

Maria Finogonow

TRYBY SCHEMATÓW I MODELE TRYBÓW W ZABURZENIACH OSOBOWOŚCI Z KLASTRĄ B I C

SCHEMA MODES AND MODE MODELS FOR CLUSTER B AND C PERSONALITY DISORDERS

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

schema therapy
schema modes
personality disorders

Streszczenie

Terapia schematów stworzona przez Jeffreya Younga i współpracowników jest stosunkowo nowym integracyjnym podejściem w psychoterapii. Choć wyrasta bezpośrednio z koncepcji poznawczej, łączy w sobie również elementy teorii przywiązania Bowlby'ego, analizy transakcyjnej Berne'a, teorii relacji z obiektem, Gestalt oraz terapii skoncentrowanych na osobie.

W zaproponowanym przez Younga i współpracowników modelu kluczowym pojęciem są wczesne nieadaptacyjne schematy rozumiane jako ogólne, wszechogarniające motywy lub wzorce składające się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych. Początkowo opisany model schematów okazał się mieć pewne ograniczenia w pracy klinicznej z pacjentami o poważnych zaburzeniach osobowości. Young zaproponował Model Trybów Schematów jako bardziej efektywną i możliwą do zastosowania alternatywę w leczeniu tych zaburzeń. Po rozwoju modelu trybów dla osobowości borderline i narcystycznej opracowano także modele dla innych zaburzeń osobowości.

Celem artykułu jest przedstawienie trybów schematów oraz wypracowanych modeli trybów dla osób z zaburzeniami osobowości. Zaprezentowano modele trybów dla zaburzeń osobowości z klastrą B (z pogranicza/borderline, narcystycznego, histrionicznego, antyspołecznego) oraz zaburzeń osobowości z klastrą C (unikającego, zależnego, obsesyjno-kompulsyjnego).

Summary

Schema therapy, created by Jeffrey Young and co-workers, is a relatively new integrative approach in psychotherapy. Although it is derived directly from cognitive theory, it also contains some elements of the attachment theory by Bowlby, transactional analysis by Berne, object-relations theory, *Gestalt*, and person-centred concepts.

The key notion in the model by Young and co-workers relates to Early Maladaptive Schemas, which are referred to as general overwhelming motives or patterns that comprise recollections, emotions, beliefs, and physical experiences. The first description of the schema model turned out to have some limitations in the clinical treatment of patients with serious personality disorders. Young proposed Schema Modes Model as a more effective alternative to be used in the treatment of the disorders.

After development of the mode model for borderline and narcissistic personality disorder, also models for other personality disorders were elaborated.

The article is aimed at presenting the schema modes and the mode models for persons with personality disorders. There are presented mode models for cluster B personality disorders (borderline, narcissistic, histrionic, antisocial) and for cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive).

Wprowadzenie

Terapia schematów, stworzona przez Jeffrey Younga i współpracowników [1–3], jest stosunkowo nowym integracyjnym podejściem w psychoterapii. Wywodzi się z terapii poznawczo-behawioralnej, jednak łączy w sobie również elementy innych koncepcji, przede wszystkim teorii przywiązania Bowlby’ego, analizy transakcyjnej Berne’a, teorii relacji z obiektem, *Gestalt* oraz koncepcji skoncentrowanych na osobie. W odróżnieniu od klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, terapia schematów podkreśla rolę relacji terapeutycznej oraz technik skoncentrowanych na emocjach [3, 4]. Terapia schematów w większym stopniu poświęca uwagę opracowaniu problematycznych emocji, opierając się na założeniu, że zmiana w funkcjonowaniu poznawczym nie zawsze oznacza poprawę regulacji emocjonalnej [5].

Kluczowym pojęciem w terapii schematów są wczesne nieadaptacyjne schematy, które kształtują się w okresie dzieciństwa na skutek interakcji między różnymi czynnikami: temperamentem dziecka, stylami rodzicielskimi rodziców oraz znaczącymi, czasami traumatycznymi doświadczeniami. W schematach zawarte są wrażenia zmysłowe, doświadczone emocje i działania, a także nadane im znaczenie. Działają one jak filtry, za pomocą których ludzie porządkują, interpretują i przewidują świat [2–4, 6].

Ważną rolę w rozwoju nieadaptacyjnych schematów odgrywa brak zaspokojenia podstawowych potrzeb w tym okresie, do których Young zalicza: potrzebę bezpiecznego przywiązania, autonomii, uznania, realistycznych granic oraz spontaniczności i zabawy. W swoim modelu Young i współpracownicy [3, 6] opisali 18 nieadaptacyjnych schematów, które zostały przyporządkowane do pięciu głównych obszarów powiązanych z podstawowymi potrzebami, np. schemat Deprywacji Emocjonalnej, Wadliwości, Zależności/Niekompetencji. Według Younga ludzie radzą sobie z tymi emocjami, wykorzystując trzy główne style radzenia sobie: nadkompensację, podporządkowanie się schematowi lub unikanie schematu. Strategie radzenia sobie przyporządkowane do tych trzech stylów są według Younga kluczowe pod względem ich roli w podtrzymywaniu schematów [3, 7].

Tryby schematów

Początkowo opisany model schematów okazał się mieć pewne ograniczenia w pracy klinicznej z pacjentami o poważnych zaburzeniach osobowości [3, 4]. Trudności wynikały zarówno z licznych schematów występujących u tych pacjentów, jak również nagłych zmian w sposobie ich myślenia, odczuwania i zachowań. By móc lepiej wyjaśnić te zmiany, Young i współpracownicy zaproponowali Model Trybów Schematów jako bardziej efektywną i możliwą do zastosowania alternatywę w leczeniu zaburzeń [3, 4, 6]. Tryby

Schematów zwane w skrócie trybami, są względnie niezależnymi od siebie wzorcami myślenia, odczuwania i zachowania, które leżą u podstaw różnych stanów świadomości. Można je zaobserwować i zmierzyć, ponieważ reprezentują chwilowe stany emocjonalne i poznawcze oraz sposoby radzenia sobie, które są aktywne w danym momencie. Tryby zostają aktywowane przez wydarzenia emocjonalne, a dana osoba może przełączać się z jednego trybu w inny bardzo szybko.

Początkowo Young i współpracownicy [3, 6] wyróżnili 10 podstawowych trybów przyporządkowanych do czterech kategorii: tryby dziecięce (Wrażliwe Dziecko¹, Złoszczące się Dziecko, Impulsywne i Niezdyscyplinowane Dziecko, Szczęśliwe Dziecko), nieadaptacyjne tryby radzenia sobie (Uległy Poddany, Odłączony Obrońca, Nadkompensator), nieadaptacyjne tryby rodzicielskie (Karzący Rodzic i Wymagający Rodzic) oraz tryb Zdrowego Dorosłego. Wśród nich tylko dwa tryby uważane są za adaptacyjne: tryb Szczęśliwego Dziecka i tryb Zdrowego Dorosłego.

Tryb Wrażliwego Dziecka może przybierać różne podtypy, w zależności od ran, których dziecko doznało, np. Opuszczone Dziecko, Skrzywdzone Dziecko, Zdeprywowane Dziecko lub Wadliwe Dziecko [3]. W tym trybie pacjent doświadcza licznych bolesnych emocji i jest bardzo podatny na zranienie. Większość schematów przynależy właśnie do tego trybu i dlatego jest on centralny w pracy ze schematami. Uzdrowienie go jest najważniejsze w pracy terapeutycznej. Oprócz tego tryby dziecięce mogą także wiązać się z doświadczaniem intensywnej złości oraz trudnościami z samodyscypliną.

Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie odpowiadają trzem podstawowym stylom radzenia sobie według Younga (poddanie się schematowi, unikanie schematu oraz nadkompensacja, czyli walka ze schematem). Tryby te odzwierciedlają próby, jakie pacjent jako dziecko podejmował, by poradzić sobie z niezaspokojonymi potrzebami. Niejednokrotnie można zauważyć, że w dzieciństwie tryby te pełniły adaptacyjną rolę, jednak w dorosłości stały się dla pacjenta źródłem cierpienia i licznych problemów. Rolą Uległego Poddanego jest często unikanie następnych krzywd za pomocą podporządkowania się schematowi, rolą Odłączonego Obrońcy — ucieczka przed trudnymi emocjami za pomocą wycofania, odcięcia się emocjonalnego, podczas gdy rolą Nadkompensatora jest również ucieczka przed trudnymi emocjami, jednak za pomocą zachowań, które mają zaprzeczyć treściom zawartym w schematach. Oprócz tych dziesięciu głównych trybów Young i wsp. [3, 4] wskazywali też tryb *Samo wielbiacza* i tryb *Zastraszania i Ataku* jako podtypy nadkompensacji oraz *Odłączonego Samoukoiciela* jako podtyp trybu unikającego.

Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie odzwierciedlają zinternalizowane figury rodzica bądź innych znaczących osób z okresu dzieciństwa. Kiedy pacjenci znajdują się w tych trybach, traktują siebie tak, jak kiedyś traktowali ich rodzice. W zależności od dziecięcych doświadczeń, najczęściej karzą się za wyrażanie potrzeb lub popełnianie błędów (Karzący

¹ W literaturze polskiej występuje zróżnicowane nazewnictwo niektórych trybów. Podawane przez autorów propozycje tłumaczeń wraz z oryginalnymi nazwami zostały umieszczone w tabeli 1.

Rodzic), bądź wywierają na sobie presję, by spełniać nierealistyczne wysokie wymagania (Wymagający Rodzic).

W miarę rozwoju i rozszerzania podejścia przez grupy badawcze Arnouda Arntza i Davida P. Bernsteina wprowadzano i opisywano kolejne tryby. Na przykład Bernstein i współpracownicy [8, 9] zaproponowali, by do modelu 10 trybów Younga wprowadzić 4 nowe tryby, które mogą pomóc w opracowaniu modeli trybów osób z psychopatycznymi cechami osobowości: Złoszczącego się Obroncę, Drapieżcę, Oszusta i Manipulatora oraz Nadmiernego Kontrolera. Bamelis i współpracownicy wskazują, że ostatni z wymienionych trybów może przyjmować postać Perfekcjonistycznego lub Paranoidalnego Nadmiernego Kontrolera [10]. Z kolei Edwards przedstawiając funkcjonowanie osób w „trójkącie dramatycznym” opisuje także Strofującego Nadmiernego Kontrolera oraz tryb Ofiary [11].

Aktualnie w literaturze opisanych jest ponad 20 trybów (tabela 1). Niektóre z nich zostały wyróżnione jako swoiste podtypy wcześniejszych trybów, inne wypracowane zostały w oparciu o pracę z pacjentami z różnymi zaburzeniami osobowości. Wraz z rozwojem podejścia opartego na trybach, zaczęły powstawać Modele Trybów dla różnych zaburzeń. Charakteryzują one najczęściej występujące tryby u pacjentów z danym zaburzeniem, a na ich podstawie tworzone są modele pracy z pacjentami, u których dane zaburzenie występuje.

Tabela 1. Charakterystyka trybów

NIEADAPTACYJNE TRYBY DZIECIĘCE
Wrażliwe Dziecko (<i>Vulnerable Child</i>)*
Samotne Dziecko (<i>Lonely Child</i>) Pacjent czuje się jak osamotnione dziecko. Ponieważ w dzieciństwie jego potrzeby nie były zaspokajane, często ma uczucie emocjonalnej pustki. Czuje się samotny, nieakceptowany, niekochany i niewart miłości.
Porzucone (Opuszczone) i Maltretowane Dziecko (<i>Abandoned and Abused Child</i>) Pacjent odczuwa ogromny ból i strach z powodu opuszczenia i/lub maltretowania. Czuje się jak zagubione, bezbronne dziecko, które zostało porzucone. Jest przerażony, smutny, rozpaczony, czuje się bezwartościowy, dezorientowany i potrzebujący. W tym trybie pacjent usilnie poszukuje postaci rodzica, który mógłby się nim zaopiekować.
Upokorzone (Poniżane) i Gorsze Dziecko (<i>Humiliated and Inferior Child</i>) Tryb ten traktowany jest jako podkategoria trybu Porzuconego i Maltretowanego Dziecka. Uczucie osamotnienia jest w tym trybie słabsze, dominuje natomiast uczucie upokorzenia i bycia gorszym od innych. Pacjent czuje się zawstydzony sobą i wykluczony.
Zależne Dziecko (<i>Dependent Child</i>) Pacjent czuje się nieporadny, przytłoczony obowiązkami dorosłych. Usilnie poszukuje osoby, która może się nim zaopiekować, dać mu wsparcie emocjonalne, wskazać mu drogę, wziąć za niego odpowiedzialność.
Złoszczące się (Rozzłoszczone) Dziecko (<i>Angry Child</i>)*
Złoszczące się (Rozzłoszczone) Dziecko (<i>Angry Child</i>) Pacjent czuje intensywną złość, jest wściekły i niecierpliw, ponieważ jego podstawowe potrzeby nie są zaspokajane. Może też czuć się porzucony, upokorzony lub zdradzony. Intensywnie manifestuje swoją złość zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie, tak jak małe dziecko, które ma wybuchy gniewu. Buntuje się przeciw niesprawiedliwości, której doświadcza, jednak nie atakuje innych.

<p>Uparte Dziecko (<i>Stubborn Child</i>) Jest to podtyp Złoszczącego się Dziecka. Pacjent czuje złość, ale nie wyraża jej w sposób otwarty. Zamiast tego upiera się przy swojej pozycji lub oczekiwaniach, które innym wydają się nierozsądne.</p>
<p>Rozwścieczone Dziecko (<i>Enraged Child</i>) Pacjent czuje gniew i wściekłość z tego samego powodu co Złoszczące się Dziecko, ale traci kontrolę. Przejawia się to w obraźliwych, atakujących i krzywdzących/niszczących zachowaniach wobec innych ludzi i rzeczy. Pacjent zachowuje się jak rozwścieczone dziecko, które niszczy swoje zabawki.</p>
<p>Impulsywne i Niezdyscyplinowane Dziecko (<i>Impulsive and Undisciplined Child</i>)*</p>
<p>Impulsywne Dziecko (<i>Impulsive Child</i>) W tym trybie pacjent rozładowuje wszystkie zablokowane emocje w sposób impulsywny, nagły, w celu natychmiastowego zaspokojenia swoich potrzeb. Często jednak jego zachowania nie mają na celu zaspokojenia podstawowych potrzeb, ale chwilowych zachcianek. Pacjent nie potrafi odroczyć gratyfikacji ani przewidzieć negatywnych konsekwencji impulsywnego działania.</p>
<p>Niezdyscyplinowane Dziecko (<i>Undisciplined Child</i>) Pacjent nie ma tolerancji na frustrację i nie potrafi zmusić się do dokończenia rutynowych lub nudnych zadań. Nie potrafi wytrzymać braku satysfakcji lub dyskomfortu i zachowuje się jak rozpieszczone dziecko. Łatwo się poddaje.</p>
<p>NIEADAPTACYJNE TRYBY RADZENIA SOBIE</p>
<p>Poddanie się schematowi</p>
<p>Uległy (Posłuszny) Poddany (<i>Compliant Surrender</i>)* Pacjent poświęca się i podporządkowuje potrzebom i oczekiwaniom innych, aby uniknąć negatywnych konsekwencji, np. konfliktu bądź odrzucenia. Tłumi swoje potrzeby i emocje mając nadzieję, że uzyska akceptację za bycie posłusznym. Toleruje wykorzystywanie ze strony innych osób. Angażuje się w takie działania i relacje z ludźmi, które zgodne są z treścią jego schematów.</p>
<p>Użalająca się Ofiara (<i>Self-pity Victim</i>) Pacjent czuje ogromne cierpienie, ale nie podejmuje działań, które mogą pomóc mu zaspokoić swoje potrzeby. Zamiast tego zachowuje się jak ofiara, skarży się i użala nad sobą.</p>
<p>Unikanie schematu</p>
<p>Odlączony (Odcięty) obrońca (<i>Detached Protector</i>)* Pacjent odcina się od silnych uczuć i emocji, ponieważ wierzy, że uczucia te są niebezpieczne i mogą wymknąć się spod kontroli. Wycofuje się z kontaktów społecznych i próbuje odciąć się od emocji (co czasami prowadzi do stanu dysocjacji). Czuje się pusty, znudzony i bezosobowy. Może przyjmować cyniczne lub pesymistyczne nastawienie, aby trzymać innych z daleka.</p>
<p>(Odlączony) Samoukoiciel/Autostymulator (<i>Detached Self-Soother/Self-Stimulator</i>) Pacjent poszukuje dystraktorów, aby uniknąć przeżywania negatywnych emocji. Uzyskuje to poprzez angażowanie się w uspokajające aktywności (np. sen, używki) lub poprzez aktywności autostymulujące (intensywne, nadmierne zaangażowanie w pracę, internet, sport, seks).</p>
<p>Złoszczący się obrońca (<i>Angry Protector</i>) Pacjent ukrywa swoje prawdziwe uczucia, a zamiast nich wyraża złość i rozdrażnienie. W obawie przed zranieniem chroni się za murem złości. Demonstrowanie złości ma utrzymać innych na bezpieczny dystans. W odróżnieniu od trybu Złoszczącego się bądź Rozwścieczonego Dziecka, jego gniew jest bardziej pod kontrolą.</p>
<p>Unikający obrońca (<i>Avoidant Protector</i>) Pacjent unika sytuacji lub innych bodźców, które mogą go zranić, wywołać przykre emocje. Unikanie może dotyczyć zarówno relacji interpersonalnych, jak i zadań, które są trudne.</p>

Nadkompensator (Nadmierny Kompensator) (<i>Overcompensator</i>)*
Samouwielbiacz (Samopowiększacz) (<i>Self-Aggrandizer</i>) Pacjent wierzy, że jest lepszy od innych i przysługują mu specjalne prawa. Nalega, aby mógł robić lub mieć to, czego chce, niezależnie od tego, co myślą i czują inni. Popisuje się, wywyższa, eksponuje swoje zasoby, np. wygląd, pozycję, a innych umniejsza, aby zwiększyć swoją samoocenę. Niejednokrotnie odczuwa złość, kiedy ktoś próbuje umniejszyć jego wizerunek.
Tryb Znęcania się (Zastraszania) i Ataku (<i>Bully and Attack</i>) Pacjent chce ochronić siebie przed kontrolą bądź skrzywdzeniem przez innych i z tego powodu sam próbuje kontrolować innych. Używa gróźb, zastraszania, agresji i siły. Zawsze chce dominować i czerpie sadystyczną przyjemność z ranienia innych. Zachowania agresywne pojawiają się „na gorąco”, spontanicznie, wynikają z doświadczonych w danym momencie silnych emocji.
Perfekcjonistyczny/Obsesyjny Nadmierny Kontroler (<i>Perfectionist/Obsessive Over-Controller</i>) Tryb jest podtypem Trybu Nadmiernego Kontrolera. Pacjent próbuje chronić się przed rzeczywistym bądź domniemanym zagrożeniem poprzez trzymanie wszystkiego pod skrajną kontrolą. Aby to osiągnąć, powtarza czynności, korzysta z rytuałów, wykonuje zadania w perfekcyjny sposób. Często jest to tryb, który odpowiada na wysokie wymagania rodzica, który sprawiał, że dziecko czuło się niekompetentne lub niewystarczająco dobre.
Paranoidalny Nadmierny Kontroler (<i>Paranoid Over-Controller</i>) Jest to drugi podtyp trybu Nadmiernego Kontrolera. Pacjent próbuje chronić się przed zagrożeniem poprzez wzmoczoną czujność. Jest podejrzliwy i skupia się na kontroli i nadzorowaniu innych. Jest przekonany o złośliwych intencjach innych, które próbuje demaskować.
Strofujący Nadmierny Kontroler (<i>Scolding Overcontroller</i>) W trzecim podtypie Nadmiernego Kontrolera pacjent próbuje kontrolować zachowanie innych przez krytykowanie ich, strofowanie, dyrektywne mówienie im, co i jak mają robić.
Oszust i Manipulator (<i>Conning and Manipulative</i>) Pacjent manipuluje, kłamie i zachowuje się nieuczciwie, aby zniszczyć innych albo uniknąć kary. Tryb ten często występuje u przestępców, ale także u osób narcystycznych, które oszukując i manipulując, próbują uzyskać to, czego chcą.
Drapieżnik (Drapieżca) (<i>Predator</i>) W tym trybie pacjent skupia się na wyeliminowaniu zagrożenia, rywala lub przeszkody w pozbawiony skrupułów sposób. Jego agresja jest zimna, skalkulowana, bezlitosna i bezwzględna. Tryb ten występuje głównie u osób z psychopatią.
Poszukiwacz Uwagi (<i>Attention Seeker</i>) Pacjent stara się uzyskać uwagę i uznanie innych za pomocą ekstrawaganckich, niedostosowanych i przesadnych zachowań. Zwykle próbuje w ten sposób skompensować uczucia smutku i samotności.
NIEADAPTACYJNE TRYBY RODZICIELSKIE
Karzący (Krytyczny) Rodzic (<i>Punitive/Critical Parent</i>)* Pacjent jest wobec samego siebie agresywny, nietolerancyjny, niecierpliwy i niewybaczający. Zawsze jest samokrytyczny i czuje się winny. Wstydzi się swoich błędów i wierzy, że musi być za nie surowo ukarany. Tryb ten jest odzwierciedleniem tego, w jaki sposób rodzice (lub jeden z rodziców) albo inne ważne osoby mówią do pacjenta w celu deprecjonowania, lekceważenia lub karania go.
Wymagający Rodzic (<i>Demanding Parent</i>)* Pacjent czuje, że musi wypełniać surowe, rygorystyczne normy, reguły i wartości. Musi być skrajnie efektywny w ich realizowaniu. Wierzy, że cokolwiek robi nie jest wystarczająco dobre i że musi bardziej się starać. Dlatego dąży do najwyższych standardów, aż efekt będzie perfekcyjny, kosztem odpoczynku i przyjemności. Prawie nigdy nie jest zadowolony z rezultatów.

ZDROWE TRYBY
<p>Zdrowy Dorosły (<i>Healthy Adult</i>)* Pacjent ma pozytywne i neutralne myśli i uczucia względem siebie. Robi to, co jest dla niego dobre i to prowadzi go do zdrowych relacji z innymi oraz zdrowych aktywności. Troszczy się o potrzeby Wrażliwego Dziecka, chroni je i ceni. Wyznacza zdrowe granice Dziecku Impulsywnemu i Złoszczącemu się, ogranicza i hamuje nieadaptacyjne style radzenia sobie oraz dysfunkcjonalne tryby rodzicielskie.</p>
<p>Szczęśliwe Dziecko (<i>Happy/Contented Child</i>)* Pacjent czuje się kochany, rozumiany, ważny, usatysfakcjonowany, chroniony. Ma poczucie, że możliwa jest bliska i bezpieczna więź z innymi. Jest pewny siebie i czuje się kompetentny, odpowiednio autonomiczny, optymistyczny. Bawi się jak radosne, małe dziecko.</p>

* podstawowe tryby wyróżnione przez Younga i wsp. (2013)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Arntz i Jacob (2016), Edwards (2015), Lobbstael i in. (2007), Young i in. (2013).

Modele trybów w zaburzeniach osobowości

Zaburzenie osobowości z pogranicza

Model trybów początkowo opracowany został na podstawie doświadczenia klinicznego w leczeniu pacjentek z zaburzeniem osobowości typu borderline [3, 4], a następnie rozszerzony na pacjentów obu płci. Young i współpracownicy [3] zidentyfikowali pięć głównych trybów, które charakteryzują pacjentów z tym zaburzeniem osobowości, z czego cztery dominujące to tryby nieadaptacyjne: **O p u s z c z o n e i M a l t r e t o w a n e D z i e c k o**, **K a r z ą c y R o d z i c**, **Z ł o s z c z ą c e s i ę i I m p u l s y w n e D z i e c k o** oraz **O d ł ą c z o n y O b r o Ń c a**. W trybie Opuszczonego i Maltretowanego Dziecka pacjenci odczuwają często ból i przerażenie związane z większością schematów, a szczególnie Opuszczeniem, Skrzywdzeniem, Depryacją Emocjonalną, Wadliwością i Podporządkowaniem. Dominują wtedy uczucia strachu, smutku i zagubienia. Pacjenci w tym trybie czują się niekochani, nieważni, osamotnieni, bezbronni i podatni na zranienie. Drugi tryb to Złoszczące się i Impulsywne Dziecko, który aktywuje się z powodu niezaspokojonych podstawowych potrzeb. Pacjenci odczuwają wtedy gniew, a nawet wściekłość, nad którą trudno im zapanować. Dlatego krzyczą i atakują osobę, którą postrzegają jako odpowiedzialną za te emocje. Zachowują się roszczeniowo, agresywnie, grożąc niekiedy samobójstwem. Działają też impulsywnie, by zaspokoić swoje potrzeby.

Kolejny tryb Karzącego Rodzica jest często zinternalizowanym głosem rodzica, który krytykuje i karze pacjentów, choć czasem przypomina połączenie kilku trudnych osób z ich dzieciństwa [3, 12, 13]. Aktywuje się często wtedy, gdy pacjenci pozwolą sobie odczuć lub wyrazić swoje potrzeby. Głos ten jest bardzo surowy i bezlitosny, a pacjenci w tym trybie stają się często własnymi prześladowcami. Są pełni pogardy i nienawiści do samych siebie, wyrządzają sobie krzywdę, okaleczając się, głodząc się, fantazjując o samobójstwie, zachowując się autodestrukcyjnie.

Tryb, w którym pacjenci z zaburzeniem osobowości typu borderline funkcjonują przez większość czasu, to tryb Odłączonego Obrońcy. W tym trybie odcinają się oni od swoich

potrzeb i odczuwanych emocji, zrywają więzi z innymi osobami bądź podporządkowują się, by uniknąć kary. Zachowanie pacjentów w tym trybie sprawia często wrażenie zdrowego — pacjenci nie tracą panowania nad sobą, wydają się w kontakcie z terapeutą, zachowują się w zgodzie z jego oczekiwaniami. Tak, jakby w tym trybie „odpoczywali” od przytłaczających ich emocji. W rzeczywistości jednak pacjenci w tym trybie odczuwają pustkę, depersonalizację, oderwanie od rzeczywistości, znudzenie. Czasami też nadużywają substancji psychoaktywnych, by nie czuć przytłaczających emocji. U większości pacjentów z tym zaburzeniem występuje też tryb Zdrowego Dorosłego. Najczęściej jednak jest on słabo rozwinięty — szczególnie na początku terapii. Pacjentom brakuje trybu rodzicielskiego, który wyrażałby troskę wobec Opuszczonego Dziecka, uspokajał je i otaczał opieką. Powoduje to, że osoby z zaburzeniem osobowości typu borderline tak intensywnie doświadczają Opuszczonego Dziecka i bardzo emocjonalnie reagują na rozłąkę z ważnymi dla siebie osobami.

Funkcjonowanie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza często odbywa się na zasadzie błędnego koła. Pacjent może wyrazić jakąś potrzebę z poziomu Opuszczonego Dziecka, następnie przełączyć się na tryb Karzącego Rodzica, by ukarać się za to, że wyraził potrzebę, a następnie przełączyć się w tryb Odłączonego Obrońcy, by uniknąć przytłaczających go uczuć wywołanych przez karę. Z kolei tryby Odłączonego Obrońcy i Karzącego Rodzica, tłumiąc większość potrzeb i uczuć pacjenta, nasilają uczucia związane z trybem Opuszczonego Dziecka. Powoduje to wzrost wewnętrznego napięcia i bólu aż do chwili, gdy jakaś konfliktowa sytuacja z ważną dla pacjenta osobą doprowadzi do skrajnego napięcia i pacjent przeskoczy w tryb Złośczonego się Dziecka i zacznie atakować. To z kolei może ponownie aktywować tryb Karzącego Rodzica, który ma ukarać za raniące innych zachowanie, a następnie uaktywnić tryb Odłączonego Obrońcy.

Model trybów dla osobowości z pogranicza jest jednym z najlepiej przebadanych pod względem skuteczności prowadzonej terapii. Na podstawie modelu zaproponowanego przez Younga i współpracowników [3] opracowano także model pojęciowy zaburzenia osobowości typu borderline wraz z modelem leczenia tego zaburzenia [12].

Narcystyczne zaburzenie osobowości

Young i współpracownicy [3] opisują trzy główne tryby występujące u osób z narcystycznym zaburzeniem osobowości: *S a m o t n e D z i e c k o*, *Samouwieliacz* i *Odłączony Samoukoiciel/A u t o s t y m u l a t o r*. Większość pacjentów z narcystycznym zaburzeniem osobowości czuje się jak *Samotne Dziecko*, które jest doceniane tylko wtedy i tylko za to, co może przyczynić się do chwały ich rodziców. Pacjenci w tym trybie czują się niekochani, niegodni miłości, odczuwają smutek, pustkę i samotność, a niekiedy nawet pogardę do samych siebie. Uczucia w tym trybie są na tyle trudne dla pacjentów, że często nie przyznają się oni do ich istnienia, a kiedy ich doświadczają, starają się jak najszybciej przeskoczyć w inny tryb. Mają poczucie, że to, co udało im się w życiu osiągnąć, tak naprawdę przekracza ich możliwości i mieli po prostu niezwykle szczęście. Mają poczucie, że oszukali wszystkich wokół i dlatego bronią dostępu do tej części. Tryb *Samotnego Dziecka* uruchamia się zwykle wtedy, gdy pacjenci tracą źródło poczucia bycia ważnym lub wysoką pozycję, którą zajmowali.

Tryb Samouwielbiacza jest często efektem nadmiernej kompensacji treści wynikających ze schematów Deprywacji Emocjonalnej i Wadliwości. Ponieważ Samotne Dziecko czuje się nic niewarte i wadliwe, w trybie Samouwielbiacza pacjenci dążą do pokazania, udowodnienia swojej wyższości poprzez zarówno idealizację Ja, jak i dewaluację innych. Zachowują się roszczeniowo, rywalizują, wywyższają się i krytykują innych. Reagują gniewem na sygnały braku uznania, krytykę, dążą do uzyskania wyższej pozycji, do tego, by decydować o wszystkim. Według Younga i współpracowników [3] najczęstszymi formami zachowania są: agresja i wrogość, gdy ktoś nie chce spełniać ich oczekiwań lub kwestionuje ich metody kompensacji; dominacja i usilne stawianie na swoim, by zastraszyć innych, zachować kontrolę nad sytuacją (szczególnie w tych sytuacjach, gdy uruchomione zostają schematy Deprywacji Emocjonalnej lub Wadliwości); dążenie do uznania i statusu, przejawiające się w przywiązywaniu bardzo dużej wagi do wysokiej pozycji społecznej, wysokich osiągnięć, wyglądu bądź zamożności oraz manipulacja i wykorzystywanie, kiedy pacjenci wysługują się innymi dla uzyskania własnych gratyfikacji, niekiedy w sposób pozbawiony jakichkolwiek skrupułów. Według Younga i współpracowników [3], niektóre osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości, których autorzy nazywają „ukrytymi narcyzami”, przejawiają tryb Samouwielbiacza jedynie w wyobraźni. W zachowaniu sprawiają wrażenie niepozornych, dbających głównie o akceptację otoczenia, jednak w fantazji dominują nad innymi, wyobrażają sobie samych siebie jako wyjątkowych, budzących podziw u innych, mających wyjątkowe zdolności.

Trzeci z trybów — tryb Odłączonego Samoukoiciela, aktywuje się zwykle w samotności, gdy pozbawieni sygnałów podziwu od innych pacjenci zaczynają doświadczać uczuć związanych z trybem Samotnego Dziecka. Tryb ten jest sposobem na odcięcie się od bólu Samotnego Dziecka i — w zależności od sytuacji — może przejawiać się albo podejmowaniem działań mających dostarczyć sobie stymulacji (np. hazard, wyścigi, oglądanie pornografii, pracoholizm), albo angażowaniem się w aktywności kompulsywne, których celem jest uspokojenie i odwrócenie uwagi od bólu Samotnego Dziecka (np. oglądanie telewizji, granie na komputerze, objadanie się).

Arntz i Jacob [14] rozwijają model o dwa dodatkowe tryby: wyjątkowo Wymagającego Rodzica oraz R o z w ś c i e c z o n e g o D z i e c k a . Tryb Wymagającego Rodzica odzwierciedla nadmierne oczekiwania wobec dziecka, wygórowane standardy, którym dziecko miało sprostać, pokładane w dziecku nadzieje na osiągnięcie przez nie wysokiej pozycji i sukcesów, a niekiedy nawet nierealistyczne fantazje rodzica, że ich dziecko będzie w przyszłości kimś wielkim i bardzo znaczącym. Tryb Rozwścieczonego Dziecka aktywuje się, gdy ktoś wzbudza w pacjencie emocje związane z uczuciem porażki lub porusza kwestie związane z trybem Wrażliwego Dziecka. Pacjenci wpadają wtedy w „narcystyczną wściekłość” i tracą kontrolę nad swoimi emocjami i agresją. Atakują swojego rozmówcę, poniżają go. Starają się chronić przed doświadczeniem wstydu i poczucia opuszczenia kryjącego się zwykle pod poczuciem porażki [15].

Opierając się na wyróżnionych przez Younga trybach Wendy T. Behary opracowała model pracy z pacjentami o narcystycznym zaburzeniu osobowości [16–18]. Autorka, wyróżniając też różne podtypy osobowości narcystycznej, wskazuje na możliwe zróżnicowanie trybów w zależności od dominujących u danej osoby schematów.

Histrioniczne zaburzenie osobowości

Pacjenci z histrionicznym zaburzeniem osobowości charakteryzują się głównie trybami Wrażliwego Dziecka, Impulsywnego i Niezdyscyplinowanego Dziecka, Poszukiwacza Uwagi oraz trybu Karzącego Rodzica [14]. Lobbstael i współpracownicy [15], opisując tryb Wrażliwego Dziecka, wskazują ponadto na Ignorowane bądź Poniżane Dziecko.

W trybie Wrażliwego Dziecka pacjenci czują się niekochani, samotni, porzuceni, bezradni i potrzebujący. Podobnie jak w przypadku pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline, pacjenci z histrionicznym zaburzeniem osobowości niejednokrotnie doświadczyli traumy, mieli sadystycznych rodziców, co może być podstawą trybu Poniżanego Dziecka. Ponieważ w dzieciństwie większość podstawowych potrzeb nie była zaspokojona, pacjenci poszukują uwagi, uznania i podziwu i są gotowi zrobić wszystko, by to dostać. Ponadto mają niską tolerancję na frustrację i trudności w samodyscyplinie. Kiedy czują się nieważni, niepotrzebni lub kiedy zadanie, które wykonują jest nudne, przełączają się w tryb Impulsywnego i Niezdyscyplinowanego Dziecka. Działają wtedy impulsywnie, bez zastanowienia i niejednokrotnie doprowadzają do konsekwencji aktywujących tryb Karzącego Rodzica. W tym trybie pacjenci z histrionicznym zaburzeniem osobowości dewaluują się — uważają się za nieadekwatnych, nieatrakcyjnych, bezwartościowych, głupich lub leniwych. Natomiast głównym trybem radzenia sobie jest dla nich tryb Poszukiwania Uwagi, w którym gotowi są zrobić wszystko, by zyskać uwagę dla ich zagubionego, emocjonalnie zdeprywowanego trybu dziecięcego. W tym trybie pacjenci przejawiają typowe histrioniczne zachowania, takie jak dramatyzowanie, przesadzanie i nadmierna seksualizacja zachowań. Wyrażane przez nich emocje wydają się sztuczne i szybko opadają.

Nie wszystkie badania potwierdzają jednak obecność wyróżnionych trybów. Na przykład w pracy Bamelis i współpracowników [10] autorzy uzyskali potwierdzenie jedynie dla trybu Poszukiwacza Uwagi. Wytłumaczeniem może być dominujący w tym zaburzeniu tryb nadkompensacyjny, którego celem jest zaprzeczenie treściom zawartym w schematach oraz utrzymanie bolesnych trybów poza świadomością [19]. Podobne mechanizmy obserwowane są także u osób z antyspołecznym, narcystycznym i obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości [10].

Unikające zaburzenie osobowości

U pacjentów z unikającym zaburzeniem osobowości wyróżnia się najczęściej pięć trybów: Samotne i Gorsze Dziecko, Porzucone i Maltretowane Dziecko, Karzący Rodzic, Unikający Obrońca oraz Odłączony Obrońca [10, 14, 20]. Lobbstael i współpracownicy [15] wskazują także na występujący u części pacjentów tryb Uległego Poddanego.

Trzonem problemu w unikającym zaburzeniu osobowości są tryby dziecięce. Tryb Samotnego i Gorszego Dziecka reprezentuje ten emocjonalny stan, którego pacjenci starają się uniknąć, w którym ponownie odczuwają samotność i czują się gorsi, którego doświadczyli w dzieciństwie. Natomiast tryb Porzuconego i Maltretowanego Dziecka

reprezentuje stan emocjonalny, którego pacjenci doświadczyli, gdy jako dzieci byli maltretowani lub porzuceni przez rodziców bądź inne osoby znaczące. Tryb Karzącego Rodzica odzwierciedla zinternalizowany, obraźliwy, upokarzający głos rodzicielski. Tryb ten wzbudza często intensywne poczucie winy i wstydu. Występowanie tych trybów potwierdzają również badania nad związkiem zachowań rodzicielskich z rozwojem zaburzeń osobowości. Unikające zaburzenie osobowości związane jest z wysokim poziomem znęcania się i maltretowania w dzieciństwie [21]. Na jego rozwój wpływa też często brak rodzicielskiej miłości, opieki i przywiązania [22].

By radzić sobie z uczuciami opuszczenia, upokorzenia i poczucia bycia gorszym, pacjenci radzą sobie, wykorzystując tryby unikające. Pomagają one pacjentowi zdystansować się wobec własnych potrzeb. Tryb Unikającego Obrońcy charakteryzuje się unikaniem sytuacji, natomiast tryb Odłączonego Obrońcy charakteryzuje się unikaniem trudnych uczuć, myśli, wewnętrznych potrzeb, a także emocjonalnej bliskości z innymi osobami. U części z pacjentów występuje też tryb Uległego Poddanego, odzwierciedlający typowe dla tych pacjentów wzorce zachowań uległych. W tym trybie osoby podporządkowują się potrzebom i pomysłom innych, unikając w ten sposób konfliktów, kary bądź brania na siebie odpowiedzialności [15].

Zależne zaburzenie osobowości

Zależne zaburzenie osobowości może dotyczyć zarówno zależności funkcjonalnej (kiedy pacjent ma trudności z samodzielnym codziennym funkcjonowaniem), jak i emocjonalnej (kiedy pacjent potrafi radzić sobie w życiu, jednak desperacko potrzebuje kogoś, kto go emocjonalnie wesprze) [23]. W etiologii zależnego zaburzenia osobowości wskazuje się na autorytarny styl rodzicielski, nadopiekuńczość rodzica [20], a także emocjonalne wykorzystanie dziecka [21].

W zależnym zaburzeniu osobowości autorzy wskazują na cztery dominujące tryby [10, 14, 15, 20]: *Zależne Dziecko*, *Porzucone i Maltretowane Dziecko*, *Karzący Rodzic* i *Uległy Poddany*. W trybie *Zależnego Dziecka* pacjenci czują się przeciążeni wymogami dorosłego życia i wpadają w panikę, gdy inni nie są dostępni, nie wspierają ich lub nie biorą za nich odpowiedzialności. Będąc w tym trybie mają poczucie niemożności poradzenia sobie samodzielnie z codziennymi sprawami. Niekiedy u pacjentów z zależnym zaburzeniem osobowości występuje też tryb *Porzuconego i Maltretowanego Dziecka*, szczególnie jeśli zależność dotyczy sfery emocjonalnej (dominuje wtedy uczucie porzucenia i silny lęk przed porzuceniem) lub kiedy pacjent ponownie doświadcza emocjonalnego wykorzystania jak w dzieciństwie. Tryb *Karzącego Rodzica* jest źródłem poczucia winy, gdy pacjent stawia swoje potrzeby na pierwszym miejscu (podobnie jak w unikającym zaburzeniu osobowości). Tryb ten zostaje aktywowany, gdy pacjenci podejmują samodzielne decyzje lub próbują poszerzać, rozwijać swoją autonomię. Głównym trybem radzenia sobie z wymogami *Karzącego Rodzica*, który nie akceptuje autonomicznych zachowań dziecka, karze za autonomię i próby samodzielności jest tryb *Uległego Poddanego*. W tym trybie pacjenci zgadzają się z opiniami innych, spełniają ich oczekiwania, rezygnują z własnej autonomii z lęku, że sobie nie poradzą bądź lęku przed porzuceniem.

Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości

Według Arntza [20] obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości — podobnie jak inne zaburzenia osobowości z klastra C — wiąże się często z doświadczeniem emocjonalnego nadużycia w dzieciństwie. Na jego rozwój wpływa także zimny i konkretny styl rodzicielski, wysokie standardy w zakresie osiągnięć, obarczanie dziecka zbyt dużą odpowiedzialnością oraz traktowanie emocji jako mało ważnych.

Do typowych trybów pacjentów z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości autorzy zaliczają [14, 19, 20]: Wrażliwe Dziecko (najczęściej Samotne Dziecko), Wymagającego i/lub Karzącego Rodzica, Perfekcjonistycznego Nadmiernego Kontrolera oraz Samouwielbiacza. Tryb Wrażliwego/Samotnego Dziecka jest często niewidoczny na początku terapii. Wynika to często z uwikłania emocjonalnego, jakiego pacjent doświadczył w dzieciństwie, karania go za wyrażanie potrzeby autonomii. Tryb Wymagającego i/lub Karzącego Rodzica odzwierciedla bardzo wysokie wymagania, jakich pacjent doświadczył w dzieciństwie i kar, które go spotkały, jeśli nie potrafił sprostać oczekiwaniom. Podstawowym, bardzo wyraźnym trybem radzenia sobie jest tryb Perfekcjonistycznego Nadmiernego Kontrolera. Tryb ten jest bezpośrednią odpowiedzią na wymogi trybów rodzicielskich i traktowany jest jako strategia przetrwania. Jego celem jest unikanie wszelkich błędów i porażek. W zależności od osobistych doświadczeń, pacjenci w tym trybie mogą stawiać sobie bardzo wysokie wymagania, dążyć do perfekcji, być przesadnie oszczędni, skupiać się przesadnie na szczegółach, nadmiernie dążyć do utrzymania kontroli. U większości osób z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości występuje też element trybu Samouwielbiacza. Tryb ten opiera się na przekonaniu pacjenta, że perfekcjonizm i wysokie osiągnięcia pozwolą mu górować moralnie nad innymi ludźmi, których pacjent postrzega jako mniej rzetelnych, mniej skrupulatnych, mniej pracowitych. Czując się w ten sposób lepszy od innych, pacjent zaprzecza wewnętrznemu poczuciu, że jest niewystarczająco dobry [24, 25].

Antyspołeczne i psychopatyczne zaburzenie osobowości

Liczne prace poświęcono także adaptacji modelu trybów do pacjentów kryminalistycznych [8, 9]. Według Bernsteina i współpracowników [8] osoby z osobowością antyspołeczną mogą przeskakiwać między trybami: Odłączonego Obroncy (kiedy odłączają się od swoich emocji), Samoukajacza (kiedy kompulsywnie próbują uciszyć swoje emocje poprzez picie alkoholu, zażywanie narkotyków lub innych używek), Złoszczącego się Dziecka (kiedy w prymitywny sposób reagują na oznaki porzucenia bądź aktywacji narcystycznej rany), Samopowiększacza (kiedy wywyższają się i dewaluują innych), trybem Oszusta i Manipulatora (kiedy oszukują i manipulują innymi), trybem Zastraszania i Ataku (gdy starają się zranić drugą osobę) lub trybem Drapieżnika (gdy z premedytacją, agresywnie starają się wyeliminować zagrożenie, rywała lub trudność).

Z kolei u pacjentów z psychopatycznym zaburzeniem osobowości Keulen-de Vos i współpracownicy [9] wyróżniają dziesięć nieadaptacyjnych trybów: Wrażliwego Dziecka, Złoszczącego się Dziecka, Impulsywnego Dziecka, Odłączonego Obroncy, Złoszczącego się Obroncy, Odłączonego Samoukoiciela, tryb Znęcania się i Ataku, Drapieżnika, Samopowięk-

szacza oraz Oszusta i Manipulatora. Wydarzenia, które poprzedzają akt przemocy, często wyzwalają bolesne emocje wynikające z doświadczeń z dzieciństwa, w których pacjenci czuli się porzuceni, samotni i skrzywdzeni. Aktywacja trybów dziecięcych (np. Porzuconego i Maltretowanego Dziecka) uaktywnia styl radzenia sobie (najczęściej związany z doświadczaniem złości i agresją), by poradzić sobie z tymi bolesnymi emocjami i dawnym oprawcą.

Według autorów [8, 9] osoby z antyspołecznym oraz psychopatycznym zaburzeniem osobowości zyskują wymierne korzyści z nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie: trybu Drapieżnika, Oszusta i Manipulatora, Samopowiększacza oraz Ataku i Znęcania się. Ponadto autorzy podkreślają, że najbardziej związany z psychopatią tryb Drapieżnika rozwija się w dzieciństwie pod wpływem ekstremalnego zagrożenia lub upokorzenia, jakiego doświadcza dziecko. Podkreślają także, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że w otoczeniu dziecka w zachowaniu innych ważnych osób również dominował ten tryb i był pokazywany dziecku jako wartościowy i skuteczny.

Zakończenie

Wypracowane na podstawie doświadczenia klinicznego modele są w ostatnich latach weryfikowane w licznych badaniach empirycznych [26, 27], a na ich podstawie tworzone są schematy pracy terapeutycznej. Praca oparta na Modelu Trybów jest preferowaną przez terapeutów pracujących w tym nurcie formą pracy z osobami z silnymi zaburzeniami osobowości [3, 8, 14, 17, 20]. Traktowana jest jako integralna część terapii schematów, którą łączy się płynnie z typową pracą nad schematami. Obejmuje ona wiele technik, które umożliwiają terapeutę pracę z szybko zmieniającymi się stanami emocjonalnymi pacjentów oraz charakterystycznymi dla poszczególnych zaburzeń osobowości strategiami radzenia sobie. Zazwyczaj terapia oparta na modelu trybów opiera się na wzmacnianiu trybu Zdrowego Dorosłego, redukowaniu trybów rodzicielskich, uelastycznianiu nieadaptacyjnych trybów radzenia sobie charakterystycznych dla danego zaburzenia oraz zastępowaniu ich bardziej zdrowymi i adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie [3, 6, 14, 19].

Piśmiennictwo

1. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders. Sarasota, FL: Professional Resources Press; 1990.
2. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders. A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resources Press; 1999.
3. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia schematów: Przewodnik praktyka. Sopot: GWP; 2013.
4. Young JE. Schema-focused therapy for borderline personality disorder. W: Simos G, red. Cognitive behavior therapy: a guide for the practicing clinician. New York, NY: Taylor & Francis Group; 2002, s. 201–227.
5. Dado H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical applications. *Front. Psychol.* 2016; 7: 1987, doi: 10.3389/fpsyg.2016.01987.

6. Martin R, Young J. Schema therapy. W: Dobson KS, red. handbook of cognitive-behavioral therapies. New York, London: The Guilford Press; 2010.
7. Young JE, Klosko JS. Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych. Warszawa: Wyd. Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2012.
8. Bernstein DP, Arntz A, de Vos M. schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *Int. J. Forensic Ment. Health.* 2007; 6(2): 169–183.
9. Keulen-de Vos M, Bernstein DP, Arntz A. Schema therapy for aggressive offenders with personality disorders. W: Tafrate RC, Mitchell D, red. *Forensic CBT: a handbook for clinical practice.* Chichester: Wiley Blackwell; 2014, s. 66–83.
10. Bamelis LL, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *J. Pers. Disord.* 2011; 25(1): 41–58.
11. Edwards D. Self Pity/Victim: A surrender schema mode. *Schema Therapy Bulletin* 2015; 1: 1–6.
12. Arntz A, van Genderen H. *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline.* Sopot: GWP; 2016.
13. Lobbestael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorder. *J. Behav. Ther. Esp. Psychiatry.* 2005; 36: 240–253.
14. Arntz A, Jacob B. *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów.* Sopot: GWP; 2016.
15. Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. Shedding light on schema modes: a clarification on the mode concept and its current research status. *Neth. J. Psychol.* 2007; 63: 76–85.
16. Behary WT. The art of empathic confrontation: working with the narcissistic client. *Psychotherapy Networker* 2006; 75–81.
17. Behary WT. Schema Therapy for narcissism — A case study. W: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, red. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012, s. 82–90.
18. Behary WT. *Rozbroić narcyza. Jak radzić sobie z osobą zapatrzoną w siebie.* Sopot: GWP; 2017.
19. Fassbinder E, Schweiger U, Jacob G, Arntz A. The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie* 2014; 11(2): 78–86.
20. Arntz A. Schema therapy for cluster c personality disorders. W: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, red. *The Wiley-Blackwell handbook of Schema Therapy: theory, research, and practice.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012, s. 397–414.
21. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J. Pers. Disord.* 2010; 24: 285–295.
22. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brooks JS. Parenting behaviors associated with the risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006; 63: 579–587.
23. Arntz A. Pathological dependency: distinguishing functional from emotional dependency. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2005; 12: 411–416.
24. Weertman A, Arntz AR, de Jong PJ, Rinck M. Implicit self – and other-associations in obsessive-compulsive personality disorder traits. *Cogn. Emot.* 2008; 22: 1253–1275.
25. Bamelis LL, Arntz A, Wetzelaer P, Verdoorn R, Evers SM. Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a multicenter, randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry.* 2015; 76: e1432–e1440.
26. Jacob GA, Arntz A. Schema Therapy for personality disorders – a review. *Int. J. Cogn. Ther.* 2013; 6(2): 171–185.
27. Jacobs I, Lenz L, Dörner S, Wegener B. How do schema modes and mode factors align with defense styles and personality disorder symptoms? *Personal. Disord.* 2019; 10(5): 427–437.
28. Lobbestael J, van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav. Res. Ther.* 2008; 46: 854–860.

Adres: mariafinogenow@op.pl