



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ**

*Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до блага здорового та гармонійного суспільства...*

**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**

пр. Червоної Калини 86а, Львів, 70049, e-mail: [i.cbt.org.ua@gmail.com](mailto:i.cbt.org.ua@gmail.com), веб-сайт: [www.i-cbt-org.ua](http://www.i-cbt-org.ua)

---

## **Дипломна робота**

**Когнітивно-поведінкові техніки і домашні завдання в  
роботі з окремими схемами (ГП).**

Олена Дівеева-Островська

Львів - 2017

## **Зміст**

<b>Вступ .....</b>	<b>3</b>
<b>Загальний огляд технік, які застосовуються в схема-терапії .....</b>	<b>3</b>
<b>Когнітивні техніки .....</b>	<b>5</b>
<b>Поведінкові техніки .....</b>	<b>10</b>
<b>Домашні завдання .....</b>	<b>11</b>
<b>Детальний розгляд чотирьох схем .....</b>	<b>13</b>
Схема депривації .....	14
Схема самопожертви.....	16
Схема дефективності .....	21
Схема підкорення .....	25
<b>Висновки .....</b>	<b>27</b>
<b>Бібліографія .....</b>	<b>27</b>

## Вступ

Дана робота має практичне спрямування. Вона виросла з практичної потреби. Так як схема-терапія триває досить довго і чітких протоколів по роботі з окремими схемами на українській мові поки нема, тут будуть представлені погруповані техніки і рекомендації з англomовних монографій присвячених схема-терапії.

З досвіду роботи в методиці схема-терапії в автора склалось переконання, що когнітивна сторона, а також безпосередні поведінкові зміни мають дуже суттєвий вплив в роботі. Розуміння природи схем, робота в різних когнітивних техніках дуже суттєво ослаблює схему. Саме називання її певним терміном ставить під питання те, що пацієнт вважав істиною і частиною своєї ідентичності. Незважаючи на революційну роль експеріментальних технік, які, безумовно, творять «магічні» зміни на терапії, але гіпотеза, з якої виникла дана робота наступна: розуміння своїх схем, чітке їх пропрацювання когнітивно дає суттєвий тривалий результат. Без пропрацювання когнітивно досвід пережитого в інших техніках може стати міражом для пацієнта, але коли є чітке логічне розуміння кожного етапу роботи, де в дусі колегіальності терапевт з пацієнтом обговорює всі деталі нового досвіду – виростає віра в зміни, довіра новому, інтеграція з попереднім знанням. Також поведінкові аспекти є дуже важливими від початку терапії, що проілюструю на прикладах в другій частині роботи.

З цією метою зоною дослідження в цій роботі є різноманітні когнітивні і поведінкові техніки, які описані в монографіях по роботі зі схемами. Також для прикладу обрано довільно 4 схеми, на прикладі яких детальніше описані конкретні техніки.

Окрема увага приділяється домашнім завданням в схема-терапії.

Корисна робота також може бути для роботи в когнітивно-поведінковій моделі з проблемами самооцінки, адже описані техніки є нічим іншим як модифікацією технік КПТ. Адже поки перекладена інформація про роботу більш в моделі часток, натомість в моделі схем поки, нажал, досить мало матеріалів в доступі українською/російською мовами.

Для залучення перед прочитанням роботи пропонуємо задати собі запитання, які виникли на початку аналізу теми у автора:

- ✓ Чи усі техніки КПТ підходять для пацієнтів в схема-терапії?
- ✓ Чи є специфічні когнітивні і поведінкові техніки в схемі?
- ✓ Які з них і коли використовувати – які на початку, які вже в середині терапії?
- ✓ Які техніки є добрі для домашніх завдань? І що робити, коли пацієнт не робить їх?
- ✓ Чи є техніки, кращі для специфічних схем?

## Загальний огляд технік, які застосовуються в схема-терапії

Для початку розглянемо загальний список когнітивно-поведінкових технік, а згодом завдання буде дещо вужчим і пов'язане з конкретними схемами. До уваги зручна таблиця з оглядом більшості технік в схема-терапії, з т.з. авторів «The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy. Theory, research, and practice»:

	Експеріментальні	Когнітивні	Поведінкові
Поза терапією	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Рольова гра в теперішньому</li><li>✓ Іманігативна робота в теперішньому</li><li>✓ Навики переживань емоцій</li><li>✓ Експозиція до вираження емоції</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Сократичний діалог</li><li>✓ Формулювання нових схем</li><li>✓ Схема-діалог</li><li>✓ Флеш-карти</li><li>✓ Позитивний щоденник/журнал</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Поведінкові експерименти</li><li>✓ Відпрацювання навиків в рольовій грі</li><li>✓ Вправлення в новій поведінці</li></ul>

В терапії	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Обмежене повторне батьківство</li> <li>✓ Емпатична конфронтація</li> <li>✓ Пробудова границь</li> <li>✓ Рольова гра і рольова гра зі зміною сторін терапевт-пацієнт</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ідентифікування схеми пацієнта в терапевтичному альянсі</li> <li>✓ Тестування ідей стосовно терапевта</li> <li>✓ Ідентифікування схем терапевта</li> <li>✓ Саморозкриття</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Поведінкові експерименти</li> <li>✓ Підкріплення конструктивної поведінки</li> <li>✓ Тренування навиків нової поведінки безпосередньо в терапевтичному альянсі</li> <li>✓ Моделювання поведінки терапевтом</li> </ul>
Минуле	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Іманігативна рескрипція</li> <li>✓ Рольова гра про минуле</li> <li>✓ Робота з кріслами (2 і більше)</li> <li>✓ Написання листів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Реперентінг в уяві і інтеграція нових схем в уяві</li> <li>✓ Історичний тест</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Спроби нової поведінки з важливими фіграми з минулого</li> </ul>

Автори Arnold Arntz, Hannie van Genderen в «Schema therapy for Borderline disorder» зазначають, що з класичними когнітивними техніками в схема-терапії може не бути швидкого прогресу. Особливо звертають увагу на спосіб мислення – у багатьох пацієнтів з пограничним розладом особистості (ПРО) є чорно-біле мислення і деколи когнітивні техніки можуть бути сприйняті як звинувачення чи покарання (це, до прикладу, стосується сократичних діалогів, які радять проводити вже на пізніших етапах роботи з пацієнтами з ПРО). Добрий орієнтир для застосування більш складних когнітивних технік – це розмір здорової дорослої частки у моделі часток конкретного пацієнта.

Ось список специфічних технік, які надають вище згадувані автори:

Когнітивні:

- ✓ Когнітивний щоденник часток
- ✓ Оцінка за візуальною аналоговою шкалою
- ✓ Багатовимірні оцінки
- ✓ Двовимірні оцінки з уявним зв'язком
- ✓ Техніка пирога
- ✓ Техніка зали суду
- ✓ Техніка позитивного журналу

Поведінкові:

- ✓ Поведінковий експеримент
- ✓ Рішення проблем (з навиком використання тайм-аут)
- ✓ Навчання нових навиків і рольова гра
- ✓ Обговорення небезпечної поведінки/планування нової поведінки

Стосовно часу застосування тої чи іншої техніки, то в книзі самопомоги для пацієнтів «Reinventing your life» Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko подають такі фази когнітивної і поведінкової роботи для зміни схеми:

1. Ідентифікування й усвідомлення схеми (опитувальники, психоедукація про 5 потреб, ін. техніки)
2. Розуміння походження схем і контакт з дитячими частками (експериментальні техніки)
3. Раціональна робота зі схемою (історичний тест, флешкарта, ін. когнітивні техніки)
4. Емоційна робота (спеціальні техніки, як до прикладу написання листа до фігур, які вплинули на формування схеми)
5. Дослідження і заохочення поведінкових змін основних патернів схеми (напр. тренінг асертивності, навик толерувати вразливість і ін.).

Отже, як можна зазначити, в загальному послідовність зберігається класична і для КПТ-роботи:

когнітивна робота, далі емоційна/експериментальна, а потім поведінкові зміни. Але цікаво буде зосередитись на окремих схемах нижче, де будуть виключення з цього правила.

## Когнітивні техніки

Для ідентифікування схем ми використовуємо тести, які є не тільки джерелом інформації для терапевта, а також служать початком психоедукації для пацієнта. Дуже часто пацієнти не мають назви для складного поєднання емоційних станів і внутрішніх переконань про себе і світ, а отримуючи її, краще себе розуміють. Цей досвід, а також психоедукація про 5 потреб дистанціює пацієнта від негативного самосприйняття. Для прикладу - сама концепція наявності у пацієнта схеми дефективності відділяє від болісного усвідомлення про свою уявну дефективність на невеличку емоційну відстань, яка дозволяє вести далі роботу з ідентифікацією схеми та її зміною. В глибині пацієнти усвідомлюють свої схеми, але злитність їх з самооцінкою і власною ідентичністю не дає сміливості розглядати їх (напр.: якщо я погана людина і якщо я знаю, що нема в світі нікого, хто б полюбив мене – то я довіряю своєму відчуттю і змиряюсь або вибираю інший коупінг, але якщо МАЮ схему дефективності і депривації, то я можу її і не мати).

Пацієнти часто мають відчуття, що щось стало ясно, після цього першого етапу.

На цьому етапі основною когнітивною технікою є *психоедукація*.

Стосовно другого етапу, то тут експериментальна робота з дитячими спогадами є основною. Зупинимось детальніше на 3ому етапі: Рациональна робота зі схемою (історичний тест, флешкарта, ін. когнітивні техніки)

Валідизація на раціональному рівні з допомогою *«історичного тесту»* є дуже важливим етапом.

Тут також продовжується дистанціювання від схеми. Пацієнти приймають на віру схему як емоційно, так й інтелектуально. Ціль – довести, що це не правда, або, хоча б, може бути змінено. Поки валідизація не проведена пацієнт важко згоджується на іншу роботу.

Для цього важливим етапом є список фактів «за» і «проти» схеми протягом життя, з групуванням по етапах раннього, середнього дитинства, школи, старших класів, юності і т.д. Перша частина є емоційно важча, вона полягає в тому, що пацієнт записує докази «за» схемі. Також можна продовжити роботу з доказами пошуком контраргументів, у Йонга ця таблиця має різні модифікації, один варіант такий вигляд:

Докази, що підтверджують схему	Чи це по суті так, якщо подивитись з холодною головою	Як я можу змінити це?

В інших джерелах (Arnold Arntz, Hannie van Genderen «Schema therapy for Borderline disorder») наводиться інший варіант історичного тесту:

якщо пацієнти мають тверде переконання, що вони є погані і були такими весь час терапевт тестує це переконання історично. Терапевт спочатку проводить психоедукацію про нормальний розвиток дитини, а клієнт починає збирати фотографії, матеріали, спогади, касети. Записи про себе в певних фазах розвитку. Важливо знайти інформацію про перші роки, так як багато пацієнтів переконані, що вони були дуже поганими з самого раннього дитинства.

Дивлячись на фотографії терапевт і пацієнт можуть разом протестувати цю теорію. Також автори рекомендують запитати старших опікунів, родичів, вчителів про докази того, що пацієнт був «поганий» в конкретному віці. Пацієнти дуже реалістично вірять, що ці докази будуть отримані, а натомість чують про те, що інші помічали складнощі в сім'ї, але не в дитині. Це може суттєво вплинути

на самосприйняття пацієнта. Це зменшує караючу частку і дає більше підтримки зраненій дитячій частці.

Інший варіант бланк може виглядати так (модифікація історичного тесту):

<p><b>Докази дисфункційної схеми (є сформована схема):</b></p> <p>Факти, з яких ви зробили висновок (з дитинства до теперішнього часу)</p>	<p><b>Контраргументи</b></p> <p>Що зараз ви думаєте про цей факт? Якби молодший брат/сестра зробив такий висновок, що б ви йому сказали? Чи знаєте ви інші точки зору щодо цього факту? Чи це не говорить щось не про вас, а швидше про інших?</p>	<p><b>Докази адаптивної схеми (є сформована адаптивна схема)</b></p> <p>Чи є у вас факти, які не підтверджують схему? Від дитинства до теперішнього часу.</p>

Важливо, що частина фактів можуть дійсно говорити, про правдиві сторони пацієнтів. Вони можуть бути в чомусь не компетентні, можуть реально мати стосунки, де їх залишають. Тут важливо залишатись правдивим. Дійсно уникнення викликів в житті може привести до некомпетентності, вибір партнерів, які схильні до агресії, може підтвердити, що в стосунках часто є скривдження. Особливість когнітивної роботи із за/проти в схема-терапії, полягає в більш глибокому аналізі доказів за з допомогою таких запитань:

- Чи ви народились вже некомпетентним? Чи ця некомпетентність якось пов'язана з критикою батька? Чи це вплинуло на те, що повірили, що це правда?

- Чи дійсно ви були особливою дитиною, чи батьки потакали вам багато і навчили відчувати себе людиною з особливими правами? Чи це дійсно має докази і в дорослому житті чи це мало місце тільки в дитинстві?

- Якщо віра дуже велика, можна додати питання: Як я можу змінити це?

Наступна техніка, яка рекомендована після історичної раціональної роботи – це написання *флеш-карти* – написання її і читання її щодня як домашнє завдання.

Є варіант написання прямого здорового послання, але також, при важких випадках, автори монографії по роботі з пограничним розладом рекомендують написати 2-сторонні флеш-карти: на одній стороні пацієнт може написати коротко те, що говорить караюча частка. Наприклад: «я відчуваю себе винуватим, в тому, що все навколо погано. Це те, що мені каже караюча батьківська частка». На іншій стороні більш поширено клієнт пише те, що може сказати здорова доросла частка – більш об'єктивний, широкий і здоровий погляд. Наприклад: «Я відчуваю себе винуватим. Але це не значить, що я винний. Може бути інша причина, чому не вийшло. Це може бути невезіння, може бути відповідальність іншої особи. Тільки якщо я спокійно посиджу і подумаю про всі складові ситуації, я зроблю висновок, чи винен я. Караюча батьківська частка часто перебільшує, я не потребую цієї сторони зараз».

І приклад звичайної флеш-карти:

«якщо навіть я відчуваю, що всі близькі покинуть мене, це не правда. Я так себе почуваю, бо в дитинстві батьки часто залишали мене.

Навіть факт пережитого мною в житті покинення в дорослих стосунках не доводить цього, бо я знаю, що мене приваблюють партнери і друзі, які є важкі в стосунках.

Але люди в моєму житті не мусять бути такими. Я можу обрати відповідних партнерів.

Багато часу, коли я відчуваюсь покинутим – мені треба спитати себе чи це так, бо я маю високу чутливість до цієї теми, це може тригеруватись моя схема. Щось нагадує мені відчуття покинення з

дитинства і я можу відчувати себе погано. Якщо об'єктивно це моє перебільшення – я маю пам'ятати, що люди мають право на свою територію».

#### Інші техніки

*Когнітивна техніка щоденник* часток є корисною технікою для підвищення усвідомлення часток і підсилення здорової частки.

Взіреть Когнітивного щоденника часток:

Ситуація (що викликало реакцію):
Почуття (як я себе відчував):
Думка (що я думав):
5 Аспектів мене. Які з них зіграли в ситуації свою роль? Підкресліть і дайте кілька слів пояснення*: 1.       Захисник: 2.       Зранена дитина: 3.       Зла/імпульсивна дитина: 4.       Караюча батьківська частка: 5.       Здорова доросла частка <small>*Дані 5 часток рекомендовані для пацієнтів з ПРО</small>
Обгрунтована і доречна реакція і яка частина її включає:
Надмірна реакція (Яка реакція була надмірна, надто сильна?)
Як я перебільшив чи невірно інтерпретував ситуацію?
Що я зробив, що зробило цю ситуацію гіршою?
Бажана реакція:
Як я хочу бути в змозі реагувати на такі ситуації?
Що я можу зробити, щоб вирішити цю проблему?
Почуття (як я себе відчуваю зараз):

#### *Оцінка за візуальною аналоговою шкалою*

Техніка направлена на зміну чорно-білого мислення. Терапевт проводить лінію від 0 до 100. Пише слово, яке є критерії низької самооцінки пацієнта (напр. «дурний», якщо це критерій дефективності для пацієнта) де позначка 0, і 100 для протилежного значення (напр. «розумний»). Якщо пацієнт каже, що він дурний, терапевт просить позначити це місце на шкалі від 0 до 100. Як правило клієнти обирають 0 або близько. Далі терапевт просить зробити теж з людьми, яких знає пацієнт, а тоді знов вкінці просить вказати себе. Терапевт спонукає почати заповнення, починаючи зі знаходження двох точок екстремально приближених до 0 і до 100 з інших людей, а далі заповнити проміжок.

Відкриття, яке роблять клієнти, це те, що вони не належать до крайніх точок на шкалі.

#### *Техніка «багатовимірна оцінка»*

В цій техніці терапевт робить спільно з клієнтом інвентаризацію всіх характеристик, які корелюють у пацієнта з розумінням своєї меншовартості і навпаки. Терапевт просить назвати всі

характеристики, які роблять людину цінною, хорошою і навпаки, що робить пацієнта поганим. Часто клієнти з пограничним розладом дуже швидко називають перелік негативних рис, які роблять їх меншшартовісними. Для прикладу клієнт називає такі характеристики – мати друзів, модельну зовнішність, бути розумним і ін..

Наступним кроком є проставлення по цим критеріям шкали від 0 до 100.

І, подібно як у минулій вправі, пацієнт прописує в ці шкалі інших людей. Яких він знає. І тоді тільки, вкінці, він ставить себе на ці шкали. Терапевт допомагає і наводить приклади осіб з публічних джерел, які є на границях шкал (напр.. по шкалах «добрий» можна вказати серійних вбивць, військових злочинців - на 0 і мати Терезу чи Ганді - на 100).

Часто після цієї вправи пацієнт завершує з набагато більш детальною, об'єктивною і позитивною самооцінкою на когнітивном рівні, чим було до цього.

#### *Техніка двовимірної роботи з уявним зв'язком.*

Якщо клієнт має чітке уявлення про зв'язок двох факторів і ми розуміємо, що цей зв'язок не є об'єктивним, то ми графічно зображає дві діагоналі цих двох факторів – наприклад щастя і успіх в роботі як перетин вісей X і Y.

Далі пацієнт записує в цю шкалу стільки людей, скільки може, якомога більше у поля, які утворюють вісі і бачить відсутність прямого зв'язку.

#### *Техніка піци (пирога)*

Відома техніка, яка корисна в роботі з пацієнтами, які перебільшують свій вплив, відповідальність за певні події.

Пацієнт думає спочатку про всі обставини та конкретні особи, які впливають на ситуацію. Терапевт допомагає думати креативно про всі можливі впливи. Далі кожній особі і аспекту пацієнт дає кусок пирога з конкретним відсотком. В останню чергу він пише свою частину пирога і пише відсоток. Дана вправа суттєво зменшує силу батьківської караючої частки.

#### *Техніка зали суду*

Ця техніка є підвидом рольової гри, де пацієнт бере на себе роль прокурора, а терапевт адвоката і, якщо це можливо, то можна змінити ролі навпаки. Ця техніка подібна на техніку крісел з частками, але вона направлена не на частки і їх усвідомлення, а на зміну дисфункційного мислення.

#### *Техніка позитивного журналу*

Пацієнти з розладами особистості мають схильність пам'ятати досвід, який узгоджується зі схемами. Переважно негативний. Для цього ця техніка рекомендується на довший час, щоб виробилась звичка, яка б укріпила нові адаптивні схеми.

Пацієнти часто не заповняють невеличкі успішні активності, які зміцнюють самооцінку, як наприклад приготовлене власноруч смачне блюдо, годину в спортзалі і чекають надзвичайних подій, для прикладу – нова робота, піклування місяць за хворим і подібного. Часто також вони знецінюють свої добрі спроби нової поведінки, якщо наслідки є не задовільні. Для прикладу пацієнт може в добрий спосіб сказати партнеру про свої межі, партнер може погано відреагувати, і це для пацієнта не буде достатнім приводом для запису в журнал. Терапевт має пояснити, що сам факт того, що пацієнт зробив те, що раніше не робив і зробив це в добрий спосіб є позитивним фактом, незалежно від контролю злості, чутливості партнера чи когось іншого.

Терапевт старасться просити позитивний журнал кожену сесію.

#### Позитивний журнал


Тут я записую по одному або й більше дрібних (або великих) активностей або досвід, який стверджує мою позитивну самооцінку. Вся ця інформація може бути використана для ослаблення караючої частки і зміцнення здорової дорослої частки.
Дата:
Зміст:
Дата:




Зміст:
Дата: Зміст:
Дата: Зміст:
Дата: Зміст:
Дата: Зміст:
Дата: Зміст:
Дата: Зміст:

На завершення по блоку когнітивних технік рекомендуєм книгу Schema Therapy Clinicians Guide The Farrell Joan M. Shaw Ida A. Reiss Neele, де є безліч імпровізованих бланків, ілюстрованих частками:

До прикладу – ось бланк, який створений для роботи на усвідомлення базових потреб (малюнки з монографії):

<p><b>Потреби дитини</b></p> <p><i>Усі діти мають базові потреби. Ці потреби є дуже важливі і їх задоволення є необхідним для здорового розвитку. Коли потреби не задоволені – розвиваються нездорові схеми і частки. Гляньте на список потреб і подумайте, як вони задовольнялись тоді? Як ви зараз їх задовольняєте?</i></p>	
	
<p>1) Безпека і прив'язаність, передбачуваність і любов. Мій дитячий досвід з цією потребою:</p> <p>Як я намагаюсь реалізувати цю потребу зараз:</p>	
<p>2) Автономія, ідентичність, відчуття компетентності. Який мій дитячий досвід в цій потребі?</p> <p>Як я намагаюсь реалізувати цю потребу зараз:</p>	
<p>3) Свобода виражати свої почуття і потреби. Дитячий досвід задоволення цієї потреби:</p> <p>Як я намагаюсь реалізувати цю потребу зараз:</p>	
<p>4) Свобода грати і бути креативним. Дитячий досвід задоволення цієї потреби:</p>	

<p>Як я намагаюсь реалізувати цю потребу зараз:</p> 
<p>5) Реалістичні межі і самоконтроль. Дитячий досвід задоволення цієї потреби:</p> <p>Як я намагаюсь реалізувати цю потребу зараз:</p>

Підсумки:

Є багато розроблених бланків і технік, їх варто знати, але не так важливі бланки, як завдання співпраці і побудови кращого контакту через спільне розуміння дороги лікування, причин схеми, моделі роботи часток і коупінгів. З цієї точки зору автор вважає, що терапевти можуть творити самостійні бланки, бути творчим.

Arnold Arntz та Hannie van Genderen зазначають, хоч в книгах по схема терапії когнітивним технікам виділяють мало місця, але вони є важливою частиною на кожній сесії, і терапевт, який не мав до схеми освіти в КПТ часто втрачає важливі нюанси і аспекти роботи, такі як вербалізація, уточнення понять, розробка нових схем.

Особисте спостереження автора також стосується того, що когнітивна робота збільшує відчуття колегіальності в роботі, а також прозорості самої роботи.

## Поведінкові техніки

І відразу почнемо короткий перелік поведінкових технік, які застосовуються в схема-терапії.

### Техніка експерименту

Для прикладу, якщо пацієнт багато раз був відкинений раніше в своїх потребах, то експериментом може бути навчання чіткого висловлення своїх потреб. У вигляді експерименту колоборативно з пацієнтом можна розробити дизайн експерименту з проханням про свої потреби у різних осіб. Також узгоджуються одиниці виміру, умови. Терапевт валідизує уникнення, якщо воно з'являється, адже пацієнт багато раз підтверджував в дитинстві уявлення, що ніхто не подбає про ці потреби і зараз не хоче ризикувати знов отримати відмову. За браком попереднього досвіду варто почати з тренінгу навиків, ще до того, як приступати до експериментів.

### Техніка тренінг навиків і рольова гра

Переважно пацієнти не мають добрих соціальних навиків, таких до прикладу як вираження своєї злості, пошук допомоги і ін. В цьому відповідальність терапевта змоделювати здорову поведінку пацієнта в різних ситуаціях, якщо у останнього не було доброї моделі (потреба скерування в схемі депривації).

Ціль такої роботи – дати розуміння пацієнтові про соціальні шляхи висловлення своїх емоцій і потреб і способи задоволення останніх.

### Техніка рішення проблем

Ця техніка вимагає особливої уваги для пацієнтів з ПРО. Ці пацієнти часто баланують між імпульсивними діями і залежністю від думки/рішення інших в ситуації, де вимагається рішення проблем. Пацієнти вчаться додавати «перерву на подумати», щоб позбутись імпульсивної поведінки. Вони також вчаться ділити проблему на маленькі частини, і знаходити рішення на кожну малу частину. Такі міні рішення терапевт навчає записувати, а також аналізувати кожне з цих рішень з допомогою простої **техніки «плюси і мінуси»**.

Також терапевт вчить протистояти караючій частці і захисним коупінгам, які можуть виключати деякі можливості. Як тільки план готовий, терапевт заохочує до реалізації перших кроків і вимірювання успішності.

### ***Техніка «обговорення небезпечної поведінки» і «обговорення нової поведінки»***

Терапевт достатньо активно можна навіть наполягає на зміні шкідливої поведінки під час стресу, зв'язує її з частками і допомагає знайти заміну, кращу поведінку для емоційної регуляції.

І терапевт не лише може допомогти завершити стосунки з партнером, який зневажає і принижує/загрожує в стосунках, а й тренує просити і отримувати підтримку у інших. Важливо також врахувати, що невміння отримати підтримку підсилюється схильністю пацієнта до взаємодії з неподходящими кандидатами, які трігують схему. Тільки з укріпленням здорової дорослої частки і здорових схем пацієнт навчається виносити судження про інших об'єктивніше.

Друга частина поведінкової роботи направлена на пошук пацієнтом відповідного заняття, хобі, навчання – справи, яка підходить його інтересам. В цій ж сфері пацієнт може заводити нові знайомства, друзів і теж нові практичні навички. Терапевт займає батьківську роль згідно концепції повторного обмеженого батьківства і допомагає психоедукацією знайти краще коло, побудувати власну мережу підтримки. Поволі кількість підтримки і скерування зменшується і завершується автономністю пацієнта.

На завершення автори Arnold Arntz, Hannie van Genderen підкреслюють важливість поведінкових технік, адже вони дають фундамент і саме вони зв'язують терапію і життя поза терапією. Частою помилкою терапевтів є робота на рівні емоційних і когнітивних інсайтів, але без прямого використання їх в дії. Тому практичні навички є невід'ємною частиною схема-терапії.

Детальніше про конкретні поведінкові приклади завдань – на детальнішому розборі схем далі.

## **Домашні завдання**

Окремо варто сказати про домашні завдання. Ось які завдання виділяють вже згадані Arnold Arntz, Hannie van Genderen:

Домашні завдання

- ✓ Прослуховування аудіо сесії
- ✓ Створення аудіо треків з посланням собі
- ✓ Читання флешкарт (щоденно)
- ✓ Ведення журналу часток (щоденно)
- ✓ Ведення позитивного журналу (щоденно)
- ✓ Написання листа
- ✓ Релаксуючі та медитативні техніки
- ✓ Спеціальні поведінкові завдання
- ✓ Приємні активності
- ✓ Задоволення потреб
- ✓ Вираження емоцій (особливо злості) в здоровий спосіб
- ✓ < іманігативні та інші експеріментальні техніки (після кількарядового відпрацювання в кабінеті)>

Домашні завдання для людей з важкими розладами не вимагаються, а рекомендуються, тому що питання їх виконання не є часто питанням бажання, а швидше питанням можливості і це треба приймати з розумінням. Навіть невиконання домашнього може бути цікавим і корисним, якщо дослідити яка частка завадила цьому. Також можна використовувати такий бланк.

Опис домашнього, яке мені треба зробити:
Коли я зроблю його?
Які потенційні проблеми можуть виникнути? 1. 2. 3.
Можливі рішення цих проблем: 1. 2. 3.
Результат:
Як це змінить частки:
Які проблеми виникли, які я не передбачив і як я з ними справився?

Але толерування невиконання завдання не відміння уточнення на кожному занятті, чи пацієнт зробив його, навіть якщо він його не приніс. Суть домашнього має завжди бути пов'язаною з тим, що відбувалось на сесії.

Отже детальніше про домашні завдання далі.

### *Прослуховування сесії*

Це не легке завдання, особливо якщо сильна караюча частка – пацієнту важко слухати с себе, він боїться почути, що сказав щось не те, звучав дивно і т.п. Відсторонена захисна частка також зупиняє від прослуховування, так як це може викликати емоції, з якими важко справитись. Саме прослуховування крім емоційної роботи дає можливість отримати більше інформації, так як при другому прослуховуванні пацієнти більше беруть здорових послань, які звучали на сесії. Часто пацієнти розуміють, відкривають смисл сказаного тільки при прослуховуванні. Тому дане домашнє завдання є дуже наполегливо рекомендоване авторами.

### *Створення спеціальних аудіодоріжок*

Як правило, вони стосуються підтримки дитячих часток або зупинки караючої частки. Вони короткі і пацієнт може їх прослухати швидко в важкі моменти життя

*Прочитання флешкарт*, написаних раніше на сесії (див. вище)

*Написання листів* особам з минулого пацієнта, але без відправки (може бути віднесене і до емоційної роботи).

*Ведення когнітивного журналу часток.*

*Ведення позитивного журналу*, а також заохочення пацієнта до читання його вслух собі.

*Окремі поведінкові завдання*

Як наприклад організації зустрічей з друзями і прохання про увагу від них, деталі в описі конкретних схем.

*Релаксуючі і медитативні техніки* – як коупінг до емоційних станів і як заміна для відсторонених коупінгів, які має пацієнт. Варто зауважити, що є віднедавня розроблені протоколи по роботі в 2 концепціях – майндфулнес і схема-терапії, які мають підтвердження ефективності\* (детальніше в книзі \*Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Ger Schuri).

*Робити речі присмні для пацієнта*

або в чому пацієнт відчуває себе сильним – це часте домашнє завдання, яке дає просту радість і допомагає боротись з караючою часткою. Також це пряме розуміння і піклування про свої потреби, таким чином таке просте завдання ростить здорову частку.

*Вираження злості і інших емоцій в здоровий спосіб і ін.*

Базові техніки схема-терапії можуть бути використані пацієнтом дома: техніка 2 стільців, іманігативна дескрипція, ресурсна уява, але лише при зростанні здорової частки і при достатній кількості повторень цієї техніки в кабінеті.

Підсумовуючи можемо сказати, що когнітивна і поведінкова робота займає суттєве місце в схемі, зростання усвідомлення є суттєвим критерієм росту здорової частки, навіть коли емоційно попереду ще дуже довга робота.

## Детальний розгляд 4 схем

Насамперед, важливо відмітити, що до кожної схеми є можливі різні стилі коупінгу, хоча деякі схеми також має пов'язаність з певними коупінгами більше.

Для прикладу ось така таблиця з Chiara Simeone-DiFrancesco, Eckhard Roediger and Bruce A Stivens «Schema therapy with couples» (ст. 42)

Схема	Здатись	Уникати	Компенсувати
Скривдження/недовіри	Дозволяти іншим принижувати	Не починати близькі стосунки	Принижувати інших, випереджуючи власне приниження
Дефективності	Признавати весь час свою вину, вибачатись	Мовчати на критику, йти з розмови	Важко працювати, щоб ніхто не міг критикувати
Самопожертви	Жертвувати «останньою сорочкою»	Вибачатись і уникати спілкування	Агресивний напад на гадані очікування інших
Надвисоких стандартів	Старатись завжди бути найкращим	Не участувати в тому, що передбачає можливість програшу	Вибачатись, що таланти є лише подарунком долі

Далі пропонуємо 4 схеми для детальнішого розгляду.

- ✓ Схема депривації
- ✓ Схема самопожертви
- ✓ Схема дефективності
- ✓ Схема підкорення

Так як є різні критерії поділу схем, і серед них поділ на первинні і вторинні схеми, де перші пов'язані більше з потребами, а другі – з коупінгами (як наприклад Підкорення, Надвисокі стандарти, Пошук визнання, Емоційна інгібіція), то цікаво розглянути, які стратегії є в когнітивно-поведінковій роботі з окремими схемами, дві з яких, як на погляд автора, є ближчі до первинних схем (депривації, дефективності), а дві – до коупінгів (самопожертви, підкорення).

Вибір схем є довільний і пояснюється лише частотою появи схем в практиці. Але окремо виділимо самопожертву, яка є частою схемою терапевтів, можливо цікаво буде колегам і з т. з. особистого інтересу (☺).

1.

**Схема депривації:** «Я ніколи не матиму любов, яку потребую» - є найбільш поширеною, але часто неусвідомленою для пацієнта.

Емоція: Часто не усвідомлюється, почуття пустки всередині

Незадоволена потреба: брак 3 аспектів прив'язаності: :

1) турботи – фізичного тепла, обіймів

2) емпатії – близькі не цікавились внутрішнім світом

3) захисту і скерування – відсутність того, хто б захистив, дав пораду, скерував.

Найчастіші коупінги: здатись і гіперкомпенсація, а також розвиток схеми самопожертви як коупінгу.

Схема	Здатись	Уникати	Компенсувати
Емоційної депривації	Вибір близьких (друзі, кохані), які ігнорують потреби пацієнта (холодні, егоцентричні або вимогливі партнери)	Вибір самотності, або стратегія тримати в стосунках на відстані, формальні стосунки	Побудова стосунку через надмірну вимогливість. Іноді з нападами злості від незадоволення потреб.

Пацієнти суб'єктивно маючи цю схему переживають відчуття самотності, суму, гіркоти життя але часто не можуть сказати чому. Вони почувають себе самотніми в світі і часто не сприймають оточуючих, терапевта як когось, хто може дати їм тепло чи допомогу. Деколи вони відчуються невидимими або пустими.

Коли Дж. Йонг описує в книзі по самопомозі клієнтам схему депривації, він зазначає, що вона важко виділяється в якісь конкретні стани, думки, її важко розпізнавати і він ілюструє випадками.

Це він пояснює тим, що ця схема формується часто ще до того, як ми вчимося говорити, і вона відчувається суто фізично, як те, що в світі нема нікого, хто може почути, зрозуміти, наповнити

Ціль терапії: усвідомити власні емоційні потреби, розуміння як їх можна і треба задовольнити.

Як зазначає Йонг, схеми, які стосуються відкинення і роз'єднання найбільше потребують роботи через терапевтичні стосунки. Це та сфера, де пацієнт приймає турботу, емпатію, отримує скерування через досвід «обмеженого повторного батьківства». Також експеріментальна робота з досвідом в дитинстві є на важливому місці. Через стосунки з терапевтом та іманігатиwну роботу пацієнт відкриває в собі частку зраненої дитини, для пацієнтів це часто новий досвід.

Яке місце має когнітивна та поведінкова робота в цій схемі? Для зручності помістимо всі техніки в таблицю, а далі пояснимо детальніше окремі з них.

Когнітивні техніки	Поведінкові техніки	Інші
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Розуміння причин схеми – дослідження дитинства (історичний тест)</li><li>✓ Техніка континууму стосовно відносин з близькими – заміна</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Формування списку критеріїв і спілкування з кандидатами на стосунки, які краще реагують на емоційні потреби пацієнта і користування ним</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Моніторинг почуття депривації в теперішніх стосунках. Бути в контактi з потребами піклування, емпатії і скерування</li></ul>

<p>чорно білого мислення (або відкинення або любов)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Написання флеш-карти</li> <li>✓ Зробити перегляд старих стосунків і усвідомити минулі складнощі, побачити закономірності (холодні партнери, нерівноправність і ін.)</li> <li>✓ Когнітивно тестувати нові стосунки на ранній стадії (виробити критерії)</li> <li>✓ Якщо є уявлення про силу, як відсутність потреб - переглянути переконання когнітивними техніками</li> <li>✓ Дж. Йонг рекомендує давати книгу з прикладами реальних пацієнтів з депривацією. Для кращого впізнавання себе в інших.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Уникання партнерів, які викликають сильну реакцію («хімію»), але є холодними і не підтримуючими. (Терапевт радить вимірювати рівень «хімії» (пристрасті) по шкалі від 0 до 10 і до тих, хто має 9-10 бути вдвічі обережнішим - це переважно тригери з дитинства. Радить вибирати партнерів на 6-7 балів)</li> <li>✓ Коли є поряд емоційно щедрий партнер - дати стосункам шанс, ділитись вразливістю, просити про емоційні потреби</li> <li>✓ Навчання просити (через незвинувачувальну форму про потреби) від себе – Я-повідомлення</li> <li>✓ Якщо є надмірна вимогливість і конфліктність – навик толерувати незадоволені потреби.</li> <li>✓ Навик бути вразливим в стосунку (проти коупінгу уникнення)</li> <li>✓ Дбати за свою потреби – щоденні завдання як зробити приємне щось собі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Написання листа батькам (вище)</li> <li>✓ Прослуховування аудіо з роботи на сесії</li> </ul>
---	---	---

Увага терапевта приділяється також сфері інтимних стосунків пацієнта. Дуже акуратно і уважно терапевт і пацієнт разом вивчають стан справ. Пацієнт навчається як вибирати відповідного партнера і близьких друзів, як дбати про свої потреби поряд з іншими.

Когнітивні завдання – це навчити пацієнта змінити «чорно-біле» мислення на розуміння континууму і в рівні депривації в тому числі. Також когнітивно пацієнти вчать розуміти, які саме емоційні потреби не є задоволені в стосунках зараз.

Ці пацієнти часто мають переконання, що ці потреби «нідочого», що сильні люди не мають таких потреб, і в той же час, вони вважають, що інші мають знати і не питати про їх потреби. Терапевт проводить психоедукацію, про те, що все, що ми маємо в житті - це баланс між силою і вразливістю, ми всі як люди маємо ті потреби і це наша природа.

Поведінково пацієнт вчиться обирати достатньо теплого партнера, а також вчиться просити про задоволення потреб у відповідний спосіб – без гіперкомпенсації через вимоги і скарги, але і без стратегії уникнення чи самопожертви. Пацієнта заохочує терапевт перестати уникати близьких стосунків. Також, якщо мали місце приступи злості на ситуації, які тригерувались депривацією (неувага інших, недостатня опіка), то клієнт вчиться регулювати гнів.

Часто схема є неусвідомленою, а її наслідки – депресія, самотність, навіть фізичні скарги є для пацієнтів непов'язаними з емоційними потребами. Щоб краще пояснити цей зв'язок Йонг радить давати книгу з прикладами – англійською є така: «Reinventing your life» J. Young, J.Klosko, українською поки нема.

В таблиці ви можете побачити різні поведінкові завдання, як направлені на гіперкомпенсацію схеми (контроль гніву), так і на уникнення і стратегію підкорення схемі (навик просити про потреби). Так як пацієнт не був свідомий потреб - він швидше за все буде не мати навиків як просити про ці потреби.

Досить важко знайти вірний баланс, так як пацієнти з цією схемою не зразу знаходяться здоровий спосіб турботи про потреби і часто дві крайності стають «двома злами», між якими важко знайти здорову стратегію. Іноді хитання між надмірними вимогами і агресивною позицією стосовно близьких і, з іншого боку, позицією жертвування своїми інтересами можуть надовго стати загадкою. Але з часом приходиться розуміння, що по середині є зона і достатньо розуміння своїх потреб/розуміння потреб інших, щоб її знайти. На цей процес може піти багато часу.

Для самостійної роботи зі схемою депривації Дж. Йонг виділяє такі етапи

#### Самостійна робота над зміною схеми депривації

1. Зрозуміти причини схеми в дитинстві. Відчути депривовану дитину всередині.
2. Моніторити почуття депривації в стосунках, які є зараз. Добре відчути свою потребу в близькості, емпатії, піклуванні, скеруванні
3. Переглянути минулі стосунки і виявити закономірності. Зробити список пасток в стосунках, щоб уникати їх в подальшому
4. Уникати холодних партнерів, які викликають сильну «хімію»
5. Коли поряд є емоційно теплий партнер – дати стосункам шанс. Просити про потреби. Розділяти вразливість з партнером
6. Зупинити звинувачення і вимагання в стосунках.

Як бачимо - стосунки є основним фокусом уваги, і терапевтичні стосунки і експериментальні техніки є основні в роботі, але когнітивно і поведінково пацієнт може забезпечити себе такими стосунками в житті поза терапією, що є дуже важливо.

2.

**Схема самопожертви** – «Я мушу дбати про потреби інших в першу чергу».

Часто незадоволеною потребою є ті самі, що при депривації: турботи, емпатії, скерування.

Специфіка дитячого досвіду: часто хворий, депресивний чи інфантильний опікун, ефект парентифікації.

Почуття: вина, сум, образа.

Найчастіший коупінг: здатись.

Пацієнти зі схемою самопожертви дбають про задоволення чужих потреб за рахунок своїх, але, на відміну від схеми підкорення, – роблять це добровільно. Основуючись на переконаннях про правильність такого поступку. Таким чином вони також уникають почуття вини, сприйняття себе як егоїста і підтримують зв'язок з важливими близькими. Часто, як зазначають автори Arnold Arntz, Hannie van Genderen в «Schema therapy for Borderline disorder», схема виникає як наслідок емпатичного, сенситивного темпераменту, який робить пацієнтів дуже чутливим до болю інших. Пацієнти настільки сильно відчувають біль інших, що зробиють все можливе, щоб зменшити або попередити його. І також вони стараються не робити нічого, що може якимось чином зашкодити іншим.

Самопожертва часто приводить до гіпервідповідальності за інших і часто зустрічається у співзалежних стосунках.



В стосунках з іншими пацієнти зі схемою самопожертви свідомо говорять про те, що не потребують вдячності чи віддачі за свою турботу, але при виникненні ситуацій, де допомога інших є дуже потрібна і вона відсутня, вони реагують дуже емоційно. Часто емоція злості є табуйована і ці пацієнти відчують різні емоції в спектрі від образи до гніву, які не виявляються прямо.

Дуже важливо відрізнити самопожертву від підкорення. В останній схемі пацієнт відмовляється від своїх потреб через страх наслідків, вони бояться відкинення іншими. А натомість пацієнти зі схемою самопожертви відкидають свої потреби у відповідності зі своїми внутрішніми стандартами.

Вони не мають внутрішнього досвіду підкорення іншим людям, а переживають це як свій вибір в сторону моральної поведінки, вибір свободної волі.

І отже джерела цих схем є різні, що важливо когнітивно пояснити пацієнту, який має одну чи дві з цих схем. Джерела схеми підкорення є часто зростання в сім'ї з доміантним і контролюючим одним з батьків.

Батьки (один з, як правило) в схемі самопожертви часто є слабким, інфантильним, іноді важко хворим або знаходиться/вся в депресії. Тоді формується таке явище, як парентифікація, коли обов'язки дорослого мимоволі бере на себе дитина.

Важливо розуміти приховану або й явну перевагу схеми – це і відчуття моральної самооцінки, яка не завжди, але іноді дає пацієнту відчуття власної «хорошості», що є умовною самооцінкою. Іноді стандарти такі високі, що цього ефекту немає. Тоді пацієнт є завжди недостатньо хороший всередині. І другим плюсом є коло людей, які оточують щедру на емпатію і опіку людину. Ці пацієнти часто мають багато друзів, але їх потреби не є задоволені в цих численних зв'язках.

Часто схема після довгої стратегії піддавання переходить в стратегію гіперкомпенсації і виражається в спалахах злості, або ж у жорсткій відмові в опіці над близькими, особливо коли пацієнти не відчують вдячності.

Ціль терапії:

Навчити пацієнта, що всі мають рівні права і потреби. Пацієнту важко, але він пробує усвідомити потреби, які він не задовольняє, навіть якщо до того він цього не усвідомлював.

Також в цілях стоїть зменшити гіпервідповідальність. Терапевт допомагає побачити перебільшення уявлень пацієнта про слабкість інших.

Інша ціль – це робота з депривацією, відкрити з пацієнтом можливість бути вразливим і не вдавати сильного, щоб не відчувати цю вразливість, вміти попросити про потреби більш прямо і усвідомлювати їх, насамперед.

Терапевт допомагає віднайти схему, яка запускає самопожертву як коупінг. Це часто схема депривації, дефективності або покинення.

Пацієнти можуть мати схему як коупінг до вищевказаних схем, але можуть і мати різні коупінги на схему самопожертви:

Схема	Здатись	Уникати	Компенсувати
Самопожертви	Жертвування собою	Вибір самотності, або стратегія тримати в стосунках на відстані, формальні стосунки	Зриви злості і гніву через тривале незадоволення потреб

І отже які стратегії в сфері когнітивної і поведінкової роботи:

Когнітивні техніки	Поведінкові техніки	Інші
✓ Розуміння причин схеми – дослідження дитинства (історичний тест) і зв'язок з більш	✓ Навик побудови стосунків з сильними партнерами, які не потребують опіки	✓ Написання листа батькам/опікунам з вираженням почуття гніву через не

<p>глибинною схемою: найчастіше це депривації, дефективності або покиннення</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Психоедукація про баланс «даю-беру» в стосунку (рівність як еталон крім деяких стосунків – батьки/діти, напр.)</li> <li>✓ Психоедукація про злість (часто табуйована емоція для пацієнтів)</li> <li>✓ Записувати щоденні ситуації на роботі і дома, де є поведінка відмови від своїх потреб</li> <li>✓ Складати списки уподобань в різних сферах життя: фільми, їжа, спосіб відпочинку активний і пасивний, політика, сучасні обговорювані в медіа питання, організація часу</li> <li>✓ Зробити список всього, що пацієнт дає іншим і що вони дають йому</li> <li>✓ Список попередніх стосунків і виявлення закономірностей</li> <li>✓ Флешкарта</li> </ul>	<p>(вихід зі стосунків з залежними від ПАР)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Техніка пирога стосовно відповідальності</li> <li>✓ Поведінкова стратегія заміру баланс «даю-беру»: слухаю/мене слухають, опікуюсь/мною опікуються (добре як д/з, з іншими схемами не завжди є рекомендоване)</li> <li>✓ Навики висловлення злості, якщо є пасивно-агресивна поведінка або складнощі з контролем злості - контролю злості</li> <li>✓ Навики асертивності покроково (див. приклад)</li> <li>✓ Навик толерування почуття вини</li> <li>✓ Розвивати навик просити про допомогу</li> <li>✓ Навик толерування, коли інші мають дискомфорт поряд (для сенситивних до чужого дискомфорту)</li> <li>✓ Навик толерування незвичності в більш здорових стосунках (може бути зниження сексуального бажання)</li> <li>✓ Нагорода за малі кроки</li> </ul>	<p>задоволені потреби (вище)</p>
--	--	----------------------------------

Важливою частиною психоедукації є валідизація потреб.

Роль роботи зі злістю – якщо потреби тотально не задоволені і розвинена ще й схема підкорення, то особа живе в хронічній емоції злості, яка може бути не усвідомлена. Коли людину попросять описати себе, вона не назве свою поведінку злості, так як є переконання, що ця емоція є заборонена.

Психоедукація про злість стосується того, що злість є еволюційно розвиненою емоцією для виживання, вона сигналізує, що щось не так. І в здорових стосунках це важлива частина орієнтації. Ігнорування злості можна пояснити на метафорі ігнорування важливих датчиків в машині – кінець пального, поломані частині і ін. з часом це призводить до аварії.

Так як у пацієнтів можуть бути одинокі зриви злості, можна провести аналогію з закритою кришкою, де кипить вода – пояснити, що не сама злість є погана, а спосіб її висловлення. Розділити поведінку і емоцію.

Також обговорюється спосіб виразу як прямий і непрямий, який часто називають пасивно-агресивною поведінкою. Це може бути виражене в прокрастинації виконання чієїсь прохань, запізненнях, обговорення людей за їх спиною. І так агресія може виходити несвідомо, пацієнт не признає, що так він висказує агресію, заперечує. Пасивно-агресивна поведінка викликає роздратування інших, але не дає можливості прямо обговорити причини злості, не дає приводу для розмови по суті (пацієнт закриває ці розмови пояснюючи це випадковістю, своєю неуважністю і вибаченнями).

Поведінково: зміна пасивно-агресивного патерну на асертивність – навчання навичку асертивності. Позитивна поведінка міняє мислення і самооцінку, не завжди це дає практичний результат. Так як інша особа може теж мати схеми. Цікавим і новим є аналогічна до експозиції в тривожних розладах – робота з асертивністю, яка планується покроково – від простіших ситуацій до легших, список нижче може бути використаний для цього. Варто агітувати пацієнта до експериментів.

Ось нижче гарний приклад покрокового навчання асертивності:

- 0 дуже легко
- 2 легка складність
- 4 середня складність
- 6 дуже важко
- 8 відчувається як майже неможливе

1. Сказати кур'єру принести папір, коли він закінчився \_\_\_\_\_ 2
2. Сказати торговому агенту, що не цікавить інформація про його товари \_\_\_\_\_ 3
3. Не давати дітям більше чим треба грошей на солодке \_\_\_\_\_ 5
4. Попросити чоловіка відвести дітей в школу \_\_\_\_\_ 4
5. Сказати батьку, щоб він не критикував дітей більше \_\_\_\_\_ 7
6. Взяти весь день тільки для себе: насолоджуватись вільним часом \_\_\_\_\_ 4
7. Сказати подрузі Дорі, що я зла на її поведінку \_\_\_\_\_ 5
8. Сказати чоловіку як я себе почуваю, коли він мене критикує перед іншими \_\_\_\_\_ 7
9. Сказати чоловіку, що я не прийму його критику, якщо я не зробила нічого поганого \_\_\_\_\_ 8
10. Коли ми обираємо покупки з чоловіком більше наполягати на своїх смаках \_\_\_\_\_ 4

В роботі з поведінкою ціллю і те, що терапевт замірює, є не відповідь іншої людини, скільки відчуття стосовно себе – змінюючи поведінку, нашою ціллю є зміна самооцінки.

В списку ситуацій, де пацієнт може практикувати «не-підкорення» виставляється оцінка складності.

Для початку пропонується брати ситуації з низьким балом.

В допомогу пацієнтам важливо дати пораду пам'ятати, що ціллю не є сподобатись співрозмовнику, а виконати завдання. Навіть якщо інша особа стає нападаючою – варто зберегти спокій і стояти на своєму.

Якщо поведінка є все-таки асертивною, схема може виражатись в переживанні вини, яка відчувається сильно. Важливо навчити толерувати вину, але не зупиняти поведінку асертивності, коли працюємо з цією схемою.

Першопочаткова стратегія пацієнта – уникнути цих почуттів, придавити їх. Важливо підготувати пацієнта до того, що зміни вимагають неприємного досвіду, коли емоції такі переживаються.

Іманігативна робота тут дуже важлива. Сум і злість, яку відчуває клієнт при описі дитинства є хорошим знаком на початку роботи.

Важливою частиною роботи є допомога пацієнтові у виборі партнерів, друзів, які не є слабкі і потребуючі опіки. Це часто стосується сімей. Де чоловік має алкогольну чи наркотичну залежність, а жінка часто сприймає свою роль рятівника як єдину можливу стратегію. Разом з терапевтом пацієнт вчиться будувати межі опіки і піклування, які він готовий надавати іншим.

Інші техніки:

Записати щоденні ситуації дома і на роботі, де є поведінка відмови від своїх потреб. Погляд зі сторони допоможе дослідити кожен аспект підкорення. В списку мають бути ситуації, де є нелегко.

Добрим домашнім завданням є списки власних уподобань у багатьох аспектах життя: фільми, їжа, спосіб відпочинку активний і спосіб відпочинку пасивний, політика, сучасні обговорювані в медіа питання, організація часу. Так пацієнт вивчає себе і свої потреби, а також міняє фокус уваги з інших на себе.

Для деяких пацієнтів такі завдання є неочікуваними і складними, але деколи і захопливими, адже вони могли не мати досвіду, що їх запитують про такі речі.

Зробити список всього, що пацієнт дає іншим і що вони дають вам. Це стосується і конкретно таких речей, як скільки часу пацієнт слухає, а скільки він може бути вислуханий. Через такий список можна поміряти наскільки є баланс в стосунках зараз. І йдеться про дружбу, партнерство, любовні стосунки, робочі і ін. Візуально це 2 колонки: даю/беру.

Практика просити інших про допомогу і підтримку. Обговорювати проблеми. Діяти в пошуку балансу даю-беру.

І не звичне для пацієнта – просити інших давати їм більше - уваги, часу. Більше говорити про себе. Толерувати тривогу, яка виникає від думки «я забагато про себе говорю». А якщо близькі не зважають на прохання – пацієнта можна спитати про переоцінку важливих близьких в житті.

Якщо близька людина не відповідає на потреби і веде себе неухважно до потреб пацієнта – варто говорити з ним про зміну стосунків, якщо вони «односторонні».

Практика конфронтування замість уступання в звичному спілкуванні. Розвиток навичку відчування себе більш зручно, коли хтось є сумний, злий чи зранений від вас.

Також спеціально змінити поведінку на більш активну і асертивну на роботі – делегувати, просити підвищення і ін., збалансувати кількість позаробочих обов'язків.

Переглянути попередні стосунки і зробити висновки про патерни, спільні характеристики. Уточнити, чи не було серед них контролюючих і вимогливих партнерів. Зробити список тривожних сигналів.

Психоедукація про те, що найбільшу пристрасть викликають саме найнебезпечніші кандидати.

Якщо по критеріям добрих стосунків партнер дбає про потреби, питає думку і цінує її, достатньо сильний в своєму житті – то варто рекомендувати пацієнтам дати стосункам шанс і робити свої 50%. Важлива рекомендація – навчити пацієнта толерувати відчуття «незвичності», браку чогось важливого, нецікавості. Іноді втрата сексуального інтересу теж говорить про те, що це нормальна стадія. Якщо підійти до сексуального стосунку, то наявність не сильної, а середньої пристрасті є добрим критерієм. За спостереженням терапевтів, коли схема стає слабшою - пристрасть відновлюється і зростає.

Якщо стратегія коупінгу є гіперкомпенсація, то бунтарство виражається в діях навпаки/наперекір всім. Для цього стилю доброю практикою є усвідомлення власних потреб і діяти заради них, навіть якщо це є у відповідності з тим, що говорять авторитети.

Гарною порадою є дати право собі бути згодним з авторитетами. Навик асертивності має бути більш розвинений, з т.з. контролю переходу в агресивний стиль.

Як зазначають J. E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar в «Schema Therapy. A practioner's guide» (ст. 251) схеми депривації та самопожертви є частими схемами терапевтів і важливо бути уважним, щоб не моделювати їх у пацієнтів. Тому терапевтам важливо дбати про свої потреби в стосунках з цими пацієнтами також, але не переставати бути теплим і підтримуючим, давати ту підтримку, яку вони не мали в дитинстві. Також важливо не давати пацієнтові надміру можливості дбати за терапевта.

Підсумовуючи роботу з сферою самопожертви, звернемо увагу, що дійсно є багато зосереджено часу в роботі з нею до когнітивної і поведінкової роботи, ніж в більш глибинній схемі – деривації, де важливішими були терапевтичні стосунки та експериментальні техніки.

**Схема дефективності – «я не цінний»**

Основне почуття – сором, через відчуття себе дефективним, нецінним, зіпсованим

Основна незадоволена потреба: зростання самооцінки, компетентності

Досвід дитинства: критика, порівняння із сіблінгами

Найчастіша стратегія – уникнення.

Ілюстрацією схеми є вислів: «я б не хотів входити в клуб, який б прийняв такого як я»

Найбільший вплив: терапевтичні стосунки, експеріментальні техніки, але також є когнітивні і поведінкові способи поставити під сумнів схему, ослабити її.

Схема	здатись	Уникати	Компенсувати
Дефективності	Вибір критикуючи партнерів	Унікаючий розлад особистості як крайня маніфестація схеми	Нарцистична поведінка, перфекціонізм, агресивно конкурентна поведінка (чия зверху) – особливо в сферах, де сильна схема дефективності. Іноді - критичність до близьких, особливо дітей.

Когнітивні техніки	Поведінкові техніки	Інші
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Психоедукація про схему (акцент не на якостях, а помилковості схеми як такої)</li> <li>✓ Розуміння витоків схеми</li> <li>✓ Дослідження за і проти схеми, історичний тест</li> <li>✓ Когнітивні техніки вище (шкали, позитивний журнал)</li> <li>✓ Складання список коупінгу (напр. зловживання ПАР, трудоголізм, переїдання і ін.)</li> <li>✓ Моніторинг почуття вини і дефективності – список тригерів (збільшення усвідомлення схеми)</li> <li>✓ Флешкарти (особливо добрі в схемі дефективності)</li> <li>✓ Якщо є гіперкомпенсація – поставити під питання перфекціонізм (за/проти, ін. когн. техніки)</li> <li>✓ Скласти список чоловіків /жінок, які приваблюють</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Експозицію до унікаючої поведінки – поетапно відкривати себе в стосунках з друзями, партнерами</li> <li>✓ Розвиток коректного реагування на чужу критику</li> <li>✓ Навик приймати компліменти, добрі слова</li> <li>✓ Якщо є якості, які можна виправити – поведінкова робота над рішенням проблеми (наприклад вага, стиль спілкування, стиль одягу і ін.)</li> <li>✓ Зменшення часу на порівняння себе з іншими</li> <li>✓ Залучення близьких на збір позитивних рис пацієнта</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Написання листа фігурам в минулом, які спровокували появу схеми (без відправки)</li> </ul>

<p>найбільше/найменше в житті пацієнта, включно з минулими стосунками (усвідомлення нездорового патерну вибору)</p> <p>✓ Список недоліків і сильних якостей в дитинстві і в теперішній момент зі шкалами</p>	<p>✓ Навик само відкриття і вразливості – вироблення толерантності до вразливості в стосунку (покроково, як в експозиції)</p> <p>✓ Навик приймати любов</p> <p>✓ Якщо є коупінг гіперкомпенсації – навик контролю злості, зміни стилю спілкування, навик дякувати в стосунках</p>	
--	---	--

Основне відчуття, яке переживають пацієнти – сором. Сором через те, що пацієнти почувають себе дефективними, нецінними, поганими, зіпсованим. Аспекти стосовно яких пацієнти можуть себе зневажати абсолютно різні – занадто злий, противний, дурний, слабкий, потребуючий, товстий і ін. Можуть зневажати себе за сексуальні потреби чи імпульси гніву, які соціально неприйнятні. І це не стосується того, що вони роблять, а як вони себе почувають – ким вони є. Стосунки для цих пацієнтів є ризиком відкриття іншому своєї дефективності.

В поведінці пацієнти часто знецінюють себе і дозволяють це робити іншим. З іншого боку стратегія коупінгу може вести або до переживання суму і підкорення (здатись схемі) або до агресії і вимогливості (гіперкомпенсація). У внутрішній практиці вони часто порівнюють себе з іншими і будують спілкування по принципу – «чия буде зверху», тобто конкурують, особливо в сферах, де мають сумнів в собі. В партнери ж часто вибирають критикуючих осіб.

У багатьох випадках нарцистична поведінка виступає коупінгом до схеми дефективності.

Але, як зазначають автори J. E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar в «Schema Therapy. A practitioner's guide», найчастіша стратегія є уникнення, а уникаючий розлад особистості є загальною маніфестацією схеми дефективності.

Пацієнти відчувають, що у батьків було право критикувати, адже це суб'єктивно правда, що в суті він/вона - дефективна дитина. Всі події, які б вони не були жорстокі, пацієнт сприймає як свою вину, через свою внутрішню «поганість». Тому на місці злості є сум і сором.

Часто дефективність формується, якщо в сім'ї є порівняння зі старшими сіблінгами, або самі сіблінги є критичними/агресивними.

Важлива частина **психоедукації** ґрунтується на тому, що не важливо – є дефекти чи ні. Найважчі психіатричні пацієнти можуть не мати цієї схеми, а діти, які, маючи серйозні недоліки і слабкі сторони, вирости в атмосфері любові і прийняття – не розвивають цю схему.

### Цілі терапії

Основна - підняти самооцінку. Недоліки, які пацієнт називає доказом дефективності часто не є настільки важливими, чи такими помітними. Терапевт валідизує, що це особливість людських істот бути недосконалими, в тому наша особливість.

Схема дефективності так само може мати виявлення в надмірній критичності до близьких, особливо дітей і партнера. Схема має просту логіку: маючи уявлення про свою дефективність пацієнти роблять висновок, що з ними можуть бути лише дефективні інші.

Техніки, які пропонуються Йонгом в «Reinventing your life» для самостійної роботи, можуть бути використані і як домашні завдання/спеціальні техніки при роботі в терапії:

1. Як з кожною схемою – розуміння першоджерел схеми – психоедукація.

2. Список способів коупінгу, який як правило активується, коли тригерується схема: це може бути уникнення через психоактивні речовини, трудоголізм, переїдання, уникнення близькості в стосунках, надмірна увага через можливе відкинення.

Гіперкомпенсація може бути виражена через критицизм до інших, надмірна ранимість до критики інших, перебільшення значення статусу і успішності (умовна самооцінка), пошук завірень у близьких.

Когнітивна робота полягає в записі списком цих шляхів, щоб усвідомити як працює схема і коупінги.

3. Моніторинг почуття вини і дефективності.

Більша свідомість ситуацій і тригерів, які запускають схему, перелік їх на папері – це все дає можливість зіштовхнутись зі схемою. При сильному уникненні це може бути важко. Варто віднестись до цього як до першого, нехай складного, кроку до вирішення проблеми. Окремо варто виділити ситуації порівняння себе з іншими, вияснити чи це займає багато часу в мисленні пацієнта.

Додаткового можна записати всі скарги, які мали близькі стосовно пацієнта – і попросити прослідкувати патерни, як наприклад гіперсенситивність, ранимість.

4. Скласти список чоловіків /жінок, які приваблюють найбільше/найменше в житті пацієнта, включно з минулими стосунками. Ця робота направлена на усвідомлення патерну вибору партнерів.

Цей список пропонують розділити на 2 частини - ті, що викликають найсильніші почуття і менші. Пацієнт порівнює групи. Уточнюючі питання до техніки: чи є в групі найбільш привабливих спільна риса? В якій групі є більш критикуючи партнери? В якій більш відкидаючи чи відсторонені? В якій групі більш невизначені і амбівалентні стосовно ваших стосунків? Чи є в стосунках змагання і закономірність полягає в потязі до тих, з ким можна його провести? Чи реагує пацієнт збудженням на вираження любові в другій групі.

5. Скласти список недоліків і позитивних якостей на момент з дитинства. Потім на теперішній момент.

Коли список зроблений терапевт пояснює, що у всіх є недоліки і працює над більш об'єктивною картиною. Когнітивний стиль схеми – перебільшення недоліків, їх увічнення і применшення позитивних якостей. Терапевт навчає пацієнта більш «науковому підходу» до фактів.

Пацієнти часто признаються в складнощах з цією роботою – насамперед важко почати не відсторонюватись від почуттів, які викликає схема, а дивитись на неї прямо. З іншого боку в них часто нема навику писати добрі сторони. Варто заохотити пацієнта написати якомога більше конкретних рис з позитивної сторони, можна також залучити близьких. Друзів, які не пов'язані з підсиленням схеми попросити у них фідбек. Це дає новий підтримуючий досвід пацієнтам. Коли пацієнти пишуть негативні якості, іноді записують як доказ, деколи як єдиний – що вони «відчувають» себе дефективними.

6. Коли список дефектів складений, вимірюються дефекти на сьогодні.

Можна використати базові шкали, вище вказані техніки (аналогова і багатофункціональна шкали).

Важливе питання, як б пацієнт віднісся до людини, яка має ці риси. На цьому етапі нема зміни, глибокої роботи, але пацієнт інтелектуально зміцнює свою самооцінку, має більше сумніву в схемі.

7. Почати програму корекції тих недоліків, які змінні.

Більшість обмежень чи дефектів є змінними. Важливо продемонструвати, що багато недоліків є результатом схем, а не їх причиною, часто недоліки це самі механізми коупінгу зі схемою. Але деколи це стосується об'єктивних якостей: стиль спілкування, здоров'я і ін.

8. Написання собі листа без відправки. Уточнення – не рекомендуємо пацієнту вибачати зараз, чи пояснювати поведінку батьків. Це на пізніший час.

9. Написання флешкарти.

Йонг називає флешкарт «зброєю» проти голосу схем. Наявність карти втримує усвідомлення, що є 2 пояснення: критичне і відкидаюче, інтерналізоване з дитинства, яке викликає відчуття сорому і дефективності. І друге – вразлива дитяча частка, яка хоче любові, признання, валідації. Здорова частина задовольняє потреби і відкидає критичну сторону. Флешкарта нагадує давати собі любов і підтримку. Для ефективності флешкарти радять використовувати докази, факти, звертатись до конструктивного голосу, а не звинувачувального.

10. Навички відкритості. Якщо коупінг до схеми дефективності є по стилю гіперкомпенсації, то новим поведінковим навиком може бути навик бути вразливим і відкритим поряд з партнером. Іншою проблемою може бути надмірна відкритість на ранніх стадіях стосунку. Тому терапевт може порадишити робити це поступово. Якщо є розгубленість в швидкості саморозкриття – терапевт радить рухатись, орієнтуючись на партнера. При більшій відкритості від нього/неї – більше відкриватися самому. Балансувати таким чином.

11. Як би це не звучало дивно, але поведінково також варто навчити приймати любов від інших. Більшість пацієнтів почувають «чужість» добрих емоцій, для них звичніше бути в поганому стосунку. І це стосується компліментів, виявів уваги, обіймів і ін. виявів уваги в стосунках.

Йонг дуже багато уваги звертає на стосунки. Він стверджує, що партнеру варто дати шанс на зміну, але якщо стосунки залишаються не здоровими, то шанс зцілити схему дуже знижується, коли вона підсилюється найближчими.

12. Якщо пацієнт має коупінг гіперкомпенсації – рекомендуємо змінити стратегії поведінки в сім'ї: не критикувати партнера, дітей: останні є ще й набагато більш вразливіші. Але важливо не викликати вину, а активувати зміни. Активності, які міняють стан речей.

Терапевт навчає діяти навпаки, варто спробувати дякувати, хвалити за цінну поведінку.

Як тільки пацієнт розуміє, що дефективність - не факт, процес зцілення починає працювати.

Інші техніки до схеми наводимо з J. E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar в «Schema Therapy. A practitioner's guide».

Поведінково ці пацієнти є часто невідвертими, так як переживають почуття сорому, яке заставляє їх приховувати від інших багато сторін свого життя. З позбавленням від схеми приходить легке і відкрите спілкування. Відсутність приховування і готовність бути відкритим тренується і при критиці ззовні – пацієнт вчиться цінувати себе і не реагувати на таку критику, а також більш природно приймати компліменти.

Когнітивні техніки допомагають дослідити докази за і проти схеми. З досвіду авторів, більшість клієнтів об'єктивно не мають суттєвих недоліків, але надмірно критичні особи з дитинства пацієнтів перебільшили окремі риси пацієнтів.

Поведінкові техніки: автори рекомендують експозицію, особливо для уникаючих пацієнтів. Поки пацієнт уникає близького дружнього контакту та інтимних стосунків схема дефективності залишається недоступна і незмінна. Пацієнта заохочують ввійти в ситуації, де можлива близькість, відкриття своїх емоцій.

Подібно, як в роботі зі схемою депривації і самопожертви, терапевт допомагає навчитись обирати некритуєчих партнерів, приймаючих і підтримуючих пацієнта.

Поведінкова робота також використовується, якщо пацієнт має стратегію гіперреакції на чужу критику. Так як це тригерує схему, пацієнт вчиться валідизувати свої почуття, а поведінково вміти прийняти справедливу критику, спокійно відповісти на несправедливу, дозволивши особі залишитись при своїй думці. Внутрішньо пацієнт вчиться не згоджуватись з критикою, яку признав несправедливою. З одного боку пацієнт ставить границі, або навіть закінчує стосунки з людьми, які постійно критикують і знецінюють пацієнта, з іншого вчиться не доводити свою правоту до останнього, самому стаючи агресивним.

Пацієнти зі схемою практикують більше саморозкриття з близькими.

На кінець важливо поведінково поставити під питання гіперкомпенсацію, яка часто виражається в перфекціонізмі.

Підсумовуючи роботу зі схемою, відмічу, що знов ж таки – терапевтичні стосунки і експеріментальна робота є, на наш погляд, первинною, але когнітивна робота з причинами схеми і уявними/наявними дефектами, а також навички, які навчаються поведінково - суттєво впливають на ослаблення схеми. Без цієї частини зміни не можливі.

4.

**Схема підкорення** «якщо я буду дбати за свої потреби – щось погане станеться»

Основне почуття – страх, «я в пастці»

Найчастіша стратегія – уникнення. Гіперкомпенсація виражається в опозиційній поведінці, бунтарстві.



Основна незадоволена потреби: автономії та свободи самовираження

Досвід дитинства: контролююча і агресивна батьківська фігура

Схема	здатись	Уникати	Компенсувати
Підкорення	Вибір контролюючих, доміантних партнерів, фактичне підкорення	Уникання стосунків	Бунтарство, опозиційність до всіх авторитетів

Когнітивні техніки	Поведінкові техніки	Інші
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Психоедукація про потреби (з особливим акцентом на те, що вони важливі, навіть якщо тривіальні, навіть якщо пацієнт їх ще не знає)</li> <li>✓ Психоедукація про емоції, зокрема злість, валідизація злості</li> <li>✓ Психоедукація про вибір партнерів</li> <li>✓ Якщо я пацієнта нерозвинуте – д/з на списки своїх уподобань, пізнання себе</li> <li>✓ Когнітивна робота для розділення гарного характеру і схеми покірності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Поведінковий експеримент на реакцію інших стосовно вираження своїх потреб</li> <li>✓ Робота з вираженням злості: рольова гра, д/з в житті</li> <li>✓ Навик асертивності (побороти пасивність) - пацієнти часто баланують між агресією і пасивністю – навчання моделі</li> <li>✓ Навик вибору партнерів, які викликають менше хімії, можуть емоційно не подавляти</li> <li>✓ Навики асертивності покроково (див. приклад в сх. самопожертви)</li> <li>✓ Розвивати навик просити про допомогу</li> <li>✓ Навик толерування незвичності в більш здорових стосунках (може бути зниження сексуального бажання)</li> <li>✓ Нагорода за малі кроки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Іманігативна робота</li> <li>✓ Робота в терапевтичному стосунку (зменшення авторитетності терапевта, заохочення до вираження злості терапевту)</li> <li>✓ В терапевтичному стосунку відрізнити альянс від підкорення</li> </ul>

Глибинно носії схеми переконані, що якщо вони виразять свої почуття і емоції – щось дуже погане станеться. Як наслідок – є багато страху. Пацієнти приховують потреби і емоції не тому, що вважають, що так краще, вони відчують, що мусять так робити. Це відрізняє цю схему від схеми самопожертви, яка має інтерналізовані цінності самопожертви. Тут є більше страх відплати – відкинення, злості, критики інших. І саме тому в цій схемі є відчуття контролю від інших.

Іноді стратегією коупінгу до схеми є уникнення - тоді пацієнти уникають усіх контактів, де можуть бути підконтрольними, стосунків взагалі.

Гіперкомпенсацією схеми може бути стратегія бунтарства, опозитивна поведінка. Когнітивно пацієнти мають необ'єктивне уявлення про реакцію важливих інших на виявлення потреб. Поведінковий експеримент є добрим способом переконатись в іншому.

Акцент в роботі зі схемою – на поведінкових завданнях.

Часто ці пацієнти мають складнощі з вираженням емоції злості. Після роботи в іманігативних техніках, в рольовій грі з валідизацією злості – важливо перейти до висловлення злості в реальному житті. Це є визначальний фактор в терапії пацієнтів зі схемою підкорення.

Техніки, це не стільки вентиляція, скільки навчання навичку відстоювати себе. Побороти пасивність, яка майже завжди є в поведінці при наявності схеми.

Стосункова робота – це рекомендація відбору не контролюючих партнерів, хоча «хімія схеми» викликає сильні емоції саме до доміантних і керуючих партнерів.

В наслідок схеми часто також є парна схема – нерозвинутого я і злиття особистості, і тоді пацієнт не знає своїх потреб. Тоді робота ведеться ще в цьому напрямку.

Часто схема підкорення також міняє терапевтичні стосунки, тому терапевту треба бути менш директивним, чим звично. Може при випадку захопити виразити злість на терапевта.

Проблеми в лікуванні.

Під час поведінкової роботи пацієнти часто не вміють відразу в добрий спосіб виражати потреби – вони складно балансують між підкоренням і агресією (з огляду на те, які моделі були в дитини). Терапевт підтримує в ідеї, що потрібний час і зупиняє самокритику на цьому етапі.

Іншою трудностю є те, що пацієнти часто зі схемою кажуть «я не знаю, чого хочу» - тоді потрібна робота з нерозвинутим я (в схемі є багато роботи над усвідомленням, моніторингом своїх емоцій і ін..). Більшість пацієнтів з часом знаходять ці емоції і потреби.

Для терапевтів важливо відрізнити «хороших» пацієнтів від підкорення пацієнтів.

Пацієнт можуть прийти з депресією, так як хронічне не задоволення потреб веде до дистимії і накопичення незадоволення життям.

Пацієнти оцінюють світ з т.з. контролю. В основі є переконання – я маю задовільняти, «комфортити» інших: батьків, дітей, партнерів, вчителів, колег і навіть незнайомих. Всіх, крім себе.

Основне діагностичне відчуття в схемі – це відчуття себе в пастці. Крім того накопичується виснаження від відповідальності, в житті стає дуже мало свободи і радості. Основне питання – не що я хочу, а що ти хочеш, щоб я хотів?

І тоді пацієнти часто не усвідомлюють чого вони дійсно хочуть. І це відчуття, що вони не знають – зупиняє їх ще більше, бо інші знають і вимагають.

При чому часто пацієнти не борються за свої потреби, маючи ще й аргумент, що вони тривіальні. Терапевт допомагає усвідомити, що якщо їх всіх взяти до купи, то це і складає відчуття щастя, що наші потреби є задоволені.

Іноді пацієнти не визнають покірності, а називають це гарним характером, доброзичливістю. Терапевт допомагає розділити поняття – «легкі» люди все-таки мають сферу, де вони відстоюють свої потреби, хоч в багатьох інших можуть бути більш м'якими. Почуття свого я, ідентичності та вміння висловлювати злість – це відмінності між доброзичливістю і підкоренням.

Втрата чітких границь між я і не я – ще один наслідок. Ризик злиття з партнером, дітьми, харизматичним лідером групи – це все можливі наслідки схеми.

Багато технік зі схеми самопожертви теж є актуальними для схеми підкорення.

Автори зазначають, що ця схема добре піддається терапії, має клінічно високий відсоток вилікування.

І основні завдання, які приносять результат в роботі з цією схемою – саме поведінкові.

## **Висновки по роботі з 4 схемами.**

1. Проаналізувавши 4 схеми можна прийти до висновку, що вони вимагають різного підходу і серед них є ті, які найкраще піддаються поведінковій роботі, а є ті, де сам терапевтичний стосунок є головним фактором впливу. Але когнітивна складова, на нашу думку, має однаково важливе місце при роботі з усіма.
2. Іншим висновком є достатнє включення терапевта в спосіб побудови стосунків пацієнта з любовним партнером, в вибір пацієнта, спосіб взаємодії з ним. Дуже багато технік і домашніх завдань стосується близьких стосунків, це цікаво і ново.
3. Важливо зрозуміти який коупінг до схеми – по якій з 3 стратегій він спрацьовує і в поведінковій роботі пропрацювати його.
4. Деколи брак навичку може зупиняти роботу зі схемою, так навик толерувати вразливість, покрокова експозиція до асертивності, навик діяти толеруючи почуття вини – це нові поведінкові техніки для автора, які однозначно є дуже корисні для пацієнта.

## **Висновки читача по роботі**

Для самостійних висновків пропонуються запитання, які поставлені на початку.

- ✓ Чи усі техніки КПП підходять для пацієнтів в схема-терапії?
- ✓ Чи є специфічні когнітивні і поведінкові техніки в схемі?
- ✓ Які з них і коли використовувати – які на початку, які вже в середині терапії?
- ✓ Які техніки є добрі для домашніх завдань? І що робити, коли пацієнт не робить їх?
- ✓ Чи є техніки, кращі для специфічних схем?

## **Бібліографія**

1. Arnold Arntz, Hannie van Genderen: Schema therapy for Borderline disorder. 2009
2. Chiara Simeone-DiFrancesco, Eckhard Roediger and Bruce A. Stevens: Schema therapy with couples. 2015
3. Farrell Joan M. Shaw Ida A. Reiss Neele: Schema Therapy Clinicians Guide. 2014
4. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy. Theory, research, and practice. Edited by Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen and Marjon Nadort. 2012
5. Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Ger Schuri: Mindfulness and schema therapy. A practical guide. 2014
6. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko: Reinventing your life. 1993
7. J. E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar: Schema Therapy. A practioner's guide. 2003