

Sposób rozumienia i leczenia zaburzeń odżywiania w terapii schematu

Schema therapy for eating disorders. Conceptualisation and treatment

¹ Szkoła Psychoterapii Crescentia, Warszawa, Polska

² Katedra Neurochirurgii i Neuropsychologii, Klinika Neurochirurgii, Chirurgii Kregoslupa i Nerwów Obwodowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Kaja Dwulat, Szkoła Psychoterapii Crescentia, ul. Adama Mickiewicza 8/6, 01-517 Warszawa, e-mail: kajadwulat@yahoo.com

 <https://doi.org/10.15557/PiPK.2025.0031>

ORCID iDs

1. Kaja Dwulat <https://orcid.org/0009-0002-8435-5564>

2. Jeremi Strzałek <https://orcid.org/0009-0007-7694-2730>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Celem artykułu jest przybliżenie specyfiki zaburzeń odżywiania i możliwych doświadczeń osób, które na nie chorują. Tekst przedstawia terapię schematu oraz jej zastosowanie w leczeniu zaburzeń odżywiania. Terapia schematu to integracyjny model terapeutyczny stworzony przez Jeffreya Younga. Teoria ta bierze pod uwagę czynniki temperamentalne, rozwojowe i osobowościowe. **Materiał i metody:** Terapia schematu w randomizowanych badaniach wykazała swoją skuteczność w leczeniu zaburzeń osobowości czy innych złożonych problemów psychologicznych. Leczenie zaburzeń odżywiania obecnie dominującymi terapiami psychoterapeutycznymi, głównie terapią poznawczo-behawioralną, jest skupione na leczeniu objawów. Jego skuteczność jest ograniczona ze względu na złożoność problemu. **Wyniki:** Potrzebne są nowe oddziaływania terapeutyczne, skierowane zwłaszcza do pacjentów, którzy nie osiągnęli poprawy w dotychczasowym leczeniu lub zrezygnowali z wcześniej proponowanej terapii. Terapia schematu jest dla takich osób rozsądną propozycją. Artykuł przedstawia powiązania między wczesnymi doświadczeniami życiowymi, w tym traumą, a objawami zaburzeń odżywiania. Zaprezentowano również wczesne nieadaptacyjne schematy oraz tryby schematów charakterystyczne dla osób z tej grupy klinicznej. Omówiono potrzebę wnikliwej diagnozy oraz kompleksowej konceptualizacji uwzględniającej objawy zaburzeń odżywiania oraz innych problemów i chorób współwystępujących. Wspomniane są poznawcze i doświadczeniowe techniki terapii schematu. Szerzej została opisana integracja technik behawioralnych z powyższymi w leczeniu zaburzeń odżywiania. **Wnioski:** Zaprezentowano wstępne badania sprawdzające skuteczność terapii schematu w leczeniu zaburzeń odżywiania.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, bulimia, terapia schematu, schemat

Abstract

Introduction and aim: The aim of the article is to provide an overview of the characteristics of eating disorders and the possible experiences of individuals affected by them. The text presents schema therapy and its application in the treatment of eating disorders. Schema therapy is an integrative therapeutic model developed by Jeffrey Young. This theory takes into account temperamental, developmental, and personality factors. **Materials and methods:** Schema therapy has demonstrated its effectiveness in randomized studies for the treatment of personality disorders and other complex psychological problems. Current treatment of eating disorders, primarily through psychotherapeutic approaches such as cognitive-behavioural therapy, is mainly focused on symptom reduction. Its effectiveness is limited due to the complexity of the disorder. **Results:** New therapeutic interventions are needed, especially for patients who have not improved with previous treatments or who have discontinued earlier therapy. Schema therapy represents a reasonable option for such individuals. The article presents links between early life experiences, including trauma, and the symptoms of eating disorders. Early maladaptive schemas and schema modes characteristic of this clinical group are also discussed. The need for thorough diagnosis and comprehensive conceptualisation that considers eating disorder symptoms as well as comorbid problems and conditions is emphasised. Cognitive and experiential techniques of schema therapy are described, with a particular focus on the integration of behavioural techniques in the treatment of eating disorders. **Conclusions:** Preliminary studies examining the effectiveness of schema therapy in treating eating disorders are presented.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia nervosa, schema therapy, early maladaptive schema

ZABURZENIA ODŻYWIANIA – SPECYFIKA

Jadłowstręt psychiczny dotyka do 3% młodych kobiet. Klinicyści są zgodni, że zaburzenia odżywiania (ZO) są trudne do wyleczenia, szczególnie gdy stają się chroniczne i egosyntoniczne (np. „anoreksja określa moją tożsamość”) (Bardon-Cone *et al.*, 2007). Większość badań sugeruje, że standardowe leczenie często nie daje konsekwentnych pozytywnych rezultatów ani u osób z bulimią, ani z anoreksją (Agüera *et al.*, 2012; Segura-García *et al.*, 2013). Anoreksja ma najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych – około 5% pacjentów umiera w ciągu czterech lat od postawienia diagnozy (Auger *et al.*, 2021). Stosunkowo wysokie jest rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród osób z ZO, a co najmniej 25% z nich się samookalecza (Sansone i Levitt, 2002). Powszechne problemy wśród tej grupy klinicznej to wysoki wskaźnik przedwczesnego przerywania terapii oraz częsty nawrót choroby (Pietrabissa *et al.*, 2012). Steinhäusen (2002) w znanym artykule podsumowującym leczenie anoreksji w XX wieku wykazał, że 50% osób z anoreksją wyleczy się z choroby, stan 30% osób poprawi się w wyniku leczenia, a 20% osób pozostanie chronicznie chora. Z kolei Byrne i wsp. (2011) podali dane dotyczące powrotu na leczenie osób, które były wcześniej leczone protokołem wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej (*enhanced cognitive behavioural therapy*, CBT-E). 50% osób z anoreksją, 35% z bulimią oraz 37,3% z innymi nieokreślonymi zaburzeniami odżywiania (*eating disorders not otherwise specified*, EDNOS) wymagało ponownego leczenia. Dane z intensywnych programów leczenia prowadzonych w szpitalach wykazują także wysoki wskaźnik powtórnych hospitalizacji tych samych pacjentów (Simpson, 2020a). Niestety motywacja oraz gotowość do zmiany również są szczególnie niskie wśród osób cierpiących na ZO.

Przewidywanie zaangażowania i efektywności leczenia jest w dużej mierze uzależnione od współwystępowania innych chorób. Szacuje się, że około 58–69% osób z ZO spełnia także kryteria jakiegoś zaburzenia osobowości, a do 93% z nich – kryteria diagnozy innego zaburzenia, szczególnie zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych czy nadużywania substancji (Farstad *et al.*, 2016; Rosenvinge *et al.*, 2000). W tej grupie klinicznej wysoki jest także wskaźnik osób z zaburzeniami neurorozwojowymi: zespołem deficytu uwagi (*attention deficit disorder*, ADD), zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) i spektrum autyzmu (Simpson, 2020b).

Rozwój ZO jest skutkiem złożonych interakcji wielu czynników, wyzwalaczy i wzmocnień. Zakłada się, że jest to skomplikowana mieszanka czynników temperamentalnych i środowiskowych, która obejmuje:

- cechy osobowościowe (np. perfekcjonizm, obsesyjność, nieśmiałość, dostrajanie się do innych, wysoka potrzeba kontroli, niska tolerancja niepewności, sztywność poznawcza) (Bardon-Cone *et al.*, 2007; Farstad *et al.*, 2016; Gulliksen *et al.*, 2017; Zerwas *et al.*, 2013);

- pozabezpieczne style przywiązania (Ringer i Crittenden, 2007);
- czynniki społeczno-emocjonalne (np. doświadczanie samotności lub izolacji) (Gulliksen *et al.*, 2017);
- czynniki powiązane z ciałem i/lub jedzeniem (np. poczucie bycia mniejszym lub większym niż rówieśnicy, skłonność do zwiększania lub zmniejszania masy ciała w obliczu stresu, zwiększona świadomość sygnałów z ciała);
- wzory do naśladowania otaczające osobę (np. skupienie na wyglądzie, diecie czy ćwiczeniach wśród członków rodziny, objawy ZO wśród rówieśników) oraz wzory kulturowe, np. w mediach (Gulliksen *et al.*, 2017);
- czynniki poznawcze (np. szczupłość ciała jako zinternalizowany ideał, uprzedmiotowienie seksualne) (Ringer i Crittenden, 2007; Sternheim *et al.*, 2017);
- doświadczenie przemocy seksualnej, fizycznej czy emocjonalnej, w tym zaniedbania emocjonalnego, przemocy rówieśniczej (*bullying*) czy społecznego wykluczenia (Brewerton, 2007; Kent i Waller, 2000; Leung *et al.*, 2000; Sweetingham i Waller, 2008; Vajda i Láng, 2014) – przemoc emocjonalna jest silniejszym predyktorem wystąpienia ZO niż przemoc fizyczna czy seksualna i jest powiązana z większą liczbą objawów ZO i ich trudności współwystępujących (Waller *et al.*, 2007).

Powyższe wskazuje, że traumatyczne doświadczenia są powiązane z nasileniem objawów ZO i skutkują większymi wtórnymi problemami psychospołecznymi, współwystępowaniem innych chorób psychicznych i negatywnym obrazem siebie (Backholm *et al.*, 2013). Różne profile temperamentalne mogą cechować różne rodzaje ZO (Fassino *et al.*, 2002). Dodatkowo wysoko wrażliwy temperament i wysoki wskaźnik empatii mogą uwrażliwiać na rozwój ZO (Gulliksen *et al.*, 2017).

Na szczęście ZO są wyleczalne. Ostatnie lata badań wskazują na coraz wyższą skuteczność leczenia psychoterapeutycznego dla osób cierpiących na ZO. Fairburn i wsp. (2009) podają, że 56% pacjentów, którzy ukończyli terapię, osiągnęło pełną remisję.

W praktyce klinicznej jednak często spotykamy pacjentów wykazujących niewielką chęć i potrzebę leczenia oraz bardzo małe zaangażowanie w terapię. Osoby te, nawet prowadzone najlepszymi protokołami, zazwyczaj nie doświadczają poprawy (Bardon-Cone *et al.*, 2007), dlatego są potrzebne innowacyjne transdiagnostyczne modele leczenia, które byłyby w stanie odnieść się zarówno do patologii jedzenia, jak i cech osobowości, niestabilności emocjonalnej i innych zaburzeń współwystępujących (Cooper i Kelland, 2015). Wstępne badania wykazują skuteczność terapii schematu (TS) w leczeniu ZO, szczególnie u osób ze skomplikowaną diagnozą, współwystępowaniem innych chorób i niereagujących na leczenie pierwszego wyboru (McIntosh *et al.*, 2016; Simpson i Slowey, 2011; Simpson *et al.*, 2010).

TERAPIA SCHEMATU – WPROWADZENIE

TS to udowodniona naukowo metoda psychoterapii w wielu zaburzeniach. Szereg badań wykazał, że TS jest skutecznym

i opłacalnym leczeniem dla osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (*borderline personality disorder*, BPD), z osobowością z klastra C oraz w leczeniu poszczególnych chorób, tj. nadużywania substancji, depresji, zespołu stresu pourazowego, zaburzenia lęku panicznego i agorafobii (Smith *et al.*, 2020).

TS jest integratywnym modelem inspirującym się podejściem poznawczo-behawioralnym, psychodynamicznym, terapią Gestalt, konstruktywizmem i teoriami przywiązania. Jest to złożone, a jednocześnie bardzo ustrukturalizowane podejście. Zostało stworzone jako próba pracy z pacjentami z chronicznymi problemami i zaburzeniami osobowości, którym leczenie poznawczo-behawioralne nie dawało wystarczającej lub trwałej poprawy. Model TS zakłada, że na rozwój dezadaptacyjnych schematów oraz nieadaptacyjnych stylów radzenia sobie mają wpływ wczesne doświadczenia, w szczególności emocjonalne unieważnienie (również przez rodziców) i trauma w dzieciństwie (Waller *et al.*, 2007). Od tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy*, CBT) TS różni się wagą, jaka jest przykładana do relacji terapeutycznej, częstszym użyciem doświadczeniowych technik emocjonalnych i koncentracją na sposobach radzenia sobie (*coping style*) wynikających ze schematów. Terapeuta schematu koncentruje się na niezaspokojonych emocjonalnych potrzebach pacjenta i stosuje korektywne ograniczone rodzicielstwo w ramach relacji terapeutycznej.

Główne pojęcia TS to:

- **wczesne dezadaptacyjne schematy;**
- **obszary schematów;**
- **style radzenia sobie ze schematami;**
- **tryby schematów** (Young *et al.*, 2014).

Rozumienie schematów przez Younga różni się od wcześniejszej definicji Becka. **Schemat wg Younga** to:

- ogólny, wszechogarniający motyw lub wzorzec;
- składający się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych;
- dotyczący jednostki oraz jej relacji z innymi;
- wykształcony w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania;
- rozwijany przez całe życie;
- w znacznym stopniu dysfunkcyjny (Young *et al.*, 2014).

Schematy powstają, gdy podstawowe emocjonalne potrzeby nie zostały zaspokojone. Wyróżniono osiemnaście schematów i pięć ich obszarów (tab. 1).

Dodatkowo Young podzielił schematy na dwie grupy, zależne od czasu ich powstawania oraz stopnia, w jakim subiektywnie określają daną osobę. Wyróżnia się:

- schematy pierwotne – schematy wykształcone najwcześniej, najbardziej kluczowe dla jednostki (w tab. 1 są oznaczone pogrubionym drukiem);
- schematy wtórne – schematy wyuczone później.

Tryb schematów oznacza aktualny stan emocjonalny powiązany z danym schematem (lub schematami). Tryby mogą się często zmieniać lub też wykazywać dużą trwałość. W pracy z pacjentami, którzy przejawiają wiele różnych schematów i silne tryby, dużo łatwiej jest rozpoznać

tryby i się do nich odnosić. Dzieje się tak dlatego, że sytuacje mogą uruchomić jednocześnie kilka nieadaptacyjnych schematów. Łatwiej w momencie silnej aktywacji mieć dostęp do aktualnych emocji, myśli i zachowania osoby, czyli trybu, a o wiele trudniej jest rozpoznać schematy kryjące się za ujawniającymi się trybami (aktualnymi stanami emocjonalnymi). Trudność ta dotyczy zarówno terapeuty, jak i osoby doświadczającej tych stanów, dlatego praca w oparciu o schematy utrudnia w takich sytuacjach rozumienie modelu, co powoduje, że tryby są kluczowe w terapii pacjentów z wieloma dezadaptacyjnymi schematami.

Praca nad trybem, który jest aktywny w danej chwili, pomaga pacjentowi rozpoznać i zmienić zarówno tryb schematów, jak i same schematy. Dlatego w TS opartej na pojęciu trybu wszystkie stosowane techniki terapeutyczne są dostosowane do aktualnego trybu pacjenta (Arntz i Jacob, 2016).

Wyróżnia się **cztery grupy trybów**:

- tryby dziecięce;
- nieadaptacyjne tryby radzenia sobie;
- nieadaptacyjne tryby rodzicielskie/krytyczne;
- zdrowe tryby.

TS jest oparta na założeniu, że stan emocjonalnej homeostazy może zostać osiągnięty jedynie wtedy, gdy potrzeby emocjonalne i fizyczne są zaspokojone w zdrowy sposób. Pięć podstawowych grup **potrzeb emocjonalnych** wyodrębnionych przez Younga to:

1. bezpieczne przywiązanie do innych (obejmuje: bezpieczeństwo, opiekę, troskę i akceptację);
2. autonomia, kompetencja i poczucie tożsamości;
3. wolność wyrażania prawdziwych potrzeb i emocji;
4. spontaniczność i zabawa;
5. realistyczne granice i samokontrola (Young *et al.*, 2014).

OGÓLNY ZARYS PROCESU TERAPII SCHEMATU

Na początku terapii omawia się z pacjentem model trybów oraz schematów w taki sposób, aby stanowiło to podsumowanie głównych problemów, objawów i wzorców interakcji danej osoby. Pacjent oraz terapeuta powinni dzielić pogląd, że rozrysowany model ma sens i jest wiarygodny. Kolejnym etapem terapii jest wyznaczenie celów terapeutycznych. Każdy tryb może zostać powiązany z konkretnym celem. Pokazuje to tab. 2.

Elementy terapii i techniki terapeutyczne powinny być dostosowywane do konkretnego pacjenta. TS łączy techniki poznawcze, skoncentrowane na emocjach i behawioralne. Celem powinno być jednak równoważenie leczenia specyficznych objawów z pomaganiem w trudnościach wynikających z osobowości (Arntz i Jacob, 2016).

DANE DOTYCZĄCE SCHEMATÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Dotychczasowe badania sugerują, że w leczeniu ZO warto uwzględniać schematy emocjonalne i związane z nimi

Obszar	Schemat i krótki opis schematu
Rozłączenie i odrzucenie	Opuszczenie/niestabilność więzi Przekonanie, że inni ludzie nas opuszczają, że nie można na nich polegać, że relacje są kruche, utrata jest nieunikniona, a na koniec i tak zostanie się samemu.
	Nieufność/skrzywdzenie Przekonanie, że inni ludzie krzywdzą, manipulują, są samolubni lub szukają sposobu, aby zranić lub wykorzystać.
	Deprywacja emocjonalna Przekonanie i oczekiwanie, że najważniejsze potrzeby nie zostaną zaspokojone. Poczucie, że nie można liczyć na opiekę, uwagę, empatię, zrozumienie, ochronę czy ukierunkowanie i przewodnictwo.
	Wadliwość/wstyd Przekonanie, że jest się niepełnowartościowym, niesprawnym, niegodnym kochania i dlatego zostanie się odrzuconym.
	Izolacja społeczna/wyobcowanie Ciągłe poczucie samotności pomieszane z poczuciem odmienności, inności.
Osłabiona autonomia i brak dokonań	Zależność/niekompetencja Przekonanie, że nie jest się w stanie skutecznie podejmować decyzji i ufać swojemu osądowi, dlatego trzeba polegać na innych, aby radzić sobie z codziennymi obowiązkami.
	Podatność na zranienie lub zachorowanie Poczucie, że świat jest niebezpiecznym miejscem, że katastrofa może wydarzyć się w każdym momencie i że nadchodzące wyzwania będą emocjonalnie za trudne.
	Uwikłanie emocjonalne/nie w pełni rozwinięte Ja Poczucie, że nie ma się własnej tożsamości lub „indywidualizowanego/oddzielnego Ja”, że jest się innym niż ważne w naszym życiu osoby.
	Porażka Oczekiwanie, że nie da się rady, że zawiedzie się innych. Przekonanie, że nie jest się w stanie radzić sobie wystarczająco dobrze.
Uszkodzone granice	Roszczeniowość/wielkościowość Poczucie, że jest się wyjątkową osobą, ważniejszą od innych, taką, która nie musi przestrzegać ustalonych zasad pomimo tego, że może to mieć negatywne konsekwencje. Może też prezentować się jako nadmierne skupienie na własnej wyższości w celu zdobycia władzy czy kontroli.
	Niedostateczna samokontrola i samodyscyplina Poczucie, że nie da się rady osiągnąć swoich celów, zwłaszcza gdy dojdzie do nich wymaga nudnych, powtarzalnych czynności czy ma jakieś frustrujące aspekty. Poczucie, że nie da się oprzeć swoim impulsom, chociaż ulegnięcie im może mieć szkodliwe skutki.
Nakierowanie na innych	Podporządkowanie się Przekonanie, że trzeba poddać się kontroli innych, a jeśli się tego nie robi, to nastąpi kara i/lub odrzucenie.
	Samopoświęcenie Przekonanie, że powinno się dobrowolnie zaspokajać potrzeby innych kosztem własnych, często w nadmiarowy sposób.
	Poszukiwanie akceptacji i uznania Poczucie, że uznanie innych, ich uwaga i podziw są dużo ważniejsze od autentycznego sposobu bycia, autentycznego Ja czy bycia szczerym wobec siebie samego.
Nadmierna czujność i zahamowanie	Negatywizm/pesymizm Dominujące przekonanie, że w życiu przeważają negatywne aspekty. Często towarzyszą mu negatywne przewidywania co do przyszłości.
	Zahamowanie emocjonalne Przekonanie, że trzeba kontrolować sposób, w jaki wyraża się swoje spontaniczne reakcje, bo inaczej inni cię odrzucą lub skrytykują.
	Nadmierne wymagania/nadmierny krytycyzm Przekonanie, że trzeba być najlepszym, uporczywe dążenie do perfekcji i unikania błędów.
	Bezwzględna surowość Przekonanie, że ludzie powinni być srogo karani za błędy, niedociągnięcia czy wady.
Schematy pierwotne, schematy wtórne.	

Tab. 1. Wczesne dezadaptacyjne schematy i przykłady towarzyszących im przekonań (opracowanie własne na podstawie Young et al., 2014, s. 33–37)

procesy. Skupienie jedynie na czynnikach poznawczych nie wydaje się wystarczające. Dane z badań wskazują także, że na rozwój dezadaptacyjnych schematów, podobnie jak na ryzyko rozwoju ZO, mają wpływ negatywne doświadczenia z dzieciństwa, w tym przemoc emocjonalna, fizyczne zaniedbanie czy nadużycie seksualne (Brewerton, 2007; Kent i Waller, 2000; Leung et al., 2000; Vajda i Láng, 2014).

Badania konsekwentnie dowodzą, że osoby cierpiące na ZO wykazują silniejsze dezadaptacyjne schematy niż grupa kontrolna (Zhu et al., 2015), a silniejsze schematy występują

u osób, u których objawy ZO są bardziej nasilone, w porównaniu z osobami, u których te objawy są łagodniejsze (Damiano et al., 2015). Osoby z ZO, które się samookaleczają, mają silniejsze schematy niż osoby, które tego nie robią, a wykazują nawet bardziej patologiczne przekonania kluczowe (Pauwels et al., 2016). Dodatkowo przekonania dotyczące wagi i ograniczania jedzenia oraz niski wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI) są skorelowane z silniejszymi dezadaptacyjnymi schematami. Istnieją przesłanki, że pewne wiązki schematów mogą być powiązane

Grupa trybów	Jak postępować z danym trybem? (pomaga wyznaczyć cel terapii)
Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie/krytyczne	Redukować
Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie: • nadmierna kompensacja/inwersja • unikanie • podporządkowanie	Poddawać empatycznej konfrontacji, unaoczniać, wyznaczać granice
Tryb Zdrowego Dorosłego	Wzmocnić
Tryby dziecięce	Potwierdzać ważność, pocieszać, dopuszczać do głosu (<i>reparenting</i>)

Tab. 2. Postępowanie z trybami wpływa na cele terapeutyczne i działania terapeuty (opracowanie własne na podstawie Arntz i Jacob, 2016)

z przekonaniami osób z ZO, objawami ZO i specyficznym podtypem ZO, na przykład:

- zachowania kompulsywne łączą się ze schematami: nieufność/skrzywdzenie, wadliwość, zależność i podporządkowanie;
- anoreksja korelowała z wysokimi wskaźnikami w schematach samopoświęcenia, zawyżonych standardach i bezwzględnej surowości;
- bulimia z kolei korelowała ze schematami roszczeniowości/wielkościowości i impulsywnością (obszar uszkodzonych granic);
- nasilenie ZO z napadami objadania pozytywnie korelowało ze schematami z obszarów: rozłączenie/odrzućcie, uszkodzone granice oraz nakierowanie na innych.

Wysoki stopień nasilenia dezadaptacyjnych schematów jest powiązany z gorszymi wynikami oddziaływań terapeutycznych. Wskazuje to na rolę schematów w powstawaniu i podtrzymywaniu ZO. Jednak z powodu czasem niespójnych wyników badań wyłączna diagnoza schematów nie jest wystarczająca do przewidzenia nasilenia ZO (Simpson *et al.*, 2020).

DANE DOTYCZĄCE TRYBÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Model trybów schematów pomógł rozwinąć konceptualizację ZO, umożliwiając analizę pojawiających się stanów

i trybów, co pozwala lepiej zrozumieć zachowania w kontekście współwystępowania innych problemów i zaburzeń osobowości (Simpson, 2012).

Dane wskazują, że osoby z ZO odróżnia od grupy kontrolnej także znacznie wyższe nasilenie trybów schematów. Zachęciło to naukowców do badania trybów, aby lepiej zrozumieć, jakie mechanizmy powiązane ze schematami prowadzą do rozwoju czy podtrzymania objawów ZO. Odkryto m.in., że osoby doświadczające ZO mogą wykazywać wyższe unikanie schematów niż grupa kontrolna. Zwłaszcza dla osób z restrykcyjnymi zachowaniami charakterystyczne było unikanie – zarówno pobudzenia schematu, jak i zmniejszania afektu, gdy schemat jest wzbudzony. Przykładem może być tryb Nadkompensatora, który z całych sił próbuje działać tak, aby nie wzbudzić np. schematu bezwzględnej surowości, a gdy pomimo unikania schemat zostaje wzbudzony, aktywuje się np. tryb Odłączonego Obrońcy, aby zmniejszyć napięcie wywołane przez Krytyka. Osoby cierpiące na podtyp anoreksji przeczyszczającej cechowały się najwyższymi wskaźnikami unikania (Simpson *et al.*, 2020) (tab. 3).

U osób doświadczających ZO często oprócz trybów dziecięcych, krytycznych i Zdrowego Dorosłego można dostrzec wiele trybów radzenia sobie, a wśród nich trzy charakterystyczne dla ZO, choć mogące występować także u osób spoza tej grupy klinicznej: **Samobiczujący się Nadkompensator**, **tryb Pollyanna** i **Bezradny Poddany**.

Nieadaptacyjne tryby dziecięce Samotne Dziecko, Upokorzone/Gorsze Dziecko, Zawstyżone Dziecko, Złoszczące się Dziecko, Impulsywne Dziecko	
Nieadaptacyjne tryby rodzicielskie Karzący Rodzic/Krytyk, Wymagający Rodzic/Krytyk, Rodzic/Krytyk Wywołujący Poczucie Winy	
Nieadaptacyjne tryby radzenia sobie Podporządkowanie (zamrożenie)	Uległy Poddany Bezradny Poddany
Unikanie (ucieczka)	Odłączony Obrońca Odłączony Samoukoiciel
Nadmierna Kompensacja/Inwersja (atak)	Perfekcjonistyczny Nadmierny Kontroler Samobiczujący się Nadkompensator Samouwielbiacz Pollyanna Poszukiwacz Uwagi/Aprobaty Oszust i Manipulator
Funkcjonalne, zdrowe tryby Szczęśliwe Dziecko, Zdrowy Dorosły	

Tab. 3. Częste tryby w zaburzeniach odżywiania (opracowanie własne na podstawie Simpson, 2020b)

Poniżej znajduje się ich charakterystyka i opis funkcji (Simpson, 2020b).

Tryby unikające (odpowiadające biologicznej reakcji ucieczki)

Osoby z ZO cechują się niską tolerancją trudnych emocji, nudy i poczucia dyskomfortu. Tryby unikające pomagają w ich rzadszym doświadczaniu.

Tryby unikające mogą pełnić funkcję zarówno pierwotnego unikania (nie dopuszczają do aktywowania dezadaptacyjnego schematu), jak i wtórnego unikania (obniżają napięcie, gdy schemat jest aktywowany).

Odłączony Obrońca korzysta z odcinania się od emocji. Stara się odłączyć od uczuć, aby schemat nie został aktywowany, lub „zamrozić”, aby nie czuć bólu, gdy schemat jest aktywny.

Odłączony Samoukoiciel zazwyczaj pojawia się w formie impulsywnej obrony, której celem jest obniżenie natężenia emocji w sytuacji, gdy schemat został aktywowany.

Czasem tryby unikające działają razem **na rzecz trybów dziecięcych**. Przykładowo: gdy Wymagający Krytyk i/lub Perfekcjonistyczny Nadkompensator wymaga(-ją) za dużo (np. bardzo restrykcyjnego jedzenia), może pojawić się tryb **Impulsywnego/Rozłoszczonego Dziecka**. Wtedy Odłączony Samoukoiciel może pomóc odegrać się za nakładanie bezwzględnych wymagań. Współpraca Odłączonego Samoukoiciela i Impulsywnego Dziecka ma na celu natychmiastowe usunięcie dyskomfortu, np. poprzez nadużywanie substancji czy objadanie się. W konsekwencji długoterminowej taki „bunt” podtrzymuje lęk i przekonanie, że poluzowanie jakichkolwiek zasad nieodzwrotnie prowadzi do katastrofy i utraty kontroli. W trybie Odłączonego Obrońcy czy Samoukoiciela myśli samobójcze mogą być rozumiane jako ostateczna ucieczka od bezradności, bólu i cierpienia, a zachowania autoagresywne jako krótkotrwała ulga od pustki czy bólu.

Tryby nadkompensujące/inwersja przekazu zawartego w schemacie (odpowiadające biologicznej reakcji walki)

Częstym trybem nadkompensującym jest **tryb Pollyanny**, który zaprzecza wrażliwości i kompensuje schemat negatywizmu/pesymizmu. Jak każdy tryb nadkompensujący, ten również daje poczucie niezniszczalności. Nawet najtrudniejszą sytuację potrafi zinterpretować według zasady „nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”. I chociaż może przybierać formę uroczego optymizmu, to jego działanie często „zakrywa” tak ważne emocje, jak lęk, poczucie bezsilności czy gniew, i uniemożliwia kontakt z samym sobą/Wrażliwym Dzieckiem. Działanie tego trybu może nawet czasem stanowić zagrożenie, np. w przypadku anoreksji i bardzo niskiego BMI, ponieważ może sprawiać, że pacjent nie zauważa swojego stanu zdrowia. Tryb ten bywa też zauważalny w podejściu do terapii. Prezentuje się wtedy jako hurraoptymistyczne nastawienie, które sprawia, że nie bierze się pod uwagę, że

proces zdrowienia jest trudnym i długim wyzwaniem. Takie podejście sprzyja szybkiemu poddaniu się w walce z chorobą, gdy pojawiają się naturalne trudności.

Nadmierny Kompensator to główny tryb kompensujący u osób z ZO. Tryb ten jest także głównym trybem u osób z zaburzeniem osobowości z klastra C. Jak zostało wspomniane wcześniej – te dwa zaburzenia często współwystępują.

Tryb Nadmiernego Kompensatora stara się służyć schematom Zawyżonych Standardów czy Emocjonalnego Zahamowania. Jest także „narzędziem” trybu Wewnętrznego Krytyka.

Jednak równie częstą rolą tego trybu jest nadkompensacja/działanie odwrotne wobec schematów z obszaru rozłączenia/odrzućenia, tj. odłączenie, nieufność, wadliwość i depriwacja emocjonalna. Nadkompensator bardzo się stara, aby zapobiec pobudzeniu schematu. Można to postrzegać jako pierwotne, kompulsywne, zrytualizowane unikanie. Gdy jego działanie ma na celu zaprzeczenie schematom wspomnianym powyżej, zachowanie w tym trybie przybiera **formę przeciwną zależności**. Restrykcje stają się formą własnych zasad skoncentrowanych na zarządzaniu ciałem. Daje to poczucie emocjonalnego rauszu spowodowanego poczuciem pseudosily, mistrzostwa czy dumy. Skoncentrowanie na kontrolowaniu ciała pomaga w odcięciu od niepewności i nieprzewidywalności ludzkich relacji. Mając określone zasady, ma się wyraźnie określoną drogę do siły (w rozumieniu siły jako braku jakiegokolwiek wrażliwości) oraz/lub niezniszczalności. Nadkompensator może przyjmować różne formy zachowań, wybierając spośród szerokiego zakresu strategii związanych z jedzeniem.

Tryb **Wrażliwego Dziecka** może mieć wobec **Nadkompensatora** bardzo **ciepłe uczucia**. Nadkompensator jawi się trybowi Wrażliwego Dziecka jako solidny, niezawodny wewnętrzny rodzic. Rodzic, którego osoba nieświadomie stworzyła sama dla siebie. Dlatego tak trudno jest na nim nie polegać, a tym bardziej zrezygnować z jego prowadzenia czy „mocy”. Atrakcyjność Nadkompensatora dodatkowo bazuje na wypełnianiu wartości Wewnętrznego Krytyka i bycia adwokatem schematów, tj. emocjonalnej depriwacji, wadliwości/wstydu czy bezwzględnych standardów. Postuluje on przecież surowe, wręcz spartańskie zasady życia. Postępując tak, jak chce Krytyk, zmniejsza się ryzyko jego gniewu i wyrzutów. Życie w zgodzie ze schematami daje m.in. smutne, lecz kuszące poczucie przewidywalności świata. I chociaż Nadkompensator kieruje się dobrymi intencjami, a jego działanie jest wysoko cenione w zachodniej kulturze (np. produktywność, wysokie standardy czy kult szczupłego ciała), to w żaden sposób **nie zaspokaja prawdziwych potrzeb Wrażliwego Dziecka**. Niestety działanie pod jego wpływem w dłuższej perspektywie podtrzymuje poczucie wyobcowania i cierpienia.

Podobnie działa tryb **Samobiczującego Nadkompensatora**. Tryb ten jest podobny do Wewnętrznego Krytyka, ponieważ karze on i krytykuje. I chociaż jego przekaz trudno czasem odróżnić od treści formowanych przez Krytyka, to **pełni on zupełnie inną funkcję**. Wewnętrzny Krytyk wyłącznie

karze. Samobiczujący się Nadkompensator karząc, daje osobie poczucie ulgi i stara się uzyskać poczucie bezpieczeństwa. Swoim działaniem stara się zasłużyć na bycie chciwym czy wartościowym poprzez intencjonalne cierpienie. Dobrą metaforą działania Samobiczującego Nadkompensatora może być kapsaicyna. Jest to substancja występująca w papryczkach chili, odpowiadająca za ich ostry smak. Najpierw sprawia ona ból, a potem go tłumi. Istnieją pewne przesłanki badawcze, że ludzie potrafią uwarunkować bodźce bolesne czy awersyjne w taki sposób, aby były one odczuwane jako wzmacniające.

Tryby służące podporządkowaniu się (odpowiadające biologicznej reakcji zamrożenia)

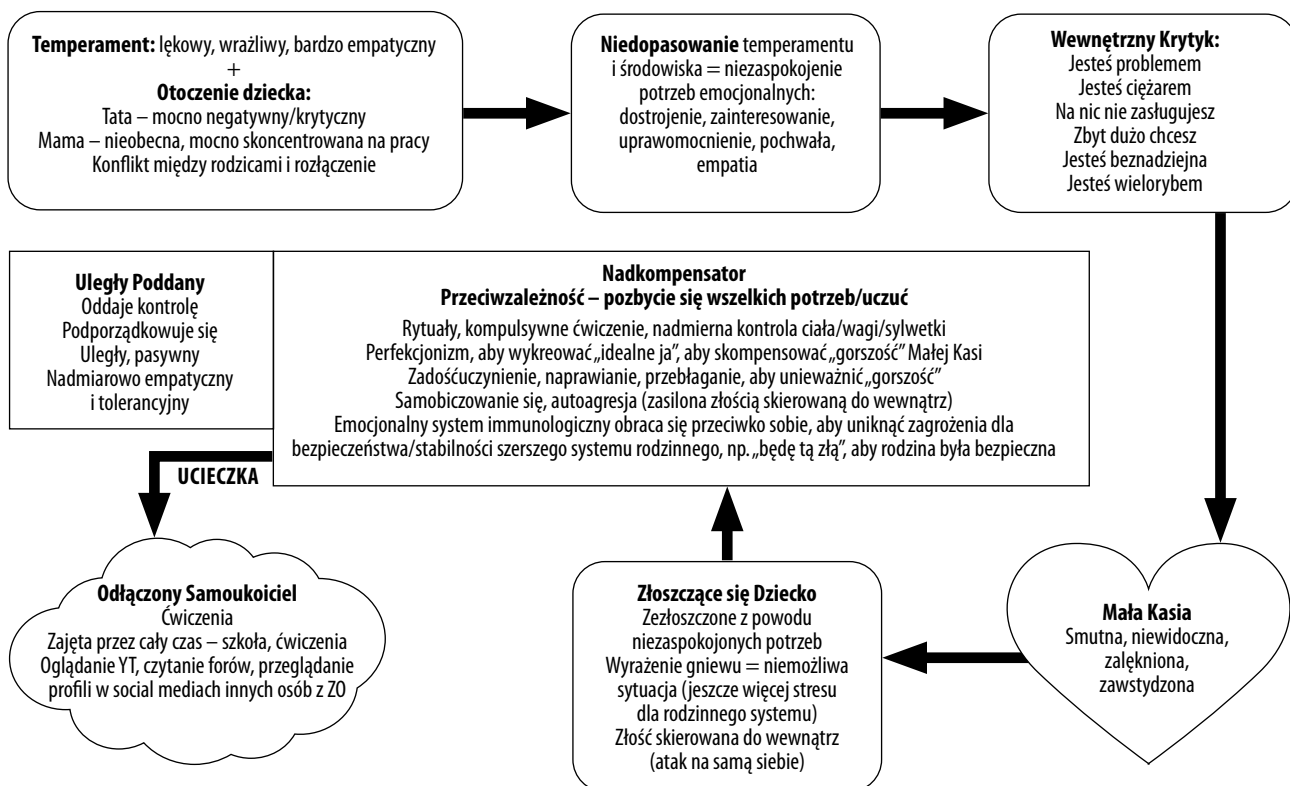
Dwa główne tryby z tej kategorii to **Uległy Poddany** oraz **Bezradny Poddany**. Mają one za zadanie unikanie bezpośredniego konfliktu poprzez pasywne zachowanie oraz oddawanie kontroli innym.

W trybie **Uległego Poddanego** osoba poświęca się i unieważnia swoje potrzeby. Będąc w trybie **Bezradnego Poddanego**, osoba stara się niebezpośrednio sprawić, aby inni brali za nią odpowiedzialność i często czuje się pokrzywdzona, gdy tego nie czynią. Może to przybrać postać trybu skarżącego się lub ofiary, gdzie osoba pasywnie zrzuca się kontroli czy odpowiedzialności, sprawiając, aby inni mieli poczucie obowiązku za zaspokajanie jej potrzeb.

Oba tryby mogą być odbierane jako pasywno-agresywne zachowania, gdzie niewyrażona w sposób otwarty złość manifestuje się pasywnym zachowaniem *acting-out* (np. spóźnianie się na spotkania, wycofywanie się w sposób wrogi w odczuciu odbiorców).

LECZENIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA TERAPIĄ SCHEMATU

TS jest modelem transdiagnostycznym. Konceptualizacja trudności pacjenta jest całościowa i obejmuje różne współwystępujące diagnozy i wzorce zachowania, dlatego początkowe spotkania służą omówieniu różnych problemów i zaburzeń współwystępujących doświadczanych przez klienta. Mapa trybów, która może być składową konceptualizacji, to diagram ukazujący główne tryby klienta. Schemat ten przedstawia także, jak oddziałują one na siebie nawzajem. Przykładowa mapa trybów została przedstawiona na ryc. 1. Wywiad dotyczący przeszłości zajmuje od 2 do 6 sesji i dotyczy wczesnych doświadczeń życiowych. W tej początkowej fazie klient jest także zapoznawany z modelem TS, koncepcją schematów i trybów. Wiedza na temat TS jest wprowadzana w kontekście doświadczenia klienta i tworzącej się konceptualizacji. Wywiad skupia się na mocnych stronach, a także deficytach w celu zidentyfikowania, na ile podstawowe potrzeby emocjonalne i fizyczne były zaspokajane w dzieciństwie. Szczególną uwagę trzeba zwrócić na dopasowanie temperamentu dziecka do otoczenia.



Ryc. 1. Przykład mapy trybów przykładowej klientki (opracowanie własne na podstawie Simpson, 2020a)

Aby zrozumieć proces powstawania wczesnych dezadaptacyjnych schematów oraz ich trybów, warto uzyskać wiedzę dotyczącą następujących obszarów:

- **Temperament.** Na przykład badanie cech powiązanych z zaburzeniami osobowości, tj.: impulsywność, kompulsywność, perfekcjonizm, introwertyzm/ekstrawertyzm, niestabilność emocjonalna, wysoka potrzeba kontroli, wysoka wrażliwość/wysoka empatia na cierpienie innych, w jaki sposób, według klienta, jego temperament i ciało/wygląd były postrzegane przez członków rodziny.
- **Relacje z rodzicami lub opiekunami, przyjaciółmi czy innymi ważnymi osobami.** Jak wyglądały relacje z rodzicami, jakie były różnice w relacji z każdym z rodziców z osobna? Na ile byli oni uważni na potrzeby dziecka? Czy słuchali, okazali zainteresowanie, byli emocjonalnie dostrojeni? Jakie cechy, zdaniem klienta, rodzice cenili, gdy był dzieckiem? W jakim stopniu on identyfikuje tę cechę u siebie? Czy klient starał się zachowywać podobnie do któregoś z rodziców (np. być bardziej spokojny/silny); można zadać pytania hipotetyczne, aby ocenić, na ile obecne było emocjonalne zaniedbanie w rodzinie, np.: „Gdybyś była smutna, bo w szkole stało się coś niedobrego, z kim byś o tym porozmawiała? Do kogo byś poszła, gdybyś potrzebowała przytulenia? Co by się stało, gdybyś jako dziecko poszła do mamy czy taty ze zdartym kolaniem?”; warto też się dowiedzieć, jak rodzina radziła sobie z emocją złości, jak rodzice reagowali na emocje, na konflikt itd.
- **Kultura/klimat rodzinny związany z jedzeniem.** Na przykład czy któregoś z rodziców było na diecie? Jak rodzice odnosili się do swojego wyglądu i wagi? Czy w rodzinie pojawiała się niezdyscyplinowane korzystanie z jedzenia poza funkcją podstawową (np. jako kojenie, regulacja emocji, substytut bliskości)? Poglądy rodziców na temat dążenia do celu, samokontroli i siły woli, reakcje rodziców na zachowania impulsywne, reakcje rodziny i przyjaciół na osobę w trakcie trwania ZO itd. (Simpson, 2020a).

W TS oprócz wywiadu bardzo ważną rolę odgrywają **wyobrażenia diagnostyczne**. Często polegają one na zbudowaniu mostu pamięci emocjonalnej do przeszłości, poprzez wyobrażenie sobie ze szczegółami sensorycznymi niedawnej sytuacji wzbudzającej trudne emocje z teraźniejszości. W diagnozie ZO bodziec wyjściowy to obecny wyzwalacz ZO. Dzięki wyobrażeniu można uzyskać dostęp do wczesnych wspomnień niekoniecznie związanych z jedzeniem, a z niezaspokojonymi potrzebami. Doświadczenie to ukazuje powstałe skojarzenie między impulsami związanymi z jedzeniem a wczesnymi dezadaptacyjnymi schematami i niezaspokojonymi potrzebami (Arntz i Jacob, 2016).

DIAGNOZA SCHEMATÓW I TRYBÓW

Schematy i tryby można diagnozować za pomocą kwestionariuszy (w sposób zarówno ilościowy, jak i jakościowy), tj.:

- YSQ-3 (Young Schema Questionnaire) (Young, 2006) oraz YPI (Young Parenting Inventory) (Young, 1994) –

oba są dobrymi narzędziami do badania poznawczych aspektów wczesnych dezadaptacyjnych schematów;

- SMI-ED (Schema Mode Inventory for Eating Disorders) (Simpson *et al.*, 2018) oraz SMI-ED-SF (Schema Mode Inventory Short-Form) (Pietrabissa *et al.*, 2020) są psychometrycznie sprawdzonymi narzędziami do badania trybów schematów tej populacji.

Warto mieć świadomość, że klienci z silnymi trybami nadkompensującymi zazwyczaj uzyskują bardzo niskie wyniki w kwestionariuszach schematów i trybów. Pokazuje to działanie/funkcję tych trybów, których celem jest m.in. bagatelizowanie czy odcinanie się od krzywd w celu uniknięcia cierpienia.

- Dzienniki monitorowania jedzenia (Fairburn, 2013) są wykorzystywane w terapii do rozwinięcia świadomości relacji między wyzwalaczami i trybami a zachowaniami żywieniowymi.
- Oprócz specyficznych narzędzi opisanych powyżej w TS korzysta się z różnorodnych narzędzi do pomiaru przekonań i zachowań związanych z ZO (Anderson *et al.*, 2004; Surgenor i Maguire, 2013).

Bardzo ważnym sposobem identyfikowania schematów i trybów jest uważna obserwacja przez klinicystę zarówno mówionych przez klienta treści, jak i jego języka ciała oraz własnych reakcji na zachowania czy wypowiedzi pacjenta. Celem jest uchwycenie tego, w jaki sposób schematy i tryby ukazują się w relacji terapeutycznej. Klinicysta musi być jednak uważny i rozróżniać, na ile jego reakcje są odpowiedzią na tryby klienta, a na ile reakcją na aktywację własnych trybów terapeuty. Przykładowo klient w trybie Bezradnego Poddanego może wzbudzać w terapii presję, aby go „naprawić”, aby wymyślić wiele rozwiązań problemu. Oczywiście wymyślone rozwiązania nigdy nie są wystarczające. Odczuwanie silnego matczyego impulsu, aby „ratować” klienta, może sugerować silny tryb Opuszczonego/Zależnego Wrażliwego Dziecka (Simpson, 2020a). Aby wyodrębnić i lepiej poznać dominujący w tym momencie tryb, można poprosić klienta o zmianę miejsca – gdy siedzi na innym krześle, można przeprowadzić wywiad z trybem i poznać jego genezę, a także przeszłą i obecną funkcję w życiu klienta (Arntz i Jacob, 2016).

OKREŚLANIE CELÓW TERAPII

Warto zbadać cele i potrzeby klienta: na ile dotyczą jedzenia, wagi, kształtu ciała, a na ile innych aspektów życia. Trzeba mieć świadomość, że usłyszane początkowo cele są deklarowane przez wyjściowy tryb klienta. Przykładowo Nadkompensator będzie chciał bardziej kontrolować zachowania jedzeniowe, aby ograniczyć impulsywne zachowania, np. objadanie. Początkowe cele będą wtedy bardzo konkretne i nie będą powiązane z emocjami czy przekonaniami, ponieważ z natury perspektywa Nadkompensatora nie mieści w sobie świata uczuć. Dlatego ważne jest, aby powiązać cele leczenia także z emocjonalnością i wrażliwością klienta. Dobrze jest ustalić wspólnie także jakiś cel wychodzący poza objawy ZO,

np. zmniejszyć samotność, zmniejszyć tendencje samobójcze czy poprawić relacje interpersonalne.

Warto upewnić się, że na mapie trybów znajdują się wszystkie problemy oraz wyzwania, czyli ważne części *self*, w tym także czynnik neuroróżnorodności, jeśli taki jest. Przykładowo zaburzenia ze spektrum autyzmu można zrozumieć jako tryb Nadkompensatora czy Zadowolonego (Kreatywnego, Niezwykłego) Dziecka, a zachowania wynikające z ADHD pasują do opisu Impulsywnego czy Niezyscyplinowanego Dziecka. Ułatwia to wspólne rozumienie problemów i zachowań, a także wykracza poza język diagnostyczny i korzysta z neutralnego języka trybów. Taka szczegółowa diagnoza odkrywa, tłumaczy i stawia hipotezy, w jaki sposób, w kontekście wczesnych dezadaptacyjnych schematów, rozwinęły się i utrwały objawy ZO. Pomaga to stworzyć unikalną indywidualną konceptualizację, która zawiera wiele wskazówek dla dalszej terapii.

TECHNIKI BEHAVIORALNE TERAPII SCHEMATU NA PRZYKŁADZIE TERAPII ANOREKSJI

Kluczową składową TS jest zmiana zachowania powiązanego z konkretnymi objawami i/lub zachowaniami. Objawy i/lub zachowania są często następstwem leżących u ich podstaw schematów. Techniki poznawcze i doświadczeniowe mogą służyć budowaniu motywacji, leczeniu schematów i ułatwieniu behawioralnej zmiany. Jednak trudno będzie mówić o sukcesach w terapii bez wprowadzenia nowych zachowań. W TS przyjmuje się następującą kolejność wprowadzania technik behawioralnych.

Krok 1: Tworzenie hierarchii eksperymentów behawioralnych

Pracując z osobami cierpiącymi na anoreksję, trzeba wyznaczyć plan posiłków oraz cel restrukturyzacji masy ciała, do którego dążymy. Pacjenci z anoreksją z dużą trudnością odstępują od swoich sposobów radzenia sobie/trybów, dlatego warto stworzyć plan, podobnie jak w CBT-E, uwzględniający zarówno cele wzmacniające zaangażowanie w terapię (kontrakt i zgoda na zdrowe cele), jak i polepszające jakość życia. Umieszczone w hierarchii zachowania mają służyć wypróbowaniu nowych sposobów działania lub zmianie tych, które mogą wzmacniać problem. Mogą to być specyficzne zachowania zabezpieczające z trybu Nadkompensatora, tj. rytuały podczas jedzenia, szukanie zapewnień, ważenie jedzenia czy krojenie posiłków na małe porcje. Aby wzmocnić zaangażowanie klienta w terapię, warto zacząć od zmian, które są dla niego ważne.

Podobnie jak w przypadku klasycznego modelu CBT-E, warto także omówić szczegółowo psychoedukację dotyczącą procesu zdrowienia – typowe zmiany fizjologiczne i emocjonalne związane z restrukturyzacją masy ciała.

Na tym etapie terapii jest tworzona również mapa trybów – cenne narzędzie, które może ułatwić wprowadzenie zmian

w zachowaniu. Rozdzielanie trybów pomaga odróżnić głos Krytyka od innych, wspierających życie trybów, których myśli i emocje sprzyjają wprowadzaniu zmian behawioralnych.

W TS anoreksji pewne zasady, podobnie jak w CBT, nie są do negocjacji. Należą do nich m.in.: ważenie podczas sesji, waga minimalna, której osiągnięcie oznacza skierowanie do szpitala, konieczność uczęszczania na terapię czy zasady dotyczące komunikacji w zespole specjalistów wspierających klientkę/klienta. Ważne, aby reguły te zostały omówione w empatyczny sposób. Często pomaga także uświadomienie klientowi, że ponieważ leczona jest choroba zagrażająca zdrowiu i życiu, to zasady terapii częściowo są regulowane także przez prawo.

Krok 2: Doświadczeniowa praca z krzesłami oraz reskrypcja wyobrażeniowa

Praca wyobrażeniowa umożliwia uzyskanie emocjonalnego połączenia między bodźcami wyzwalającymi objawy ZO a trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa. Daje to podstawy do zrozumienia, w jaki sposób objawy ZO łączą się z niezaspokojonymi potrzebami emocjonalnymi. W konsekwencji umożliwia także leczenie schematów poprzez reskrypcję wyobrażeniową.

Praca z krzesłami pomaga m.in. w zidentyfikowaniu czynników utrudniających terapię. Umożliwia oddzielenie trybów zezłoszczonych na leczenie od trybów zależniowych perspektywą zdrowienia i od trybów cierpiących, gdy dominuje choroba i nic się nie zmienia. Wyizolowanie tych części *self* daje podstawy pracy terapeutycznej służącej zmianie.

Krok 3: Praca osobista między sesjami – wdrażanie efektów terapii w codzienność

Narzędziem umożliwiającym przeniesienie emocjonalnie korektywnych informacji do codziennego życia są wnioski wypracowane podczas sesji terapeutycznej i zapisane na papierze (fiszki) lub przekazane za pomocą nagrania audio (np. na telefonie). Łatwy dostęp do wypracowanych na sesji terapeutycznej treści ma na celu wsparcie w codziennych sytuacjach, które wyzwalają ZO. Wcześniej przygotowane karty/nagranie odnosi się bezpośrednio do przekazów zawartych w dezadaptacyjnych schematach. Karty/nagranie mają za zadanie aktywować zdrowe sposoby radzenia sobie i pomóc klientowi zaspokoić swoje podstawowe potrzeby w zdrowy i otwarty sposób. Nagranie może też zawierać głos terapeuty dającego korektywne informacje. Emocjonalny kontekst takiego nagrania jest odzwierciedleniem i przypomnieniem relacji terapeutycznej – w TS będącej w pewnym stopniu ograniczonym korektywnym rodzicielstwem. Wszystko to pomaga budować czy wzmacniać tryb Zdrowego Dorosłego.

Tab. 4 podsumowuje i przedstawia zarys procesu TS w leczeniu ZO w odniesieniu do CBT. Ułatwi to osobom zaznajomionym z CBT zrozumienie specyfiki leczenia ZO TS.

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT/CBT-E)	Zarys terapii schematu w leczeniu ZO
Faza pierwsza i druga	
Dokładna diagnoza ilościowo-jakościowa	Ocena/analiza historii życia, powiązanie jedzenia i spożywania posiłków ze schematami Rozpoznawanie i obserwowanie trybów podczas sesji; diagnostyczne rozmowy z trybami
Konceptualizacja, określenie celów, psychoedukacja na temat zaburzenia oraz leczenia	Konceptualizacja schematów i mapa trybów; psychoedukacja na temat schematów i trybów
Monitoring objawów (<i>self-monitoring</i>) i wspólne ważenie raz w tygodniu	Wzmacnianie świadomości/umiejętności rozpoznawania trybów poprzez monitorowanie schematów/trybów/zachowań żywieniowych między sesjami (<i>self-monitoring</i>) Powiązanie obecnych problemów ze schematami/trybami, doświadczeniami z okresu dziecięcego/nastoletniego i niezaspokojonymi podstawowymi potrzebami emocjonalnymi
Wdrożenie wstępnych zmian w zachowaniu (np. planowanie posiłków, rozpoznanie alternatywnych aktywności)	Ćwiczenie: plusy i minusy trybów radzenia sobie Pogłębienie celów terapeutycznych: (1) dostęp do wrażliwości i niezaspokojonych potrzeb leżących u podstaw zaburzeń odżywiania (2) tworzenie/wzmacnianie trybu Zdrowego Dorosłego – części mającej umiejętności samowspółczucia, akceptacji uczuć/potrzeb oraz odżywiających/dbających o <i>self</i> (3) nauka identyfikowania potrzeb oraz proszenia o zaspokajanie ich w bezpośredni sposób (osób, które są dostępne emocjonalnie) (4) nauka ufania/polegania na sygnałach z ciała i stawiania granic trybom radzenia sobie
Włączenie znaczących osób (innych) do wzmocnienia zmiany; bieżąca ocena postępów	Wzmacnianie i pogłębianie relacji terapeutycznej poprzez emocjonalne dostrojenie Oddziaływanie rodzinne oparte na terapii schematu mające na celu omówienie międzypokoleniowych poznawczo-behawioralnych wzorców radzenia sobie, które podtrzymują emocjonalne schematy EMS (wczesne nieadaptacyjne schematy – <i>early maladaptive schema</i>)
Faza trzecia	
Eksperymenty behawioralne mające na celu testowanie lękowych założeń dotyczących konsekwencji zdrowego jedzenia	Eksperymenty behawioralne mające na celu zmianę trybów krytycznych i radzenia sobie, których celem jest testowanie lęków i wartości powiązanych z trybami, nauka ufania sygnałom z ciała, przerwanie wzorców behawioralnych podtrzymujących EMS Praca z krzesłami i empatyczna konfrontacja w celu obejścia trybów radzenia sobie, a także uzyskania dostępu do trybu Wrażliwego/Samotnego Dziecka
Poznawcza restrukturyzacja przekonań i wartości podtrzymujących ZO	Dostarczanie emocjonalnego korektywnego doświadczenia poprzez wykorzystanie reskrypcji wyobraźniowej, wyobrażeń dających doświadczenie powtórnego rodzicielstwa, historycznego odgrywania ról i wyobrażeń pozytywnych
Nauka umiejętności: emocjonalnej regulacji, tworzenia relacji interpersonalnych, zmniejszania klinicznego perfekcjonizmu, zwiększania samooceny	Klient rozwija i wzmacnia tryb Zdrowego Dorosłego – współczującą perspektywę – poprzez internalizację komunikatów terapeuty przekazywanych w trakcie pracy doświadczeniowej, ograniczonego powtórnego rodzicielstwa i wsparcia poznawczego
Faza czwarta	
Konsolidacja i podtrzymanie osiągnięć/progresu	Wzmacnianie radzenia sobie z poziomu trybu Zdrowego Dorosłego i dbania o siebie poprzez fiszki/karty oraz pamiętniki schematów
Wzmacnianie poczucia własnej skuteczności: wspólnie wypracowane spersonalizowane plany działania; osoba jest zachęcana do dalszego rozwijania nowych zainteresowań	Wyobrażania przyszłości do zidentyfikowania trybów blokujących postęp i dialogi z tymi trybami; próby behawioralne/scenki z pozycji Zdrowego Dorosłego mające na celu wzmacnianie radzenia sobie w zamian za jedzenie czy zachowania żywieniowe – prawdziwe zaspokajanie potrzeb
Zapobieganie nawrotom i ustalanie realistycznych oczekiwań co do przyszłości	

Tab. 4. Propozycja wzbogacenia protokołu CBT-E terapią schematu (za Archonti et al., 2020)

POSZUKIWANIA SKUTECZNEJ TERAPII ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Chociaż podejście CBT ma najlepiej udowodnione wskaźniki skuteczności terapii, prawdą jest także, że wiele osób nie odnajduje się w tym podejściu, nie angażuje się, nie wykonuje zadań osobistych między sesjami, przerywa leczenie w zbyt wczesnej fazie lub po wstępnym sukcesie nie jest w stanie utrzymać zmiany (Castellnuovo *et al.*, 2011). Program CBT-E zwiększył wskaźnik wyleczalności bulimii oraz zaburzenia z napadami objadania się. Jednak nadal 40–50% osób z tymi zaburzeniami nie odpowiada na to leczenie (Byrne *et al.*, 2011; Fairburn *et al.*, 2009). Szczególnie trudna do wyleczenia jest anoreksja. Leczenie CBT (i CBT-E) pacjentów z anoreksją wykazuje stosunkowo wysoki wskaźnik osób wycofujących się z leczenia oraz

ograniczoną efektywność leczenia (Hay, 2013). Choć wielu klientów osiąga mistrzostwo w poznawczym kwestionowaniu swoich dysfunkcyjnych myśli i przekonań czy rozpoznawaniu błędów poznawczych, to nie ma to zbyt dużego wpływu na ich negatywne przekonania kluczowe (Leung *et al.*, 2000), które często są odczuwane na poziomie ciała i emocji (Simpson, 2012).

TS nie jest jeszcze wpisana w rekomendacje National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dla leczenia ZO. Do tej pory jej skuteczność, która jest porównywalna z rekomendowanym leczeniem, została udokumentowana w jednym (zamiast wymaganych dwóch) randomizowanym kontrolowanym badaniu klinicznym (*randomised controlled trial*, RTC). McIntosh i wsp. (2016) wykazali w badaniu RTC podobną skuteczność TS do CBT w leczeniu bulimii. TS spełnia także kryteria rekomendowanego leczenia

dla zaburzeń osobowości (NICE, 2009 i 2012), a jak zostało wspomniane wcześniej – około 70% osób z ZO współdoświadcza także zaburzenia osobowości.

Terapię pierwszego wyboru powinny być terapie rekomendowane, o udowodnionej naukowo skuteczności. Integrowanie CBT z TS, zwłaszcza u osób dorosłych, u których współwystępuje zaburzenie osobowości i odżywiania, wydaje się rozsądną opcją. Także pacjenci, którzy nie reagują na leczenie pierwszego wyboru, mogą skorzystać z TS. Dane sugerują, że osoby, które reagują na leczenie CBT, zaczynają wykazywać zmiany behawioralne w ciągu sześciu pierwszych sesji terapii. Pozwala to na postawienie pytania, jak długo od początku terapii, bez uzyskania najmniejszej zmiany behawioralnej, powinna być kontynuowana terapia CBT. Jest to dylemat etyczny, dla którego nie ma prostego rozwiązania. Smith i Simpson – klinicystki i naukowczynie, pod których edycją w 2020 roku wyszła książka *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*, proponują, aby rozważać wprowadzenie nowego podejścia terapeutycznego, gdy pacjent traci zainteresowanie terapią lub nie angażuje się w zadania behawioralne. TS jest dobrą opcją, ponieważ wzmacnia poziom zaangażowania.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Gromadzenie i/lub zestawianie danych; napisanie artykułu: KD, JS.

Piśmiennictwo

- Agüera Z, Krug I, Sánchez I et al.: Personality changes in bulimia nervosa after a cognitive behaviour therapy. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: 379–385.
- Andersen D, Lundgren J, Shapiro J et al.: Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. *Behav Modif* 2004; 28: 763–782.
- Archonti C, Simpson S, Castelnuevo G et al.: Behavioral pattern breaking in schema therapy for eating disorders. Learning from other evidence-based approaches. In: Simpson S, Smith E (eds.): *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*. Routledge, London and New York 2020: 121–135.
- Arntz A, Jacob G: *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. GWP, Sopot 2016.
- Auger N, Potter BJ, Ukah UV et al.: Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World Psychiatry* 2021; 20: 448–449.
- Backholm K, Isomaa R, Birgegård A: The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 4.
- Bardon-Cone AM, Wonderlich S, Frost RO et al.: Perfectionism and eating disorder: current status and future directions. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 384–405.
- Brewerton TD: Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord* 2007; 15: 285–304.
- Byrne SM, Fursland A, Allen KL et al.: The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behav Res Ther* 2011; 49: 219–226.
- Castellnuovo G, Manzoni GM, Villa V et al.: The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials* 2011; 12: 114.
- Cooper M, Kelland H: Medication and psychotherapy in eating disorders: is there a gap between research and practice? *J Eat Disord* 2015; 3: 45.
- Damiano SR, Reece J, Reid S et al.: Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eat Behav* 2015; 16: 64–71.
- Fairburn C: *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al.: Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatr* 2009; 166: 311–319.
- Farstad SM, McGeown LM, von Ranson KM: Eating disorders and personality, 2004–2016: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016; 46: 91–105.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F et al.: Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 412–425.
- Gulliksen KS, Nordbø RHS, Espeset EMS et al.: Four pathways to anorexia nervosa: patients' perspective on the emergence of AN. *Clin Psychol Psychother* 2017; 24: 846–858.
- Hay P: A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 462–469.
- Kent A, Waller G: Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 887–903.
- Leung N, Thomas G, Waller G: The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 205–213.
- McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD et al.: Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: a randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res* 2016; 240: 412–420.
- Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K et al.: Early maladaptive schemas in eating disordered patients with or without non-suicidal self-injury. *Eur Eat Disord Rev* 2016; 24: 399–405.
- Pietrabissa G, Manzoni GM, Corti S et al.: Addressing motivation in globesity treatment: a new challenge for clinical psychology. *Front Psychol* 2012; 3: 317.
- Pietrabissa G, Rossi A, Simpson S et al.: Evaluation of the reliability and validity of the Italian version of the schema mode inventory for eating disorders: short form for adults with dysfunctional eating behaviors. *Eat Weight Disord* 2020; 25: 553–565.
- Ringer F, Crittenden PM: Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 119–130.
- Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E: The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5: 52–61.
- Sansone RA, Levitt JL: Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. *Eat Disord* 2002; 10: 205–213.
- Segura-García C, Chiodo D, Sinopoli F et al.: Temperamental factors predict long-term modifications of eating disorders after treatment. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 288.
- Simpson S: Schema therapy assessment of eating disorders. In: Simpson S, Smith E (eds.): *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*, Routledge, London and New York 2020b: 37–55.
- Simpson S: Schema therapy conceptualization of eating disorders. In: Simpson S, Smith E (eds.): *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*. Routledge, London and New York 2020a: 56–66.

- Simpson S: Schema therapy for eating disorders: a case study illustration of the mode approach. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (eds.): *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. John Wiley, 2012: 143–171.
- Simpson SG, Slowey L: Video therapy for atypical eating disorder and obesity: a case study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011; 7: 38–43.
- Simpson S, Hartmann S, Files N et al.: Review of the schema model and therapeutic application in eating disordered populations. In: Simpson S, Smith E (eds.): *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*. Routledge, London and New York 2020: 12–22.
- Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M et al.: Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol* 2010; 1: 182.
- Simpson SG, Pietrabissa G, Rossi A et al.: Factorial structure and preliminary validation of the Schema Mode Inventory for Eating Disorders (SMI-ED). *Front Psychol* 2018; 9: 600.
- Smith E, Simpson S, McIntosh VVW: Introduction to schema therapy for eating disorders. In: Simpson S, Smith E (eds.): *Schema Therapy for Eating Disorders. Theory and Practice for Individual and Group Settings*. Routledge, London and New York 2020: 3–11.
- Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatr* 2002; 159: 1284–1293.
- Sternheim LC, Fisher M, Harrison A et al.: Predicting intolerance of uncertainty in individuals with eating disorder symptoms. *J Eat Disord* 2017; 5: 26.
- Surgenor LJ, Maguire S: Assessment of anorexia nervosa: an overview of universal issues and contextual challenges. *J Eat Disord* 2013; 1: 29.
- Sweetingham R, Waller G: Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16: 401–407.
- Vajda A, Láng A: Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 131: 386–390.
- Waller G, Kennerley H, Ohanian V: Schema-focused cognitive-behavioral therapy with eating disorders. In: Riso LP, du Toit PL, Stein DJ et al. (eds.): *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide*. American Psychological Association, New York 2007: 139–175.
- Waller G, Sines J, Meyer C et al.: Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 143–148.
- Young JE: *Young Parenting Inventory*. Cognitive Therapy Center, New York 1994.
- Young JE: *Young Schema Questionnaire-3*. Cognitive Therapy Center, New York 2006.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. GWP, Sopot 2014.
- Zerwas S, Lund BC, Von Holle A et al.: Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 972–979.
- Zhu H, Luo X, Cai T et al.: Life event stress and binge eating among adolescents: the roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Stress Health* 2015; 32: 395–401.