

Agnieszka S. Zawadzka¹, Lidia D. Czarkowska²,
Maria Grajewska-Kulda³

Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów

Abstrakt

Autorki przedstawiają charakterystykę wybranych zaburzeń psychicznych uwzględnionych w klasyfikacji DSM-5. Ma to na celu poszerzenie świadomości profesjonalnych coachów w zakresie symptomów sygnalizujących występowanie zaburzeń psychicznych u ich potencjalnych klientów. Dzięki temu możliwe będzie bardziej adekwatne podejmowanie decyzji o rozpoczęciu procesu coachingowego lub o konieczności przekierowania klienta od innego specjalisty – psychologa lub psychiatry.

Słowa kluczowe: coaching, DSM-5, diagnoza nozologiczna (różnicowa), zaburzenie psychiczne

Characteristics of selected psychological disorders – a practical guide for coaches

Abstract

In the paper we briefly present the descriptions of psychological disorders listed in DSM-5 classification. We aim to expand the knowledge and awareness of professional coaches as to the symptoms which might signal psychological disorders in their potential clients. We hope it will aid the coaches in making adequate decisions whether to initiate coaching or transfer their prospective client to a specialist – a psychologist or perhaps a psychiatrist.

Keywords: coaching, DSM-5, differentia diagnosis, psychological disorders

¹ Centrum Coachingu i Mentoringu Akademii Leona Koźmińskiego; e-mail: agnieszkazawadzka@kozminski.edu.pl

² Centrum Coachingu i Mentoringu Akademii Leona Koźmińskiego; e-mail: lidia.czarkowska@ldcc.pl

³ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Filia we Wrocławiu, e-mail: mgrajewska-kulda@swps.edu.pl

Wstęp

W ramach profesjonalizacji w zawodzie coacha niezwykle istotna jest świadomość ograniczeń zastosowania coachingu w przypadku, gdy klient przejawia zachowania mogące wskazywać na występowanie zaburzeń psychicznych. Z tego względu celem autorek jest pogłębienie wiedzy coachów w zakresie charakterystyki podstawowych objawów wybranych zaburzeń psychicznych. Należy jednak podkreślić, że coach w obszarze swoich kompetencji nie jest profesjonalnie przygotowany do stawiania diagnozy psychologicznej. Nie ma również etycznego ani prawnego umocowania, aby to robić. Wszak jedną z podstawowych zasad etycznych w coachingu jest zachowanie postawy nieoceniającej przez coacha. Warto jednak, aby coachowie potrafili rozpoznawać symptomy, które stanowią przesłankę do skierowania klienta na konsultację psychologiczną lub psychiatryczną. Należy podkreślić, że nawet w przypadku specjalistów wykwalifikowanych i przygotowanych przez kierunkowe studia akademickie, superwizję i lata praktyki w zakresie diagnostyki psychologicznej, materia ta jest na tyle skomplikowana, że jest to rodzaj sztuki, z którą wiąże się swoiste ryzyko diagnostyczne. Z tego względu w wielu przypadkach postawienie ostatecznej diagnozy wymaga pracy zespołowej kilku specjalistów zgromadzonych w ramach konsylium diagnostycznego.

Intencją autorek jest przekazanie coachom podstawowej wiedzy na temat typowych objawów wybranych zaburzeń psychicznych po to, aby uwrażliwić ich na sytuacje, w których warto podjąć decyzję o skierowaniu klienta do innego specjalisty. Także w tym przypadku kodeksy etyczne coachów jednoznacznie wskazują, że jednym z obowiązków coacha, gdy wymaga tego dobro klienta, jest skierowanie go do psychologa, psychiatry, prawnika, doradcy, lekarza lub innego eksperta. Szczególne istotne jest to, gdy reakcja powinna nastąpić niezwłocznie, np. w sytuacji ujawnianych przez klienta myśli samobójczych lub niebezpiecznych dla jego zdrowia lub życia zaburzeń somatycznych, których objawy związane są np. z zaburzeniami świadomości, skokami ciśnienia czy zaburzeniami pracy serca. Uwagę coacha powinny zwrócić także wszelkie utrzymujące się przewlekle symptomy, takie jak problemy ze snem, wahania wagi czy zaburzenia nastroju, których przyczyną mogą być zarówno problemy o podłożu psychicznym, jak i nieprawidłowości funkcjonalne w organizmie (np. skoki poziomu cukru, zaburzenia hormonalne) lub nieswoiste objawy innych poważnych chorób.

Ze względu na to, że w gestii coacha nie leży profesjonalna diagnostyka (psychologiczna, medyczna, prawnicza itp.) niniejszy artykuł może być traktowany za ledwie jako podstawowa mapa orientacyjna, stanowiąca punkt odniesienia podczas podejmowania decyzji o kontynuowaniu procesu coachingowego lub jego zawieszeniu i przekierowaniu klienta do innego specjalisty. Jednocześnie zachęcamy coachów zainteresowanych pogłębieniem swojej wiedzy w obszarze zaburzeń psychicznych do korzystania z rzetelnej literatury fachowej (np. podręcznika DSM V lub książki Jamesa Morrisona pt. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*), pamiętając jednak, że nie jest to ich obszar profesjonalizacji ani uprawnień.

Diagnoza

Diagnoza nozologiczna (różnicowa) ma swoje korzenie w medycynie, a jej celem jest rozpoznanie określonej jednostki chorobowej diagnozowanej u człowieka. Opiera się ona na systemach klasyfikacji chorób, w tym zaburzeń psychicznych, prezentowanych pod postacią podręczników diagnostycznych. Stanowią one podstawę do budowania standaryzowanych procedur wywiadu diagnostycznego, co ułatwia sformułowanie trafnego rozpoznania (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008). Na świecie istnieją dwie kluczowe organizacje tworzące najbardziej rozpowszechnione systemy diagnozy nozologicznej zaburzeń psychicznych. Pierwszą z nich jest Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (American Psychological Association – APA), które wyniki swojej pracy publikuje w *Podręczniku Diagnostycznym i Statystycznym Zaburzeń Psychiczych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, w skrócie nazywanym DSM. Podręcznik ten obowiązuje w Stanach Zjednoczonych, a w 2013 roku wydana została jego aktualna wersja „DSM-5”. Drugą z tych organizacji jest Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO), która opracowuje obowiązującą w krajach Europy *Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD)*. Klasyfikacja ICD obejmuje szereg zaburzeń somatycznych i psychicznych, a wyróżnione w niej główne grupy zaburzeń zostały oznaczone wybranymi literami alfabetu. We współpracy z towarzystwami psychiatrycznymi z całego świata eksperci z WHO tworzą część F(00-99) ICD, która klasyfikuje zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Aktualna wersja ICD-10 dostępna jest w Europie od 1992 roku. W Polsce od 1996 roku w diagnostyce zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania obowiązuje część F ICD-10 (Cierpiałkowska, 2015). Ze względu na postęp nauk oraz rozwój nowych zagrożeń cywilizacyjnych klasyfikacja ICD-10

wymaga uaktualnienia. Obecnie trwają prace nad nową wersją, ICD-11, która ma zacząć obowiązywać w 2022 roku ([http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))).

Obie wspomniane powyżej klasyfikacje są ze sobą spójne, jednak ze względu na to, że klasyfikacja DSM-5 jest powszechnie wykorzystywana na całym świecie do badań naukowych, klinicznych i neurobiologicznych (także w tych państwach, w których obowiązuje klasyfikacja ICD), autorki niniejszego artykułu zdecydowały się dokonać przeglądu wybranych zaburzeń psychicznych, opierając się właśnie na niej.

Na podstawie badań WHO dotyczących obciążeń chorobami na świecie widzimy, że w regionie europejskim zaburzenia psychiczne i behawioralne znajdują się na czwartej pozycji, ustępując miejsca tylko chorobom krążenia, chorobom onkologicznym oraz urazom (www.WHO.int/en, 2016). Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi występują nieproporcjonalnie wyższe wskaźniki śmiertelności i niepełnosprawności, aniżeli w populacji ogólnej; np. ciężka depresja lub schizofrenia wiążą się z większym ryzykiem przedwczesnej śmierci od 40% do 60% (WHO, 2013). Należy też podkreślić występowanie wzajemnych powiązań między chorobami somatycznymi i psychicznymi. Istnieją dowody na to, że depresja jest czynnikiem predysponującym do wystąpienia zawału mięśnia sercowego i cukrzycy, a jednocześnie obie te choroby zwiększają ryzyko pojawienia się depresji (WHO, 2013).

Wyniki pierwszego, przeprowadzonego w Polsce przekrojowego badania epidemiologicznego EZOP (*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*) zostały opublikowane w roku 2015 (Kiejna i in., 2015). Badanie to dotyczyło częstości występowania chorób psychicznych w populacji osób w przedziale wiekowym 18–64 lata i zostało przeprowadzone z wykorzystaniem ustrukturyzowanego kwestionariusza diagnostycznego.

W tabeli 1 zaprezentowano wszystkie kategorie zaburzeń psychicznych wyróżnione w klasyfikacji DSM-5 oraz wybrane przykłady zaburzeń mieszających się w ramach każdej z nich (Gałecki i Świącicki, 2015).

W dalszej części artykułu omówione zostaną wybrane przykłady zaburzeń psychicznych wraz z ich objawami, występujące w populacji osób dorosłych i mogące pojawić się u klientów zgłaszających się do coachów.

Tabela 1. Kategorie zaburzeń psychicznych wyróżnione w klasyfikacji DSM-5 oraz wybrane przykłady zaburzeń mieszających się w ramach każdej z nich

KATEGORIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH	PRZYKŁADY
Zaburzenia neurorozwojowe	Niepełnosprawność intelektualna; zaburzenia należące do spektrum autyzmu; zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne	Schizofrenia; zaburzenie urojeniowe; katatonia
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe i inne z nimi związane	Zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe typu I i II; Zaburzenie; Zaburzenie cyklotymiczne
Zaburzenia depresyjne	Większe zaburzenie depresyjne; przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne; zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym
Zaburzenia lękowe	Fobia swoista; społeczne zaburzenie lękowe; zaburzenie lękowe uogólnione
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne; zbieractwo patologiczne; cielesne zaburzenie dysmorficzne
Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym	Zaburzenie stresowe pourazowe; zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych; zaburzenia adaptacyjne
Zaburzenia dysocjacyjne	Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości; amnezja dysocjacyjna; zaburzenie depersonalizacyjne
Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane	Zaburzenia pod postacią somatyczną; zaburzenia z lękiem o stan zdrowia; zaburzenia pozorowane
Zaburzenia jedzenia i odżywiania się	Jadłowstręt psychiczny; żarłoczność psychiczna; zaburzenie z napadami objadania się
Zaburzenia wydalania	Moczenie się; zanieczyszczanie się kałem
Zaburzenia snu i czuwania	Zaburzenia polegające na bezsenności; bezdech obturacyjny; zespół niespokojnych nóg
Dysfunkcje seksualne	Opóźniony wytrysk; zaburzenie orgazmu u kobiet; zaburzenie penetracji
Dysforia płciowa (zaburzenia tożsamości płciowej)	Dysforia płciowa u dzieci, dorastających i dorosłych
Zaburzenia niszczycielskie; kontroli impulsów i zachowania	Zaburzenie zachowania; kleptomania; piromania
Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia	Zaburzenie używania alkoholu; odstawienie tytoniu; hazard patologiczny
Zaburzenia neuropoznawcze	Majaczenie; większe i łagodniejsze zaburzenia neuropoznawcze spowodowane chorobą Alzheimera; zakażeniem HIV; chorobą Huntingтона

Zaburzenia osobowości	Paranoiczne zaburzenie osobowości; zaburzenie osobowości typu borderline; zależne zaburzenie osobowości
Parafilie	Pedofilia; ekshibicjonizm; sadyzm seksualny
Inne zaburzenia psychiczne	Inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane innym stanem ogólnomedycznym
Zaburzenia ruchu wywołane lekami i inne działania niepożądane leków	Parkinsonizm wywołany lekiem neuroleptycznym; złośliwy zespół neuroleptyczny; drżenie polekowe
Inne stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego	Problem w związku między małżonkami lub partnerami; fizyczne znęcanie się nad dzieckiem; zaniedbywanie małżonka lub partnera

Zaburzenia depresyjne

Wśród zaburzeń nastroju istnieje wiele jednostek diagnostycznych, które charakteryzują się różnym stopniem nasilenia – od epizodów depresyjnych po depresję dużą. Szacuje się, że zaburzenia te mogą wystąpić w jakimś momencie życia u ok. 20% kobiet i 10% mężczyzn, co stanowi przynajmniej połowę przypadków spośród wszystkich zaburzeń spotykanych w gabinetach psychiatrów i psychologów klinicznych (za: Morrison, 2016, s. 129). Jak podaje Morrison (2016), nastrój jest to długotrwały stan afektywny, który wywiera wpływ na to, w jaki sposób jednostka spostrzega rzeczywistość i jak ocenia własne życie.

Z perspektywy coacha warto pamiętać, że zaburzenia nastroju mogą być zróżnicowane zarówno pod względem zarówno natężenia objawów, jak i czasu ich utrzymywania się. Istotne także wydaje się rozróżnienie między symptomami depresyjnymi pojawiającymi się jako przejściowa reakcja na trudne wydarzenia życiowe, a zaburzeniem nastroju o charakterze klinicznym. Większość ludzi doświadczyła przechodzenia przez proces żałoby, wraz z towarzyszącymi mu: poczuciem straty, dominującym smutkiem, zniechęceniem, apatią i biernością. Jest to jednak przeżycie uwarunkowane sytuacyjnie i przemijające, z którego można się wyzwolić, inaczej niż ma to miejsce w przypadku depresji dużej (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003).

Wyniki badania EZOP wskazują na występowanie depresji dużej, czyli większego zaburzenia depresyjnego (MDD, *Major Depressive Disorder*) u 3% dorosłych Polaków, przy czym istotnie częściej występuje ono u kobiet (4%), aniżeli u mężczyzn (1,9%) (Kiejna i in., 2015). Depresję charakteryzuje indywidualne poczucie bezradności i niepowodzenia. Osoba dotknięta depresją nie jest w stanie osiągać celów swoich działań (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). Epizod depresji dużej trwa minimum dwa tygodnie – zachowanie osoby w tym czasie jest wyraźnie inne niż do tej pory. W tym okresie musi pojawić się co najmniej pięć

z poniższej listy objawów, które przyczyniają się do istotnych zmian w sposobie funkcjonowania jednostki. Jednym z nich jest utrzymujący się obniżony nastrój albo utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności. Obniżony nastrój może być ujawniany przez pacjenta w postaci subiektywnych skarg dotyczących braku nadziei, poczucia bezradności czy pustki; stan ten może również zostać zauważony przez osoby bliskie. Dodatkowymi kryteriami diagnostycznymi są: wahania w wadze ciała (za graniczne uznaje się 5% w przeciągu miesiąca) lub zwiększenie albo zmniejszenie apetytu; bezsenność lub nadmierna senność; spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe zauważalne przez innych; utrzymujące się zmęczenie, poczucie braku energii, poczucie braku własnej wartości, nieadekwatne poczucie winy; obniżenie zdolności poznawczych, pojawiające się myśli o śmierci, nawracające myśli samobójcze, a nawet tworzenie planów samobójstw, czy ostatecznie próby samobójcze (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Wyżej wymienione objawy można podzielić na cztery główne grupy zaburzeń: 1) nastroju, 2) myślenia, 3) motywacji i 4) fizyczne. Mogą one występować wspólnie lub pojedynczo; powodują cierpienie lub wywołują deficyty w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub w innym ważnym dla jednostki obszarze.

„Gdy pogrążysz się w tym stanie, nie ma już miejsca na empatię, inteligencję, wyobraźnię (...), niemożliwa jest zmiana pozycji w łóżku, gdyż planowanie i wykonanie koniecznych ruchów jest zbyt trudne do opanowania” (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003, s. 271).

Wśród osób cierpiących na depresję 64% przestaje odczuwać radość z obecności innych ludzi, a 92% utracą zdolność czerpania radości z czynności, które do tej pory były celem ich życia, np. z życia rodzinnego (Clark, Beck i Beck, 1994). Badania prowadzone nad różnicami płciowymi w doświadczaniu depresji podkreślają typowe objawy zaburzeń depresyjnych u kobiet, takie jak: nadmierne skupianie się na somatycznym stanie zdrowia, zwracanie uwagi na dolegliwości fizyczne i komunikowanie tego w otoczeniu, spadek energii, zakłócenia snu, dominujący pesymizm i spadek pewności siebie (Talarowska i in., 2010).

„Pacjentka mówiła z kamienną twarzą bez wyrazu; tok myślenia i jej gestykulacja sprawiały wrażenie spowolnionych. Kobieta skarżyła się, że nie potrafi się już niczym cieszyć i utraciła wszelkie zainteresowania. Nie potrafi nic już odczuwać w stosunku do swojego męża i dzieci. Utraciła poczucie własnej wartości, nie potrafi się na niczym skoncentrować, pogorszyła się jej pamięć” (Lieb, Heslinger i Jacob, 2007, s. 30).

Depresja duża dyskwalifikuje pacjenta z pracy coachingowej, ponieważ wysoki stopień nasilenia objawów zaburzeń nastroju uniemożliwia człowiekowi aktywne zaangażowanie się we własne życie.

„Depresja odbiera ci to, czym byłeś, uniemożliwia dostrzeżenie tego, kim mógłbyś się kiedyś stać, a w miejscu, gdzie było twoje życie, pojawia się czarna dziura” (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003, s. 271).

Rzeczony wskaźnik depresji w ciągu całego życia wynosi od 7 do 18 %, przy czym 2/3 pacjentów doświadcza choroby pod postacią faz, tzw. epizodów, gdzie po fazie depresji istnieje szansa na całkowitą remisję (Lieb, Heslinger i Jacob, 2007). Zaburzenia depresyjne charakteryzują się wysokim prawdopodobieństwem nawrotów – wystąpienie kolejnego epizodu depresji zwiększa ryzyko wystąpienia następnego (Kessing i in., 1998). Oprócz możliwości pojawienia się nawrotów, 1/3 pacjentów ma tendencje do przechodzenia zaburzenia w stan przewlekły (Hoencamp i in., 2001).

Można przypuszczać, że coach częściej może mieć do czynienia z osobami, które charakteryzują się niższym stopniem nasilenia objawów, niż w przypadku depresji dużej. Omówienie wszystkich rodzajów zaburzeń depresyjnych znacznie wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Niemniej jednak istotne jest zwrócenie uwagi coachów na jakiegokolwiek niepokojące symptomy, a w razie ich wystąpienia – odwołanie się do szczegółowego opisu kryteriów diagnostycznych w klasyfikacji DSM-5 i w razie wątpliwości skierowanie klienta do wykwalifikowanego diagnosty.

Zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane

W DSM-5 po raz pierwszy zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe zostały oddzielone od zaburzeń depresyjnych i umiejscowione pomiędzy nimi a zaburzeniami ze spektrum schizofrenii (Morrison, 2016). W klasyfikacji WHO dotyczącej chorób o największym negatywnym wpływie na życie zaburzenia te zajmują siódme miejsce (Augustynek, 2015). W badniu EZOP stwierdzono, że występują one u 0,2% dorosłych Polaków (Kiejna i inni, 2015). Zaburzenia dwubiegunowe funkcjonują w literaturze pod wieloma nazwami: choroba afektywna dwubiegunowa (CH.A.D.), psychoza maniakalno-depresyjna czy cyklofrenia (Pużyński, 2011).

Zróznicowanie w zakresie doświadczanych emocji jest zjawiskiem naturalnym – o ile określone stany emocjonalne są przemijające. Jeżeli jednak człowiek doświadcza utrzymującego się przez dłuższy okres, negatywnego lub pozytywnego stanu emocjonalnego, któremu towarzyszą widoczne dla innych osób wyraźne zmiany w funkcjonowaniu, można przypuszczać, że jest to stan depresyjny lub

maniakalny. Jeśli natomiast stan podwyższonego nastroju i wzmożonej aktywności przeplata się z obniżeniem nastroju i spadkiem aktywności oraz powtarzają się przynajmniej dwa nawroty takich wahań nastroju niespowodowane żadną konkretną przyczyną, można podejrzewać, że dana osoba cierpi na zaburzenie afektywne dwubiegunowe.

W diagnostyce tego zaburzenia uwzględniane są dwa odrębne kryteria: pierwsze z nich dotyczy charakterystyki przebiegu procesów psychicznych i fizycznych, a drugie odnosi się do stopnia nasilenia zmian nastroju. Symptomatyczne dla epizodu maniakalnego jest występowanie przynajmniej trzech spośród następujących objawów: zawyżona samoocena lub postawa wielkościowa (poczucie omnipotencji); zmniejszona potrzeba snu; rozmowność lub przymus mówienia; goniwa myśli lub subiektywne odczucie gonitwy myśli; łatwe rozpraszenie uwagi; zwiększenie aktywności ukierunkowanej na cel lub pobudzenie psychoruchowe (bezcelowa aktywność), a także nadmierne zainteresowanie aktywnościami obciążonymi wysokim ryzykiem negatywnych konsekwencji (np. niepremyślane inwestycje, przypadkowe kontakty seksualne, kompulsywne zakupy) (za: Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 61). Symptomy maniakalne szybko się pojawiają i gwałtownie narastają; czas ich trwania waha się od minimum tygodnia do około 4–5 miesięcy. Z kolei epizody depresyjne są dłuższe; średni czas ich utrzymywania się wynosi około 12 miesięcy (Cierpiałkowska, 2015). Pomędzy epizodami manii i depresji u większości chorych następuje powrót do pełnego stanu zdrowia.

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe to najbardziej rozpowszechniona grupa wśród zaburzeń psychicznych, którą dotkniętych jest 10% populacji (Augustynek, 2015). Do tej grupy zaliczają się między innymi: separacyjne zaburzenie lękowe, zaburzenia paniczne, agorafobia, fobia swoista (izolowana), społeczne zaburzenie lękowe (fobia społeczna) i zaburzenie lękowe uogólnione. Separacyjne zaburzenie lękowe dotyczy 4% dzieci i 6% osób dorosłych (Morrison, 2015). W badaniu EZOP napady paniki występują u 6,2 % badanych, przy czym kryteria diagnostyczne spełnia 8,5% kobiet i 3,9% mężczyzn (Kiejna i in., 2015). Agorafobia została stwierdzona u 0,2% a inne fobie swoiste u 3,4% osób; fobia społeczna dotyczy 1,4% badanych, a zaburzenie lękowe uogólnione stwierdzono u 1,1% osób dorosłych w populacji polskiej (Kiejna i inni, 2015).

Wszystkie wymienione powyżej rodzaje zaburzeń łączy odczuwanie lęku oraz zachowania, które mają na celu uchronienie jednostki przed nim. Lęk jest także objawem towarzyszącym wielu innym zaburzeniom psychicznym (np. zaburzeniom z objawami somatycznymi, zaburzeniom nastroju, czy też problemom wy-

nikającym z używania substancji psychoaktywnych) i może przysłaniać właściwe ich rozpoznanie.

Każdy człowiek odczuwa strach i lęk, które spełniają funkcję adaptacyjną, mobilizując jednostkę do podejmowania skutecznych działań adekwatnych do wymagań sytuacyjnych. Jednakże, jeżeli powodują one dezorganizację życia i przeszkadzają w dotychczasowym funkcjonowaniu jednostki, należy wziąć pod uwagę możliwość występowania zaburzeń lękowych.

W literaturze psychologicznej strach i lęk rozróżniane są jako odmienne stany emocjonalne. Strach odczuwany jest zawsze w odniesieniu do konkretnego obiektu; mogą wzbudzać go np. określone przedmioty, miejsca, sytuacje, czy zwierzęta; natomiast lęk jest uczuciem bezprzedmiotowym, powstałym wobec nieokreślonego zagrożenia. Zarówno na strach, jak i na lęk składają się cztery aspekty: poznawczy, somatyczny, emocjonalny i behawioralny. W aspekcie poznawczym istnieje wyraźna granica pomiędzy tymi dwoma stanami: przy strachu pojawiają się myśli o realnym i określonym niebezpieczeństwie, przy lęku myśli wiążą się z oczekiwaniem niejasnego, rozmytego zagrożenia. Aspekt somatyczny lęku i strachu jest taki sam i wiąże się z fizjologiczną reakcją na zagrożenie, a także wszystkimi zewnętrznymi i wewnętrznymi zmianami zachodzącymi w organizmie w odpowiedzi na taki bodziec (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). Elementy emocjonalne są podobne w obydwu tych stanach i należą do nich: przerażenie, poczucie grozy i panika, ciarki, drżenie i mdłości. Natomiast różnica pomiędzy nimi polega na tym, że strach mobilizuje podmiot do podejmowania ukierunkowanych działań, podczas gdy lęk prowadzi do dezorientacji i braku pewności odnośnie do działań, jakie należy podjąć. Aspekt behawioralny obejmuje reakcje walki, bezruchu lub ucieczki (*Fight-freeze-flight response*); w przypadku strachu jednostka kieruje swoją reakcją na bodziec i działa szybko, zaś w przypadku lęku – poszukuje wskazówek, aby móc zidentyfikować zagrożenie i pozostaje w stanie gotowości (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003).

Fobie stanowią grupę zaburzeń, w której natężenie strachu jest nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do rzeczywistego zagrożenia, co w znaczący sposób ogranicza funkcjonowanie jednostki. Wśród fobii swoistych najczęściej rozpoznawane są fobie przed: zwierzętami, krwią, wysokością, zamkniętymi pomieszczeniami, lataniem samolotem i burzą. Perspektywa zmierzenia się z przedmiotem fobii wywołuje u jednostki tzw. lęk antycypacyjny, objawiający się zdenerwowaniem i paniką. Rozwój lęku antycypacyjnego prowadzi do unikania bodźca będącego źródłem strachu, co z kolei dezorganizuje życie pacjentów (Morrison, 2016).

„Nie mogę latać! (...) Nie lubię nawet wyjeżdżać po kogoś na lotnisko (...) nawet wtedy mam duszności i robi mi się niedobrze. Potem czuję coś w ro-

dzaju tępego bólu w klatce piersiowej i zaczynam się trząść. Mam wrażenie, że umrę lub zdarzy się jakaś straszna rzecz. To wszystko wydaje się takie głupie” (Morrison, 2016, s. 207).

Do objawów podstawowych fobii swoistej należą: wyraźny lęk lub niepokój w stosunku do określonego przedmiotu lub sytuacji, pojawiający się natychmiastowo, unikanie przedmiotu i sytuacji fobicznej (Gałecki i Świącicki, 2015). Aby zdiagnozować fobię swoistą czas utrzymywania się kluczowych objawów powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy i powodować znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania jednostki (Gałecki i Świącicki, 2015). 50% wszystkich przypadków fobii swoistej przebiega przewlekłe (Lieb, Heslinger i Jacob, 2007). Szczególnym przykładem fobii swoistych są fobie związane z krwią, ranami i zastrzykami. Wiążą się one z możliwością wystąpienia tzw. reakcji wazowagalnej, która polega na spowolnieniu akcji serca i spadku ciśnienia tętniczego krwi, co może doprowadzić do omdlenia (Morrison 2015, s. 205).

Za względu na mechanizm unikowy i takie przedmioty fobii, które nie mają dużego wpływu na istotne aspekty funkcjonowania jednostki, istnieje wiele osób cierpiących na te zaburzenia, które nigdy nie zgłoszą się na leczenie.

Kolejnym przykładem fobii są społeczne zaburzenia lękowe – fobia społeczna (*social anxiety disorder* – SAD). W przypadku tego zaburzenia strach u jednostki wywołują sytuacje społeczne, w których może ona spotkać się z oceną innych osób. Do sytuacji takich można zaliczyć rozmaite interakcje międzyludzkie, wystąpienia publiczne lub sytuacje związane z byciem obserwowanym (np. podczas jedzenia czy pisania). Osoba dotknięta fobią społeczną przejawia nieadekwatnie wysoki poziom niepokoju związany z oczekiwaniem, że jej zachowanie zostanie źle odebrane lub doprowadzi do odrzucenia przez innych. Jej obawy dotyczą doświadczenia upokorzenia, zawstydzenia, zażenowania lub zachowań obraźliwych (Gałecki i Świącicki, 2015). Fobii tej mogą towarzyszyć również objawy fizyczne, takie jak: rumieńce, chrypka, drżenie, nadmierna potliwość (Morrison, 2016).

„Gdy stoję przed nimi brakuje mi śliny (...) mam wrażenie, że zaraz zwymiotuję i to tylko potwierdzi moje upokorzenie, (...), ręce mam całe spocone, serce wali mi jak podczas biegu porannego (...) miałam przekazać tylko parę zdań, ale już rano wyobrażałam sobie jak będę tu stała, w sumie myślałam, by zadzwonić i powiedzieć, że też powaliła mnie grypa...” [źródło własne, za zgodą pacjentki].

Innym najczęściej występującym zaburzeniem z grupy zaburzeń lękowych jest zaburzenie lękowe uogólnione (*generalized anxiety disorder* – GAD). Charak-

terystyczne dla niego jest trudne do opanowania zamartwianie się, które różni się w swej istocie od zwyczajnego martwienia się, niezakłócającego normalnego funkcjonowania jednostki. Patologiczne zamartwianie się prowadzi do nieustannego poczucia pobudzenia i nerwowości, na które nakładają się objawy somatyczne. Osoby dotknięte tym zaburzeniem zamartwiają się niemal wszystkim (np. pracą, wynikami w szkole, stanem zdrowiem), mimo iż nie jest to obiektywnie uzasadnione (Morrison, 2015, s. 214–215). Do rozpoznania GAD niezbędne jest wystąpienie co najmniej trzech spośród następujących objawów: poczucie spięcia lub bycia na granicy wytrzymałości, łatwe męczenie się, problemy z koncentracją (np. pustka w głowie), drażliwość, zwiększone napięcie mięśni, zakłócenia snu (Gałecki i Świącicki, 2015). Objawy te muszą utrzymywać się przez większość dni w okresie minimum 6 miesięcy i prowadzą do cierpienia, udreki i upośledzenia funkcjonowania jednostki w ważnych sferach życia.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder* – OCD) przejawiają się w występowaniu **obsesji**, czyli natrętnych myśli lub/i **kompulsji**, czyli natrętnych czynności (fizycznych czy psychicznych). W tej grupie zaburzeń mieszczą się jeszcze inne zaburzenia pokrewne, m.in.: cielesne zaburzenie dysmorficzne związane z nieadekwatnym postrzeganiem własnego ciała (dysmorfofobia) czy kompulsyjne gromadzenie przedmiotów (zbieractwo patologiczne).

Jak podają Seligman, Walker i Rosenhan (2003, s. 223), można wyróżnić trzy kryteria, za pomocą których możliwe jest odróżnienie obsesji klinicznych od zwyczajnych natrętnych myśli: (1) obsesje pochłaniają dużo czasu, wywołują awersję jednostki, są przez nią niechciane i zaburzają jej funkcjonowanie, (2) mają swój początek wewnątrz, a nie wynikają z sytuacji zewnętrznej, (3) jednostka nie potrafi ich opanować ani się od nich oderwać. Powtarzające się myśli obsesyjne powodują duże zmęczenie oraz silny niepokój wewnętrzny, zaś rytuał kompulsyjny doraźnie przewycięża pojawiający się lęk i może złagodzić lub chwilowo usunąć myśli obsesyjne. Początkowo niektóre z tych zachowań nie sprawiają wrażenia niepożądanego (np. dążenie do cielesnej doskonałości czy porządkowanie przedmiotów), jednak stopniowo, kiedy ich natężenie wzrasta, przeradzają się w objawy zaburzające funkcjonowanie jednostki i wywołują cierpienie i lęk (Gałecki i Świącicki, 2015).

OCD rozpoznaje się u około 2–3% osób dorosłych (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). W DSM-5 obsesje definiowane są jako: „nawracające i utrwalone myśli, impulsy lub wyobrażenia, (...) które są przeżywane jako natrętne lub nieodpowiednie i u większości osób powodują lęk lub cierpienie” (Gałecki i Świącicki, 2015, s. 125). Jednostka usiłuje je ignorować lub stłumić za pomocą innych myśli

bądź kompulsji definiowanych jako: (1) czynności natrętne – np. rozmaitych rytuałów, przymusu mycia rąk, wrywania włosów, drapania, skubania skóry, porządkowania, sprawdzania itp. lub (2) czynności umysłowe – takie jak nieustanne modlenie się, powtarzanie słów, liczenie itp. Kompulsje pojawiają się w odpowiedzi na obsesyjne myśli i mają na celu zmniejszenie poziomu odczuwanego niepokoju lub zapobieżenie sytuacjom budzącym lęk, choć nie łączą się realnie z tym, czemu mają zapobiegać, są więc nieadekwatne. Nawet osoby dotknięte tym zaburzeniem (od 75% do 90% osób z OCD) mają świadomość irracjonalności swoich myśli lub zachowań i są w stanie zauważyć ich bezpodstawność (Morrison, 2016).

„Pierwszą czynnością po wejściu do gabinetu było poprawienie kilku teczek na moim biurku, ułożyła je równo, wzdłuż krawędzi (...) nieustannie koncentrowała wzrok na półce z książkami, wstała i zaczęła je układać, nie przerywając rozmowy. (...) Pacjentka dostrzega absurdalność swoich działań, nieustannie dąży do zachowania ładu, porządku i symetrii. Wyksztąpiła rytuał przygotowania miejsca pracy, wyznaczając położenie każdemu przedmiotowi na biurku. Każde zakłócenie (np. niewłaściwa kolejność działań) schematu związane jest z rozpoczęciem rytuału od początku. Brak możliwości wykonywania zadań zawodowych” [notatki własne].

Do najczęstszych wzorców objawów należą:

- obawa przed skażeniem, której towarzyszy kompulsyjne utrzymywanie czystości (np. mycie rąk),
- nadmierne wåtpliwości, które wywołują powtarzalne zachowania kontrolujące (np. wielokrotne sprawdzanie, czy kuchenka jest wyłączona lub czy drzwi są dobrze zamknięte),
- obsesje dotyczące symetrii i porządku (np. symetryczne układanie przedmiotów, liczenie przedmiotów),
- zakazane myśli (np. myśli dotyczące seksualnego tabu, myśli o charakterze świętokradczym) (za: Morrison, 2016, s. 224).

Warto zaznaczyć, że w zespole natrętw nie obserwuje się kompulsywnego wykonywania czynności sprawiających przyjemność, np. picia alkoholu. Rytuwały, które tworzą osoby dotknięte tym zaburzeniem, stanowią odpowiedź na odczuwane przez nie zdenerwowanie i utratę kontroli (Meyer, 2008). Zdarza się, że zajmują one większą część dnia, w związku z tym zaburzenie to poważnie ingeruje w życie osobiste i społeczne osób, które na nie cierpią, znacznie pogarszając jego jakość. Aż 75% pacjentów z OCD doświadcza dużej depresji, a 15% z nich próbuje popełnić samobójstwo (Morrison, 2016).

Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym

W ciągu życia człowiek narażony jest na doświadczanie lub bycie świadkiem różnych traumatycznych sytuacji, które wiążą się ze stresem o skrajnym nasileniu. Wraz z upływem czasu część ludzi w sposób naturalny powraca do normalnego funkcjonowania, jednak u niektórych rozwija się zaburzenie stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Rozpowszechnienie PTSD w populacji ogólnej wynosi od 1% do 9%, przy czym w subpopulacjach osób szczególnie narażonych na wydarzenia traumatyczne, takie jak: wojna, napaść seksualna lub fizyczna czy deportacja, liczba ta wzrasta nawet do 50–70% (Bossini i in., 2013). Wskaźnik określający częstość występowania zaburzenia w ciągu całego życia (*lifetime prevalence*) dla PTSD wynosi 3,6% w populacji mężczyzn i 9,7% populacji kobiet; łącznie w całej populacji jest to 6,8% (Survey National Comorbidity, 2005).

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 zaburzenie to może rozwinąć się u osób, które: (1) osobiście doświadczyły traumatycznej sytuacji, (2) są blisko związane z ofiarami, (3) były naocznymi świadkami takiego wydarzenia, lub (4) osób narażonych na obcowanie z drastycznymi skutkami traumatycznych incydentów. Zakres wydarzeń prowadzących do rozwoju PTSD nie obejmuje stresujących sytuacji życia codziennego, takich jak: rozwód, żałoba, utrata pracy czy poważna choroba (Morrison, 2016).

PTSD rozwija się na skutek bezpośredniego narażenia na śmierć albo doświadczenia groźby śmierci, lub też poważnego urazu, bądź przemocy seksualnej. Przykładami stresorów o skrajnym nasileniu mogą być: katastrofy naturalne (powódzie, lawiny, trzęsienia ziemi); sytuacje traumatyczne spowodowane przez człowieka (działania wojenne, przemoc, gwałty, uprowadzenia, wypadki komunikacyjne).

„Omijam to rondo, jadąc samochodem, kiedy tylko mogę, nawet gdy jestem w tramwaju – w tym miejscu, jak na zawołanie oblewa mnie zimny pot, czas jakby się zatrzymał, a ja wracam do tamtej środy i słyszę ten pisk opon... i czuję ból, okropny ból, który nie pozwala mi złapać tchu. Ostatnio pani, która przy mnie siedziała myślała, że mam zawał lub coś podobnego i zatrzymała tramwaj (...) to się dzieje tylko w tym miejscu; przez jakiś czas jeździłam naokoło, ale w domu czekają dzieci, nie mogę wracać godzinę później” [źródło własne – za zgodą pacjentki].

W DSM-5 opisane zostały objawy stanowiące kryteria diagnostyczne PTSD, o ile wystąpiły one po raz pierwszy po traumatycznym doświadczeniu: uporczywe i dręczące przeżywanie traumatyzującej sytuacji we wspomnieniach, powtarzające się, męczące sny o treści odnoszącej się do traumatycznego wydarzenia; reakcje

dysocjacyjne (tzw. *flashback*) polegające na ponownym przeżywaniu tej sytuacji. Ich skrajną postacią jest całkowita utrata poczucia rzeczywistości. Pojawia się także silne i długotrwałe cierpienie psychiczne w odpowiedzi na zewnętrzne i wewnętrzne sygnały, symbole czy obiekty przypominające doświadczenie traumatyczne. Ponadto, jednostka permanentnie unika wszelkich bodźców związanych z tym doświadczeniem: „wspomnień, myśli lub uczuć (...), ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji” (Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 141). U osoby z PTSD mogą również pojawić się zaburzenia nastroju i negatywne zmiany w zdolnościach poznawczych: problemy z zapamiętaniem istotnych elementów traumatycznej sytuacji (tzw. amnezja dysocjacyjna), negatywne oczekiwania lub przekonania na temat siebie, świata i innych ludzi, obwinianie się o wystąpienie wydarzenia, utrwalenie emocji negatywnych, ograniczona zdolność do wyrażania pozytywnych emocji, dystans i poczucie odseparowania. Występują także zaburzenia pobudliwości: wybuchy gniewu, agresja, zachowania autodestrukcyjne, nadmierna czujność, zaburzenia koncentracji, trudności w zasypianiu lub wybudzanie się. Objawy te muszą utrzymywać się przez okres minimum jednego miesiąca (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi i uzależnieniem

Zaburzenia związane z substancjami dotyczą skutków działania 10 odrębnych klas substancji: alkohol, kofeina, konopie, substancje halucynogenne (...), substancje wziewne, opioidy, leki uspokajające, nasenne lub przeciwlękowe, stymulanty (substancje podobne do amfetaminy, kokaina i inne stymulanty), tytoń i inne (lub nieznane) substancje” (Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 219). Ryzyko związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych wynika z ich specyficznego oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy. Substancje te aktywują w mózgu układ nagrody związany ze wzmacnianiem zachowań i tworzeniem wspomnień, a ich oddziaływanie jest tak intensywne, że prowadzi to do pomijania zwykłych czynności. Analogiczny mechanizm działania występuje w hazardzie patologicznym, z tego względu dołączono go tej grupy zaburzeń (Gałęcki i Świącicki, 2015).

Zaburzenia te można podzielić na:

- **zaburzenie używania substancji** – przyjmowanie substancji na tyle regularnie, że prowadzi to do istotnego klinicznego cierpienia lub/i ograniczenia funkcjonowania oraz skutkuje zmianami behawioralnymi. Zaburzenie to może powstać w wyniku używania wszystkich kategorii narkotyków (z wyjątkiem kofeiny), a nawet być skutkiem przyjmowania środków przeciwbólowych przez dłuższy czas

■ **zaburzenie wywołane substancją:**

- **zatrucie** – ostry stan kliniczny będący efektem nadużycia substancji psychoaktywnej; może pojawić się nawet po jednorazowym jej przyjęciu
- **odstawienie** – zbiór specyficznych objawów, przypisanych do danej kategorii substancji. Zwany jest zespołem odstawienia, rozwija się u osób uprzednio nadużywających danego środka podczas odstawiania go lub redukcji dawki.
- **inne zaburzenia psychiczne wywołane substancją/lekiem** – np. psychotyczne, afektywne dwubiegunowe, depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, snu, dysfunkcje seksualne, majaczenie oraz zaburzenia neuropoznawcze (za: Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 219).

Zaburzenia używania substancji psychoaktywnych zostaną omówione na przykładzie używania alkoholu. W badaniu EZOP nadużywanie alkoholu, kiedykolwiek w okresie życia, odnotowano u 10,9 % respondentów w wieku 18–64 lat, przy czym zaburzenie to dotyczyło 18,6% mężczyzn, w stosunku do 3,3% kobiet (Kiejna i in., 2015). 20% pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi w pewnym momencie życia nadużywa alkoholu (Regier i in., 1990). Nadużywanie substancji psychoaktywnych, z wyłączeniem alkoholu i nikotyny, stwierdzono w badaniu EZOP u 1,3% dorosłych osób w Polsce (Kiejna i in., 2015).

„Pacjentka próbowała już niejednokrotnie przerwać dalsze zażywanie leku, ale nigdy się jej to nie udało. Kiedy zmniejszała dawkę leku, nasilały się zaburzenia snu. Dodatkowo zaczynała odczuwać niepokój, napięcie i lęk, tak że szybko znowu była przy starej dawce. Pacjentka skarży się, że odczuwa coś w rodzaju przymusu zażywania tabletek.” (Lieb, Heslinger i Jacob, 2007)

W klasyfikacji DSM-5 można znaleźć szczegółowy opis kryteriów diagnostycznych, na podstawie których możliwe jest stwierdzenie występowania zaburzeń związanych z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych. Natomiast James Morrison (2016) w swoim przewodniku zawarł zbiór zasadniczych cech zaburzeń związanych z używaniem większości substancji psychoaktywnych. „Pacjenci używają wybranej przez siebie substancji psychoaktywnej w takich ilościach, że powoduje to długotrwałe problemy lub powtarzające się problemy w różnych sferach ich życia” (Morrison, 2016, s. 437), takich jak:

- **życie osobiste i interpersonalne** – używanie substancji prowadzi do zaniedbywania obowiązków wobec bliskich oraz ograniczenia/porzucenia ulubionych aktywności i form rekreacji. Pomimo świadomości, że nad-

używanie danej substancji wywołuje konflikty interpersonalne z ważnymi osobami, jednostka kontynuuje zażywanie substancji;

- **zatrudnienie** – zaangażowanie w życie zawodowe zostaje wyeliminowane przez ukierunkowanie wysiłków na zdobywanie i używanie substancji oraz powrót do zdrowia po jej użyciu. Powoduje to częste nieobecności lub wypadki i może prowadzić do utraty pracy;
- **kontrola** – podejmowane są bezskuteczne próby eliminacji lub ograniczenia przyjmowania substancji. Brak kontroli prowadzi do używania tej substancji dłużej, częściej lub w większej ilości, niż chciałyby jednostka;
- **zdrowie i bezpieczeństwo** – pomimo świadomości ryzyka wynikającego z używania danej substancji, osoba podejmuje działania stanowiące fizyczne zagrożenie dla bezpieczeństwa jej lub innych osób oraz mogące prowadzić do wypadku, choroby lub przekroczenia prawa;
- **następstwa fizjologiczne** – substancja wykazuje coraz słabsze działanie, ponieważ wzrasta tolerancja organizmu. Prowadzi to do zwiększania zażywanej dawki. Odstawienie powoduje zespół odstawienny typowy dla danej substancji

Z kolei w przypadku ostrego zatrucia substancją psychoaktywną mogą pojawić się objawy somatyczne lub psychiczne, takie jak: objawy motoryczne (np. utrata koordynacji ruchowej, zaburzenia mowy), objawy wegetatywne (np. suchość w ustach, rozszerzone lub zwężone źrenice), objawy neurologiczne (np. oczopląs, drżenie, osłabienie odruchów), objawy żołądkowo-jelitowe lub sercowo naczyniowe a także upośledzenie pamięci lub uwagi, obniżenie czujności lub nadmierne pobudzenie, gwałtowne zmiany nastroju. Ponadto pojawiają się klinicznie istotne, nieadaptacyjne zmiany behawioralne, takie jak: gwałtowne reakcje, kłopoty w kontaktach interpersonalnych, konfliktowość, nieadekwatna ocena sytuacji.

W coachingowej praktyce warto zwrócić szczególną uwagę na to, że używanie przez klienta takich substancji jak kofeina, tytoń, czy leki przeciwbólowe wydaje się nie mieć wpływu na przebieg procesu coachingowego. Niemniej jednak należy pamiętać, że zarówno nadużywanie tych substancji, jak i szczególnie odstawienie ich może wywołać objawy znacząco zmieniające zachowanie człowieka i oddziałujące na jego fizjologię, funkcje poznawcze i procesy motywacyjne.

Zaburzenia osobowości

Osobowość, a w związku z tym także jej zaburzenia, nie mają charakteru kategorycznego, tylko wymiarowy (Morrison, 2016). Oznacza to, że „ich elementy

składowe (cechy) występują u normalnych ludzi, ale są uwydatnione u tych, którzy mają omawiane zaburzenia” (Morrison, 2016, s. 584). Między innymi z tego względu kwestia diagnostyki w zakresie zaburzeń osobowości budzi wiele kontrowersji i wymaga jeszcze dalszych badań.

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 zaburzenie osobowości definiowane jest jako: „Stały wzorzec zachowań i doświadczenia emocji, który różni się znacząco od tego, co jest oczekiwane w danym kręgu kulturowym. Wzorzec ten jest wyrażony w co najmniej dwóch spośród wymienionych obszarów:

1. Postrzeganie (tzn. sposób postrzegania i interpretowania samego siebie, innych oraz wydarzeń).
2. Wyrażanie emocji (tzn. zakres, intensywność, chwiejność i adekwatność odpowiedzi emocjonalnej).
3. Funkcjonowanie w relacjach międzyludzkich.
4. Kontrola impulsów” (Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 311).

W tym miejscu warto podkreślić kulturowy kontekst oceny adekwatności zachowań. Szczególnie coachowie pracujący w środowisku międzykulturowym powinni posiadać wysoką świadomość oraz wrażliwość na istotne różnice kulturowe (Wujec, 2010) przejawiające się w postaci odmiennych norm i oczekiwań społecznych. To, co może być normą w jednym kontekście kulturowym, w innym może zostać uznane za nieadekwatne lub wręcz patologiczne.

Aby zdiagnozować zaburzenie osobowości, wzorzec zachowań musi być utrwalony, sztywny, nieelastyczny, musi też przejawiać się w szerokim spektrum sytuacji osobistych oraz społecznych i działać na niekorzyść jednostki. Utrzymywanie się tego wzorca wywołuje istotne klinicznie cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania we wszystkich ważnych sferach życia. Ujawnia się on w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości i nie stanowi objawu ani skutku innego zaburzenia psychicznego, fizjologicznych następstw zażywania substancji psychoaktywnych, ani też stanu ogólnomedycznego (np. urazu głowy) (Gałęcki i Świącicki, 2015). Dotkniętych jest nim około 3–5% populacji (Augustynek, 2015)

Zaburzenia osobowości w klasyfikacji DSM-5 zostały podzielone na trzy wiązki: A, B i C. Do wiązki A zaliczone zostały:

- **paranoiczne zaburzenie osobowości (*paranoid personality disorder* – PPD)** manifestuje się w braku zaufania oraz wzmożonej podejrzliwości wobec innych. Mimo nieobecności rzeczywistych przesłanek, jednostka nadmiernie obawia się, że zostanie wykorzystana lub skrzywdzona. Ma również skłonność do interpretowania neutralnych uwag oraz sytuacji jako gróźb lub prób poniżenia jej osoby. Spostrzega motywy oraz zachowania innych ludzi jako wrogie i reaguje na nie gwałtownymi wybuchami złości bądź

kontratakiem. Dręczą ją także wątpliwości dotyczące wierności seksualnej jej partnera, a także lojalności współpracowników i przyjaciół.

- **schizoidalne zaburzenie osobowości (*schizoid personality disorder* – SzPD)** – charakteryzuje się wycofaniem i obojętnością w relacjach społecznych oraz zawężonym spektrum wyrażanych emocji. Osoby z tym zaburzeniem preferują działania w samotności. Nie są zainteresowane nawiązywaniem kontaktów towarzyskich i budowaniem bliskich relacji, nie mają przyjaciół. Wydają się niewrażliwe na pochwały i krytykę, niewiele aktywności sprawia im przyjemność, nawet seks. Są oziębłe i zdystansowane.
- **schizotypowe zaburzenie osobowości (*schizotypal personality disorder* – StPD)** – wzorzec ten objawia się deficytem umiejętności interpersonalnych, wysokim poziomem lęku społecznego, podejrzliwością i paranoidalnymi nastawieniami. Towarzyszą temu zniekształcenia procesów poznawczych, np. magiczne myślenie, nietypowe doświadczenia percepcyjne (np. iluzje cielesne), dziwaczne przekonania, fantazje i zainteresowania, a także myśli odnoszące lub przesady. Osoba cierpiąca na to zaburzenie przejawia ekscentryczne zachowania, ma dziwaczny wygląd lub w osobliwy sposób posługuje się językiem (zbyttna abstrakcyjność, nietypowa metaforyka, dygresyjność).

Wiązka B obejmuje:

- **antyspołeczne zaburzenie osobowości (*antisocial personality disorder* – ASPD)** – przejawia się poprzez lekceważenie i naruszanie praw innych ludzi np. rażące łamanie norm społecznych, oszustwa, kłamstwa, wykorzystywanie innych. Jednostka wykazuje gwałtowne reakcje emocjonalne prowadzące do napaści lub bójek, nie respektuje reguł bezpieczeństwa, zachowuje się nieodpowiedzialnie, nie dopełniając rozmaitych zobowiązań. Charakterystyczny jest także brak wyrzutów sumienia w sytuacji wyrządzenia komuś krzywdy – pojawia się wówczas obojętność lub usprawiedliwienie własnego postępowania.
- **zaburzenie osobowości typu borderline (graniczne) (*borderline personality disorder* – BPD)** charakteryzuje się wyjątkową niestabilnością i burzliwością przebiegu relacji interpersonalnych, impulsywnością oraz zakłóceniem poczucia tożsamości, które przejawia się w niepewnym obrazie własnej osoby. Typowym dla tego zaburzenia objawem jest desperacki wysiłek mający na celu uniknięcie wyobrazonego odrzucenia – wówczas pojawia się gwałtowne przechodzenie w relacjach ze skrajności w skrajność: od idealizacji do pozbawienia wartości; od silnego przywiązania po wrogość w sytuacjach uznanych za zignorowanie lub złe potraktowanie.

Nadmierna impulsywność może prowadzić do ryzykownych działań w różnych obszarach (np. wydawanie pieniędzy, kontakty seksualne, nadużywanie substancji), a nawet do samookaleczeń, gróźb lub zachowań samobójczych. Osoby te mogą odczuwać również utrzymujące się poczucie pustki i znudzenia.

- **histrioniczne zaburzenie osobowości (*histrionic personality disorder* – HPD)** – typowa dla niego jest nadmierna emocjonalność i niepohamowana potrzeba zwracania na siebie uwagi. W sytuacji, w której cała uwaga nie jest skoncentrowana na jednostce, odczuwa ona duży dyskomfort. Osoba z tym zaburzeniem przejawia nieadekwatne reakcje, np. zachowania teatralne, uwodzicielskie, wykorzystuje wygląd fizyczny do zwrócenia na siebie uwagi lub posługuje się nadmiernie emocjonalnym stylem wypowiedzi, zawierającym małą ilość konkretów. Traktuje ona związki jako głębsze lub bardziej intymne, aniżeli ma to realnie miejsce, co może prowadzić do niestosownych w danym kontekście zachowań seksualnych. Jest też bardzo podatna na wpływy otoczenia.
- **narcystyczne zaburzenie osobowości (*narcissistic personality disorder* – NPD)** – przejawia się w poczuciu wyższości i wielkościowych przekonaniach na temat własnej wartości. Jednostka z tym zaburzeniem postrzega samą siebie jako kogoś wyjątkowego i niepowtarzalnego, komu należy się uprzywilejowana pozycja oraz specjalne traktowanie. Osoba ta może zachowywać się w sposób wyniosły lub arogancki i wykorzystywać innych ludzi do realizacji własnych zamierzeń. Typowy jest dla niej brak empatii, niechęć do dostrzegania i uwzględniania uczuć lub potrzeb otoczenia. Często odczuwa ona zazdrość lub przypisuje ją innym. Pomimo prezentowanego zadufania, wewnątrz poczucie własnej wartości osoby narcystycznej ma bardzo kruche podstawy; często czuje się ona nic niewarta. Z tego względu jest nadmiernie wrażliwa na opinie innych o sobie, posiada silną potrzebę bycia podziwianą, a swoim zachowaniem wymusza komplementy.

Wiązka C zawiera:

- **unikowe zaburzenie osobowości (*avoidant personality disorder* – APD)** – charakteryzuje się zahamowaniem społecznym, nadmierną wrażliwością na krytykę i dezaprobatę, a także poczuciem niższości. Osoby cierpiące na to zaburzenie czują się gorsze, niezdarne lub nieatrakcyjne, obawiają się zawstydzenia oraz wyśmiania. W związku z tym niechętnie nawiązują relacje z ludźmi, o ile nie są pewne, że zostaną zaakceptowane. Unikają również podejmowania pracy zawodowej, w której byłyby narażone na ocenę, czy też wymagającej od nich częstych kontaktów z ludźmi. Czują się także

niedopasowane lub nieudolne społecznie. Obawiają się podejmowania jakichkolwiek nowych działań z obawy przed krytyką lub odrzuceniem.

- **zależne zaburzenie osobowości (*dependend personality disorder* – DPD)** – zaburzenie to przejawia się poprzez nieadekwatnie silną potrzebę otrzymywania opieki i wsparcia, co skutkuje nadmiernym przywiązaniem, uległym zachowaniem i rozpaczliwym lękiem przed separacją. Do zdiagnozowania tego zaburzenia konieczne jest występowanie przynajmniej czterech, spośród następujących symptomów: niezdolność do samodzielnego podejmowania decyzji bez nieustannych konsultacji z innymi lub bez korzystania z pomocy innych; zależność od obecności osób, które są w stanie przejąć odpowiedzialność za ważne aspekty życia; paraliżująca obawa przed utratą aprobaty lub wsparcia, co utrudnia osobom z tym zaburzeniem wyrażanie sprzeciwu; brak zaufania do siebie oraz własnych osądów, który prowadzi do zahamowania w zakresie podejmowanych samodzielnych działań, projektów itd.; wykonywanie nieprzyjemnych zadań w celu otrzymania wsparcia psychicznego; subiektywne poczucie niezdolności do zaopiekowania się własną osobą i związana z tym bezradność oraz dyskomfort, pojawiające się, kiedy osoba przebywa sama; rozpaczliwe poszukiwanie nowych relacji, które mają stanowić podstawę poczucia bezpieczeństwa, w razie sytuacji utraty dawnego związku; nadmiernie silne obawy przed brakiem opieki ze strony innych i koniecznością wzięcia odpowiedzialności za samego siebie.
- **obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości (*obsessive-compulsive personality disorder* – OCPD)** – jest to nadmierne zaabsorbowanie porządkiem, skrupulatność oraz wysoka potrzeba sprawowania kontroli interpersonalnej i psychicznej, co ma negatywny wpływ na elastyczność, otwartość i wydajność osoby cierpiącej na to zaburzenie. Aby stwierdzić występowanie tego zaburzenia, konieczne jest pojawienie się co najmniej czterech objawów, takich jak: perfekcjonizm utrudniający działanie, ze względu na narzucanie sobie ścisłych i nadmiernie wygórowanych standardów; zbytnia koncentracja na szczegółach, porządku, zasadach lub harmonogramach, w zakresie wykraczającym poza sens wykonywanych czynności; upór oraz sztywność; zbyt duże zaangażowanie w pracę oraz wykonywane obowiązki kosztem podtrzymywania relacji z innymi lub czasu wolnego; nadmierna skrupulatność, sumienność, rygoryzm etyczno-moralny; niezdolność do delegowania zadań innym, o ile nie będą oni ściśle przestrzegać narzuconych standardów; przesadna oszczędność i gromadzenie środków finansowych motywowane obawą przed nieszczęśliwymi

wypadkami w przyszłości; brak umiejętności wyrzucania nienadających się do użycia, zbędnych przedmiotów.

Poza wymienionymi powyżej 10 typami zaburzeń, w klasyfikacji DSM-5 wzmiankowane są jeszcze inne zaburzenia osobowości (np. zmiana osobowości spowodowana stanem ogólnomedycznym oraz inne określone i nieokreślone zaburzenia osobowości), niemniej jednak ich szczegółowe omówienie wykracza poza ramy niniejszego artykułu.

Podsumowanie

Autorki zdają sobie sprawę z tego, że niniejszy artykuł nie wyczerpuje tematyki zaburzeń psychicznych, ani też nie może stanowić podstawy do stawiania diagnozy nozologicznej. Celem artykułu jest poszerzenie świadomości profesjonalnych coachów w zakresie symptomów wskazujących na występowanie zaburzeń psychicznych oraz skłonienie ich do zwracania szczególnej uwagi na nietypowe lub nieadekwatne zachowania klientów. Coachowie, zgodnie z etycznymi standardami oraz swoim profesjonalnym przygotowaniem kompetencyjnym, mają zachowywać nieoceniającą postawę oraz konstruktywną koncentrację na mocnych stronach, talentach i zasobach klientów. Jednocześnie nie powinni ignorować sygnałów ostrzegawczych mogących budzić ich wątpliwości. Dlatego intencją auterek tego artykułu jest dostarczenie informacji mogących wesprzeć coachów w dylematach decyzyjnych, w szczególności w obliczu złożoności problemów z jakimi coachowie mierzą się w pracy ze swoimi klientami. W razie pojawiania się jakichkolwiek przesłanek sygnalizujących możliwość wystąpienia zaburzeń psychicznych u klienta, powinni oni skierować go na specjalistyczne konsultacje diagnostyczne. Dzięki temu coaching jako profesja może zyskać zarówno większą wiarygodność, jak i skuteczność.

Bibliografia

- Augustynek, A. (2015). *Psychopatologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Difin SA.
- Bossini, L., Casolaro, I., Caterini, C., Koukouna, D., Fortini, V., Cecchini, F. i Fagiolini, A. (2013). Błędy popełniane w diagnostyce zaburzenia stresowego pourazowego – problem nakładania się objawów tego zaburzenia i depresji. *Psychiatria Polska*, 47(6): 1051–1063.
- Cierpiałkowska, L. (2015). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Clark, D., Beck, A. i Beck, J. (1994). Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(2): 205–209.

- Gałecki, P. i Świącicki, Ł. (red.) (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Wrocław: Edra. Urban&Partner.
- Hoencamp, E., Haffmans, P., Griens, A., Huijbrechts, I. i Heycop ten Ham, B. (2001). A 3,5-year naturalistic follow-up study of depressive out-patients. *Journal of Affective Disorders*, 66: 267–271.
- <https://gcp.network> (2016). <https://gcp.network/en/icd-11-guidelines>
- Kessing, L., Andersen, P., Mortensen, P. i Bolwig, T. (1998). Recurrence in affective disorder. case register study. *Brit. J. Psychiatry*, 172: 23–28.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J. i Kessler, R. (2015). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska*, 49(1): 15–27.
- Lieb, K., Heslinger, B. i Jacob, G. (2007). *Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pużyński, S. (2011). Choroby afektywne nawracające. W: S. Pużyński, J. Rybakowski i J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria Kliniczna*. (Tom 2). Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- Regier, D., Framer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. i Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264: 2511–2518.
- Seligman, M., Walker, E. i Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Stamplewska-Żakowicz, K., Paluchowski, J.P. (2008). Podstawy diagnozy psychologicznej. W: J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Survey National Comorbidity (2005). http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/table_ncsr_LTprevgenderxage.pdf (20.08.2016)
- Talarowska, M., Florkowski, A., Zboralski, K. i Gałecki, P. (2010). Różnice w przebiegu depresji między kobietami a mężczyznami stwierdzone na podstawie testu MMPI-2. *Psychiatria Polska*, XLIV(3): 319–328.
- WHO (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*, [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- www.WHO.int/en (2016, 07 20). www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf
- Wujec, B. (2010). HYPERLINK "<http://www.inspired.pl/kultura.html>" \t "_blank" Cross-cultural coaching. W: L.D. Czarkowska (red.), *Coaching as a method of developing human potential*. Warszawa: WAIp.