

PERSPECTIVE MODERNE ÎN INTERVENȚIA PSIHOLGICĂ

MONICA NĂSTASĂ
coordonator

**PERSPECTIVE MODERNE
ÎN INTERVENȚIA PSIHOLÓGICĂ**



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2020

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Perspective moderne în intervenția psihologică / coord.: Monica
Năstasă. - București : Editura Universitară, 2020
ISBN 978-606-28-1129-7

I. Năstasă, Monica (coord.)

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062811297

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2020
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021.315.32.47
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021.315.32.47 / 07217 CARTE / 0745.200.357
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

1. Intervenții psihoterapeutice pentru atacurile de panică. Analiza tranzacțională și terapia cognitiv-comportamentală <i>Monica Năstasă</i>	7
2. Intervenții terapeutice în tratamentul anxietății și al depresiei în psihoterapia integrativă <i>Coralina Chiriac</i>	40
3. Intervenții psihoterapeutice în adicția alimentară <i>Andreea Elena Mustață</i>	64
4. Programe și strategii de prevenție pentru depresie, anxietate și stres <i>Roxana Vlad</i>	95
5. Intervenții pentru anxietatea socială <i>Adriana Chițescu</i>	126
6. Analiza intervențiilor psihologice de actualitate în asistența maternală: o abordare sistemică <i>Flavia Teculeasa</i>	168
7. Intervenții psihologice la personalul medical <i>Raluca Andreea Adam</i>	214
8. Tehnici, abordări și programe de intervenție psihologică	217

Intervenții psihoterapeutice pentru atacurile de panică. Analiza tranzacțională și terapia cognitiv-comportamentală

Monica Năstasă
Psiholog clinician, psihoterapeut AT

Introducere

Corina, o tânără cu vârsta de 27 de ani, ajunge la Camera de Urgență acuzând dureri puternice în piept, senzație de amețală și dificultăți de respirație. Ea îi spune doctorului că a început să se simtă amețită în timp ce aștepta metroul pe peron. Pentru câteva secunde, s-a temut chiar că ar putea cădea pe linia de metrou, astfel că a ales să se depărteze de marginea peronului și să se așeze pe scaun. Dar inima a început să îi bată din ce în ce mai tare, a cuprins-o o transpirație abundentă și simțea că nu mai poate să respire. Amețeala s-a intensificat, astfel că a rugat un trecător să sune la 112.

După controlul medical de rigoare, Corina nu pare să aibă niciun fel de afecțiune cardiacă. În următoarele două luni, simptomele au continuat să apară, cu o intensitate variabilă, aproape de fiecare dată când circula cu metroul. Încă de când cobora pe scările de la metrou, simțea că inima îi bate mai tare și că începe să amețească. Întrucât controlul medical nu a scos la iveală niciun fel de afecțiune, Corina se teme că începe să o ia razna ori de

câte ori simptomele reapar. Pentru a preveni reexperimentarea acestora și pentru a evita riscul unei tragedii, Corina a renunțat să mai circule cu metrourl, continuând să meargă la serviciu pe jos în zilele însorite și lipsind în cele răcoroase.

Corina apelează din nou la un cardiolog, care îi sugerează posibilitatea ca simptomele sale să fie, de fapt, simptomele unui atac de panică, și nu ale unui atac de cord. La recomandarea lui, aceasta apelează la un psiholog, care îi explică faptul că ar putea suferi de o tulburare de panică.

Tulburarea de panică

Tulburarea de panică este o tulburare psihică din categoria tulburărilor de anxietate și se caracterizează prin declanșarea bruscă și repetată a atacurilor de panică. Atacurile de panică reprezintă reacții de anxietate intensă, asociate cu simptome precum ritm cardiac accelerat, palpitații, senzație de amețeală, tremor, dureri sau disconfort în piept, grețuri sau disconfort abdominal, senzație de căldură în corp, amorțeală, derealizare sau depersonalizare, teama de a pierde controlul, de a „înnebuni” sau teama de moarte. Pentru a constitui un atac de panică, este suficient ca persoana să prezinte cel puțin patru dintre simptomele de mai sus (American Psychiatric Association, 2013).

Persoanele care experimentează atacuri de panică le descriu ca fiind experiențe terorizante, trăite extrem de intens, în special datorită senzației unui pericol iminent. Ca urmare, ele ajung adesea să evite contextele în care au tendința să apară acestea (sau în care a apărut primul atac de panică), până în punctul în care evitarea le afectează funcționarea profesională sau socială (Nevid, Rathus, &

Greene, 2011). Unul sau mai multe atacuri de panică experimentate izolat pe parcursul vieții nu reprezintă însă o tulburare de panică per se. De fapt, un număr relativ mare de oameni au trăit cel puțin un atac de panică de-a lungul vieții, fără ca acesta să le afecteze semnificativ funcționarea ulterioară (USDHHS, 1999).

Pentru un diagnostic de tulburare de panică, atacurile de panică ar trebui să fie recurente (să apară cu frecvență crescută) și declanșatoare de schimbări majore disfuncționale în viața persoanei afectate, în plan cognitiv-afectiv și/sau comportamental (APA, 2013). Mai exact, după unul sau mai multe atacuri repetate, persoana începe să se îngrijoreze constant cu privire la posibilitatea apariției unor noi atacuri de panică, a pierderii controlului sau a concretizării unor tragedii din cauza simptomatologiei (de exemplu, Corina se teme că, din cauza amețelilor, ar putea aluneca pe linia de metrou, iar derularea unor imagini mentale cu acest scenariu îi provocau distress accentuat). Astfel, persoana începe să evite acele situații sau contexte în care s-ar putea declanșa un nou atac de panică. Acestea sunt reprezentate, de exemplu, de anumite locuri (spații aglomerate, stația de metrou etc.), de anumite evenimente de viață (susținerea unui discurs în fața unei audiențe) sau de anumite acțiuni care pot declanșa parțial simptomatologia unui atac de panică (precum exercițiile fizice, care pot duce la accelerarea ritmului cardiac). Așa cum se întâmplă și în cazul altor tulburări de anxietate, evitarea menține simptomatologia prin faptul că întărește convingerea că atacurile de panică sunt rezultatul expunerii la anumiți stimuli și nu permite testarea acestei ipoteze. Acesta este unul dintre cele două cercuri vicioase în care este prinsă, de regulă, o persoană cu tulburare de panică (Nevid et al., 2011).

Cel de-al doilea se referă la atacul de panică în sine – în momentul apariției anumitor semnale fiziologice (cum ar fi creșterea ritmului cardiac sau respirator), persoana începe să se panicheze și să se teamă de consecințe dezastruoase (de exemplu, un atac de cord). Această teamă se manifestă la nivel fiziologic prin intensificarea activității sistemului nervos simpatic, responsabil cu stimularea activității cardiace și respiratorii, intensificare ce confirmă temerile persoanei că va muri, că va înnebuni sau că va pierde controlul (Clark, 1986).

Atacurile de panică se declanșează, de regulă, brusc, fără un factor declanșator evident, iar intensitatea lor atinge apogeul în 10-15 minute. Un atac de panică durează, de obicei, câteva minute, dar în cazurile severe, durata lui se poate extinde până la câteva ore. Atacurile de panică anticipate sunt cele pentru care poate fi identificat un factor declanșator, în special pe baza mărturisirilor clientului. Ele apar, de exemplu, atunci când persoana reexperimentează un context în care, anterior, a trăit un atac de panică neașteptat. În cazul Corinei, atacurile de panică ulterioare primului s-au petrecut pe peronul de la metrou, datorită activării temerilor repetării experienței inițiale de panică. Teamă se poate generaliza, persoana ajungând să evite din ce în ce mai multe contexte care seamănă celui în care a avut primul atac de panică.

Pacienții descriu atacurile de panică drept experiențe terifiante; nu este deci surprinzător faptul că, în încercarea disperată de a le evita, ajung să ocolească din ce în ce mai multe contexte sau să se teamă să iasă din casă neînsoțiți. În acest caz, deloc rar întâlnit, tulburarea de panică se însoțește și de agorafobie, o tulburare de anxietate profund incapacitantă, în care persoana resimte anxietate accentuată în spații deschise sau aglomerate (Berle et al., 2008).

Această anxietate are la bază teama că, rămas în aceste locuri, nu va primi ajutor în cazul unui atac de panică sau se va face de râs. De aceea, viața lor în afara casei se restrânge din ce în ce mai mult, iar ieșitul din casă neînsoțiți devine o adevărată provocare.

Ca urmare a acestor consecințe severe, intervenția terapeutică și uneori, chiar medicamentoasă, este absolut necesară pentru a ajuta individul să își reia activitățile normale, de zi cu zi și să se bucure de viață. În prezent, există tratamente psihoterapeutice eficiente pentru tratarea tulburării de panică, precum intervențiile psihodinamice sau terapia cognitiv-comportamentală (Bandelow et al., 2015; Beutel, Greenberg, Lane, & Subic-Wrana, 2019).

Conceptualizarea analizei tranzacționale

Una dintre abordările terapeutice mai puțin studiate, dar cu o mare flexibilitate integrativă, este **analiza tranzacțională**. Analiza tranzacțională (Berne, 1961, 1972) a cunoscut o ascensiune semnificativă în cei peste șaiszeci de ani de la apariția ei, fiind astăzi atât o teorie a personalității, cât și o formă de intervenție cu tot mai mulți adepți și care s-a dovedit utilă în numeroase contexte și arii, de la managementul și dezvoltarea organizațională, până la consiliere, psihoterapie și dezvoltare personală. Analiza tranzacțională oferă un fundament teoretic accesibil și comprehensiv cu privire la dezvoltarea oamenilor și sistemelor, cu accent deosebit pe implementarea principiilor teoretice cu scopul facilitării creșterii personale prin prisma dezvoltării abilităților sociale și conștientizării proceselor interne. Un avantaj major al analizei tranzacționale, și un element distinctiv prin comparație cu alte abordări psihoterapeutice, este limbajul (Widdowson, 2016). Pentru descrierea personalității, dificultăților sociale, a tiparelor de

interacțiune dintre oameni, aceasta folosește termeni colocviali cu scopul de a sprijini clientul în înțelegerea și corectarea proceselor intra- și interpersonale problematice.

Potrivit teoriei personalității din analiza tranzacțională, personalitatea umană este formată din trei mari instanțe, numite *stări ale eului*. Acestea se referă la Eul Părinte, Eul Copil și Eul Adult. Ele sunt scrise cu majusculă pentru a le diferenția de rolurile sociale echivalente. În fiecare moment, se presupune că oamenii comunică între ei dintr-una dintre cele trei instanțe și se adresează unei instanțe care se activează în interlocutor. Astfel, se stabilesc tipare de interacțiune. În analiza tranzacțională, comunicarea sau transmiterea mesajelor de la un individ la altul poartă numele de *tranzacții*. Aceste tranzacții sunt analizate atât la nivelul interacțiunilor restrânse (de exemplu, între doi parteneri de cuplu), cât și la nivelul sistemelor sociale (cum ar fi într-o organizație), făcând din analiza tranzacțională o abordare terapeutică extrem de versatilă, cu numeroase aplicații în practică (Cornell, de Graaf, Newton, & Thunnissen, 2016).

Stările sau instanțele eului reprezintă anumite tipare de gândire, comportament și emoții construite pe parcursul vieții, din prisma cărora fiecare persoană comunică cu ceilalți la un moment dat. Toate cele trei instanțe coexistă în fiecare dintre noi; ceea ce diferă însă este măsura în care se manifestă și tiparele contextuale în care tind să apară. În mod ideal, ele se vor afla într-o relație armonioasă – adică vom investi o cantitate de energie relativ egală în fiecare stare a eului. Mai comune sunt însă situațiile în care o persoană folosește mai degrabă dezechilibrat energia de care dispune, dezechilibru ce stă la baza tranzacțiilor disfuncționale sau problematice.

Eul Adult este acea stare a eului caracterizată prin ancorarea în momentul prezent și lipsa influențelor trecute, dobândite în trecut asupra percepției realității. Presupune spontaneitate, autonomie și raționalitate sau abilitatea de a răspunde exact la situația în care ne aflăm. Cu toate că detașarea completă de tiparele dezvoltate pe parcursul vieții nu este posibilă, integrarea lor în Eul Adult reprezintă un deziderat în psihoterapie.

Experiențele noastre trecute (cu toate cele trei componente: gânduri, comportamente și emoții) sunt „depozitate” în celelalte două instanțe: Eul Copil și Eul Părinte. *Eul Copil* cuprinde experiențele trecute ale individului, localizate, de regulă, în perioada copilăriei, care au dat naștere unor tipare emoționale, comportamentale și atitudinale pe care persoana le reconstituie sau le repetă în anumite contexte interpersonale. Eul Copil se împarte, la rândul său, în două instanțe: Copilul Liber și Copilul Adaptat. Dacă cel liber este curios, spontan și impulsiv, cel adaptat este, mai degrabă, conformist compliant.

Eul Părinte cuprinde acele tipare emoționale, cognitive și comportamentale dobândite și consolidate tot în trecut, dar care nu sunt rezultatul experienței directe, ci au fost preluate de la figurile de autoritate (de regulă, părinții) din viața unei persoane. Mecanismul prin care se dobândesc acestea este, în esență, modelarea, adică observarea și imitarea tiparelor de acțiune ale părinților. În mod similar Eului Copil, există două subtipuri de Eul Părinte, și anume Părintele Critic, care este critic și autoritar, și Părintele Hrănitor, care este afectuos, atent, grijuliu, empatic și preocupat de bunăstarea celorlalți.

Pentru a adresa tiparele relaționale problematice în psihoterapie, este necesară identificarea sau diagnosticarea acelor stadii ale Eului care interferează cel mai mult cu

funcționarea sănătoasă. În acest sens, Berne (1961) a propus mai multe metode: pe baza comportamentului, pe baza reacțiilor sociale ale partenerilor de interacțiune, a istoricului și diagnosticul fenomenologic.

Diagnosticul comportamental presupune analiza efectivă a comportamentului problematic al unei persoane; de exemplu, Sorin se înfurie, ridică tonul și sparge obiecte de fiecare dată când lucrurile nu se întâmplă așa cum vrea el sau când cineva îl contrazice. Prin analiza anumitor indicatori comportamentali, precum gesturile, postura corpului, tonul vocii, vocabularul sau expresiile faciale, putem identifica măsura în care acestea ar putea fi preluate, de exemplu, de la unul dintre părinți – caz în care vom spune că persoana se află în stadiul de Părinte.

Diagnosticul social implică analiza reacțiilor celorlalți la comportamentul clientului nostru. De exemplu, dacă prietena lui Sorin se sperie, se retrage, nu îl mai contrazice, devine obedientă și caută să nu îl deranjeze sau să nu facă nicio greșeală atunci când el se înfurie, putem deduce că ea intră în stadiul de Copil ca stadiu complementar stadiului de Părinte autoritar din care i se adresează Sorin.

În *diagnosticul pe baza istoricului*, căutăm să facilităm conștientizarea tiparelor comportamentale din prezent ale clientului nostru și explorăm ce alte persoane din viața lui au manifestat tipare similare. Dacă Sorin ne spune că și tatăl lui obișnuia să țipe și să spargă obiecte în casă atunci când se certa cu mama lui, am putea trage concluzia că Sorin a introiectat comportamentul tatălui său și adoptă poziția de Părinte.

Diagnosticul fenomenologic presupune analiza experienței subiective a unei persoane din prezent atunci când re trăiește evenimentul din trecut în care s-a comportat

într-un anumit fel. *Dacă Sorin se simte asemenea tatălui lui atunci când retrăiește un eveniment în care a asistat la o ceartă între părinți, putem presupune că este în stadiul Părintelui autoritar* (Cornell et al., 2016).

Niciuna dintre cele patru metode de diagnostic nu este însă lipsită de limitări și nu ne spune cu certitudine cărei instanțe îi corespunde un anumit tipar de comportament, de gânduri sau de emoții. Pentru a maximiza însă șansele unui diagnostic corect, cele patru metode ar trebui coroborate, iar concluziile lor, puse cap la cap. Cu cât informațiile pe care le obținem pe baza lor sunt mai congruente, cu atât mai multă încredere putem avea în diagnosticul nostru.

În terapie, de cele mai multe ori, vom identifica tipare comportamentale problematice specifice atât instanței de Copil, cât și celei de Părinte. Pentru a interveni corespunzător, este important să evaluăm care dintre aceste tipare afectează într-o mai mare măsură funcționalitatea persoanei și modificarea cărora i-ar aduce cele mai multe beneficii. Primul pas în terapie este însă facilitarea conștientizării de către client a instanțelor Eului care îi domină interacțiunile. Nu de puține ori, simpla conștientizare va duce la o mai bună reglare comportamentală, cognitivă și emoțională și va cataliza apariția primelor schimbări în viața clientului (Lacewing, 2014).

Cu toții ne aflăm însă, în anumite contexte, în fiecare dintre cele trei instanțe și nu este obligatoriu ca ele să indice o comunicare disfuncțională. De exemplu, adoptarea Eului Copil într-o relație de cuplu, atunci când nu ne simțim bine și ne dorim ca partenerul să aibă grijă de noi sau atunci când ne jucăm cu partenerul așa cum ne jucam în copilărie cu frații, surorile sau cu părinții noștri poate contribui, în fapt, la consolidarea relației. Instanțele eului nu sunt, așadar, funcționale sau disfuncționale în sine. Ceea ce

contează, mai degrabă, sunt contextele și/sau măsura în care se activează ele și în care sunt adaptate la realitatea actuală.

Pentru a analiza tranzacțiile între indivizi, putem utiliza modelul PAC (Părinte-Adult-Copil). Potrivit acestui model (Lapworth & Sills, 2011), fiecare persoană comunică din toate cele trei instanțe, iar analiza tranzacțiilor presupune identificarea modului în care se grupează acestea între doi parteneri ai unei interacțiuni. Când o persoană raportează probleme de relaționare în terapie, aceste tranzacții trebuie analizate contextual; de aceea, vom cere clientului să exemplifice cât mai concret detaliile unui dialog reprezentativ pentru o anumită problemă. Berne (1961) descrie trei tipuri de tranzacții: complementare, încrucișate și ulterioare, fiecareia corespunzându-i câte o regulă de comunicare.

Tranzacțiile complementare sunt acelea în care persoana care răspunde unei solicitări răspunde din aceea stare a eului care a fost solicitată. De exemplu, dacă o persoană vorbește din stadiul de Adult și se adresează stadiului Copil, iar cel care îi răspunde preia, într-adevăr, tipare comportamentale din trecut, are loc o tranzacție complementară. Asumpția aferentă atestă că, atâta timp cât tranzacțiile rămân complementare, interacțiunea poate continua la nesfârșit.

Prin contrast, tranzacțiile încrucișate sunt cele în care persoana solicită o anumită stare a eului, însă i se răspunde dintr-o alta sau cele în care instanța care răspunde i se adresează unei alte instanțe decât cea care a inițiat interacțiunea. A doua regulă a comunicării susține că, atunci când are loc o tranzacție încrucișată, comunicarea este întreruptă. Întreruperea nu se referă neapărat la oprirea propriu-zisă a schimbului de replici, ci la o schimbare a cursului comunicării sau la ceea ce percepem adesea ca *neînțelegere* (Lapworth & Sills, 2011).

Niciuna dintre aceste tipuri de tranzacții nu sunt pozitive sau negative, funcționale sau disfuncționale în sine, valența lor fiind întotdeauna dependentă de context.

Tranzacțiile ulterioare sau secrete sunt cele care, după limbajul verbal, au aparența unor tranzacții Adult-Adult, însă ele maschează de fapt, tranzacții între instanțe diferite. Acest tip de tranzacții asumă existența a două niveluri ale comunicării: unul social sau de suprafață și unul psihologic. În cazul lor, atunci când luăm în calcul doar cuvintele folosite de cei doi, tragem adesea concluzia că este vorba despre un mesaj adresat de un Adult unui alt Adult. Când luăm însă în considerare și aspectele nonverbale (precum mimica feței sau tonul vocii), putem observa că acestea sunt rostite de pe altă poziție și adresate unei alte instanțe. Cea de-a treia regulă afirmă că rezultatul unei tranzacții ulterioare este determinat de nivelul psihologic al comunicării, și nu de cel social sau verbal. Acest tip de tranzacții au tendința să devină repetitive și sunt frecvent responsabile pentru acele neînțelegeri sau dificultăți relaționale de care pare că ne lovim în mod constant. Indiferent de contextul social în care operăm, remarcăm tendințe similare de a ne comporta cu anumiți oameni. Aceste tipare sociale generează conflicte și creează un climat tensionat, precum și percepția că ne învârtim într-un cerc din care nu putem să ieșim. Ne putem gândi, de exemplu, la acele persoane care se ceartă întotdeauna cu șeful lor sau cu colegul de birou, chiar dacă își schimbă locul de muncă în fiecare an. Sau la prietenii care ne spun adesea că au parte numai de un anumit tip de parteneri de cuplu, cu care au de fiecare dată același tip de dificultăți.

În analiza tranzacțională, aceste tranzacții repetitive sunt numite *jocuri* și au trei caracteristici (Berne, 1964): sunt recurente (același joc este repetat de nenumărate ori,

indiferent de „jucători” sau de situație), nu sunt conștientizate de Eul Adult (oamenii își dau seama doar târziu, după un număr mare de repetări, că ceva nu este în regulă și chiar și atunci, ei sunt rareori conștienți de propria lor contribuție la menținerea acelor jocuri), prezența motivațiilor sau mesajelor ulterioare. În cadrul jocurilor, există întotdeauna un mesaj de suprafață, verbal, și unul psihologic, ascuns. Atunci când acesta din urmă iese la iveală, „jucătorii” se simt supărați și confuzi (Cornell et al., 2016).

Tranzacțiile nu sunt doar interpersonale (între două persoane), ci și intrapersonale, luând forma dialogului intern (Widdowson, 2016). Nu de puține ori, noi înșine avem mai multe perspective asupra unei situații și purtăm adevărate „dezbateri” în interiorul nostru din anumite instanțe. Chiar dacă, în aparență, acest dialog intern poate părea obositor sau disfuncțional, de multe ori, aceste conflicte interioare au rezultate pozitive. Ele pot apărea chiar în urma procesului terapeutic, când o persoană devine conștientă de tendințele ei de a gândi sau a simți asemenea unui Copil sau a unui Părinte într-o anumită situație, răspunzându-și, în urma celor învățate în psihoterapie, din poziția de Adult și încercând să se restructureze astfel încât să reacționeze mai adecvat.

Atât tranzacțiile interpersonale, cât și cele intrapersonale fac, în egală măsură, obiectivul analizei tranzacționale ca intervenție terapeutică.

În concepția AT, tiparele de interacțiune ale oamenilor sunt determinate de scenariul de viață. Scenariul de viață reprezintă un plan personal pe care fiecare persoană și-l construiește de regulă, până la vârsta de șapte ani, ca urmare a interacțiunii dintre factorii biologici/genetici și presiunile parentale, familiale, sociale și

culturale (Lapworth & Sills, 2011). Odată construit în copilăria timpurie, persoana va continua să acționeze în conformitate cu acesta, consolidându-l și, uneori, revizuiindu-l în funcție de experiențele pe care le traversează. Foarte frecvent, acest scenariu se întreține pe sine prin intermediul a ceea ce numim *profesie autorealizatoare*. Să ne gândim, spre exemplu, la o persoană care are parte de numeroase experiențe negative în copilăria timpurie: este neglijată de părinți, abuzată fizic ocazional, criticată constant, hărțuită sau marginalizată de colegii de grădiniță. Pe măsură ce crește, ea își va construi o imagine negativă despre sine, despre lume și despre modul în care lumea se raportează la existența ei. În confirmare cu aceste convingeri, va avea tendința de a se retrage sau de a evita interacțiunile sociale sau contexte în care ar putea fi evaluată negativ, va dezvolta o teamă accentuată de evaluare negativă, teamă care o va împiedica să își exploateze potențialul (de exemplu, nu va reuși să recite poezii la serbările de la grădiniță sau de la școală) sau, din dorința de a se apăra, va deveni ostilă și defensivă. Toate aceste tipare de relaționare o vor împiedica să dezvolte relații sociale sănătoase, să își descopere sau să își dezvolte anumite abilități, întreținând convingerea formată în copilărie, conform căreia ea nu poate sau nu merită să fie iubită, este lipsită de valoare, iar lumea este un loc periculos și amenințător, de care trebuie să fugă sau să se ascundă.

Cealți (părinții, profesorii, frații) pot contribui la modul în care se conturează scenariul de viață al unei persoane prin (Lapworth & Sills, 2011):

- mesajele verbale (*Ești prost, nu ești bun de nimic etc*) și nonverbale (ton ridicat, expresii faciale dezaprobatoare) față de copii

- modelare – de exemplu, un copil vede că fratele său primește mai multă atenție și afecțiune din partea părinților atunci când este supărat sau bolnav, astfel că începe să își manifeste și el supărarea (devenind mai retras sau plângând mai des) și acuzând dureri (de stomac, de cap) pentru a primi și el atenție
- atribuții – rolurile, atitudinile, comportamentele sau abilitățile atribuite de către ceilalți. De exemplu, un părinte poate susține la toate reuniunile de familie că unul dintre copiii lui este „cel mai tăcut din familie”, „cel obraznic”, „cel neastâmpărat” etc. Aceste mesaje sunt recepționate de copil, care va ajunge să acționeze adesea în conformitate cu ele.
- instrucțiuni directe: „pleacă și lasă-mă să lucrez”, „revino-ți”, „nu mai plânge atâta”. Dacă acestea sunt repetate des, copilul poate trage concluzia că nu este dorit, că stă mereu în calea altora, că este slab dacă plânge, că trebuie să își inhibe emoțiile, iar comportamentele și emoțiile lui ulterioare vor reflecta acest scenariu de viață negativ.
- traumele – nu este însă întotdeauna necesar ca un anumit mesaj să fie repetat în mod constant pentru a contribui la scenariul de viață al unui copil. Adesea, o singură traumă, o experiență intensă, cum ar fi abandonul, un abuz sexual sau o umilire publică, este suficientă pentru a contura scenariul de viață sau pentru a-l restructura.

Aceleași tipuri de experiențe pot contribui însă și la formarea unui scenariu de viață pozitiv, în care persoana are o părere bună despre sine, despre propriile abilități, se valorizează și percepe lumea ca pe un loc sigur sau mai