

POZNAWANIE W CELU POMAGANIA

**Jerzy Mellibruda
Zofia Sobolewska-Mellibruda**

Poznanawanie w celu pomagania

**STUDIUM OSOBY
KORZYSTAJĄCEJ Z POMOCY
PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ**

**Wersja poprawiona 7
Przewodnik dydaktyczny dla studentów Profesjonalnej
Szkoły Psychoterapii**

WARSZAWA 2013

WPROWADZENIE.

1. Przewodnik ten zawiera wskazówki oraz „mapę konturową” służącą porządkowaniu informacji dotyczących osoby (klienta/pacjenta) korzystającej z profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej. Jest to zbiór rekomendacji wskazujących na obszary funkcjonowania klienta istotne dla zrozumienia jego sposobu życia oraz kategorii ukierunkowujących opracowywanie i analizowanie tych informacji.
2. Propozycja systematycznego zbierania i opracowywania informacji o osobie klienta może wspierać i wzbogacać intuicyjne jej zrozumienie oraz pomagać w szkicowaniu strategii postępowania psychoterapeutycznego.
3. Zakładamy, że poznawanie **aktualnego sposobu życia** osoby jest szczególnie istotne dla zrozumienia klienta i dla trafnego określenia problemów, z którymi stara się sobie radzić. Wydaje się pożądane, by próby intelektualnego analizowania i interpretowania klienta były solidnie osadzone w rozpoznaniu konkretnych i istotnych faktów charakteryzujących sposób jego życia.
4. Ludzie szukający pomocy, przede wszystkim pragną **zmienić coś w swoim życiu**, chce lepiej żyć, mieć więcej poczucia sensu życia, więcej przyjemności a mniej cierpienia w życiu. Dlatego poznawanie tego, jak wygląda aktualny sposób lub styl życia osoby poszukującej pomocy psychologicznej jest takie ważne – oczywiście nie jest możliwe by poznać i opisać całe życie jakie aktualnie prowadzi klient, potrzebne są wskazówki ułatwiające wybór spraw szczególnie istotnych.
5. Przewodnik proponuje systematyczne i dość rozbudowane postępowanie poznawcze.; Jego systematyczna i całościowa realizacja jest pracochłonna – jest przeznaczony przede wszystkim do celów dydaktycznych- dotyczy przede wszystkim procesu szkolenia - w codziennej praktyce klinicznej może być stosowany w formie skróconej.
6. **NA PODSTAWIE ANALIZY SPOSOBU ŻYCIA NALEŻY SFORMUŁOWAĆ LISTĘ PROBLEMÓW. A NASTĘPNIE PODJĄĆ PRÓBĘ WYJAŚNIENIA PSYCHOLOGICZNYCH PRZYCZYN TYCH PROBLEMÓW - WSKAZAĆ NEGATYWNE SCHEMATY OSOBISTE, KTÓRYCH ZMIANA BĘDZIE CELEM ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH.**
7. Całość postępowania można podzielić na trzy etapy

I. WSTĘPNA ORIENTACJA I ANALIZA

- A. Wstępna orientacja w stanie i w sytuacji klienta
- B. Analiza sposobu życia klienta
- C. Rozpoznawanie problemów osobistych i zaburzeń

II. OPRACOWANIE HIPOTEZ WYJAŚNIAJĄCYCH PROBLEMY I ZABURZENIA

1. Określanie roli czynników nie psychologicznych
 - a) Czynniki środowiskowe
 - b) Właściwości i stan organizmu
2. Określanie czynników psychologicznych
 - a) Dysfunkcjonalne schematy osobiste
 - b) Deficyty umiejętności intrapersonalnych i interpersonalnych
 - c) Inne czynniki – stan świadomości, konflikty dążeń i potrzeb, mechanizmy obronne,

III. OKREŚLANIE GENEZY CZYNNIKÓW PSYCHOLOGICZNYCH

- A. Geneza schematów osobistych istotnych dla zrozumienia psychologicznych przyczyn problemów
- B. Rozpoznanie okoliczności poprzedzających nasilenie problemów

8. Psychoterapeuta powinien równocześnie rozpoznawać problemy rozumiane jako trudności życiowe klienta oraz kliniczne aspekty jego funkcjonowania, tzn. rozpoznawać objawy typowych zaburzeń emocjonalnych. Powinien również być wrażliwy na sygnały chorób somatycznych, które mogą wymagać konsultacji medycznych i skierowania do innych specjalistów.

CZ. I.

WSTĘPNA ORIENTACJA W STANIE I W SYTUACJI KLIENTA

Jest pożądane by rozpoczynanie pracy terapeutycznej było poprzedzone rozmową w czasie której powstaje możliwość wstępnej orientacji w specyfice problemów i sytuacji życiowej klienta oraz możliwości udzielenia mu pomocy psychoterapeutycznej. Zbieranie tych informacji może przypominać tzw. wywiad kliniczny, czego niektórzy psychoterapeuci czasem starają się unikać – pragną unikać medycznych skojarzeń. Jednak dla samego klienta ta forma kontaktów na początku współpracy jest zrozumiała i na ogół podnosi poziom zaufania do

terapeuty. Jest także pomocna w podejmowaniu decyzji o udzieleniu pomocy oraz w formułowaniu kontraktu terapeutycznego.

Ważne tematy wstępnej orientacji ;

1. Dane personalne-wiek, wykształcenie,
 2. Rozpoznanie jak klient określa swoje problemy i czego oczekuje od psychoterapii
 3. Ustalenie od kiedy te problemy występują i co skłoniło klienta do szukania pomocy
 4. Sytuacja rodzinna i ważniejsze relacje interpersonalne – konflikty, przemoc, zależność .
 5. Sytuacja bytowa i zawodowa – mieszkanie, źródła utrzymania, zatrudnienie itp
 6. Podstawowe przekonania na temat własnej osoby i własnego życia – co klient myśli o przyczynach swoich problemów
 7. Ważne i często doznawane stany emocjonalne i somatyczne
 8. Stan zdrowia,
 - a. objawy zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych
 - b. myśli i tendencje samobójcze, samouszkodzenia itp
 - c. choroby somatyczne i niesprawność
 - d. nadużywanie substancji chemicznych (alkohol, narkotyki, papierosy itd.)
 - e. problemy związane ze snem, z jedzeniem i odchudzaniem
 9. Poprzednie kontakty terapeutyczne, leczenie psychiatryczne – kiedy, metody, problemy
 10. Ważne stresowe wydarzenia i doświadczenia życiowe z przeszłości
 11. Rozpoznanie potrzeby konsultacji medycznych
 12. Wstępne sformułowanie przez terapeuta problemów w taki sposób by praca nad ich rozwiązywaniem uwzględniała możliwości psychoterapii, - Pożądane jest by w miarę możliwości ustalać behawioralne i sytuacyjne aspekty problemów klienta..
-

SKORZYSTAJ ZE WSKAZÓWEK DO ROZMÓW WSTĘPNYCH I KONSULTACJI ZAWARTYCH W ANEKSIE

CZ. II.

OPIS I ANALIZA AKTUALNEGO SPOSOBU ŻYCIA

Poznanie i rozumienie tego, jak wygląda życie klienta jest ważnym źródłem informacji użytecznych w trakcie psychoterapii. Terapeuci dość często, już we wczesnej fazie kontaktu z klientem, uzyskują intuicyjne przekonanie na temat istotnych jego cech i problemów a nawet na temat przyczyn tych problemów. Wydaje się jednak, że w procesie szkolenia psychoterapeutycznego, warto podjąć próbę szerokiego i systematycznego opisu oraz szczegółowej analizy sposobu życia osoby korzystającej z pomocy. Dzięki temu intelektualne konstrukcje i interpretacja kliniczna uzyskają rzetelne i empiryczne zakorzenienie w realiach życiowych klienta. Analiza sposobu życia powinna przede wszystkim obejmować:

1. Funkcjonowanie klienta w kontakcie z innymi osobami
2. Funkcjonowanie klienta w kontakcie z samym sobą
3. Funkcjonowanie w sytuacjach zadaniowych
4. Funkcjonowanie w rolach społecznych i wzorach kulturowych.

Na zakończenie należy sformułować listę problemów

1. FUNKCJONOWANIE KLIENTA W KONTAKTACH Z INNYMI OSOBAMI

Przed rozpoczęciem systematycznej analizy funkcjonowania poznawanej osoby w kontaktach z innymi ludźmi pożądane jest **ustalenie z klientem kilku osób, z którymi kontakty są dla niego najbardziej istotne psychologicznie** (nawet jeżeli aktualnie są rzadkie). Najczęściej należą do nich członkowie rodziny (ojciec, matka, partner, dziecko) przyjaciel, szef, rywal itd. Następne punkty analizy należy przeprowadzić **dla każdej z wybranych osób oddzielnie**.

1.1. Analiza postępowania - obraz wzajemnego postępowania klienta w kontaktach z wybraną osobą,

a) **wzajemne komunikowanie** się czyli wymiana myśli i wyrażanie uczuć.

b) **wzajemne oddziaływanie** czyli wywieranie wpływu.

1.2. Analiza spostrzegania i rozumienia - myśli i wyobrażenia klienta na temat wybranej osoby i wzajemnych kontaktów z nią.

1.3. Analiza doświadczania kontaktów z wybranymi osobami - należy określić w jaki sposób klient przeżywa kontakty z wybraną osobą i jak się do niej ustosunkowuje.

1.4. Analiza oczekiwań i pragnień wobec wybranej osoby

Po zakończeniu analizy funkcjonowania w kontaktach z ważniejszymi osobami, można zwrócić uwagę na to w jaki sposób klient uczestniczy w innych mniej ważnych relacjach międzyludzkich. Dotyczyć to może na przykład uczestnictwa w różnych grupach towarzyskich, czy zawodowych.

Problemowe aspekty relacji z innymi ludźmi

Szczególnie istotne są takie aspekty relacji klienta z innymi ludźmi, jak np.:

- izolacja, wycofanie się, osamotnienie, - stapianie się z otoczeniem i trudności z wyodrębnieniem się,
- zależność emocjonalna utrudniająca uzyskiwanie autonomii osobistej
- konflikt i walka, upór czy i niszczące ścieranie się z innymi ludźmi.

Na zakończenie tej części analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

2. FUNKCJONOWANIE KLIENTA W KONTAKCIE Z SAMYM SOBĄ.

Analiza funkcjonowania klienta w tym zakresie obejmuje dwie perspektywy;

2.1. Nastawienie do samego siebie;

- a) Typowe formy samookreślenia – jak klient nazywa siebie, swoje właściwości, tożsamość itd.
- b) Ocenianie i wartościowanie siebie – akceptacja, podkreślanie pozytywnych cech, deprecjonowanie
- c) Stosunek emocjonalny do siebie – przyjazny, wrogi, niechętny, obojętny, obcy, ambiwalentny, zaufanie do siebie, pogarda, szacunek itd.
- d) Poczucie rozumienia siebie lub dezorientacja

2.2. czynności osobiste

W tej części dokonuje się analizy sposobu życia klienta w tych momentach, w których spędza czas sam ze sobą, bez aktywnej interakcji z innymi ludźmi i bez wykonywania specyficznych zadań.

- **sposób i skutki spania oraz treści marzeń sennych**
- **treści i skutki rozmyślania i fantazjowania**
- **sposób odżywiania się i korzystanie z używek i środków farmakologicznych**
- **inne czynności** - np. czynności kompulsywne, związane z wydalaniem, z autoerotyzmem, ćwiczenia fizyczne, inne specyficzne zainteresowania itp.

Problemowe aspekty kontaktu z samym sobą

Szczególnie istotne aspekty tych problemów związane są z takimi sprawami jak:

- - cierpienia fizyczne,
- - cierpienia psychiczne (nasilenie przykrych uczuć),
- - trudności z samookreśleniem (niejasne poczucie tożsamości),
- - brak kontaktu z własnym uczuciami i pragnieniami
- - negatywny stosunek do siebie i samo przeszkadzanie
- - samo niszczenie (psychiczne i fizyczne formy autodestrukcji).

Na zakończenie tej część analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

3. FUNKCJONOWANIE W SYTUACJACH ZADANIOWYCH

Podajemy tu analizę sposobu życia klienta dokonywaną z perspektywy dążenia do określonych celów i do realizacji różnych zadań życiowych. Należy wyodrębnić kilka ważniejszych rodzajów zadań życiowych, które klient próbuje realizować i dla każdego z nich przeprowadzić analizę.

3.1. rodzaj i intensywność dążeń osoby oraz sytuacyjne możliwości ich realizacji.

3.2 sposób kierowania postępowaniem

3.3. stan wewnętrznej integracji i obecność wewnętrznych konfliktów

3.4. stan orientacji w przebiegu realizacji zadań

3.5. efektywność działań związanych z ważnymi dążeniami klienta.

Problemowe aspekty realizacji zadań życiowych

- a) Zbyt małe umiejętności i trudności z przystosowaniem się do wymogów sytuacji zadaniowych
- b) Trudności z samostanowieniem i kierowaniem przebiegiem działania
- c). Dezintegracja funkcjonalna,
- e). Niedostatek energii osobistej i niewłaściwe sposoby jej użytkowania,

Na zakończenie tej część analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

4. FUNKCJONOWANIE W ROLACH SPOŁECZNYCH I WZORACH KULTUROWYCH.

Przy wyborze do analizy ważniejszych ról i wzorów można zwrócić uwagę na:

- role związane z płcią, wiekiem, pozycją w rodzinie, w środowisku zawodowym i szkolnym,
- specyficzne wzory obyczajowo

Dla każdego z wybranych wzorów i ról można przeprowadzić analizę, zwracając uwagę na:

4.1. treść wyobrażeń klienta o wymaganiach związanych z rolą lub wzorem kulturowym,

4.2. stosunek do tych wymagań (akceptacja, afirmacja, ambiwalencja, negacja),

4.3. sposób postępowania w związku z rolą oraz reakcje otoczenia,

4.4. sposób doświadczania (różne stany emocjonalne związane z rolą lub wzorem).

Na zakończenie analizy można określić jakie reakcje zachodzą pomiędzy wymaganiami różnych wzorów i na ile są one zgodne lub konfliktowe.

Problemowe aspekty realizacji wartości

- a). Niedostatek realizacji wartości osobistych (“nie robię tego, co osobiście uważam za wartościowe”)
- b) Negacja i naruszanie wartości osobistych (“niszczenie tego, co jest wartościowe, w co się wierzy”).
- c) Niedostatek realizacji lub zaprzeczenie wartościom powszechnie uznawanym przez innych ludzi.

Na zakończenie tej część analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

Cz. III

ROZPOZNAWANIE PROBLEMÓW OSOBISTYCH I ZABURZEŃ

Istnieją dwie główne drogi prowadzące do określania problemów osobistych klienta.

Jedna polega na rejestrowaniu sformułowań używanych przez klienta, który próbuje określić swoje trudności i kłopoty, używając charakterystycznych dla siebie sposobów myślenia i wyrażania myśli. Pomaga to w poznaniu subiektywnego rozumienia problemów przez klienta ale może być zawodne bo ludzie, którzy mają kłopoty często nietrafnie formułują swoje problemy, co utrudnia im znalezienie rozwiązań.

Druga polega na takiej analizie trudności życiowych klienta, która uwzględnia z jednej strony ogólne założenia wynikające z wiedzy klinicznej i intuicji klinicznej terapeuty, a z drugiej strony uwzględnia możliwości psychoterapii jako metody pomocy w przezwyciężaniu tych trudności.

Wartościowe wydaje się łączenie obu tych dróg, to znaczy zarówno korzystanie ze spontanicznych i subiektywnych określeń problemów sformułowanych przez klienta jak i uzupełnianie i przeformułowanie ich przez wprowadzenie profesjonalnych perspektyw poznawczych. Rozpoznawanie i analiza problemów klienta powinno wynikać z całej analizy jego sposobu życia oraz obserwacji i bezpośrednich pytań dotyczących trudności osobistych.

Istotą problemów jest nasilenie negatywnych doświadczeń, to znaczy takich, które obejmują przykre stany emocjonalne i wskazują na istotne ograniczenie możliwości satysfakcjonującego uczestnictwa w życiu i rozwoju osobistego. Rozpoznawane klinicznie zaburzenia zaliczamy do problemów osobistych ale nasi klienci często borykają się z istotnymi problemami, które nie mieszczą się w ramach klinicznych kategorii diagnostycznych.

PODSTAWOWE RODZAJE PROBLEMÓW

1. Klient w **trudnych sytuacjach życiowych**, nie radzi w sobie konstruktywny sposób
 - a. Sytuacje zagrożeń osobistych związanych z działaniem innych ludzi
 - b. Straty osobiste
 - c. Trudne zadania życiowe- zawodowe i osobiste
2. Klient w **„normalnych” sytuacjach życiowych** (typowych sytuacjach, w których nie występują ze strony innych ludzi zagrożenia lub inne formy raniącego traktowania klienta.) nie potrafi zaspokajać swoich potrzeb (jakich?), w obszarach:
 - a. Relacje z rodzicami
 - b. Relacje z partnerami
 - c. Relacje z dziećmi
 - d. Relacje z przełożonymi
 - e. Wykonywanie zadań
 - f. Relacje towarzyskie
3. Klient doświadcza w sposób **chroniczny zaburzeń procesów emocjonalnych**, które nie są bezpośrednio związane z jego aktualnymi sytuacjami życiowymi – w szczególności:
 - a. Stany lękowe
 - b. Stany smutku i przygnębienia
 - c. Reakcje gniewu i agresywne zachowania
 - d. Objawy psychosomatyczne
 - e. Próby i myśli samobójcze
 - f. Poczucie pustki, braku energii i sensu życia
 - g. inne

CZ. IV.

ŹRÓDŁA PROBLEMÓW – POSZUKIWANIE PRZYCZYN

W tradycji myślenia klinicznego zmierzającego do określenia przyczyn problemów osobistych klienta możemy wyodrębnić **dwie nurty**. Pierwszy to **wskazywanie mechanizmów zaburzeń i problemów**, czyli koncentracja na rozpoznawaniu **aktualnie działających czynników przyczynowych**, które tworzą lub podtrzymują zaburzenia w funkcjonowaniu. Ten sposób wyjaśniania przyczyn problemów jest najmocniej ugruntowany w behawioralno-poznawczych podejściach w psychoterapii.

Drugi nurt, koncentruje się na **rekonstruowaniu historii powstawania** zaburzeń i problemów – czyli poszukiwanie tzw. **genezy zaburzonego funkcjonowania**. Ten sposób określania przyczyn problemów wywodzi się przede wszystkim z tradycji psychoanalitycznej.

W praktyce klinicznej, często oba nurty myślenia wzajemnie się przeplatają, co czasem prowadzi do nadmiernych uproszczeń. Psychoanalityczny styl wyjaśniania przyczyn upowszechnił się tak szeroko, że bardzo wielu terapeutów od dawna, na pytanie dlaczego ktoś ma jakieś problemy, odpowiedzi szuka w wydarzeniach z dzieciństwa klientów. Komplikuje to ukierunkowanie oddziaływania terapeutycznego na usuwanie przyczyn zaburzeń, ponieważ psychoterapia nie może zmieniać przeszłości.

Integracja tych dwu nurtów myślenia wymaga by przyczyn problemów i zaburzeń poszukiwać wśród czynników które aktualnie istnieją (w mechanizmach i schematach osobowościowych) a analizę przeszłości koncentrować na wyjaśnianiu genezy tych schematów/mechanizmów.

W rekonstruowaniu istotnych i aktualnie działających mechanizmów/schematów pomocne jest zarówno zbieranie i opracowywanie informacji o aktualnym sposobie życia klienta jak też zbieranie informacji o tym, co wydarzyło się w jego przeszłości.

W pracy psychoterapeutycznej koncentrujemy się na rozpoznawaniu tych psychologicznych czynników przyczynowych, które mogą być modyfikowane przez proces psychoterapii.. Pamiętamy jednak, że istotną rolę w powstawaniu problemów mogą także odgrywać czynniki niepsychologiczne, na które psychoterapia nie ma bezpośredniego wpływu. Należą do nich :

1. Właściwości środowiska jako źródła przyczyn problemów

1.1 Zły stan zasobów materialnych i instytucjonalnych dostępnych klientowi (brak pracy, brak mieszkania, bieda, niskie wykształcenie itd.).

1.2. Negatywne właściwości systemowe środowiska, w którym żyje osoba np.:

- niesprawiedliwość w podziale dóbr, praw i obowiązków, wykorzystywanie
- brak równowagi wpływów i zależności – ostry podział na tych, którzy mają władzę i kontrolują innych i na tych, którzy nie mają możliwości wpływu na swoją i ogólną sytuację,
- system karanie i nagradzanie preferujący wywoływanie lęku i niepewności jako środków oddziaływania.
- Przemoc psychiczna i fizyczna
- Stygmatyzacja społeczna – poczucie że pochodzi się z rodziny lub środowiska napiętnowanego, deprecjonowanego społecznie

2. Właściwości i stan organizmu jako źródło problemów

2.1. Stany chorobowe, uszkodzenie OUN i różne formy kalectwa.

2.2. Właściwości funkcji fizjologicznych i struktury ciała specyficznie modyfikujące funkcjonowanie psychologiczne (np. zmiany hormonalne związane z rozwojem i z okresem pokwitania, kondycja fizyczne, sylwetka, wygląd zewnętrzny, itd.).

3. Organizacja i funkcjonowanie osobowości jako źródło problemów .**NEGATYWNE SCHEMATY OSOBISTE**

1. Utrwalone schematy osobowościowe czyli wewnętrzne schematy organizujące przebieg aktywności i doświadczania osoby, mogą tworzyć ważne przyczyny problemów osobistych. We współczesnej psychologii

„schemat” definiowany jest jako względnie trwała i ukształtowana przez minione doświadczenia, osobista forma organizacji psychicznej łącząca różnorodne ale specyficzne dla danego schematu, treści i zjawiska psychologiczne.

2. Schematy wywierają bardzo istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka. Uwaga psychoterapeutów koncentruje się szczególnie na tych schematach osobistych, które stanowią główne źródła zaburzeń i problemów. Zmiana patologicznych schematów klienta jest więc ważnym celem oddziaływań psychoterapeutycznych.

3. U klientów występują nie tylko schematy patologiczne, pożądane jest dostrzeganie i umacnianie tych schematów, które klientowi pomagają w życiu. Schematy nie są jedynym obszarem pracy terapeutycznej – terapeuta interesują się całą osobą klienta.

4. W celu zrozumienia schematów osobistych wpływających na powstawanie problemów, konieczne jest poznanie

- ich zawartości treściowej,
- funkcji spełnianej w życiu codziennym i w zaburzeniach,
- okoliczności w których schematy się ukształtowały,
- czynników które aktywizują schematy
- możliwości i kierunki zmiany schematów osobistych.

5. Najważniejsze z klinicznego punktu widzenia treści schematów dotyczą własnej osoby, innych ludzi i relacji z nimi, świata i życia oraz wizji przyszłości.

6. Schematy tworzą tendencje kształtujące myślenie i wyobrażanie, stany emocjonalne i sposób doświadczania, zachowanie i kierunek postępowania, oczekiwania i nastawienia wobec życia

7. Poznanie okoliczności które w przeszłości ukształtowały schematy wskazuje na szczególną rolę doświadczeń z wczesnego dzieciństwa, uwewnętrznienie treści i przebiegu relacji z ważnymi osobami, zapamiętywanie i powtarzanie znaczących emocjonalnie opinii na swój temat i o życiu, osobiste interpretacje przyczyn i konsekwencji ważnych wydarzeń i doświadczeń osobistych oraz na samo utrwalanie się schematów w różnych sytuacjach życiowych.

8. W różnych współczesnych koncepcjach psychoterapeutycznych schematy osobiste odgrywają bardzo istotną rolę przy wyjaśnianiu przyczyn zaburzeń i problemów oraz wskazywaniu w jakiej formie utrwaliły się w psychice ślady minionych doświadczeń. W podejściach poznawczych są to „**schematy poznawcze**”, w behawioralnych „**wzory behawioralne**”, w podejściach skoncentrowanych na procesie doświadczania są to „**schematy emocjonalne**”, w innych pojawiają się takie sformułowania jak „**destrukcyjne schematy osobiste**”, „**dysfunkcyjne schematy relacyjne**” czy „**schematy (scenariusze) narracji osobistych**”.

9. W celu rozpoznania ważnych i dysfunkcyjnych schematów osobistych, pożądane jest określanie schematycznych tendencji, kształtujących podstawowe obszary funkcjonowania osoby – dotyczą one;

a) OBSZARU AKTYWNOŚCI UMYSŁOWEJ, obejmującego

- typowe myśli automatyczne i dysfunkcyjne przekonania określające własną osobę i innych ludzi
- scenariusze narracji osobistych (znaczących opowieści wewnętrznych dotyczących własnego życia)
- typowe wyobrażenia, fantazje, sny i wizualizacje

b) OBSZARU ZJAWISK I PROCESÓW EMOCJONALNYCH obejmującego

- utrwalone tendencje do intensywnego przeżywania specyficznych stanów emocjonalnych (lęk, smutek, gniew)
- utrwalone sposoby reagowania specyficznymi stanami emocjonalnymi na specyficzne sytuacje, potrzeby lub wyobrażenia
- utrwalone sposoby kontaktowania się z emocjami (wyrażanie, tłumienie, negowanie, manipulowanie)

c) OBSZARU AKTYWNOŚCI INTERPERSONALNEJ obejmującego:

- utrwalone sposoby funkcjonowania w relacjach z ludźmi
- globalne strategie i postawy interpersonalne (dominacja, uległość, manipulacja, wycofywanie)

PROBLEMY A NEGATYWNE SCHEMATY OSOBISTE

Nawiązując do trzech rodzajów problemów można wskazać na odpowiadające im specyficzne funkcje negatywnych schematów, będących przyczynami tych myśli, emocji i zachowań, które są zaangażowane w powstawanie i utrzymywanie się problemów.

1.Gdy Klient znajduje się w trudnych sytuacjach życiowych, z którymi sobie nie radzi w konstruktywny sposób -

POSZUKUJEMY SCHEMATÓW OSOBISTYCH, KTÓRE PRZESZKADZAJĄ KLIENTOWI W LEPSZYM RADZENIU SOBIE Z TRUDNYMI SYTUACJAMI

2.Gdy klient w „normalnych” sytuacjach życiowych (typowych sytuacjach, w których nie występują ze strony innych ludzi zagrożenia lub inne formy raniącego traktowania klienta.) nie potrafi zaspokajać swoich potrzeb ,

POSZUKUJEMY SCHEMATÓW OSOBISTYCH, KTÓRE TWORZĄ DYSFUNKCJONALNE FORMY POSTĘPOWANIA I DOŚWIADCZANIA W NORMALNYCH SYTUACJACH ŻYCIOWYCH

3.Gdy klient doświadcza w sposób chroniczny zaburzeń procesów emocjonalnych, które nie są bezpośrednio związane z jego aktualnymi sytuacjami życiowymi -

POSZUKUJEMY SCHEMATÓW OSOBISTYCH, KTÓRE TWORZĄ TENDENCJĘ DO CHRONICZNEGO POJAWIANIA SIĘ DOTKLIWYCH STANÓW EMOCJONALNYCH NIE WYNIKAJĄCYCH BEZPOŚREDNIO Z BIEŻĄCYCH SYTUACJI ŻYCIOWYCH

REKONSTRUOWANIE NEGATYWNYCH SCHEMATÓW OSOBISTYCH

I. TRZY POZIOMY OPISYWANIA NEGATYWNYCH SCHEMATÓW

1. Ogólna kategoryzacja schematów obejmująca dominujący i dysfunkcyjny wzór funkcjonowania w relacji z samym sobą i w relacji z innymi

2. Rozpoznanie specyficznych dla każdego schematu dysfunkcyjnych tendencji ukierunkowujących i automatyzujących ;

a)aktywność umysłową

b)zjawiska i procesy emocjonalne

c)zachowania postawy behawioralne i wzorce interakcji

3. Wskazanie typowych i znaczących dla problemowego funkcjonowania klienta przykładów/przejawów dysfunkcyjnych tendencji w obszarze;

a) aktywności umysłowej

b)zjawisk emocjonalnych

c)postaw behawioralnych i wzorców interakcji

II. OGÓLNA KATEGORYZACJA SCHEMATÓW

Dla celów szkoleniowych stworzyliśmy kategoryzację schematów, która ułatwia rozpoznawanie specyfiki schematów u poszczególnych klientów. Najważniejsze przejawy wpływu negatywnych schematów na funkcjonowanie klienta, dotyczą dwu podstawowych relacji w obrębie których przebiega nasze życie – RELACJI Z SAMYM SOBĄ i Z INNYMI LUDŹMI.

Kategorie określające dysfunkcyjne odmiany schematów dotyczące RELACJI Z SAMYM SOBĄ

A. ATAKOWANIE, NEGOWANIE I WROGOŚĆ WOBEC SIEBIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają m.inn. myśli i próby samobójcze, myślenie na swój temat nasycone wrogością lub pogardą, surowe ocenianie własnego postępowania, pragnień, cech i całej osoby, różne formy potępiania i karania za drobne uchybienia oraz obwiniania za negatywne wydarzenia, na które nie miało się wpływu , Nie przebaczenie błędów, nie tolerowanie niedoskonałości , powtarzające się i nieuzasadnione ryzykowanie własnego zdrowia i życia, poniżanie siebie i negowanie osobistych praw – do miłości, szacunku, życia, szczęścia Uporczywe przypominanie negatywnych czynów i wydarzeń, poniżanie,

B. LEKCEWAŻENIE, ZANIEDBYWANIE I POMNIEJSZANIE WAŻNOŚCI SIEBIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają myśli i poczucie, że ktoś jest zdefektowany wybrakowany. zły, niechciany, gorszy lub bezwartościowy w jakichś ważnych obszarach, lub że nie można go pokochać , przekonanie o własnej zawodności, że się nie sprawdzi lub że jest nieodpowiednim towarzyszem dla innych., że ktoś jest bez

talentu,, bez sukcesów w porównaniu z innymi,, poczucie wstydu dotyczące wad i usterek dostrzeganych przez innych.

C. NATARCZYWE KONTROLOWANIE I WYWIERANIE PRESJI NA SIEBIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają wewnętrzne nakazy doskonałości, wydajności i sprawności oraz towarzyszące przekonania, o konieczności nieustannego dążenie do spełniania wygórowanych i uwewnętrznionych standardów, w celu uniknięcia krytyki lub z nadzieją na uzyskanie akceptacji i miłości. Przejawia się w chronicznym poczuciu presji i niezdolności do przyzwolenia sobie na chwile słabości i rozluźnienia/

D. ADOROWANIE I WYWYŻSZANIE SIEBIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przekonanie o własnej atrakcyjności i wyższości nad innymi, o uprawnieniach do specjalnych praw i przywilejów. Wyobrażenia o relacjach z innymi negują potrzebę i zasady wymieniania i wzajemności dawania i brania tworzącymi podstawę normalnych interakcji społecznych. Tworzą wizję własnego życia wskazującą na posiadanie możliwości i uprawnień do robienia tego co się chce i dostawiania tego czego się pragnie

E. STRASZENIE I PRYZGNEBIANIE SIEBIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przepowiadanie sobie katastroficznych i niszczących wydarzeń (zdrowotnych, emocjonalnych, wypadków) Nadmierny strach że nadciąga katastrofa, która może się wydarzyć w każdej chwili i że człowiek nie będzie zdolny by jej zapobiec. Oczekiwanie, że inni mogą zranić, skrzywdzić, upokorzyć, oszukać, okłamać, zmanipulować lub wykorzystać.

F. DEZINTEGRACJA OKREŚLANIA SIEBIE –

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają biegunowo przeciwstawne wizje siebie, naprzemienne występowanie sprzecznych ocen, pragnień i oczekiwań dotyczących własnej osoby. Chaos i dezorientacja w relacji z sobą, związana jest z unikaniem kontaktu z własnymi pragnieniami i emocjami, negowanie osobistych potrzeb, okresowo pojawiają się poczucia obcości własnej osoby

G. INSCENIZOWANIE SIEBIE - *Typowe dla tego schematu tendencje koncentrują uwagę na reakcjach innych ludzi wzbudzanych przez klienta które są traktowane jako podstawowe źródło własnej wartości i tożsamości oraz inicjują zachowania ukierunkowane na wywoływanie pozytywnych reakcji. Deficyt takich reakcji wzbudza dotkliwą frustrację. Opieranie poczucia własnej wartości i tożsamości na pozytywnych reakcjach innych ludzi potęguje dynamikę aktywności interpersonalnej oraz zależność od innych oraz towarzysząca temu niepewną i powierzchowną relację z sobą.*

Dysfunkcjonalne odmiany schematów dotyczące RELACJI Z INNYMI

A. ATAKOWANIE I NEGOWANIE INNYCH –

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają często przekonania o negatywnych cechach i wrogich postawach innych wobec klienta, częste spostrzeganie innych jako przeciwników, którzy albo zostaną pokonani albo zwyciężą „I będzie źle,. przekonania, że ludzie powinni być surowo karani za popełnianie błędów, nie przebaczenie błędów, nie tolerowanie niedoskonałości. Tendencja do gniewania się, nietolerancji, karania i niecierpliwości wobec innych, którzy nie spełniają oczekiwań lub wysokich standardów.,

B. PRYZYWALANIE NA ZŁE TRAKTOWANIE I BEZBRONNOŚĆ WOBEC KRZYWDZENIA –

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają gotowość do nadmiernego poddawanie się dotkliwej kontroli innych z poczuciem przymusu i konieczności uniknięcia ich gniewu, odrzucenia, kary, tendencja do usprawiedliwiania krzywdzącej osoby, do brania na siebie odpowiedzialności za krzywdzące zachowania i obwiniania siebie za niedostateczne starania by ułagodzić osobę krzywdzącą.,

C. PODPORZĄDKOWYWANIE SIĘ I UZALEŻNIENIE OD INNYCH

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają nadmierne skupienie na zaspokajanie potrzeb i oczekiwań innych, kosztem własnej satysfakcji. pragnienia uniknięcia niezadowolenia lub cierpienia innych, poczucie winy związane z poczuciem egoizmu, Czasem pojawia się świadomość frustracji własnych potrzeb i pretensje do innych którzy o to nie dbają. Nadmierna koncentracja na uzyskiwaniu aprobaty, uznania i uwagi od innych oraz silne związanie z sukcesami w tym zakresie podstawą własnego poczucia bezpiecznego. Poczucie własnej wartości zależy raczej od reakcji innych niż od własnych naturalnych dążeń i postaw. Przekonanie, o niezdolności do uniesienia w kompetentny sposób ciężaru codziennych zadań i odpowiedzialności, bez znaczącej pomocy ze strony innych często przejawia się to w postaci bezradności

D. MANIPULOWANIE I EKSPLOATOWANIE INNYCH

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przekonania że to, co mi jest potrzebne muszę zdobyć od innych, że mam możliwości i zdolności by to od nich uzyskać, że to co inni mi dają albo co od nich biorę mi się należy, przekonania że takie jest życie i świat, że lepiej jest tym, którzy potrafią od innych uzyskiwać to co im jest potrzebne, umiejętności pozyskiwania tego są miarą mej wartości.

E. UNIKANIE I WYCOFYWANIE SIĘ

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają oczekiwanie i obawy, że inni mogą zranić, skrzywdzić, upokorzyć, oszukać, okłamać, zmanipulować lub wykorzystać. Często obejmuje przekonanie że ranienie i krzywdzenie jest zamierzone albo że jest rezultatem niesprawiedliwego i skrajnego zaniedbania. Może obejmować poczucie że wszystko zawsze skończy się jakimś oszukaniem przez innych, Poczucie, że ktoś jest wyizolowany od reszty świata, odmienny od innych ludzi, że nie należy do żadnej grupy czy społeczności

F. DOMINOWANIE I KONTROLOWANIE

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przekonanie o konieczności zajmowania pozycji przewagi nad innymi, wyobrażenia o niebezpiecznych konsekwencjach sytuacji w których traci się kontrolę nad postępowaniem innych, dominacja i kontrolowanie zachowania innych jest ważnym warunkiem poczucia bezpieczeństwa.

G. AMBIWALENTE RELACJE I POSTAWY WOBEC INNYCH

Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają naprzemiennie a czas równocześnie przeciwstawne postawy i oczekiwania, atakowanie i przymilanie, próby zdominowania i podporządkowania, chwalenie i krytykowanie, „huśtawka emocjonalna” i dezorientacja w sprawie własnego miejsca wśród ludzi, nadzieje i rozczarowania, próby zbliżania się i wycofywanie.

1. Łącząc wybrane kategorie z obu list uzyskujemy **dwuwymiarowe określenie dominujących tendencji relacyjnych** specyficznych dla danego schematu, występującego u konkretnej osoby. Na przykład może to być współwystępowanie;

➤ **ATAKOWANIA, KRYTYKOWANIA I NEGOWANIA SIEBIE z UNIKANIEM I WYCOFYWANIEM SIĘ Z KONTAKTÓW Z INNYMI**

➤ **ADOROWANIA I WYWYŻSZANIA SIEBIE z MANIPULOWANIEM I EKSPLOATOWANIEM INNYCH**

➤ **STRASZENIE SIEBIE z PODPORZĄDKOWYWANIEM SIĘ I UZALEŻNIENIEM OD INNYCH**

2. **Dominujące tendencje** organizowane przez poszczególne schematy przejawiają się poprzez utrwalone formy:

A. Aktywności umysłowej – automatycznych myśli, dysfunkcyjnych przekonań, wyobrażeń i fantazji, uporczywych wspomnień, zagrażających lub przygnębiających wizji przyszłości itp

B. Zjawisk i procesów emocjonalnych – dotkliwych stanów lęku, smutku, gniewu, wstydu, pogardy, winy, beznadziejności, bezsilności, itp. oraz pragnień i potrzeb

C. Wzorów behawioralnych i strategii interpersonalnych

3. Rozpoznawanie specyfiki negatywnych schematów osobistych często ujawnia obecność specyficznych **czynników, które aktywizują dany schemat**. Należą do nich najczęściej;

A. Specyficzne typy sytuacji – np. sytuacje nawiązywania nowych kontaktów, bycia ocenianym, bycia sprawdzanym lub kontrolowanym, itp

B. Kontakty ze specyficznym typem osób – np. rodzice, przełożeni, partnerzy, itp.

4. Ponieważ obecność utrwalonych negatywnych schematów jest chronicznym źródłem trudności, dolegliwości i zagrożeń, człowiek na ogół stosuje, w sposób nieświadomy, specyficzną strategię radzenia sobie z dolegliwościami schematu i łagodzenia tych dolegliwości. Można więc wyodrębnić dwa podstawowe **rodzaje osobistych stylów czyli nieświadomych strategii radzenia sobie z negatywnymi schematami**;

A. **PODPORZĄDKOWANIE SCHEMATOWI** –schemat bezpośrednio steruje funkcjonowanie osoby

B. **PRZECIWSZTAWIANIE SIĘ SCHEMATOWI**- klient w uporczywy sposób stara się funkcjonować w sposób przeciwny i opozycyjny wobec treści schematycznych

III. ROZPOZNAWANIE SCHEMATYCZNYCH I DYSFUNKCJONALNYCH TENDENCJI

1. Schematyczne tendencje powodują, że specyficzne formy aktywności umysłowej i behawioralnej oraz stany emocjonalne pojawiają się częściej i z większą intensywnością niż inne oraz że są mniej kształtowane przez aktualne okoliczności życiowe a bardziej przez ślady tego, co się wydarzyło w przeszłości. Specyfika aktualnych

sytuacji często stanowi jedynie bodziec uruchamiający gotowe już tendencje, które uzyskują dominującą rolę w kształtowaniu postępowania, percepcji i doświadczania bieżących sytuacji,

2. Ukształtowane przez ślady minionych doświadczeń schematyczne tendencje tworzą ograniczenia dla świadomej regulacji i wyborów motywowanych bieżącymi potrzebami osoby i okolicznościami życiowymi. Przy ich rozpoznawaniu warto zwracać uwagę, że w obrębie tego samego globalnego schematu mogą występować tendencje, których kierunki mogą być wzajemnie konfliktowe – antagonistyczne i ambiwalentne. Mogą np. tworzyć przeciwstawne nastawienia do samego siebie lub do innych ludzi, równoczesność zbliżania się i wycofywania, atakowania i przytulania itp.

3. Schematyczne **tendencje UMYSŁOWE** przejawiają się m.in. poprzez automatyczne myśli, stereotypowe przekonania, konstrukty wyjaśniające i scenariusze cichej mowy wewnętrznej oraz przez obrazowe wyobrażenia, fantazje i wspomnienia, które odgrywają ważną rolę w regulowaniu funkcjonowania osoby..

4. Zwracamy szczególną uwagę na takie tendencyjnie kształtowane treści umysłowe, które zaburzają i utrudniają funkcjonowanie osoby. Najczęściej jest to związane ze;

a) wzbudzaniem przykrych stanów emocjonalnych

b) utrzymywaniem negatywnego stosunku do siebie

c) tworzeniem poczucia bezzadności i braku nadziei

d) tworzeniem zagrażających wizji dotyczących innych ludzi i świata

e) tendencyjną selektywnością percepcji realiów życiowych

f) wywieraniem dotkliwej presji na siebie nakłaniającej do frustrującego lub destrukcyjnego postępowania

5. Na ogół treści umysłowe tworzone przez schematyczne tendencje są traktowane przez osobę jako oczywiste prawdy dotyczące jej osoby lub świata w którym żyje – „taka jestem”, „taki jest świat” ...itp. Mogą więc kształtować treść i sposób doświadczania kontaktów z samym sobą i z innymi ludźmi w znacznie większym stopniu niż faktyczne realia życiowe.

6. Schematyczne **tendencje EMOCJONALNE** przejawiają się m.in. poprzez chroniczne lub okresowe stany emocjonalne, które są dotkliwe dla osoby a ich treść jest ukształtowana przez utrwalone ślady doświadczeń. Część z nich stale towarzyszy osobie w różnorodnych sytuacjach życiowych i kształtuje sposób doświadczania tych sytuacji. Czasem specyfika aktualnych sytuacji jest czynnikiem aktywizującym gotowy już ale wcześniej utajony wzór reagowania emocjonalnego.

7. Wydaje się, że można wyróżnić dwie odmiany schematycznych **tendencji emocjonalnych**.

a) Pierwsza jest ściśle związana ze specyficznymi tendencjami umysłowymi, które niemal automatycznie wzbudzają określone emocje poprzez automatyczne myśli, stereotypowe przekonania, cichą mowę wewnętrzną oraz przez obrazowe wyobrażenia, fantazje i wspomnienia.

b) Druga, wydaje się raczej poprzedzać lub nawet wzbudzać schematyczne treści umysłowe i jest uruchamiana bezpośrednio przez czynniki biologiczne ukształtowane genetycznie lub przez biologicznie utrwalone ślady traumatycznych doświadczeń, które wystąpiły we wczesnych latach życia i wpłynęły formatywnie na procesy dojrzewania mózgu. Dotyczy to w szczególności tendencji do reagowania lękiem i smutkiem utrwalonych w strukturze okolic jądra migdałowego pod wpływem dziecięcych doświadczeń związanych z przemocą lub porzuceniem przez opiekunów.

8. Interakcja między tendencjami **umysłowymi i emocjonalnymi** jest tak bezpośrednio zwrotna i automatyczna, że ustalanie kierunków zależności przyczynowej jest bardzo trudne. Jednak próby ich opisowego wyodrębniania mogą być pożyteczne dla praktyki psychoterapeutycznej.

9. Na szczególną uwagę przy rozpoznawaniu schematycznych tendencji emocjonalnych zasługują automatyzmy zamieniania jednych stanów emocjonalnych na inne – np. strachu i niepokoju na gniew, gniewu na lęk, żalu na smutek itp.

10. Schematyczne **tendencje BEHAWIORALNE** przejawiają się m.in. poprzez specyficzne formy zachowań i interakcji z ludźmi, które występują częściej i z większą intensywnością niż inne oraz są mniej kształtowane przez aktualne okoliczności życiowe a bardziej przez ślady tego, co się wydarzyło w przeszłości.

11. Typowymi przykładami zachowań i interakcji, sterowanymi przez schematyczne tendencje, są **wzorce unikania i wycofywania się, atakowania i krytykowania innych, poszukiwania aprobaty i wsparcia, kontrolowania i manipulowania, podporządkowywania się lub dominowania**, itp. Nie oznacza to jednak, że zawsze i we wszystkich sytuacjach zachowanie osoby jest sterowane jej tendencjami behawioralnymi. Może być także kształtowane przez wymogi sytuacji i pełnionych ról społecznych ale gdy wymogi te w znaczący sposób różnią się od schematycznych tendencji, osoba doświadcza napięcia i konfliktu a jej postępowanie w konkretnych sytuacjach może ulegać zaburzeniom.

12. Tendencje behawioralne na ogół występują w ścisłych powiązaniach z tendencjami umysłowymi i emocjonalnymi. Na przykład, schematyczne przekonania wpływają tendencyjnie na percepcję aktualnej sytuacji i uzasadniają konieczność schematycznego postępowania - schematyczne stany emocjonalne tworzą motywacyjną dynamikę dla gotowych już wcześniej form zachowania - a schematyczne formy interakcji wzbudzają schematyczne stany emocjonalne i potwierdzają schematyczne przekonania.

13. Na zakończenie charakterystyki tendencji umysłowych, emocjonalnych i behawioralnych stanowiących zawartość globalnego schematu pożądane jest dokonanie roboczej syntezy obejmującej;

- a) opis wzajemnego współwystępowania/współzależności poprzednio wyodrębnionych tendencji
- b) próbę rozpoznania w jaki sposób osoba radzi sobie z tendencjami ukierunkowującymi jej życia – przez podporządkowanie się czy poprzez przeciwstawianie się schematowi.

POWSTAWIANIE SCHEMATÓW

- Wydarzenia i ważne relacje z przeszłości były doświadczane przez osobę
- Traumatyczne i toksyczne doświadczenia zapisały się jako negatywne ślady tych doświadczeń
- Ślady tych doświadczeń tworzą dysfunkcyjne tendencje-umysłowe, emocjonalne i behawioralne
 - Specyficzna organizacja tych tendencji to negatywny schemat osobowościowy

DZIAŁANIE SCHEMATÓW

- Aktualne sytuacje i relacje aktywizują schematy, które są przyczynami problemów i zaburzeń
- Dysfunkcyjne tendencje wchodzące w skład schematów wzbudzają specyficzne formy aktywności umysłowej i behawioralnej oraz emocjonalnej, które tworzą problemy i utrudniają ich rozwiązywanie

PRZYKŁADY OKREŚLANIA I ANALIZY ZAWARTOŚCI SCHEMATÓW

Podajemy poniżej szkieletowe przykłady określania problemów oraz rozpoczynania poszukiwań ich przyczyn, bez wskazywania indywidualnego stylu radzenia sobie ze schematem.

I. PROBLEM

Klientka nie radzi sobie z dotkliwą relacją z mężem, w której jest wykorzystywana, zdradzana i deprecjonowana

Opis sytuacji problemowej

Anna od 20 lat, w związku małżeńskim, ma 3 dzieci, wyższe wykształcenie. Po ślubie, na życzenie męża zrezygnowała z pracy zawodowej i w pełni poświęciła się rodzinie. Ani mąż ani dorastające dzieci nie pomagają jej w obowiązkach domowych. Mąż często ją krytykuje i wymaga całkowitego podporządkowania i obsługi. Anna wie że mąż ją zdradza. Milcząco się podporządkowuje, nie potrafi się przeciwstawić i znosi upokorzenia. Mąż obciąża ją odpowiedzialnością za jego zdrady mówiąc że jest brzydka i jest złą żoną a ona milczy i nadal go obsługuje. Zaniedbuje siebie, pojawiają się myśli o odejściu ale uważa, że nie wolno jej tego zrobić, ze względu na dzieci. Obwinia samą siebie za nieudane życie i o to, że niedostatecznie się stara.

Schemat

ATAKOWANIE I KRYTYKOWANIE SIEBIE ORAZ PRYZYWAŁANIE NA ZŁE TRAKTOWANIE I BEZBRONNOŚĆ WOBEC KRZYWDZENIA

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy **Aktywności umysłowej** –

Automatyczne przekonania i negatywne myśli na swój temat - oskarżanie siebie i krytykowanie własnych starań. Utrwalone przekonania o konieczności zasługiwania się u innych, „odkupowaniu” własnych win i błędów. Np.:

„Nie zasługuję na miłość i dobre traktowanie”. „Jestem brzydka i nieatrakcyjna – zasługuję na to by mąż mnie zdradzał”, „Jeżeli mu się przeciwstawię, to mnie porzuci i wszyscy się dowiedzą jaka jestem beznadziejna”

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Zjawisk i procesów emocjonalnych –

Automatyzmy smutku i lęku związane z doświadczaniem poczucia winy i niskiej wartości, kierowanie złości przeciw sobie, chroniczny lęk przed karą i odrzuceniem, odczuwanie pogardy i złości na siebie w sytuacjach gdy jest krzywdzona (gdy dowiaduje się o zdradach męża).

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Wzorów behawioralnych i strategii interpersonalnych

Gotowość podporządkowywanie się dotkliwym naciskom, milczące znoszenie krytyki i poniżania, branie na siebie wszystkich obowiązków bez oczekiwania na uznanie, poświęcanie siebie, zaniedbywanie własnych potrzeb.

Czynniki aktywizujące schemat –

Pełnienie roli żony i matki, obowiązki domowe, doznawanie krytyki ze strony bliskiej osoby, bycie zdradzaną

-----.

II. PROBLEM

Klientka nie potrafi zaspokajać potrzeby bezpieczeństwa i miłości w kontaktach z partnerami

Opis sytuacji problemowej

Barbara miała wiele związków, które albo sama zrywała albo ją porzucano. W obecnym związku, o którym myślała że „jest tym wymarzoną” zaczęło dochodzić do wielu kłótni które sama wszczyniała. Często nie wie dokładnie o co jej chodzi, tylko ogólnie „czuje, że on nie dość ją kocha lub jej nie szanuje i może ją skrzywdzić”. Barbara obawia się kolejnego porzucenia, „stracenia ostatniej szansy”. Bycie samotną uważa za skazanie się na przerażającą pustkę. Nie jest w stanie zapanować nad swoją złością i podejrzeniami.

Schemat

DYSTANSOWANIE SIĘ I OBCOŚĆ WOBEC SIEBIE oraz ATAKOWANIE I NEGOWANIE INNYCH

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Aktywności umysłowej –

Chaotyczność i sprzeczności w przekonaniach na swój temat i innych ludzi. Z jednej strony przekonania sugerujące że istnieją jakieś powody do uzyskiwania od innych miłości i wsparcia – z drugiej strony przekonania o posiadaniu takich cech, które uniemożliwiają otrzymywanie tego, czego pragnie. Trudność rozpoznawania swoich potrzeb. Sprzeczny obraz partnera. Zmienne przekonania i wartości. Np. „Nie wiem jaka jestem i co jest dla mnie ważne”, „Trudno mnie kochać i być ze mną”, „Muszę sprawdzać i poddawać trudnym próbom tych z którymi się wiąże”. „Grozi mi samotność”.

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Zjawisk i procesów emocjonalnych

Impulsywne samo wzbudzanie stanów rozdrażnienia i gniewu. Niekontrolowane wybuchy złości. Nieufność i podejrzliwość. Lęk przed osamotnieniem i porzuceniem, automatycznie przekształca się w gniew.

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Wzorów behawioralnych i strategii interpersonalnych

Atakowanie jako forma kontaktu z ważnymi osobami. Agresja wobec partnera bez ważnego powodu, krzyki i agresywne zachowania. Szantażowanie i straszenie jako formy wywierania wpływu, zachowania autodestrukcyjne. Atakowanie jako sprawdzanie trwałości związku i nastawienia partnera. Komunikowanie partnerowi życzenia jego śmierci i błaganie by jej nie opuścił.

Czynniki aktywizujące schemat –

Funkcjonowanie w związku intymnym. Chwile samotności. Sygnały niezadowolenia partnera.

III . PROBLEM.

Klient ma trudności w utrzymywaniu konstruktywnych kontaktów w środowisku pracy.

Opis sytuacji problemowej

Czesław mimo posiadanego wykształcenia i umiejętności od dawna nie dostał awansu i źle się czuje w pracy. Jest bardzo sumienny i perfekcyjny – wymaga tego samego od współpracowników. Krytykuje ich, kontroluje i stara się zmusić do staranniejszego wykonywania obowiązków. Stara się dawać dobry przykład sumienności i staranności ale z powodu ciągłych obaw ze nie uda się mu bezbłędnie zrealizować zadań i że może wydarzyć się coś nieprzewidzianego, często nie jest w stanie dokończyć tego, co zaczyna. Obwinia wtedy współpracowników zarzuca im niesumienność i znajduje uzasadnienie do stałej kontroli i dyscyplinowania. Jest nie lubiany i współpracownicy starają się go unikać. Czesław to spostrzega, źle się z tym czuje ale to go motywuje do bardziej usilnej i sumiennie wykonywanej pracy.

Schemat

KONTROLOWANIE I WYWIERANIE PRESJI NA SIEBIE ORAZ DOMINOWANIE I KONTROLOWANIE INNYCH

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Aktywności umysłowej –

Sztywne przekonania tworzące system, nakazów, zakazów i powinności oraz wyobrażenia o katastroficznych konsekwencjach ich nie wypełnienia. Wizje hierarchicznego porządku świata i biegunowe kryteria oceniania ludzi i zdarzeń. „Trzeba nieustannie czuwać i kontrolować sytuacje by uchronić się przed katastrofą. Np. „Ludzie są zawodni i mogą coś zaniedbać ale ja muszę pilnować wszystkiego bo jestem za to odpowiedzialny”. Jak nie dopilnuję wszystkiego, to stracę pracę”.

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Zjawisk i procesów emocjonalnych –

Stały lęk przed katastrofą, kompromitacją i karą. Transformowanie lęku w złość na siebie a następnie przekierowywanie jej na innych, którzy znajdują się niżej w hierarchii. Poczucie winy i wstyd maskowane oskarżaniem i zawstydzaniem innych.

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy Wzorów behawioralnych i strategii

interpersonalnych - Kontrolowanie, sprawdzanie i krytyczne ocenianie innych. Wymaganie podporządkowania i wysokiego poziomu zaangażowania w wykonywanie zadań zawodowych od innych. Wskazywanie siebie jako przykładu do naśladowania.

Czynniki aktywizujące schemat

Sytuacje zawodowe, wykonywanie zadań, kierowanie pracą innych

IV. PROBLEM

Klientka nie radzi sobie z lękiem, że mąż ją porzuci i że sama nie potrafi sobie radzić z trudnościami życiowymi

Opis sytuacji problemowej

Danuta wcześniej wyszła za mąż i całe swoje życie skoncentrowała na życiu rodzinnym (mąż i dzieci). Ma zawód ale nigdy go nie wykonywała. Wzorowo wypełnia tradycyjnie rozumianą rolę żony, jest całkowicie podporządkowana mężowi, który jest bardzo wymagający i dominujący. Danuta często i od dawna doznaje obaw, że mąż mógłby ją porzucić, choć on nie daje jej powodów do podejrzeń. Wyobrażenia i fantazje, że mogłaby zostać sama są dla niej tak przerażające, że pod ich wpływem, coraz bardziej uporczywie stara się o uwzględnianie wymagań męża i nie jest w stanie podejmować żadnych decyzji w żadnej sprawie.

Schemat.

STRASZENIE SIEBIE ORAZ PODPORZĄDKOWYWANIE I UZALEŻNIENIE OD INNYCH

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy aktywności umysłowej –

Utrwalone przekonania o własnej niesamowystarczalności, niepełności i zależności. Myślenie katastroficzne na temat konsekwencji bycia bez partnera. Straszenie siebie wizjami zagrożeń zgubienia się i samotności. Myśli o własnym sprzeciwie wobec innych, buncie, odchodzeniu lub usamodzielnianiu prowadzą do finału

katastroficznego – kara i unicestwienie. Np. w sytuacjach gdy mąż robi coś co jest dla niej nieprzyjemne nie próbuje myśleć że mąż nie ma racji i postępuje niewłaściwie tylko myśli |muszę bardziej się starać, żeby nie miał powodu do odejścia..”

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy zjawisk i procesów emocjonalnych

Częste pojawianie się niepokoju i lęku przed samotnością, poczucia bezradności i słabości, strachu przed podejmowaniem odpowiedzialności. Tendencja do odruchowego tłumienia lub skierowywania przeciw sobie reakcji gniewu. Doświadczenie utraty energii i przygnębienia gdy mąż wychodzi z domu. Poczucie zależności i przymusu stałego czuwania nad tym, by mąż się nie rozgniewał i nie odsunął.

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy wzorów behawioralnych i strategii interpersonalnych

Bardzo staranne wykonywanie coraz większej ilości obowiązków jako forma zasługiwania na przychylności. Tendencja do podporządkowywania się wymaganiom męża i proszenia go o obecność i kontakt. Rezygnowanie z kontaktów poza rodziną.

Czynniki aktywizujące schemat

Mąż wyraża niezadowolenie z jakiegoś zachowania klientki. Mąż wyjeżdża na delegacje lub spóźnia się itp. Pojawianie się nowych obowiązków lub nowych wymagań męża.

V. PROBLEM

Klientka nie potrafi nawiązywać kontaktów towarzyskich i cierpi z powodu samotności

Opis sytuacji problemowej

Ela jest młodą i atrakcyjną kobietą, jednak mimo pragnienia bliskich kontaktów, unika sytuacji w których mogłaby kogoś poznać. Gdy już znajdzie się w takiej sytuacji, ogarnia ją paraliżujący lęk, bardzo trudno jest jej brać udział w rozmowach. Boi się że inni ludzie będą ją odbierać jako głupią, śmieszna i nieciekawą. Gdy zostaje sama, obwinia siebie i bardzo wstydzi się swoich „defektów”.

Schemat

LEKCEWAŻENIE, POMNIEJSZANIE I DEPRECJONOWANIE SIEBIE ORAZ UNIKANIE I WYCOFYWANIE SIĘ OD LUDZI.

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy aktywności umysłowej

Utrwalone przekonania na temat bycia osobą „wybrakowaną” i nieatrakcyjną. Tendencja do pojawiania się wspomnień sytuacji w których czuła się odrzucana i kompromitowana oraz przypisywała sobie odpowiedzialność za te porażki. Częste i automatyczne wyobrażanie sobie sytuacji odrzucenia i ośmieszania (scenariusz odrzucenia przez mężczyznę). Automatyczne myśli o „traceniu ostatniej szansy”.

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy zjawisk i procesów emocjonalnych

Utrwalony lęk przed oceną, wstyd i smutek. Poczucie niskiej wartości w sytuacjach towarzyskich. Lęk przed kompromitacją i odrzuceniem jest silniejszy od lęku przed samotnością. Automatyczne przekształcanie lęku w złość na samą siebie.

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE Schematyczne formy wzorów behawioralnych i strategii interpersonalnych

Unikanie spotkań z nieznanymi osobami, wycofywanie się z kontaktów towarzyskich, karamie się za „tracenie szansy”

Czynniki aktywizujące schemat

Proponowanie uczestnictwa w spotkaniach. Pozostawanie w samotności po wycofywaniu się z kontaktów. Patrzenie w lustro.

VI. PROBLEM

Klient nie potrafi utrzymać związku i nie radzi sobie z zagrożeniem odejścia żony.

Opis sytuacji problemowej

Franek jest w drugim małżeństwie. Pierwsze rozpadło się z powodu odejścia żony. Na początku drugiego małżeństwa żona była bardzo zakochana i zafascynowana Frankiem i jego zdaniem był to bardzo dobry okres w jego życiu, w którym czuł się doceniany i kochany. Jednak od ponad roku żona przestaje okazywać tyle podziwu co poprzednio, zaczęła się domagać uwagi dla siebie i coraz częściej wyraża swoje oczekiwania wobec niego. Ostatnio zaczęła grozić rozwodem, jeżeli Franek nie będzie poświęcał jej więcej uwagi i i uwzględniał jej pragnienia i propozycje. Franek nie rozumie tego co się dzieje, o co żonie chodzi, uważa że żona zachowuje się dziwacznie i nie potrafi go doceniać. Nie chce jednak by od niego odeszła i pragnie by nadal go adorowała jak na początku związku. Liczy że terapia pomoże mu to osiągnąć.

Schemat

ADOROWANIE SIEBIE I WYWYŻSZANIE SIĘ ORAZ MANIPULOWANIE I EKSPLOATOWANIE INNYCH.

Analiza zawartości schematu

A. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE SCHEMATYCZNE FORMY AKTYWNOŚCI UMYSŁOWEJ

Utrwalone przekonania o własnej niezwykłości, atrakcyjności i wartości, o szczególnych uprawnieniach i braku konieczności liczenia się z innymi (automatycznie pojawiające się myśli, że dla żony powinno być najwyższym dobrem i nagrodą, że może współżyć z tak atrakcyjną osobą, jaką jest, nie musie więc nic więcej i specjalnie robić, tylko być i otrzymywać od niej to, co mu się należy). Utrwalone wyobrażenia o idealnym związku i o całym jego życiu, w których wszyscy go adorują i podziwiają, nie chcą niczego w zamian. Adorowanie go wydaje mu się oczywiste i traktuje to jako potwierdzenia swych wyjątkowych atrybutów. Np. często myśli – Jeżeli żona zobaczy i zrozumie jaki jestem wyjątkowy to zrozumie swój błąd i będzie jak dawniej mnie podziwiała.

B. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE SCHEMATYCZNE FORMY ZJAWISK I PROCESÓW EMOCJONALNYCH

Zdystansowanie wobec doznań emocjonalnych, tendencja do powierzchownego zadowolenia z siebie. Poczucie wyższości i wyjątkowości. W sytuacjach niespełnienia oczekiwań adoracji i podziwu ze strony innych lub utraty związków pojawia się silne wzbudzenie gniewu, niepokoju i pustki. (np. złość na żonę gdy zagroziła odejściem ale równoczesne doznawanie lęku i zagubienia)

C. TENDENCJE KSZTAŁTUJĄCE SCHEMATYCZNE FORMY WZORÓW BEHAWIORALNYCH I STRATEGII interpersonalnych

Wykorzystywanie żony i manipulowanie nią dla własnych korzyści. Lekceważenie jej potrzeb. Postawy roszczeniowe, stawianie wymagań, opowiadanie o własnej wyższości i wyjątkowości. Próby uwodzenia w sytuacji groźby odejścia żony. (gdy żona napisała pozew rozwodowy zaprosił ją na kolację przy świecach i starał się ją olśnić by doceniła jego wyjątkowość)

Czynniki aktywizujące schemat - Uczestniczenie w kontaktach z innymi ludźmi.

INNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA OSOBOWOŚCI

Które mogą wpływać na powstawanie i rozwiązywanie problemów **SYSTEM DĄŻEŃ I WARTOŚCI OSOBISTYCH**

- a) hierarchia dążeń kierunkowych (ważniejszych pragnień, potrzeb, celów (itd.),
- b) system i hierarchia wartości i ideałów osobistych – standardy ewaluacji czynów i doświadczeń.

STAN ŚWIADOMOŚCI

- a) dominująca treść świadomości – na czym się koncentruje (doznania somatyczne, myślenie, bodźce..)
- b) organizacja świadomości - wybiórczość i powierzchowność, zawężanie, rozpraszenie
- c) zaburzenia koncentracji uwagi itd..

KONFLIKTY I MECHANIZMY OBRONNE

podstawowe konflikty wewnętrzne (np. między potrzebą zależności a pragnieniem autonomii; między potrzebą rozwoju a lękiem wobec zmiany. między dążeniem do władzy a pragnieniem akceptacji, między doznawanym gniewem a lękiem przed karą itd.)

- a) typowe mechanizmy obronne które się uruchamiają w celu redukcji poczucia zagrożenia

ZJAWISKA I PROCESY INTEGRUJĄCE

- a) konstruktywne czynności zaradcze i właściwości stanowiące mocne strony, zjawiska, które zwiększają zdolności do radzenia sobie ze stresem oraz wspomagają uzyskiwanie satysfakcji i realizację celów życiowych,
- b) umiejętności interpersonalne (rozumienie, komunikowanie, wywieranie wpływu itd.),
- c) umiejętności intrapersonalne (zdolność do kontroli emocjonalnej-odrączania gratyfikacji, samo uspokajania itp)

STYL TEMPERAMENTALNY

Warto również zwracać uwagę na biologicznie zdeterminowane czynniki, które kształtują indywidualność każdego człowieka, tzn. wpływają na formę organizacji jego aktywności oraz na specyfikę doświadczania różnych sytuacji życiowych.

Cz. V

OKREŚLENIE GENEZY SCHEMATÓW TWORZĄCYCH ŹRÓDŁA PROBLEMÓW

Określenie genezy schematów jest przydatne dla pogłębienia zrozumienia osoby i przebiegu procesu pomagania oraz dla opracowywania strategii psychoterapeutycznych.

Najważniejsze obszary historii życia - źródła doświadczeń tworzących negatywne schematy osobiste;

1. sytuacja rodzinna w dzieciństwie
2. relacje z matką – styl, doświadczenia, zaspokajanie potrzeb
3. relacje z ojcem – jw.
4. relacje z innymi osobami znaczącymi
5. doświadczenia traumatyczne
6. kontakty z rówieśnikami
7. doświadczenia szkolne
8. początkowe doświadczenia erotyczne – fantazje, masturbacja, inicjacja itd.
9. doświadczenia i relacje intymne – hetero i homo
10. doświadczenia zawodowe – kontakty z przełożonymi i kolegami
11. ważne wydarzenia i sytuacje
12. inne

1. Czynniki biogenne – wpływające na sposób doświadczania sytuacji życiowych

-dziedziczność -czynniki prenatalne (komplikacje ciąży, stan zdrowia i odżywiania matki, poród itd.),
-dyspozycje konstytucjonalne (pierwotne wzory reagowania, temperament).

2. Wczesne doświadczenia związane z realizacją zadań rozwojowych i zaspokajaniem podstawowych potrzeb

Różne koncepcje faz rozwojowych wskazują na istotną rolę wczesnodziecięcych doświadczeń związanych z przechodzeniem przez ważne etapy rozwoju człowieka a w szczególności na zaburzający wpływ na późniejsze życie niepowodzeń w realizacji specyficznych zadań rozwojowych. Np. typ przywiązania do matki w okresie niemowlęstwa może determinować cały proces rozwoju emocjonalnego a doświadczenia stanowiące konsekwencje nadmiaru i niedosytu stymulacji we wczesnych fazach rozwoju wg Erickssona mogą w specyficzny sposób kształtować podstawy osobowości.

a) Destrukcyjne schematy powstają z powodu niezaspokojenia podstawowych potrzeb;

- ☐ bezpiecznego przywiązania do innych (bezpieczeństwo, stabilność, opieka, akceptacja)
- ☐ autonomii, kompetencji i tożsamości
- ☐ wolności wyrażania ważnych potrzeb i emocji
- ☐ spontaniczności i zabawy
- ☐ realistycznego ograniczania i samokontroli

b) Toksyczne doświadczenia w dzieciństwie obejmują;

- ☐ toksyczną frustrację potrzeb
- ☐ traumatyzację i wiktymizację
- ☐ zbyt dużo doświadczania „dobrych rzeczy” –nadopiekuńczość
- ☐ selektywna internalizacja lub identyfikacja ze znaczącymi osobami

c. Środowiskowe źródła zjawisk patogennych kształtujących schematy

- ☐ Postawy i uczucia rodziców oraz styl relacji z dziećmi
- ☐ Metody kontroli zachowania
 - o karanie, przypadkowe nagradzanie, sprzeczności i niekonsekwencje,
 - o nadmierne ochranianie i nadmierne pobbłażanie.

- Style komunikowania w rodzinie
 - zawartość ważnych przekazów (przekonań i wzorów postępowania)
 - trening lęku,
 - trening wstydu i poczucia winy,
 - trening innych postaw (niższości, seksu, agresji, nieadekwatności społecznej itd.),
 - podwójne związanie.
- Struktura rodziny - brak lub utrata ważnych postaci, -kłótnie i rozdarcia, -rywalizacja rodzeństwa, - kolejność narodzin.
- Doświadczenia traumatyczne. – przemoc, straty ważnych osób, choroby i pobyty w szpitalu

3. Czynniki sprzyjające kontynuowaniu wzorów funkcjonowania

a) Przeszkody w wygaszaniu patologicznych wzorów:

- presymboliczny charakter uczenia się we wczesnym dzieciństwie – utralają się we wczesnych fazach rozwoju
- wczesne traumy utralają się biologicznie w ośrodku mózgowych regulujących procesy emocjonalne
- - przypadkowy charakter skojarzeń tworzących wzory,
- - nadmierna generalizacja bodźców.

b). Wzmocnienia społeczne:

- - powtarzanie się doświadczeń w codziennym rytmie i rutynie życia,
- - wzajemne i zwrotne wzmacnianie w interakcjach,
- - stereotypy społeczne dotyczące charakteryzowanych właściwości.

c). Samoutrwalać się tendencji patologicznych:

- uzyskiwanie poczucia bezpieczeństwa przez zawężenie i redukcję kontaktu ze światem, co utrudniało zdobywanie nowych doświadczeń,
- zniekształcanie obrazu świata i siebie przekształcające zwyczajne doświadczenia w sytuacje trudne,
- wczesnie wyuczone wzory zachowań są przenoszone na nowe sytuacje, do których źle pasują,
- nie załatwione konflikty i niezaspokojone potrzeby, które zostając stłumione nadal utrzymują się, zniekształcając późniejsze doświadczenia,
- pragnienie powtarzania wzorów i sytuacji, które przynosiły częściową satysfakcję
- aktualny stres i patogenne warunki życia społecznego.

PODSTAWOWE STRATEGIE SŁUŻĄCE ZMIANIE SCHEMATÓW

1. Rozpoznawanie przez klienta chronicznej i automatycznej aktywności utrwalonych form myślenia, stanów emocjonalnych i tendencji behawioralnych oraz ćwiczenie umiejętności ich świadomego monitorowania .
2. Rozpoznawanie tych wydarzeń i doświadczeń z przeszłości, które odegrały istotną rolę w utrwaleniu się schematycznych form myślenia, emocji i tendencji behawioralnych oraz ich wpływu na aktualne funkcjonowanie,
3. Reaktywowanie śladów tych doświadczeń z przeszłości, które odegrały istotną rolę w utrwaleniu się schematycznych form myślenia, emocji i tendencji behawioralnych, w taki sposób, że klient uzyskuje korektywne doświadczenia modyfikujących obecność tych śladów i związanych z nimi schematów
4. Uzyskiwanie przez klienta nowych i konstruktywnych doświadczeń przy okazji;
 - a) uczestnictwa w uzdrawiającej relacji terapeutycznej
 - b) podejmowania eksperymentów i prób zmiany schematycznego myślenia i zachowania w sytuacjach codziennego życia
 - c) wyobrażeniowe inscenizowanie sytuacji i inspirowanie postaw klienta rozbieżnych ze schematem, w trakcie których klient przezwycięża tendencje schematyczne.

ROZWIJANIE UMIEJĘTNOŚCI KTÓRYCH DEFICYTY SĄ ZWIĄZANE ZE SCHEMATAMI

Zmianie dysfunkcyjnych schematów osobistych w psychoterapii powinna towarzyszyć praca nad rozwijaniem **specyficznych umiejętności** związanych ze samoświadomością i samoregulacją, czyli umiejętności:

- **rozpoznawania i monitorowania własnej aktywności umysłowej**
- **rozpoznawania i regulowania własnych stanów emocjonalnych**
- **dokonywania wyborów i podejmowania decyzji**

ANEKS

Kategorie, wskazówki i wymiary pomocne w poznawaniu klienta

WSKAZÓWKI I PYTANIA DO ROZMÓW WSTĘPNYCH I KONSULTACJI.

A. Określanie zachowania (i sytuacji) stanowiącego problem

1. Istota problemu tak, jak ją widzi klient

"Jak rozumiem, zgłosił się Pan tutaj ponieważ..."

/omówić przyczyny zgłoszenia się podane w skierowaniu lub w innym źródle informacji/ ,

-*"Chciałabym aby Pan powiedział o tym więcej. Co stanowi, według Pani/a problem?"*

/zorientować się, jaki jest pogląd klienta na własne zachowanie stanowiące problem, tzn. na to, co robi lub czego nie robi i co on sam lub ktoś inny określa jako problem./

2. Głębokość problemu

a/ "Jak poważny jest to dla Pani/a problem?" */Wysondować, jak klient spostrzega głębokość swojego problemu./*

b/ "Jak często Pani/...?" */- określić zachowanie stanowiące problem, jeśli problem polega na jakimś deficycie, zebranie informacji na temat częstotliwości zachowania./*

3. Ogólność problemu

a/ Czas trwania "Od jak dawna to już trwa?"

b/ Zakres "Gdzie problem ten ujawnia się zwykle?" - *Określić sytuacje, w których pojawia się zachowanie problemowe np. "Czy odczuwa Pan to w pracy? . w domu?"/*

B. Czynniki warunkujące zachowania problemowe

1. Warunki wpływające na nasilenie się tego zachowania

"Proszę przypomnieć sobie teraz sytuacje, kiedy /ten problem/ przejawia się najsilniej. Proszę opowiedzieć, co się wtedy dzieje."

2. Warunki wpływające na ustępowanie tego zachowania

"Proszę przypomnieć sobie sytuacje, kiedy... /ten problem/ poprawia się. Co się wtedy dzieje? Co temu towarzyszy?"

3. Spostrzegane przyczyny - "Go Pańskim zdaniem powoduje.../problem/?" "

4. Konkretnie źródła

"Proszę cofnąć się do momentu, w którym ostatni raz... /wystąpił problem/. Co działo się w tej sytuacji?"
Zależnie od potrzeby dowiedzieć się o:

a/ Czynniki międzyludzkie - "Czy byli tam inni ludzie? Kto? Co robili?"

b/ Czynniki wewnętrzne - "O czym Pan wtedy myślał? Jak się Pan czuł?"

5. Konkretnie następstwa

"Co wydarzyło się po... /pojawieniu się tego zachowania/?" *Zależnie od potrzeby;*

a/ następstwa międzyludzkie - "Co zrobili... /wyżej wymienione osoby znaczące?/"

b/ Następstwa wewnętrzne - "Jak Pan się po tym czuł?"

6. Sugestie dotyczące prób zmian

"Czy myślał Pan dużo nad... /problemem /. Co można by zrobić. Pana zdaniem, aby. poprawić tę sytuację/?"

7. Sugestie dotyczące następnych rozmów

"Czego, Pańskim zdaniem, powinnam się jeszcze dowiedzieć, aby Panu pomóc?"

8. Oczekiwania dotyczące terapii

„Czy ma Pani jakieś wyobrażenia na czym polega psychoterapia ? „, czy oprócz naturalnego pragnienia by lepiej się czuć i być bardziej zadowolona z życia, myśli Pani, że jakieś zmiany w Pani reakcjach, myślach, uczuciach lub zachowaniu mogły by się przyczynić do lepszego rozwiązywania Pani problemów ?

LUŻNE PYTANIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ STOSOWANE W ROZMOWACH

Pytania, które skupiają uwagę na obecnym problemie

1. Czy możesz poświęcić kilka minut i opisać sytuację, w której się teraz znajdujesz?
2. Czy możesz opowiedzieć mi trochę o sobie?
3. Czy mógłbyś mi opisać to, co się działo u ciebie w ostatnim tygodniu?
4. Jak spostrzegasz, jaki problem(y) przyniosłeś ze sobą?
5. Co cię skłoniło do szukania pomocy w tym czasie?
6. Jak poważny jest ten problem, jeśli chodzi o ciebie?

7. Kto jest najbardziej zaniepokojony przez twój problem(y)?
8. Jak ten problem wyraża się na co dzień? Czy możesz dać mi określone przykłady?
9. Jak ten problem przeszkadza lub uniemożliwia ci zrobienie rzeczy, które chciałabyś zrobić?
10. Wróć pamięcią do ostatniego razu, kiedy X (np. atak paniki) się wydarzyło? Co się w tym czasie działo?
11. Jak się czułeś? O czym w tym czasie myślałeś?
12. Czy miałeś podobne odczucia (terapeuta daje określone przykłady) i podobne myśli (danie określonych przykładów automatycznych myśli klienta) w innych sytuacjach? W jaki sposób, jeśli w ogóle, te sytuacje są podobne?
13. Jak spojrzysz na te różne sytuacje, gdzie podobnie reagowałeś, co one miały wspólnego, jeśli cokolwiek? Co robisz podobnie?
14. Jak poznajesz kiedy doświadczasz tego problemu (np. kiedy masz atak paniki, stajesz się przygnębiony)?
15. Jak niektóre z tych rzeczy czujesz? Myślisz? Robisz?
16. Jakiego rodzaju rzeczy wydają się czynić sytuację gorszą? Lepszą?
17. Rozmawialiśmy o tym, jak X (np. ataki paniki) wpływają na ciebie, ale jak twoim zdaniem mogą wpływać na innych z którymi żyjesz lub innych ludzi w twoim życiu?
18. Kto jeszcze jest zaangażowany w twój problem?
19. Jakimi sposobami próbowałeś zredukować twoje X (np. ataki paniki, problem, stres, depresję)?
20. Czy jest cokolwiek, co robisz aby próbować zapobiegać X?
21. Jak długo próbowałeś zredukować swój dyskomfort (np. ataki paniki, depresję)? Co, jeśli cokolwiek, wydawało się działać?
22. Pozwól mi zadać nieco odmienne pytanie. Co mogłoby przyczynić się do tego byś była mniej lub bardziej X (np. zmartwiona, zaniepokojona, przygnębiona.....)?

Pytania, które skupiają się na ogólnych oczekiwaniach

1. Jak odmienne mogłoby być twoje życie, gdyby X (np. lęk, depresja) zostały złagodzone?
 2. Jak chciałbyś to zmienić? Określ to tak, jak to możliwe.
 3. W minimum, jaką masz nadzieję, że co się stanie w wyniku podjęcia leczenia?
 4. Które z kilku sposobów mógłbyś próbować, aby zredukować X (np. ataki paniki) lub zwiększyć Y (np. stać się bardziej ekspresyjnym w wyrażaniu uczuć)?
 5. Jak myślisz co cię powstrzymuje (lub uniemożliwia) przed zrobieniem rzeczy lub czucia w taki sposób jak chcesz?
 6. Czy znałeś kogoś innego będącego w podobnej sytuacji lub mającego podobny problem? Jak sobie z tym poradził?
 7. Jaką radę, jeśli jakąkolwiek, miałbyś dla kogoś jeszcze, kto ma ten problem?
 8. Jakie czynniki mogłyby stanąć na drodze jemu lub jej w podjęciu twojej rady? Co, jeśli cokolwiek, mogłoby być odnośnie tego zrobione?
 9. Jak myślisz, co mogłoby być zrobione, aby polepszyć Twoją sytuację?... abyś mogła poczuć się lepiej?
 10. Co chciałabyś zrobić w celu zmiany swego życia?
 11. Od czego mógłby zależeć wynik naszej wspólnej pracy (leczenia)?
 12. Czy masz jakieś dodatkowe przemyślenia odnośnie tego, co można by było zrobić tutaj na terapii, aby ci pomóc?
 13. Czego się spodziewasz, że się wydarzy w czasie leczenia? Co chciałbyś, żeby się stało?
 14. Jakie przewidujesz problemy w związku z wystąpieniem zmiany w twoim życiu? Jak możemy nad nimi pracować?
 15. Jak myślisz, czego powinienem się jeszcze dowiedzieć o tobie i twojej sytuacji, aby pomóc ci z tym problemem?
 16. Jakich pytań nie zadałem, a powinienem zadać, aby nauczyć się więcej o tobie i twojej sytuacji?
 17. Jakie inne pytania powinienem zadać, aby lepiej zrozumieć twoją sytuację i co możemy zrobić, aby ci pomóc?
 18. Jak sądzisz, czy powinienem porozmawiać z kimś jeszcze z twojej rodziny (przyjaciół)? Czy mogłoby nam to pomóc lepiej zrozumieć to, co się dzieje i jak możemy najlepiej pracować razem? Kogo? Jak myślisz, co chcieliby powiedzieć?
 - 19. Czy masz jakieś pytania, które chcesz mi zadać**
-

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE ANALIZY NAJWAŻNIEJSZYCH OBSZARÓW W KTÓRYCH PRZEBIEGA ŻYCIE KLIENTA

I. Funkcjonowanie klienta w kontaktach z innymi osobami

Przed rozpoczęciem systematycznej analizy funkcjonowania poznawanej osoby w kontaktach z innymi ludźmi pożądane jest **ustalenie z klientem kilku osób, z którymi kontakty są dla niego najbardziej istotne psychologicznie** (nawet jeżeli aktualnie są rzadkie). Najczęściej należą do nich członkowie rodziny (ojciec, matka, partner, dziecko) przyjaciel, szef, rywal itd. Następne punkty analizy należy przeprowadzić **dla każdej z wybranych osób oddzielnie**.

1.1. Analiza postępowania

Należy scharakteryzować obraz wzajemnego postępowania w kontaktach z wybraną osobą, poszukując odpowiedzi na pytanie: „jak klient postępuje w kontaktach z tą osobą (na przykład żoną)?” oraz „Jak ona postępuje w kontaktach z klientem?” Nie chodzi o oceny postępowania, ale opis charakterystycznych właściwości tego zachowania. W zdecydowanej większości przypadków jedynym źródłem informacji na ten temat, którym dysponuje terapeuta jest opowieść klienta. Oznacza to, że przedmiotem analizy jest subiektywny obraz relacji, istniejący w umyśle klienta i ujawniający się w jego opowieści. Terapeuta często podejmuje próby intuicyjnej interpretacji narracyjnej rzeczywistości klienta i próbuje sobie wyobrazić „jak naprawdę” wyglądają relacje interpersonalne o których opowiada klient. Pomaga to terapeutce w uzyskaniu poczucia zrozumienia klienta choć rzeczywisty stan relacji nieraz bywa odmienny od tego co przedstawia klient.

Szczególnie należy uwzględnić dwa aspekty wzajemnego postępowania.

- a) Pierwszy to **wzajemne komunikowanie** się czyli wymiana myśli i wyrażanie uczuć.

Można zwrócić tu uwagę na:

- dominujące treści, które są komunikowane,
- umiejętność komunikowania poglądów i wyrażania uczuć,
- dominujące schematy komunikowania się,
- komunikaty bezsłowne (gesty, mimika).

Przedmiotem analizy może być także efektywność porozumiewania się, czyli, w jakim stopniu udaje się przekazywać ważne treści, a które z nich są zablokowane i zniekształcone.

- b) Drugi aspekt postępowania w kontaktach między ludźmi to **wzajemne oddziaływanie** czyli

wywieranie wpływu. Można zwrócić szczególną uwagę na :

- główne sposoby wywierania wpływu: wymagania, prośby, naciski, groźby, szantaż, wzbudzanie poczucia winy, wzbudzanie życzliwości itp.)
- jakie są efekty tych sposobów?
- jaki jest typowy sposób przyjmowania wpływu?
- jakie są źródła oporów przed wpływem?

Warto zwrócić uwagę na analizę przebiegu następującej sekwencji:

- Treść/rodzaj sytuacji _____
- co robi klient? _____
- jaki jest tego skutek? _____
- co robi druga osoba _____
- Jak czuje się wtedy klient i co myśli ? _____ jak się wtedy zachowuje ?

1.2. Analiza spostrzegania i rozumienia

Należy przeprowadzić analizę myśli i wyobrażeń klienta na temat wybranej osoby i wzajemnych kontaktów z nią.

Można to uzyskać np. zadając klientowi następujące pytania:

- Jaki jest Twój ojciec (co lubi i nie lubi, czego pragnie a czego boi, co jest dla niego ważne, jakie ma problemy itd.)?
- Jak Cię spostrzega i ocenia?, Jakie ma intencje wobec Ciebie?, Jaki Ty jesteś w kontaktach z nim (czego pragniesz, a czego się obawiasz, co lubisz a czego nie lubisz itd.)?

Należy pamiętać, że uzyskując od klienta informacje dotyczące wybranych aspektów jego życia i ludzi z którymi się kontaktuje, mamy do czynienia wyłącznie z jego subiektywnymi przekonaniami i wyobrażeniami – na ogół nie mamy możliwości konfrontowania tych wyobrażeń z faktami. Oznacza to, że wybrany fragment opowieści klienta może zawierać równocześnie informacje o jakichś ważnych faktach, które wywierają wpływ na jego życia **oraz o schematach jego myślenia i interpretowania tych faktów**.

1.3. Analiza doświadczania kontaktów z wybranymi osobami - Należy określić w jaki

sposób klient przeżywa kontakty z wybraną osobą i jak się do niej ustosunkowuje.

Szczególnie pożyteczne może być scharakteryzowanie:

- a) ważniejszych rodzajów stanów emocjonalnych, przeżywanych w trakcie -kontaktów (złość, sympatia, napięcie, smutek, strach),
- b) ważniejszych rodzajów poczuć Ja, takich jak na przykład poczucie siły, słabości, winy, niższości, wyższości, autentyczności, fałszu, krzywdy itp.,
- c) globalnej postawy emocjonalnej – np. DO, OD, NAD, POD (czyli przyjazne zainteresowanie, odsuwanie się, wrogość, dominacja, uległość itp.).

1.4. Analiza oczekiwań – Należy określić, jakie są:

- a) przewidywania dotyczące kontaktów z drugą osobą i jaki jest stopień subiektywnej pewności tych oczekiwań,
- b) pragnienia dotyczące tej osoby.

Oczekiwanie rozumiane jako przewidywanie dotyczące postępowania drugiej osoby i pragnienia, które jej dotyczą mogą występować zarówno w formie jawnej jak i ukrytej. Te ostatnie mogą ujawniać się stopniowo w miarę poznawania osoby. Szczególnie istotną rolę może odgrywać rozbieżność między pragnieniami a przewidywaniami, tworząc ważne źródło frustracji, lęku, gniewu lub smutku.

Analiza kontaktów z innymi ludźmi

Po zakończeniu analizy funkcjonowania w kontaktach z ważniejszymi osobami, można zwrócić uwagę na to w jaki sposób klient uczestniczy w innych mniej ważnych relacjach międzyludzkich. Dotyczyć to może na przykład uczestnictwa w różnych grupach towarzyskich, czy zawodowych. Warto zwrócić uwagę na miejsce czy rolę spełnianą w tych układach, na przykład czy aktywnie uczestniczy w kontaktach, czy trzyma się na uboczu, czy ma z tego satysfakcję, czy raczej źle się czuje w szerszym towarzystwie, czy jest osobą cenioną przez innych, czy szykanowaną itp.

Problemowe aspekty relacji z innymi ludźmi

Szczególnie istotne są takie aspekty relacji klienta z innymi ludźmi, jak np.:

- izolacja, wycofanie się, osamotnienie,
- stapianie się z otoczeniem i trudności z wyodrębnieniem się,
- zależność emocjonalna utrudniająca uzyskiwanie autonomii osobistej
- konflikt i walka, uporczywe i niszczące ścieranie się z innymi ludźmi.

Na zakończenie tej części analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

2. FUNKCJONOWANIE KLIENTA W KONTAKCIE Z SAMYM SOBĄ.

Analiza funkcjonowania klienta w tym zakresie obejmuje dwie perspektywy;

Pierwsza dotyczy nastawienia do samego siebie i rozumienia siebie.

Druga dotyczy osobistych czynności, które klient wykonuje wtedy gdy jest sam ze sobą.

A. Nastawienie do samego siebie;

- e) Typowe formy samookreślenia – jak klient nazywa siebie, swoje właściwości, tożsamość itd.
- f) Ocenianie i wartościowanie siebie – akceptacja, podkreślanie pozytywnych cech, deprecjonowanie
- g) Stosunek emocjonalny do siebie – przyjazny, wrogi, niechętny, obojętny, obcy, ambiwalentny, zaufanie do siebie, pogarda, szacunek itd.
- h) Poczucie rozumienia siebie lub dezorientacja

B. czynności osobiste - W tej części dokonuje się analizy sposobu życia klienta w tych momentach, w których spędza czas sam ze sobą, bez aktywnej interakcji z innymi ludźmi i bez wykonywania specyficznych zadań.

2.1. Analiza spania

Należy zwrócić tu uwagę przede wszystkim na kilka najważniejszych spraw związanych ze sposobem i rezultatami spania:

- Sposób spania – staramy się poznać stopień regularności snu, trwałość jego przebiegu, ewentualne problemy z zasypianiem i budzeniem się itd.
- Skutki spania – staramy się poznać czy sen przynosi pożądane efekty psychologiczne takie jak odpoczynek, poczucie świeżości, energii itp., czy też przynosi znużenie, rozdrażnienie, niepokój.
- Treść marzeń sennych – treść zapamiętanych snów nieraz może mieć istotne znaczenie dla osoby śniącej, może być pomocna w rozumieniu ważnych aspektów życia tej osoby, choć rozszyfrowanie znaczenia snów nie jest proste i może być dokonane tylko przez śniącego.

2.2 Analiza rozmyślania i fantazjowania - Szczególnie istotne jest poznawanie:

- treści ważniejszych tematów, wokół których koncentrują się rozmyślania i fantazje albo wspomnienia,

- funkcji psychologicznych – np. fantazjowanie bywa często formą wycofywania się z trudnych sytuacji, rozmyślanie o sobie często przybiera formę dręczenia siebie itd.

Poznając treść i funkcje osobistych refleksji i fantazji terapeuta może czasem uzyskiwać prawie bezpośrednio „obserwacje” jak funkcjonuje umysł klienta, w szczególności jakie schematy i stereotypy myślenia i wyobrażenia dominują w pracy umysłu klienta w odniesieniu np. do jego własnej osoby, świata lub życia.

2.3. Analiza jedzenia i picia - Szczególnie należy zwrócić uwagę na:

- sposób odżywiania się (objadanie się, głodzenie się, odchudzanie poprzez wymiotowanie i prowokowane opróżnianie, zawartość i obfitość, stosowanie diet, specyficzne funkcje psychologiczne, waga i stosunek do jedzenia),
- korzystanie z używek i nadużywanie oraz utrata kontroli (alkohol, papierosy, kawa),
- środki farmakologiczne (przeciwbólowe, nasenne, pobudzające, itd.).

2.5. Analiza innych czynności .

Interesujące klinicznie mogą być informacje dotyczące np. czynności kompulsywnych, związanych z wydalaniem /zaparcia, biegunka /, z autoerotyzmem, ćwiczenia fizyczne, inne specyficzne zainteresowania itp.

Problemowe aspekty kontaktu z samym sobą

Szczególnie istotne aspekty tych problemów związane są z takimi sprawami jak:

- cierpienia fizyczne,
- cierpienia psychiczne (nasilenie przykrych uczuć),
- trudności z samookreśleniem (niejasne poczucie tożsamości),
- brak kontaktu z własnymi uczuciami i pragnieniami
- negatywny stosunek do siebie i samo przeszkadzanie
- samo niszczenie (psychiczne i fizyczne formy autodestrukcji).

Na zakończenie tej części analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

3. FUNKCJONOWANIE W SYTUACJACH ZADANIOWYCH

Podejmujemy tu analizę sposobu życia klienta dokonywaną z perspektywy dążenia do określonych celów i do realizacji różnych zadań życiowych. Przede wszystkim należy wyodrębnić kilka ważniejszych rodzajów zadań życiowych, które klient próbuje realizować i dla każdego z nich przeprowadzić analizę.

Do szczególnie ważnych sytuacji zadaniowych należą sytuacje zawodowe (nauka, praca) oraz podejmowanie takich zadań życiowych jak np. zdobycie mieszkania, pracy, wyjazdów, zakupów, poszukiwania partnera itd. Dla każdego z wybranych rodzajów zadań i sytuacji można rozpoznawać:

3.1. rodzaj i intensywność dążeń osoby oraz sytuacyjne możliwości ich realizacji.

3.2 jakie umiejętności potrzebne są do realizacji tych dążeń i czy osoba nimi dysponuje oraz jakie są **zewnętrzne wymagania** w tym zakresie.

3.3. sposób kierowania postępowaniem w trakcie realizacji danego rodzaju zadań, a więc, czy osoba sama steruje swym postępowaniem, kierując się autonomicznymi dyrektywami i sama podejmuje decyzję – czy też podlega zewnętrznemu sterowaniu, realizuje cudze pomysły i oczekiwania, jak intensywne są naciski sytuacyjne z zewnątrz itd.

3.4. stan wewnętrznej integracji (obecność wewnętrznych konfliktów, proporcje sił scalających i rozdzierających itd.) oraz obecność i nasilenie sytuacyjnych, zewnętrznych czynników stresowych, tworzących obiektywne zagrożenie integralności osoby.

3.5. stan orientacji osoby w przebiegu realizacji zadań – sposób i jakość jej samopoznania w sytuacjach zadaniowych oraz rozumienia zewnętrznych okoliczności, w których działa.

3.6. jaka jest efektywność działań związanych z ważnymi dążeniami klienta.

Problemowe aspekty realizacji zadań życiowych

Ta grupa problemów związana jest przede wszystkim z trudnościami w realizacji zadań życiowych i osiągnięciu celów. Szczególnie istotne wydają się następujące aspekty tych problemów

a) Zbyt małe umiejętności i trudności z przystosowaniem się do wymogów sytuacji zadaniowych (np. słabe umiejętności uczenia się w stosunku do postawionego sobie zadania ukończenia studiów wyższych).

b) Trudności z samostanowieniem i kierowaniem przebiegiem działania (np. trudności w podejmowaniu decyzji, stałe poczucie niemożliwości wyboru postępowania).

c). Dezintegracja funkcjonalna, dezorganizacja aktywności, wyraźne obniżenie sprawności działań, które osoba potrafi wykonywać pod wpływem nasilenia wewnętrznego napięcia. w przebiegu postępowania.

e). Niedostatek energii osobistej i niewłaściwe sposoby jej użytkowania, gdy np. zbyt mało sił udaje się zmobilizować do działania związanego z realizacją zadań życiowych, gdy siły te są zużywane do innych celów (np. do dręczenia samej siebie).

Na zakończenie tej części analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

4. FUNKCJONOWANIE W ROLACH SPOŁECZNYCH I WZORACH KULTUROWYCH.

Wielu ludzi swoje postępowanie ocenia i odnosi do istniejących w ich środowisku i w całym społeczeństwie oczekiwań, reguł i wzorów postępowania. Uznawane przez klienta role społeczne i wzory kulturowe mogą wpływać na jego sposób życia. Przy wyborze do analizy ważniejszych ról i wzorów można zwrócić uwagę na:
-role związane z płcią, wiekiem, pozycją w rodzinie, w środowisku zawodowym i szkolnym,
-specyficzne wzory obyczajowo-środowiskowe (np. “inteligent”, “artysta”, “mieszkaniec dużego miasta” lub na negacje takich wzorów, które osoba uważa za złe lub wstydlive (np. “nie być drobnomieszczańskim”, “nie być konwencjonalnym”, “nie wyglądać na kogoś ze wsi” itd.)

Dla każdego z wybranych wzorów i ról można przeprowadzić analizę, zwracając kolejno uwagę na:

4.1. treść wyobrażeń klienta o wymaganiach związanych z rolą lub wzorem kulturowym,

4.2. stosunek do tych wymagań (akceptacja, afirmacja, ambiwalencja, negacja),

4.3. sposób postępowania w związku z rolą oraz reakcje otoczenia,

4.4. sposób doświadczania (różne stany emocjonalne związane z rolą lub wzorem).

Na zakończenie analizy można określić jakie reakcje zachodzą pomiędzy wymaganiami różnych wzorów i na ile są one zgodne lub konfliktowe.

Problemowe aspekty realizacji wartości

Główne aspekty problemów w tym zakresie to:

a). Niedostatek realizacji wartości osobistych (“zbyt mało robię tego, co osobiście uważam za ważne i cenne”), czasem również zbyt niska świadomość własnych wartości związana z poczuciem pustki egzystencjalnej, brakiem poczucia znaczenia własnego życia (“właściwie nie mam niczego cennego w życiu, niczego w co mógłbym uwierzyć”).

b) negacja i naruszanie wartości osobistych (“robię coś, co stanowi zaprzeczenie, niszczenie tego co uważam a wartościowe, w co wierzę”).

c) Niedostatek realizacji lub zaprzeczenie wartościom powszechnie uznawanym przez innych ludzi. W tym miejscu istnieje możliwość, choć może być ona uznana za dyskusyjną, określenia problemów, której klient sam nie zgłasza a nawet im zaprzecza, ale jego sposób życia narusza ważne wartości chronione przez innych ludzi. Sformułowanie takiego problemu u klienta nabiera nieco innego znaczenia niż w poprzednich punktach.

Na zakończenie tej części analizy należy wstępnie sformułować listę problemów w danym obszarze.

ZJAWISKA SYMPTOMATYCZNE DLA PROBLEMÓW KLINICZNYCH

Na zakończenie analizy sposobu życia klienta można dokonać zestawienia zjawisk symptomatycznych, czyli takich które wydają się być **sygnałami czy przejawami zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń osobowości, chorób psychicznych oraz trudności emocjonalnych i tzw. problemów osobistych**. Przy wstępnym rozpoznawaniu **objawów zaburzeń** psychoterapeuta może skorzystać z popularnego kwestionariusza SCL -90. Należy jednak podkreślić, że pytania tego kwestionariusza i wyniki obliczane przy jego pomocy **nie mogą być automatycznie traktowane jako kliniczne rozpoznanie diagnostyczne poszczególnych zaburzeń.**

SCL-90 jest kwestionariuszem samoopisu, ukierunkowanym na diagnozę symptomów psychopatologicznych mogących występować u pacjentów psychiatrycznych. Został on skomponowany z 90 punktów, które odzwierciedlają dziewięć podstawowych zespołów objawów, wchodzących w skład ogólniejszych klas zaburzeń zachowania. Z tych 90 punktów niektóre wykraczają poza podstawowe zespoły zaburzeń; są to zaburzenia jedzenia i snu. Pierwotne zespoły psychopatologiczne mierzone kwestionariuszem SCL-90 tworzą 9 następujących skal:

I. **somatyzacja** -punkty tej skali odzwierciedlają dyskomfort wynikający z obserwowanych symptomów cielesnych. Włączone zostały objawy związane z mięśniem sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami autonomicznymi. Bóle pleców, głowy i mięśni także zostały ujęte, jak również somatyczne objawy lęku.

II. **natręctwa** - Punkty tworzące podstawę tej skali odzwierciedlają zachowania charakterystyczne dla klinicznego zespołu natręctw. Skala ta koncentruje się na myślach, impulsach i działaniach, których jednostka doświadcza jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich. Zachowania identyfikowane jako ogólniejsze zaburzenia poznawcze /np. *pustka w głowie - wspomnienia problemów, kłopotów* / także mieszczą się w tej skali.

III. **nadwrażliwość interpersonalna** - Objawy podstawowe dla tej skali koncentrują się na poczucie nieadekwatności interpersonalnej, niższości, szczególnie w porównaniu z innymi osobami. Samodeprecjacja /niskie poczucie własnej wartości?/, niepokój i znaczący dyskomfort w relacjach interpersonalnych są charakterystyczne dla osób osiągających wysoki wynik w skali nadwrażliwości interpersonalnej. Poczucie wyczułonej samoświadomości i negatywne oczekiwania odnoszące się do komunikacji interpersonalnej są również typowym źródłem dyskomfortu mierzonego tą skalą.

IV. **depresja** - Skala określona jako depresja odzwierciedla szeroką grupę symptomów wchodzących w zespół depresji klinicznej. Reprezentowane są objawy dysforii, nastroju, jak również znaczącego wycofania zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej. Skala ta odzwierciedla równie dobrze uczucie beznadziejności i bezzadności /daremności/, jak i inne poznawcze i somatyczne korelaty depresji, a także kilka punktów odnosi się do myśli samobójczych.

V. **lęk** - Skala ta zawiera objawy i zachowania wiążące się klinicznie z wysokim uświadamianym lękiem. Ogólne wskaźniki, takie jak niepokój, nerwowość i napięcie zostały uwzględnione w skali, podobnie jak objawy somatycznego uzależnienia np. "drżączka". Poszczególne punkty zawierają informacje o uogólnionym lęku, atakach paniki oraz jedno dotyczy uczucia dysocjacji. Definicja tej skali w stosunku do poprzedniej wersji kwestionariusza SCL została rozszerzona.

VI. **wrogość** - Zaobserwowano, iż obecność gniewu i zachowań wrogich jest ważną determinantą w podejmowaniu decyzji co do leczenia ambulatoryjnych pacjentów psychiatrycznych /np. w diagnozie, propozycji leczenia/. Ten fakt doprowadził do włączenia w kwestionariuszu SCL-90 skali wrogości. Aktualna skala jest skonstruowana w oparciu o trzy kategorie: myśli, uczucia i zachowania. Typowe punkty odnoszą się do uczuć irytacji, impulsywnego niszczenia przedmiotów, ale skala zawiera także częste i niekontrolowane wybuchy złości

VII. **fobie** - Skala ta obejmuje epizody ostrych stanów fobicznych lub agorafobii /2,3/. Lęki pochodzenia fobicznego związane z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem czy miejscami publicznymi i pojazdami są reprezentowane w punktach tej skali. Dodatkowo dołączono kilka punktów przedstawiających zachowania związane z fobiami społecznymi.

VIII. **myśli paranoidalne** - Aktualna skala myśli paranoidalnych powstała w oparciu o założenie, że zachowania paranoidalne najlepiej opisywać biorąc pod uwagę objawy. Autorzy przyjęli punkt widzenia Swansona i innych /4/ że zjawisko paranoi najlepiej opisuje charakterystyczny dlań sposób myślenia. Zgodnie z tym punkty tej skali charakteryzują myślenie paranoidalne. Swanson i inni /4/ wymieniają myślenie projekcyjne, wrogość,

podejrzliwość, egocentryzm, iluzje, brak autonomii, urojenia wielkościowe jako główne cechy charakterystyczne dla paranoi.

IX. Psychotyczność - Zanim zachowania psychotyczne poddano obserwacji u pacjentów ambulatoryjnych i zanim odegrało ono krytyczną rolę w decyzjach administracyjnych i leczniczych, skala psychotyzmu została już umieszczona w SCL-90. Podejście przyjęte przy konstruowaniu tej skali obejmuje szeroki zakres zachowań psychotycznych. Skala obejmuje zarówno typowe zachowania psychotyczne, jak i charakterystyczne dla rzekomego procesu psychotycznego/?. Cztery punkty zawierają osiowe objawy schizofrenii wymieniane przez Schneidera : omamy słuchowe, transmitowanie myśli, kontrolowanie myśli z zewnątrz i nasyłanie myśli /5, 6, 7/. Dołączono również mniej znaczące psychotyczne zachowania, będące wskaźnikami schizoidalnego stylu życia. Tak szerokie podejście zwiększa czułość i użyteczność samoopisowego kwestionariusza , jakim jest SCL-90.

SCL-90 Struktura treści kwestionariusza

Przy wypełnianiu kwestionariusza klient jest pytany o występowanie poniższych objawów w ciągu ostatniego miesiąca i o ocenę intensywności objawów w skali czteropunktowej.

I. Somatyzacja (liczba punktów kwestionariusza: 12)

nr	
42	bóle mięśni
52	dreptanie lub mrowienie w jakiejś części ciała
58	odczucie ociężałości w rękach lub nogach
56	osłabienie w jakiejś części ciała
12	bóle serca lub klatki piersiowej
49	nagle robi mi się zimno lub gorąco
27	bóle krzyża
48	trudności w oddychaniu
4	omdlenia lub zawroty głowy
53	dławienie w gardle
1	bóle głowy
40	nudności lub inne dolegliwości żołądkowe

II. Natręctwa (liczba punktów kwestionariusza: 10)

nr	
45	wielokrotne sprawdzanie wszystkiego, co robię
38	muszę robić wszystko bardzo powoli, bo zależy mi na staranności
51	wrażenie pustki w głowie
9	kłopoty z pamięcią
46	trudno mi się na coś zdecydować
55	trudno mi się na czymś skoncentrować
10	przeszkadza mi niestaranność i niedokładność
28	kiedy mam coś robić, ogarnia mnie uczucie niemożności
65	mam przymus powtarzania niektórych czynności, np. dotykanie czegoś, liczenie, mycie itp.
3	nachodzą mnie myśli, słowa lub wyobrażenia, od których nie mogę się uwolnić

III. Nadwrażliwość interpersonalna (liczba punktów kwestionariusza: 9)

nr	
6	wyczuwam, że inni są krytycznie do mnie nastawieni
21	Jestem nieśmiały lub skrępowany wobec płci przeciwnej
34	łatwo mnie urazić
36	mam wrażenie, że inni mnie nie rozumieją
37	mam wrażenie, że inni są nieprzyjaźnie do mnie nastawieni lub że mnie nie lubią
41	czuję się gorszy w porównaniu z innymi
61	czuję się niepewnie gdy ktoś na mnie patrzy lub mówi do mnie
69	czuję się bardzo skrępowany wobec ludzi
73	czuję się skrępowany przy wspólnych posiłkach

IV. Depresja (liczba punktów kwestionariusza: 13)

nr	
5	brak zainteresowania seksem lub brak zadowolenia z życia seksualnego
14	odczuwam spadek energii lub spowolnienie
15	myślę o skończeniu ze sobą
20	łatwo płaczę
22	czuję się tak, jakbym był osaczony lub znajdował się w sytuacji bez wyjścia
26	czuję się winny z różnych powodów

POZNAWANIE W CELU POMAGANIA

- 29 czuję się samotny
- 30 jestem smutny
- 31 zanedbuję się wszystkim przejmuję
- 32 nic mnie nie interesuje
- 54 przyszłość widzę beznadziejnie
- 71 czuję, że robienie czegokolwiek wymaga ode mnie wysiłku
- 79 czuję się bezwartościowy

V. Lęk (liczba punktów kwestionariusza: 10)

- nr
- 2 odczuwam zdenerwowanie lub niepokój wewnętrzny
- 17 jestem roztrzęsiony
- 23 odczuwam nagły lęk bez powodu
- 33 jestem zalekniony
- 39 odczuwam kołatanie lub przyspieszone bicie serca
- 57 czuję się wewnętrznie napięty lub usztywniony
- 72 mam napady gwałtownego przerażenia lub paniki
- 78 jestem tak niespokojny, że nie mogę usiedzieć w miejscu
- 80 mam uczucie, że znane rzeczy stały się dziwne lub nierzeczywiste
- 86 czuję wewnętrzną konieczność robienia czegoś

I. Wrogość (liczba punktów kwestionariusza: 6)

- nr
- 11 łatwo się irytuję lub denerwuję
- 24 wybucham złością nie mogąc opanować się
- 63 mam chęć uderzyć, zranić lub skrzywdzić kogoś
- 67 mam chęć rozbijać lub niszczyć przedmioty
- 74 często się kłócę
- 81 krzyczę lub rzucam przedmiotami

VII. Fobie (liczba punktów kwestionariusza: 7)

- nr
- 13 czuję lęk na otwartej przestrzeni lub ulicy
- 25 boję się wyjść sam z domu
- 47 boję się jeździć autobusem, tramwajem lub pociągiem
- 70 czuję się niepewnie w tłumie, np. w sklepie lub w kinie
- 75 odczuwam niepokój, kiedy zostaję sam
- 82 boję się, że zemdleję w obecności innych osób
- 50 muszę unikać pewnych rzeczy, miejsc lub czynności, których się obawiam

VIII. Myślenie paranoidalne (liczba punktów kwestionariusza: 6)

- nr
- 8 czuję, że inni ludzie są odpowiedzialni za większość moich kłopotów
- 18 czuję, że ludziom nie można wierzyć
- 43 czuję, że ludzie mnie obserwują lub że rozmawiają o mnie
- 68 czuję, że niektórych moich myśli lub poglądów nikt nie podziela
- 76 czuję, że inni nie doceniają moich osiągnięć
- 83 czuję, że ludzie wykorzystaliby mnie, gdybym im na to pozwolił

IX. Psychotyczność (liczba punktów kwestionariusza: 12)

- nr
- 7 sądzę, że inni mogą wpływać na moje myśli
- 16 słyszę głosy, których nie słyszą inni
- 35 inni ludzie znają moje myśli
- 62 mam myśli, które nie są moje własne
- 77 czuję się samotny nawet wśród ludzi
- 84 bardzo dręczą mnie myśli o sprawach seksualnych
- 85 myślę, że powinienem zostać ukarany za swoje grzechy
- 87 mam wrażenie, że z moim ciałem dzieje się coś bardzo złego
- 88 czuję, że nikt nie jest mi bliski
- 90 myślę, że mój stan psychiczny nie jest w porządku.

SCL-90 punkty dodatkowe

- nr
- 19 brak apetytu
- 60 przejadanie się

44	trudno mi zasnąć
64	budzę się nad ranem
66	mam niespokojny lub przerywany sen
59	myślę o śmierci lub sprawach z nią związanych
89	czuję się winny

Skala Depresji Becka (BDI)

skala samooceny, której wypełnienie zajmuje choremu około 20 minut, ocena samopoczucia dotyczy ostatniego tygodnia.
skala składa się z 21 punktów ocenianych od 0 do 3. (Wypełnia pacjent)

Wyniki skali: 0-11 bez depresji, 12-26 łagodna depresja, 27-49 umiarkowanie ciężka depresja, 50-63 bardzo ciężka depresja

Ocena dotyczy ostatniej doby. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź.

- A/** 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony.
1. Odczuwam często smutek, przygnębienie.
 2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.
 3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.
- B/** 0. Nie przejmuję się zbyt przyszością.
1. Często martwię się o przyszłość.
 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.
 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.
- C/** 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań.
1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.
 2. Kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.
- D/** 0. To co robię sprawia mi przyjemność.
1. Nie cieszy mnie to co robię.
 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.
- E/** 0. Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych.
1. Dość często miewam wyrzuty sumienia.
 2. Często czuję, że zawiniłem.
 3. Stale czuję się winnym.
- F/** 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę.
1. Sądzę, że zasługuję na karę.
 2. Spodziewam się ukarania.
 3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany).
- G/** 0. Jestem z siebie zadowolony.
1. Nie jestem z siebie zadowolony.
 2. Czuję do siebie niechęć.
 3. Nienawidzę siebie.
- H/** 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi.
1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy.
 2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy.
 3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje.
- I/** 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.
1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.
 2. Pragnę odebrać sobie życie.
 3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.
- J/** 0. Nie płaczę częściej niż zwykle.
1. Płaczę częściej niż dawniej.
 2. Ciągłe chce mi się płakać.
 3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie.
- K/** 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.
1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
 2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony.

3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.
- L/ 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej.
 1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej.
 2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
 3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.
- M/ 0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej.
 1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
 2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
 3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.
- N/ 0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.
 1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nie atrakcyjnie.
 2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej.
 3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco.
- O/ 0. Mogę pracować jak dawniej.
 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność.
 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
 3. Nie jestem w stanie nic robić.
- P/ 0. Sypiam dobrze, jak zwykle.
 1. Sypiam gorzej niż dawniej.
 2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć.
 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.
- Q/ 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej.
 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
 2. Męczę się wszystkim co robię.
 3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić.
- R/ 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej .
 1. Mam trochę gorszy apetyt.
 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy.
 3. Nie mam w ogóle apetytu.
- S/ 0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca).
 1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg.
 2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
 3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.

Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: 1. tak, 2. nie.
- T/ 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.
 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle.
 2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę.
 3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.
- U/ 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.
 1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).
 2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.
 3. Utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksu

Krótki opis 14 zaburzeń osobowości - DSM IV wg.T.Millona- bez kryteriów diagnostycznych

1. osobowość Schizoidalna

Osoba apatyczna, zobojętniała, wycofana, osamotniona. Nie pragnie, ani nie potrzebuje utrzymywania związków z innymi ludźmi. Jest w minimalnym stopniu świadoma własnych uczuć oraz uczuć innych ludzi. Nie ma żadnego celu, ani ambicji albo też ma ich niewiele.

2. osobowość Unikająca

Osoba stale wahająca się, czująca się niezręcznie, zakłopotana, załęknioma. Odczuwa napięcie w sytuacjach społecznych z powodu obawy przed odrzuceniem. Nękana ciągłym lękiem przed podejmowaniem działania. Spostrzega samą siebie jako niedorzeczną, gorszą od innych lub nieatrakcyjną. Czuje się samotna i pusta.

3. osobowość Depresyjna

Osoba ponura, zniechęcona, pesymistycznie nastawiona, skłonna do rozmyślań, nastawiona fatalistycznie. Prezentuje się jako bezradna i opuszczona przez innych. Czuje się bezwartościowa, winna i bezsilna. Ocenia samą siebie jako zasługującą tylko na krytykę i potępienie.

4. osobowość Zależna

Osoba bezradna, nieudolna, uległa, niedojrzała. Wycofuje się z pełnienia dorosłych obowiązków. Spostrzega siebie jako słabą i delikatną. Szuka pocieszenia u osób silniejszych.

5. osobowość Histrioniczna

Osoba o teatralnym zachowaniu, uwodzicielska, płytka, poszukująca wrażeń, próżna. Reaguje z przesadą na najdrobniejsze nawet incydenty. Zachowuje się ekshibicjonistycznie, aby zyskać uwagę i przychyłność innych ludzi. Spostrzega samą siebie jako atrakcyjną i pełną uroku.

6. osobowość Narcystyczna.

Osoba egoistyczna, arogancka, mająca przesadnie wysokie mniemanie o sobie, beztroska. Pochłonięta fantazjami o sukcesach, urodzie lub osiągnięciach. Spostrzega samą siebie jako godną uwielbienia, a także istotę wyższego rzędu, zasługującą wobec tego na szczególne traktowanie.

7. osobowość Antypoleczna

Osoba impulsywna, nieodpowiedzialna, nie podporządkowująca się normom, nie do opanowania. Działa bez namysłu. Spełnia społeczne oczekiwania, o ile służy to jej samej. Lekceważy społeczne obyczaje, reguły i standardy. Spostrzega samą siebie jako wolną i niezależną.

8. osobowość Sadystyczna

Osoba naładowana wrogością, raniąca innych, okrutna, dogmatyczna. Ulega nagłym wybuchom wściekłości. Odczuwa zadowolenie z dominowania, zastraszania i upokarzania innych. Jest uparta i ma sztywny umysł.

9. osobowość Kompulsywna

Osoba powściągliwa, skrupulatna, okazująca innym szacunek, usztywniona. Prowadzi życie spętane regułami. Trzyma się mocno społecznych konwenansów. Spostrzega świat w kategoriach reguł i hierarchii. Siebie samą widzi jako osobę oddaną, rzetelną, sprawną i produktywną.

10. osobowość Negatywistyczna

Osoba pełna urazy, przekorna, sceptyczna, niezadowolona. Nie ulega oczekiwaniom innych. Celowo działa niesprawnie. Daje upust swojej złości w sposób pośredni, krzyżując plany innym ludziom. Jest na przemian kapryśna i rozdrażniona, a potem posępna i wycofana.

11. osobowość Masochistyczna, nazywana „samoponiżającą się”

Osoba uległa, unikająca przyjemności, służalcza. Czuje się godna potępienia, usuwa się w cień. Zachęca innych do wykorzystywania jej. Celowo udaremnia własne przedsięwzięcia. Poszukuje związków z partnerami, którzy ją potępią lub źle traktują.

12. osobowość Paranoiczna

Osoba stale mająca się na baczności, defensywna, nieufna, podejrzliwa. Przesadnie wyczulona na to, że ktoś może chcieć jej przeszkodzić lub skrzywdzić ją. Stale poszukuje dowodów potwierdzających spiskową teorię rzeczywistości. Siebie samą uważa za osobę postępującą w sposób słuszny, a i tak prześladowaną.

13. osobowość Schizotypowa

Osoba ekscentryczna, alienująca się, dziwaczna, nieobecna duchem. Przejawia osobliwe manieryzmy i zachowania. Odczytuje myśli innych ludzi. Zaabsorbowana niezwykle marzeniami na jawie i dziwnymi przekonaniami. Zaciera granice między rzeczywistością a światem fantazji.

14. osobowość Z pogranicza

Osoba nieprzewidywalna, manipulatorska, niestabilna. Panicznie boi się porzucenia przez innych i odosobnienia. Przeżywa gwałtownie zmieniające się nastroje. Przechodzi nagle z uczucia miłości do nienawiści i na odwrót. Widzi siebie oraz innych ludzi raz w białych, a raz w czarnych kolorach.

W sprawie szczegółowej wiedzy dotyczącej zaburzeń i kategorii nozologicznych zalecamy następujące lektury;

- R.Carson, J.Butcher, S.Mineka. PSYCHOLOGIA ZABURZEŃ. (Gdańsk 2003.GWP)
- T.Millon, R.Davis. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE. (Warszawa, 2004. IPZ)
- ICD 10 KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ZABURZEŃ ZACHOWANIA (Kraków, Warszawa. 1997. Vesalius/IPiN)
- Jerzy W.Aleksandrowicz. PSYCHOPATOLOGIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH I OSOBOWOŚCI. Kraków.2002. WUJ.

W sprawie zaburzeń somatycznych, które często są maskowane objawami psychicznymi zalecamy lekturę **Jamesa Morrisona pt. KIEDY OBJAWY PSYCHICZNE MASKUJĄ CHOROBY CIAŁA.(2002.GWP)**

POWSZECHNIE STOSOWANE MECHANIZMY OBRONNE

1. **Acting out**- Konflikty przekładane są na działanie przy najwyższej niewielkim udziale refleksji.
2. **Zaprzeczenie**- Odmowa uznania jakiegos bolesnego, zewnętrznego lub subiektywnego stanu rzeczy, oczywistego dla innych.
3. **Dewaluacja** Przypisywanie sobie lub innym ujemnych cech niemających potwierdzenia w rzeczywistości, celem ukarania siebie samego lub zmniejszenia znaczenia dewaluowanego obiektu.
4. **Przemieszczenie** Konflikty przenoszone są z zagrażającego obiektu na obiekt mniej zagrażający.
5. **Dysocjacja** - Osoba radzi sobie z konfliktem poprzez zniszczenie integracji świadomości, pamięci lub percepcji świata wewnętrznego i zewnętrznego.
6. **Fantazjowanie**- Unikanie konfliktu poprzez tworzenie w wyobraźni sytuacji zaspokajających popędy lub pragnienia.
7. **Idealizacja**- Przypisywanie sobie lub innym cech pozytywnych nie mających potwierdzenia w rzeczywistości.
8. **Izolowanie afektu** - Konflikt zostaje rozproszony poprzez oddzielenie myśli od uczuć, dzięki czemu zachowana zostaje świadomość intelektualnych lub faktycznych aspektów konfliktu, ale nie ma kontaktu z zagrażającymi emocjami.
9. **Omnipotencja** - Tworzony jest obraz własnej osoby jako niewiarygodnie silnej, inteligentnej lub mającej przewagę nad innymi, w celu pokonywania potencjalnie zagrażających zdarzeń lub uczuć.
10. **Projekcja** - Dochodzi do pozbawienia się nieakceptowanych uczuć lub cech przez przypisanie ich innym ludziom.
11. **Identyfikacja projekcyjna** - Nieprzyjemne uczucia oraz reakcje nie są tylko rzutowane na innych, ale częściowo pozostają także w świadomości jednostki i są postrzegane jako własna reakcja na zachowanie tych osób.
12. **Racjonalizacja** - Po fakcie własne zachowania są wyjaśniane w taki sposób, aby usprawiedliwić je w oczach własnych lub innych ludzi.
13. **Reakcja upozorowana** - Nieakceptowane myśli i impulsy są powstrzymywane przez przyjmowanie postawy wyrażającej dokładną ich odwrotność.
14. **Wyparcie** - Zakazane myśli i pragnienia nie są dopuszczone do świadomości.
15. **Rozszczepienie** - Przeciwnostawne cechy obiektu są oddzielane od siebie i celowo pozostawione w nie scalonej opozycji, co prowadzi do naprzemiennej idealizacji i dewaluacji w procesie rzutowania tych skrajnych cech na własną osobę i na innych ludzi.
16. **Sublimacja** - Nieakceptowane emocje są rozpraszane poprzez przekształcanie ich w społecznie akceptowane zachowania.
17. **Unieważnienie** - Poczucie winy usuwane jest za pomocą symbolicznych zachowań mających odwrócić sytuację, która wywołała poczucie winy.

TYPOWE PRZYKŁADY DZIAŁANIA W/W MECHANIZMÓW OBRONNYCH

1. Studentka wychodzi z zajęć, ponieważ jest zła z powodu otrzymania niesprawiedliwej oceny.
2. Kobieta odmawia przyjęcia do wiadomości faktu, że jest w ciąży, mimo że wyniki przeprowadzanych prób ciążowych są pozytywne.
3. Podziwiany do tej pory profesor wystawia studentowi negatywną ocenę z pracy semestralnej i nagle zostaje skrytykowany jako beznadziejny nauczyciel.
4. Student, który nienawidzi swojego nauczyciela historii, postanawia spalić swój podręcznik.
5. Po zerwaniu z dziewczyną i nieudanej próbie samobójczej student nagle nie potrafi sobie przypomnieć chwil spędzonych razem z ukochaną.
6. Uczeń pochodzący z rodziny z poważnymi problemami marzy o tym, aby podjąć studia psychologiczne i zostać sławnym psychologiem.
7. Student przeżywający niepewność co do swoich zdolności intelektualnych zaczyna idealizować swojego nauczyciela.
8. Student biologii zadaje zwierzęciu laboratoryjnemu ból, nie odczuwając przy tym troski o prawo tego zwierzęcia do życia, o jakość jego egzystencji, czy o jego stan emocjonalny.
9. Przed trudnym egzaminem końcowym, student wyraża przekonanie, że w materiale do egzaminu nie ma niczego, czego by już nie wiedział.
10. Student przypisuje swoją własną złość profesorowi i w ten sposób zaczyna spostrzegać siebie jako prześladowaną ofiarę.
11. Studentka przypisuje swoją złość profesorowi, ale także spostrzega swoje odczucia jako usprawiedliwioną reakcję na prześladowanie z jego strony.

12. Profesor, który – jak się okazało - przygotował zbyt trudny egzamin, stwierdza, że należy zmuszać w ten sposób studentów do poważnego traktowania studiów.
13. Student odczuwający nienawiść do jakiejś grupy ludzi pisze artykuł, w którym protestuje przeciw niesprawiedliwemu traktowaniu ich przez uniwersytet.
14. Zazdrosne pragnienie zamordowania rywala nie ma dostępu do świadomości studenta.
15. Student waha się pomiędzy uwielbieniem a pogardą dla nauczycielki; czasami widzi ją jako inteligentną i silną, a siebie jako pozbawionego wiedzy i słabego, a innym razem spostrzega sytuację na odwrót, w zależności od swoich bieżących relacji z ową nauczycielką.
16. Profesor odczuwający skrywaną niechęć do nauczania tym bardziej przykłada się do swojej pracy, aby uzyskać akademicką nagrodę za dydaktykę.
17. Profesor, który ułożył zbyt trudny test, wprowadza następnie wiele zbyt łatwych zadań, pozwalając studentom na zebranie dodatkowych punktów.

Podstawowe obszary patologicznych schematów wg J.Younga

1. ODŁĄCZENIE I ODRZUCENIE

Stałe oczekiwanie że potrzeby bezpieczeństwa, stabilności, opieki, empatii, dzielenia się uczuciami, akceptacji i szacunku nie będą zaspokojone w przewidywalny sposób. Typowe źródła rodzinne takich oczekiwań związane są z odizolowaniem, obojętnością, chłodem, emocjonalnym, odrzucaniem, wycofywaniem się, samotnością, wybuchowością – w relacjach.

2. USZKODZENIE AUTONOMII I SPRAWNOŚCI

Nastawienia wobec siebie i otoczenia, które przeszkadzają i ograniczają zdolność do oddzielania się, do przezwycięzania przeszkód, do niezależnego funkcjonowania lub skutecznego działania. Typowe źródła rodzinne związane są z upłataniem, burzeniem zaufania dziecka, nadopiekuńczością lub brakiem wzmocnień dla dziecka za samodzielne i skuteczne działanie poza rodziną.

3. USZKODZENIE GRANIC OSOBISTYCH

Deficyty wewnętrznych granic, odpowiedzialności wobec innych, orientacji na osiągnięcie odległych celów, Prowadzi to do trudności w uznawaniu i szacunku dla praw innych ludzi, współpracy z ludźmi, angażowania się lub określania realistycznych celów osobistych. Typowe źródła rodzinne związane są z nadmierną permissywnością, rozpieszczaniem. Brakiem ukierunkowania lub poczucie wyższości i unikanie właściwej konfrontacji, dyscypliny. Często zaniedbywano tworzenia okazji by dziecko mogło uczyć się tolerancji na niewygody, brakowało nadzoru i przewodnictwa.

4. NADMIERNE SKONCENTROWANIE NA INNYCH LUDZIACH

Nadmierne skoncentrowanie się na pragnieniach, uczuciach i reakcjach innych ludzi, kosztem zaniedbywania własnych potrzeb, w celu uzyskiwania miłości i aprobaty, utrzymywania poczucia więzi z innymi lub uniknięcia odrzucenia. Zazwyczaj obejmuje stłumienie i brak świadomości własnego gniewu i naturalnych pragnień. Typowe źródła rodzinne związane są warunkową akceptacją – dziecko musi wyprzeć się ważnych aspektów własnej osoby po to uzyskać lub utrzymać miłość, uwagę i aprobatę

5. NADMIERNA CZUJNOŚĆ I ZAHAMOWANIE

Nadmierne skoncentrowanie na stłumieniu spontanicznych uczuć, impulsów i wyborów oraz stosowanie się do sztywnych, wewnętrznie ustalonych reguł i oczekiwań otoczenia dotyczących efektywności i etyczności zachowań, często kosztem własnej radości, ekspresji, rozluźnienia itp.

Trzy rodzaje genetyczno-neurobiologicznych predyspozycji do przejawiania pewnych cech, związanych z różnymi systemami neuroprzekaźników, wg Cloningera

1. Poszukiwanie nowych bodźców - jest związane z niską aktywnością podstawową w obrębie systemu dopaminergicznego, - jednostka poszukująca nowych bodźców jest predestynowana do ożywiania się, czy pobudzania w odpowiedzi na te bodźce, co prowadzi do pogoni za potencjalnymi nagrodami oraz aktywnego unikania zarówno monotonii, jak i kar.

2. unikanie szkody - związane jest z wysokim poziomem aktywności systemu serotonergicznego - jest wyrazem skłonności do silnego reagowania na bodźce awersyjne. Sprawia to, że jednostka powstrzymuje swoje zachowania celem uniknięcia kary, nowych bodźców, czy frustracji

3. zależność od nagród - wiąże się z niską aktywnością podstawową systemu noradrenergicznego - jest rozumiana jako tendencja do pozytywnego reagowania na sygnały zapowiadające nagrody, na przykład na werbalne oznaki aprobaty społecznej, a także jako oporność na wygaszanie zachowań, które wcześniej zostały skojarzone z nagrodami lub unikaniem kar.

WYMIARY STYLU TEMPERAMENTALNEGO wg/. Thomasa i Chess

Temperamentalny styl aktywności sam w sobie nie jest źródłem problemów. Może nim być dopiero w zestawieniu z zewnętrznymi wymogami sytuacji lub z wewnętrznymi oczekiwaniami i zadaniami jakie określa sama sobie osoba, np. przywiązanie do idealnego wzoru osobowego o właściwościach bardzo odległych od własnego stylu temperamentalnego. Poniżej przedstawione wymiary pochodzą z Nowojorskich Badań Podłużnych prowadzonych pod kierunkiem Thomasa i Chess przez wiele lat na tej samej grupie osób od pierwszych tygodni ich życia.

1. **POZIOM AKTYWNOŚCI** -U dzieci dotyczy ilości i częstotliwości ruchów oraz proporcji czasu w ciągu dnia spędzanego na aktywności i bierności. U dorosłych może obejmować różne rodzaje aktywności (fizycznej i umysłowej) zmierzającej do aktywnego rozwiązywania problemów. Wysoce aktywna osoba jest często zaangażowana w poszukiwanie odpowiedzi na pytanie "co jest do zrobienia" :
2. **RYTMICZNOŚĆ (Regularność)** -U dzieci dotyczy regularności podstawowych funkcji biologicznych (sen, jedzenie, wydalanie) I oraz okresów aktywności i pasywności. Wiąże się z przewidywalnością i nie przewidywalnością zachowań. U dorosłych może być związana z preferencją do zachowań rutynowych,; z poczuciem niezadowolenia pojawiającym się gdy zostają zakłócone zachowania rutynowe i zawiedzione, regularne oczekiwania.
3. **KONTAKT/WYCOFANIE**. Dotyczy pierwszych reakcji na nowe bodźce, nowe sytuacje i ludzi. Preferencja do kontaktu i oznacza reakcję zbliżania, pozytywnego zainteresowania, gotowości do poznawania nowości, i gotowości do angażowania się w nowe przedsięwzięcia itd. Preferencja do wycofania oznacza i reakcję unikania, niechęć, odmowę zbratania, ostrożność w nowych sytuacjach, potrzebę i dodatkowego czasu I bezpiecznych okoliczności dla osławiania nowości itd.
3. **ADAPTOWALNOŚĆ** - Jest to stopień łatwości z jaką człowiek przystosowuje się do zmian zewnętrznych I może zmieniać swe dotychczasowe zachowanie pod wpływem zewnętrznych okoliczności, nacisków i oczekiwań otoczenia. Osoby o wysokiej adaptowalności mogą posiadać gotowość do wczuwania się w pragnienia i oczekiwania innych chociaż nie zawsze muszą je spełniać. Osoby które wolno się adaptują przejawiają odruchowy opór przed naciskami otoczenia i są niezadowolone gdy zmieniają swe zachowanie bezpośrednio pod wpływem zewnętrznych oddziaływań.
4. **INTENSYWNOŚĆ REAGOWANIA** -Jest to poziom energetyczny reakcji, niezależnie od jej rodzaju i kierunku. Może dotyczyć siły i zaangażowania z którym człowiek_reaguje na ludzi ; sytuacje społeczne może wyznaczać typową dynamikę działania i ekspresji.
5. **PROG REAGOWANIA** -Dotyczy wielkości lub intensywności zewnętrznego bodźca koniecznej do wywołania u człowieka dostrzegalnej reakcji. Wysoki próg reagowania oznacza że do wywołania reakcji potrzebne są silniejsze bodźce niż w przypadku niskiego progu. Może to dotyczyć czujności i wrażliwości na zmiany w otoczeniu, szybkości dostrzegania zmian w nastrojach i postawach innych ludzi itd.
6. **JAKOŚĆ NASTROJU**
Jest to proporcja liczby reakcji pozytywnych (wyrażających zadowolenie) do reakcji negatywnych (wyrażających niezadowolenie). U dzieci dotyczy te częstości uśmiechów i płaczu. U dorosłych jest to poziom podstawowego nastroju, zadowolenia z życia. Przy bardziej negatywnej jakości nastroju do przeżywania zadowolenia potrzebne są specyficzne i wyraźne powody pozytywne. Przy pozytywnej_jakości nastroju do przeżywania niezadowolenia potrzebne są specyficzne i wyraźne powody negatywne.
7. **ROZPRASZALNOŚĆ**
Jest to podatność na zakłócenia i zmiany kierunku aktualnego postępowania człowieka przez nowe bodźce, zmieniające się okoliczności lub wpływy innych ludzi. Przy wysokiej rozpraszalności stosunkowo łatwo człowiek przerywa to co robi albo zaczyna robić to pod wpływem zewnętrznych oddziaływań przerywa jedne czynności i rozpoczyna następne itd.
8. **UPORCZYWOŚĆ**.
Długość czasu przez który człowiek może sam podtrzymywać swoją aktywność i opór wobec przeszkód utrudniających jej kontynuowanie. Osoba o wysokiej uporczywości wydaje się mieć trudności z rozeznaniem kiedy powinna zakończyć już to, co robi i kontynuuje swe czynności dłużej niż jest to konieczne zdaniem innych. Przy niskiej uporczywości człowiek ma trudności z utrzymaniem swego zaangażowania i koncentracji na wykonywanej aktywności i często wymaga nacisku lub pobudzania ze strony otoczenia społecznego.

Należy podkreślić, że żadna z wyżej wymienionych właściwości nie jest sama w sobie przyczyną patologicznego funkcjonowania. Styl temperamentalny, specyficzny dla danej osoby, tworzy wewnętrzne i dość trwale warunki regulujące aktywność człowieka. Może odgrywać istotną rolę w powstawaniu lub utrzymywaniu się zaburzeń wtedy, gdy współwystępuje z innymi czynnikami wewnętrznymi lub sytuacyjnymi, tworząc układy konfliktowe lub powodując deficyty zasobów potrzebnych do radzenia sobie ze specyficznymi wyzwaniami życiowymi.

: FAZY I KRYZYSY ROZWOJOWE WG. ERIKA ERIKSONA

Wiedza o istnieniu tych faz może pomagać w rozpoznaniu specyfiki zadań i wyzwań związanych z wpływem czasu życia człowieka – także o deficytach i problemach, które są z tym związane

1. Podstawowe zaufanie - nieufność (1 r.ż.- nauka zaufania do świata)
2. Autonomia – wstyd i wątpliwości (2-3 r.ż –podstawy odrębności)
3. Inicjatywa – poczucie winy (4-5 r.ż- orientacja na cele i działanie)

4. **Produktywność – poczucie niższości (6-12 r.ż –podstawy kompetencji)**
 5. **Tożsamość-rozproszenie (13-18 r.ż. -dyfuzja ról –”kim jestem ?)**
 6. **Intymność – izolacja (19-25 r.ż. zdolność do miłości bez utraty tożsamości)**
 7. **Generatywność – stagnacja (25-40 r.ż – bycie produktywnym i opiekuńczym)**
 8. **Integralność ego-rozpacz (powyżej 42 r.ż.- osiągnięcie mądrości życiowej)**
-

OBJAWY, KTÓRE MOGĄ WSKAZYWAĆ, ŻE KLIENT MA ZABURZENIA DEPRESYJNE

Uczucie smutku i przygnębienia

- Spadek zainteresowań i brak odczuwania przyjemności ze spraw, które wcześniej przynosiły radość (hobby, spotkania ze znajomymi, spacer, sport, rekreacja, praca, seks)
- Spadek lub wzrost wagi ciała oraz wahania apetytu (najczęściej spadek apetytu, a nie odwrotnie) Zaburzenia snu: najczęściej utrudnione usypianie, sen płytki i przerywany, wczesne budzenie się; rzadziej wzmożona senność przez całą dobę (również w dzień)
- Zmniejszenie aktywności, spowolnienie reakcji lub pobudzenie z niespokojnym zachowaniem, apatia Ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia, spadek koncentracji uwagi, niezdecydowanie, utrata energii życiowej
- Zaniżenie samooceny, poczucie beznadziejności, poczucie nieuzasadnionej winy
- Istotne problemy w zapamiętywaniu, podejmowaniu nawet prostych, codziennych decyzji, a nawet w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego
- Powracające myśli o śmierci, pesymistyczne rozważania na temat sensu życia, pragnienie własnej śmierci, pojawiające się myśli samobójcze
- Liczne objawy z narządów wewnętrznych: kołatanie serca, potliwość, zawroty głowy, czasem nudności, bóle brzucha, zaparcia lub zespół jelita drażliwego
- Uczucie zimna lub fale zimna i gorąca
- Zawroty głowy, omdlenia, spadki ciśnienia tętniczego krwi, szumy uszne Wielomocz (częste oddawanie moczu) albo skąpomocz.

W obecnym widzeniu psychiatrycznym depresja nie stanowi jednostki chorobowej, tylko grupę zaburzeń o różnej etiologii, co znalazło odzwierciedlenie w najnowszej klasyfikacji ICD 10, w której to depresja, niezależnie od przyczyny może być kwalifikowana jako:

- *epizod depresyjny - odnosi się wyłącznie do pojedynczego (pierwszego) epizodu depresyjnego;*
- *epizod depresyjny w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych;*
- *epizod depresyjny w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (jeżeli oprócz zespołów depresyjnych występują zespoły maniakalne).*

W zależności od liczby i intensywności objawów nasilenie depresji może być określone jako:

- *łagodne; - umiarkowane; - ciężkie.*

OBJAWY, KTÓRE MOGĄ WSKAZYWAĆ ŻE KLIENT MA ZABURZENIA LĘKOWE

ZESPÓŁ UOGÓLNIENEGO LĘKU wg. DSM IV

Ciągłe poczucie zagrożenia i lęk, którego nie można zniwelować – w ciągu 6 miesięcy jest więcej dni z lękiem niż bez. Muszą temu towarzyszyć co najmniej 3 z poniższych 6 objawów;

1. niepokój, poczucie tkwienia w potrzasku lub bycia „na krawędzi”
2. szybkie męczenia się
3. kłopoty z koncentracją lub pustka w głowie
4. drażliwość
5. napięcie mięśni (karku i ramion)
6. zakłócenia snu (bezsennność, koszmary)

Objawy nadaktywności autonomicznego układu nerwowego występują rzadziej niż u osób zdrowych –Wyższy poziom napięcia psychicznego i mięśniowego wobec stresu. Życie w ciągłym napięciu - w dużej gotowości do nadmiernego reagowania na przykre lub niebezpieczne wydarzenia, które dopiero mogą się pojawić w przyszłości.

Dodatkowe objawy:

- trudności w podejmowaniu decyzji (strach przed popełnieniem błędu)
- stosowanie strategii unikania
- wyczulenie na możliwe zagrożenia w otoczeniu
- niepokój, napięcie i rozdrażnienia w okresach, gdy wszystko się układa
- lękowe myśli, analizowanie każdego swojego błędu (nawet nie popełnionego)
- najczęstsze tematy lęku to: rodzina, praca, finanse, choroba, porażka, odrzucenie, bezradność)

- część osób zdaje sobie sprawę z nieracjonalności własnego lęku ale i tak nie może go opanować.

ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYWNE wg. DSM IV

- Występowanie, nawracanie niechcianych, niepokojących myśli, obrazów lub bodźców, którym towarzyszą przymusowe formy zachowań, mające na celu zneutralizowanie lęku.
- Ludzie cierpiący na obsesje starają się je ignorować, tłumić lub neutralizować.
- Czynności kompulsywne są reakcją na obsesyjne myśli – rządzą się bardzo sztywnymi regułami, mają zmniejszyć napięcie lub zapobiegać katastrofie, choć nie istnieje (lub jest bardzo mały) związek między tymi czynnościami a ewentualna katastrofą.
- Stopień uświadamiania sobie bezsensowności obsesji i kompulsji jest różny, choć większość pacjentów zdaje sobie z tego sprawę ale nie potrafi zapanować nad sobą.
- Ważne jest uświadamianie sobie, że kompulsje i obsesje są wynikiem działalności własnego umysłu a nie efektem działania sił zewnętrznych (jak np. w schizofrenii) –m ocena stanu zagrożenia jest jednak zawsze nierealistyczna.
- Kompulsje są przykre, zajmują dużo czasu (ponad 1godz. dziennie) i przeszkadzają w codziennym życiu.
- Typowe tematy obsesji ; lęk przed zakażeniem, skrzywdzeniem siebie i innych, potrzeba symetrii, seks, religia, agresja it
- Typowe rodzaje kompulsji; czyszczenie, sprawdzanie, powtarzanie, rozkazywanie/ograniczanie, liczenie
- Występują też; rytuały myślowe (serie czynności), motoryczne, przymus unikania (działania zastępcze)
- Dominujący objaw afektywny ; lęk

SYMPTOMY ATAKÓW PANIKI WG DSM-IV

1. Palpitacje, walenie serca lub przyspieszone tempo serca
2. Pocenie się
3. Drżenie lub trzęsienie się
4. Uczucia skróconego oddechu lub duszenie się
5. Uczucia dławienia się
6. Ból lub dyskomfort w klatce piersiowej
7. Mdłości lub bule brzuszne
8. Kręcenie w głowie, niepewność, zawroty głowy lub omdlenie
9. Derealizacja (poczucie nierzeczywistości) lub depersonalizacja (bycie odciętym od siebie)
10. Strach przed utratą kontroli lub popadnięciem w szaleństwo
11. Strach przed umieraniem
12. Parastezja (otępienie lub doznania mrowienia)
13. Dreszcze lub uderzenia gorąca

KRYTERIUM ROZPOZNAWANIA MIESZANYCH ZABURZEŃ LĘKOWO-DEPRESYJNYCH wg MEICHENBAUMA

- A. Uporczywy (lub nawracający) nastrój dysforyczny
- B. Dysforycznemu nastrojowi towarzyszy co najmniej 4 z następujących 10 symptomów:
- C. trudność w koncentrowaniu się lub luki w umyśle
- D. zaburzenie snu (wczesna bezsenność, przerwany sen, niespokojny lub niezadowolający sen)
- E. zmęczenie lub niska energia
- F. drażliwość
- G. zmartwienia
- H. łatwe wzruszanie się do łez
- I. nadczujność (hypervigilance)
- J. przewidywania najgorszego
- K. beznadziejność (pesymizm odnośnie przyszłości)
- L. niskie poczucie własnej wartości lub uczucia bezwartościowości
- M. Niepokój wywołuje wyraźne cierpienie lub znaczące osłabienie społeczne, zawodowe (naukowe) lub funkcjonowanie w roli.

SIEDEM STADIÓW ROZWOJU JA - wg.J. LOEVINGER

Każdy z nich można określić przez wskazanie na **specyfikę kontroli impulsów czyli styl moralny, na styl interpersonalny, na świadome przekonania oraz na styl poznawczy**

Stadium pierwsze - zaczyna się od **fazy przedspołecznej**, w której dziecko musi dopiero nauczyć się odróżniać siebie od zewnętrznego świata, bo jego wyodrębnione Ja jeszcze nie istnieje. Kilumiesięczne dziecko trzymane przez matkę przed lustrem nie widzi siebie, choć uśmiecha się do odbicia matki. Jest zanurzone w doznawaniu

wrażeń z nieokreślonych źródeł, czasem przyjemnych, a czasem przykrych. Następnie pojawia się faza symbiotyczna, w której głębokie związanie z matką jest podstawowym źródłem i formą zaspokajania potrzeb oraz sygnałów, z których stopniowo zacznie się krystalizować poczucie Ja i nie Ja.

W stadium drugim - pragnienia i impulsywne reakcje dziecka zaczynają odgrywać coraz bardziej istotną rolę w odczuwaniu i podkreślaniu własnej odrębności. Kontrola nad tymi impulsami jest sprawowana zewnętrznie poprzez bezpośrednie karanie i nagradzanie w środowisku rodzinnym. W ten sposób pojawia się najbardziej pierwotna forma kontroli impulsów i pragnień w postaci lęku przed karą. Inni ludzie zaczynają być spostrzegani w kategoriach tego, co mogą zrobić i co mogą dać. Styl interpersonalny ma charakter eksploatacyjny, zależny i zorientowany na branie. Dziecko skoncentrowane jest na doznaniach cielesnych, szczególnie seksualnych, i agresywnych, a jego stany emocjonalne są jednoznacznie zakorzenione w doznaniach somatycznych. Jest ukierunkowane na terażniejszość i zdominowane przez myślenie magiczno-życzeniowe.

W stadium trzecim - pojawia się **zdolność do samoochroniania** i dziecko zaczyna się uczyć kontrolowania swoich pragnień i impulsów poprzez przewidywanie kar i nagród z niewielkim wyprzedzeniem czasowym i nastawieniem „by nie dać się złapać” na czymś, co może być ukarane. W tym okresie pojawiają się załączki pojęcia wstydu ale brakuje samokrytycyzmu i nawet w przypadku przyznawania się do winy dziecko nie poczuwa się do odpowiedzialności. Jeżeli dorosły zatrzymał się w tym stadium rozwoju Ja, może się stać kłamliwym oportunistą, pragnącym kontrolować swoje przyjemności i eksploatować innych. Przejawiając hedonistyczny oportunizm, wykonywanie pracy traktuje jedynie jako przykry obowiązek, a wizja dobrego życia polega na posiadaniu pieniędzy, doznawaniu przyjemności i miłych rzeczy

Stadium czwarte - to nauka konformizmu, rozpoczynająca się, gdy dziecko zaczyna utożsamiać swoje dobro z dobrem swojego środowiska – najpierw rodziny, a później grupy rówieśniczej. Staje się zdolne do posłuszeństwa jakimś zasadom, ponieważ są one akceptowane przez środowisko. Kontrola impulsów i pragnień opiera się na wstydzie, poczuciu winy i posłuszeństwie. Pojawia się potrzeba przynależności i akceptacji, a jej zaspokojenie daje poczucie bezpieczeństwa. Ważną rolę w procesie rozwoju Ja stanowi okres przejściowy, sumieniowo-konformistyczny, w którym człowiek staje bardziej samoświadomy i zdolny do spostrzegania różnych możliwości sytuacyjnych. Zaczyna spostrzegać siebie jako sprawcę tego, co robi, oceniać siebie z tego punktu widzenia i przygotowywać do dokonywania wyborów osobistych.

W piątym stadium, nazywanym sumieniowym, występują już podstawowe elementy dojrzałej samoświadomości: cele i ideały, samokrytycyzm, poczucie odpowiedzialności. Dokonuje się internalizacja zasad moralnych i zdolność do odróżniania ich od norm i zasad grupowych. Sumienie staje się ważnym instrumentem samokontroli. Poczucie podmiotowości opiera się na akceptacji i szacunku dla siebie. Przechodzenie do następnego stadium wiąże się ze wzrostem tolerancji wobec siebie i innych ludzi wynikającym z lepszego rozumienia indywidualnych różnic między ludźmi oraz złożonych sytuacji życiowych. Kontrola impulsów pozwala na radzenie sobie ze sprzecznymi dążeniami i dokonywanie dowolnych wyborów. Pojawia się zdolność do uświadamiania sobie konfliktu wewnętrznego oraz do tolerowania paradoksów i sprzeczności.

Szóste stadium rozwoju - prowadzi do autonomicznego Ja, w którym występuje już zdolność i odwaga do rozpoznawania konfliktów intrapersonalnych i interpersonalnych oraz do poszukiwania ich rozwiązań. Człowiek rozumie potrzebę autonomii innych ludzi i dostrzega związek między minionymi doświadczeniami osobistymi a motywami swojego postępowania. Docenia i pielęgnuje własną indywidualność oraz poszukuje dróg do zrealizowania osobistych możliwości w sytuacjach tworzących okazję do różnorodnych wyborów.

Ostanie, siódme stadium rozwoju Ja, - to pełna integracja osobista, która według Loevinger zdarza się dość rzadko. Styl moralny związany z samokontrolą oparty jest na wysokich standardach wewnętrznych i zdolności do przezwycięzania sprzeczności i godzenia się z ograniczeniami. Szczególnie istotnym elementem integracji Ja jest konsolidacja poczucia tożsamości.