

Гайд до концептуалізації випадку (Версія 3.8)

Тим, хто заповнює Форму Концептуалізації Випадку в Схематерапії, рекомендується уважно ознайомитися з інструкціями в цьому Гайді.

Огляд

Метою цієї форми є допомогти вам структуровано представити інформацію про клієнта, створюючи чітку концептуалізацію випадку. Форма є доволі об'ємною та докладною. Не очікується, що ви будете використовувати її для всіх ваших випадків на регулярній основі. Однак заповнення форми є обов'язковим для тих випадків, записи яких ви надсилаєте для оцінки та рейтингу як частину процесу сертифікації Міжнародним товариством схематерапії (ISST). Форма також може бути використана як навчальний інструмент. Заповнивши Форму концептуалізації випадку для одного чи двох ваших випадків і уважно дотримуючись інструкцій цього Гаїду, ви отримаєте цінний навчальний досвід, що надасть вам корисну практику та поглибить розуміння того, як багато ключових ідей у схематерапії реалізуються на практиці.

Різні розділи форми також спрямовуватимуть вас у зборі базової інформації, необхідної на етапі оцінки під час роботи з клієнтом, яка буде основою для концептуалізації випадку. Ви можете почати вводити інформацію про клієнта в цю форму, а потім оновлювати її, додаючи чи змінюючи дані в міру появи нової інформації.

На початку форми вкажіть таку інформацію:

- **Ім'я терапевта:** Ім'я терапевта, який лікує клієнта та заповнює форму.
- **Дата:** Дата завершення заповнення чи оновлення форми.
- **Кількість сесій:** Кількість сесій, що відбулися з клієнтом, включно з першою сесією.
- **Місяці з моменту першої сесії:** Кількість місяців з моменту першої сесії з клієнтом.

1. Інформація про клієнта

- **Ім'я/ID клієнта:** Ім'я клієнта, псевдонім або ідентифікаційний код.
- **Вік/Дата народження:** Вкажіть вік клієнта та дату заповнення цієї форми або дату народження. За потреби можна зазначити обидва.
- **Поточний сімейний стан/Сексуальна орієнтація/Діти (якщо є):** Вкажіть сімейний стан клієнта (одружений, неодружений, живе разом тощо). Яка заявлена сексуальна орієнтація клієнта? Чи є у клієнта діти? Якщо так, вкажіть їх вік.
- **Рід занять та посада:** Яка професія або рід занять у клієнта? Який рівень у кар'єрі займає клієнт (наприклад, керівник вищого рівня, самозайнятий)?
- **Найвищий рівень освіти:** Який найвищий рівень освіти здобув клієнт?
- **Країна народження/Релігійна приналежність/Етнічна група:** Вкажіть країну народження клієнта та його релігійну приналежність. Якщо це має значення, зазначте етнічне походження клієнта.

2. Причини звернення клієнта до терапії

- Опишіть, що спонукало клієнта звернутися за терапевтичною допомогою. Викладіть ті аспекти життєвих обставин клієнта, важливі події, що спровокували ситуацію, або проблемні ситуації (конфлікти на роботі чи у романтичних стосунках), а також емоції або поведінкові реакції (наприклад, залежність від речовин, розлади харчової поведінки, спалахи гніву) чи інші симптоми (тривога, пригнічений настрій, травматичні флешбеки), з якими клієнт прийшов за допомогою. Не включайте сюди значущі проблеми, які клієнт не виявляє бажання вирішувати. Ці деталі ви зазначите у розділі 5.
- Охарактеризуйте поточний рівень дистресу та вкажіть, чи звернувся клієнт за допомогою добровільно або ж під тиском з боку родичів чи керівника. Якщо клієнт вже відвідує терапію протягом багатьох сесій, коротко опишіть поточну ситуацію та вкажіть, чи змінилися причини звернення клієнта з моменту першої консультації.

3. Загальне враження про клієнта

- Використовуючи повсякденну мову, коротко опишіть загальне враження від клієнта під час сесій (наприклад, стриманий, ворожий, прагне догодити, потребує підтримки, добре висловлюється, неемоційний). Уникайте використання психологічних термінів. Охарактеризуйте, яким ви бачили клієнта на початкових сесіях і яким він здається зараз. Не коментуйте терапевтичні стосунки на цьому етапі, оскільки це буде розглянуто пізніше в розділі 10.

4. Поточна Діагностична Перспектива щодо Клієнта

Основні діагнози: Вкажіть до 4 психіатричних діагнозів, які стосуються клієнта, використовуючи категорії або DSM-5-TR, або ICD-11, зазначивши в спеціальному полі, яку систему ви використовуєте. Для кожного діагнозу вкажіть назву і числовий код. ISST розуміє, що не всі психотерапевти регулярно ставлять психіатричні діагнози, і що вимоги щодо цього різняться залежно від країни та професійного середовища. У схематерапії, звісно, планування лікування ґрунтується не на діагнозах, а на концептуалізації випадку. Проте сертифікованим терапевтам рекомендовано бути знайомими з однією з цих діагностичних систем, оскільки вони корисні з таких причин:

1. допомагають звернути увагу на важливу інформацію щодо симптомів і проблем, які могли б залишитися непоміченими;
2. значна частина сучасних досліджень з схематерапії та підходів до лікування базується на цих діагностичних категоріях;
3. вони важливі під час комунікації та співпраці з іншими фахівцями охорони здоров'я, які можуть бути незнайомі з моделлю Схематерапії та її концепціями.

5. Поточний Рівень Функціонування: Основні Життєві Сфери та Спосіб Життя

Щоб отримати загальне уявлення про рівень функціонування вашого клієнта, розгляньте п'ять наведених нижче життєвих сфер, а також якість його/її самоогляду, як підсумовано нижче.

Поточний рівень функціонування визначається якістю загальної поведінки клієнта в кожній із життєвих сфер. Для цього використовуйте шкалу оцінювання, наведену нижче. Оцінка має базуватися з позиції об'єктивного спостерігача, порівнюючи з «загальною публікою» або представниками ширшої спільноти, а також з клінічної перспективи щодо того, як виглядає здорове функціонування. Оцінка не повинна порівнюватися з іншими клієнтами чи з ідеалізованим уявленням про те, якими мають бути люди.

Оцінювання Рівня Функціонування: У таблицях 5.1 та 5.2 використовуйте наведену нижче 6-бальну шкалу для оцінки поточного рівня функціонування клієнта та запишіть значення у другий стовпчик.

1 = Не функціональний чи дуже низька функціональність	4 = Помірно знижений рівень функціонування
2 = низька функціональність	5 = Добрий рівень функціонування
3 = Значно знижений рівень функціонування	6 = Дуже хороший або відмінний рівень функціонування

Якщо існують обставини, що виходять за межі контролю клієнта (наприклад, вік або нещодавня втрата), які ускладнюють оцінку певної категорії, запишіть Н/З (Не застосовується) у другому стовпчику, а потім поясніть чому в третьому стовпчику.

Пояснення або Розширення: У третьому стовпчику коротко поясніть, чому ви оцінили клієнта саме так у кожній категорії. Якщо є значна різниця між попередніми і поточними рівнями функціонування клієнта, детально опишіть цю зміну. Наприклад, можна згадати, що клієнт мав відмінні стосунки з друзями до початку важкої депресії.

5.1 Основні життєві сфери

5.1.1 Професійне або освітнє функціонування: Це стосується того, наскільки добре клієнт функціонує на роботі або в навчальному закладі, порівняно з тим, що вважається "нормальним" для віку клієнта та його групи однолітків, а також з тим, на що, ймовірно, клієнт здатний (виходячи з його здібностей і досвіду).

5.1.2 Інтимні, романтичні, довгострокові стосунки: Це стосується відносно довгострокових стосунків з інтимними партнерами, які зазвичай містять романтичний/сексуальний компонент принаймні в деякій частині часу. Основна увага тут приділяється шлюбним або подібним довгостроковим зобов'язанням. Клієнти, які мають лише короточасні, відносно поверхневі стосунки, отримали б низький бал у цій життєвій сфері.

5.1.3 Сімейні стосунки: Це стосується стосунків клієнта з членами родини, включаючи власних дітей, батьків, бабусь і дідусів, братів і сестер, а також інших розширених членів сім'ї (наприклад, дядьків, кузенів, племінниць, свояків). Ця категорія не включає романтичних партнерів, таких як чоловіки, з якими клієнт живе разом або зустрічається.

5.1.4 Дружні стосунки та інші соціальні зв'язки: Це стосується інших типів тривалих соціальних стосунків, не згаданих вище. Особлива увага має бути приділена поточним стосункам із друзями та, у меншій мірі, з колегами по роботі. Включення інших соціальних зв'язків, таких як стосунки з сусідами, членами громади та клубами, також може бути враховано у вашій оцінці.

5.1.5 Самостійне функціонування та час на самоті: Це стосується поточного рівня здатності клієнта знаходити здоровий сенс, фокус і стимуляцію, перебуваючи на самоті. Це включає здатність управляти думками та почуттями здоровим способом. Також варто оцінити здатність клієнта виконувати повсякденні справи самостійно (наприклад, складання бюджету, домашні обов'язки тощо) і займатися відпочинковими активностями (наприклад, хобі, творчі заняття), які не є соціальними.

5.2 Самогляд і спосіб життя: Фізичні вправи, харчування, режим сну тощо. Це стосується того, в якій мірі у клієнта є регулярні звички в способі життя, які, ймовірно, сприяють здоров'ю та гармонії. Фізичні вправи включають спортивні активності, а також заняття, такі як йога, пілатес, танці тощо. Розгляньте, наскільки залучення в такі активності є на відповідному рівні, не є занадто рідкісним і не є надмірно нав'язливим. Аналогічно, оцініть, наскільки клієнт дотримується особистої гігієни та слідує здоровій дієті (на основі сучасних рекомендацій досліджень, наприклад, Jaska et al. 2017), а також чи має регулярні здорові звички в харчуванні (на відміну від жорсткого обмеження або переходу від обмеження до переїдання, як у деяких розладах харчування).

Ви також можете включити споживання алкоголю та наркотиків (як безрецептурних, так і за рецептом). Що стосується сну, розгляньте, чи має клієнт регулярний звичний режим сну та чи спить він/вона занадто мало або занадто багато.

6. Основні Життєві Проблеми та Симптоми

Визначте три або більше значних життєвих проблем або симптомів, чи механізмів подолання, які, на вашу думку, потрібно зрозуміти та вирішити в терапії, щоб клієнт отримав полегшення від стресу. Ці проблеми можуть або не можуть бути тими, з якими клієнт явно хоче отримати допомогу (як описано в розділі 2).

Спочатку назвіть проблему, наприклад, самотність, хронічний конфлікт у відносинах, постійна тривога, прокрастинація, obsесивно-компульсивна поведінка, надмірне використання речовин або призначених лікарем препаратів. Потім детально розкрийте суть кожної проблеми та те, як вона створює труднощі в поточному житті клієнта. Уникайте технічної мови (такої як посилання на схеми та моди) під час опису кожної проблеми або симптому.

Якщо ви перелічили психіатричні симптоми, вони мають бути пов'язані з одним із діагнозів у розділі 4, що знаходиться вище. Можливо, доцільно вказати кілька симптомів під однією проблемною категорією. Наприклад, якщо проблема полягає в клінічній депресії, це може включати такі симптоми, як втрата інтересу до будь-чого, відчуття втоми протягом дня, труднощі з концентрацією та порушення сну.

7. Проблеми які походять з дитинства чи підліткового віку.

7.1 Загальний Опис Ранньої Історії

Підсумуйте важливі аспекти дитинства та підліткового віку клієнта, які сприяли його/її поточним життєвим проблемам і розвитку дисфункційних схем та режимів, які ви будете описувати пізніше. Включіть будь-які значні проблемні/негативні/токсичні досвіди або життєві обставини. Ви повинні вказати:

- а) **У яких життєвих сферах або стосунках відбувалися ці досвіди** (наприклад, холодна мати, вербально агресивний батько, цап відбувало в нещасливому шлюбі батьків, нереалістично високі стандарти, відторгнення або цькування однолітками, караючий вчитель у школі);
- б) **На якому етапі розвитку відбувалися ці події:** наприклад коли людина була немовлям та дошкільний вік, шкільний вік , підлітковий вік;
- с) **Як кожна з цих конкретних обставин або досвід вплинули на клієнта емоційно.**

7.2 Оцінка незадоволених базових потреб

У цьому розділі наведено список з 9 базових потреб дитини враховуючи її стосунки з батьками або іншими опікунами, особливо в перші роки життя. Підхід до категоризації потреб було оновлено, відповідно до сучасних досліджень. Спочатку було виділено 5 базових емоційних потреб (див. Young, Klosko, & Weishaar, 2003), де кожна потреба була поєднана з одним із 5 доменів схем, які вміщували 18 базових дезадаптивних схем. На практиці, не всі домени були підтверджені дослідженнями, та зараз зрозуміло, що теорія потреб краще базується на тому, що ми знаємо про адаптивне батьківство та адаптивне функціонування. На основі робіт Dweck (2017) та Louis, Wood and Lockwood (2020) та Louis, Lockwood and Louis (2024) було визначено 7 базових емоційних потреб. Суть кожної потреби підсумована нижче:



Емоційне виховання та безумовна любов, грайливість та емоційна відкритість, надання автономії та підтримка автономності, та незалежність розглядаються як найперші потреби, що виникають. Потреба внутрішньої цінності формується, коли дитині допомагають цілей та прагнень таким чином, що досягається баланс між отриманням результату, з одного боку, та заохочувальними аспектами, як то автентичність, ініціатива, взаємодія, та наполегливість, з іншого. Оскільки ці потреби задовольняються, також є потреба відчувати батьків/ терапевта як впевненого та компетентного (тобто як сильних, але і як тих, хто «підкріплює свої слова діями»). Формування безпечної прив'язаності розглядається як результат, коли всі потреби адекватно задоволені протягом років розвитку.

В формі концептуалізації випадків було розширено до 9 категорій базових потреб. Це включає вищеперераховані та дві додаткові заголовки, які розкривають конкретні моменти та мають клінічне значення, що важливо підкреслити:

- 1) 7.2.2 є розширенням до 7.2.1, потреби в контакті. Це додано, оскільки має ключове значення для розуміння проблем, які виникають у багатьох клієнтів під час вираження своїх потреб та емоцій в словах.
- 2) Так само, 7.2.4 щодо встановлення жорстких лімітів, що є частиною 7.2.1 та 7.2.3, також висвітлено окремо через його значення для здорового розвитку.

7.2.1 Потреба в зв'язку (опіка, прийняття, безумовна любов): Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні бути здатні налаштовуватися на досвід та потреби дитини, а також забезпечувати їй відчуття емоційного зв'язку, що її почуття приймаються, і що дитина бажана та є частиною родини. Це також передбачає встановлення обмежень у шанобливий і дбайливий спосіб, але зауважте, що це розглядається окремо в 7.2.4 нижче.

7.2.2 Потреба в підтримці та наставництві у вираженні і формулюванні потреб та емоцій, в навчанні здорової соціалізації: Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні бути налаштовані на досвід дитини та надавати їй мову для вербалізації своїх емоційних станів без сорому або осуду. Це підтримує дитину у навчанні та практиці просоціальної поведінки та в соціальних контекстах.

7.2.3 Потреба в безпеці, надійності, справедливості, послідовності та передбачуваності: Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні забезпечити середовище, яке є стабільним і безпечним, а також в якому вони є надійними, послідовними та передбачуваними у своїх реакціях на дитину і на повсякденні ситуації.

7.2.4 Потреба в співчутті, твердому та адекватному керівництві і встановленні меж щоб підтримати навчання реалістичних обмежень і самоконтролю: Щоб задовольнити цю потребу, батьки повинні вміти надавати керівництво і встановлювати межі в твердий, авторитетний і некаральний спосіб, а також навчати дитину адекватному контролю емоцій та імпульсів без надмірного пригнічення. Хоча це зазначено тут окремо, дослідження показали, що встановлення обмежень є аспектом як безумовної любові, так і емоційного піклування (7.2.1 вище) і надійності (7.2.3 вище).

7.2.5 Потреба в підтримці та заохоченні гри, емоційної відкритості та спонтанності: Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни самі повинні вміти бути спонтанними, а також підтримувати і створювати простір і час для гри у своїх дітей.

7.2.6 Потреба в підтвердженні спроможності та здатності до розвитку компетентності (Підтримка автономії): Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні вірити в дитині здатність вчитися і розвиватися до все більшої компетентності та стійкості в освоєнні нових життєвих навичок і подоланні викликів, а також зосереджуватися на позитивному досвіді, а не на помилках і недоліках.

7.2.7 Потреба в повазі та розвитку автономії (наприклад, надання приватності та свободи, мати можливість навчатися та робити речі своїм способом) (Надання автономії): Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні: давати дітям свободу у прийнятті власних рішень, робити справи своїм способом, коли вони цього хочуть, надавати дітям дедалі більше приватності з віком, не диктувати їм, як діяти, не захищати надмірно і поважати та заохочувати їх розвиток як унікальних і окремих особистостей.

7.2.8 Потреба в підтримці та керівництві у розвитку почуття внутрішньої цінності, яка не залежить від переваги над іншими: Щоб задовольнити цю потребу, батьки/опікуни повинні підтримувати дитину в тому, щоб вона залишалася вірною собі, а не намагалася вразити інших, і прививати цінність, що всі люди мають рівну цінність незалежно від статусу, багатства чи успіху.

7.2.9 Потреба в батьках/ опікунах, які дають досвід впевненості та компетентності (здоровий приклад наслідування): Щоб задовольнити цю потребу батьки/ опікуни мають дати дитині неявні повідомлення що вони сильні, мудрі, впевнені та здатні впоратися з практичними аспектами життя. Це створює основу для того щоб дитина відчувала впевненість в їх підтримці та знала, що вона в сильних і компетентних руках, та вірити що можна бути просто дитиною і сфокусуватися на відповідних віку завданнях розвитку.

Щоб завершити секцію 7.2, пройдіть кроки для кожної потреби:

- Оцініть, наскільки потреба була задоволена, використовуючи шкалу у формі. Для проведення цієї оцінки зверніть увагу на 1) інформацію з розповіді клієнта про його/її історію, 2) інформацію, зібрану за допомогою інструментів, таких як YSQ і YPI, 3) інформацію, що з'явилася під час сесій, особливо при використанні експериментальних технік, таких як оцінка образів, 4) будь-яку додаткову інформацію, отриману з зовнішніх джерел, таких як зустрічі з членами сім'ї (де це можливо).

- У місці **для опису походження** підсумуйте значущі особливості батьківства, яке отримав ваш клієнт. Важливо визнати, що є різні потреби на різних етапах життя (наприклад, немовлятко та дошкільний вік, шкільний вік, підлітковий вік). У деяких випадках потреби могли бути погано задоволені протягом усього часу, тоді як в інших випадках потреби могли бути краще задоволені на деяких етапах, ніж на інших через зміни в родині (наприклад, розлучення, фінансова криза) або травматичні події (наприклад, тяжка хвороба або смерть члена сім'ї).
- Ідентифікуйте та перерахуйте специфічні ранні дезадаптивні схеми що формуються відповідно не задоволених в адекватний спосіб потреб. **Зверніть увагу:** немає один в один стосунку між специфічними схемами та специфічними потребами. Кілька різних незадоволених потреб можуть відповідати за розвиток будь-якої окремої схемси відповідно, та сама схема може відповідати більше, ніж одній потребі.

7.3 Темперамент/ Біологічні Фактори

Перерахуйте аспекти темпераменту, які можуть бути релевантними для проблем, симптомів і терапевтичних стосунків клієнта. Хоча ви можете використовувати інші описові слова, достатньо лише вибрати прикметники з наведеного нижче списку, які передають аспекти темпераменту клієнта.

Емоційно стабільний З врівноваженим характером Оптимістичний Стійкий Теплий Емпатичний Соціальний Впевнений Сонячний/Бадьорий Має ресурс, силу	Інтровертований Малорухливий Спокійний Пасивний Співпрацюючий Комунікабельний Екстравертований Відкритий до пригод Енергійний Гіперактивний	Боязкий Відсторонений Боязкий/Підкорюється Стриманий Насторожений Роздратований Імпульсивний Схильний до негативних почуттів Песимістичний Легко перевантажується	Формує інтенсивну прив'язаність Неуважний, заторможений Неуважний до загрози Занадто поступливий Занадто контролюючий Занадто організований Домінуючий Безжальний Антагоністичний Бойовий
--	---	---	--

Хоча темперамент стосується характеристик, які є біологічно обґрунтованими та присутніми з народження, визнано, що, особливо в умовах несприятливого виховання дітей, неможливо відокремити риси, які викликані вродженими біологічними факторами, від тих, які є наслідком батьківської недбалості, непослідовності, насильства або інших переживань, пов'язаних з невиконаними потребами. Включіть будь-які біологічні фактори, які могли відігравати значну роль у розвитку схем або режимів та стосуються проблем, симптомів і терапевтичних стосунків клієнта. Це включає такі фактори, як зріст, медичні умови та фактори, що відображають нейрорізноманітність, включаючи симптоми дефіциту уваги, гіперактивності або ознаки аутичного спектра.

7.4 Можливі культурні, етнічні та релігійні фактори

Якщо це доречно, поясніть, як конкретні норми та погляди з релігійного, етнічного або соціального контексту клієнта вплинули на розвиток його/її поточних проблем (наприклад, належали до спільноти, яка надмірно акцентувала увагу на конкуренції та статусі, а не на якості стосунків).

8. Найбільш релевантні ранні дезадаптивні схеми (на даний момент)

Розділ 8.1: Надати перелік усіх ранніх дезадаптивних схем, які ви визначили. Просто вкажіть назви, не заглиблюючись у деталі. Ви вже мали їх перелічити у розділі 7.2 вище, де кожна схема повинна бути пов'язана з однією або кількома незадоволеними потребами.

Розділ 8.2: Із переліку ранніх дезадаптивних схем, наведених у розділі 7.1, виберіть 5 або 6, які є найбільш важливими для поточних проблем клієнта. При заповненні цього розділу важливо...

1. ... звертати увагу на різницю між первинними (або безумовними) і вторинними (або умовними) схемами. Первинні схеми базуються на емоційно болісному, безпосередньому досвіді незадоволеної потреби: емоційна депривація, покинутість/нестабільність, дефектність/сором, залежність/некомпетентність, злиття/нерозвиненість особистості, невдача, соціальна ізоляція, вразливість до шкоди або хвороб (травма). Вторинні схеми можуть, 1) відображати способи подолання первинних схем для зменшення або уникнення болю: підкорення/знецінення, самопожертва, пошук схвалення/визнання, емоційна інгібіція, статусу і прав, або 2) включати суміш безумовного досвіду болю і подолання: недовіра/жорстоке поводження, або 3) бути ознаками гіперкомпенсаторного подолання та/або батьківських режимів: надвисокі стандарти/гіперкритичність, або 4) охоплювати декілька наслідків первинних схем і способів подолання: недостатній самоконтроль/самодисципліна, негативність/песимізм, пунітивність.
2. ... усвідомлювати, що за наявності сильних і закріплених режимів подолання клієнт може надавати мало інформації або визнання щодо первинних схем. Важливо визначити первинні схеми, які, ймовірно, присутні, виходячи з інформації про історію або з того, як ви сприймаєте клієнта під час сесій.

Основна увага має бути зосереджена на первинних схемах або інших схемах, які відображають досвід первинних схем, таких як недовіра/жорстоке поводження, недостатній самоконтроль/самодисципліна, негативність/песимізм та пунітивність.

Запишіть назву схеми, а потім опишіть досвід клієнта, коли ця схема активується, з точки зору емоцій, когніцій (думок, переконань, припущень) і конкретних поведінкових реакцій, як зовнішніх (що можна спостерігати), так і внутрішніх (особисті думки, самонакази, фантазії тощо). Не вдавайтеся в деталі режимів подолання, оскільки вони є фокусом розділу 9.4.

9. Найбільш релевантні режими (на даний час)

Ця форма побудована навколо категоризації режимів Здорового Дорослого, Дитини, Батьків, та Коупінг-режимів. Однак, в товаристві схема-терапевтів наявна певна розбіжність у відношенні до диференціації окремих режимів та назв цих категорій. Додатковий документ під назвою: "Перелік режимів ISST (ISST list of schema modes - Supplement to the Case Conceptualization Guide)" пропонує перелік великої кількості цих режимів. Це може бути корисним як довідник, але не є приписом.

Розділ 9.1 Здорові режими

9.1.1 Режим Щасливої Дитини

Опишіть, наскільки клієнт здатний відчувати спокій та задоволеність, а також бути щиро спонтанним, грайливим, безтурботним та креативним. Це стосується автентичного досвіду і не включає прояву цих якостей у поверхневій формі, перебуваючи в режимі подолання.

9.1.2 Режим Здорового Дорослого

Тут слід підкреслити позитивні цінності, ресурси, сильні сторони та здібності клієнта. Здоровий Дорослий не є єдиним режимом, а набором режимів, що характеризують, як зрілий, співчутливий та психологічно усвідомлений індивід думав би, відчував і діяв у конкретній ситуації. Один з аспектів Здорового Дорослого - це роль "виконавця", який інтегрує інші режими та володіє здатностями до саморегуляції. Він також включає здатність до спонтанності, автентичності та того рівня зрілого функціонування, яке Альфред Адлер (1938) описав як "відчуття спільноти", Карл Роджерс (1967) — як "повнофункціональну особу" (див. також Maurer & Daukantaitė, 2020), а Абрагам Маслоу (1973) — як "самореалізацію" і "самотрансценденцію". Інші називають це "мудрістю" (Балтіс і Штаудінгер, 2000). Картки iModes Девіда Бернштейна, які зображують 16 якостей Здорового Дорослого, також відображають це бачення зрілості, групуючи ці якості під заголовками: самоспрямованість, саморегуляція, зв'язок і трансценденція.

У діагностичних посібниках DSM-5 та ICD-11 також наведені визначення зрілого функціонування дорослих, які збігаються з цими якостями, включаючи формування цілісної ідентичності та відчуття власної гідності, здатність до емоційної регуляції та контролю імпульсів, а також здатність до інтимності та задоволення від життя (Bach & Bernstein, 2019).

Тут ці якості або сильні сторони резюмовані під вісьмома заголовками, що відображають висновки зазначеної літератури. Вони слугують практичним орієнтиром для того, щоб: (а) оцінити рівень якостей Здорового Дорослого у клієнта, та (б) визначити напрямки роботи в терапії для розвитку або посилення недостатньо сформованих здібностей. Ці заголовки мають слугувати настановою, а не є вичерпним переліком.

Оскільки Здоровий Дорослий охоплює різноманітні якості, індивід може володіти певними здібностями та сильними сторонами Здорового Дорослого, які добре розвинені, тоді як інші можуть бути недостатньо розвинені.

У формі вас просять підсумувати сильні сторони Здорового Дорослого клієнта, використовуючи наведені нижче заголовки, та, у кожному випадку, навести один або декілька прикладів, пов'язаних з конкретними аспектами життя. Можна також навести приклади, пов'язані зі здатністю клієнта залучатися до терапії зрілим та співпрацюючим способом. Якщо здатність клієнта є обмеженою, слід звернути на це увагу, надавши приклади, якщо це можливо.

1. Мета-усвідомлення (здатність зробити крок назад та рефлексувати про себе та інших):

Усі основні підходи до терапії визнають важливість здатності відсторонитися та рефлексувати над своїм досвідом та досвідом інших. У літературі це називають різними термінами, такими як «мета-усвідомлення», «дистанціювання», «децентрація», «менталізація», «дефузія», «усвідомленість», «відсторонена усвідомленість» та «дезідентифікація». На початку терапії багато клієнтів повністю занурені у власні проблеми і майже не мають здатності відступити та подивитися на свій досвід з боку. Це ускладнює їхню ефективну участь у процесах, пов'язаних із схемною терапією.

2. Емоційний зв'язок (здатність бути відкритим до емоцій та відчувати їх, приймати себе та співчувати собі, під час досвіду емоційного болю та невизначеність):

Карл Роджерс використовував термін «відкритість до досвіду» для позначення здатності емоційної усвідомленості та чесної залученості до того, що є значущим і автентичним. Це означає бути у зв'язку з власними потребами й емоційними реакціями на ситуації та вміти переносити емоції, які виникають. Це включає здатність до прийняття та співчуття до себе (Neff, 2013). Копінгові режими заважають цьому, оскільки вони від'єднують людей від частини автобіографічної пам'яті, пов'язаної з емоціями та ранніми схемами. Здоровий Дорослий має доступ до цих емоцій, але, завдяки іншим згаданим вище якостям, може виражати потреби, емоції та турботи розважливо та врівноважено. Відкритість до емоцій охоплює також позитивні емоції, які копінгові режими теж можуть пригнічувати, і дозволяє переживати вдячність та особисте значення життя.

3. Орієнтація на реальність: (Здатність приймати та втілювати рішення, які базуються на реальності)

Здоровий Дорослий орієнтований на реалії світу і має здатність точно та обґрунтовано оцінювати повсякденні ситуації, не піддаючись спрощеному мисленню або поспішним висновкам, що не ґрунтуються на достатній інформації чи доказах. Це включає готовність зустрічати болючі аспекти реальності без заперечення або відволікання за допомогою копінгових механізмів. Пов'язана з цим здатність використовувати отриману інформацію як основу для раціональної та практичної поведінки, орієнтованої на вирішення проблем. Це означає відповідальне виконання практичних завдань, необхідних для ефективного функціонування в усіх важливих життєвих сферах (робота, фінансове планування та управління, сімейні та інтимні стосунки, соціальні активності, здоров'я та дозвілля). Також це передбачає здатність розпізнавати різноманітні проблеми і робити кроки для їх вирішення в рамках Здорового Дорослого. Це потребує навичок пошуку та отримання інформації, оцінки джерел, аналізу варіантів дій та планування обраних кроків.

4. Узгоджене (когерентне) Відчуття Ідентичності: (Здатність підтримувати узгоджене уявлення про себе, що базується на особистих переконаннях, цінностях, установках та мотивах)

Ця сила включає відчуття ґрунтовності в послідовному уявленні про себе, яке залишається стабільним протягом часу й у всіх важливих сферах життя. Це супроводжується здатністю приймати різноманітні емоції та стани, навіть якщо вони суперечливі. Інші люди сприймаються як незалежні особистості з власним унікальним досвідом. Відсутні різкі переходи між різними станами чи режимами, немає дисфункціональних режимів, у яких людина відчуває крайні стани, наприклад, хаос, відсторонення чи злиття з іншою людиною. Пам'ять здебільшого точна й послідовна, без переплутувань із фантазією. Особиста історія (хто я є та що для мене важливо) реалістична та гнучка, без ідеалізацій, спрощень, перебільшень або самовизначення через роль жертви.

5. Самовпевненість та Взаємність: (Здатність відстоювати себе, поважаючи принцип взаємності та узгодженого спілкування)

Самоствердження, тобто вміння постояти за себе, є важливою силою, яка допомагає окреслювати й захищати «Я» у відносинах з іншими. Самоствердження Здорового Дорослого відзначається принципом взаємності й підтримує відчуття «Ми». Взаємність є основою для зрілих відносин, які будуються на взаємній повазі. Це одночасно цінність і здатність. Як цінність, взаємність означає прагнення до однакової поваги потреб, поглядів і досвіду як власних, так і інших людей. Як здатність, це вміння діяти послідовно на основі цієї поваги. Самоствердження без взаємності зазвичай є ознакою гіперкомпенсуючого копіngu. Взаємність у поєднанні з емоційною зв'язністю та терпимістю дозволяє доносити власні переживання й потреби узгодженим чином (Rogers, 1957) та здійснювати поважні компроміси в конфліктних ситуаціях. Це є основою тренінгу з розвитку впевненості в собі, що є добре відомим підходом у когнітивно-поведінковій терапії (наприклад, Alberti і Emmons, 2008). Принцип взаємності також є основою орієнтації на ширше суспільство, у якому людина живе, з здатністю приймати інших і відсутністю упереджень за ознакою етнічності, культури, релігійної приналежності, політичних переконань, сексуальної орієнтації тощо.

6. Агентність та відповідальність: (Здатність брати відповідальність за особисті рішення, дії та їхні наслідки)

Зрілість Здорового Дорослого включає прийняття відповідальності за всі свої вчинки. Це пов'язано з відчуттям особистої агентності — відчуттям мотивації та здатності діяти в інтересах власних цінностей. Це також включає здатність робити й дотримуватися зобов'язань, що є частиною цілісності, яка означає послідовність, надійність і дії за чітким моральним компасом, заснованим на автентичному почутті власного «Я». Прийняття відповідальності за власні вибори та дії зазвичай є неможливим при домінуванні копінгових режимів. Люди, які діють переважно в режимі копінгу, як-от гіперкомпенсація, зазвичай не повністю відчують власні потреби та досвід, а також потреби та досвід інших, і, хоча можуть поводитися послідовно, їхні рішення, як правило, негнучкі та поверхові. Прийняття відповідальності залежить від здатності відступити й рефлексувати, оскільки значна частина людської поведінки відбувається без свідомого обмірковування, базуючись на автоматичних звичках копінгу, які часто сформувалися давно. Коли люди діють автоматично без рефлексії, їм важко приймати відповідальність за свої дії.

7. Турбота Поза Власним Я: (Здатність взаємодіяти з іншими та суспільством загалом, з відкритою, прямою та співчутливою позицією)

Альфред Адлер (1938) використовував термін "почуття спільноти" для позначення людей, які піклуються та прагнуть до загального блага, а не лише до добробуту себе чи своєї сім'ї. Це відрізняється від самопожертвовного копінгу та виникає з почуття власної цінності на основі того, що людина може запропонувати, без потреби доводити свою значущість. Такі люди демонструють доброту та співчуття до інших, спонтанно виражають вдячність та дотримуються про-соціальних поведінкових принципів. Вони враховують вплив своїх дій не тільки з точки зору сьогодення, а й з огляду на майбутнє та його наслідки для наступних поколінь.

8. Надія та Сенс: (Здатність знаходити та підтримувати віру в життєвих випробуваннях)

Ця здатність включає вміння знаходити шлях до надії й сенсу навіть перед обличчям труднощів і втрат. Вона виникає з можливості поглянути на себе (і на життя загалом) під ширшим кутом зору, усвідомлюючи складність понять добра і зла, справедливості та несправедливості. Людина з такою силою здатна прийняти відсутність відповіді на запитання «чому?» і, попри це, продовжувати рухатися життям з відчуттям надії та сенсу. Деякі можуть вважати цю силу природною мудрістю чи духовністю, яка не обов'язково проявляється через інституційну релігію, але надає відчуття сили й напрямку перед болючими труднощами та випробуваннями.

Розділ 9.2 Дитячі режими

9.2.1 Вразливий дитячий режим

У верхньому рядку таблиці визначте основні риси вразливого дитячого режиму клієнта або перелічіть конкретні підтипи вразливого дитячого режиму, які є важливими для концептуалізації (наприклад, самотня дитина, покинута дитина, сором'язлива дитина, залежна дитина, налякана дитина, дитина, яка зазнала насильства тощо).

Далі, у правому стовпці, вкажіть конкретні схеми, пов'язані з кожним режимом або підтипом. Наприклад, для залежної дитини зазначте «Залежність/Некомпетентність»; для сором'язливої дитини — «Дефектність/Сором».

У трьох рядках, позначених Ex1, Ex2 та Ex3, наведіть три приклади того, що відбувається, коли один із цих режимів/підтипів активується. Напишіть відповідь на всі три частини:

а) Назвіть конкретний режим і надайте короткий приклад тригерної ситуації.

- b)** Опишіть особливості досвіду вразливості клієнта в цьому режимі, зокрема емоційні реакції, а також образи, думки та переконання, що базуються на схемах.
- c)** Якщо клієнт переходить у один або кілька копінг-режимів, просто вкажіть ці режими без вхідних деталей, оскільки копінг-режими будуть описані в розділі 8.4.

9.2.2 Інші дитячі режими

У цьому розділі опишіть один або кілька інших дитячих режимів, таких як Зла дитина, Розгнівана дитина або Імпульсивна дитина. Зауважте, що деякі режими, такі як Безпомічна дитина, Безнадійна дитина або Недисциплінована дитина, можуть бути копінг-режимами і не належать до цього розділу.

У верхній частині вкажіть режим або режими, а також перелічіть схеми (якщо є), які безпосередньо з ними пов'язані.

Використовуйте рядки, позначені Ex 1 та Ex 2, щоб навести один або два приклади того, що відбувається, коли ці режими активуються. Використовуйте три частини:

- a)** Назвіть конкретний режим і надайте короткий приклад тригерної ситуації.
- b)** Опишіть особливості досвіду клієнта в цьому режимі, зокрема думки та переконання, соматичні симптоми, емоції, образи та спогади.
- c)** Якщо клієнт переходить у один або кілька копінг-режимів, просто вкажіть ці режими без додаткових деталей, оскільки копінг-режими будуть описані в розділі 9.4.

9.3 Дисфункціональні батьківські режими

Батьківські режими є внутрішніми уявленнями про досвід батьків або інших значущих авторитетних фігур, і вони є дисфункціональними, коли дорослі не змогли належним чином задовольнити потреби дитини. Було виявлено кілька таких батьківських режимів (див. таблицю нижче, основу на Edwards, 2022):

Типи незадоволених дитячих потреб	особливості
Не дає належної структури або керівництва	Ігноруючий; Потураючий; Наївний
Надмірно захищає та втручається в розвиток автономії дитини	Переживаючий; Надмірно захисний; Викликаючий провини (або Жертва)
Не налаштовується на дитину або руйнує зв'язок	інвалідизуючий; Відкидаючий; Покидаючий

Є критичним і примусовим	Вимогливий; Покарання; Звинувачення; Принажуючий; Примусовий/Контролюючий; Жорстокий
Непередбачуваний	Нестабільний; Емоційно мінливий; Непередбачуваний; Дезорганізований; Лякаючий

9.4 Дисфункційні копінг-режими

У цьому розділі надається інформація про найбільш виражені дисфункціональні копінг-режими, які ви ідентифікували. Перерахуйте їх у таблиці. **а)** Укажіть категорію, до якої належить кожен режим (підкорення, надмірне компенсування тощо). **б)** Перерахуйте назви режимів.

с) Укажіть, схему, що відповідає цьому режиму. Не перераховуйте схеми, які можуть бути пов'язані з режимом, а лише ті, що прямо йому відповідають (наприклад, для режиму **Самовозвеличення: схема статусу і прав** для **Покірного капітулянта: Підкорення**). Виберіть до трьох таких копінг-режимів і детально опишіть досвід клієнта, коли він знаходиться в цих режимах, використовуючи таблицю:

а) Наведіть приклад ситуації, що спричиняє активацію режиму (або, якщо це доречно, вкажіть, що це стандартний режим).

б) Опишіть досвід та поведінку клієнта в цьому режимі.

с) Якщо можливо, вкажіть, з чим цей режим копіngu справляється у дитині, або позначте, що це поки що незрозуміло.

д) Описуйте, яку цінність цей копінг-режим має для клієнта.

е) Опишіть будь-які проблемні наслідки такого копіngu.

Хоча інші копінг-режими можуть бути активовані тригерною ситуацією, не обговорюйте їх тут. У наступному розділі вас попросять подивитися на послідовність режимів, активованих у конкретній ситуації.

10. Послідовність режимів і підтримка схем

У цьому розділі необхідно показати, як тригерна подія може запустити послідовність режимів, яка розгортається з часом. Ідентифікуйте та назвіть усі задіяні режими – дитячі режими, батьківські режими та копінг-режими. Здорові режими також можуть бути задіяні, але основна увага приділяється послідовностям, які призводять до підтримки схем, і тому не завершуються в режимі Здорового Дорослого.

Наведіть принаймні три приклади ситуацій з життя клієнта, які демонструють, як підтримуються його дисфункціональні режими. Ці приклади мають ілюструвати одну або більше конкретних життєвих сфер, визначених як проблемні в розділі 4.2. Ви можете навести нові приклади або, за бажанням, повторити приклади, які вже використовувалися в розділі 8.4 (де основна увага приділялася окремому копінг-режиму).

Опишіть тригерну ситуацію, а потім у кожному з наведених нижче рядків надайте таку інформацію:

a) Дитячі та батьківські режими, що активуються. Зазвичай дитячий режим активується разом із батьківським. Наприклад, коли активується режим Пригніченої Дитини, водночас з'являється режим Критичного або Осуджуючого критика. Іноді клієнт одразу переходить у копінг-режим, і ці дитячі та батьківські режими можуть бути непомітними. Однак вони присутні в основі копінг-режиму, оскільки саме з ними цей режим намагається впоратися.

b) Назвіть копінг-режими, що беруть участь у послідовності, та для кожного режиму дайте короткий опис поведінки клієнта в цьому режимі.

c) Опишіть повну послідовність режимів у порядку. Просто зазначте назви режимів та іншу відповідну інформацію, наприклад, вплив на інших людей. Не потрібно вдаватися в деталі щодо конкретної поведінки клієнта. Наприклад: Режим Знехтуваної Дитини та Критичних батьків – Режим Параноїдального Контролера – інші почуваються атакованими й відсторонюються – Режим Покинутої Дитини – Режим Злої Дитини – Режим Саможалості – Режим Унікаючого Захисника (ізолюється і залишається на самоті).

d) Де це доречно, опишіть вплив на ситуацію, особливо на інших людей, від переходу клієнта в різні режими. Наприклад, у наведеній вище послідовності можна уточнити, як люди реагують на Режим Параноїдального Контролера у клієнта: "вони почуваються атакованими, стають настороженими, зазвичай відсторонюються емоційно або фізично, іноді виражають гнів, що призводить до гарячого конфлікту."

e) Поясніть, як ця послідовність режимів сприяє підтримці базових дезадаптивних схем, перешкоджаючи емоційній обробці у Дитині та/або заважаючи клієнту навчитися знаходити способи задоволення важливих основних потреб у теперішньому моменті.

11. Терапевтичний стосунок

11.1 Особисті реакції терапевта на клієнта

Кожен клієнт може викликати в терапевта специфічний та унікальний набір реакцій. Деякі з цих реакцій є здоровими та сприятливими для терапевтичного зв'язку і процесу, тоді як інші можуть бути проблематичними, коли терапевт переходить у копінг-режим, що заважає терапії. Розвиток самоусвідомлення та розуміння цих реакцій може допомогти терапевту залишатися в режимі Здорового Дорослого та уникати переходу в копінг-режими. Це також може бути цінним джерелом інформації про схеми та режими клієнта.

Опишіть свої особисті реакції на клієнта, як ті, що сприяють терапії, так і ті, що є проблематичними. Для сприятливих реакцій коротко поясніть, як вони сприяють значущим терапевтичним відносинам. Для проблематичних реакцій вкажіть характеристики/поведінку клієнта, які їх викликають. Які схеми та режими активуються у вас в цей момент? Який вплив мають ваші реакції на терапію, особливо стосовно вашої здатності надавати клієнту піклування повторного виховання?

11.2 Співпраця у визначенні цілей і завдань терапії

Огляд: Визначення терапевтичної співпраці

Терапевтична співпраця визначається як якість альянсу між терапевтом і клієнтом, з особливим акцентом на тому, наскільки обидва можуть погодитися на цілі та завдання терапії. Це також стосується того, як терапевт може домовитися з клієнтом про зміст і фокус кожного сеансу, а також залученість клієнта у завдання терапії. Це може оцінюватися за інтересом до сеансу, залученістю в процес роботи з терапевтом, послідовністю відвідування сеансів та виконанням терапевтичних завдань вдома.

Розглянемо наступний приклад: терапевт і клієнт змогли узгодити цілі, важливі для клієнта, і клієнт з ентузіазмом прагне досягти цих цілей. Легкий діалог між ними дозволяє визначити, що найкраще обговорювати й досліджувати на кожній сесії, і клієнт, здається, готовий досліджувати міжособистісні питання. Проте клієнт часто пропускає зустрічі або потребує зміни часу сеансу. Це видається несумісним із вираженням на сеансі ентузіазмом і відносно не завантаженим розкладом дня клієнта. Клієнт виконує завдання вдома приблизно в 50% випадків, а причини, наведені за невиконання завдань, часто виглядають непереконаливими. У такому випадку рівень співпраці оцінювався б як 3 за шкалою нижче.

11.2.1 Оцінка співпраці у визначенні цілей і завдань

Оцініть рівень терапевтичної співпраці, виходячи з поведінки клієнта під час сеансу та поза ним. Врахуйте рівень залученості, участь, дотримання виконання завдань тощо. Використовуйте наведену 5-бальну шкалу для оцінки рівня співпраці:

- 1 = **ДУЖЕ НИЗЬКИЙ** (наприклад, часто скасовує сеанси, знецінює терапевтичну роботу, демонструє мінімальну відданість)
- 2 = **НИЗЬКИЙ** (наприклад, непослідовна участь, регулярно пропускає сеанси, відсутність фокусу)
- 3 = **СЕРЕДНІЙ** (наприклад, частково вагається та скептично налаштований, регулярно відвідує сеанси, виконує деякі домашні завдання)
- 4 = **ВИСОКИЙ** (наприклад, залучений і готовий до участі та роботи в терапії)
- 5 = **ДУЖЕ ВИСОКИЙ** (наприклад, демонструє ентузіазм, сфокусованість, швидко і позитивно реагує на терапевтичну роботу)

11.2.2 Опис процесу співпраці з клієнтом

Поясніть основи вашої оцінки, описуючи способи, завдяки яким вам вдалося налагодити співпрацю з клієнтом, що позитивно впливає на терапевтичний процес, а також ті аспекти відносин, які є проблемними та заважають ефективній співпраці. Наприклад, можна оцінити такі аспекти:

- а) **Відчуття спільного розуміння** — наскільки клієнт розуміє вашу роль і підхід, а також чи є у вас узгоджене бачення проблем та можливих шляхів їх вирішення.

- b) **Згода щодо цілей і стратегій змін** — чи вдалося вам і клієнту погодити важливі терапевтичні цілі, а також чи є згода щодо методів, які допоможуть досягти цих змін.
- c) **Здатність вирішувати конфлікти і суперечності** — наскільки успішно ви з клієнтом можете обговорювати проблемні моменти у процесі терапії, зокрема як швидко ви знаходите спільні рішення у складних ситуаціях, якщо такі виникають.

Це дослідження може також включати оцінку того, наскільки клієнт відкритий до ваших пропозицій, чи готовий він висловлювати власні погляди та як це впливає на загальну динаміку терапевтичної роботи.

11.2.3 Як можна покращити співпрацю у терапевтичних стосунках

Якщо співпраця оцінюється як помірна або низька, які зміни могли б зробити ви та ваш клієнт для покращення рівня співпраці? Зосередьтеся на перешкодах, що ускладнюють співпрацю. Ці перешкоди можуть включати:

- a) **Хронічні непорозуміння** — коли ви та клієнт систематично по-різному сприймаєте деякі аспекти терапії. Можна приділити більше часу уточненню очікувань і намірів обох сторін, використовуючи відкриті запитання та активно перевіряючи спільне розуміння ключових тем.
- b) **Відсутність згоди щодо цілей терапії** — якщо клієнт і терапевт мають різне уявлення про те, яких змін потрібно досягти. Можливо, корисно провести сесію для повторного обговорення та перегляду терапевтичних цілей, зокрема запитати клієнта про його особисті цілі та які з них, на його думку, мають найбільше значення.
- c) **Відсутність згоди щодо способів досягнення цілей** — якщо є розбіжності у поглядах на методи терапії. Це можна вирішити, пояснивши наукові обґрунтування запропонованих підходів і запитавши клієнта про його занепокоєння, щоб разом розробити стратегії, які він вважатиме корисними.
- d) **Проблемні реакції та поведінка клієнта** — такі як безпорадність, пасивно-агресивні прояви, зневажливе ставлення, недотримання завдань, пропуски сесій. Обговорення цих реакцій із клієнтом може допомогти виявити їхні першопричини. Зокрема, з'ясування, чи відчуває він опір до певних аспектів терапії або страх перед її успіхом, може сприяти конструктивнішій співпраці.
- e) **Проблемні реакції та поведінка з боку терапевта** — такі як спроби «врятувати» клієнта, читання нотацій, догоджання або поступливість, що виникають у відповідь на тригери. Це може вимагати саморефлексії, аби усвідомити, які аспекти поведінки клієнта викликають ці реакції, і розробити стратегії для збереження здорової терапевтичної позиції.

Для вирішення цих проблем і усунення перешкод корисно організувати «сесію про співпрацю», де клієнт і терапевт можуть відкрито обговорити свої очікування, бар'єри та способи вдосконалення спільної роботи. Важливим буде створення безпечного простору для обговорення можливих конфліктів або невдоволень.

11.3.1 Обмежене батьківство та зв'язок

Огляд: Визначення обмеженого батьківства та прив'язаності

Обмежене батьківство і зв'язок описують рівень, глибину та тип емоційної прив'язаності між терапевтом і клієнтом. Це залежить від готовності клієнта до обмеженого перевиховання в стосунках у відповідь на пропозиції терапевта задовольнити його основні потреби (такі як тепло, прийняття, невербальні вирази турботи, валідація та сприяння автономії). У роботі, зосередженій на емоціях, це включає здатність клієнта виявляти вразливість, а також приймати і реагувати на обмежене батьківство у вразливому стані або в інших дитячих режимах, таких як Зла або Обурена дитина. Терапевт повинен описати та оцінити реакції клієнта на спроби обмеженого батьківства, щоб мати змогу адаптувати свою батьківську позицію на майбутніх сесіях.

Приклад: Терапевт часто намагається валідувати біль і страждання, які відчуває клієнт у зв'язку з поточними проблемами. Проте клієнт зазвичай зводить до мінімуму або заперечує потребу в такій валідації. Коли терапевт демонструє емпатійне розуміння стосовно плутанини та невпевненості клієнта щодо його теперішніх обставин, клієнт часто просто дивиться на терапевта з пустим поглядом. Однак нещодавно це змінилося: очі клієнта інколи зволожуються від сліз, і він починає нахилитися до терапевта. Клієнту також було запропоновано телефонувати між сесіями, якщо йому потрібно поговорити, особливо з огляду на нову міжособистісну кризу. Клієнт одного разу зробив перевірочний дзвінок, але при цьому вибачився за те, що «турбує» життя терапевта.

У цьому випадку зв'язок обмеженого батьківства наразі залишається обережним і обмеженим, відображаючи обережне зближення. Не зрозуміло, чи поведінка терапевта під час сесій якимось чином ускладнює формування міцнішої виховної прив'язаності.

Оцініть глибину обмеженого батьківства та зв'язку на основі поведінки клієнта та емоційного зв'язку, як під час сеансів, так і поза ними. Використовуйте наступну 5-бальну шкалу для оцінки сили зв'язку:

1. **ДУЖЕ СЛАБКИЙ, МІНІМАЛЬНИЙ:** Для терапевта відносини сприймаються як дуже безособистісні. Клієнт переважно відсторонений і не може визнавати або відповідати на зацікавленість і турботу терапевта. Або клієнт регулярно виявляє зневажливе або презирливе ставлення до терапевта та терапії. Або клієнт може перемикатися між різними режимами, жоден з яких не може щиро з'єднатися з терапевтом як особою.
2. **СЛАБКИЙ:** Для терапевта відносини здебільшого сприймаються як досить безособистісні. Клієнт дещо відсторонений, з обмеженою здатністю реагувати на зацікавленість і турботу терапевта. Або клієнт часто буває різким, зневажливим або презирливим стосовно терапевта та терапії. Або клієнт часто перемикається між тим, щоб іноді бути відкритим до терапевта як до наставника або батьківської фігури, але здебільшого залишається відстороненим або зневажливим.
3. **СЕРЕДНІЙ:** Клієнт іноді відповідає терапевту як до батьківської фігури, друга або наставника і має моменти, коли відчуває терапевта як справжнього турботливого і може бути вразливим і довірливим з терапевтом. Однак це не тримається довго, і клієнт часто

перемикається на режими, коли він відчуває себе відстороненим, або поводить себе зневажливо чи презирливо.

4. **СИЛЬНИЙ:** Клієнт відповідає терапевту як до батьківської фігури, друга або наставника і в основному сприймає терапевта як справжньо турботливого. Клієнт зазвичай може бути вразливим і довірливим з терапевтом, як у самих відносинах, так і під час експериментальної роботи, може дозволити терапевту захищати і піклуватися про вразливу дитину.
5. **ДУЖЕ СИЛЬНИЙ:** Клієнт постійно ставить до терапевта як до батьківської фігури, друга або наставника і в основному сприймає терапевта як справжньо турботливого. Клієнт може постійно бути вразливим і довірливим з терапевтом, як у відносинах, так і під час експериментальної роботи, дозволяючи терапевту захищати і піклуватися про вразливу дитину.

11.3.2 Опис відносин обмеженого батьківства та зв'язку між клієнтом і терапевтом.

Опишіть поведінку вашого клієнта, що стосується його готовності до прийняття обмеженого батьківства.

Надайте деталі та приклади його/її поведінки, емоційних реакцій та висловлювань стосовно вас, які можуть свідчити про те, наскільки слабким або сильним є зв'язок обмеженого батьківства.

11.3.3 Як можна покращити або зміцнити зв'язок обмеженого батьківства?

Якщо зв'язок обмеженого батьківства не є сильним, поясніть, які фактори можуть заважати його зміцненню, чи ці проблеми виникають через ваші копінг-моделі або моделі клієнта. Які конкретні кроки ви могли б зробити, щоб зміцнити цей зв'язок?

11.3.4 Інші менш поширені фактори, що впливають на терапевтичні відносини (за бажанням)

Якщо є фактори, які суттєво впливають або перешкоджають терапевтичним відносинам (наприклад, значна різниця у віці або культурна прірва, географічна відстань), розгляньте їх тут. Як їх можна вирішити з клієнтом?

12. Цілі терапії: Прогрес та перешкоди

Оберіть щонайменше чотири цілі терапії, які є основними для роботи з цим клієнтом. Цілі мають бути такими, щоб ви могли допомогти клієнту працювати над ними за допомогою чітко визначених терапевтичних завдань. Вони можуть бути описані стосовно змін у конкретних схемах, режимах, когніціях, емоціях, поведінці, моделях взаємин, симптомах тощо.

Підсумуйте кожну ціль, а потім у рядках нижче:

- (a) підсумуйте моделі та схеми, які слід опрацювати, чітко пояснивши, як вони пов'язані з конкретною метою;
- (b) опишіть нові поведінки здорового дорослого, що стосуються цієї мети;
- (c) опишіть конкретні втручання, які ви використовуєте, і обґрунтування їх застосування;

(d) підсумуйте прогрес і перешкоди, що виникли при впровадженні цієї терапевтичної стратегії.

Ви можете коротко згадати додаткові важливі цілі в пункті 5.

13. Додаткові коментарі або пояснення (за бажанням)

Тут ви можете додати будь-яку додаткову інформацію або роз'яснити будь-які ваші відповіді вище, щоб допомогти вашому наглядачу або оцінювачу краще зрозуміти вашу концептуалізацію цього клієнта, терапевтичні стосунки та прогрес у терапії. Ви можете додавати додаткові сторінки, якщо хочете.

Література:

- Adler, A. (1938). *Social interest: A challenge to mankind* (Translated by J. Linton and R. Vaughan). Faber and Faber Ltd.
- Alberti, R., and Emmons, M. (2017). *Your perfect Right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (10th ed.). Impact.
- Bach, B., and Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000464>
- Baltes, P. B., and Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Bernstein, D. P. (2018). *Qualities of the Healthy Adult: iModes cards*. <https://www.i-modes.com/en/shop/healthy-adult-strengths-tool/>
- Dweck, C.S. (2017). From needs to goals to representations: Foundations of a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review*, 124, 689-719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Louis, J. P., Wood, A., & Lockwood, G. (2020). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*, 27 (4), 766-786. doi:10.1177/1073191118798464
- Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12 online: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Jacka, F.N., O'Neil, A., Opie, R. et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>
- Kałużna-Wielobób, A., Strus, W. I., and Ciecuch, J. (2020). Community feeling and narcissism as two opposite phenomena. *Frontiers in Psychology*, 11, 2621. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.515895>
- Maslow, A. (1973). *The farther reaches of human nature*. Penguin.
- Maurer, M. M., and Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the Organismic Valuing Process Theory of Personal Growth: A Theoretical Review of Rogers and Its Connection to Positive Psychology. *Frontiers in Psychology*, 11

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01706>

Neff, K.,D. (2013). The science of self-compassion. In C. Germer, and R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). Guilford.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.



© **19 листопада 2024. Міжнародне товариство схема-терапії**

Це є авторизований ISST переклад концептуалізації випадку українською мовою. Версія англійською мовою, перекладом якої є надана форма, є **Версія 3.8, датована 5-м вересня 2024**

© **5th of September 2024. International Society of Schema Therapy**

Unauthorized reproduction or translation – in whole or in part -- without written consent of the Society is strictly prohibited. Authorized translations into over 30 languages will be posted in due course on the ISST website <https://schematherapysociety.org> . You can also contact the ISST on this address cc@isst-schemasociety.org should you require any further information about the form, to learn if there is an authorized translation in any specific language, or to apply to make a translation into a language for which no translation has yet been made.