

Psychiatria i Psychoterapia 2016; tom 12, numer 1: strony 3-24

wersja pierwotna – elektroniczna

Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej – badania wstępne

Young's Early Maladaptive Schemas and their relations to personality disorders' traits in a non-clinical sample – preliminary research

Dorota Mącik

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii

Streszczenie

Cel: Celem badań była eksploracja teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów (EMS) Younga w populacji nieklinicznej. Wg Younga deprywacja podstawowych potrzeb w dzieciństwie prowadzi do powstawania specyficznych negatywnych przekonań na własny temat, te zaś stają się podłożem zaburzeń osobowości, lub specyficznych rysów osobowości nieprawidłowej. W badaniu sprawdzono jakie są związki schematów z rysami osobowościowymi u osób niezaburzonych.

Metoda: 68 zdrowych osób (bez zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych) w wieku 18-53 lat wypełniło 2 kwestionariusze: Kwestionariusz Schematów Younga w wersji skróconej (YSQ-S3) oraz Styl życia Trzebińskiej, badający 10 zaburzeń osobowości w oparciu o kryteria DSM IV-TR. Zastosowano metody analizy korelacji, ANOVA oraz skalowanie wielowymiarowe PROXSCAL.

Wyniki: Uzyskano istotne korelacje dla wszystkich typów osobowości ze schematami teoretycznie zgodnymi z przekonaniem rdzennymi dla osobowości w ujęciu poznawczym, co potwierdza teorię Younga. Ponadto, im wyższe jest nasilenie rysów osobowościowych mierzonych kwestionariuszem Styl życia, tym wyższe jest nasilenie schematów. Wyniki skalowania wielowymiarowego wskazują, że wzajemne relacje pomiędzy schematami w przestrzeni dwuwymiarowej są różne, dla różnych układów i nasileń w zakresie zaburzeń osobowości.

Wnioski: Badanie pozytywnie weryfikuje tezy Younga dotyczące związków patologicznych cech osobowości ze schematami i jest podstawą do dalszej ich weryfikacji w populacji klinicznej, oraz dostosowania protokołów terapii. Jednocześnie może wyjaśniać poczucie dyskomfortu psychicznego w populacji osób zdrowych

Summary

Objectives: The aim of this study was to verify Young's theory of early maladaptive schemas (EMS) in a non-clinical population. According to Young, deprivation of some of core needs of a child, leads to the growth of specific negative beliefs. Those beliefs become the ground of personality disorders (PD), or specific abnormal personality traits. The study tested what are the relations between schemas and personality disorders' traits in healthy people.

Methods: 68 healthy people (without mental disorders and somatic diseases), aged 18-53 years, filled out the 2 questionnaires: Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-S3) and "Styl życia" by Trzebińska for the measurement of 10 personality disorder based on DSM-IV-TR. Pearson's correlation, ANOVA and multidimensional scaling PROXSCAL were used for the testing.

Results: There are significant correlations for all PD scales with schemas. They are theoretically compatible with the core beliefs of PD in cognitive approach, which confirms Young's theory. Moreover, with the increase of the severity of personality traits measured by Styl Życia, severity of schemas growths. The results of the

multidimensional scaling indicate that the relations between the schemas in the two dimensional space are differently depending on the PD traits' composition and severity.

Conclusions: The study verifies the Young's theory about the relationship of pathological personality traits with the schemas. The results can become the basis for further theory verification in clinical population, and to adapt the therapy protocols. At the same time they may explain the sense of psychological discomfort in healthy population.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, terapia poznawcza, wczesne nieadaptacyjne schematy

Key words: personality disorders, cognitive therapy, Early Maladaptive Schemas

Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów powstała jako próba poradzenia sobie z nieefektywnością terapii zarówno niektórych zaburzeń psychicznych, np. depresji i jej kolejnych nawrotów [1], jak i problemów relacyjnych, które u swojego podłoża mają zazwyczaj problemy osobowościowe [2–4]. Pacjenci relatywnie często relacjonują niepełne wyleczenie, wyrażające się poczuciem, że „jeszcze nie wszystko jest dobrze”, choć objawy zaburzenia ustąpiły. Reakcją na te doświadczenia jest nurt tzw. „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), oparty nie wyłącznie o techniki poznawcze i behawioralne, lecz głównie o relację terapeutyczną i sojusz terapeuty z pacjentem [5,6]. Jednym z takich podejść jest teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów (*early maladaptive schemas*, EMS) Jeffrey Younga. Według Younga doświadczenia, jakich nabiera dziecko w trakcie rozwoju, a zwłaszcza w jego wczesnych stadiach, zostawiają trwałe wzorce funkcjonowania i przekonań o sobie. Dziecko wychowywane w rodzinie dysfunkcyjnej (przemocowej, nadużywającej, zimnej emocjonalnie, ale również nadopiekuńczej czy nadmiernie wymagającej), może doświadczać trwałego niezaspokajania jednej lub kilku podstawowych potrzeb rozwojowych (*core needs*). Długotrwałość i/lub intensywność deprivacji tych potrzeb (m.in. bezpieczeństwa, miłości czy bezwarunkowej akceptacji) prowadzi do wytworzenia się w dziecku przekonań na własny temat, powiązanych z deprivowaną potrzebą (np. „świat jest zagrażający”, „nie można mnie kochać”, „muszę zasłużyć na uwagę innych” itp.) [2,7]. Z tak sformułowanymi przekonaniami wiążą się negatywne emocje - głównie lęku czy złości - dlatego też dzieci próbują radzić sobie z nimi, tworząc własne strategie funkcjonowania psychicznego i społecznego, układające się w

specyficzny wzór zachowania, które pozwalają na zaspokojenie deprivowanej potrzeby (np. dziecko bez zaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa stara się odgadywać i zaspokajać z góry potrzeby rodzica, aby nie doświadczyć reakcji odrzucenia). Zachowania takie stają się z czasem sztywną strategią funkcjonowania, w okresie dorosłości jednak mogą one zacząć przynosić więcej problemów niż korzyści, osoby takie zaczynają zatem doświadczać dyskomfortu i pogorszenia funkcjonowania w obszarze relacji i funkcjonowania społecznego [2,3,8].

Konkretne doświadczenia życiowe wzbudzają bowiem skojarzenia emocjonalne dotyczące relacji ze znaczącymi osobami w dzieciństwie, powodując uruchomienie wzorca zachowań, który wówczas był skuteczny. Ponieważ środowisko wychowawcze jest z natury niedoskonałe, pewne elementy przekonań o sobie i świecie tworzą się w każdym dziecku, i są utrwalane i przetwarzane jako część samowiedzy tworząc schemat. Im większe braki wychowawcze, tym szerszy zakres funkcjonowania obejmuje powstały schemat. Tak więc zgodnie z definicją Younga przyjmuje się, że schemat jest to ogólny wzorzec składający się z emocji, wspomnień i przekonań, dotyczący relacji osoby z innymi; wzorzec ten jest wykształcony w dzieciństwie, ale ze względu na swoją sztywność utrwalany przez całe życie, niepodatny na zmiany wbrew oczywistym dowodom jego nieadekwatności oraz w znacznym stopniu dysfunkcyjny [2,9].

Tak definiowany schemat wpisuje się w definicję zaburzeń osobowości, rozumianych zarówno w klasyfikacji DSM-IV-TR, jak i ICD-10, jako głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, które przejawiają się mało elastycznymi reakcjami w szerokim zakresie sytuacji społecznych, w szczególności zaś odnoszenia się do innych. Teoria schematów wyjaśnia więc w pewnym stopniu genezę tworzenia się zaburzonej osobowości [2,7]. Im schematy są silniejsze i bardziej rozległe, tym bardziej nieprawidłowo kształtuje się osobowość, od pojedynczych zachowań, przez rysy osobowości nieprawidłowej (rozumianej jako charakterystyczne dla określonego typu zaburzenia cechy funkcjonowania, jednak nie spełniające wymaganych kryteriów diagnostycznych zaburzenia osobowości) aż po w pełni

nieprawidłową osobowość pozwalającą na postawienie diagnozy zaburzenia. Zgodnie zaś z rozumieniem schematów jako genezy formowania nieprawidłowej osobowości, terapia tak wytworzonych i utrwalonych wzorców wymaga pracy opartej przede wszystkim na jakości relacji terapeutycznej, a nie oddziaływań wyłącznie poznawczych [10-12].

W Polsce, pomimo tego, iż terapia schematu staje się coraz bardziej popularna, nie ma badań weryfikujących empirycznie jej prawdziwość na polskiej populacji. W związku z tym postanowiono sprawdzić, czy schematy, odpowiadając za rozwój zaburzenia osobowości, wiążą się z typami osobowości nieprawidłowej u osób z populacji nieklinicznej.

Postawiono następujące hipotezy:

H1. Nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów wiąże się dodatnio z cechami zaburzonej osobowości u badanych osób.

H2. Dla różnych typów osobowości charakterystyczne będą związki z innymi schematami, które treściowo odpowiadają głównym przekonaniom w zaburzeniach osobowości.

H3. Różnym nasileniom cech zaburzeń osobowości odpowiadają inne układy schematów.

Należy jednocześnie podkreślić, iż ze względu na badania w populacji nieklinicznej, oczekuje się, że nasilenie cech zaburzonej osobowości nie będzie zbyt duże. Z tego względu unika się stosowania określenia „zaburzenie osobowości”, zastępując je „rysami osobowości”, rozumianymi za każdym razem jako rysy osobowości nieprawidłowej, wyrażające się ujawnianiem określonych cech charakterystycznych dla danego typu zaburzenia osobowości, jednak w stopniu nie pozwalającym na postawienie rozpoznania.

Materiał i metoda

Prezentowane badania są częścią większego projektu, którego celem jest empiryczna weryfikacja teorii Jeffrey'a Younga wśród polskiej populacji klinicznej i nieklinicznej, w ramach którego przebadano wstępnie różne grupy pacjentów (łącznie około 450 osób),

poszukując związków i zależności pomiędzy schematami i innymi zmiennymi psychospołecznymi. Niniejsza część przedstawia wycinek badań nad relacją wczesnych nieadaptacyjnych schematów z zaburzeniami osobowości na grupie nieklinicznej. Podstawą operacjonalizacji zaburzenia osobowości jest klasyfikacja DSM-IV-TR. Do analizy zakwalifikowano 68 osób, które nie podały w wywiadzie żadnej aktualnej lub przebytej poważnej (zagrożającej zdrowiu lub przewlekłej) choroby somatycznej, ani nie miały rozpoznania psychiatrycznego dotyczącego zaburzenia z Osi I lub II (wg DSM IV-TR). Badani byli w wieku między 18 a 53 lata, średni wiek to 24 lata. 64% badanych stanowiły kobiety, po około 40% mieszka na wsi lub w dużym mieście, pozostałe 20% w małym lub średnim mieście. W związkach pozostaje 50% osób, z czego 12% w związku formalnym, zaś 47% pozostaje wolna, 85% nie ma dzieci. Sytuację materialną 85% ocenia jako przeciętną lub dobrą, po około 5% jako złą lub bardzo dobrą.

Badania prowadzono indywidualnie, zachowując pełne prawa badanych. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz „Styl życia” 05–SK w opracowaniu Ewy Trzebińskiej [13,14], badający zaburzenia osobowości, opracowany w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR, zawierający 107 twierdzeń opisujących różne sposoby zachowań, które mogą być wskaźnikami kryteriów diagnostycznych dla wyróżnionych w klasyfikacji zaburzeń osobowości. Skala odpowiedzi obejmuje zakres od 0 (nigdy) do 6 (bardzo często). Rzetelność pomiaru mierzona za pomocą alfa-Cronbacha wyniosła od 0,732 dla osobowości schizoidalnej do 0,874 dla zależnej, zaś zgodność wewnętrzną mierzona wskaźnikiem Composite Reliability wyniosła od 0,789 dla osobowości schizoidalnej do 0,899 dla zależnej. Jedynym wyjątkiem jest tu skala obsesyjno - kompulsywna, gdzie wskaźnik ten wyniósł jedynie 0,125. Wskazuje to pewną słabość tego wymiaru, zaś analiza

jakościowa kwestionariuszy wskazywać by mogła, że skala ta stała się dla tego pomiaru czymś w rodzaju skali kłamstwa, co może wynikać z faktu badania osób zdrowych.

2. Kwestionariusz Schematów Younga (Young Schema Questionnaire, YSQ – S3) w wersji skróconej, badający 18 schematów. Składa się on z 90 twierdzeń do których badany ustosunkowuje się na skali 1 – 6, gdzie 1 oznacza „zupełnie nieprawdziwe”, zaś 6: „doskonale mnie opisuje”. Twierdzenia odnoszą się do przekonań, jakie badany ma na temat siebie, świata i relacji z innymi; uwzględniają one w treści również aspekt emocjonalny. Zostały skonstruowane na podstawie doświadczenia klinicznego w pracy z osobami z zaburzoną osobowością w oparciu o wypowiedzi opisujące ich funkcjonowanie w relacji do osób znaczących (rodziców) w dzieciństwie, które powtarzały się również w opisie funkcjonowania w dorosłości. Pozwoliło to na ujęcie takich przekonań o sobie i świecie, które powstały w okresie dzieciństwa i dorastania. Jednocześnie twierdzenia te odwołując się do przekonań, wyjaśniają określone cechy zachowania, które to cechy opisywane objawowo są podstawą do rozpoznania zaburzenia osobowości. W tym aspekcie metoda ta daje odpowiedź na pytanie, dlaczego osoba zachowuje się określony, dysfunkcyjny sposób. Teoretyczny zakres wyników dla schematu wynosi 5-30, dla całej skali 90 – 540. Im wyższe wyniki, tym siła przekonań tworzących schemat jest wyższa, a schemat sztywniejszy. Wyniki prac walidacyjnych nad innymi wersjami językowymi są licznie publikowane [np.: 15–18], polska wersja jest w opracowaniu adaptacyjnym; prawami do skali dysponuje Justyna Oettingen. W niniejszym badaniu rzetelność mierzona za pomocą współczynnika alfa-Cronbacha wyniosła 0,513 dla schematu Wielkościowości, dla pozostałych schematów wartości te wahały się od 0,619 dla Podporządkowania do 0,836 dla Utraty zaufania. Z kolei wartości Composite Reliability (CR) zawierają się pomiędzy 0,680 dla Wielkościowości do 0,884 dla Utraty zaufania. Wskaźniki te pozwalają przyjąć, że narzędzie jest rzetelne, a uzyskane wyniki mogą być interpretowane.

Wyniki

W pierwszym kroku sprawdzono normalność rozkładów wyników; analiza statystyk opisowych (w tym skośności, kurtozy oraz wartości testu Shapiro-Wilka) pozwoliła na zastosowanie parametrycznych metod analizy danych.

W celu sprawdzenia, czy istnieją związki pomiędzy wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami (EMS) a wynikami w teście zaburzeń osobowości dokonano prostej analizy korelacyjnej przy użyciu współczynnika r-Pearsona. Ze względu na fakt, że badaniami została objęta norma populacyjna (populacja niekliniczna – przyp. red.), zaburzenie osobowości należy rozumieć tutaj bardziej jako rys (cechy) zaburzonej osobowości i w takim znaczeniu jest ono używane. Wyniki analiz przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Współczynniki korelacji r-Pearsona dla schematów i zaburzeń osobowości (N=68)

Schematy	Zaburzenia osobowości									
	Wiązka A			Wiązka B				Wiązka C		
	SCh-d	Sch-t	Paran.	Narc.	Antyspoł	Border	Histr.	Zal.	Unik.	OCPD
Emocjonalna deprywacja	0,341**	-0,144	0,293*	0,093	0,234	0,341**	0,010	0,104	0,161	-0,158
Porzucenie/niestabilność	0,148	0,314**	0,390**	0,190	0,219	0,524**	0,283*	0,559**	0,348**	0,020
Nadużycie/utrata zaufania	0,250*	0,202	0,580**	0,260*	0,268*	0,445**	0,181	0,245*	0,188	0,102
Społeczna izolacja	0,511**	0,356**	0,239*	0,109	0,237	0,379**	-0,005	0,188	0,388**	-0,043
Defekt/wstyd	0,446**	0,252*	0,373**	0,156	0,281*	0,496**	0,014	0,217	0,420**	-0,018
Porażka	0,363**	0,089	0,359**	0,119	0,159	0,475**	0,042	0,392**	0,454**	-0,097
Zależność/niekompetencja	0,231	0,421**	0,387**	0,224	0,203	0,419**	0,218	0,527**	0,437**	0,036
Podatność na zranienie	0,145	0,192	0,347**	0,323**	0,299*	0,561**	0,312**	0,329**	0,284*	-0,105
Zmieszanie/nie rozwinięte ja	0,088	0,154	0,317**	0,075	0,062	0,449**	0,146	0,348**	0,302*	0,048
Podporządkowanie	0,229	0,163	0,367**	0,099	0,091	0,517**	0,103	0,603**	0,480**	0,026
Samopoświęcenie	0,082	0,137	0,219	0,101	0,067	0,166	0,124	0,280*	0,139	0,162
Poszukiwanie aprobaty	-0,051	0,246*	0,240*	0,514**	0,094	0,388**	0,410**	0,608**	0,275*	0,012
Wielkościowość	0,271*	0,429**	0,389**	0,525**	0,339**	0,318**	0,283*	0,299*	0,134	0,143
Niewystarczająca samok.	0,174	0,176	0,313**	0,163	0,186	0,434**	0,139	0,465**	0,369**	-0,425**
Zahamowanie emocjonalne	0,533**	0,089	0,299*	0,123	0,117	0,414**	-0,157	0,311**	0,528**	0,150
Wysokie standardy	0,229	0,042	0,357**	0,454**	0,254*	0,312**	0,277*	0,160	0,219	0,266*
Negatywizm/pesymizm	0,355**	0,164	0,472**	0,208	0,130	0,573**	0,110	0,479**	0,392**	-0,109
Samokaranie	0,160	0,103	0,370**	0,233	0,271*	0,148	0,159	-0,004	0,123	0,058
YSQ ogółem	0,338**	0,182	0,401**	0,322*	0,340**	0,573**	0,284*	0,542**	0,338**	-0,143

Sch-d – schizoidalna; Sch-t – schizotypowa; Paran. – paranoiczna; Narc.- narcystyczna; Antyspoł – antyspołeczna; Border – borderline; Histr. – histrioniczna; Zal. – zależna; Unik.- unikająca; OCPD – obsesyjno-kompulsywna. Kolorem szarym zaznaczono najwyższe wskaźniki korelacji dla każdego zaburzenia, *-korelacja istotna na poziomie 0,05, **-korelacja istotna na poziomie 0,01

Przede wszystkim należy pokreślić, że pomimo, iż badania były prowadzone w populacji nieklinicznej, zaś obie metody diagnostyczne stworzone zostały do weryfikacji sfery zaburzeń, głównie osobowości, można zaobserwować wyraźne dodatnie korelacje, o relatywnie dużej sile, pomiędzy schematami i cechami zaburzeń osobowości. Jednocześnie związki o największej sile są różne dla różnych typów osobowości. Wspiera to hipotezy: *H1. Nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów wiąże się dodatnio z cechami zaburzonej osobowości u badanych osób* oraz *H2. Dla różnych typów osobowości charakterystyczne będą związki z innymi schematami, które treściowo odpowiadają głównym przekonaniom w zaburzeniach osobowości.*

W kolejnym kroku sprawdzono, czy można zaobserwować różnice w nasileniu lub układzie schematów zależnie od osobowości. Ponieważ badanie przeprowadzono na osobach bez zaburzeń i nie było możliwe wyróżnienie grup ze względu na istniejące rozpoznanie, początkowo podzielono badanych w zależności od nasilenia cech zaburzeń osobowości pogrupowanych w wiązki zgodnie z klasyfikacją DSM-IV-TR. Wyróżnione w ten sposób grupy nie różniły się między sobą pod względem nasilenia średnich dla zaburzeń osobowości w wiązках A, B i C. Zdecydowano się więc zastosować hierarchiczną analizę skupień metodą Warda w celu stwierdzenia, czy badani tworzą specyficzne grupy różniące się układem nasilenia cech osobowości. Graficzne przedstawienie wyników tej analizy obrazuje wykres 1. Wartości ANOVA dla skal w wyróżnionych skupieniach są istotne na poziomie $p < 0,001$, z wyjątkiem obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości (OCPD), gdzie $F=0,164$, $p=0,849$, co może być efektem wynikającym ze wspomnianego niskiego poziomu zgodności wewnętrznej skali w tym badaniu. Przy interpretacji wymiar ten nie będzie brany pod uwagę. Skupienie pierwsze i trzecie obejmują po 17 osób, zaś drugie – 34 osoby. Następnie dokonano oceny różnic w nasileniu schematów dla poszczególnych skupień; wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Wykres 1. Nasilenie cech zaburzeń osobowości w skupieniach

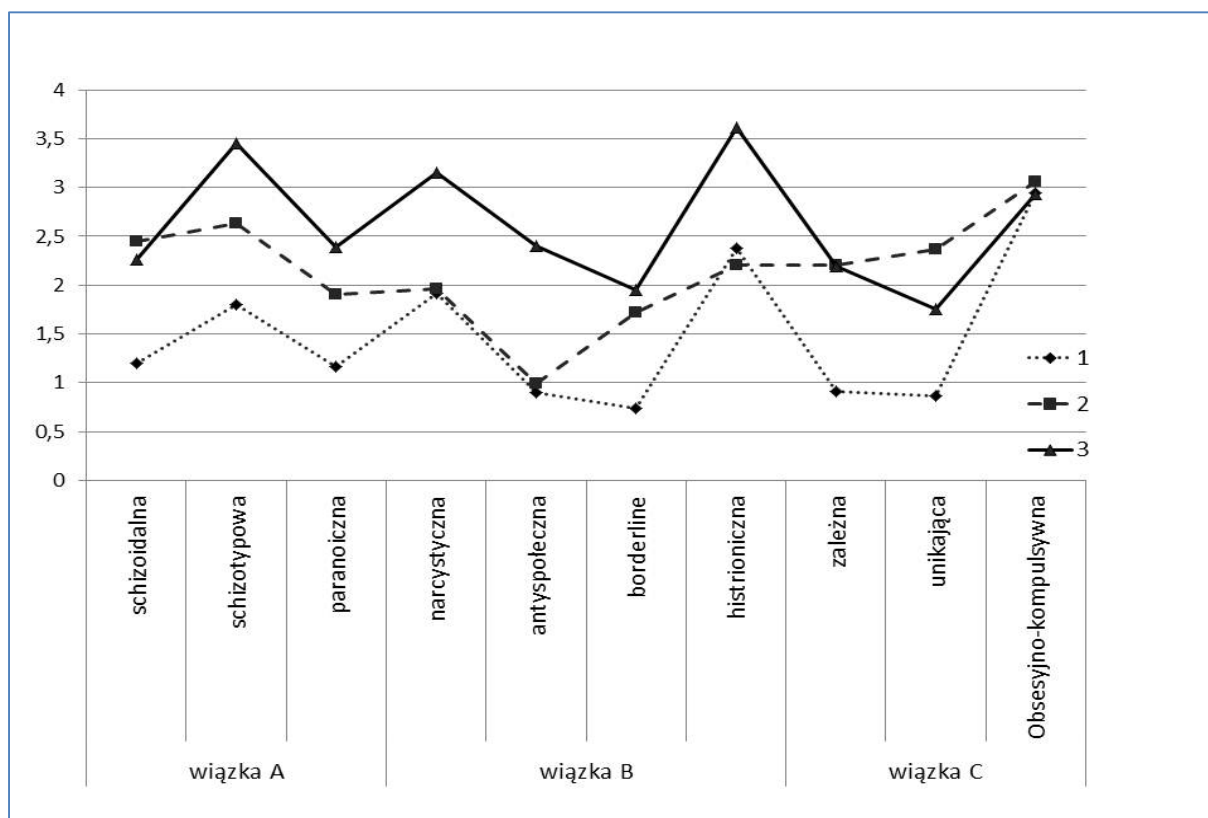


Tabela 2. Średnie dla schematów oraz wartości ANOVA i istotność różnic pomiędzy skupieniami

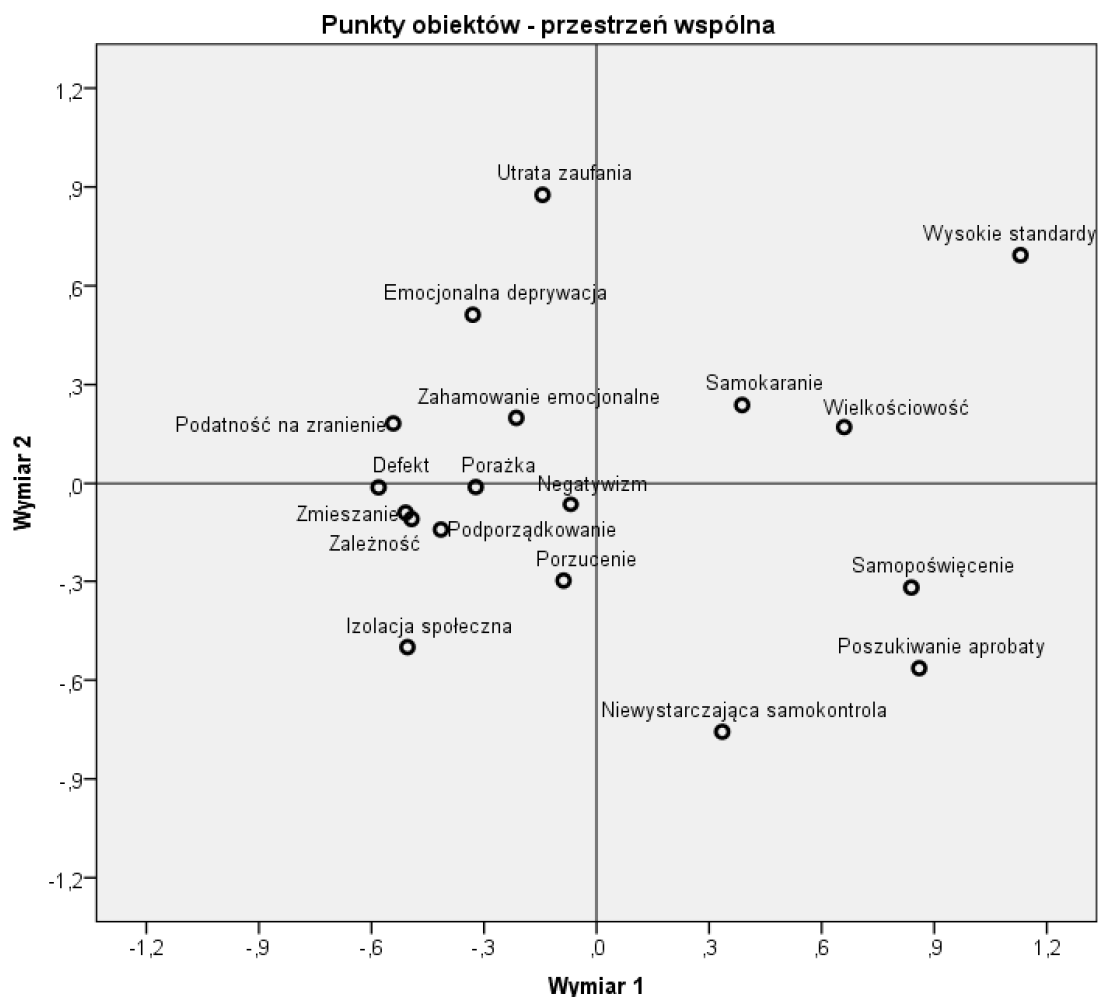
Schematy	Skupienia - średnie			ANOVA		Post-hoc Tukeya		
	1	2	3	F	p	skupienie 1-2	skupienie 1-3	skupienie 2-3
Emocjonalna deprivacja	7,47	8,82	10,29	1,350	0,266	0,637	0,235	0,587
Porzucenie/niestabilność	9,24	12,85	13,53	4,279	0,018	0,034	0,028	0,881
Nadużycie/utrata zaufania	8,65	11,85	13,12	3,975	0,024	0,073	0,024	0,654
Společna izolacja	8,12	12,15	14,00	7,264	0,001	0,013	0,001	0,378
Defekt/wstyd	6,35	8,91	9,76	4,179	0,020	0,055	0,022	0,712
Porażka	7,94	12,76	12,06	9,724	0,000	0,000	0,006	0,803
Zależność/niekompetencja	6,88	11,97	12,71	9,556	0,000	0,001	0,001	0,840
Podatność na zranienie	7,47	9,59	11,47	4,398	0,016	0,174	0,012	0,249
Zmieszanie/nie rozwinięte ja	7,00	10,12	9,59	3,772	0,028	0,023	0,134	0,890
Podporządkowanie	7,47	10,79	10,24	6,423	0,003	0,002	0,035	0,824
Samopowiązanie	13,47	15,06	15,00	1,081	0,345	0,345	0,475	0,999
Poszukiwanie aprobaty	14,00	16,21	17,59	2,347	0,104	0,289	0,090	0,610
Wielkościowość	12,47	14,74	17,00	6,523	0,003	0,101	0,002	0,101
Niewystarczająca samokontrola	14,47	15,24	17,59	3,522	0,035	0,033	0,111	0,976
Zahamowanie emocjonalne	11,88	15,85	15,53	6,316	0,003	0,002	0,047	0,752
Wysokie standardy /krytycyzm	8,47	13,35	12,35	1,696	0,191	0,876	0,201	0,293
Negatywizm/pesymizm	9,18	14,18	14,00	8,042	0,001	0,001	0,006	0,990
Samokaranie	11,76	12,76	14,53	2,027	0,140	0,689	0,126	0,318

Zaobserwowano różnice pomiędzy skupieniami 1-2 oraz 1-3, wynikają one jednak głównie z nasilenia schematów (dla skupienia pierwszego wskaźniki te są istotnie niższe, niż dla 2 i 3). Postanowiono więc sprawdzić, czy istnieją różnice we wzajemnych relacjach pomiędzy schematami dla wyróżnionych grup. Zastosowano procedurę skalowania wielowymiarowego PROXSCAL, dla każdego ze skupień oddzielnie. Wyniki skalowania przedstawiono na kolejnych wykresach (2, 3, 4), zaś miary dopasowania do danych w tabeli 3.

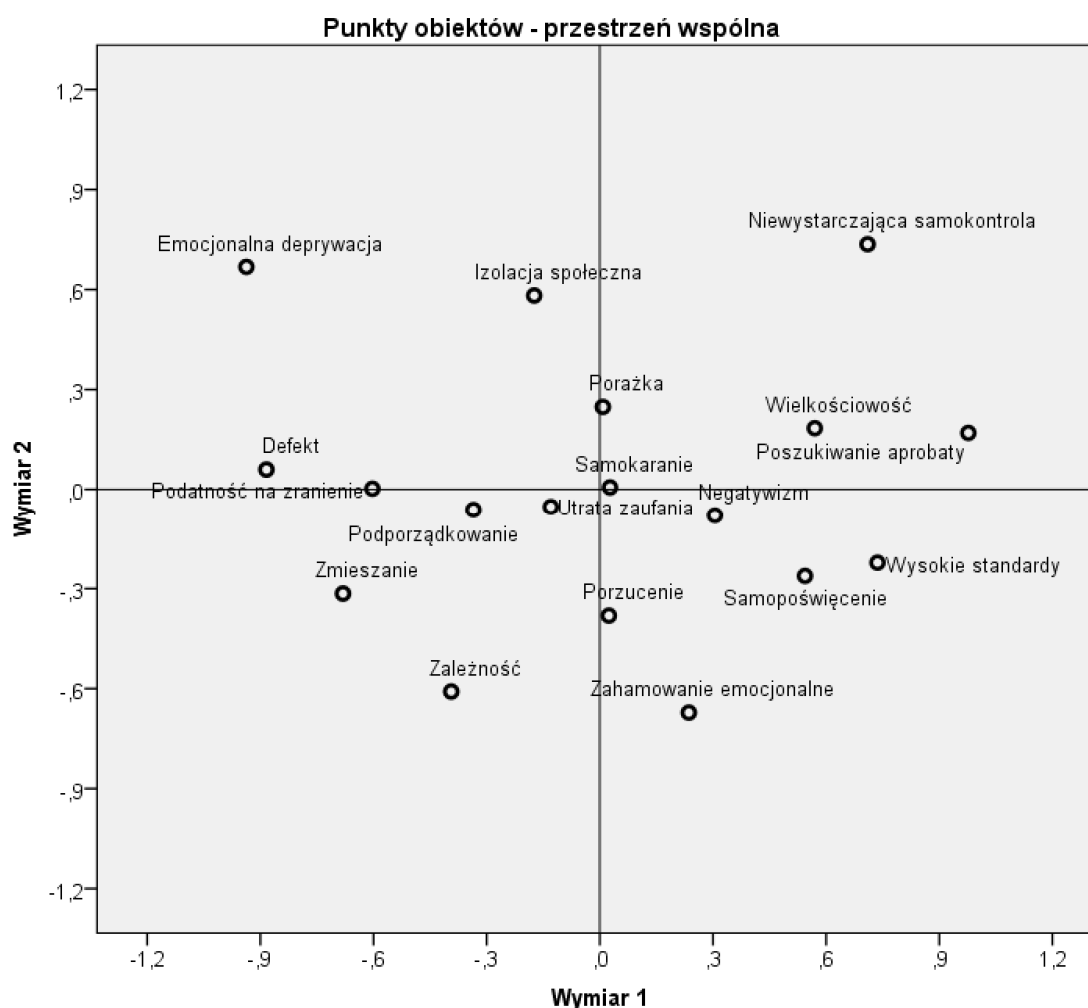
Tabela 3. Wskaźniki dopasowania do danych w analizie PROXSCAL dla skupień

Współczynnik dopasowania	Skupienie 1	Skupienie 2	Skupienie 3
Znormalizowana surowa wartość STRESS	0,021	0,032	0,019
S-STRESS	0,037	0,063	0,033
Wyjaśniona dyspersja (DAF)	0,978	0,967	0,980
Współczynnik kongruencji Tuckera	0,989	0,983	0,990

Wykres 2. Relacje pomiędzy schematami w skalowaniu PROXSCAL – skupienie 1



Wykres 3. Relacje pomiędzy schematami w skalowaniu PROXSCAL – skupienie 2

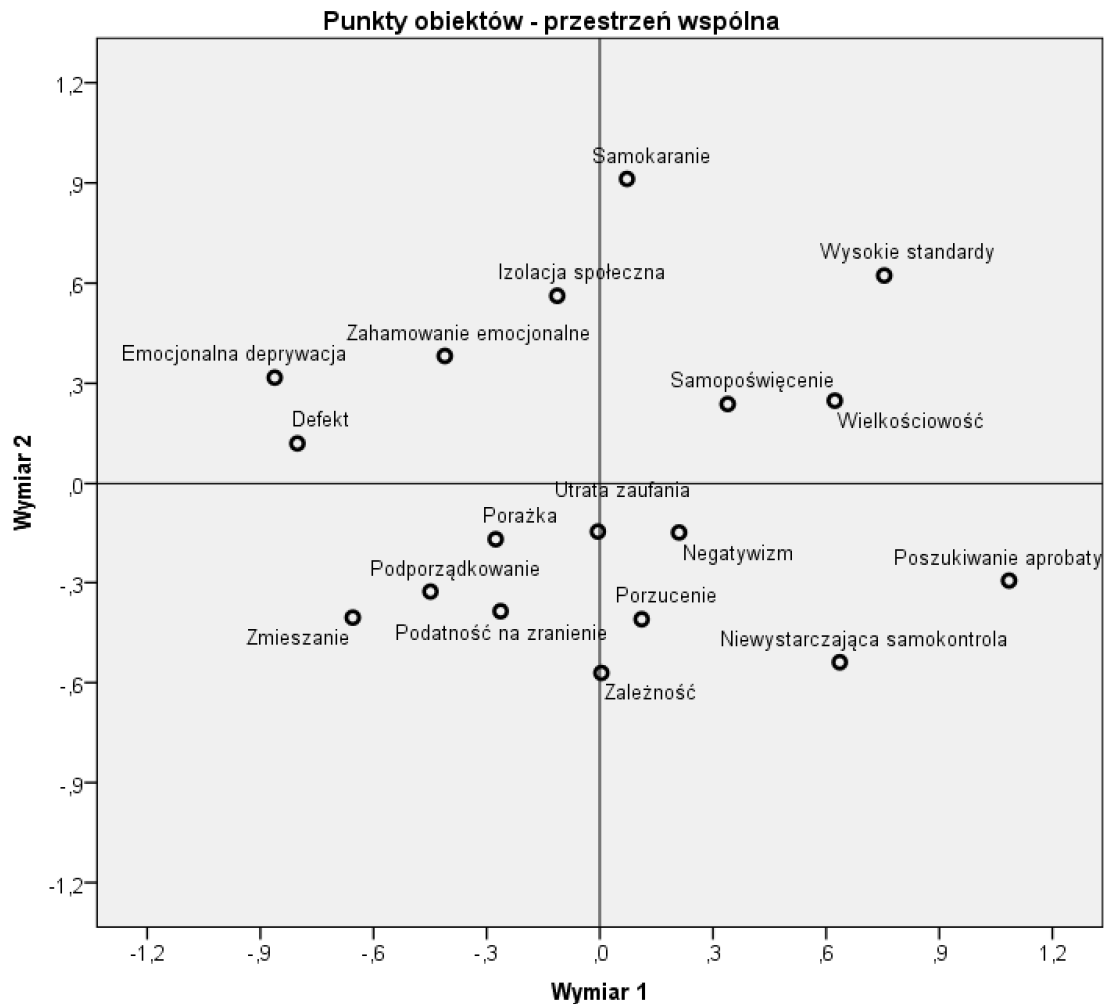


Wskaźniki dopasowania (S-STRESS i DAF) wskazują na bardzo dobre dopasowanie do danych modeli dla wszystkich skupień; pozwala to więc na ich analizę.

Ze względu na eksploracyjny charakter poszukiwań zależności, nie nazwano w sposób jednoznaczny wymiarów na wykresach. Przyjęto jednak dla celów prezentowanych badań, że wymiar pierwszy (na osi X) odpowiadałby samoocenie: „Słaby” – wartości ujemne (schematy Defektu, Zmieszania, Podatności na zranienie, Zależności) i „Silny” – wartości dodatnie (schematy Wysokich standardów, Poszukiwania aprobaty, Wielkościowości). Wymiar drugi zaś (na osi Y) odpowiadałby za relacje z innymi, gdzie wartości ujemne opisywałyby „Dążenie do relacji” (Niewystarczające samokontrola, Poszukiwanie aprobaty, Izolacja społeczna) oraz „Unikanie relacji” – wartości dodatnie (Utrata zaufania, Wysokie standardy, Emocjonalna deprywacja). Zróznicowanie tych wymiarów najlepiej pokazuje analogiczne skalowanie wykonane dla całej grupy badanych, traktowane jako punkt odniesienia. Rysunku nie

zamieszczono z braku miejsca, jednakże analiza podobieństw pozwala na traktowanie skupienia 1 jako punktu odniesienia – niemal wszystkie schematy są w tych samych punktach przestrzeni dwuwymiarowej.

Wykres 4. Relacje pomiędzy schematami w skalowaniu PROXSCAL – skupienie 3



Można zauważyć różnice w zakresie wzajemnych relacji pomiędzy schematami; różnice te, wraz z różnicami nasilenia schematów w skupieniach pozwalają na pozytywną weryfikację hipotezy H3. *Różnym nasileniom cech zaburzonych osobowości odpowiadają inne układy schematów.*

Omówienie wyników

Przeprowadzone analizy pozwalają na ocenę wzajemnej zależności schematów i rysów osobowościowych, wskazując na ich treściową zgodność z poznawczym ujęciem zaburzeń osobowości i ich genezy.

Wyniki analiz korelacyjnych wskazują, że najsilniejsze związki są różne dla różnych typów zaburzonej osobowości. Rozpoczynając od wiązki A, cechy osobowości schizoidalnej wykazują najsilniejsze związki ze schematami: Zahamowania emocjonalnego, Społecznej izolacji oraz Defektu. Są to schematy opisujące osoby przekonane, że muszą powstrzymywać swoje emocje i uczucia, ponieważ ich ujawnienie może prowadzić do wstydu czy utraty poczucia własnej wartości; przekonane, że są niedoskonałe i złe, nie zasługujące na miłość, a jednocześnie, że są inne niż reszta społeczeństwa i nie pasują do żadnej z jego grup.

W mniejszym nieco stopniu do tego obrazu dołącza oczekiwanie raczej negatywnych wydarzeń i przekonanie, że własne potrzeby emocjonalne tych osób nie zostaną zaspokojone. Dla cech osobowości schizotypowej zaś najsilniejsze związki pojawiają się w kontekście Wielkościowości, Zależności i również Społecznej izolacji. Obraz ten zgadza się zarówno z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV-TR, jak i poznawczym rozumieniem tych osobowości, które cechuje przede wszystkim wycofanie i chłód emocjonalny, ale również brak poczucia własnej wartości i doświadczenia doznanej w życiu porażki [3]. Dla osobowości paranoicznej z kolei najwyższe związki obserwujemy w przypadku schematu Nadużycia/utraty zaufania i Negatywizmu. Schemat Nadużycia wyraża się w przekonaniu pacjenta, że inni będą go wykorzystywać, ranić, manipulować, oszukiwać czy zdradzać, co niemal dokładnie pokrywa się w kryteriami diagnostycznymi, a co dodatkowo wspierane jest przez Negatywizm i doszukiwanie się w codziennych sytuacjach raczej pesymistycznych scenariuszy. Nieco niższe, ale bliskie granicy 0,4 są wskaźniki związków cech osobowości paranoicznej ze schematami Porzucenia (przekonanie, że bliskie osoby odejdą, a ważne związki się rozpadną) i

Wielkościowości (przekonanie o przysługiwaniu specjalnych praw i braku ograniczeń), co utwierdza i nasila wcześniejsze schematy, stając się w pewien sposób radzeniem sobie z przekonaniem, a co jednocześnie zgodne jest z innymi badaniami [3, 19-20].

Wiązka B również cechuje się licznymi związkami pomiędzy badanymi zmiennymi. I tak rysy osobowości narcystycznej wiążą się przede wszystkim ze schematami Wielkościowości (przekonanie, że jestem kimś lepszym od innych i przysługiwaniu specjalnych praw), Poszukiwaniem aprobaty/podziwu (w wyolbrzymiony sposób, albo kosztem własnych potrzeb, albo, co bardziej prawdopodobne przy rysach narcystycznych, dążeniem do podbudowania statusu i uznania przy pomocy różnych dostępnych metod, jak kariera czy wygląd) oraz z Wysokimi standardami (osoba nie czuje się wystarczająco dobra i stara się sprostać oczekiwaniom, ale również stawia innym i sobie wysokie oczekiwania, co wiąże się z perfekcjonizmem i sztywnością zasad). To również niemal wyczerpuje kryteria diagnostyczne. Z kolei w przypadku rysów osobowości antyspołecznej związki ze schematami są wyraźnie słabsze. Największą siłą ma związek z Wielkościowości, a więc nieprzyjmowanie do siebie norm, ograniczeń, stawianie się ponad i na specjalnych prawach. W innych badaniach dla osobowości antyspołecznej znaczące korelacje ze schematem Wielkościowości znalazła także Gilbert [21], badała ona jednak populację przestępców. Również mniej związków pojawia się w przypadku osobowości histrionicznej, gdzie największą siłą cechuje się relacja z Poszukiwaniem aprobaty. Wg Becka u podstaw osobowości histrionicznej leży przekonanie o własnej niekompetencji i niemożności poradzenia sobie z życiem, które pacjenci kompensują poprzez zyskiwanie uwagi innych, aby zapewnić sobie realizację własnych potrzeb [3].

Najwięcej silnych związków pojawia się w przypadku cech osobowości borderline. Najsilniejsze ($r \geq 0,50$) dotyczą schematów: Porzucenia, Podatności na zranienie, Podporządkowania i Pesymizmu. Założenia konceptualizacyjne dla tego typu osobowości podawane przez Becka [4], wskazują na rolę najbardziej charakterystycznych w tym zaburzeniu

przekonań podstawowych: świat jest wrogi, jestem podatny na zranienie, jestem nie do przyjęcia, wszyscy odrzucają i ranią; tezy te zgodne są najbardziej nasilonymi związkami uzyskanymi w tym badaniu. Z kolei Young [2] zwraca uwagę na rolę tzw. trybów schematów, czyli sytuacji, w których w zależności od stanu, w jakim jest osoba (złość, smutek, krzywda) uruchamiają się inne schematy i przekonania, często przeciwstawne. Będąc strategią radzenia sobie z emocjami, tak duża ilość schematów powiązanych z osobowością borderline, odpowiada za charakterystyczną zmienność w obserwowanym zachowaniu pacjenta, opisywaną jako chwiejność. Rolę związków tej osobowości ze schematami potwierdza także w swoich badaniach Gilbert [21], zaś Rezaei [22] wskazuje, że osoby z nasilonymi schematami z obszaru osłabionych granic i/lub osłabionej autonomii są bardziej podatne na rozwinięcie rysów osobowości z klastra B.

W wiązce C zwraca uwagę przede wszystkim osobowość zależna i bardzo silne związki ($r > 0,6$) ze schematami Podporządkowania i Poszukiwania aprobaty, oraz nieco niższe, ale również silne ($r > 0,5$) z Porzuceniem i Niekompetencją, co pojawia się również w innych badaniach [23]. Również w tym przypadku wpisuje się to doskonale w poznawczą konceptualizację osobowości zależnej; osoby z takim zaburzeniem, czując się niekompetentne, nie radząc sobie, a przede wszystkim obawiając się pozostania samemu, muszą znaleźć sobie kogoś, kto da im stabilność. Jednocześnie doświadczają silnej obawy przed utratą relacji ze względu na przekonanie o niemożności samodzielnego funkcjonowania; aby temu zapobiec podporządkowują się innym, nawet za cenę rezygnacji z siebie i swoich potrzeb [3, 4, 11]. Osobowość unikająca z kolei w kryteriach diagnostycznych ma podkreślaną obawę przed odrzuceniem, krytyką, wstydem; postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej i gorszej od innych. Z tego też względu osoby z takim zaburzeniem unikają wszelkiej aktywności, aby nie być narażonym na zakłopotanie czy „odkrycie ich prawdziwego ja” [8]. W tym kontekście zrozumiałe są silne związki ze schematami Defektu, Porażki i Niekompetencji, co potwierdzono również w innych badaniach

[24]. Podobnie przekonanie o konieczności tłumienia własnych potrzeb i podporządkowanie się w celu uniknięcia negatywnych konsekwencji, a także hamowanie emocji aby nie skrzywdzić innych, wpisują się w charakterystykę osobowości unikającej, na co wskazują również wyniki innych badań [25]. Ostatnim typem zaburzonej osobowości z mierzonych w tym badaniu jest osobowość obsesyjno-kompulsywna. Uzyskane wyniki wskazują na bardzo małą ilość korelacji ze schematami, co być może wynika z niejednorodności tej skali w prezentowanym badaniu lub też z faktu, że bardziej traktowana była jako skala kłamstwa, o czym wspomniano w części Metoda. Jednakże istotna korelacja dotycząca związku tej osobowości ze schematem niewystarczającej samokontroli, wskazującym na trudności osoby w tłumieniu frustracji, impulsów, czy też siły do znoszenia nieprzyjemnych sytuacji, wydaje się być treściowo zgodna z istotą OCPD [25], wymaga jednak ostrożniejszej interpretacji ze względu na wspomniane ograniczenia.

Podsumowując, można stwierdzić, że pomimo iż grupę badaną stanowiły osoby bez diagnozy zaburzeń osobowości, analizy wykazują dość silne, a co więcej treściowo adekwatne, związki cech osobowości zaburzonej z wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami. Oznacza to, że teoria Younga jest spójna i daje dobre podstawy do prowadzenia badań na populacjach klinicznych i nieklinicznych [24–28], również z uwagi na fakt roli schematów i zaburzonej osobowości w genezie zaburzeń z Osi I [29].

Pogłębiona analiza tych zależności wiąże się z oceną schematów w różnych typach i nasileniach rysów osobowościowych. Wyniki analizy skupień pokazały jako najlepiej dopasowane 3 skupienia, różniące się istotnie pomiędzy sobą.

Analiza otrzymanych układów cech zaburzonej osobowości pozwala dla celów tego badania przyjąć, że skupienie 1 i 3 są do siebie bardzo podobne i różnią się jedynie wysokością profili, a więc nasileniem rysów osobowościowych. W obu przypadkach najwyższe są cechy histrioniczne, narcystyczne i schizotypowe (w kontekście normy prawdopodobnie rozumiane

bardziej jako pewien ekscentryzm w zachowaniu, bez typowych patologicznych cech), co może wskazywać na osoby, zwłaszcza w skupieniu 3, mocno skoncentrowane na tworzeniu własnego wizerunku. Skupienie 2 natomiast to osoby pod względem wysokości profilu o średnio nasilonych rysach, różnią się zaś nieco cechami dominującymi: schizoidalnymi, schizotypowymi i unikającymi, cechować je więc będzie większe wycofanie i introwersja w relacjach. Roboczo mogą więc być nazwane ze względu na dominujące rysy: 1 – Z prawidłową osobowością, 2 – Lękowe, 3 – Ekstrawertywne.

Wyniki wskazują, że skupienia różnią się w zakresie nasilenia schematów, przy czym najbardziej skupienie 1 – różni się zarówno od 2, jak i 3. Różnice te mają jednak ten sam kierunek, i pomimo swojej istotności dotyczą nasilenia schematów: im wyższe jest nasilenie rysów osobowościowych, tym większe również nasilenie schematów. Jest to wynik zgodny z teorią Younga, według którego większe nasilenie schematów może prowadzić do pojawienia się cech zaburzonej osobowości [2,7]. Można jednak zastanowić się, dlaczego skupienie osób Lękowych (2) różni się od Prawidłowej osobowości (1) w zakresie schematów, zaś nie różni się od skupienia 3 – Ekstrawertywnego, choć odległość w wysokości profili jest podobna; cechuje się ono również innym układem rysów osobowościowych, zaś 1 i 3 – układ mają podobny. Aby znaleźć odpowiedź na to pytanie, oceniono wzajemne relacje pomiędzy schematami za pomocą skalowania wielowymiarowego.

Skupienie 1 i 3 mają dość podobne układy schematów – większość jest w podobnym miejscu w przestrzeni. Największe różnice dotyczą Nieufności, która w skupieniu 1 jest zdecydowanie najwyższej w wymiarze Unikania relacji i jest charakterystyczna dla tego skupienia. Skupienie 3 – Ekstrawertywne, podobnie jak 1 – z prawidłową osobowością, większość schematów ma po stronie Słaby w wymiarze samooceny, nieco bardziej zaakcentowany jest Defekt i Emocjonalna deprywacja w wymiarze Unikania relacji po słabszej stronie ja. Schemat Izolacji społecznej jest przemieszczony w kierunku Unikania relacji, podczas gdy w skupieniu 1 – jest na tym

wymiarze zdecydowanie niżej. Odwrotnie natomiast zachowuje się schemat Zależności, który jest dominujący w skupieniu 3 w wymiarze Dążenie do relacji, zaś w 1 - przesuwa się w stronę Unikania relacji i również na wymiarze samooceny w kierunku Słaby. Taki układ rzeczywiście byłby zgodny z rysami osobowościowymi tworzącymi skupienie 3, przejawiającymi się większą koncentracją na tym, jak osoby są odbierane przez innych (również strona Słaby jest bardziej w kontekście Dążenia do relacji, niż Unikania). Koncentracja ta jest wzmacniana w skupieniu Ekstrawertywnym przez Samokaranie, czyli brak wyrozumiałości wobec siebie i innych i nietolerancję dla błędów. Skupienie 1 wydaje się być nieco bardziej skoncentrowane na Unikaniu relacji. Poza tymi różnicami, oba te skupienia są dość podobne. Można więc podsumowując zauważyć, że określone nasilenie cech histrionicznych, narcystycznych i schizotypowych w ich wzajemnym układzie wiąże się z przekonaniem o sobie wskazującym na spostrzeganie siebie raczej jako słabych, ale jednocześnie dążących do relacji, i prezentujących innym „lepszą” wersję siebie, aby te relacje zyskać.

Nieco inaczej jest w przypadku skupienia 2 – Lękowego, które różni się bardziej od 1 i 3. Przede wszystkim na wymiarze Y po stronie Unikania relacji pojawia się Niewystarczająca samokontrola, związana z tendencją do unikania nieprzyjemności i wycofywania się w sytuacji nie radzenia sobie, zaś Wysokie standardy, charakterystyczne dla pozostałych dwu skupień, przesuwa się na tym wymiarze znacznie w dół, wskazując na przekonanie, że osoby te zawsze będą czuły się gorsze w relacji z innymi. Wyższe nasilenie w tym wymiarze ma również schemat Porażki, czyli przekonanie o własnej gorszości, oraz Izolacji społecznej, czyli postrzeganie się jako kogoś odmiennego od reszty ludzi (ten ostatni schemat podobnie jak w skupieniu Ekstrawertywnym). Zahamowanie emocjonalne z kolei umiejscowione jest w porównaniu do innych skupień w bardziej kierunku Dążenia do relacji, zaś w wymiarze samooceny – w kierunku „Siła”. W przypadku pozostałych schematów – są one podobnie umieszczone albo w relacji do skupienia 1 - Prawidłowej osobowości, albo 3 -

Ekstrawertywnego. Można więc przyjąć, że dominacja cech osobowości schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej i unikającej wiąże się z dużym zahamowaniem i kontrolą siebie na wymiarze relacji, i jednoczesnym przekonaniem, że relacje te i tak nie będą satysfakcjonujące, również ze względu na Wysokie standardy czy przekonanie o przysługujących specjalnych prawach.

Powyższe rozważania potwierdzają założenie o unikalnych wzorach schematów związanych z nasileniem cech osobowości nieprawidłowych w ich określonej konstelacji. Inaczej mówiąc, schematy wpisują się treściowo nie tylko w samą typologię zaburzeń osobowości, ale również w specyficzne układy cech osobowości nieprawidłowej. Podobne wnioski pojawiają się również w literaturze przedmiotu [30, 31]. Wydaje się jednak, że prezentowane badania nie pozwalają na uogólnienie wniosków w postaci próby wnioskowania o zaburzeniu osobowości np. na podstawie typów najbardziej aktywnych schematów. Można jednak przyjąć, iż prawdą jest, że związki takie istnieją, oraz że możliwy jest taki sposób wnioskowania, wymaga to jednak dalszej empirycznej weryfikacji.

Wnioski

Prezentowane badania pozwalają na wstępne potwierdzenie teorii Younga w zakresie relacji wczesnych nieadaptacyjnych schematów i zaburzeń osobowości. Najbardziej nasilone schematy w określonym typie osobowościowym odpowiadają przekonaniom rdzennym i myślom automatycznym charakterystycznym dla danego zaburzenia; przekonania te zgodnie z teorią poznawczą są uznawane za przyczynę określonych zachowań, które to zachowania są strategiami kompensacyjnymi w stosunku do przekonań [3]. Również różnice w zakresie struktury rysów osobowościowych i ich nasilenia wiążą się z różnym nasileniem schematów, ale także ich wzajemnych relacji pomiędzy sobą. Wnioski te dodatkowo wzmacnia fakt, że badana była populacja niekliniczna. Istnienie dość silnych związków schematów z cechami osobowości zaburzonej w tej próbie pozwala przypuszczać, że zróżnicowanie badanych pod

względem istniejącej diagnozy zaburzenia osobowości będzie skutkowało silniejszymi i wyraźniejszymi związkami. Jednocześnie badanie to potwierdza rzetelność i trafność zastosowanych metod diagnostycznych. Z drugiej strony, tak próba, jak i jej wielkość są głównymi ograniczeniami tego badania. Mając to na uwadze, badania te należy traktować jako badania wstępne, a otrzymane wnioski mogą mieć status hipotez do dalszych, pełniejszych badań, na próbach zarówno nieklinicznych, jak i klinicznych, kontrolowanych pod względem istniejących zaburzeń, co pozwoli na pełniejszą ocenę roli wczesnych nieadaptacyjnych schematów w genezie i podtrzymywaniu zaburzenia. Ze względu na powyższe ograniczenia również wyłącznie jako hipotezę można traktować możliwość różnicowania zaburzeń osobowości w oparciu wyłącznie o strukturę układu aktywnych schematów. Prezentowane badania ukazują zasadność podjętego kierunku badań, wymagają jednak uściślenia w oparciu o badanie prób klinicznych oraz prób nieklinicznych o większej liczebności.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia schematów. Przewodnik praktyka. Sopot: GWP; 2014.
3. Beck AT, Freeman A, Davis DD, Cierpisz M. Terapia poznawcza zaburzeń osobowości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
4. Greenberg MS, Beck AT. Cognitive approaches to psychotherapy: Theory and therapy. W: Plutchik R, Kellerman H red. Emotion, psychopathology, and psychotherapy. San Diego, CA, US: Academic Press; 1990. s. 177–94.
5. Cwalina E. Przegląd terapii poznawczo-behawioralnych stosowanych w leczeniu zaburzeń osobowości typu borderline. Psychoterapia, 2007; 2 (141): 41-55
6. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M i wsp. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. Clin Psychol Psychother. 2009; 16(5): 394–407.

7. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.). Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
8. Diagnostic and statistical manual-IV-text revised (DSM-IV-TR, 2000). American Psychiatric Association; 2000.
9. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N i wsp. The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cogn Ther Res.* 2006; 30(4): 515–29.
10. Romanowska M. Trudności w relacji terapeutycznej w terapii poznawczo-behawioralnej. Terapia schematów Younga w pracy z osobowością z pogranicza. *Psychoterapia* 2013; 2 (173): 45-55.
11. Slepecky M, Kotianova A, Vyskocilova J, Prasko J. Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Personality Disorders. *Eur Psychiatry.* 2015; 28(30): 143–143.
12. Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. 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(8): 487–92.
13. Trzebińska E. Szaleństwo bez utraty rozumu: z badań nad zaburzeniami osobowości. Warszawa: Academica, Wydawnictwo SWPS; 2009.
14. Trzebińska E, Balsam K. Samoocena w zaburzeniach osobowości. *Przegląd Psychologiczny*, 2013; 1, 97-116.
15. Calvete E, Orue I, González-Diez Z. An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *Eur J Psychol Assess.* 2013; 29(4): 283–90.
16. Hawke LD, Provencher MD. The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 2012; 44(1): 40–9.
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): 205–12.
18. Lachenal-Chevallet K, Mauchand P, Cottraux J, Bouvard M, Martin R. Factor Analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Sample. *J Cogn Psychother.* 2006; 20(3): 311–8.

19. Corral C, Calvete E. Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. *Span J Psychol*. 2014; 17: 1-10
20. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personal Individ Differ*. 2004; 36(7): 1669–80.
21. Gilbert F, Daffern M. The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. *Psychol Crime Law*. 2013; 19(10): 933–46.
22. Rezaei F, Haidaripoor S, Ghadami N. Early maladaptive schemas in addicts and their association with personality disorders. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 1 (abstract).
23. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clin Psychol Psychother*. 2005; 12(2): 142–9.
24. Carr SN, Francis AJP. Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cogn Ther Res*. 2010; 34(4): 343–58.
25. Jovev M, Jackson HJ. Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. *J Personal Disord*. 2004; 18(5): 467–78.
26. Carr SN, Francis AJP. Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2010; 83(4): 333–49.
27. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010; 41(1): 52–9.
28. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *J Personal Disord*. 2001; 15(6): 546–59.
29. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clin Psychol Psychother*. 2006; 13(6): 405–13.
30. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *J Personal Disord*. 2001; 15(1): 72–83.
31. Eurelings-Bontekoe EHM, Luyten P, IJssennagger M, van Vreeswijk M, Koelen J. Relationship between personality organization and young's cognitive model of personality pathology. *Personal Individ Differ*. 2010; 49(3): 198–203.