

Dorota Mącik

**SYMPTOMY ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO
A WCZESNE NIEADAPTACYJNE SCHEMATY
— OCENA ZALEŻNOŚCI**

**SYMPTOMS OF MENTAL HEALTH DISORDERS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS
— ASSESSMENT OF DEPENDENCIES**

Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

**early maladaptive schemas
mental health
symptoms of health disorder**

W artykule przedstawione są wyniki badań osób prezentujących różnorodne objawy zaburzeń psychicznych korzystających z wielu form psychoterapii i wsparcia psychologicznego. Celem badań była weryfikacja istnienia związków przyczynowych pomiędzy wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami a symptomami zaburzeń psychicznych. W badaniach użyto skróconej wersji kwestionariusza Younga YSQ-S3 oraz Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Goldberga.

Summary

Objectives: The therapy practice shows that some patients report various symptoms that do not constitute any syndrome corresponding to particular disorders. In these recounts often there is no information about the events or diseases that may explain the existence of symptoms. The aim of the study was to assess whether and to what degree the early maladaptive schemas are related to experiencing symptoms of mental health problems and if they can explain them.

Methods: 476 people from the non-clinical group were the study subjects. Persons having any serious somatic illnesses or under psychological support were excluded from further analysis. Two questionnaires were used: Young's YSQ-S3 (short version) for early maladaptive schemas, and the Goldberg's General State of Health Questionnaire GHQ-28 for the symptoms of health's disorders.

Results: A number of significant correlations of average strength were found. Symptoms of depression and anxiety were related with schemas from Disconnection and Impaired autonomy domains. For other health's dimensions correlations with schemas were also significant, but with a weaker strength. The regression analysis indicated that schemas explain from 5% (for functioning disorders) up to 18% (depression) of the disorders symptoms' variability. Concurrently, for different groups of symptoms, there are different maladaptive schemas significant in regression models.

Conclusions: Early maladaptive schemas seem to be important in explaining health disorders. In some situations when symptoms persist despite implemented treatment strategies, or when there are no clearly visible the possible causes of the symptoms, working on the schemas is worth to considering.

Wstęp

Raport CBOS z 2012 roku (Zdrowie Psychiczne Polaków) podaje, że 34% ankietowanych odczuwa rozdrażnienie, 19% bezradność, 11% ma nastroje depresyjne [1]. Nowsze badanie epidemiologiczne przeprowadzone na dużej reprezentatywnej grupie Polaków w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM dla powszechnych zaburzeń psychicznych wskazało, że ponad 10% badanych nadużywa alkoholu, około 4% miało rozpoznaną depresję, dystymię około 0,6%, zaburzenia lękowe (łącznie) — 13%. Autorzy zwracają ponadto uwagę, że osoby odmawiające udziału w badaniu często są bardziej dotknięte zaburzeniami niż osoby, które w badaniach uczestniczą, a ponieważ zrealizowane wywiady to około połowa ze wszystkich rozpoczętych, można domniemywać, iż faktyczne rozpowszechnienie zaburzeń jest większe [2]. Jeśli dodamy do tego również stany subkliniczne, które są dla pacjentów dyskomfortowe, ale nie motywują ich do podjęcia leczenia, liczba osób dotkniętych trudnościami psychicznymi będzie większa.

Praktyka psychoterapeutyczna wskazuje, że do terapii zgłaszają się również osoby relacjonujące pewne specyficzne objawy, które jednak nie spełniają kryteriów diagnostycznych żadnego zaburzenia. Często są również przypadki, że po terapii u pacjenta pozostają objawy, które utrzymują się niezależnie od rodzaju podjętego leczenia [3] lub ustępują, lecz szybko nawracają.

Jedno z wyjaśnień tego problemu zaproponował Jeffrey Young. Według niego utrzymujące się długotrwale objawy są efektem nieefektywnych strategii radzenia sobie z negatywną wiedzą na własny temat, którą określił jako wczesne nieadaptacyjne schematy (early maladaptive schemas, EMS). Powstają one w okresie dzieciństwa i dorastania jako reakcja na niesprzyjające warunki środowiska wychowawczego, powodującego depryzację podstawowych potrzeb rozwijającego się dziecka. W oparciu o docierające do niego komunikaty tworzy ono wiedzę na własny temat (np. nie można mnie kochać, muszę zasłużyć na uwagę, jestem gorszy od innych). Wiedza ta jest powiązana z negatywnymi emocjami, dziecko tworzy więc strategie, aby nie musieć konfrontować się z nią (np. stara się być lepsze, podejmuje kolejne wysiłki, robi wiele, żeby przypodobać się innym, rezygnuje ze swojego zdania). Strategie takie są w pewnym stopniu przystosowawcze w dzieciństwie poprzez zapewnienie spokoju emocjonalnego. W miarę dorastania stają się one jednak coraz bardziej dysfunkcyjne i prowadzą do wzrostu napięcia, które przejawia się na różne sposoby [4]. Im siła tych przekonań jest większa, tym większy wysiłek musi być wkładany, aby zaprzeczyć przekonaniu i nie dopuścić do pojawienia się emocji, co powoduje większe zmęczenie i napięcie. Prowadzić to może do pojawienia się trudności w funkcjonowaniu psychosomatycznym, które wraz z narastaniem siły bądź czasu trwania napięcia może rozwinąć się w pojedyncze objawy, zespoły objawowe lub w pełnoobjawowe zaburzenie [3, 5, 6].

Osoby takie często skarżą się wtedy np. na poczucie zmęczenia, które nie ma żadnego istotnego powodu [7, 8]. Badania potwierdzają istotny związek EMS z poczuciem

zmęczenia, zarówno w jego wymiarach psychicznych, takich jak poczucie przeciążenia, zniechęcenie czy niepokój, jak i fizycznych, związanych z osłabieniem witalności czy też pojawieniem się symptomów fizjologicznych [9]. Jeśli więc obserwuje się takie zależności, należy oczekiwać również podobnych — związanych z oceną symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego. Jak donoszą badania, większość osób poszukiwanie pomocy w zaburzeniach psychicznych rozpoczyna od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przez których jednakże objawy niespecyficzne niejednokrotnie mogą być pomijane [10]. Część objawów o charakterze napięciowym może zaś być nieefektywnie leczona przez różnego rodzaju specjalistów.

Celem ogólnym prezentowanych w niniejszym artykule badań była z jednej strony weryfikacja teorii Younga [3, 11], z drugiej zaś praktyczne sprawdzenie, czy i w jakim stopniu schematy wiążą się z niespecyficznymi objawami zaburzeń zdrowia psychicznego. Istnienie takich zależności w grupie nieklinicznej uzasadniłoby potrzebę szerszej edukacji w zakresie zdrowia psychicznego i możliwości leczenia jego zaburzeń. Jeśli bowiem część objawów zależna jest od własnych przekonań dotyczących siebie i swojej roli w świecie — dopóki przekonania te nie zostaną zmienione, każda inna interwencja będzie de facto wzmocnieniem nieefektywnych strategii radzenia sobie, a tym samym dalszym umacnianiem schematów. Ponadto wiązać się to może ze wzrostem prawdopodobieństwa dalszego rozwoju zaburzenia. Liczne badania potwierdzają związki schematów z zaburzeniami [5, 12–14], w tym również badania polskie [6, 9, 15, 16]. Celem szczegółowym badań autorki niniejszej pracy była więc weryfikacja istnienia związków przyczynowych pomiędzy schematami a symptomami zaburzeń zdrowia psychicznego. Oczekiwano, że:

1. Schematy będą pozytywnie korelowały z wymiarami stanu zdrowia psychicznego, mierzonego GHQ-28, przy czym najsilniejsze korelacje będą dotyczyły objawów depresyjnych.
2. Specyficzne grupy symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego będą wyjaśniane przez inne grupy schematów, leżące u ich podstaw.

Material i metoda

W celu weryfikacji powyższych założeń przeanalizowano 476 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy. Grupę badaną stanowiły 252 kobiety (53%) i 224 mężczyzn (47%). Badani byli w wieku 18–77 lat, średnia wieku 33,98, zaś odchylenie standardowe to 13,70 roku. 31% badanych mieszka na wsi, 40% w małym bądź średnim mieście i 29% w dużym mieście. Najwięcej badanych pozostaje w związku formalnym lub nieformalnym (odpowiednio: 39,4% i 27,0%), 3,1% jest po rozwodzie, 1,3% podaje, że jest wdowcem/wdową, 28,7% to osoby stanu wolnego. Sytuację materialną jako przeciętną określiło 43,2% badanych, jako raczej złą — 46,8%, bardzo złą — 6,3%; a 3,5% określiło swoją sytuację jako dobrą lub bardzo dobrą.

Do grupy włączono osoby zdrowe, niechorujące na żadną poważną chorobę somatyczną, i bez takiej choroby w rodzinie. Wskazaniem do wykluczenia było jakiegokolwiek zaburzenie psychiczne (w przeszłości lub w chwili naboru) czy korzystanie (w przeszłości lub w chwili naboru) z jakiegokolwiek formy psychoterapii. Wszyscy badani wyrazili świadomą i pisemną zgodę na uczestnictwo w badaniach i zostali poinformowani o przysługujących im prawach. Cały projekt uzyskał zgodę właściwej Komisji Etyki Badań Naukowych.

Badani wypełnili arkusz danych osobowych oraz dwa kwestionariusze:

1. Kwestionariusz Wczesnych Nieadaptacyjnych Schematów Younga w wersji skróconej YSQ-S3 [3]. Kwestionariusz składa się z 90 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na skali 6-punktowej (1 — „zupełnie nieprawdziwe o mnie”, 6 — „doskonale mnie opisuje”). Mierzy 18 schematów pogrupowanych w 5 obszarów (domen), zgodnie z założeniami Younga:
 - Odrzucenie i odłączenie, 5 schematów: Opuszczenie, Nieufność, Deprywacja emocjonalna, Wadliwość, Izolacja społeczna,
 - Niewystarczająca autonomia i osiągnięcia, 4 schematy: Zależność, Podatność na zranienie, Uwikłanie emocjonalne, Porażka,
 - Osłabione granice, 2 schematy: Roszczenia, Niewystarczająca samokontrola,
 - Nakierowanie na innych, 3 schematy: Podporządkowanie, Samoświęcenie, Poszukiwanie akceptacji,
 - Nadmierna czujność i zahamowanie, 4 schematy: Negatywizm, Zahamowanie emocjonalne, Nadmierne wymagania, Bezwzględna surowość.

Teoretyczny zakres wyników dla wymiarów to 5–30 pkt; wyniki powyżej 15 pkt interpretowane są jako klinicznie istotne. Aktualnie w opracowaniu jest polska adaptacja kwestionariusza. Adaptacje dla innych kręgów kulturowych potwierdzają jego założenia teoretyczne, chociaż nie zawsze udawało się potwierdzić jego strukturę czynnikową [17–20].

1. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Davida Goldberga, w adaptacji Zofii Makowskiej i Doroty Merecz, który służy do oceny stanu zdrowia psychicznego dorosłych, pozwala na przesiewowe wyłanianie osób obarczonych ryzykiem zaburzeń zdrowia psychicznego. Kwestionariusz składa się z 28 pytań, mierzących 4 obszary symptomów: zaburzeń somatycznych (A), niepokoju (B), zaburzeń funkcjonowania (C) oraz depresji (D). Teoretyczne wyniki dla skal zawierają się w zakresie 7–28 pkt, im wyższy wynik, tym większe nasilenie doświadczanych trudności [21–23].

Uzyskane wyniki opracowano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS wersja 22. Współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha uzyskane w prezentowanym badaniu przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla schematów (EMS) i wymiarów zdrowia psychicznego (GHQ)

EMS / GHQ	M	SD	Min	Max	alfa
Opuszczenie	13,97	5,67	5	30	0,775
Nieufność	12,51	5,18	5	30	0,772
Deprywacja emocjonalna	10,31	5,09	5	28	0,788
Wadliwość	9,10	4,54	5	30	0,784
Izolacja społeczna	11,48	5,17	5	29	0,779
Zależność	9,98	4,34	5	29	0,742

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Podatność na zranienie	11,04	4,89	5	29	0,747
Uwikłanie emocjonalne	9,77	4,49	5	30	0,722
Porażka	10,79	4,78	5	30	0,804
Roszczenia	15,52	4,62	5	30	0,525
Niewystarczająca samokontrola	14,17	4,15	5	30	0,689
Podporządkowanie	10,86	4,53	5	28	0,712
Samopoświęcenie	16,30	4,65	5	30	0,663
Poszukiwanie akceptacji	12,29	5,01	5	28	0,763
Negatywizm	13,75	5,37	5	30	0,756
Zahamowanie emocjonalne	13,47	4,81	5	27	0,743
Nadmierne wymagania	15,64	5,42	5	30	0,565
Bezwzględna surowość	13,43	4,64	5	30	0,697
GHQ — somatyczne	13,35	3,72	7	27	0,788
GHQ — niepokój	13,06	4,50	7	28	0,882
GHQ — zaburzenia funkcjonowania	13,95	2,60	7	23	0,776
GHQ — depresja	9,16	3,49	7	28	0,885

Dla kwestionariusza GHQ wszystkie wymiary mają zadowalającą rzetelność; w przypadku schematów dla dwóch (Nadmierne wymagania i Roszczenia) współczynnik ten jest wyraźnie niższy, dlatego ich interpretacja musi być bardziej ostrożna, dla kolejnych trzech (Samopoświęcenie, Niewystarczająca samokontrola oraz Bezwzględna surowość) wartości znajdują się niewiele poniżej oczekiwanej wartości 0,7, co pozwala na ich interpretację w kontekście statystycznym. W tabeli 1 zawarto również średnie, odchylenia standardowe oraz wyniki minimum i maksimum dla każdej ze skal.

Wyniki

W pierwszym etapie policzono współczynniki korelacji pomiędzy wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami a wymiarami zdrowia psychicznego. Ze względu na niespełnienie założeń o normalności rozkładu, zastosowano nieparametryczną korelację rho-Spearmana. Uzyskane współczynniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji rho-Spearmana dla schematów i wymiarów GHQ

EMS	GHQ-28			
	A	B	C	D
Opuszczenie	0,269"	0,344"	0,188"	0,389"
Nieufność	0,236"	0,259"	0,132"	0,381"
Deprywacja emocjonalna	0,186"	0,203"	0,098'	0,379"

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wadliwość	0,180**	0,248**	0,137**	0,423**
Izolacja społeczna	0,211**	0,218**	0,167**	0,386**
Zależność	0,275**	0,314**	0,187**	0,413**
Podatność na zranienie	0,330**	0,357**	0,183**	0,433**
Uwikłanie emocjonalne	0,165**	0,226**	0,063	0,317**
Porażka	0,278**	0,290**	0,202**	0,385**
Roszczenia	0,134**	0,203**	0,102'	0,189**
Niewystarczająca samokontrola	0,066	0,100'	-0,004	0,186**
Podporządkowanie	0,265**	0,339**	0,169**	0,410**
Samopoświęcenie	0,193**	0,188**	0,059	0,126**
Poszukiwanie akceptacji	0,163**	0,199**	0,138**	0,294**
Negatywizm	0,334**	0,353**	0,196**	0,407**
Zahamowanie emocjonalne	0,204**	0,247**	0,155**	0,296**
Nadmierne wymagania	0,080	0,100'	0,027	0,194**
Bezwzględna surowość	0,187**	0,231**	0,099'	0,269**

Uwaga: * — korelacja istotna na poziomie $p < 0,05$; ** — korelacja istotna na poziomie $p < 0,01$

Analiza wyników wskazuje, że istnieją istotne korelacje pomiędzy większością schematów a wymiarami zdrowia psychicznego. Warto zwrócić uwagę, że przyjmują one wartości od słabych do przeciętnych. Najwyższe współczynniki obserwuje się dla związków schematów z obszarów odłączenia i niewystarczającej autonomii z wymiarem objawów depresyjnych w GHQ. Również w przypadku czynnika niepokoju wartości korelacji są nieco wyższe. W przypadku objawów somatycznych korelacje są słabsze, zaś czynnik zaburzeń funkcjonowania wiąże się ze schematami najsłabiej. Przedstawione współczynniki korelacji są w większości istotne na poziomie $p < 0,01$, jednakże ich wielkość wskazuje na związki słabe do przeciętnych. Wydaje się to jednak adekwatne ze względu na badanie grupy nieklinicznej, w której ani schematy, ani objawy psychosomatyczne nie osiągają nasilenia klinicznego. Jednakże istnienie oraz kierunek zależności wskazują na zbieżność z założeniami teorii. Tym samym pozytywnie weryfikują hipotezę 1: Schematy będą pozytywnie korelowały z wymiarami stanu zdrowia psychicznego, mierzonego GHQ-28, przy czym najsilniejsze korelacje będą dotyczyły objawów depresyjnych.

W następnym etapie analiz postanowiono sprawdzić, czy, a jeżeli tak, to które schematy wyjaśniają poszczególne grupy objawów mierzone GHQ. Możliwe jest, że w przypadku osób zdrowych te same schematy będą odpowiadały za generalnie słabsze przystosowanie, założono jednak, że w przypadku różnych grup objawów schematy powinny odgrywać różne role ze względu na związane z nimi przekonania. W celu eksploracji tych zależności zastosowano analizę regresji krokowej metodą eliminacji wstecznej. Uzyskane wyniki — statystyki modeli oraz ich współczynniki przedstawiono w kolejnych tabelach 3, 4, 5, 6.

Tabela 3. Statystyki modelu wyjaśniającego nasilenie symptomów somatycznych

Statystyki modelu dla symptomów somatycznych GHQ					
R ²	Skorygowane R ²	F	p	Statystyka Durбина – Watsona	
0,137	0,128	14,839	0,000	1,970	
Współczynniki modelu					
Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	p
	B	Błąd stand.	Beta		
(Stała)	9,322	0,722		12,911	0,000
Podatność na zranienie	0,102	0,051	0,134	1,990	0,047
Samopoświęcenie	0,087	0,037	0,108	2,363	0,019
Zahamowanie emocjonalne	0,082	0,043	0,106	1,923	0,055
Nadmierne wymagania	-0,097	0,037	-0,141	-2,638	0,009
Negatywizm	0,139	0,049	0,200	2,826	0,005

Tabela 4. Statystyki modelu wyjaśniającego nasilenie symptomów niepokoju

Statystyki modelu dla symptomów niepokoju GHQ					
R ²	Skorygowane R ²	F	p	Statystyka Durбина – Watsona	
0,180	0,171	20,557	0,000	1,911	
Współczynniki modelu					
Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	p
	B	Błąd stand.	Beta		
(Stała)	7,667	0,772		9,930	0,000
Opuszczenie	0,164	0,046	0,207	3,575	0,000
Zahamowanie emocjonalne	0,133	0,049	0,142	2,700	0,007
Nadmierne wymagania	-0,158	0,046	-0,190	-3,432	0,001
Negatywizm	0,180	0,049	0,215	3,708	0,000
Roszczenia	0,084	0,047	0,087	1,786	0,075

Tabela 5. Statystyki modelu wyjaśniającego symptomy zaburzeń funkcjonowania

Statystyki modelu dla symptomów zaburzeń funkcjonowania GHQ				
R ²	Skorygowane R ²	F	p	Statystyka Durбина – Watsona
0,061	0,055	10,116	0,000	1,999

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Współczynniki modelu					
Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	p
	B	Błąd stand.	Beta		
(Stała)	12,525	0,407		30,765	0,000
Opuszczenie	0,085	0,025	0,185	3,441	0,001
Zahamowanie emocjonalne	0,090	0,030	0,167	3,036	0,003
Nadmierne wymagania	-0,062	0,027	-0,129	-2,306	0,022

Tabela 6. Statystyki modelu wyjaśniającego symptomy depresji

Statystyki modelu dla symptomów depresji GHQ					
R ²	Skorygowane R ²	F	p	Statystyka Durбина – Watsona	
0,180	0,175	34,371	0,000	1,923	
Współczynniki modelu					
Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	p
	B	Błąd stand.	Beta		
(Stała)	5,240	0,425		12,339	0,000
Opuszczenie	0,068	0,033	0,109	2,040	0,042
Wadliwość	0,145	0,039	0,189	3,696	0,000
Podatność na zranienie	0,150	0,039	0,209	3,839	0,000

Było możliwe oszacowanie modeli dla każdego z wymiarów GHQ. Modele te wyjaśniają niewielki procent wariacji objawów zaburzeń zdrowia: w najmniejszym stopniu dla symptomów zaburzeń funkcjonowania (skorygowane $R^2 = 0,055$), nieco więcej w pozostałych grupach (symptomy somatyczne, niepokój i depresja; R^2 odpowiednio: 0,128; 0,171 oraz 0,175). Tym niemniej, modele są istotne na poziomie $p < 0,001$, zaś wyjaśniające je czynniki na poziomie $p < 0,05$ z wyjątkiem dwu pozostających na poziomie tendencji statystycznej ($p < 0,10$). Zdecydowano się włączyć te czynniki do modelu z uwagi na grupę badaną, przyjmując założenie, że być może w grupach klinicznych byłyby one istotne. Mały procent wyjaśnionej wariacji prawdopodobnie wynika również z pomiaru w grupie nieklinicznej, w której objawy zaburzeń z oczywistych przyczyn nie osiągają dużego nasilenia, zaś relacjonowane trudności są prawdopodobnie związane raczej z sytuacjami życiowymi niż ze schematami. Jednak analiza treściowa współczynników modeli wydaje się spójna z typem problemów w funkcjonowaniu. Część schematów jest niespecyficzna i wydaje się mieć znaczenie dla ogólnego pogarszania funkcjonowania, część jednak jest charakterystyczna dla danych problemów. Można więc uznać, że hipoteza 2: Specyficzne problemy w obszarze zdrowia psychicznego

będą wyjaśniane przez inne grupy schematów, leżące u ich podstaw jest pozytywnie zweryfikowana.

Omówienie wyników

Objawy depresji

Założenia teoretyczne koncepcji Younga, zgodnie z którym próby radzenia sobie z negatywnymi emocjami generowanymi przez schemat stają się przyczyną pogarszania jakości funkcjonowania w aspekcie tak psychicznym, jak i somatycznym, wydają się mieć potwierdzenie w prezentowanych badaniach. W najwyraźniejszy sposób widać to w przypadku korelacji schematów z objawami depresji w GHQ. Wszystkie współczynniki są istotne na poziomie $p < 0,01$. Dla schematów z obszarów odłączenia oraz niewystarczającej autonomii poziom zależności jest przeciętny. Im wyższe są schematy z obszaru odłączenia, z tym większym prawdopodobieństwem osoby takie można opisać jako niebędące w stanie tworzyć satysfakcjonujących więzi z innymi, pozwalających im na zaspokojenie swoich podstawowych potrzeb, zwłaszcza związanych ze stabilnością, miłością i poczuciem przynależności; czują się więc samotne, niechciane i niekochane, co zmniejsza ich pozytywną samoocenę. Z kolei przekonania związane z obszarem osłabionej autonomii opisują osoby bez wiary w siebie i swoje możliwości, bezradne, często z niepokojem i lękiem patrzące w przyszłość, która jawi się jako trudna i nieprzewidywalna. Obie te grupy schematów prowadzą więc do generowania przekonań, które wpisują się częściowo w depresyjną triadę Becka (negatywne przekonania dotyczące siebie, świata i przyszłości). Pozytywna korelacja zakłada, że wraz ze wzrostem nasilenia schematów wzrasta również nasilenie objawów depresyjnych.

Najsilniej z objawami depresji korelują schematy Podatności na zranienie, Wadliwości, Zależności, Podporządkowania i Negatywizmu (por. tabela 2). Podatność na zranienie wiąże się z oczekiwaniem na negatywne wydarzenia, co generuje większe nasilenie lęku. Dotyczyć on może pogorszenia stanu zdrowia (to przekonanie jest silnie skorelowane również z objawami somatycznymi GHQ), stanu psychicznego (również relatywnie silna korelacja z wymiarem niepokoju) czy też generalnego oczekiwania, że wszystko pójdzie źle. W powiązaniu z Negatywizmem, czyli skłonnością do koncentrowania się na negatywnych aspektach życia, oraz Wadliwością i Zależnością (przekonaniami o własnej gorszości, niepełnowartościowości, bezradności i konieczności polegania na innych) tworzy się obraz osoby słabej, bezradnej, pesymistycznie nastawionej do życia. Taki sposób funkcjonowania przypomina osoby w depresji. Może to więc potwierdzać założenie, że wraz ze wzrostem nasilenia tych opisanych schematów będzie wzrastać nasilenie objawów depresyjnych.

Analiza regresji (por. tabela 6) również wskazuje na schematy Wadliwości, Podatności na zranienie oraz Opuszczenia (także jeden z wyższych współczynników korelacji) jako czynniki wyjaśniające objawy depresyjne w tej grupie badanych. Większe nasilenie tylko tych trzech spośród 18 schematów wyjaśnia niemal 18% zróżnicowania w zakresie objawów depresyjnych. Zważywszy, że w grupie nieklinicznej ani schematy, ani objawy zaburzeń nie osiągają dużego nasilenia, wartość ta jest na tyle istotna, że pozwala wnioskować o istotnym wpływie schematów, nawet uwzględniając inne czynniki odpowiadające na pojawianie się objawów depresyjnych, które w tym badaniu nie były kontrolowane.

Symptomy niepokoju

Niepokój to druga pod względem siły związków wyjaśniana grupa objawów. Współczynniki korelacji są tu w większości interpretowane jako słabe i tylko kilka osiąga poziom przeciętnej siły związku (por. tabela 2). Najwyższe wartości związku z niepokojem osiągają schematy Opuszczenia, Zależności, Podatności na zranienie, Podporządkowania i Negatywizmu. Są to więc podobne przekonania, jak w przypadku objawów depresyjnych. Wskazują, że poziom niepokoju zwiększa się, kiedy osoba myśli o sobie w kategoriach negatywnych. Zwłaszcza związany ze schematem Negatywizmu filtr poznawczy, prowadzący do nadmiernej koncentracji na trudnych aspektach przy pomijaniu pozytywnych i optymistycznych, niejako z definicji może prowadzić do wzrostu niepokoju. Pesymistyczne oczekiwanie na to, co może się wydarzyć, wzmacnia czujność i związane z nią zamartwianie się, co znajduje swoje odbicie w trudnościach ze snem, napięciem i uczuciem przytłoczenia. Pozostałe wspomniane schematy związane z przekonaniem o niemożności liczenia na innych, osamotnieniem i poczuciem niezrozumienia (Opuszczenie), a jednocześnie własnej bezradności i niekompetencji (Zależność) również wiążą się z tendencją do narastania lęku. Podobnie jak w przypadku symptomów depresji można domniemywać, że wraz z dalszym narastaniem siły schematów, nasilenie symptomów niepokoju będzie również rosło, co w konsekwencji może doprowadzić do rozwinięcia zespołów lękowych czy lękowo-depresyjnych.

Analiza regresji (por. tabela 4) wskazuje, że pięć schematów wyjaśnia około 17% wariancji symptomów niepokoju: Opuszczenie, Zahamowanie emocjonalne, Nadmierne wymagania, Negatywizm oraz Roszczenia (ostatni schemat na poziomie tendencji statystycznej). Trzeba więc podkreślić, iż niezależnie od siły korelacji, wzrost nasilenia objawów zależy w istotnym stopniu również od Zahamowania emocjonalnego oraz Nadmiernych wymagań. Zahamowanie związane jest z tłumieniem własnych emocji lub tłumieniem reakcji, w obawie przed dezaprobatą innych lub przed utratą kontroli nad emocjami. Osoby z takim schematem mają trudności w przyznawaniu się do własnej podatności na zranienie, z drugiej zaś strony kładą bardzo duży nacisk na racjonalność własnego działania, często pomijając emocje. Brak wentylowania stanów emocjonalnych prowadzi do zwiększonego napięcia psychofizjologicznego, którego objawy fizyczne mogą być ponownie interpretowane zgodnie z pesymistycznymi oczekiwaniami, tworząc lękowe błędne koło. Z kolei schemat Nadmiernych wymagań w prezentowanym modelu ma znak ujemny. Oznacza to, że zwiększenie siły tego schematu w sposób istotny redukuje poziom niepokoju. Przekonanie to najczęściej przyjmuje formy perfekcjonizmu, sztywności reguł i zasad rządzących życiem i zachowaniem oraz koncentracji na czasie i wydajności. Z tym schematem wiąże się więc napięcie, nieumiejętność odpoczynku, ciągłe poczucie presji. Powinien więc być on pozytywnie związany z lękiem i niepokojem. Obserwuje się wprowadzić pozytywną korelację (tabela 2), jest ona jednak nikła. Być może jednak, ponieważ nasilenie tych schematów nie jest wysokie i nie ma charakteru klinicznego, kontrola ta pozostaje jeszcze w normie i nie ma charakteru dysfunkcyjnego. Dlatego też koncentracja na zadaniu, kierowanie się regułami i stosowanie do zasad pozwala na wprowadzenie większej przewidywalności i poczucia kontroli nad życiem, co może zmniejszać niepokój generowany np. przez schemat Pesymizmu. Rola schematu Nadmiernych wymagań może

w związku z tym zmieniać się w zależności od jego nasilenia — kiedy staje się mocno nie przystosowawczy, generuje więcej presji i napięcia, co przekłada się zazwyczaj na objawy fizyczne w postaci np. zmęczenia, prawdopodobnie stanie się czynnikiem wzmacniającym objawy, a nie zabezpieczającym. Wymaga to jednak dalszych badań, głównie w grupach klinicznych.

Symptomy somatyczne

Podobnie jak w przypadku dwu poprzednich grup symptomów, również tutaj większość korelacji jest istotna na poziomie $p < 0,01$, siła tych związków jest jednak słaba; tylko w przypadku Negatywizmu i Podatności na zranienie — przeciętna. Symptomy somatyczne w GHQ odnoszą się przede wszystkim do poczucia zmęczenia fizycznego i poczucia osłabienia oraz do fizjologicznych objawów napięcia, takich jak bóle głowy. Przekonania związane z pesymistycznym nastawieniem do świata, jak to już wspomniano wcześniej, związane są z towarzyszącym im lękiem, ten zaś — z wynikającymi z niego objawami. Przekonanie o zagrożeniu, któremu nie bardzo można zapobiec (Podatność na zranienie) również wiąże się z napięciem i z jego objawami, podobnie jak przekonanie osoby, że zawiodła i nie podołała zadaniom, lub nie poradzi sobie w przyszłości, a więc jest generalnie słabsza i gorsza od innych — schemat Porażki. Podobnie przekonania z obszaru Osłabionej autonomii oraz Odłączenia, wiążące się ze spostrzeganiem siebie jako osoby słabszej, bezradnej, nieakceptowanej przez innych, mogą tworzyć negatywny klimat emocjonalny. Wydaje się, iż generalnie schematy wraz ze wzrostem nasilenia stają się coraz bardziej dysfunkcyjne i prowadzą do pojawiania się napięcia i lęku. Jednakże dopóki strategie radzenia sobie wydają się skuteczne i efektywne i nie następuje dekompensacja osoby, napięcie i lęk — niejednokrotnie tłumione — przybierają formę objawów somatycznych.

Analiza regresji wskazała, że na intensywność doświadczanych objawów wpływa pięć schematów, które łącznie wyjaśniają około 13% wariacji symptomów somatycznych. Największą rolę odgrywa Negatywizm (Beta = 0,200), zaś również silnie, ale jako zabezpieczenie, wpływa schemat Nadmiernych wymagań. Schemat, który pojawia się w tym modelu i jest dla niego charakterystyczny, to Samopoświęcenie (por. tabela 3). Charakteryzuje się on przekonaniem, że należy przede wszystkim zaspokoić potrzeby innych osób dokoła, nawet kosztem własnych potrzeb czy własnej satysfakcji. Wg Younga wynika to z potrzeby unikania poczucia winy lub zyskiwania poczucia własnej wartości. Warto jednak zauważyć, że ciągle realizowanie potrzeb innych kosztem siebie również prowadzi do pojawiania się symptomów somatycznych, wynikających po części z napięcia i frustracji, ale również po części z prostego fizycznego przemęczenia. W przypadku, kiedy schematy nie są zbyt mocno nasilone, objawy somatyczne mogą być bardziej dyskretne, kiedy jednak stają się silniejsze — poczucie napięcia i frustracji prawdopodobnie będzie wzrastać, nawet bardziej niż zmęczenie fizyczne.

Symptomy zaburzeń funkcjonowania

Skala ta wskazuje na trudności w zakresie codziennego funkcjonowania związanego z podejmowaniem i wykonywaniem zadań czy podejmowaniem decyzji. Korelacje ze

schematami są słabe i pomimo ich istotności trudno mówić o zależnościach. Najsilniejszy związek ($r = 0,202$) dotyczy schematu Porażki, czyli przekonania danej osoby, że osoba nie radzi sobie i jest niekompetentna, co wydaje się spójne z rozumieniem zaburzeń funkcjonowania.

Model uzyskany w wyniku analizy regresji wyjaśnia zaledwie 5% zmienności objawów. Wskazuje to na fakt, iż na poczucie radzenia sobie i dobrego funkcjonowania lub na brak takiego poczucia wpływają raczej inne czynniki niż schematy. Jeśli istotne dla tego modelu współczynniki (Opuszczenie, Zahamowanie emocjonalne, Nadmierne wymagania) wpływają na głębokość objawów, to dzieje się to podobnie jak w pozostałych modelach. Przekonania osoby, że nie może polegać na innych i doświadczać od nich wsparcia ze względu na ich nieprzewidywalność, musi hamować swoje spontaniczne zachowania ze względu na możliwą dezaprobatę innych, tłumić emocje związane np. z niepewnością, prowadzą do pogorszenia efektywności funkcjonowania. Być może mogłoby być ono rozpatrywane także jako efekt pojawienia się objawów depresji czy niepokoju, które również mają potencjał dezorganizowania zachowań. I tutaj, podobnie jak w przypadku symptomów niepokoju, działanie w pewnym stopniu zabezpieczające ma schemat Nadmiernych wymagań, poprzez kontrolę umożliwiającą poczucie zorganizowania i efektywności.

Dyskusja

Podobne wskaźniki korelacji jak w przedstawionych powyżej badaniach, uzyskano również w innych. Bamber i McMahon badali grupę dorosłych pracowników medycznych i również uzyskali najwyższe korelacje dla symptomów depresji i niepokoju, a wyraźnie słabsze dla symptomów somatycznych i zaburzeń funkcjonowania [24]. Z kolei Bosmans i współpracownicy oceniali rolę schematów w genecie nasilenia objawów patologicznych (przy użyciu SCL-90). W najwyższym stopniu istotny okazał się mediujący wpływ schematów z obszarów Odłączenia oraz Osłabionej autonomii [25], podobnie jak w prezentowanym badaniu. Muris i inni oceniali m.in. związki schematów z symptomami psychopatologicznymi w grupie adolescentów. Również oni otrzymali korelacje o przeciętnej sile z symptomami depresji i lęku; wskazują także, że w tej grupie nasilenie schematów wiąże się z zaburzeniami jedzenia, natomiast w mniejszym stopniu z zaburzeniami zachowania czy używaniem substancji psychoaktywnych [26]. Camara i Calvete podają, że schematy mają związek z symptomami depresji oraz lęku, zwłaszcza jeśli pośredniczą pomiędzy nimi nieefektywne strategie radzenia sobie (m.in. unikanie czy zaprzeczanie) [5]. Korelacje schematów z samopoczuciem psychicznym i fizycznym potwierdzono również w zaburzeniu lękowym i depresyjnym [6]. Liczne badania prowadzone w grupach klinicznych także potwierdzają zależności otrzymane w grupach bez rozpoznanych zaburzeń. Przytoczone badania, podobnie jak prezentowane powyżej, potwierdzają więc teorię Younga [3, 27]. Pozytywne korelacje pomiędzy schematami a symptomami zaburzeń wskazują na ich wzajemną zależność. Oznacza to, że wraz ze wzrostem nasilenia schematów, rośnie nasilenie objawów, ale również dotkliwość objawów i poczucie ich narastania może zwiększać siłę negatywnych przekonań o sobie. Tym samym efektywna terapia powinna sięgać do terapii schematów, zwłaszcza ze względu na konieczność przepracowania klimatu emocjonalnego wczesnych doświadczeń; często to bowiem emocje

odpowiadają za objawy, których genezą jest napięcie emocjonalne [3, 4, 28]. W grupie nieklinicznej schematy wyjaśniają jedynie kilkanaście procent zmienności w zakresie symptomów zaburzeń. Należy pamiętać, że badane osoby to wciąż osoby generalnie dobrze funkcjonujące, zaś relacjonowane przez nie trudności mogą mieć wiele innych przyczyn. Uzyskane wyniki wymagają potwierdzenia również w grupach klinicznych; takie komplementarne badania są obecnie prowadzone.

Wnioski

Przedstawione powyżej badania wskazują, że rola wczesnych nieadaptacyjnych schematów nie powinna być pomijana, zwłaszcza w sytuacji, kiedy osoby zgłaszają objawy z obszaru depresji i niepokoju. Zarówno związki korelacyjne, jak i modele regresji sugerują istotną rolę schematów w genezie objawów. Zależności uzyskano w grupie osób zdrowych — w ich przypadku zapewne również wiele innych czynników złożyło się na omawiane symptomy trudności. O ile jednak osoby te nie relacjonują zewnętrznych sytuacji mogących być przyczyną objawów, lub objawy te utrzymują się pomimo zastosowanego do tej pory leczenia, wydaje się, że warto rozważyć terapię opartą o schematy. Z drugiej zaś strony przepracowanie schematów może zapobiec w przyszłości ponownemu pojawieniu się zaburzeń. Warto także wspomnieć o roli schematu Nadmiernych wymagań, który w badaniach jawi się jako schemat kompensacyjny, jednak w dłuższej perspektywie może być przyczyną pojawiającego się zmęczenia. Restrukturyzacja poznawcza skoncentrowana na modyfikacji schematów, a przez to sposobu interpretacji siebie w świecie, pozwoli na zmniejszenie napięcia wynikającego ze stawianych sobie oczekiwań. Prowadzą one do funkcjonowania, które z jednej strony pozwala utrzymać pozytywny obraz ja i przez to uniknąć negatywnych emocji, z drugiej jednak wymaga ciągłego napięcia i samokontroli, co nie służy utrzymywaniu dobrego samopoczucia. Problem ten wydaje się ważny nie tylko w odniesieniu do terapii czy poradnictwa psychologicznego, ale również jako element psychoprophylaktyki czy promocji zdrowia. Adekwatna samoocena i pogłębianie wglądu we własne zachowanie pozwolić może na samodzielne wychwytywanie niektórych zależności. Budowa pozytywnego ja realnego może być prowadzona również na zajęciach dla młodzieży czy rodziców. Szeroko rozumiana terapia schematów może więc ograniczać prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń czy objawów o genezie poznawczej.

Istotnym ograniczeniem tego badania jest zawężenie badań do osób bez zaburzeń i problemów. Jednakże wydaje się, że jeśli zależności te pojawiły się w takiej grupie — są one również prawdziwe w grupie osób z problemami. Badania takich osób są obecnie w opracowaniu. Potwierdzenie występowania przedstawianych zależności w grupach osób z zaburzeniami będzie czynnikiem wzmacniającym wskazane wcześniej wnioski i dodatkowo uprawomocni sens tak profilaktyki, jak pogłębionej terapii wychodzącej poza redukcję objawów.

Piśmiennictwo

1. Zdrowie Psychiczne Polaków. Fundacja CBOS [cytowane 5 stycznia 2017]. Dostępne na: <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty.php>
2. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J i in. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku — badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1):15–27.
3. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka.* Sopot: GWP; 2014.
4. Young JE, Klosko JS. *Program zmiany sposobu życia.* Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2012.
5. Camara M, Calvete E. Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. *Eur. Psychiatr.* 2012; 27:1.
6. Mącik D, Shchehelska K. Związki wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z samoopoczuciem i sensem życia w zaburzeniu lękowym i depresyjnym. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2015; 24(4): 208–216.
7. Kulik A. Kulturowe uwarunkowania zespołów medycznie niewyjaśnianych na przykładzie przewlekłego zmęczenia. *Sztuka Leczenia.* 2013; 1–2: 33–40.
8. Urbańska J. *Zmęczenie życiem codziennym.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS Uniwersytetu Adama Mickiewicza; 2010.
9. Wiśniewska M, Mącik D. Perfekcjonizm i wczesne nieadaptacyjne schematy Younga a przewlekłe zmęczenie w grupie młodych kobiet. *Psychoter.* 2016; 3(178): 77–88.
10. Pawłowski T, Kiejna A. Model „drogi do psychiatrii” wg Goldberga i Huxleya a rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2003; 12(1): 61–66.
11. Eurelings-Bontekoe EHM, Luyten P, IJssennagger M, van Vreeswijk M, Koelen J. Relationship between personality organization and Young’s cognitive model of personality pathology. *Pers. Indiv. Differ.* 2010; 49(3): 198–203.
12. Bakhshi Bojed F, Nikmanesh Z. Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *Int. J. High Risk Behav. Addict.* 2013; 2(2): 72–76.
13. Gonzalez Diez Z, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Early maladaptive schemas and social anxiety: the moderating effect of avoidant vs. overcompensation coping. *Eur. Psychiatry* 2012; 27: 1.
14. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *J. Cogn. Psychother.* 2011; 25(4): 257–276.
15. Mącik D, Sas E. Therapy of anorexia and Young’s early maladaptive schemas. *Longitudinal study.* *CurrIss. Personal. Psychol.* 2015; 3(4): 203–213.
16. Mącik D. Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej — badania wstępne. *Psychiatr. Psychoter.* 2016; 12(1): 3–24.
17. Kriston L, Schäfer J, Jacob GA, Härter M, Hölzel LP. Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3). *Eur. J. Psychol. Assess.* 2013; 29(3): 205–212.
18. Lavergne F, Marie N, Mehran F. The 5 mental dimensions identified in early maladaptive schemas statistical analysis of Young’s schema questionnaire (YSQ-s3). *Encephale* 2015; 41(4): 314–322.
19. Hawke LD, Provencher MD. The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Can. J. Behav. Sci.* 2012; 44(1): 40–49.
20. Saritaş D, Gençö T. Psychometric properties of „Young Schema Questionnaire-Short Form 3” in a Turkish adolescent sample. *J. Cogn. Behav. Psychot.* 2011; 11(1): 83–96.

21. Makowska Z, Merecz D. GHQ — Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1981.
22. Makowska Z, Merecz D. Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: Dudek B, red. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 GHQ-28. Łódź: Instytut Medycyny Pracy, 2001; 191–264.
23. Frydecka D, Małyszczak K, Chachaj A, Kiejna A. Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30). *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(3): 341–359.
24. Bamber M, McMahon R. Danger—early maladaptive schemas at work!: the role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clin. Psychol. Psychot.* 2008; 15(2): 96–112.
25. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin. Psychol. Psychot.* 2010; 17(5): 374–385.
26. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours. Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clin. Psychol. Psychot.* 2006; 13(6): 405–413.
27. Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. W: Barlow DH, Barlow DH, red. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed). New York, NY, US: Guilford Press; 2008, s. 250–305.
28. Arntz A, van Genderen H. *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Sopot: GWP; 2016.

Adres: dmacik@kul.pl