uszkodzone granice, rozłączenie i odrzucenie oraz osłabiona autonomia i brak dokonań [6, 15, 22]. W związku z tym nieadaptacyjne schematy poznawcze mogą stanowić cechy uwarunkowane osobowościowo związane z etiologią depresji i jednocześnie mogą stanowić czynniki niekorzystnie wpływające na jej przebieg i odpowiedź terapeutyczną [23]. Kolejnym potwierdzeniem założenia, że schematy charakteryzują się znaczną stabilnością czasową i ściśle wiążą się z cechami osobowości, są doniesienia badawcze wskazujące, że wśród osób chorujących na depresję, ich schematy nie zmieniały się w przeciągu 2,5–5 lat [24]. Ponadto pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, nawet po uzyskaniu remisji objawów choroby charakteryzują się wyższymi wynikami na skali nieadaptacyjnych schematów poznawczych w porównaniu z pacjentami z pierwszym epizodem depresji [25].

Wśród osób z zaburzeniami depresyjnymi, jedynymi z najczęściej występującymi zaburzeniami osobowości są zaburzenia osobowości borderline [26]. Jest to związane z podobieństwem w zakresie czynników genetycznych, wczesnodziecięcych czynników traumatyzujących, i cech temperamentalnych pomiędzy tymi zaburzeniami. Może to jednocześnie wskazywać na podobieństwo kształtujących się nieadaptacyjnych schematów. Wyniki badań potwierdzają, że schematy z obszaru rozłączenie i odrzucenie są charakterystyczne zarówno dla osób z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, jak i dla osób z zaburzeniami osobowości borderline. Wykazano, że wśród pacjentów z borderline natężenie tego schematu jest jeszcze większe. Schemat ten jest charakterystyczny dla osób charakteryzujących się wysokim poziomem wrażliwości, ale jednocześnie psychopatologii [28]. Te same schematy są odpowiedzialne za zwiększoną podatność na rozwój depresji i jej negatywną odpowiedź na leczenie [16].

Pacjenci z zaburzeniami borderline i nawracającymi depresyjnymi charakteryzują się podobnym nasileniem w 14 z 18 schematów. Osoby z zaburzeniami osobowości typu borderline charakteryzują się kilkoma schematami, których nasilenie było większe niż wśród pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, charakteryzują się również gorszym funkcjonowaniem emocjonalnym i większym nasileniem psychologicznego stresu [27]. Podczas gdy pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi odznaczali się większym nasileniem schematu samopoświęcenia w porównaniu z pacjentami z BPD [27].

Tendencje suicydalne

Wyniki badań wskazują, że tendencje suicydalne są związane z czynnikami psychologicznymi w postaci specyficznej gotowości poznawczej, a zatem również możemy poszukiwać tu wpływu nieadaptacyjnych schematów. Osoby z zaburzeniami depresyjnymi, obciążone próbą samobójczą w przeszłości, charakteryzują się wyższymi wynikami w zakresie wszystkich nieadaptacyjnych schematów poznawczych w porównaniu z osobami dotkniętymi zaburzeniami depresyjnymi lecz bez historii samobójczej [28, 29]. W jednych z badań udało się wyróżnić konkretne schematy, które współwystępują z tendencjami i próbami suicydalnymi. Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi i historią samobójczą w przeszłości charakteryzowali się wyższymi wynikami na wymiarach: rozłączenie/odrzucenie, osłabiona autonomia, nadmierna czujność i zahamowanie [21]. Można to tłumaczyć faktem, że zachowania samobójcze są ściśle związane z poczuciem osamotnienia, odmienności od grupy, małego poczucia integralności i przynależności do grupy [30].

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Osoby cierpiące na zaburzenia afektywne dwubiegunowe w porównaniu z osobami z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (w obu przypadkach badania przeprowadzono w stanie remisji objawów choroby) odznaczają się wyższym natężeniem wszystkich schematów, natomiast dla 7 schematów różnice te były istotne statystycznie: porzucenie, porażka, niedostateczna samokontrola, podporządkowanie się, nadmierne wymagania, uwikłanie emocjonalne [31]. Wyniki badań wskazują, że w porównaniu z osobami chorującymi na zaburzenia depresyjne nawracające, te z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, doświadczały w dzieciństwie większej liczby traumatycznych doświadczeń. Pozostaje to spójne z koncepcją powstawania wczesnych nieadaptacyjnych schematów poznawczych, zgodnie z którą powstają one w wyniku interakcji czynników genetycznych oraz trudnych, często traumatycznych doświadczeń w dzie-

ciństwie [31]. Ponadto wyniki badań wskazują, że osoby z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi charakteryzują się większym nasileniem nieprawidłowości w zakresie cech osobowości w porównaniu z osobami z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi [32].

Należy również dodać, że zgodnie z teorią Younga, schematy ulegają ciągłemu rozwojowi na przestrzeni dorosłego życia, zatem występowanie zaburzeń nastroju może wpływać na ich kształt [33]. W porównaniu z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi zaburzenia afektywne dwubiegunowe charakteryzują się częstszym występowaniem epizodów depresji częstszym współwystępowaniem zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości [34] oraz wcześniejszym wiekiem zachorowania [35]. W związku z powyższym większe nasilenie problemów psychicznych może być związane z większym natężeniem nieadaptacyjnych schematów poznawczych u pacjentów w zaburzeniach afektywnymi dwubiegunowymi.

Osoby z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi w porównaniu z tymi z zaburzeniami depresyjnymi odznaczały się wyższymi wynikami w schematach poszukiwanie akceptacji i uznania oraz roszczeniowość/wielkościowość [36]. Wiąże się one z poczuciem wielkości, wysokiej społecznej pozycji oraz wspaniałości, które to są charakterystyczne dla stanów maniакаlnych [37]. Poszukiwanie akceptacji i uznania może być również związane z charakterystyczną dla osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi orientacją na aktywności związane z dążeniem do celu [38].

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Wykazano, że schematy: wadliwość/wstyd, izolacja społeczna, porażka, są charakterystyczne dla zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD, *obsessive-compulsive disorder*) [39]. Schemat wadliwość/wstyd oznacza, że jednostka czuje się gorsza, zła, niechciana, może doświadczać nadwrażliwości na krytykę i odrzucenie oraz poczucia wstydu z powodu swoich postrzeganych subiektywnie wad i błędów. Wyniki badań wskazują, że w dzieciństwie osoby z OCD doświadczały częstszego odrzucenia i mniej emocjonalnego ciepła ze strony swoich rodziców, co mogło się przyczynić do rozwoju schematu wadliwości [40]. Ponadto osoby z tym schematem unikają kontaktów społecznych w obawie, że ich wadliwość może zostać odkryta. Taka tendencja może prowadzić do upośledzenia relacji społecznych oraz do ich deprivacji w życiu jednostki, co może się wiązać ze schematem społecznej izolacji [39]. Jednocześnie osoby ze schematem społecznej izolacji mogą charakteryzować się wyższą samoświadomością i tendencją do koncentrowania się na wewnętrznych przeżyciach. Może się to stać podstawą do rozwoju myśli natrętnych charakte-

rystycznych dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Pacjenci z OCD często odczuwają wstyd i chęć ukrywania swoich natrętnych myśli i rytuałów, co jednocześnie może wtórnie nasilać wskazane powyżej nieadaptacyjne schematy [39].

Charakterystyczny dla osób z OCD jest również schemat Porażki, który wiąże się z przekonaniem o byciu gorszym od rówieśników w różnych obszarach życia. Osoby, które radzą sobie z tym schematem poprzez nadkompensację, mogą charakteryzować się wysokim poziomem perfekcjonizmu, który jest charakterystyczny właśnie dla osób z OCD. Ponadto zauważyć należy, że czynności kompulsyjne występujące w OCD zazwyczaj zajmują choremu bardzo dużo czasu ograniczając tym samym ilość czasu poświęcanego na rozwijanie swoich umiejętności szkolnych, relacji interpersonalnych, czy pasji. Może to prowadzić do ograniczenia osiągnięć w różnych obszarach życia i rzeczywistej zwiększonej liczby porażek [39]. Wyniki badań wskazują, że OCD działa destrukcyjnie na osiągnięcia akademickie chorujących [41].

Fobia społeczna

Wyniki badań wskazują, że osoby z zaburzeniami w postaci lęku społecznego są grupą charakteryzującą się bardzo częstym współwystępowaniem zaburzeń z osi II, szczególnie osobowości unikającej. Osoby, u których współwystępują zaburzenia osobowości z lękiem społecznym, odznaczają się większym nasileniem objawów fobii społecznej [42]. W zakresie nieadaptacyjnych schematów poznawczych, pacjenci doświadczający fobii społecznej charakteryzują się wyższym natężeniem wszystkich schematów w porównaniu z tymi z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi czy zaburzeniami lękowymi z atakami paniki. Schematami charakterystycznymi dla fobii społecznej okazały się: emocjonalna deprivacja, porażka, wadliwość/wstyd, nieufność/skrzywdzenie, zależność/niekompetencja, uwikłanie emocjonalne/nie w pełni rozwinięte Ja, izolacja społeczna/wyobcowanie. Schematy te są komplementarne z podstawowymi nieadaptacyjnymi przekonaniem charakteryzującymi osoby z lękiem społecznym. W większości odnoszą się do zniekształconego obrazu Ja i wiążą się z postrzeganiem swojej osoby jako wadliwej, gorszej, niepożądanego społecznie, niesamodzielnej, nieskutecznej i wyobcowanej. Schemat emocjonalnej deprivacji może się ponadto wiązać z przekonaniem, że własne emocjonalne potrzeby nie zostaną zaspokojone w relacji z innymi ludźmi. Przekonania związane z tymi schematami mogą prowadzić do społecznej alienacji, unikania kontaktów z innymi ludźmi i pogłębiania się lęku społecznego zatem mogą stanowić nie tylko czynnik ryzyka choroby, ale również podtrzymujący ją [43].

Uzależnienia

Wysoki wynik ogólny natężenia nieadaptacyjnych schematów wiąże się z większym ryzykiem uzależnień od substancji psychoaktywnych [44]. Wynik to z faktu, że zażywanie środków psychoaktywnych może być dla osób uzależnionych sposobem radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi wynikającymi z nieadaptacyjnych schematów. Ponadto osoby z mniejszym natężeniem nieadaptacyjnych schematów poznawczych mogą doświadczać więcej pozytywnych emocji, a doświadczając problemów wykazują się skuteczniejszymi sposobami radzenia sobie z nimi. Dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych schematem charakterystycznym jest schemat nadmiernej czujności/zahamowania emocjonalnego, który jest związany z tendencją do powstrzymywania afektywnych reakcji i tłumieniem emocji. Osoby z tym schematem starają się zachowywać zgodnie ze zinternalizowanymi, sztywnymi własnymi zasadami, nawet za cenę pozbawienia się radości, relacji, wewnętrznego spokoju, czy doświadczania negatywnych skutków zdrowotnych. W związku z powyższym osoby uzależnione od środków psychoaktywnych, u których rozwinięty jest ten właśnie schemat, stosowanie środków może być sposobem radzenia sobie z negatywnymi skutkami wynikającymi z tłumienia emocji i potrzeb [44].

Podsumowanie

Wyniki badań potwierdzają pierwotne założenia Younga, mówiące o tym, że nieadaptacyjne schematy wiążą się z rozwojem licznych zaburzeń psychicznych: depresji, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, fobii społecznej, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, uzależnień. Istnieją również dane o związku między nieadaptacyjnymi schematami Younga a innymi zaburzeniami, które nie zostały omówione w niniejszej pracy, takimi jak na przykład: zaburzenia lękowe uogólnione [45], zaburzenia

lękowe z napadami paniki [46], zaburzenia odżywiania [47, 48] czy zaburzenia hiperkinetyczne [49].

W związku z tym, że nurt terapii schematu i sama koncepcja Younga pozostają wciąż stosunkowo młode, a ich popularność dopiero się rozwija, to literatura przedmiotu obejmująca poruszane w pracy zagadnienie jest dość uboga. Najwięcej dostępnych w literaturze badań dotyczy współwystępowania nieadaptacyjnych schematów z zaburzeniami depresyjnymi. Wyniki w zakresie wyodrębnienia konkretnych schematów charakterystycznych dla zaburzenia nie zawsze są ze sobą spójne, jednak w każdym przypadku potwierdzają, że osoby z klinicznym rozpoznaniem nie tylko depresji, ale również innych omawianych zaburzeń charakteryzowały się wyższym ogólnym wskaźnikiem nasilenia nieadaptacyjnych schematów, w porównaniu z tymi z ujemnym wywiadem w kierunku zaburzeń psychicznych. Wyniki przytoczonych w niniejszej pracy badań potwierdzają założenia Younga, że wczesne nieadaptacyjne schematy stanowią czynnik związany z rozwojem zaburzeń zarówno z osi I jak i niektórych zaburzeń z osi II. Wyniki wskazują, że najbardziej nasilone schematy w poszczególnych zaburzeniach odpowiadają wyłonionym w klasycznej terapii poznawczej podstawowym zniekształconym przekonaniom oraz myślom automatycznym charakterystycznym dla tych właśnie zaburzeń co stanowi kolejne potwierdzenie słuszności tej teorii. W związku z obiecującą skutecznością terapii schematu w pracy z zaburzeniami psychicznymi, zasadne wydaje się poszukiwanie konkretnych profili schematów charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń psychicznych w celu budowania ścieżek terapeutycznych i profilaktycznych. W związku z dość istotnym brakiem spójności pomiędzy uzyskiwanymi do tej pory danymi wskazane jest kontynuowanie badań i rozwijanie dotychczas osiągniętych danych.

Streszczenie

Nieadaptacyjne schematy poznawcze są szkodliwymi dla jednostki wzorami emocjonalnymi i poznawczymi, które swoje korzenie mają we wczesnym dzieciństwie i są rozwijane oraz powielane w ciągu późniejszego życia. Zgodnie z koncepcją Younga — twórcy teorii schematów, obecność zniekształconych przekonań i określonych schematów poznawczych może się stać podłożem dla zaburzeń osobowości oraz chronicznych zaburzeń psychicznych. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wniosków z analizy literatury przedmiotu w zakresie związku nieadaptacyjnych schematów poznawczych z wybranymi zaburzeniami psychicznymi: zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, uzależnieniami, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz fobią społeczną.

Psychiatria 2019; 16, 2: 82–90

Słowa kluczowe: *schematy poznawcze, teoria Younga, zaburzenia psychiczne*

Piśmiennictwo

1. Beck JS. Terapia poznawczo behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012: 2–4.
2. Beck A. Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1964; 10(6): 561, doi: [10.1001/archpsyc.1964.01720240015003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003).
3. Young J, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In: Barlow D, Weinberger AD, Beck AT. ed. *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford Press, New York 2001: 264–308.
4. Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration*. New York Basic Books, New York 2016: 54–55.
5. Mącik D. Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej — badania wstępne, *Psychiatria i Psychoterapia*. 2016; 12(1): 3–24.
6. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, et al. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*. 2012; 136(3): 581–590, doi: [10.1016/j.jad.2011.10.027](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027), indexed in Pubmed: [22119093](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22119093/).
7. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schematów*. Przewodnik Praktyka. GWP, Kraków 2013: 26–51.
8. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire. *Cognitive Therapy Center of New York, New York* 1990: 1–5.
9. LeDoux J. Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego. *Media i Rodzina*, Poznań 2000: 56.
10. Zajonc RB. On the primacy of affect. *American Psychologist*. 1984; 39(2): 117–123, doi: [10.1037/0003-066x.39.2.117](https://doi.org/10.1037/0003-066x.39.2.117).
11. Rive MM, van Rooijen G, Veltman DJ, et al. Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder. A systematic review of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37(10 Pt 2): 2529–2553, doi: [10.1016/j.neubiorev.2013.07.018](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.07.018), indexed in Pubmed: [23928089](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23928089/).
12. Galecki P, Talarowska M. Neurodevelopmental theory of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018; 80(Pt C): 267–272, doi: [10.1016/j.pnpbp.2017.05.023](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.023), indexed in Pubmed: [28571776](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571776/).
13. Fava M, Alpert JE, Borus JS, et al. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(10): 1308–1312, doi: [10.1176/ajp.153.10.1308](https://doi.org/10.1176/ajp.153.10.1308), indexed in Pubmed: [8831439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8831439/).
14. Ak M, Lapsekili N, Haciomeroglu B, et al. Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychol Psychother*. 2012; 85(3): 260–267, doi: [10.1111/j.2044-8341.2011.02037.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02037.x), indexed in Pubmed: [22903917](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22903917/).
15. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34(4): 368–379.
16. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother*. 2009; 16(5): 394–407, doi: [10.1002/cpp.618](https://doi.org/10.1002/cpp.618), indexed in Pubmed: [19479673](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19479673/).
17. Harris A, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2002; 26(3): 405–416.
18. Barnett PA, Gotlib IH. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychol Bull*. 1988; 104(1): 97–126, indexed in Pubmed: [3043529](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3043529/).
19. Shah R, Waller G. Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188(1): 19–25, indexed in Pubmed: [10665456](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10665456/).
20. Stopa L, Waters A. The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychol Psychother*. 2005; 78(Pt 1): 45–57, doi: [10.1348/147608304X21383](https://doi.org/10.1348/147608304X21383), indexed in Pubmed: [15826405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15826405/).
21. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, et al. 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. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 77: 71–79, doi: [10.1016/j.comppsy.2017.05.008](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.008).
22. Glaser BA, Campbell LF, Calhoun GB. The early maladaptive schema questionnaire-short form: a construct validity study. *Measurement Eval Couns Dev*. 2002; 35(1): 2–13.
23. Cámara M, Calvete E. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2011; 34(1): 58–68, doi: [10.1007/s10862-011-9261-6](https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6).
24. Riso L, Froman S, Raouf M, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30(4): 515–529, doi: [10.1007/s10608-006-9015-z](https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z).
25. Riso LP, Newman CF. Cognitive therapy for chronic depression. *J Clin Psychol*. 2003; 59(8): 817–831, doi: [10.1002/jclp.10175](https://doi.org/10.1002/jclp.10175), indexed in Pubmed: [12858424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12858424/).
26. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(4): 533–545, indexed in Pubmed: [18426259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18426259/).
27. Flink N, Honkalampi K, Lehto SM, et al. Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clin Psychol Psychother*. 2018 [Epub ahead of print], doi: [10.1002/cpp.2188](https://doi.org/10.1002/cpp.2188), indexed in Pubmed: [29542265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29542265/).
28. Joiner TE, Hom MA, Hagan CR, et al. Suicide as a derangement of the self-sacrificial aspect of eusociality. *Psychol Rev*. 2016; 123(3): 235–254, doi: [10.1037/rev0000020](https://doi.org/10.1037/rev0000020), indexed in Pubmed: [26524155](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26524155/).
29. Catanzaro Dde. Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology and Sociobiology*. 1995; 16(5): 385–394, doi: [10.1016/0162-3095\(95\)00055-0](https://doi.org/10.1016/0162-3095(95)00055-0).
30. Nilsson KK, Nielsen Straarup K, Halvorsen M. Early maladaptive schemas: a comparison between bipolar disorder and major depressive disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2015; 22(5): 387–391, doi: [10.1002/cpp.1896](https://doi.org/10.1002/cpp.1896), indexed in Pubmed: [24644129](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24644129/).
31. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000; 2(2): 131–135, indexed in Pubmed: [11252652](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11252652/).
32. Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, et al. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord*. 2005; 85(1-2): 207–215, doi: [10.1016/j.jad.2003.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.11.012), indexed in Pubmed: [15780691](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15780691/).
33. Forty L, Smith D, Jones L, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(5): 388–389, doi: [10.1192/bjp.bp.107.045294](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045294), indexed in Pubmed: [18450667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18450667/).
34. Moreno C, Hasin DS, Arango C, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. 2012; 14(3): 271–282, doi: [10.1111/j.1399-5618.2012.01009.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01009.x), indexed in Pubmed: [22548900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22548900/).
35. Tondo L, Lepri B, Cruz N, et al. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 121(6): 446–452, doi: [10.1111/j.1600-0447.2009.01523.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01523.x), indexed in Pubmed: [20040069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20040069/).
36. Hawke LD, Provencher MD. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012; 136(3): 803–811, doi: [10.1016/j.jad.2011.09.036](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.036), indexed in Pubmed: [22030132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030132/).
37. Gilbert P, McEwan K, Hay J, et al. Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2007; 14(1): 48–53, doi: [10.1002/cpp.508](https://doi.org/10.1002/cpp.508).
38. Nusslock R, Abramson LY, Harmon-Jones E, et al. A goal-striving life event and the onset of hypomanic and depressive episodes and symptoms: perspective from the behavioral approach system (BAS) dysregulation theory. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116(1): 105–115, doi: [10.1037/0021-843X.116.1.105](https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.105), indexed in Pubmed: [17324021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324021/).
39. Kim JiE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2014; 215(1): 134–140, doi: [10.1016/j.psychres.2013.07.036](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036), indexed in Pubmed: [23962740](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23962740/).
40. Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, et al. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res*. 2004; 127(3): 267–278, doi: [10.1016/j.psychres.2001.12.002](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.002), indexed in Pubmed: [15296826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15296826/).
41. Adams G, Waas G, March J, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: The role of the school psychologist in identification, assessment, and treatment. *School Psychology Quarterly*. 1994; 9(4): 274–294, doi: [10.1037/h0088290](https://doi.org/10.1037/h0088290).
42. Marteinsdottir I, Furmark T, Tillfors M, et al. Personality traits in social phobia. *Eur Psychiatry*. 2001; 16(3): 143–150, indexed in Pubmed: [11353591](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11353591/).
43. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, et al. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30(5): 571–584, doi: [10.1007/s10608-006-9027-8](https://doi.org/10.1007/s10608-006-9027-8).

44. Khosravani V, Alvani A, Seidisarouei M. The relation of early maladaptive schemas and behavioral inhibition/approach systems to defense styles in abusers of synthetic drug: a cross-sectional study. *Journal of Substance Use*. 2016; 21(6): 652–661, doi: [10.3109/14659891.2015.1130184](https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1130184).
45. Delattre V, Servant D, Rusinek S, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale*. 2004; 30(3): 255–258, indexed in Pubmed: [15235523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15235523/).
46. Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 230(3): 757–762, doi: [10.1016/j.psychres.2015.11.015](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015), indexed in Pubmed: [26599390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26599390/).
47. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(2): 199–204, doi: [10.1016/j.comppsy.2006.09.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.09.002), indexed in Pubmed: [17292712](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17292712/).
48. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognit Ther Res*. 2001; 25(2): 137–147.
49. Philipsen A, Lam AP, Breit S, et al. Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017; 9(2): 101–111, doi: [10.1007/s12402-016-0211-8](https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8), indexed in Pubmed: [28012033](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28012033/).