

MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

Tematski zbornik radova

Studentski kulturni centar Niš, 2017.

Tematski zbornik radova „Mentalno zdravlje u zajednici“

MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

Tematski zbornik radova

Prvo izdanje, Niš 2017.

REDAKCIJA ZBORNIKA: prof. dr Zvezdan Arsić, doc. dr Bijana Jaredić, doc. dr Jelena Davidović-Rakić, doc. dr Olivera Radović (Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, Filozofski fakultet), **doc. dr Kristina Ranđelović, doc. dr Jelena Opsenica Kostić, prof. dr Nebojša Milićević** (Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu)

Recenzenti:

**doc. dr Dušan Todorović
doc. dr Milica Mitrović
doc. dr Dušan Ranđelović**

Izdavač:

Studentski kulturni centar Niš

Za izdavača:

Dragana Petković, direktor

Saizdavač:

Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu

Urednik:

Aleksandar Blagojević

Urednik izdanja:

prof. dr Bojana Dimitrijević

Tehnički urednik:

Milica Ognjanović

Tiraž:

100

Štampa:

Medivest KT, Niš

ISBN 978-86-7757-241-9

Damjana Panić⁶

Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet, Deparتمان za psihologiju

TERAPIJA USMERENA NA ŠEME – TEORIJSKA OSNOVA, TRETMAN, ISTRAŽIVANJA⁷

Rezime

Šema terapija ili Terapija usmerena na šeme (TUŠ) predstavlja integrativnu psihoterapiju koju su razvili Džefri Jang (Jeffery Young) i njegovi saradnici (1990, 1999, 2003). Terapija je nastala kao „izdanak“ i proširenje tradicionalnog kognitivno-bihejvioralnog tretmana, a namenjena je prvenstveno osobama sa hroničnim psihološkim poremećajima za koje se pretpostavlja da su nastali tokom ranog razvoja. Fokus je na utvrđivanju ranih, najčešće traumatičnih iskustava iz detinjstva koja su dovela do formiranja Ranih maladaptivnih šema (RMŠ). Dakle, ova terapija ne predstavlja samo tehnički eklektizam, već i teorijsku integraciju, s obzirom na to da u njenoj osnovi leži jedna koherentna teorija kao konceptualni okvir za razumevanje i objašnjenje psihopatologije. Nezadovoljenjem pet bazičnih dečijih potreba (bazična sigurnost, autonomija, kompetencija i osećaj identiteta, povezanost, vrednost i razumna očekivanja, realistične granice i samokontrola) forima se većina RMŠ, koje se najšire mogu odrediti kao samoobmanjujući kognitivni i emocionalni obrasci, pri čemu se ističe njihova interpersonalna priroda. TUŠ je indikovana kod poremećaja ličnosti, ali se pokazala korisnom i u tretmanu hroničnih depresivnih i anksioznih poremećaja, poremećaja ishrane, prevenciji relapsa kod zloupotrebe supstanci. Može se primenjivati i u rešavanju problema u partnerskim, poslovnim i socijalnim relacijama. Pored teorije i tretmana, model podrazumeva i mogućnost istraživanja. Young-ov upitnik za procenu šema se pokazao pouzdanim (i validnim) u brojnim istraživanjima širom sveta, uključujući i našu sredinu.

Ključne reči: šema terapija, rane maladaptivne šeme, šema domeni, šema modaliteti, šema pedagogija

UVOD

Šema terapija ili terapija usmerena na šeme predstavlja integrativnu psihoterapiju koja je nastala kao proširenje tradicionalnog kognitivno-bihejvioralnog pristupa (Young, 1990, 1999). Reč je o sistematskom pristupu koji proširuje kognitivno-bihejvioralnu terapiju integrišući u nju tehnike iz nekoliko drugih terapijskih škola i pravaca. Međutim, šema terapija ne predstavlja samo tehnički eklektizam u smislu kombinovanja terapijskih tehnika iz različith terapijskih pravaca, već i teorijsku integraciju, s obzirom na to da u njenoj osnovi leži jedna koherentna teorija kao konceptualni okvir za razumevanje i objašnjenje psihopatologije. Teorijsku osnovu šema terapije čini konceptualni model *Ranih maladaptivnih šema (RMŠ)*. U okviru konceptualnog modela Ranih maladaptivnih šema i šema terapije zastupljeni su i elementi teorije attachment-a, objektnih odnosa, geštalta, konstruktivizma i psihodinamskih pravaca, što je skupa čini novim, jedinstvenim i sveobuhvatnim konceptom i tretmanom (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Integracija na nivou teorije praksi integrativne psihoterapije, u ovom slučaju šema terapiji, pruža utemeljenje i doprinosi da ona stekne empirijsku potvrdu svoje valjanosti i otkloni proizvoljnost u primeni terapijskih tehnika (Starčević, 2002).

TEORIJSKA OSNOVA

⁶ damjana1988@yahoo.com

⁷Nastanak rada podržan sredstvima Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja u okviru projekta „Indikatori i modeli usklađivanja porodičnih i poslovnih uloga“, ID 179002

Tematski zbornik radova „Mentalno zdravlje u zajednici“

Reč „šema“ ima bogatu istoriju korišćenja u psihologiji, naročito u oblastima kognitivnog razvoja. Najopštije se može odrediti kao obrazac koji osoba koristi za organizaciju, interpretaciju i procenu stimulusa, tj. šema se može definisati kao *struktura, okvir, tema ili obrazac koji se odnosi na kognitivni sadržaj* (Whisman & Uebelacker, 2007, prema Mirović, 2010). U psihološkom i psihoterapijskom kontekstu, pod šemom se može podrazumevati svaki opšti princip koji osoba koristi da osmisli svoje životno iskustvo (Young et al., 2003).

Šeme su po svojoj prirodi idiosinkratične i podrazumevaju bilo koji ustaljeni način na koji pojedinac vidi sebe ili okolinu. Zapravo, one predstavljaju osnov za procenu sebe i sopstvene okoline (Leahy, 2003). S obzirom na to da svi imamo različita životna pozitivna i negativna iskustva, samim tim imamo i različite, „pozitivne“ i „negativne“ šeme, pa je i procena istog događaja kod različitih osoba drugačija. Šematska obrada je ustvari subjektivna obrada informacija koja se može definisati kao sklonost osobe da se selektivno priseća i povezuje informacije nekog specifičnog sadržaja. Aktivacija šema se vrši uglavnom informacijama koje su potpuno ili u nekom delu slične sa sadržajem same šeme. Upravo ta selektivnost fokusiranja koja se sastoji u jednom ustaljenom načinu gledanja na stvari daje smisao percepciji i dovodi do specifičnog prebojavanja i tumačenja određenog događaja. Duboko usađene u ličnost pojedinca, šeme deluju mnogo godina kao ustaljeni obrasci razmišljanja, pa su shodno tome samoodržive, ojačane i potvrđene godinama selektivnog izlaganja situacijama i selektivnom obradom informacija, te shodno tome mogu biti jedan od faktora u nastanku i održanju brojnih poremećaja (Leahy, 2003).

Rane maladaptivne šeme - koncept Džefrija Janga

Džefri Jang (Young, 1990, prema Young et al., 2003) govori o postojanju *Ranih maladaptivnih šema*, koje predstavljaju iskrivljena uverenja o svetu, samom sebi i odnosima sa drugima i za razliku od Beka pretpostavlja da su maladaptivne šeme interpersonalne prirode i da opisuju osnovna uverenja o relacijama među ljudima. Jang (2003) određuje šeme kao najdublji nivo kognicije, a karakteriše ih sledeće:

- u njihovoj osnovi je široko rasprostranjena, pervazivna tema ili obrazac
- sastavljene su od mreže sećanja, emocija, kognicija i telesnih senzacija
- koja se odnosi na osobu samu i njene odnose sa drugima
- i disfunkcionalna je u značajnom stepenu,
- a razvija se u detinjstvu ili adolescenciji
- i biva razrađena kasnije kroz život.

Ukratko, rane maladaptivne šeme su samoobmanjujući kognitivni i emocijani obrasci koje dete usvaja rano, a ponavlja kroz čitav kasniji život. One imaju glavnu ulogu u načinu na koji osoba misli, oseća i deluje, na veze koje ostvaruje sa drugima, i paradoksalno vode do toga da osobe u odraslom dobu vođene svojim šemama nesvesno stvaraju uslove koji su postojali u detinjstvu kada su šeme formirane (Young et al., 2003; Mirović, 2010).

Maladaptivne šeme su najčešće rezultat nepovoljnih iskustava sa roditeljima, ili značajnim drugima u prvim godinama života. Uglavnom nisu posledica pojedinačnih traumatičnih događaja, već kumulativnog dejstva trajnih loših iskustava, najčešće nezadovoljenih bazičnih potreba deteta. U trenutku kada nastaju, šeme su funkcionalne i pružaju mogućnost adaptacije na okruženje u kome su stvorene, međutim, šema gubi funkcionalnost kada se osoba kasnije uključuje u druge bliske relacije (Young et al., 2003; Oei & Baranoff, 2007). Jang (2003) smatra da postoji paralela između onog što je osoba osećala kao dete i onog što doživljava kad god se u odraslom periodu aktivira shema. Nezadovoljenjem pet bazičnih dečijih potreba - *bazična sigurnost, autonomija, kompetencija i osećaj identiteta, povezanost, vrednost i razumna očekivanja, realistične granice i samokontrola*, formira se većina RMŠ po Jangu.

Aktuelno je identifikovano da postoji 18 maladaptivnih šema podeljenih u 5 šema domena, koji predstavljaju šire kategorije unutar kojih se nalaze šeme koje povezuje sličnost razvojnih iskustava i problem sa određenom oblašću funkcionisanja (Young et al., 2003; Mirović 2010).

Domen 1 - Odsustvo povezanosti i Odbacivanje (5 šema: *Emocionalna deprivacija, Napuštanje/Nestabilnost, Nepoverenje/Zloupotreba (Zlostavljanje), Neadekvatnost i sram (Defektnost), Socijalna izolacija/Otuđenost*) podrazumeva očekivanje osobe da njene potrebe za sigurnošću, bezbednošću, negom, prihvatanjem neće biti zadovoljene na stabilan i predvidljiv način. Najčešće se ovakve šeme formiraju u porodicama koje su distancirane, hladne, odbacujuće, usamljeničke, nepredvidljive i zlostavljačke (Mirović, 2010).

Domen 2 - Oštećenje autonomije i Izvođenja (4 šeme: *Zavisnost/Nekompetentnost, Vulnerabilnost/Ranjivost na povredu ili bolest, Umreženost/Nerazvijeni Self (Fuzija), Neuspeh (Nesposobnost)*) se odnosi na dečiju sposobnost da se odvoji, preživi i funkcioniše nezavisno od drugih, pre svega roditelja, kao i da bude uspešan. Osobe sa ovim šemama uglavnom potiču iz porodica koje su umrežene, prezaštićujuće ili takve da podrivaju detetovo samopouzdanje i ne podstiču ga da uspešno funkcioniše van porodice (Young et al., 2003).

Tematski zbornik radova „Mentalno zdravlje u zajednici“

Domen 3 - Oštećenje granica (2 šeme: *Pravo/Grandioznost, Nedovoljna samokontrola/Samo-disciplina*) podrazumeva slabost kada su u pitanju unutrašnje granice, odgovornost prema drugima ili usmerenost ka dugoročnim ciljevima, što vodi ka teškoćama u poštovanju prava drugih, problemima u saradnji, nepreuzimanju odgovornosti i problemima u postavljanju i ostvarivanju realističnih ličnih ciljeva. Tipično porodično okruženje karakteriše permisivnost, preterano popuštanje, nedostatak usmerenja ili pak doživljaj superiornosti (Young et al., 2003).

Domen 4 - Usmerenost na druge (3 šeme: *Potčinjavanje (Subjugacija/Podređivanje), Samožrtvovanje, Traženje priznanja i potvrde*) podrazumeva preterani fokus na želje i osećanja drugih po cenu žrtvovanja sopstvenih potreba, a sve u cilju zadobijanja ljubavi i podrške, zadržavanja bliskosti ili izbegavanja osвете. Obično uključuje i potiskivanje i odsustvo svesnosti o sopstvenom besu i porivima. Tipično porodično okruženje karakteriše uslovno prihvatanje. Deca moraju da potisnu želje i potrebe kako bi dobila ljubav, pažnju i podršku. U mnogim takvim porodicama, roditeljske emocionalne potrebe i želje ili status vrednuju se više nego potrebe i osećanja dece (Young et al., 2003).

Domen 5 - Preterana opreznost i Inhibicija (4 šeme: *Negativizam/Pesimizam, Emocionalna inhibiranost, Nepopustljivi (nedostižni) standardi/Preterana kritičnost, Sklonost ka kažnjavanju*) se odnosi na potiskivanje sopstvenih spontanih osećanja, impulsa i izbora i preterani fokus na zadovoljavanje internalizovanih pravila i očekivanja o postignuću i moralnom ponašanju, često po cenu sreće, ličnog izraza, opuštanja, bliskih odnosa ili zdravlja. Tipično porodično okruženje je zahtevno i ponekad kažnjavajuće. Uspešnost, obaveze, perfekcionizam, poštovanje pravila, kontrola emocija i izbegavanje grešaka imaju primat nad zadovoljstvom, radošću i opuštanjem. Često su prisutni i pesimizam i briga da bi se sve moglo „raspasti“ ukoliko nisu stalno na oprezu (Young et al., 2003).

Maladaptivni stilovi prevladavanja šema

Kao način adaptacije na šeme, a u cilju izbegavanja jakih emocija koje šema kreira, osobe razvijaju maladaptivne stilove prevladavanja šema (Mirović, 2010). Zato prema definiciji model ranih maladaptivnih šema sadrži sećanja, kogniciju, emocije, telesne senzacije, ali ne i pošnanja. Ponašanje nije sastavni deo šema, već deo odgovora na nju. Većina odgovora na šemu je bihevioralnog tipa, ali pacijenti takođe prevladavaju šeme koristeći i emocionalne i kognitivne strategije. Stilovi prevladavanja, iako pomažu pacijentu da se ponekad „izbore“ sa šemama, oni je ne leče. Shodno tome, svi maladaptivni stilovi prevladavanja pomažu u procesu održavanja šema (Young et al., 2003). Tokom detinjstva oni su adaptivni, ali vremenom postaju maladaptivni jer nastavljaju da održavaju šemu kada su se spoljašnji uslovi promenili i kada, sada već odrasla osoba, ima mogućnost da se ponaša drugačije (Mirović, 2010).

U šema teoriji razlikuju se tri načina prevladavanja šema: *predaja šemi* (zaleđenost), *izbegavanje šeme* (beg) i *kompensacija šeme* (borba).

Predaja šemi prodrzumeva da se osoba ponaša tako da potvrđuje svoje šeme. Ona ne pokušava da ih izbegne niti da se bori protiv njih, već ih prihvata kao apriori istine. Bez razumevanja šta ustvari rade, osobe ponavljaju obrasce ponašanja koji su vođeni šemama i tako ponovo u odraslom dobu proživljavaju iskustva iz detinjstva koja su dovela do formiranja šema (Young et al., 2003). Ponašanja karakteristična za ovaj stil prevladavanja mogu biti: oslanjanje na druge, popuštanje, pasivnost, zavisnost, potčinjavanje, izbegavanje konflikata, pristajanje na sve kako bi se udovoljilo drugima (Mirović, 2010).

U slučaju da osobe koriste *izbegavanje* kao stil prevladavanja, pokušaće da organizuju život tako da se šema nikad ne aktivira, kao da i ne postoji. Osećanja koja su povezana sa šemama se takođe izbegavaju, a kada počnu da izbijaju na površinu, automatski se blokiraju i potiskuju. U odnosu sa drugima ovakve osobe ostavljaju utisak neupadljivih ljudi, ali najčešće izbegavaju situacije koje mogu biti okidači za šeme (Young et al., 2003). Na primer, osoba koja sebe smatra neprivlačnom i nepoželjnom može primeniti izbegavanje tako što sebi neće dozvoliti da stupa u intimne veze (Leahy, 2003). Dešava se da osobe izbegavaju čitave sfere života koje mogu biti „ugrožavajuće“ u smislu da potencijalno aktiviraju šemu. Tako recimo mogu izbegavati i da aktivno učestvuju u terapiji, ili mogu „zaboravljati“ domaće zadatke, inhibirati emocije, a govoriti samo o površnim problemima, kasniti na seanse ili završiti terapiju pre vremena. Još jedan način da ljudi izbegnu šeme je kroz upotrebu psihoaktivnih supstanci ili alkohola, kako bi osećanja „utrula“, zatim kroz neumerenost u jelu ili seksualno rizična ponašanja, traženjem uzbuđenja, ili radoholizmom (Leahy, 2003).

Kada osobe nastoje da *kompensuju* šemu one se ponašaju, osećaju i misle na način koji je potpuno suprotan šemi, zapravo nastoje da budu drugačiji što je više moguće u odnosu na to kad su bili deca i kada se šema pojavila (Young et al., 2003). Ako osoba ima strah da ne bude napuštena, može ga kompenzovati time što će u potpunosti biti posvećena partneru. Osobe koje sebe vide kao slabe mogu to da kompenzuju agresivnim ponašanjem. Neke od strategija u čijoj osnovi može biti kompenzacija šema su: rad na sopstvenom telu - body building (slab, „nedovoljno

muževan“), privrženost u vezama (bespomoćnost), opsesivno sakupljanje novca, štedljivost (promašenost, „prosečnost“, neposebnost), glamur (neprivlačnost, nedopadljivost) (Leahy, 2003). Naime, ova strategija se razvija jer nudi alternativu za patnju i bol koji proizilaze iz šeme. Kompenzacija naizgled može delovati kao zdrav pokušaj borbe protiv šema, ali to je samo još jedan od načina njihovog održavanja koji uglavnom biva zaglavljen u „kontra napadima“ jer kompenzacija onemogućava osobi da se oslobodi šeme koja leži ispod pošto se i sama šema nikad ne dovodi u pitanje (Leahy, 2003).

Šema modaliteta

Šema modaliteta predstavljaju skup trenutnih, adaptivnih ili maladaptivnih emocionalnih stanja i prevladavajućih odgovora koje osoba ispoljava. Neki šema modaliteta su primarno sastavljeni od šema, dok drugi prvenstveno predstavljaju prevladavajuće stilove. Najčešće ih aktiviraju situacije na koje smo emotivno preosetljivi. Kada dođe do promene šema modaliteta, dolazi i do promene dominantnih šema, tj. one koje su bile prethodno neaktivne postaju aktivne, pa je revidirana definicija šema modaliteta da su to šeme i šema operacije, bilo adaptivne, bilo maladaptivne koje su trenutno aktivne kod osobe (Young et al., 2003). Kod poremećaja ličnosti (naročito graničnog poremećaja ličnosti), promene šema modaliteta su brze i nagle, onako kako se menjaju i životne okolnosti. Ove osobe u jednom trenutku mogu biti besne, pa tužne, distancirane, izbegavajuće ili uplašene. Važno je reći da, dok su u jednom od tih emocionalnih stanja, osobe skoro da i nisu svesne drugih, nedavno doživljenih modaliteta (Mirović, 2010). Za razliku od većine drugih konstrukata u okviru šema teorije, u ovom slučaju akcenat je i na adaptivne i na maladaptivne šema modalitete. U stvari, šema terapeuti nastoje da pomognu pacijentu da pređe iz disfunkcionalnih u funkcionalne šema modalitete u okviru terapijskog procesa (Young et al., 2003).

U ovom trenutku je identifikovano deset šema modaliteta, ali nije isključena mogućnost za otkrivanjem dodatnih modaliteta. Modaliteta su grupisani u četiri generalne kategorije: *Dečiji modaliteta (Ranjivo (vulnerabilno) dete, Besno dete, Impulsivno/Nedisciplinovano dete i Srećno (sponatno) dete)*, Modaliteta koji su u vezi sa maladaptivnim stilovima prevladavanja (*Uslužni popustljivko, Distancirani zaštitnik, Nadkompenzator*), Nefunkcionalni roditeljski modaliteta (*Kažnjavajući roditelj i Kritikujući roditelj*) i modalitet *Zdravog odraslog* (Young et al., 2003). Modalitet *Zdravi odrasli* se izdvaja kao adaptivni modalitet, pri čemu se postojeći modaliteta opazaju kao neodvojivi, integrisani deo sopstvenog identiteta. Zdrave osobe, mogu da prepoznaju sopstvene modalitete i mogu da ih dožive i istovremeno i kombinovano (Mirović, 2010). Shodno tome, jedan od glavnih ciljeva šema terapije je da pacijenti ojačaju svog *Zdravog odraslog* i da nauče da neutrališu i upravljaju difunkcionalnim modalitetima (Young et al., 2003).

Terapija ranih maladaptivnih šema

Za vreme rada sa Bekom, Jangovu pažnju i interesovanje privukli su pacijenti koji nisu adekvatno reagovali na terapiju, ili nisu reagovali uopšte, kao i oni kod kojih je pojava relapsa bila učestala (Kellogg, 2009). Reč je o pacijentima sa nespecifičnim simptomima i problemima koji su bili pervazivni, teški za otkrivanje i hronični, koji su u većini životnih sfera bili nesrećni i nezadovoljni, a najčešće su izveštavali da su takvi od kad znaju za sebe, osećajući da im nešto suštinski nedostaje u životu, ali nisu mogli da utvrde šta (Young et al., 2003).

Indikaciono područje

Šema terapija je prvenstveno namenjena osobama sa duboko ukorenjenim, tj. hroničnim psihološkim poremećajima, a ne akutnim psihijatrijskim simptomima. Ovde se pre svega misli na poremećaje ličnosti i karakterne poremećaje koji su u osnovi poremećaja sa ose i u okviru DSM klasifikacije. Šema terapija je često indikativna kada pacijent nema jasno definisan poremećaj na osi i ili ne odgovara adekvatno na psihoterapiju koja se primenjuje standardno za ove poremećaje. Terapija se pokazala korisnom i u tretmanu hroničnih depresivnih i anksioznih poremećaja, kao i poremećaja u ishrani (Young et al., 2003). Može se primenjivati i u radu sa parovima, tj. može biti od pomoći u rešavanju problema u partnerskim odnosima i teskoća u postizanju i održanju zadovoljstva u intimnom životu. Terapija se koristi i u prevenciji relapsa kod zloupotrebe supstanci. Šema terapija sve više nalazi primenu i u forenzici, tj. može biti od pomoći prestupnicima i izvršiocima krivičnih dela, ali je ovo indikaciono područje još uvek u fazi istraživanja i razvoja, tako da za sada ne postoje jasno definisani terapijski protokoli za rad sa ovom populacijom (Bernstein, Arntz & DeVos, 2007). Šema terapija može biti indikativna i u radu sa decom, s tim da se u određenoj meri razlikuje u odnosu na tretman odraslih osoba uključujući tzv. *šema pedagogiju* koja podrazumeva pored rada sa samim detetom i edukaciju roditelja ili stratelja o šemama i načinu kako da ih prepoznaju kod sebe i

kako da pomognu detetu da zadovolji nezadovoljene potrebe (preuzeto 20. septembra 2017. sa <http://www.schematherapy-for-children.de/index-Dateien/SchemaPedagogy.htm>).

Šeme su po svojoj prirodi otporne na promene i pacijenti obično pribegavaju raznim mehanizmima da tu promenu izbegnu – kognitivno, emocionalno i ponašajno izbegavanje šeme. S obzirom na to da su šeme samoodržive i pokušaji njihove modifikacije nimalo nisu laki. Štaviše, jedna šema je ojačana i potvrđena godinama selektivnog izlaganja situacijama i selektivnom obradom informacija. Pacijenti mogu verovati da su njihove šeme bolne, ali ispravne i da bi ih svaki pokušaj modifikacije ostavio nezaštićene i bez ikakvih adaptacionih mehanizama. Neki drugi pacijenti mogu verovati da će proces modifikacije šema biti bolan i beskrajan, a da se ništa korisno neće postići (Leahy, 2003).

Osnovni cilj šema terapije je da pomogne pacijentima da nađu adaptivne načine da zadovolje svoje nezadovoljene potrebe u detinjstvu. Sve intervencije i tehnike u okviru ovog terapijskog modaliteta su u osnovi usmerene ka ovom cilju (Young et al., 2003).

Prvi cilj šema terapije je da osoba postane svesna svojih maladaptivnih šema. Terapeut pomaže pacijentu da identifikuje svoje šeme i osvesti sećanja iz detinjstva, emocije, telesne senzacije i stilove prevladavanja koji su povezani sa njima. Kada pacijenti postanu svesni svojih šema i stilova prevladavanja oni mogu početi da uspostavljaju neku vrstu kontrole u svom ponašanju.

Dve osnovne faze šema terapije su faza *procene i edukacije* i faza *promene*. U fazi *procene i edukacije* terapeut pomaže pacijentu da identifikuje svoje šeme i razume njihovo poreklo iz detinjstva i adolescencije, upoznajući ga pri tom sa glavnim konceptima šema modela. Pacijenti tako uče i da prepoznaju svoje maladaptivne stilove prevladavanja i da vide kako njihovi prevladavajući odgovori služe održavanju šema. U fazi *promene*, tj. fazi samog tretmana šema, terapeut koristi skup kognitivnih, iskustvenih i bihevioranih tehnika i strategija, kombinujući ih na fleksibilan način u zavisnosti od potreba samog pacijenta. Iako se terapijske tehnike u integrativnoj psihoterapiji obično primenjuju u okviru posebnog protokola koji propisuje broj seansi i ciljeve svake faze (Starčević, 2002), šema terapeuti se ne pridržavaju rigidno jednog ustaljenog protokola ili niza procedura, mada on u načelu postoji, već prilagođavaju tretman potrebama samog pacijenta i njegovom napretku u terapijskom procesu (Young et al., 2003). Tokom ove faze najpre se radi na *kognitivnom nivou*. Nizom kognitivnih tehnika pacijenti uče da na racionalnom nivou dovedu u pitanje opravdanost šema. Cilj je da im se ukaže da u većini slučajeva šema nije opravdana, te da pacijent nije rođen kao defektan, nekompetentan ili kao gubitnik. Međutim, kognitivna restrukturacija nije dovoljna da opovrgne šemu, pa se zato, pored kognitivnih, koriste i druge tehnike – *iskustvene (emocionalne)* i *bihevioralne*. Iskustvene tehnike podrazumevaju da se pacijenti „bore“ sa šemama na *emocionalnim nivou*, pri čemu terapeut nastoji da omogući pacijentu da proživi bolna osećanja u odnosu na ono što mu se dešavalo u detinjstvu. Nakon toga prelazi se na *bihevioralni nivo*, pri čemu je osnovni cilj da se maladaptivni stilovi prevladavanja šema zamene novim, adaptivnijim obrascima ponašanja. Pacijenti moraju biti spremni da odustanu od svojih dosadašnjih načina prevladavanja kako bi postigli promenu (Young et al., 2003).

Važno je napomenuti i značaj *terapijskog odnosa* koji terapeut ostvaruje sa klijentom tokom šema terapije. Terapijski odnos predstavlja neku vrstu „protivotrova“ za pacijentove šeme. Pacijent internalizuje u toku terapije terapeuta kao svog Zdravog odraslog i na taj način nastoji da se bori protiv svojih šema i teži da postigne emocionalno ispunjen način života. Dve glavne karakteristike terapijskog odnosa koje predstavljaju sastavni deo šema terapije su *Empatično konfrontiranje* koje se odnosi na iskazivanje razumevanja od strane terapeuta za pacijentove razloge održavanja šema, pri čemu se istovremeno pacijent konfrontira sa neophodnošću promene i *Ograničeno ponovno roditeljstvo* koje podrazumeva da terapeut u okviru dozvoljenih terapijskih granica u terapijskom odnosu pacijentu pruži ono što mu je potrebno kako bi zadovoljio svoje potrebe koje nije mogao kada je bio dete (Young et al., 2003). Ovako koncipiran terapijski odnos, a pre svega deo koji se odnosi na *Ograničeno ponovno roditeljstvo* imaju dosta sličnosti sa transakciono analitičkom psihoterapijom i u okviru nje Školom ponovnog roditeljstva (Milivojević, 2002).

Šema terapija u radu sa decom

Šema terapija se koristi i u radu sa decom, ali je potrebno prilagoditi je njihovom uzrastu i stepenu na kome su im kognitivne sposobnosti razvijene. Sastavni deo šema terapije sa decom je i tzv. *šema pedagogija* koja podrazumeva da se pored rada sa samim detetom vrši i edukacija roditelja ili stratelja o šemama i načinu kako da oni prepoznaju svoje šeme i kako da pomognu detetu da zadovolji nezadovoljene potrebe (preuzeto 20. septembra 2017. sa <http://www.schematherapy-for-children.de/index-Dateien/SchemaPedagogy.htm>).

Ciljevi šema terapije u radu sa decom se odnose na: utvrđivanje detetovih nezadovoljenih emocionalnih potreba i pomoć da ih zadovolje, oslabljivanje, redukovanje ili izlečenje RMŠ i šema modaliteta, učenje deteta kako da ne ulazi u samoobmanjujuće šema modalitete, stavljanje akcenta na terapijski odnos i na ograničeno ponovno

roditeljstvo, podržavanje i edukaciju osoba koje brinu o detetu (roditelji, dadilje, učitelji) o načinima kako da pomognu detetu, pomoć roditeljima da se oslobode svojih negativnih emocija i maladaptivnih obrazaca ponašanja koji su uslovljeni njihovim maladaptivnim šemama („šema trening za roditelje“).

Šema pedagogija podrazumeva da terapeut ostvari kontakt sa svim značajnim osobama iz detetove okoline kako bi oni na odgovarajući način mogli da se angažuju u ponovnom roditeljstvu i tako pomognu detetu da zadovolji svoje emocionalne potrebe. Ovde se pre svega misli da terapeut ostvari vezu sa roditeljima i detetovom porodicom - ponovno roditeljstvo kod kuće, učiteljem – ponovno roditeljstvo u školi i sa onima koji brinu o detetu – dadiljama, negovateljima, socijalnim radnicima – ponovno roditeljstvo u društvenoj mreži. Ono što je važno je da sve osobe koje učestvuju u tzv. „mreži ponovnog roditeljstva“ budu svesne svojih sopstvenih šema. Koncept ponovnog roditeljstva je delotvoran jedino ukoliko su osobe iz detetove okoline u stanju da naprave razliku između sopstvenih nezadovoljenih potreba i detetovih nezadovoljenih potreba (preuzeto 20. septembra 2017. sa <http://www.schematherapy-for-children.de/index-Dateien/SchemaPedagogy.htm>).

Istraživanja Ranih maladaptivnih šema

Young-ov upitnik za procenu šema koji se aktuelno koristi – YSQ (Young, 2005) se pokazao pouzdanim (i validnim) u brojnim istraživanjima širom sveta (e.g., Baranoff, Oei, Cho & Kwon, 2006; Lee, Taylor & Dunn, 1999; Stopa, Thorne, Waters & Preston, 2001). Uptinik ima dužu - L3 i kraću - S3 formu. Svaki ajtem u upitniku se odnosi na jedno maladaptivno verovanje u skladu sa šema teorijom. Od ispitanika se traži da označe svoj stepen slaganja sa svakom tvrdnjom na šestostepenoj Likertovoj skali. Prosečan skor se može izračunati za svaku šemu, a viši skorovi govore o većoj zastupljenosti navedene šeme kod pojedinca (Young et al., 2003).

Istraživanja pokazuju da maladaptivne sheme direktno ili indirektno dovode do depresivnih i/ili anksioznih poremećaja (Mirović, 2010; Muris, 2006), poremećaja ishrane (Meyer & Gillings, 2004), narkomanije (Brotchie et al., 2004), poremećaja povezanih sa agresijom i nasiljem (Baker & Beech, 2004), poremećaja ličnosti (Nordahl et al., 2005), psihosomatskih poremećaja (Mansour, Moheb & Sharif, 2010; Mizara, Papadopoulos & McBride, 2012; Rezaei et al., 2014). Pored toga, one vode ka usamljenosti ili odnosima koje karakterišu konflikti, zavisnost ili drugi emocionalni problemi (Mirović, 2010).

Rezultati nekih istraživanja sprovedenih na studentskoj populaciji ukazuju na vezu šema domena i osećanja inferiornosti (Nia et al., 2015), kao i na izraženije prisustvo svih ranih maladaptivnih šema kod studenata sa visokim nivoom anksioznosti u odnosu na akademsko postignuće (Isanejad et al., 2012). Utvrđeno je i da se depresivni simptomi kod studenata završnih godina mogu predvideti na osnovu šema Defektnost, Samožrtovanje i Neuspeh, dok su za anksioznost bile prediktivne šeme Napuštanje/Nestabilnost, Neuspeh i Subjugacija (Calvete et al., 2005).

U našoj sredini koncept ranih maladaptivnih šema korišćen je u ispitivanju odnosa sa obrascima afektivne vezanosti, tj. stilovima privrženosti (Hadžić-Krnetić i Mirović, 2012; Mihić, Zotović i Petrović, 2008; Stefanović-Stanojević i Nedeljković, 2012), ali i sa anksioznošću i depresivnošću kod adolescenata (Mirović, 2010), kao i za razumevanje potencijalnih efekata bombardovanja kao traumatskog događaja (Nikolski-Končar et al., 2006). Ispitivana je povezanost RMSŠ sa tačnošću prepoznavanja facijalnih ekspresija emocija (Panić i Mitrović, 2016). U svim ovim istraživanjima uzorak su činili mlađi odrasli ispitanici. Rezultati istraživanja pokazuju da su RMSŠ značajno zastupljenije u grupama nesigurno afektivno vezanih ispitanika (preokupirani obrazac – šeme Napuštanje/Nestabilnost, Nepoverenje/Zloupotreba, Neadekvatnost-sram/Defektnost, Vulnerabilnost/Ranjivost na povredu ili bolest, Fuzija i Potčinjavanje; izbegavajući obrazac - šeme Emocionalna inhibiranost, Neadekvatnost-sram/Defektnost, Nedostižni standardi, kao i najniži skor na šemi Samožrtovanje), dok ispitanici koji pripadaju grupi sigurnog obrasca imaju najniže skorove na RMSŠ (Mihić, Zotović i Petrović, 2008). Najizraženije RMSŠ na studentskom uzorku Univerziteta u Nišu (Stefanović-Stanojević i Nedeljković, 2012) su Nedostižni standardi, Samožrtovanje, Nedovoljna samokontrola/Samodisciplina, Nepoverenje/Zloupotreba, pri čemu su RMSŠ najzastupljenije kod ispitanika koji pripadaju dezorganizovanom obrascu afektivne vezanosti. Kod dece iz bombardovanih gradova Srbije značajno su zastupljenije šeme: Grandioznost, Emocionalna inhibicija, Ranjivost, Nepoverenje/Zloupotreba i Traženje priznanja i potvrde (Nikolski-Končar i sar., 2006). Rezultati istraživanja na studentima psihologije u Nišu takođe ukazuju da rane maladaptivne šeme imaju značajan udeo u ukupnoj varijansi tačnosti prepoznavanja facijalnih ekspresija emocija u celini, ali isto tako i u odnosu na diskriminativnost neutralnih lica prema licima koja izražavaju emociju, kao u odnosu na tačnost prepoznavanja neutralnih lica. Rane maladaptivne šeme su se pokazale značajnim prediktorima i u pogledu tačnosti prepoznavanja facijalnih ekspresija emocija koje se odnose na odbacivanje (ljutnja, prezir i odvratnost), kao i u odnosu na tačnost prepoznavanja ekspresije sreće, dok nije utvrđena značajna prediktivna vrednost maladaptivnih šema u odnosu na tačnost prepoznavanja facijalnih ekspresija tuge, straha i iznenađenja (Panić i Mitrović, 2016). Na uzorku studenata Univerziteta u Beogradu gde je vršeno poređenje stepena izraženosti RMSŠ kod studenata Fakulteta muzičke

umetnosti i drugih fakulteta, utvrđeno je da studenti Fakulteta muzičke umetnosti imaju izraženije šeme: Socijalne izolacije, Zavisnosti/Nekompetentnosti, Pravo/Grandioznosti, Nedovoljne samokontrole (Mirović i Bogunović, 2013).

ZAKLJUČAK

Šema terapija je integrativni psihoterapijski pristup indikovani za lečenje pre svega hroničnih psiholoških poremećaja poput poremećaja ličnosti, ali se može primenjivati i u radu sa hroničnim depresivnim i anksioznim poremećajima, poremećajima u ishrani, u forenzici, prevenciji relapsa kod zloupotrebe supstanci, ali i u radu sa decom. Teorijsku osnovu ovog terapijskog pristupa čini koncept Ranih maladaptivnih šema koje se mogu odrediti kao mreža sećanja, emocija, telesnih senzacija i kognicija, a koja se odnose na određenu temu iz detinjstva poput napuštanja, zlostavljanja, zanemarivanja ili odbacivanja (Young et al., 2003). Do sada je utvrđeno postojanje 18 maladaptivnih šema grupisanih u 5 šema domena, koji predstavljaju šire kategorije unutar kojih se nalaze šeme koje povezuje sličnost razvojnih iskustava i problem sa određenom oblašću funkcionisanja (Young et al., 2003; Mirović 2010). Pored šema i šema domena razlikuju se i maladaptivni stilovi prevladavanja šema koji se odnose na načine koje je osoba razvila da bi se izborila sa šemama, a u cilju izbegavanja jakih emocija koje šema kreira. Šema modaliteti su noviji deo konceptualnog modela koji leži u osnovi šema terapije, a predstavljaju skup trenutnih, adaptivnih ili maladaptivnih emocionalnih stanja i prevladavajućih odgovora koje osoba ispoljava. Sama terapija se sastoji iz faze procene i edukacije koja je namenjena identifikaciji RMSŠ i stilova prevladavanja konkretnog klijenta i faze promene gde se nizom kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih tehnika radi na ublažavanju i/ili otklanjanju dejstva RMSŠ i stilova prevladavanja na funkcionisanje osobe. Od izuzetnog značaja je i terapijski odnos koji se pri tom formira između klijenta i šema terapeuta sa ciljem da klijent tokom terapije internalizuje terapeuta u svoj Zdravi odrasli modalitet. Pored konceptualnog modela RMSŠ i terapije, postoji i mogućnost istraživanja, pri čemu se koristi Young-ov upitnik za procenu šema koji se se pokazao pouzdanim u brojnim istraživanjima širom sveta kako na kliničkim, tako i na opštoj populaciji, uključujući i našu sredinu.

LITERATURA

- Baker, E. & Beech, A. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and Early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1119-1136.
- Baranoff, J., Oei, T. P., Cho, S. H. & Kwon, S. M. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 133-140.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. & Vos, M. D. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R. & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire-short form. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99.
- Hadžić-Krnetić, A. i Mirović, T. (2012). Uticaj mesta studiranja i vrste fakulteta na relaciju afektivne vezanosti i ranih maladaptivnih šema. U Stefanović-Stanojević, T. (Ur.) *Porodica, adolescenti, tranzicija* (151-182). Centar za naučnoistraživački rad SANU i Univerzitet u Nišu: Beograd – Niš.
- Isanejad, O., Heidary, M. S., Rudbari, O. & Liaghatdar, M. J. (2012). Early maladaptive schemes and academic anxiety. *World Applied Sciences Journal*, 18(1), 107-112.
- Kellogg, S. H. (2009). Schema therapy: A Gestalt-oriented overview. *Gestalt*, 10(1), 10-11.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Lee, C. W., Taylor, G. & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Mansour, M. M., Moheb, N. & Sharif, A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 5, 1746-1750.
- Meyer C. & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 229-233.
- Milivojević, Z. (2002). Transakciona analiza. U Erić, Lj. (Ur.), *Psihoterapija* (str. 323-334). Beograd: Medicinski fakultet.
- Mirović, T. (2010). *Rane maladaptivne sheme – sheme koje prave probleme*. Beograd: Zadužbina Andrejević.

Tematski zbornik radova „Mentalno zdravlje u zajednici“

- Mirović, T. & Bogunović, B. (2013). Music education and mental health of music students. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 45(2), 445-463.
- Mihić, I., Zotović, M. i Petrović, J. (2008). Rane disfunkcionalne šeme: povezanost sa afektivnom vezanošću u bliskim relacijama u mlađem odraslom dobu. *Primenjena psihologija*, 1(1-2), 57-76.
- Mizara, A., Papadopoulos, L. & McBride, S. R. (2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *British Journal of Dermatology*, 166(5), 986-993.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and Psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Nia, M. R. E., Hamedini, S. G., Sigarchi, R. & Davoudi, M. (2015). The relationship among early maladaptive schemas, self efficacy and inferiority feelings in students. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences*, 4(8), 233-244
- Nordahl H., Holte H. & Haugum J. (2005). Early maladaptive schemas in patient with and without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Nikolski Končar N., Zotović M. i Hautekeete M. (2006). Efekti bombardovanja pet godina posle: Uspostavljanje ranih nefunkcionalnih kognitivnih šema kod dece. *Psihologija*, 39, 229-246.
- Oei T. & Baranoff J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 52, 78-86.
- Panić, D. & Mitrović, M. (2016). Early maladaptive schemas and facial emotions recognition among the psychology students, International Conference, 12th Days of applied psychology –Contemporary Psychology and Practice, Niš, Faculty of Philosophy, 30 september – 1 october, book of abstracts, pp. 37
- Rezaei, F., Taher, H., Doost, N., Molavi, H., Reza Abedi, M. & Karimi Far, M. (2014). Comparative Study of Early Maladaptive Schemas in Rheumatoid Arthritis Patients and Normal Adults. *International Journal of Basic and Applied Science* 02, 53-58.
- Schematherapy-for-children. Preuzeto 20. septembra 2017. sa <http://www.schematherapy-for-children.de/index-Dateien/SchemaPedagogy.htm>
- Starčević, V. (2002). Integrativna psihoterapija. U Erić, Lj. (Ur.), Psihoterapija (str. 363-377). Beograd: Medicinski fakultet.
- Stefanović-Stanojević, T. i Nedeljković, J. (2012). Attachment patterns from the perspective of early maladaptive schemas. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 95-118.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(3), 253-272.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J., Klosko, J.S. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.
- Young, J. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.

Damjana Panić

University of Niš, Faculty of Philosophy, Department of psychology

SCHEMA THERAPY – THEORY, TREATMENT, RESEARCH

Abstract

Schema Therapy represents an integrative psychotherapy developed by Young et al. (1990, 1999, 2003). Schema therapy grew out of traditional behavioral treatment as its extension, and it is designed for treating patients with deep, chronic psychological disorders, which began in early age. Focus is on detecting early, most often traumatic childhood experiences which lead to the forming of Early Maladaptive Schemas (EMS). Schema therapy not only represents technical eclecticism but also theoretical integration as well, considering that it is based on a coherent theory which

provides context for understanding and explaining psycho-pathological phenomena. Most of the Early Maladaptive Schemas, which are defined as self-deceptive cognitive and emotional schemas, can be traced to the unfulfillment of the child's five basic needs (basic safety, autonomy, competency and identity, need for intimacy, personal values and realistic expectations, realistic behavioral limits and self-control), which points to their interpersonal character. Schema Therapy is usually used for treating personality disorders, but can also be useful in the treatment of chronic depressive and anxious disorders, eating disorders and in the prevention of relapse in the cases of psychoactive substance misuse. It is applicable in resolving partnership, business and social issues. Besides the theory and the treatment, the model also offers research possibilities as well. Young Schema Questionnaire is a reliable and valid instrument in numerous studies, including ones done in domestic environments.

Keywords: early maladaptive schemes, therapy, treatment, research