

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE STUDII POLITICE ȘI ADMINISTRATIVE
FACULTATEA DE COMUNICARE ȘI RELAȚII PUBLICE
SPECIALIZAREA PSIHOLOGIE
Prof. Univ. Dr. Mihaela Minulescu**

**Introducere în
Psihologia clinică**

Curs anul II

**Condiția psihologului clinician în evaluarea și intervenția psihologică acordată
persoanelor în suferință**

© 2009

Cuprins

1. Cuvânt înainte: repere de bază; deontologie și etică în actul clinic
 - 1.1. Repere de bază privind specificul activității de psiholog clinician
 - 1.2. Deontologie și etică în spațiul clinic
2. Abordare istorică și delimitări conceptuale; formarea în psihologia clinică
 - 2.1. Denumirea legală de psihologie clinică în România
 - 2.2. Abordare istorică și delimitări conceptuale

- 2.3. Formarea în psihologia clinică
- 2.4. Unele delimitari și clarificări terminologice
- 3. Condiția psihologiei clinice în sănătatea mentală
 - 3.1. Normalitate psihică din perspectiva psihologiei clinice.
 - 3.1.1. Normalitatea ca tendință statistică – psihopatologia ca devianță statistică
 - 3.1.2. Psihopatologia ca și comportament nonadaptativ sau disfuncțional
 - 3.1.3. Psihopatologia ca distres și disabilitate
 - 3.1.4. Psihopatologia ca devianță socială
 - 3.1.5. Psihopatologia ca disfuncție dăunătoare
 - 3.2. Clasificare și diagnoză: DSM și ICD.
- 4. Psihologia clinică asociată disfuncțiilor organice și funcționale acute și cronice
 - 4.1. Aspecte generale și obiective
 - 4.2. Psihologia clinică a bolilor cronice
 - 4.2.1. Modelul bio-psiho-social de acceptare a unei boli cronice
 - 4.2.2. Etape în acceptarea unei boli cronice
 - 4.3. Condiția psihică în boala cardiacă
 - 4.3.1. Tipuri de activități de psihocardiologie
 - 4.3.2. Caracteristici ale personalității bolnavilor cardiaci. Comportamentul de tip A & D
 - 4.3.3. Comportamentul de boală
 - 4.3.4. Relația dintre pacient și psiholog
 - 4.3.5. Ghiduri internaționale. Ascultare tradițională vs. ascultare autentică
 - 4.4. Condiția psihică în bolile respiratorii
 - 4.5. Condiția psihică în bolile autoimune.
 - 4.6. Condiția psihică în diabetul zaharat
 - 4.7. Condiția psihică în boli cronice ale dermei: psoriazisul
 - 4.8. Condiția psihică asociată actului chirurgical,
 - 4.9. Condiția psihică în patologia canceroasă
 - 4.10. Condiția psihică asociată maternității și pierderii copilului.
 - 4.11. Specificul în terapia intensivă și terapia arsurilor majore.
 - 4.12. Specificul legat de pacienții în condiții terminale sau care au trecut prin traume severe.
 - 4.13. Servicii clinice în sănătatea organizațională.
 - 4.13.1 Aspecte generale
 - 4.13.2. Tulburări de tip workahoolism și burnout.
 - 4.13.3. Tulburări asociate stresului.
- 5. Psihologia clinică în psihopatologia majoră
 - 5.1. Tendințele accentuate între normal și psihopatologia majoră.
 - 5.2. Aspecte esențiale privind psihopatologia:
 - 5.3. Tulburări de dispoziție și depresia;
 - 5.4. Tulburări de anxietate;
 - 5.5. Tulburări de nutriție;
 - 5.6. Tulburări de control al impulsurilor;
 - 5.7. Spectrul tulburărilor schizofrene;
 - 5.8. Abordări contemporane ale condiției psihopatologice a personalității

6. Complanța la tratament și pacientul ca partener al terapiei.
7. Capacitatea de reziliență și importanța rezilienței pentru menținerea condiției de sănătate mentală.
8. Relația psihoterapeutică în psihologia clinică: empatie, obiectivitate, conținere.
9. Aspecte asociate îngrijirii bolnavului cronic, cu dizabilități majore sau în condiție terminală.
10. Evaluarea și psihodiagnosticul / conceptualizarea/ și formularea clinică a cazului
 - 10.1. Specificul evaluării clinice
 - 10.2. Interviu și anamneza clinică a adultului și a copilului.
 - 10.3. Prezentare succintă a principalelor probe de evaluare cognitivă: Teste de inteligență și aptitudini mentale utilizate în diagnoza clinică. Scalele de inteligență Weschler. Testul de memorie Ray.
 - 10.4. O prezentare a chestionarelor. Testul de trăsături de personalitate accentuate Schmiebeck; Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota și Scale clinice simptomatice; Scale de diferențiere diagnostică. Chestionarul celor patru simptome dimensionale, Chestionar pentru caracteristici de personalitate, Inventar de temperament și caracter Cloninger, Lista de plângeri TKL și VKL; Chestionarul Pichot: nevroză, psihopatie, paranoia; MMSE (mini-evaluare condiției mentale); Inventarul Clinic Millon Multi-axial.
 - 10.5. Tehnici proiective în evaluarea condiției clinice. Specificul evaluării proiective; nivelul paradigmatic și nivelul simptomatic în evaluarea proiectivă; teste de completare; teste de desen; teste de construcție; teste de selecție.
 - 10.6. Testele neuro-psihologice pentru măsurarea funcțiilor psihologice legate de anumite structuri sau căi craniene. Aplicație: afaziile.
 - 10.7. Observația clinică în strângerea datelor relevante în evaluare. Ghid de observație: tulburările de conștiință. Tulburări de atenție. Tulburări cantitative și calitative ale memoriei. Tulburări de percepție. Tulburări ale gândirii. Tulburări de vorbire. Tulburări de dispoziție. Tulburări motorii. Fișa de observație a copilului mic.
 - 10.8. Evaluarea clinică a copilului și adolescentului; contextul familiei. Aplicație: Sindromul de stres posttraumatic la copii și trauma psihică
11. Specificul cercetării în psihologia clinică contemporană
12. Tipuri de intervenții de consiliere psihologică.
13. Tipuri de intervenții de susținere terapeutică.

Referințe bibliografice

Glosar de termeni cheie

Anexe

Anexa 1. Deontologia profesională: Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică (Colegiul Psihologilor din România)

Anexa 2. Condiții de specializare în psihologia clinică cf. Legii 213 din 2004: Proceduri de atestare, acreditare și certificare în cadrul Colegiului Psihologilor din România, Comisia de psihologie clinică și psihoterapie

Anexa 3. Model de Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică și/sau psihoeducatională

Anexa 4. Ghid de practică clinică

Anexa 5. Scale de evaluare neuromotorii

Capitolul 1.

Cuvânt înainte: repere de bază; deontologie și etică în actul clinic

1.1. Repere de bază privind specificul activității de psiholog clinician

Psihologia clinică este unul dintre domeniile cele mai vaste și cunoscute ale psihologiei. Se ocupă cu probleme temporare sau severe care intervin în funcționarea psihicului uman, respectiv cu evaluarea cauzelor, prevenția, diagnoza dar și intervențiile terapeutice de bază pentru multitudine de condiții de psihopatologie care pot fi sau nu asociate unor tulburări somatice. Probabil cel mai puternic principiu al medicinei funcționează în sfera psihologiei clinice cu egală îndreptățire: *să nu faci rău*. Să evaluezi și să intervii pentru persoana care este pacientul fără să faci rău. Încă mai întărit decât pentru medicină, psihologia clinică are la bază un al doilea principiu: *fiecare persoană trebuie privită ca o ființă vie, unică*, cu specificul și caracteristicile proprii, principiu valabil atât în cadrul evaluării cât și al intervenției realizate de clinician.

Psihologul clinician lucrează în cadrul unor servicii de asistență spitalicească (în clinică, într-o secție cu profil de patologie internă, chirurgicală sau de terapie intensivă) sau de asistență medicală ambulatorie (policlinică, centre medicale, cabinet privat, etc.) Profilul activității psihologului clinician este specificat prin caracteristicile specifice celor două direcții de bază în asistența medicală, inspirate de dualismul minte-corp cu

reflectare în domeniile patologiei psihiatrice și non-psihiatrice (somatică sau patologie „fizică”). Deci vor fi psihologi clinicieni care vor activa în serviciile de psihiatrie și psihologi cliicieni care vor fi încadrați în secțiile cu patologie somatică medicală sau chirurgicală. Comparativ, atribuțiile și statutul profesional al psihologului clinician din secțiile cu profil psihiatric au o specificitate față de psihologii clinicieni din secțiile cu profil somatic. Din perspectiva tipului de condiții psihice care pot fi întâlnite în practica clinică din ambele domenii, această diferențiere este relativ artificială. Adesea, în cadrul psihologiei clinice există premisele unei bune colaborări între psihologul clinician și medicul specialist sau medicul de familie.

Psihologia clinică abordează adesea probleme de o severitate mai mare decât cele specifice altor domenii aplicative ale psihologiei. Ca arii de formare profesională, psihologia clinică cuprinde formări în trei arii ocupaționale distincte: în psihologia clinică propriu-zisă care implică evaluarea diagnostică și intervenția psihologică precum și profilaxia psihică, în consiliere psihologică și în psihoterapie.

Consilierea psihologică abordează în general aspecte care țin de capacitatea de a face față stresului cotidian, inclusiv probleme legate de profesie și carieră, dificultățile de cuplu sau familie, dificultăți din sfera performanței academice, dificultăți din sfera emoțională.

În psihoterapie nivelul de severitate al condiției psihice de disfuncționale este mai avansat ceea ce cere de obicei intervenții mai profunde, de durată și se asociază adesea și unor tratamente psihiatrice medicamentoase. Există școli de consiliere psihologică precum și școli de psihoterapie cu tehnici caracteristice care fac obiectul unei formări specifice de lungă durată care includ și analiza sau optimizare personală a terapeutului.

Psihologul clinician este de obicei implicat în cercetare cu scopul de a testa forma sau eficiența unor instrumente de evaluare, eficacitatea unor intervenții terapeutice, consecințele psihologice ale administrării unor medicații, dezvoltarea a noi teorii privind suportul psihologic adecvat în diferite condiții de viață.

Psihologul clinician lucrează fie în cadrul propriului cabinet, fie în cadrul spitalului sau policlinicilor, sau a altor organisme medicale fiind implicat în zona sensibilă a susținerii sănătății mentale.

De obicei, evaluarea clinică este legată de condiția psihologică a pacientului și se realizează cu instrumente profesionale cu un grad mare sau foarte mare de specializare. Aceste instrumente sunt de cele mai multe ori tributare unor teorii psihologice, dar fiecare dintre ele asigură prin modul în care au fost create și experimentate obiectivitatea informațiilor care pot fi obținute prin aplicarea lor. Orientările teoretice care stau la baza construcției unor instrumente sau al tehnicilor de intervenție, experimentele clinice și dezvoltările teoretice contemporane fac ca obiectul psihologiei clinice să ceară aprofundarea continuă a cunoștințelor pentru a putea fi practică în condiții de eficiență. Și, nu în ultimă instanță, obiectul complex de studiu, omul, cere, deosebit de alte profesii nu numai știință și cunoștințe, dar și intuiție și creativitate. Din această perspectivă psihologia clinică este știință întru-cât cere demersuri specifice bazate pe dovezi empirice dar și artă în egală măsură pentru că, în aplicativ, cere intuiție, empatie, dedicație continuă și pasiune.

Modul de interpretare al multora dintre instrumentele clinice și aplicarea cu succes a tehnicilor de intervenție cere psihologului clinician o cunoaștere aprofundată a structurii și dinamicii psihice, alături de teoria care stă la baza instrumentului sau intervenției aplicate, precum și o experiență personală extinsă privind omul și manifestările interumane în diferite condiții. Mai ales acest din urmă aspect face ca psihologia clinică, deși este o specializare în care te poți forma de tânăr, să ajungi să o practici cu real succes și implicare după mulți ani de practică profesională, după mijlocul vieții.

Spre deosebire de concepția generală, lucrul cu copii și adolescenții este mai dificil decât lucrul cu adulții, datorită atât faptului că implică și lucrul cu membrii familiei de origine; de multe ori psihopatologia manifestă la nivelul copilului exprimă condiția de dezechilibru psihopatologic la nivelul relațiilor de familie, sau a unora dintre membrii familiei care are impact major asupra copilului sau adolescentului. De asemenea, în relația specifică dintre psiholog și copil sau adolescent pot fi evocate și trebuie conștientizate aspecte psihice ale psihologului care fac de obicei obiectul dinamicii de transfer - contratransfer.

Ar fi greu să descriem o zi tipică de muncă pentru un psiholog clinician fie și din faptul că activitatea clinică este foarte diversă, variată și în funcție de tipul de psihopatologie în care este specializat. Practica privată se deosebește de munca de policlinică sau spital, iar aceasta din urmă depinde de tipul de specialitate medicală: ne putem imagina deosebiri între munca unui clinician la secția de chirurgie vs. secția de terapie intensivă, la un spital de arși vs. un spital pentru copii. Dar ne putem imagina că fiecare dintre aceștia începe prin a-și pregăti dosarele pacienților vor fi consultați. În general, recomandarea este ca să nu fie consultați mai mult de 5 pacienți pe zi, știut fiind ca acestor consultații le urmează interpretarea datelor obținute prin diferite metode, precum și realizarea profilului privind condiția psihică a acestora și a recomandărilor aferente. Un psiholog clinician, care nu este specializat poate întâlni provocări diverse în cursul aceleiași zile de muncă: copii și persoane în vârstă, expertize privind gradul de discernământ sau nivelul de dizabilitate, un cuplu sau o familie, fiecare aducând propriile probleme și nevoi personale care trebuie avute în vedere când se decide tipul de intervenție sau conduita terapeutică recomandată optimă pentru pacient. În aceste proceduri sunt incluse și completarea unor formulare asociate asigurărilor de sănătate, sau a celor privind expertizele judiciare sau de sănătate mentală. Astfel că în afara consultațiilor care pot dura o oră sau mai multe în funcție de pacient, a intervențiilor terapeutice aplicate, această muncă poate acoperi peste 10 ore din cadrul unei zile.

De ce alegem și de ce ne putem speria de această specializare?

Este o activitate foarte diversă și provocatoare pentru cel care o practică astfel că poate hrăni viața profesională și personală a celui care o practică.

Lucrul cu și sprijinul pacienților în sine poate aduce o semnificativă, profundă și de durată satisfacție profesională psihologului clinician.

Transformarea pozitivă a vieții și stării psihice a altuia poate conduce la stări afective pozitive de mulțumire și fericire de durată, lărgind sensul vieții personale a practicianului.

În practica privată, dar și în munca clinică din organizații, fundații sau în cercetare ești propriul șef, ești decidentul ce stabilește orele de muncă, nivelul de implicare, prioritățile, programul zilnic.

Fiecare dintre pacienți și clienți aduc un aport de informație despre ei înșiși dar și despre condițiile de viață în general, provocările curente ale vieții etc., ceea ce face ca viața profesională a clinicianului să fie diversificată, plină de resurse și informație, neplictisitoare.

Evaluările condiției psihice a pacienților sau clienților precum și programul de intervenție sunt construite în funcție de unicitatea fiecărui caz în parte conduc mereu și mereu spre provocări personale privind nivelul de cunoaștere, dar și de intuiție și creativitate personală.

Există și dificultăți specifice care pot deveni o povară pentru viața privată a specialistului. Uneori ziua de muncă se poate extinde până la 10, chiar 12 ore de lucru în detrimentul altor activități.

Implicarea în relația terapeutică atât în evaluare dar mai ales în intervențiile terapeutice poate epuiza emoțional, mai ales în cazurile extreme când nu sunt obținute rezultatele scontate sau au loc sinucideri, ceea ce configurează pericolul unor condiții de tip epuizare/ risc de „epuizare”.

Există o cantitate de timp destul de mare care include scrierea rapoartelor, sau a recomandărilor, sau completarea formularelor de consultare ale policlinicii/ spitalului.

Există o condiție specifică de distress legată de situația unora dintre pacienți pentru care condițiile de viață nu permit schimbări reale care să susțină efectul transformator al terapiei aplicate (de exemplu, în cazul unor dintre persoanele prinse în programele dedicate dependenței de droguri).

Întreaga atenție a psihologului clinician este, de fiecare dată, în mod specific, fiecăruia dintre pacienți astfel că pauzele care să permită relaxarea, reveria sunt puține.

1.2. Deontologie și etică în spațiul clinic

Actul psihologic implică de fiecare dată omul, lucrul cu seamănu tău omul. Profesia de psiholog, în particular de psiholog clinician cere un nivel înalt de etică profesională în măsura în care, prin fiecare gest putem leza demnitatea sau condiția unei ființe umane.

În multe țări domeniul psihologiei clinice este puternic reglementat de un cod de etică. În România este Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică (vezi Anexa I). De asemenea, toate asociațiile de consiliere psihologică și psihoterapiei au obligatoriu un cod deontologic de conduită a profesionistului. Același lucru este și în Europa, în cadrul Federației Europene de Psihoterapie. În SUA, etica profesională este definită prin Codul de Conduită APA, utilizat de statele unite pentru a defini cerințele de licențiere. Codul APA stabilește de obicei un nivel ceva mai înalt decât cel cerut de lege și este destinat să ghideze conduita responsabilă, protejare clienților și îmbunătățirii indivizilor, organizațiilor și societății. Este aplicat profesioniștilor din domeniul aplicativ și din cercetare.

De exemplu, Codul deontologic american se bazează pe următoarele cinci principii: Să nu faci rău, Încredere și responsabilitate, Integritate, Dreptate și Respect pentru Drepturile și demnitatea oamenilor. Sunt detaliate în articole separate modalitățile de rezolvare a problemelor etice, competența, relațiile umane, aspectele care țin de ceea ce este privat și confidențială, reclamă, păstrarea înregistrărilor, taxe, formare, cercetare, publicare, evaluare și terapie.

În codul românesc și european principiile care guvernează Codurile deontologice sunt: Respectarea drepturilor și demnității oricărei persoane, Responsabilitatea profesională și socială, Integritatea profesională. Cele trei principii sunt aplicate la nivelul Standardelor etice generale care privesc: competența, relațiile umane, confidențialitatea, conduita colegială, înregistrarea, prelucrarea și păstrarea materialelor, onorariile și taxele, declarațiile publice și reclama. De asemenea, detalierea specifică este realizată pentru domeniul educației și formării, al terapiei și consilierii, al evaluării și psihodiagnozei, precum și al cercetării științifice și prelucrării rezultatelor.

Statutul psihologului din România, care stă la baza Asociației Psihologilor din România, precizează că profesia de psiholog "se exercită numai de psihologi" și constă în observarea, evaluarea, explicarea, predicția și modificarea comportamentului uman prin aplicarea principiilor, metodelor și procedurilor științifice în scopul prevenirii și tratamentului tulburărilor psihice și de comportament, precum și în scopul dezvoltării relațiilor interpersonale, adaptării eficiente în viață și muncă, optimizării ergonomice a producției, creșterii eficienței personale și menținerii sănătății psihice și fizice (art.2). De asemenea sunt prevăzute o serie de specificații privind activitățile aplicative.

În România există un *Cod deontologic al psihologului* care este obligatoriu pentru fiecare dintre cei care lucrează în diferitele domenii ale psihologiei și care este în litera și spiritul său asemănător Codurilor deontologice care ghidează și guvernează profesia de psiholog de oriunde în lume. Greșelile sau ne-aplicarea acestui cod deontologic atrag posibilitatea unor sancțiuni care merg până la retragerea dreptului de a funcționa ca profesionist în domeniu prezentate în cadrul Codului de procedură disciplinară. În Anexa 1 este prezentat Codul Deontologic care guvernează activitatea psihologului în România.

Legat de principiile codului deontologic care ghidează munca psihologului și a psihologului clinician cei stau la baza standardelor prevederile sunt circumscrise celui mai înalt standard de considerare a umanului: *respectarea drepturilor și demnității oricărei persoane* (orice persoana are dreptul sa-i fie apreciată valoarea înnăscută de ființa umană iar aceasta valoare nu este sporită sau diminuată de cultura, naționalitate, etnie, culoare sau rasa, religie, sex sau orientare sexuală, statut marital, abilități fizice sau intelectuale, vârsta, statut socio-economic sau orice alta caracteristica personală, condiție sau statut); *responsabilitatea profesională și socială* (responsabilitate pentru starea de bine a oricărui individ, familiei, grup și comunitate față de care își exercită rolul de psiholog, incluzând atât pe cei direct cât și pe cei indirect implicați în activitățile lor, prioritate având cei direct implicați); precum și *integritatea profesională* (necesitatea de a manifesta cel mai înalt grad de integritate morală și profesională în toate relațiile, fiind

de datoria psihologului să-și prezinte onest pregătirea și calificările oriunde se afla în relații profesionale și să nu permită sau tolereze practici incorecte și discriminatorii).

Un număr de articole cu aplicare directă în psihologia clinică privesc fiecare dintre zonele de activitate a clinicianului. De la aspecte care sunt interzise, până la responsabilități care sunt specificate ca obligatorii. De asemenea, dilemelor etice li se ofer soluții posibile, sau modalități de a ajunge la astfel de soluționări.

Câteva probleme specifice de tip etic implicate în evaluarea clinică

Dacă definim evaluarea ca proces de rezolvare de probleme, avem în vedere activitatea de adunare de informații relevante și fidele despre o persoană, grup sau organizație cu scopul de a face o decizie informată. În această perspectivă pot fi observate de la început un număr de capcane pentru evaluator legate de competență, consimțământ informat și confidențialitate. Sunt de asemenea prezente probleme legate de statutul persoanelor cu dizabilități, drepturile civile ale persoanelor fără discernământ, educarea persoanelor cu dizabilități.

În context, cea mai importantă problemă este competența în sensul în care putem considera competența ca o pre-rechizită pentru condiția etică a profesionistului. Weiner, 1989, observă că, „este posibil să fii competent în munca psihodiagnostică fără să fii și etic, nu este posibil să fii etic fără să fii competent” (pg. 829). Competența în evaluare cere pre-rechizite legate de cunoștințe adecvate, formare pentru a putea folosi instrumentele /testele adecvate (administrare, cotare, interpretare). Art. IV 3 vorbește despre faptul că „Psihologii se vor angaja numai în acele activități profesionale pentru care au cunoștințele, aptitudinile, experiența și atestarea necesare”. De asemenea, Art. IV 5 prevede că „Atunci când psihologii urmează să desfășoare servicii psihologice, cercetări sau să predea dincolo de limitele de competență, aceștia vor căuta să obțină cât mai rapid competența necesară (care va presupune după caz, studiu, evaluare și supervizare) și numai apoi se vor angaja în desfășurarea activităților vizate. În acest sens, pentru acreditarea psihologilor pe diferite nivele profesionale, exista descrieri clare ale competențelor specifice.

Codul deontologic cere să ai conștiința propriilor competențe și limite; această condiție îți dă posibilitatea să alegi un instrument de evaluare și să îl utilizezi. Ce concluzii psihologice se pot infera din aceste instrumente pe care le aplici și ce tip de comportamente pot fi anticipate de aceste instrumente, reprezintă de asemenea o măsură a competenței (Weiner, p. 829).

Formarea pentru utilizarea probelor psihologice include cunoștințe și deprinderi profesionale de psihometrie (include înțelegere diferitelor forma de fidelitate, validitate, a impactului pe care îl poate avea asupra lor schimbarea în modalitățile de administrare pentru a se adapta la diferențe culturale sau cerințe privind dizabilitățile, precum și normarea; de asemenea efectele variabilelor legate de etnie, gen, vârstă și lingvistice în administrarea testelor și interpretarea scorurilor, precum și efecte ale dizabilității în administrare și interpretarea testelor. În plus, formarea ca profesionist cere obținerea unei experiențe supervizate în administrarea și interpretarea testelor clinice, competențe în utilizarea testelor de nivel C și/ sau a testelor proiective. Se subliniază că: „competențele

în utilizarea unui test sau a unui grup de teste nu implică competența în orice alt test”
Welfel, 1998, p. 226.

Caracterul etic al intervențiilor de consiliere și al psihoterapiei

În contextul celor discutate în cadrul Codului deontologic apar câteva întrebări despre rolul eticului și respectiv, al valorilor în intervențiile terapeutice, întrebări foarte viu disputate în comunitatea psihologilor clinicieni, precum și a consilierilor psihologici și a psihoterapeuților.

Este psihoterapia tributară valorilor; sau trebuie eliberată de încărcătura de valori?

Ce înseamnă ca psihoterapia este încărcată de valori? În ce felul este „încărcată”?

Pot să fie eliminate valorile respective din demersul PT.?

Dacă nu, cu cel fel de valori ar trebui încărcată? Cum putem cel mai bine înțelege dimensiunile etice ale psihoterapiei?

Autori precum Bergin subliniază că valorile sunt o parte inevitabilă și pervazivă în PT (Bergin, 1980b, p.97). De exemplu, atunci când apare o persoană la cabinetul psihologului clinician care își afirmă condiția și cere direct sprijinul: „Mă simt trist și lipsit de sens. Mă simt îngrozitor? Ce trebuie să fac?”, răspunsul clinicianului implicit va aduce cu sine și o poziție etică, deci este încărcat de valori.

Din perspectiva inversă, a celor care afirmă că psihoterapia este inconstant încărcată de valori, respectiv a clinicienilor care neagă că orice terapie este încărcată de valori, se afirmă că, în intervenția psihoterapeutică, foarte rar ești pus să funcționezi afirmând explicit o poziție etică (crezul într-o valoare declarată).

De exemplu, pot exista practicieni care, în fața plângerilor pacientului de mai sus, i-ar putea răspunde: „Decât să te lamentezi ascunzându-te în spatele depresiei și a lipsei de sens, mai bine ai onora asumările sacre pe care le-ai făcut în ziua nunții, să te întorci la soție și să începi să dai atenție obligațiilor tale față de copii”!

Sunt însă practicieni care ar putea răspunde fără consiliere, adresându-se direct condiției prezentate și, din punct de vedere etic, abordând neutralitatea: ”Îmi pare că într-adevăr te simți trist. De când timp îți se întâmplă acest lucru?”

Mulți se întreabă dacă nu cumva consilierea și terapia psihologică, eliberată de valoare, nu rămâne doar un ideal important, greu de atins de clinicienii lipsiți de experiență?

Există cumva valori implicite în răspunsuri, chiar și în cele neutre, care sunt conținute în mod subtil în limbaj, simboluri, istorii, sau poate atât de adânc înrădăcinate într-o anume cultură încât sunt dificil de observat ca atare?

Psihoterapia include doar valori legate de sănătatea mentală.

Sunt terapeuți care consideră că terapia este încărcată de valori/ sau ar trebui să fie, dar sunt valori mai ales legate de scopurile terapeutice, care în această calitate pot contribui la scopul terapeutic pentru îmbunătățirea funcționării.

Strupp distinge între valori esențiale terapeutice - de exemplu: oamenii au dreptul la libertate personală și independență” și care sunt esențiale pentru sensul terapeutic și valori ideosincratice sau opționale, care nu au ce căuta în spațiul intervenției terapeutice (Strupp, 1980, p.397 -8). Acceptarea punctului de vedere al lui Strupp ridică două

întrebări: care valori sunt „valorile esențiale ale terapiei”?, în ce măsură valorile opționale ale terapeuților influențează rezultatul terapiei (de ex. convingerea intimă privind înflorirea ființei umane)?

Această provocare ridică o problemă importantă și foarte complexă privind relația dintre valori și scopurile terapiei.

Sunt mulți teoreticieni dar și practicieni care afirmă teza că un motiv central pentru inevitabilitatea ca terapia să fie încărcată cu valori este faptul că orice terapie include scopuri încărcate de valori.

Bergin consideră intervenția psihoterapeutică este o știință aplicată, direcționată spre scopuri practice care sunt selectate în termeni valorici” (1980b, 97). De exemplu, dacă vrem să înțelegem ce sunt „valorile esențiale terapeutice” va trebui să examinăm foarte de aproape scopurile terapeutice.

Desigur acest lucru ne atrage atenția asupra altei probleme: care este scopul psihoterapiei: este „sănătatea mentală”, sau îmbunătățirea, sau funcționarea psihologică „ideală” și ce înseamnă fiecare dintre aceste afirmații? Căror valori sau poziții etice i se dedică terapeuții dacă corespunde acestor aspecte?

Este adesea dificil să discuți despre scopurile psihoterapiei, din mai multe motive: termenii pe care terapeuții îi aleg pentru a exprima scopul terapiei variază larg (sănătate mentală, schimbarea de comportament, auto-actualizare, etc. Terapeuții folosesc aceeași termenii în moduri semnificativ diferite. Și mulți terapeuți își individualizează setul de valori în funcție de persoane, astfel că, de exemplu, scopuri dintr-o anumită relație terapeutică depinde de natura problemei, scopurilor afirmate ale persoanei, caracteristicile clientului (respectiv personalitatea individului și forțele sale personale și sociale, etc.), considerațiilor financiare (caracteristica de reconstrucție este rar un scop pentru o îngrijire manageriată pentru un client cu resurse modeste), stadiul terapiei, etc.

Ca exemplu pentru această dificultate, trebuie să distingem două înțelesuri semnificative pentru sănătatea mentală (și a termenilor înrudiți) eliberarea de disfuncții psihologice serioase și sănătate mentală pozitivă. În genere, un consens mai mare este în jurul valorilor legate de prima afirmație (față de a doua). De ex., dacă lucrezi cu un pacient serios depresat terapeuții poate dezvolta scopul terapeutic de a descrește depresia. Acest scop include o valoare și anume este bine să fi eliberat de depresie, valoare asupra căreia există un acord larg. Și totuși, profesioniștii în sănătatea mentală nu sunt de acord, uneori destul de accentuat, că sănătatea mentală înseamnă ca funcționare mentală ideală. În 1958, Jehoda caută să obțină un acord asupra înțelesului de „sănătate mentală pozitivă”.

Introducerea mai multor perspective asupra sănătății mentale (incluzându-le și pe cele ale non-terapeuților) contribuie la a face și mai complexă încercarea de a defini conceptele de sănătate mentală și de a clarifica valorile legate de astfel de definiții. Berkham sugerează că diferite perspective, ale indivizilor și grupurilor, terapeuților, pacienților/clientilor, familiilor, sau a altor grupuri sociale, pot să fie diferite, pot să exprime interese diferite, precum și valori diferite privind rezultatele psihoterapiei (Stiles, Shapiro, Barkham, 1993, p.116).

Adoptarea unei perspective inter-culturale face ca procesul de clarificare, evaluare și justificare a valorilor legate de terapie să fie chiar mai dificil. Mulți dintre practicieni consideră că valorile tradiționale reflectă în general valori de tip vestic.

Referințe bibliografice

- Bergins A.E. 1980. Religios and Humanistic values: A reply to Ellis and Walls, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 642 - 645
- Hersen M., 2004, *Psychological Assessment in Clinical Practice: a Pragmatic Guide*, NY: Brunner-Routledge.
- Jehoda M., 1958, *Current Concepts in positive mental health*. NY: Basic Books
- Stiles W.B., Shapiro D.A., Barkham M., 1993, Research Directions for psychotherapy integration: A Rundtable, in J.C.Norcross (ed.) *Journal of Psychotherapy Integration* 3: 91 - 131
- Strupp H.H. 1980. Success and Failure in time-limited psychotherapy: Further evidence (Comparison 4). *Archives of General Psychiatry*, 37, 947-954
- Tjeltveit A.C. 1991. *Ethics and Values in Psychotherapy*. NY:Routledge
- Weiner I.B., 1981, On Competence and ethicality in psychodiagnostic assessment, in *Journal of Personality Assessment*, 53 (4), 827-839
- Welfel E.R., 1998, *Ethics in Counseling and Psychotherapy*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing

Capitolul 2.

Abordare istorică și delimitări conceptuale; formarea în psihologia clinică

Psihologia clinică ca știința care drept scop studiul factorilor psihologici implicați în starea de sănătate și de boală. Așadar, psihologia clinică este focalizată pe aspectele de promovare a sănătății și prevenție a patologiei, precum și pe aspectele de tratament psihologic a tulburărilor care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice.

2. 1. Denumirea legală de psiholog clinician în România

Ministrul muncii, familiei și egalității de șanse precum și președintele Institutului Național de Statistică au aprobat Ordinul comun nr. 170/179/2008 privind completarea Clasificării Ocupațiilor din România, COR, pentru armonizarea ocupațiilor din România cu cele existente în UE, precum și pentru respectarea cadrului normativ al exercitării fiecărei profesii sau ocupații din România.

Prin aprobarea Ordinului comun nr. 170/179/2008 privind completarea COR, profesia de psiholog a fost restructurată și la nivelul COR, conform dispozițiilor Legii nr. 213/2004 și H.G. nr. 788/2005, ca o profesie unică, reglementată în mod unitar, având zece specialități de competență, cu trepte de competență și forme de exercitare proprii, în vederea evitării unor posibile contradicții în practica și încadrarea psihologilor profesioniști potrivit actelor normative care reglementează profesia, după cum urmează:

Psiholog în specialitatea psihologie clinică

codul 244501

Psiholog in specialitatea consiliere psihologica	codul 244502
Psiholog in specialitatea psihoterapie	codul 244503
Psiholog in specialitatea psihologia muncii si organizationala	codul 244504
Psiholog in specialitatea psihologia transporturilor	codul 244505
Psiholog in specialitatea psihologia aplicata in servicii	codul 244506
Psiholog in specialitatea psihologie educationala, consiliere scolara si vocationala codul 244507	
Psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala	codul 244508
Psiholog in specialitatea psihologie aplicata in domeniul securitatii nationale codul 244509	

Psiholog in specialitatea psihologie judiciara - evaluarea comportamentului simulat prin tehnica poligraf codul 244510

Autoritatea romana competenta pentru profesia de psiholog, C.P.R., este partener in procesul de actualizare a Grupei majore 2 a COR, proces demarat in anul 2008 de catre Ministerul Muncii, Familiei si Egalitatii de Sanse.

2.2. Abordare istorică și delimitări conceptuale

Data convențională pentru momentul de fondare a psihologiei clinice ca disciplină distinctă, este 1879, respectiv a data punerii în funcțiune a laboratorului lui Wundt de la Leipzig.

Elemente esențiale ale psihologiei clinice sunt știința și practica pe care majoritatea le consideră a fi inseparabil legate între ele pentru a forma un întreg care este mai cuprinzător decât părțile constituente.

Credibilitatea practicianului se bazează pe știință; eficiență aplicativă a practicianului conduce la motivarea implicării unor fonduri publice în cercetare și educare-formare profesională. De aici, acceptul deosebit de puternic pus în prezent pe cercetarea științifică care să aducă dovezi empirice ale obiectivității afirmațiilor.

În istoria psihologiei clinice, un rol semnificativ a revenit organizațiilor științifice, profesionale și educaționale; anumite acreditări precum gradul de doctor, experiența supervizată și licența în domeniu au ajuns să fie considerate ca fiind necesare pentru a putea participa deplin la această profesie. O serie de organizații și persoane au realizat în această perioadă o activitate susținută de pleoară și dovedire prin date de cercetare aplicativă a necesității de standarde profesionale de formare și drepturi și atribuții profesionale.

În SUA de exemplu, istoria psihologiei clinice este consfințită de formarea unor organizații profesionale specializate: *Asociația Americană a Psihologilor Clinicieni*

(1917-19), *Secția Clinică a APA* (1919-1937), *Secția Clinică a Asociației Americane de Psihologie Aplicată* (1937 – 1945), precum și variatele *secții ale Diviziei 12* (1962 – prezent): istoria scurtă a diferitelor organizații profesionale acoperă dezvoltări normative și legislative, înființarea unor comitete de specialitate, publicații specializate precum și a certificărilor și diplomelor specifice acordate.

Istoria psihologiei clinice ar trebui să fie o descriere cronologică a acestor etape, pași, organizații; apoi a unor anumite subiecte și personalități legate de aceste organizații.

Dezvoltări majore

În aceste dezvoltări, organizațiile ca atare au avut rol de suport, indirect. Ca direcții majore putem delimita:

(a) Dezvoltarea unei cunoașteri psihologice noi relevante pentru psihopatologie și pentru alte probleme clinice, de exemplu legate de dezvoltarea atașamentului copiilor de părinți (John Bowlby și Mary Ainsworth), locusul intern vs. extern de control (Julian Rotter), risc și factori protectori (Norman Garnezy) sau anxietatea de tip stare vs. trăsătură (Charles Sielberger). Această direcție a inclus și dezvoltarea unor publicații profesionale și științifice sponsorizate de diferite organizații: newslettere și reviste (de ex., fondarea unor reviste precum *Journal of Abnormal Psychology* de către Norman Prince și a revistei *Journal of Consulting Psychology*, de Johnnie Symonds).

(b) Ideea testării mentale care a pornit de la Francis Galton, 1869, James McK. Cattell. Crearea și validarea testelor de inteligență: Binet-Simon, 1905, Stanford-Binet, L.M. Termen, a testelor Wechsler.

(c) Emergența evaluării personalității ce poate fi exemplificată prin Experimentul Asociativ - verbal, C.G.Jung, 1904, testul Rorschach, 1921, Testul Tematic de Apercepție, Henry Murray, 1935, precum și a Inventarului Multifazic de Personalitate Minnesota a lui Starke Hathaway și J.C.McKinley.

(d) Emergența unei forme de psihoterapie în afara clinicii care a început să fie internațional îmbrățișată de diferiți clinicieni medici sau psihologi. De exemplu, la începutul secolului XX ca figuri semnificative este S. Freud, sau C.G. Jung ca fondatori ai psihologiei psihanalitice, respectiv analitice de profunzime.

(e) Dezvoltarea cercetării empirice în psihoterapie, care poate fi exemplificată de munca lui C.G.Jung, a lui H. Rorschach, a școlii umaniste a lui Carl Rogers și Hans Strupp.

(f) Dezvoltarea cercetării empirice legată de terapii comportamentale și provocările acestora pentru terapiile mai tradiționale, exemplificate prin munca unor Mary Cover Jones, O. Horbart Mowrer, Hans Eysenck sau Joseph Wolpe.

(g) Dezvoltarea și diferențierea unor programe standardizate oficiale pentru formarea în psihologie clinică și școlilor de psihoterapie și consiliere.

(h) Dezvoltarea Bordului American de Psihologie Profesională, certificare și licențiere, a Registrului Național de Furnizori de Sănătate în psihologie, și alte astfel de forme de recunoaștere și reglare a competenței psihologilor ce oferă servicii publicului.

(i) Includerea psihologilor clinicieni în sistemul de îngrijire a sănătății. În personalul spitalelor și eligibilitatea pentru a fi plătiți de guvern (în SUA sunt plătiți ca a ca a III-a parte în relația de sănătate) sau de către asigurările private.

Este necesar să subliniem că organizațiile de P.C. au dus la realizarea celor mai multe dintre aspectele prezentate. Multe dintre dezvoltări au apărut în primul rând în statele

europene sau, cel puțin în America se datorează unor persoane care nu sunt americani ca origine sau nici măcar psihologi, precum Binet din Franța, Jung și Rorschach elvețieni, Freud austriac, Eysenck expatriat german, Wolpe un sud-african, Galton sau Bowlby englezi. Freud, Jung, Rorschach, McKinley, Murray, Prince, Wople au fost medici.

La noi în țară, organizațiile profesionale, precum Asociația Psihologilor din România, au asigurat în trecut recunoașterea domeniilor aplicative și derularea vieții științifice prin organizarea secțiilor aplicative, a conferințelor pe domenii sau a Conferințelor Naționale, sau a Revistei de Psihologie. În prezent, viața științifică este de asemenea gestionată alături de drepturile profesionale ale psihologilor de APR. Poate sponsoriza workshopuri sau simpozioane, sau conferințe de specialitate și intervine activ în organizarea Conferinței Naționale de Psihologie, mijloc principal de comunicare a profesioniștilor din domeniu. Există de asemenea Institute sau Centre aplicative pe domeniul sănătății mentale și a recuperării sănătății care au avut ca obiect atât organizarea normativă a muncii clinice a psihologului cât și a desfășurării unor cercetări aplicative de domeniu. Institutul de Psihologie al Academiei Române a fost și este un centru de cercetare aplicativă și fundamentală. Precum și de editare a ceea ce a fost ani de zile singura sau principala revistă de profil psihologic științific, Revista de Psihologie a Academiei Române. Centre de Cercetare precum Centru de Sănătate mentală, Centrul Medical din Chimie/Petrochimie, Centrul de recuperare a forței de muncă etc. Facultățile de profil au constituit de asemenea, o zonă în care cercetarea asigură într-o măsură baza științifică a formărilor. Astfel de personalități în psihologia clinică românească sunt prof. George Ionescu de la Universitatea București.

În prezent, în România, există un Registru al furnizorilor de formare acreditați, al Supervizorilor acreditați dar și un Registru al practicienilor acreditați unde, în spiritul eticii și deontologiei profesionale sunt trecute datele profesionale inclusiv nivelul de responsabilitate ca practician. Toate acestea sunt publice și deschise pe site-ul CPR, www.copsi.ro.

Fundarea Psihologiei Clinice la începuturile secolului XX

În SUA, fondatorul psihologiei clinice a fost Lighter Witmer, profesor la Departamentul de psihologie al Universității din Pennsylvania (cf. Brotmarkle, 1931, Watson, 1956). Witmer și-a prezentat inițial primele idei privind o profesie de psihologie clinică la adunarea APA din 29 decembrie 1896. Nu există însă dovezi privind reacția auditoriului. APA a fost apoi fondată explicit pentru avansul psihologiei „ca știință”, iar propunerea ca principiile psihologiei ar trebui să servească pentru a ajuta persoane individuale, nu părea în acel moment să se potrivească foarte bine acestui obiectiv. Același accent a fost discutat la nivelul universităților; departamentele tradiționale academice doreau să formeze oameni de știință și prezentau interes mic pentru formarea practicienilor. Rezistențe la ideile lui Witmer au sens istoric dar și contemporan.

În primăvara lui 1886, înainte de conferința APA din decembrie, Witmer a fondat în mod real o clinică psihologică la Universitatea din Pennsylvania care este încă în funcțiune. Primul caz raportat a fost un copil cu dificultăți de vorbire, considerând că dacă este o abordare științifică a domeniului, aceasta ar trebui să poată contribui la probleme

practice. De-a lungul anilor, clinica lui Witmer s-a centrat pe copii și pe probleme legate de dezvoltarea mentală și academic, mai ales retardul mental. Intervențiile sale erau rezolvate adesea de profesori; procedurile de evaluare nu erau statice, de exemplu, încercarea de a învăța un copil o anumită chestiune servea ca artă a procedurii de evaluare. De asemenea, Witmer a dezvoltat un program de formare în domeniul clinic destinat absolvenților de psihologie. Unii dintre cei formați au rămas la Clinica Psihologică devenind în timp directori ai acesteia. De ex. Edwin B. Twitmyer, a cărui teză de disertație asupra reflexelor genunchiului anticipă munca lui Pavlov asupra reflexelor condiționate, care devine unul dintre fondatorii domeniului patologiei vorbirii (Twitmyer și Nathanson, 1932). Edward Viteles, devine pionier în studiul evaluării vocaționale și psihologiei industriale (Vitelis, 1932). Etc.

Altă contribuție a lui Witmer în PC a fost o revistă profesională, Clinica Psihologică, fondată în 1905, unde a editat personal 23 de numere și volume după care revista a încetat. Revista conținea studii de caz foarte detaliate și descrieri ale programului. Deși concluziile trase în unele dintre acestea ar apărea astăzi relativ ciudate (de ex, efectul favorabil a îndepărtării adenomelor copilului asupra performanței academice!). Când în 1937 Witmer încearcă donarea revistei către Asociația Americană de Psihologie Aplicată, e întâmpinat cu un refuz deoarece asociația își avea deja propria publicație, Journal of Consulting Psychology.

Personalitatea lui Witmer a fost controversată și contribuția sa organizațională nu a fost mai amplă. De ex, în 1908 critică pe William James ca fiind „un copil răsfățat al psihologiei americane” (McReynolds, 1987, pg. 295), definindu-l ca scriitor nu cercetător. Acest lucru a condus spre dezaprobarea sa de confrăți. Nici nu s-a alăturat organizațiilor psihologice (refuză să facă parte de Asociația Americană a Psihologilor Clinicieni). Se retrage în 1937, când pune bazele unei „Școli Witmer”, școală pentru copii handicapați. M. Reisman, istoric recunoscut al psihologiei clinice, subliniază că Witmer s-a dedicat tratamentului (scrisoare 1992 către autor).

Alte contribuții timpurii

Alfred Binet, Theophile Simon, 1905, test pentru identificarea celor retardați mental. Deși în această perioadă psihologia clinică ca atare nu era dezvoltată în Franța. Itemi ai testului Binet-Simon erau mai complecși decât cei senzoriali motori ai lui Galton, sau James McKenn Cattell.

În SUA testul Binet – Simon este adus de H.H.Goddard, care devine director de cercetare în 1905 la Școala de Formare, școală privată pentru cei cu dizabilități mentale în Vineland, New Jersey. Descoperă un mare număr de „moroni” în populație, cu nivel scăzut la testele de inteligență dar având o funcționare socială minimal adecvată. Azi astfel de persoane nu ar mai fi catalogate ca retardați mental, cf. Conceptului de comportament adaptativ dezvoltat de Edgar Doll. Goddard este cunoscut pentru dezvoltarea primului an de program formal internship, la Vineland în 1908 (este interesant că internii care lucrau cu el făceau și cercetare și muncă clinică). După plecarea de la Vineland devine profesor la Universitatea de Stat din Ohio, 1922, și devine unul dintre primii formatori-profesori în formarea psihologilor clinicieni.

Ulterior Scala de dezvoltare mentală Binet a fost standardizată de L.M. Terman, la Universitatea Stanford, prevăzută cu norme mult mai elaborate. Administrarea competentă scalei Stanford-Binet intra în programul de formare al psihologilor clinicieni. Ulterior Termen folosește scala pentru a defini și studia copii superior dotați. Devine în 1925 membru al Academiei Naționale de Științe.

În aceste perioade, una dintre principalele sfere ale psihologiei clinice a fost testarea mentală.

Guy M. Whipple, care a fost urmat inițial la Universitatea Cornell, dar evaluat negativ de experimentalistul Edward Titchener se mută. La Cornell University supervizează disertația lui Edgar A.Doll. Manualul testelor mentale al lui Whipple, 1910, a făcut același lucru pentru psihologia aplicativă ca manualul laboratorului lui Titchener pentru psihologia experimentală. Accentul pus era pe formarea necesară pentru toate fazele testării mentale, cunoașterea aspectelor legate de dezvoltarea mentală și cu variatele grade de retard mentală aceste aspecte au fost însușite printr-o rezoluție a APA din 1915 (Fernberger, 1932, pg.46). Disensiune: deși Whipple a introdus rezoluția, J.E.Wallin, 1966, a susținut că el a fost cel care a scris-o ca atare.

Fondarea Revistei de psihologie a anormalității, Journal of Abnormal Psychology și a Clinicii de Psihologie de la Harvard.

JAP este fondat de Morton Price în 1906 și este prima revistă importantă în domeniul PC. În momentul fondării revistei nu exista nici o organizație psihologică de cPC. A fost pentru o lungă perioadă mijlocul principal de prezentare a cercetărilor psihologice în psihopatologie.

M. Price era medic, nu psiholog și practica medicina în Boston; influențat în particular de Pierre Janet; cunoscut mai ales pentru prezentarea unui caz faimos de personalitate multiplă, Sally Beauchamps, 1906. În 1926 dă revista APA-ei, unde este încă în funcțiune. Este și fondatorul Asociației Americane pentru Psihopatologie, grup interdisciplinar (în majoritate psihiatri) care ține întruniri științifice, editează volume de specialitate.

Familiarizat cu scrierile freudiene, fără a adera la psihanaliză, Price agreează opinia lui Freud că psihopatologia este mai degrabă o parte a psihologiei decât a medicinei și fondează Clinica de Psihologie Boston cu ajutorul fratelui, bancher bogat. Această clinică a fost o parte din programul de psihologie a campusului pentru arte și științe de la Harvard, decât o Școală de Medicină. În 1926 îl angajează ca asistent pe H. Murray.

Dezvoltări timpurii în psihanaliză și psihoterapie

Prima formă de psihoterapie care a avut influență a fost psihanaliza lui Freud. Ca să putem înțelege rolul organizațiilor psihologiei clinice în intervenția terapeutică, vom prezenta fundalul influențelor psihoterapiilor începând cu școala lui Freud a asupra întregului domeniu al sănătății mentale.

Faimoasa carte a lui Freud și Breuer asupra tratamentului isteriei prin mijloace psihologice apare în 1885, iar cartea lui Freud privind interpretarea viselor în 1900. Primele studii privind inconștientul prin primismul teoriei complexelor apare în 1902 +

1904 semnate de Jung și colaboratorii, iar prima carte a sa în care apar teorii privind inconștientul abisal, în 1912, *Transformation of Symbol*.

Freud studiasse cu controversatul Charcot la Paris ajunge să renunțe și să resăingă metodele de tratament prin hipnoză în favoarea asociației libere. După un număr de ani, aceeași respingere a metodei prin hipnoză în favoarea unor noi posibilități de acces direct la materialul inconștient (experiment asociativ-verbal, analiza de simbol prin vise, ulterior imaginația activă etc.) o manifestă și Jung. Amândoi, Freud și Jung sunt invitați în America pentru a vorbi la o conferință aniversară la Clark University, în acea perioadă G. Stanley Hall era amfitrionul acestei invitații, alături de psihologii americani ai momentului, William James, Edward Titchener. În această perioadă, în America psihoterapia era manifestă mai ales prin intermediul unor medici; unii membrii ai clerului erau de asemenea interesați în sănătatea mentală. Odată cu anii 1911 – 12 freudieni se referă la domeniul definit ca psihanaliză, diferit de neurologie, psihiatrie sau muncă socială.

În Europa puteai să te formezi în psihanaliză fără o formare în medicină (v. Anna Freud). Jung este primul care ridică problema unei formări de specialitate dublată de analiză personală. În psihanaliză, primul model de formare academică este dezvoltat de Max Eitingon, la Institutul Psihanalitic din Berlin, care, din 1922 cuprinde trei componente: psihanaliza personală, formare teoretică sau didactică în cadrul unui institut, și analize cu pacienții supervizate/ de control. Caz celebru: în 1926 Theodore Reik este arestat și judecat pentru practicarea medicinei fără licență, angajarea în psihanaliză fără formare medicală. Proba A a sa a fost afirmația lui Freud publicată în 1927 în *Problema Analizei Legale (LAY)*, că psihanaliza este o parte a psihologiei mai degrabă decât a medicinei și din acest motiv nu este cerută formarea medicală. Asociația Americană de Psihanaliză decide în 1938 contrariul și interzice oficial formarea în psihanaliză a unor persoane non-medici. Acest lucru descurajează psihologii americani să se formeze în psihanaliză. Într-o măsură chiar și de la a se forma în psihoterapie.

În Europa psihologia clinică a angajat în mare măsură psihiatri alături de psihologi. Astfel, cercetările debutează cu experimentul de asociație liberă descris de Sir Francis Galton pentru studierea gândirii. Au urmat o serie de cercetări clinice privind asociațiile de cuvinte, în principal legate de modalitățile memoriei.

În 1894 Freud introduce termenul de proiecție termen care va face carieră în rândul instrumentelor construite pentru evaluarea aspectelor inconștiente și a altor procese sau conținuturi psihice.

Primul dintre cei care realizează studii experimentale clinice asupra psihicului uman, este C.G. Jung. Astfel își întemeiază psihologia inconștientului și teoria complexelor psihice, precum și primul instrument de anvergură în evaluarea clinică, utilizat și în zilele noastre, Experimentul Asociativ – Verbal experimentat în clinica de psihiatrie din 1902. Prima publicare completă a testului este în 1910, în *American Journal of Psychology*, 31, 219-269.

În 1907, Brittain în lucrarea *Un studiu asupra imaginației*, folosește o tehnică de evaluare care abia după 25 de ani va fi redescoperită de psihologul american Schwartz, respectiv prezintă 9 imagini unor adolescenți cerându-le să scrie povestiri sugerate de acestea.

În 1917 -1919 are loc fondarea Asociației Americane a Psihologilor Clinicieni, 1917 – 1919. În 28 decembrie 1917 un grup de opt psihologi se aduna în cadrul APA din Pittsburg și formează o organizație independentă, AACP. Ca președinte este ales J.E.Wallace Wallin. Avea două scopuri mari: să crească morala și spiritul psihologilor clinicieni ridicând standardele profesionale, să încurajeze cercetarea în psihologia clinică. Primul scop era într-un relativ conflict cu APA, care avea ca scop avansarea psihologiei ca știință. Aleg 48 de membrii potențiali, dintre care 46 confirmă: 45 aveau titlul de doctor în psihologie, unul era doctor în medicină (cinci aveau ambele titluri doctorale, Bruner, Dearborn, Gessell, Haines, Stevens); dintre cei 46, 22 erau universitari, 10 angajați în sistemele școlare publice, doi angajați la judecătoriile pentru tineri (juvenile), precum și în instituții de retard mental și spitale psihiatrice.

În 1921, Rorschach publică lucrarea *Psihodiagnostic*, cu testul omonim, care rămâne proba de referință în psihologia clinică.

În 1926 Florence Goodenough pune la punct testul *Desenează un om*, destinat diagnozei clinice a dezvoltării gândirii conceptuale și capacității de observație, În 1936 este revizuit

În 1963 este revizuit și redenumit *Testul de desen Goodenough-Harris*, destinat copiilor între 5 și 15 ani. Articolul apare în Jurnalul de psihologie american sub titulatura „Metodele proiective pentru studiul personalității” iar referințele autorului cuprind testul de asociere al lui Jung, Testul petelor de cerneală a lui Rorschach și testul de a percepție al lui Murray.

În 1940 Louise Duss publică testul psihanalitic de completare povestiri, *Testul fabulelor*.

În 1943, Murray publică manualul de aplicare și interpretare al unui test care va face și el epocă în psihologia clinică, *T.A.T.*, iar Staabs publică *Sceno-test*, o cutie cu jucării, miniaturi, obiecte ce permit copilului să-și organizeze scene imaginare sau legate de existența sa reală.

În 1944, L.Szondi, la Universitatea din Bale, introduce în psihologia clinică și psihoterapie analiza destinului și proba complexă de evaluare *Testul Szondi*, iar S. Rosenzweig publică *Studiul Imaginilor de Frustrare*, ac procedeu proiectiv destinat evaluării tipurilor de reacție la stresul vieții cotidiene.

În 1945, D. Rapaport, M.Gil și R. Schafer publică lucrarea *Testarea psihologică diagnostică*, care marchează maturizarea psihologiei clinice în SUA.

1047, W.Stein creează *Testul de completare a frazelor*, iar J.Buck testul de desen *Casă, Copac, Persoană*, tehnică ce permite clinicianului să studieze și evalueze nivelul de integrare al personalității.

În 1948 elvețianul M. Lucher publică *Testul culorilor*, și metoda de diagnostic clinic a personalității și de intervenție terapeutică. L.K. Frank publică lucrarea de referință *Metodele proiective*, iar H. Zullinger realizează *Testul individual Z*, o adaptare a testului petelor de cerneală.

În 1949, H. Arthus introduce în Franța *Testul Satului* iar K. Machover va publica în SUA testul *Desenați o persoană* ca instrument psiho-educational pentru copii și adulți. L.Bellak și S. Bellak publică *Testul de Apercepție pentru Copii*, dedicat evaluării clinice a copiilor între 3 și 10 ani, în care personajele celor 10 planșe sunt animale.

În 1950, L.Abt și L.Bellak publică o lucrare clinică de referință *Psihologie proiectivă*, iar J.B.Rotter și J-E. Rafferty proba *Testul de propoziții incomplete*, format din 40 de structuri verbale deschise.

În 1952, K.Koch, în Europa, publică *Testul arborelui*, în urma unei cercetări clinice sistematice întreprinse din anul 40, privind personalitatea copiilor și adulților. Va fi readaptat în ceea ce privește interpretarea clinică de R. Stora în 1963.

În 1955, J. Delay și P. Pichot publică tratatul *Metode psihometrice în clinică*, iar C.B. Tait și R.L.Ascher *Testul Interiorul Corpului Uman*.

În 1958 W. Holtzman publică în America o nouă adaptare a testului Rorschach, *Tehnica petelor de cerneală H*, în încercarea de a depăși limitele psihometrice disputate ale primului.

În 1961, L.Corman publică *Testul PN*, anunțând o nouă metode de interpretare a tendințelor inconștiente și a mecanismelor de apărare ale eului. În același an, D. Anzieu și Ch. Chabert publică lucrarea de referință, *Metodele proiective*.

În 1962, D. Kalff, prezintă o metodă derivată din Tehnica satului, dar pe bazele interpretative ale psihologiei jungiene, *Sandplay*, ca tehnică specifică de evaluare și psihoterie.

Din perioada anilor 60 cercetarea în psihologia clinică se extinde acoperind virtual toate domeniile existenței umane. O multitudine de studii clinice vor face obiectul referințelor din capitolele aplicative, încep să lărgescă domeniul psihologiei clinice de la evaluarea condiției psihopatologice și a condiției personalității ca întreg, spre cercetarea și evaluarea condițiilor psihice asociate multitudinii de condiții organice și somatice, stresului profesional și social, sănătății mentale, coping-ului, rezilienței, etc.

În secolul XXI

Cum am văzut cu ajuotul acestor câteva repere, psihologia clinică își are rădăcinile în psihologia experimentală dar și în practica clinică a unor psihiatri, neurologi și psihologi. Există în zilele noastre o semnificativă dispută care pare să polarizeze psihologii clinicieni: între proporția de practicieni care consideră dovezile științifice ca fiind mai puțin importante comparativ cu experiența clinică (T. B. Baker și *al. Psychol. Sci. Public*

Interest 9, 67–103; 2008), care este considerată în special de cercetători și de cei implicați în teoretizare ca fiind subiectivă (vs. obiectivitatea datelor științifice).

În ultimii 20 de ani știința și cercetarea științifică au făcut pași mari în direcții care pot sprijini evaluarea și tratamentul în psihologia clinică practică, de exemplu în domeniul neuroimaginei, în genetica neuronală și comportamentală, în neuroștiințele cognitive, dar datele culese din cercetare în activitatea clinică propriu-zisă se prezintă în contexte și condiții care vizează în primul rând unicitatea cazului.

În disputa subiacentă privind relația costuri - beneficii, există o multitudine de intervenții psihologice care s-au dovedit a fi eficiente și relative puțin costisitoare. În acest sens, o direcție care presează în prezent, dinspre psihologia clinică americană sau de limbă engleză, din păcate extremizând perspectiva, privește adoptarea numai acelor forme de terapie care au rezultate clar măsurabile. Sunt blamați psihologii clinicieni care „continuă să folosească terapii nedovedite care includ, în cazuri extreme, forme “înalt suspecte” precum terapia asistată de delfin” (Psychology, a Reality check, in *Nature* vol. 641, issue 7266, oct. 2009, pg 947).

Situația a creat “tensiuni” majore în cadrul APA și, din păcate această extremizare tinde să se propage unilateral pierzând din vedere tocmai aspectul care face specificul psihologiei aplicate, unicitatea fiecărui caz în parte. APA cere ca în cursurile de formare a psihologilor clinicieni să existe o componentă științifică, dar nu impune ca știința să fie atât de centrală cât ar dori unii dintre membrii organizației. În această situație, reprezentanți a aproximativ două duzini de cercetători de vârf americani s-au grupat pentru a forma în 1994 Academia de Știință Clinică Psihologică (APCS), având explicită misiunea de a promova psihologia științifică.

2. 3. Formarea în psihologia clinică

Formare academică

Programele de formare se derulează în învățământul universitar sau de către asociațiile profesionale. Licențele și certificările sunt instituite legal, prin agenții. La noi în țară din 2004 prin Legea 213 și HG din 2005 privind metodologia de aplicare a legii, Colegiul Psihologilor din România fiind organizația legală care atestă dreptul de liberă practică în diferite domenii ale psihologiei.

Obținerea competențelor generale și specifice presupune obligatoriu licența în psihologie și parcurgerea unui pachet de cursuri universitare care să includă cunoștințe din domeniile: psihologie generală și psihodiagnostic; psihodiagnostic și evaluare clinică; psihologie clinică și/sau medicală; consiliere și psihoterapie; psihiatrie și/sau psihopatologie; psihologia sănătății și/sau psihosomatică; psihologia dezvoltării și/sau Psihologia clinică a dezvoltării.

Unele din aceste cursuri pot fi parcurse în cadrul programului de licență (și/sau master, doctorat) în psihologie, sau, în situația în care acestea nu au făcut parte din curriculum universitar în psihologie, se pot completa ulterior prin studii universitare specifice

focalizate pe aceste cursuri (ex. organizate în regim de taxă la universitățile acreditate de Ministerul Educației și Cercetării; MEdC).

Utilizarea în contextul domeniului de specializare în psihologia clinică a probelor psihologice și interviurilor structurate și semi-structurate trebuie să îndeplinească criteriile psihometrice standard, așa cum sunt ele stabilite de către Comisia de Metodologie, cu excepțiile stabilite de Comisia Clinică a CPR. Utilizarea probelor psihologice complexe (ex. proiective sau psihometrice) cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative generale sau specifice, organizate la nivel universitar (nivel licență, master, doctorat) sau prin cursuri de formare continuă ale asociații profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

Utilizarea tehnicilor complexe de intervenție psihologică cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) sau prin cursuri de formare continuă ale asociații profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

Asociațiile profesionale de psihologie clinică, consiliere și/sau psihoterapie, acreditate profesional de către Comisia Clinică a CPR pot oferi programe de pregătire profesională continuă în psihologia clinică, atât focalizate pe proceduri țintă (ex. formare continuă de scurtă durată în metodologii și tehnici de intervenție complexe) cât și cu caracter mai complex/general (ex. formare continuă complementară în psihologia clinică necesare trecerii la treapta de psiholog practicant autonom în psihologia clinică). Programele sunt acreditate cu un anumit număr de credite în funcție de durata și conținutul acestora. Aceste programe trebuie să fie focalizate pe aprofundarea competențelor generale și specifice în psihologia clinică.

Tipuri de atestări

Art. 11. Comisia Clinică a CPR acreditează profesional organizațiile (împreună cu programele propuse) care furnizează formare inițială (licență) și continuă (de scurtă durată sau complementară/de bază) în domeniul clinic.

În domeniul psihologiei clinice psihologul poate avea următoarele atestări: psiholog atestat în psihologie clinică; psiholog atestat în consiliere psihologică; psiholog atestat în psihoterapie.

Programe de formare universitare și non-universitare

Pentru programele universitare, la cererea coordonatorului programului de master, Comisia Clinică a CPR va verifica curriculumul instituțiilor organizatoare de programe universitare de master în psihologie clinică și va decide dacă acesta acoperă competențele generale și cele specifice stabilite în prezentele norme. Fiecare program de master acreditat academic de către MEdC/ARACIS, care dorește și acreditarea profesională a CPR, va înainta Comisiei Clinice a CPR (1) o cerere de acreditare profesională a programului de master; (2) planul de învățământ și fișele analitice ale cursurilor așa cum au fost ele aprobate de MEdC/ARACIS; (3) dovada achitării unei taxe de 50 de Euro în contul CPR. Dacă programul universitar de master satisface criteriile profesionale ale Comisiei Clinice a CPR organizatorul acestuia va fi înscris în Registrul Furnizorilor de

Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea I.

Pentru programele non-universitare Comisia Clinică a CPR va examina la cererea instituțiilor și/sau asociațiilor profesionale curriculum propus de acestea în scopul organizării în regim de formare continuă de scurtă durată de (1) cursuri formative în metodologii și tehnici de intervenție complexe și/sau (2) de programe de formare continuă complementară (de bază/de lungă durată) (2 ani) necesare trecerii la statutul de psiholog clinician practicant autonom, pentru a le acredita profesional. Fiecare instituție și/sau asociație profesională organizatoare de programe formative în psihologia clinică va înainta Comisiei Clinice a CPR (1) o cerere de acreditare profesională a organizației pentru derularea unui programului formativ recunoscut de Comisia Clinică a CPR (2) un plan curricular detaliat și (3) dovada achitării unei taxe de 50 de Euro în contul CPR, reprezentând taxa de evaluare în scopul înscrierii în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR (Partea II).

Funcțiile psihologului în domeniul clinic

În activitatea profesională sunt incluse ca domenii mari ale psihologiei clinice la care se va face referință în cadrul acestui curs, evaluarea psihologică, intervenția clinică, cercetarea precum și educația și formarea profesională. Psihodiagnosticul /evaluarea clinică are ca scop general evaluarea atât a tabloului clinic /mecanismele etio-patogenetice psihologice, cât și a stărilor de sănătate/mecanismele de sanogeneză). Intervenția psihologică, se desfășoară cu scopul promovării sănătății și dezvoltării personale și pentru tratamentul tulburărilor psihice și /sau a celor care implică în etio-patogeneză mecanisme psihologice).

Funcțiile psihologului ce sunt coordonate prin ghiduri clinice sunt legate de psihodiagnosticul și evaluarea clinică și de intervenția psihologică. Aspectele de cercetare și educație sunt reglementate prin Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică și prin Procedurile de atestare, acreditare și certificare ale Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie din Cadrul Colegiului Psihologilor din România (CPR) (www.copsi.ro).

Nivele de practicare a profesiei de psiholog clinician

Normele metodologice de exercitare a profesiei de psiholog clinician prevăd la Art. 3 faptul că psihologia clinică studiază și intervine asupra factorilor psihologici cu relevanță pentru stările de sănătate și de boală. Se recunosc trei trepte profesionale (niveluri) de specializare în psihologia clinică, accesibile doar licențiaților în psihologie: Psiholog practicant în psihologie clinică sub supervizare sau autonom; Psiholog specialist în psihologie clinică; Psiholog principal în psihologie clinică.

Fiecare treaptă profesională de specializare este definită printr-o serie de competențe generale și specifice care se cer întrunite astfel încât un profesionist să fie atestat la acel nivel.

Întrunind aceste competențe, psihologul atestat în psihologia clinică poate să-și desfășoare la parametrii performanți activitățile în clinici și spitale, cabinete individuale,

asociate și societăți civile profesionale pe bază de liberă practică, alte instituții și organizații publice și private, guvernamentale și non-guvernamentale, care necesită, pentru buna lor funcționare, competențele psihologului clinician.

Competențe asociate nivelului de practicare:

Psihologul atestat în psihologia clinică (numit generic și psiholog clinician) are următoarele competențe generale: 1.Cunoaștere a bazei teoretice și a eticii profesionale în psihologia clinică; 2.Psihodiagnostic și evaluare clinică; 3.intervenție/ asistență/ consultanță psihologică; 4.Cercetare; 5.Educație și training (formare profesională).

Competențele stabilite mai sus pentru specializarea în psihologie clinică, se detaliază cu competențe specifice în funcție de nivelul de specializare profesională a psihologului atestat în psihologia clinică.

Psihologul practicant în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant)

Psihologul practicant în psihologia clinică poate să fie sub supervizare sau autonom. Psihologul practicant sub supervizare în psihologie clinică, numit și psiholog clinician practicant sub supervizare, este primă treaptă profesională de specializare în psihologia clinică care se obține prin programe universitare de licență în psihologie acreditate de MEDC/ARACIS; toate activitățile psihologului clinician practicant sub supervizare sunt supervizate - pe baza unei proceduri elaborată de Comisia Clinică a CPR - de psihologi clinicieni principali supervizori/formatori, pe parcursul a minimum un an.

Competențele generale ale și specifice ale psihologului clinician practicant sub supervizare sunt: 1. Cunoașterea bazei teoretice și a eticii profesionale în psihologia clinică care se face prin (a) cunoașterea modelelor de sănătate și boală, (b) cunoașterea teoriilor învățării și dezvoltării psihologice; (c) cunoașterea noțiunilor fundamentale de psihologie generală și psihodiagnostic; (d) cunoașterea eticii și deontologiei profesionale; 2. Psihodiagnostic și evaluare clinică prin (a)evaluare subiectiv-emoțională; (b)evaluare cognitivă; (c) evaluare comportamentală; (d) evaluare bio-fiziologică (ex. prin proceduri de bio-feedback);(e) evaluarea simplă a personalității și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive; (f) evaluarea psihologică asociată activităților cu cupluri sau familii (sau altor grupuri); (g) evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;(h) evaluarea dezvoltării psihologice. 3. Intervenție/asistență/consultanță psihologică prin (a) educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (ex. prin prevenție primară și secundară), prevenirea îmbolnăvirilor (ex. prin modificarea stilului de viață); (b) elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluare programelor de promovare a sănătății și de prevenire a îmbolnăvirilor la nivel individual, de grup, comunitar și/sau guvernamental;(c) intervenții specifice pentru persoanele cu nevoi speciale care țin de aria psihopedagogiei speciale în condiții de psihopatologie de ex. logopedie clinică, (d) consiliere și terapie suportivă; (e) optimizare și dezvoltare personală, autocunoaștere (ex. coaching). 4. În domeniul cercetării are ca și competențe specifice: (a) cunoaște noțiunile fundamentale de metodologia cercetării și poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale. 5. În cadrul activității de educație și training (formare profesională) poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Atestatul de psiholog practicant sub supervizare în psihologia clinică se obține de la Colegiul Psihologilor din România, după obținerea licenței în psihologie, prin depunerea dosarului a cărui conținut este descris la Art. 2., pe baza unui interviu în fața Comisiei Clinice a CPR, interviu focalizat pe verificarea noțiunilor de etică și deontologie profesională. După obținerea atestatului, psihologul clinician practicant sub supervizare poate desfășura activitățile circumscrise de competențele generale și specifice, numai sub supervizare, într-un cadru legal al practicării profesiei de psiholog.

Psihologul practicant autonom în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant autonom). Psihologul practicant autonom în psihologia clinică este prima treapta de specializare profesională în psihologia clinică, în care activitățile pot fi desfășurate fără supervizare. Psihologul practicant autonom în psihologia clinică are toate competențele psihologului practicant sub supervizare în psihologia clinică, la care se mai adaugă: 1. Psihodiagnostic și evaluare clinică cu (a) investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și al altor condiții de patologii care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice; (b) evaluare neuropsihologică; (c) evaluarea complexă a personalității (de ex. trăsături caracteriale, de temperament, aptitudinale etc.) și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive; (d) evaluarea stării de sănătate mentală, în limita competenței psihologului, ca precondiție pentru angajare și/sau desfășurarea unor activități care impun prin lege examinare psihologică asociată stării de sănătate (ex. testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.). 2.. Intervenție/asistență/consultanță psihologică cu posibilitatea unor (a) terapii standard de relaxare și sugestive; a (b) consilierii (de ex. prin tehnici comportamentale) specifica obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.); (c) asistența bolnavilor terminali; (d) terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, cuplu și familie). În 3. cercetare poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale. În 4. educație și training /formare profesională poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului.

Atestatul de psiholog practicant autonom în psihologia clinică se obține de la Colegiul Psihologilor din România astfel (condițiile sunt cumulative; condiția (b) nu se aplică licențiaților în psihologie non-Bologna): (a) după încheierea stagiului obligatoriu de supervizare, de minimum 40 de ore pe parcursul a minimum un an (sau 60 de ore pe parcursul a maximum doi ani, dacă supervizorul consideră necesar acest lucru), candidatul depune un dosar care conține: (1) Raportul pozitiv al supervizorului focalizat pe modul de evoluție profesională a candidatului și pe modul în care acesta întrunește competențele necesare psihologului clinician practicant autonom; (2) Raportul de activitate a candidatului, pregătit de candidat; (3) Un studiu de caz [în cazul psihologilor care nu lucrează în mediu clinic (ex. spital, policlinici etc.) și/sau fac doar evaluări clinice, Raportul de activitate va conține 5 studii de caz]. Pe baza dosarului are loc un interviu în urma căruia candidatul este declarat admis sau respins; (b) Prin dovada parcurgerii unui program de master în domeniul clinic, acreditat academic de MEEdC/ARACIS și profesional de Comisia Clinică a CPR și/sau a unui program de

formare (continuă) complementară în psihologia clinică (de minimum doi ani) printr-o Asociație profesională acreditată în acest sens de Comisia Clinică a CPR; prin (c) susținerea unui interviu/examen de specialitate organizat conform procedurilor stabilite de Comisia Clinică a CPR; interviul/examenul va fi focalizat pe verificare competențelor generale și specifice care corespund treptei de psiholog clinician practicant autonom, precum și pe normele profesionale etice și deontologice ale CPR.

Psihologul specialist în psihologie clinică (numit și psiholog clinician specialist)

Psihologul specialist în psihologia clinică este a doua treaptă de specializare profesională în psihologia clinică. Psihologul specialist în psihologia clinică are toate competențele psihologului practicant în psihologie clinică, îmbogățite și rafinate ca urmare a practicii și formării profesionale continue, la care se mai adaugă următoarele competențe: 1. Psihodiagnostic și evaluare clinică prin (a) evaluarea psihologică a gradului de discernământ al persoanelor; (b) evaluare neuropsihologică complexă. 2. Intervenție /asistență /consultanță prin (a) consiliere în situații de criza; (b) managementul conflictului, mediere și negociere; (c) consultanță pentru activitățile profesionale ale psihologilor practicanți în psihologie clinică, dacă aceștia o cer (nu se suprapune cu supervizarea profesională obligatorie a psihologului clinician practicant sub supervizare de către psihologului clinician principal). În 3. cercetare poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale. În activitatea de 4. educație și formare profesională poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Trecerea de la nivelul de psiholog practicant autonom în psihologie clinică la cel de psiholog specialist în psihologie clinică se face după minimum cinci ani de la dobândirea calității de psiholog practicant sub supervizare în psihologie clinică prin (condițiile sunt cumulative; condiția a) nu se aplică licențiaților în psihologie non-Bologna): (1) prezentarea Comisiei Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de Art. 2: a. dovada absolvirii unui program de master în domeniul clinic, acreditat academic de MEdC/ARACIS și profesional de către Comisia Clinică a CPR; b. 50 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (ex. programe universitare de master) și a asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de workshopuri), participare activă în cadrul unor proiecte de cercetare de specialitate; c. două recomandări de la psihologi specialiști sau principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea evoluției profesionale a candidatului și a competențelor necesare treptei de psiholog clinician specialist; și (2) susținerea unui interviu de prezentare a activității și cunoștințelor clinice în fața unei comisii de cinci membri aleși ad-hoc ai Comisiei Clinice a CPR.

Psihologul principal în psihologie clinică (numit și psiholog clinician principal)

Psihologul principal în psihologia clinică este a treia treaptă de specializare profesională în psihologia clinică. Psihologul principal în psihologia clinică are toate competențele psihologului specialist în psihologie clinică, rafinate ca urmare a practicii și formării

profesionale continue, la care se mai adaugă: 1. Psihodiagnostic și evaluare clinică: (a) evaluare psihologică asociată expertizei avansate (ex. în fața instanțelor judecătorești); (b) evaluarea psihologică a psihologilor, când este cazul; (c) alte evaluări în situații care implică componente psihologice complexe. În domeniul 2. Intervenției /asistenței /consultanței poate realiza (a) terapii de scurtă durată (individuale, de grup, cuplu și familie) focalizate pe probleme subclinice și/sau clinice nespecificate (vezi DSM); (b) consultanță pentru activitățile profesionale ale psihologilor practicanți și/sau specialiști în psihologie clinică, dacă aceștia o cer (nu se suprapune cu supervizarea profesională obligatorie a psihologului clinician practicant sub supervizare de către psihologul clinician principal). În aria 3. cercetare poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale. În 4. educație și training (formare profesională): (a) poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Trecerea de la statutul de psiholog specialist în psihologie clinică la cel de psiholog principal în psihologie clinică se face după minimum cinci ani prin (condiții cumulative):

(1) prezentarea Comisiei Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de cele prevăzute de Art. 2: (a) dovada a 50 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (ex. programe universitare de master) și a asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de workshopuri), participare activă în cadrul unor proiecte de intervenție și cercetare de specialitate; (b) recomandările de la doi psihologi principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea evoluției profesionale a candidatului și a competențelor necesare treptei de psihologi clinician principal; și (2) un interviu care va consta în prezentarea unui caz clinic în fața unei comisii de cinci membri aleși ad-hoc ai Comisiei Clinice a CPR.

Psihologii clinicieni principali pot deveni și supervizori. Psihologul principal supervizor în psihologia clinică reprezintă extensia formativă/didactică maximală a celei de-a treia trepte profesionale în psihologia clinică. Statul de psiholog principal supervizor în psihologie clinică oferă dreptul psihologului clinician principal de a superviza activitatea psihologilor practicanți sub supervizare, pe linia competențelor pe care aceștia trebuie să le dezvolte. Nu există un număr limită de psihologi practicanți sub supervizare pe care un psiholog clinician principal îi are în supervizare; numărul este determinat de capacitatea supervizorului de a se dedica eficient acestor activități și de necesitățile contextului existent (ex. numărul de supervizori raportat la numărul de psihologi care au nevoie de supervizare într-un context dat).

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului.

Statul de supervizor al psihologului principal se obține, printr-o cerere tip adresată Comisiei Clinice a CPR, după obținerea doctoratului în psihologie de către psihologul principal și/sau după o activitate profesională de minimum trei ca psiholog principal, la care se adaugă recomandările din partea a doi psihologi principali supervizori, recomandări care certifica abilitățile de formator de competențe ale psihologului principal.

2.4. Unele delimitari și clarificări terminologice

Psihologia medicală e definită de Divizia 55 a APA, ca: “este acea ramură a psihologiei care integrează modalitățile somatice și psihoterapeutice în managementul bolii mentale și a tulburărilor emoționale, cognitive, comportamentale și asociate consumului de substanțe”.

Este o specialitate a practicii psihologiei clinice în care psihologii, care au urmat formări specifice, pot prescrie medicații în grija și managementul pacienților. În SUA, New Mexico și Louisiana, și câteva ramuri militare autorizează actualmente acești psihologi să prescrie medicamente. În Louisiana, termenul de psihologie medicală se referă în mod specific la acei psihologi autorizați și licențiați să prescrie medicații.

Medicina comportamentală, legată de psihologia clinică a sănătății și de Medicina Psihosomatică, este o ramură a practicii clinice în care psihologii subliniază abordarea bio-psiho-socială în medicină, un model care recunoaște importanța unei abordări ce se adresează interacțiunii dintre factorii fizici, psihologici și sociali în prevenția și managementul unei boli. Practicienii medicinei comportamentale diferă de psihologii medicali în faptul că sunt centrați pe aplicarea științifică a intervențiilor comportamentale într-o gamă largă de condiții medicale: astm, boli gastrointestinale, condiții cardiace, injurii ale măduvei spinării și a creierului, dureri cronice, dureri de cap, boli de tip adictiv.

În SUA, ***competențele clinice*** care sunt esențiale ***în educarea și formarea psihologilor medicali*** cuprind: I. Științe de bază: anatomie și fiziologie, biochimie; II Neuroștiințe: neuroanatomie, neurofiziologie, neurochimie; III Evaluare fizică și examene de laborator: evaluare fizică, evaluare de laborator și radiologică, terminologie medicală și documentarea și integrarea acestei evaluări și documentații ;IV. Medicină clinică și Patofiziologie: patofiziologie cu accent pe principalele sisteme fiziologice, medicină clinică, diagnostic diferențial, corelare clinică și studio de caz, dependență chimică și managementul durerii cronice, integrarea acestor domenii; V. Farmacologie clinică și cercetare și psihofarmacologie: farmacologie, farmacologie clinică, farmacogenetică, psihofarmacologie, farmacologia dezvoltării, integrarea acestor domenii prin experiență clinică sau de laborator supervizată și continuă monitorizare și evaluare a tratamentului; VI. Farmacoterapie clinică, probleme profesionale, etice și legale, terapii combinate și interacțiunile sale, mijloace computerizate ca ajutor în practică, farmacoepidemiologie, integrarea acestor cunoștințe prin experiență clinică sau de laborator supervizată; VII. Cercetare: metodologie și design al cercetării în psihofarmacologie, interpretare și evaluare, dezvoltarea drogurilor FDA și altor procese de reglare, Experiență Clinică supervizată în perioada aplicării cunoștințelor clinice, utilizare în deprinderi practice și competențe.

Evaluarea clinică asista clinicienii în alegerea celor mai bune metode de tratament pentru clienții lor prin metode precum interviul și testarea psihologică DSM-IV Manualul Statistic și Diagnostic al Bolilor Mentale, ed. A IV-a, conține clasificările de diagnostic comune ale tulburărilor psihologice.

Terapia cognitiv-comportamentală Terapeuții cognitiv-comportamentali subliniază faptul că gândurile noastre afectează emoțiile, abilitatea de a relaționa cu alții și încrederea în sine. Consideră că gândirea irațională și auto-defensivă conduce la probleme psihologice.

Terapii feministe s-au născut din nevoia femeilor de a face față cerințelor familiei, discriminării și muncii în afara căminului. Încurajează clienții să-și dezvolte punctele forte și să se centreze pe persoal empowerment.

Tehnici de **Reabilitare psihosocială** ce pot fi folosite la persoane cu tulburări severe de dispoziție și schizofrenie. Ajută acestora să facă față tulburărilor în timp ce conviețuiesc într-o comunitate socială.

Capitolul 3. Condiția psihologiei clinice în sănătatea mentală

3.1. Normalitate psihică din perspectiva psihologiei clinice. Clasificare și diagnoză: DSM și ICD

3.1.1. Normalitatea ca tendință statistică - psihopatologia ca devianță statistică

O concepere „de bun simț” privind condiția de disfuncție psihică este că aceste fenomene de psihopatologie sunt cele care sunt anormale, respectiv deviate statistic sau „nonfrecvente”.

Anormal, semnifică, *ad literam*, departe de normă; iar „norma” se referă la ceea ce este tipic sau obișnuit, mediu. Astfel că, din perspectiva cantitativă a statisticii, fenomenele de acest gen sunt o deviere de la normalitatea așa cum este surprinsă în statistica aplicată comportamentului uman.

Marea majoritate a oamenilor folosesc cuvinte precum PP sau tulburare mentală pentru a se referi la comportamente sau experiențe psihice care nu sunt frecvent ca apariție, manifestare, probabilitate de apariție. Astfel de fenomene sunt de exemplu, iluziile paranoide, halucinațiile auditive, etc.). Dar nu se folosesc curent astfel de denumiri pentru fenomene relativ comune precum tristețea- depresia ca reacție la moartea cuiva apropiat, timiditatea ca fațetă a anxietății sociale, emotivitatea simplă, etc.

Tratată din perspectivă statistică, PP se sprijină pe modalități de măsurare acceptate universal și are astfel un gir de respectabilitate științifică, obiectivitate etc.

În procesul de determinare a „normei”, se va determina mai întâi ce este normalul din perspectivă statistică, ce este tendința centrală în aria respectivă de comportamente psihice (tipic, mediu).

Pasul următor, este să determini cât de mult comportamentul/ fenomenul dat deviază de la tendința centrală. De obicei se construiește un instrument, o metodă de evaluare pentru comportamentul în cauză prin care încearcă să se cuantifice fenomenul, apoi se atribuie numere sau scoruri experiențelor psihice / manifestărilor fenomenului respectiv.

Apoi se stabilesc repere normative pentru a se putea face compararea cu scorul mediu al unui grup de persoane.

Acesta este tipul de operare și abordare statistică care se întâlnește în majoritatea testelor obișnuite de abilități cognitive, de aspecte ale personalității sau ale emoționalității (de ex. M.M.P.I.).

Problemele care sunt asociate unei astfel de abordări:

Dincolo de prezumția de obiectivitate, această perspectivă lasă loc subiectivității în privința:

- a. Definirii conceptuale a constructului pe baza căruia se construiește testul/instrumentul de măsură. Astfel, de exemplu, există multiple definiții ale „inteligenței” fără ca vreuna să poată fi considerată „falsă” sau „perfect adevărată”.
- b. Determinării a cât de deviant trebuie să fie pentru a fi considerat „anormal”. De exemplu, întrebări legitime de tipul: o abatere standard de la medie?, două abateri? de ce nu o abatere și jumătate? Fiecare linie de demarcație poate fi utilă sau mai puțin utilă în funcție de anumite repere și de anumite scopuri. De exemplu, să poți să determini un criteriu de eligibilitate pentru anumite servicii limitate, sau pentru anumite resurse (diferențe majore între societăți, chiar între comunități sociale și/sau culturale).
- c. Locul liniei de demarcație determină și prevalența unei „anormalități” în cadrul populației generale, respectiv are o semnificație practică mare, dar nici o astfel de linie de demarcație nu este mai mult sau mai puțin „adevărată” în comparație cu alta.

În concluzie, nu putem folosi proceduri și metode de tip coerent științifice pentru a trage o linie definitivă de demarcație între normal și funcționare anormală, cum nici nu le putem folosi pentru a demarca între oamenii scunzi și cei înalți (diferențe semnificative de repere între generații), între ceea ce este „fierbinte” respectiv „rece” la un termometru, pentru că, în natură, în fenomenul viului, nu există astfel de linii de demarcație.

3.1.2. PP. ca și comportament nonadaptativ, sau disfuncțional

Termenii de adaptat sau ne-adaptat, sau prost-adaptat nu se referă la norme și deviații statistice, ci la eficiența sau ineficiența comportamentului unei persoane.

Dacă comportamentul „lucrează” pentru persoană, respectiv o ajută să facă față provocărilor, stresului și să-și realizeze scopurile, putem afirma că este „adaptat”. Dacă, invers, comportamentul ei face ca situația să devină și mai stresantă, periculoasă, dificilă, rea pentru acea persoană, putem spune că este, invers, „mai puțin adaptat”, sau „ne-adaptat”.

Și definirea „adaptării” are rezonanțe la nivelul „bunului simț” fiind consistent cu modul cum majoritatea membrilor unei societăți, grup social, comunități folosesc cuvinte precum patologie, tulburare sau boală.

Dintr-o astfel de perspectivă, distincția dintre adaptare vs. neadaptare / proastă adaptare este arbitrară, nu poate fi operantă științific. Pentru că adaptabilitatea sau non-adaptabilitatea depinde de situațiile în care sunt puse în mișcare comportamentele, dar și de judecățile/prejudecățile și valorile actorului și a celor care îl observă.

Privite dintr-o perspectivă mai nuanțată, chiar și așa-numitele persoane cu un comportament „normal” includ o mare măsură de comportamente ocazional prost-adaptate.

De asemenea, persoanele diagnosticate medical cu „tulburare de personalitate” adesea pot să-și ducă viața eficient și nu au întotdeauna comportamente cu moduri tulburate.

De asemenea, concepțiile privind adaptarea / ne-adaptarea nu sunt logic corelate cu măsurile devianței statistice. Desigur, multe din condițiile descrise în Manualul Statistic de Diagnoză, DSM IV, sunt în același timp statistic non-frecvente /rare și constituie proaste adaptări /ne-adaptări. Dar, nu toate fenomenele psihice care deviază de la medie sunt neadaptative; unele sunt adaptative și sănătoase(de exemplu, inteligența peste medie, sau nivelul de anxietate foarte scăzut!). Pe de altă parte, nu toate fenomenele neadaptative sunt și rare sau non-frecvente d.p.d.v. statistic. De exemplu, timiditatea este foarte comună, dar este ne-adaptativă. La fel, problemele de funcționare socială din DSM care sunt categorisite ca „tulburări mentale” sunt relativ comune în populația generală (ex. însigurarea și gândurile de suicid în adolescență).

3.1.3. PP: ca distres și disabilitate

Prin distres vorbim de starea subiectivă caracterizată prin simptome neplăcute și nedorite precum anxietate, tristețe și mânie.

Prin disabilitate, ne referim la o restrângere în eficiența unei anume abilități.

Oamenii pot fi inhibați sau restricționați în a face față unor situații de viață datorită unor temeri, a instabilității emoționale sau unor limitări fizice / psihice sau de alt ordin. De exemplu, le poate lipsi credința / încrederea în propria eficiență (de exemplu, persoanele care, ca și copii au primit constant și „îndubitabil” limitări funcționale din partea persoanelor implicate în creștere și educare de tipul: nu ești capabil, nu vei reuși, ești mai slab ca..., ești incapabil, ești urât, ești timid, ești...), sau le lipsesc componente fizice sau biologice, sau nu au deprinderi de autoreglare sau oportunități situaționale de a face schimbări pozitive (Berger, 1997).

Distresul subiectiv și disabilitatea reprezintă două modalități de a gândi despre adaptabilitate și proastă adaptare, fără să rezolv problema subiectivității, pentru că persoane diferite, culturi diferite și profesioniști ai sănătății mentale le pot defini în modalități foarte diverse. Din perspectivă inversă, oamenii diferă mult în privința nivelului de distres sau disabilitate pe care o pot tolera. Acest fapt ne împiedică ca, din această perspectivă, să putem determina „normalitatea” sau nivelele de anormalitate legate de distres sau disabilitate.

Desigur, există și situația reală în care unele modele sau stări de comportament (de exemplu, pedofilia, tulburarea de personalitate antisocială, sunt considerate PP (v. DMS), dar nu sunt caracterizate de distres subiectiv (în afara distresului rezultat din condamnarea socială sau cea judiciară!).

3.1.4. PP ca devianță socială

PP a fost concepută ca un comportament care deviază de la normele sociale sau culturale. Este o varietate a concepției PP ca anormalitate statistică, în sensul că aici evaluările legate de devianță sunt făcute informal de oameni nu de măsuri /instrumente psihologice. Este o concepție de tipul „de bun simț”: tindem să considerăm persoanele PP sau tulburate mental ca gândind, simțind, făcând lucruri pe care majoritatea oamenilor nu le fac sau sunt inconsistente cu modurile de gândire, simțire sau acțiune sancționate social sau cultural.

Întâlnim de asemenea subiectivitate pentru că normele, regulile pentru comportamentele normale sau acceptabile social nu s-au format științific, ele se bazează pe valori, credințe, prejudecăți asupra ceea ce este acceptat sau respins de o cultură sau societate. Valorile reprezintă o rezultantă neștiințifică a crezului și dialogului social, nenumărate conversații între oameni, instituții ale culturii date. Ceea ce este normal pentru o societate poate fi ciudat, condamnat, anormal în alta.

În plus, există o tendință de schimbare a normelor sociale de-a lungul vremii (de exemplu, psihiatrii considerau masturbarea în secolul 19, mi așez la copii și femei, ca o boală și otrăvitoare; societatea occidentală de azi consideră practicile și concepțiile respective barbare (Reznek, 1987). Homosexualitatea era clasificată ca tulburare mentală în DSM până în 1973.

În plus, încălcarea normelor nu se suprapune peste comportament neadaptat; uneori violarea unei norme sociale este sănătoasă și adaptativă pentru persoana sau pentru societate.

3.1.5. PP ca disfuncție dăunătoare

Wakefield, (1992a, 1997, 1999) definește PP ca disfuncție dăunătoare. Are bazele în psihologia evoluționistă (Cosmides, Tooby, Barkow, 1992) pornește de la influența masivă a concepției PP de către valorile culturale și sociale și propune un miez central care nu este dependent de aceste valori. Încearcă să fondeze conceperea tulburării mentale pe teoria științifică a evoluției.

„O tulburare (mentală) este o disfuncție dăunătoare atunci când dăunător este un aspect termen ce se bazează pe norme sociale, și disfuncție un termen științific ce se referă la eșecul unui mecanism mental de a realiza o funcție naturală pentru care a fost destinat în evoluție... o tulburare există atunci când un eșec al mecanismului intern al cuiva de a-și pune în joc funcția așa cum a fost destinată de natură (ca nivel de performanță) determină o dăunare asupra stării de bine așa cum este definită /concepută de valori sociale și de înțelegeri (p.373).

Wakefield a reiterat recent, 2006, această descriere scriind despre faptul că tulburarea mentală trebuie „să satisfacă două cerințe: este negativă sau dăunătoare după valorile culturale; este cauzată de o disfuncție (de ex. de un eșec al unui anumit mecanism de a realiza o funcție naturală pentru care evoluționar a fost destinat) (p.157). Autorul vorbește de faptul că „Nepotrivirile problematice dintre natura umană desemnată/ așa cum a fost plănuită, și disabilitățile sociale curente nu sunt tulburări... precum dorințele de adulter, gustul pentru grăsime și zahăr și agresivitatea masculină” (Wakefield, Horwity și Schmitz, 2006, p.317).

Desigur, putem pune sub semnul întrebării identificarea eșecului unei „funcții destinate” drept o evaluare științifică. Wakefield consideră că disfuncția poate fi definită în termeni „pur factuali științifici” se sprijină pe presupunerea că „funcțiile desemnate” ale „mecanismelor mentale” umane au o realitate observabilă și obiectivă, și astfel, că eșecul mecanismului de a efectua funcția sa destinată poate fi evaluată obiectiv. O problemă de baza legată de această idee este că deși acțiunile/ modurile de lucru interne fizice ale corpului și creierului pot fi observate și măsurate, „mecanismele mentale” nu au nici o realitate obiectivă și astfel nu pot fi observate direct, cu atât mai mult când este vorba de

acele forțe ale inconștientului care furnizează fundamentul pentru psihanaliză și psihologiile dinamice în general.

Toriile evoluționare furnizează o bază pentru explicarea comportamentului uman în termenii contribuției acestuia la potrivirea reproductivă; un comportament este considerat mai funcțional dacă el crește supraviețuirea celor care își împărtășesc genele în generația care urmează și în continuare, și mai puțin funcțional dacă nu o face. Psihologia evoluționară nu poate, deci, furniza un catalog al „mecanismelor mentale” și a funcțiilor lor naturale. Wakefield afirmă că „descoperirea a ceea ce este de fapt natural sau disfuncțional poate fi extraordinar de dificilă” (1992b,p.236). Când această afirmație este aplicată comportamentului uman, Nici „natural” și nici „disfuncțional” nu sunt proprietăți ce pot fi „descoperite”; ele sunt judecați de valoare. Judecata că un comportament reprezintă o disfuncție se sprijină pe observația că acest comportament este excesiv sau neadecvat în anumite condiții. Când argumentăm că aceste comportamente reprezintă eșecuri ale „mecanismelor mentale” destinate evoluționar, (ceea ce este o ipoteză în sine de netestat datorită naturii „oculte” a mecanismelor mentale”) nu ne ușurează de nevoia de a face judecați de valoare despre ceea ce este excesiv sau neadecvat în anumite circumstanțe. Acestea sunt judecați de valoare ce se bazează pe norme sociale nu pe fapte „științifice”.

Altă problemă a acestui mod de a concepe PP este că este o țintă în mișcare; recent, Wakefield a modificat concepția HD spunând că nu se ocupă cu ceea ce este o tulburare mentală, ci doar cu ceea ce majoritatea oamenilor de știință cred /gândesc că este aceasta. De ex., el afirmă că „Comentariile mele au avut intenția să argumenteze nu faptul că PTSD (tulburarea de stres post traumatică) este o tulburare, ci faptul că analiza HD este capabilă să explice de ce imaginea simptomatologică din PTSD este *în mod obișnuit* judecată ca fiind o tulburare” (1999, p.330). Scopul inițial al lui Wakefield a fost să definească prescriptiv tulburările mentale și „să ne ajute să decidem dacă o persoană este tulburată mental sau nu”, (Sadler, 1999, p.433). Opiniile sale mai recente „evită să facă vreo afirmație prescriptivă, centrându-se în loc pe explicarea utilizării convenționale clinice a conceptului de tulburare” (Sadler, 1999, p. 433). A descrie modul cum oamenii au ajuns să definească un concept nu este același lucru cu definirea conceptului în termeni științifici, chiar dacă acești oameni erau oameni de știință.

Astfel, putem afirma că încercarea lui Wakefield oferă pur și simplu un alt criteriu pe care oamenii (clinicieni, oameni de știință, de drept) l-ar putea folosi pentru a judeca dacă ceva este sau nu o „tulburare mentală”. NU este nici mai științifică nici mai puțin științifică comparativ cu alte concepții bazate pe felul cum oamenii cad de acord să definească „tulburarea mentală”.

3.2. Clasificare și diagnoză. DSM și ICD (<http://dsm5watch.wordpress.com/dsm-5/>)

Cele două lucrări reprezintă două sisteme de clasificare, periodic revizuite, pentru lumea clasificarea tulburărilor psihopatologice. ICD este abrevierea de la *International Classification of Diseases*. DSM este abrevierea de la *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. În epoca contemporană, austriacul Robert Spitzer, este considerat reformatorul manualelor de statistică și diagnostic ale tulburărilor mentale

(DSM. În 1980, în calitate de președinte al grupului de lucru care a elaborat ediția a treia a DSM, Spitzer a revoluționat modul de a practica psihiatria și a oferit oamenilor un nou limbaj pentru a interpreta și descrie experiențele lor zilnice și multitudinea trăirilor emoționale.

Bolile psihice sunt cunoscute încă din Antichitate.

În cartea „Istoria tulburării bipolare”, autoarea Julia Pesek notează că maniile și depresiile au fost descrise pentru prima dată în al doilea secol al erei noastre.

De exemplu, Hipocrate (460- 370 î.Hr.) era convins că bolile psihice sunt cauzate de disfuncții fizice sau de un dezechilibru al fluidelor din corp, numite umori.

Au existat apoi perioade în care persoanele care sufereau de boli psihice erau considerați ca fiind posedați de diavol. În această privință evul mediu european excelează. În Anglia, în anul 1403, a fost înființat un spital - Bethlem - pentru „lunatici” (oameni care aveau halucinații).

Manualul DSM este o clasificare standard a tulburărilor mentale utilizată de profesioniștii în sănătatea mentală din Statele Unite. Intenția este ca această clasificare să fie aplicabilă într-o arie largă de contexte și să fie utilizată de clinicieni și cercetători cu multe orientări diferite (de ex., biologică, psiho-dinamică, cognitivă, comportamentală, interpersonală, familială / sistemică).

DSM-IV a fost destinat utilizării în quasi-totalitatea instituțiilor clinice (ambulatorii, cu internare, cu spitalizare parțială, consultare, clinică, practică privată, grijă primară, cu populațiile comunitare), cu rolul unui limbaj comun. Poate fi folosit de o gamă largă de profesioniști în sănătatea mentală, incluzând psihiatri și alți medici, psihologi, lucrători /asistenți sociali, terapeuți ocupaționali sau de reabilitare și consilieri. Este un instrument necesar pentru colectarea și comunicarea cu acuratețe a statisticilor de sănătate publică.

Asociația Americană a Psihiatrilor (APA) a publicat DSM-IV în 1994, cu o revizuire a textului în 2000. Procesul de revizuire a acestei ediții a început încă din 1999. Versiunea finală, aprobată a ediției următoare, DSM-V, se antcipă să fie publicată în mai 2013.

Criteriile de diagnostic definite în cadrul DSM determină ce se consideră a fi boală mentală și ce nu, ce tratament medical primesc indivizii și ce tratament medical va fi autorizat de asigurări.

În afara utilizării în instituțiile medicale DSM este folosit și de agențiile de servicii sociale, agenții guvernamentale, cei care fac politicile, curțile de judecată, închisori, agențiile de reglementare a drogurilor, companiile farmaceutice și cercetători. Includerea unei tulburări în DSM are implicații pentru companiile farmaceutice care caută licențieri pentru noi medicamente sau vor să extindă folosirea produselor curente.

DSM este în mod primar un sistem de diagnostic din SUA și este folosit în țări în diferite măsuri; în Anglia nu are la fel de multă semnificație comparativ cu ICD, 10 capitolul V: Tulburări mentale și comportamentale din Clasificarea Bolilor Internațională (ICD este preferat de Organizația Mondială a Sănătății), care este mai folosită în Europa pentru diagnosticarea tulburărilor de sănătate mentală. Se așteaptă că generația viitoare a DSM să modeleze cercetarea internațională și să influențeze literatura din domeniile psihiatriei și psihosomaticii pentru mulți ani de aici înainte.

Vom exemplifica relația dintre cele două mari sisteme de clasificare a psihopatologiei, prin categoria tulburărilor de personalitate. În general, putem defini un caz de tulburare de personalitate dacă caracteristicile de personalitate ale individului evaluat conduc, aproape întotdeauna, la traumatizarea persoanei respective sau a altora și au ca și consecință limitări considerabile în muncă, studiu sau funcționarea relațiilor, sau dacă, într/o perioadă anterioară au condus la cauzarea unei suferințe subiective persoanei înseși sau/și mediului.

Pentru a diagnostica o tulburare de personalitate se folosesc cele două sisteme mari DSM sau ICD. Există un instrument, denumit *Examinare Internațională a Tulburărilor de Personalitate*, IPDE, un interviu semi-structurat care este dezvoltat de WTO pentru a diagnostica tulburările de personalitate cf. ambelor sisteme de clasificare (Diekstra, Duijsens, Eurelings-Bontekoe, Ouwersloot, 1993; Loranger, Sartorius etc., 1994).

În DSM și ICD, tulburările de personalitate nu sunt abordate ca probleme foarte specifice (de ex. temeri severe, sau depresii sau paranoia), ci ca modele de viață care determină afectele, gândirea și comportamentul persoanei.

În clasificarea realizată cu DSM, se face o distincție între diagnoza simptomatică sau de simptom (axa I de diagnoză din DSM) și diagnoza de tulburare de personalitate (axa II din DSM). Diagnozele de tulburare de personalitate pot fi evaluate chiar dacă nu există și o diagnoză de simptom. Se poate însă întâmpla ca, în spatele unei diagnoze de simptom, să se poată realiza un diagnostic de tulburare de personalitate, atunci când relația dintre tulburarea de simptom și tulburarea de personalitate poate fi evidențiată în diferite moduri.

DSM include 12 tulburări clasificate în 3 clustere și o categorie experimentală. Clusterul A cuprinde tulburările paranoide, schizoide și schizotipale; clusterul B tulburările antisociale, borderline, histrionică și narcisistă; clusterul C cuprinde tulburările obsesiv – compulsive, de evitare și de dependență. Sunt incluse și două tulburări experimentale: pasiv-agresivă și tulburarea de personalitate depresivă.

ICD-10 la rândul lui include nouă tulburări, aproape toate corespunzând unei forme de tulburare din DSM IV. Trei sunt denumite diferit: disocial/ antisocial, anancast / obsesiv-compulsiv, temător / evitant.

Există unele diferențe referitor la criterii. Numărul total de criterii asociat poate fi diferit. Precum și numărul minim de criterii confirmate care trebuie regăsite pentru a diagnostica o tulburare. Tabelul următor ilustrează un număr din aceste diferențe dintre cele două sisteme de clasificare.

Tabel x Comparare **Comparare a clasificării tulburărilor de personalitate din ICD-10 și DSM-IV**

<i>ICD-10</i>	<i>DSM-IV</i>
Paranoid (4/7)	Paranoid (4/7)
Schizoid (4/9)	Schizoid (4/7)
Disocială (3/6)	Anti-socială (6/22)
Instabil emoțional:	
- Impulsive (3/5)	
- Borderline (5/10)	Borderline (5/9)

Histrionic (4/6) Anancastic (4/8) Temător (4/6) Dependent (4/6)	Histrionic (5/8) Obsesiv-compulsive (4/8) Evitant (4/7) Dependent (5/8) Schizotipic (5/9) Narcisistic (5/90) Anexate PS Pasive-agresive (4/7) Depresive (5/7)
--	--

În paranteze apare numărul de criterii cerut pentru un diagnostic pozitiv și numărul de criterii asociate cu tulburarea de personalitate. De exemplu, „Depresive (5/7)” înseamnă că putem diagnostica *depresie* dacă, din cele 7 criterii caracteristic asociate depresiei, regăsim cel puțin 5.

Planificarea pentru ediția a V-a început în 1999, cu o colaborare între APA și US National Institute of Mental Health (NIMH). În 2000, Darrel A. Regier a fost numit director al APA și coordonator al dezvoltării DSM-5. Există în prezent 13 grupe de lucru însărcinate cu revizia tuturor categoriilor de diagnostic din DSM - IV formate din peste 120 de cercetători și clinicieni.

Cele 13 grupe inițiale dedicate astfel: ADHA și Tulburările de comportament disruptive; Anxietate, spectrul obsesiv-compulsiv, tulburările posttraumatice și dissociative; Tulburările din copilărie și adolescență, Tulburările de hrănire; Tulburările de dispoziție; Tulburările neurocognitive; Tulburările neuronale legate de dezvoltare; Tulburările de personalitate; Tulburările psihotice, Tulburările sexuale și de gen; Tulburările de somn-veghe; Tulburările simptomatologiei somatice; Tulburările legate de substanțe.

Dacă prima ediție a apărut în 1952 și de atunci a cunoscut cele pentru ediții, cu scopul de a furniza o structură de organizare a oricărei posibile lucrări dedicate psihologiei anormale și psihopatologiei, lucrărilor privind evaluarea și tratamentul problemelor psihologice, toate aceste ediții au consemnat în același timp și transformările semnificative în perspectiva medicală asupra bolii psihice. Ediția la care se lucrează în prezent este însă acuzată de unii practicieni că introduce noi structuri diagnostice care în fapt țin de normalitatea funcționării psihicului, iar acest lucru se face sub presiunea marilor concerne farmaceutice.

Definirea psihopatologiei și a termenilor legați de PP este ilustrată de definiția dată „tulburării mentale” (DSM IV, 2000): „un comportament clinic semnificativ sau un sindrom psihologic sau patern – model care apare la un individ și care este asociat cu un distress actual (de ex., un simptom dureros) sau o dizabilitate (de ex, o deficiență la una sau mai multe din ariile mai importante de funcționare) sau cu un risc semnificativ de a suferi moarte, durere, dizabilitate, sau o pierdere importantă a libertății. În plus, acest sindrom sau patern nu trebuie să fie un răspuns de așteptat și sancționat cultural al unui eveniment particular, de exemplu, partea unei persoane iubite. Oricare ar fi cauza, trebui

să fie în prezent considerată ca o manifestare a disfuncției comportamentale, psihologice sau biologice la nivelul individului. Nici comportamentul deviant (de ex., politic, religios sau sexual), nici conflictele care sunt în primul rând între individ și societate nu sunt tulburări mentale dacă devianța sau conflictul nu sunt un simptomul unei disfuncții a individului, așa cum este descrisă mai sus).

Este o definiție cuprinzătoare, inclusivă, sofisticată în măsura în care, de exemplu se pot regăsi toate concepțiile descrise mai sus; devianță statistică, adaptare proastă, distress și disabilitate, inclusiv elemente din disfuncția dăunătoare.

Dar nu poate evita subiectivitatea: când este vorba de „semnificativă clinic” și a modului de măsurare a acestei semnificații clinice; cât distress, câtă disabilitate trebuie să prezinte cineva pentru a pune diagnosticul de tulburare mentală? Ca să n mai vorbim de „expectat” sau „sanționat social”: cine determină acest aspect? Ce înseamnă asta?

Dihotomii și categorii vs. dimensiuni

Dificultatea inerentă în conceperea DSM a PP este că sunt formulate în termeni dihotomici, sau modele categoriale care încearcă să descrie ghiduri pentru o distincție clară între indivizi care sunt normali vs. anormali pentru a determina care anume anormalitate specifică sau „tulburare” este prezentă la persoana respectivă. În modul dimensional, normalitatea și anormalitatea, funcționarea eficientă sau ineficientă formează un continuum; așa numitele tulburări psihologice sunt variante extreme ale fenomenelor psihologice și ale problemelor obișnuite ale existenței (Keys și Lopez, 2002). Modelul dimensional cu clasifică oameni sau tulburări și identifică și măsoară diferențe individuale în fenomene psihologice precum emoții, dispoziții, inteligență și stiluri de personalitate. Dovezile empirice pentru validitatea unei abordări dimensionale a adaptării psihologice este cea mai puternică în aria personalității și a tulburărilor de personalitate. Studiile asupra problemelor personalității prin analiză factorială în populația generală și clinică cu „tulburări de personalitate” demonstrează o similaritate evidentă între cele două grupuri. În plus, aceste structuri factoriale nu sunt consistente cu sistemul DMS de clasificare a tulburărilor de personalitate pe categorii și sprijină mai degrabă o perspectivă dimensională (nu categorială). De exemplu, dovezile cele mai recente sugerează că personalitatea psihopată (sau antisocială) și alte tulburări externalizate ale adultului afișează o structură dimensională, nu o structură categorială (Edens, Marcus, Lilienfeld și Poythress, 2006). Cercetările interculturale sprijină de asemenea o abordare dimensională a tulburărilor de personalitate. De asemenea, cercetări asupra unor aspecte precum studiile pe experiențe emoționale normale indică faptul că tulburările emoționale „clinice” nu sunt clase discrete de trăiri emoționale care sunt discontinue față de problemele / izbucnirile emoționale cotidiene. Cercetări asupra modelelor de atașament ale relațiilor adultului sugerează faptul că dimensiunile sunt descrieri mai utile ale unor astfel de modele comparativ cu categoriile (Fraley și Waller, 1998). Cercetări asupra comportamentelor de auto-apărare au demonstrat că sunt extrem de obișnuite și nu sunt în sine semne de anormalitate sau simptome de „tulburare” (Baumeiste și Scher, 1988). Cercetări asupra problemelor de citire la copii, indică faptul că dislexia nu este o condiție totul sau nimic, pe care copii o prezintă sau nu, pentru că apare în grade fără o disrupere între „dislexic” și „nodislexic” (Shaywitz, Escobar, Shaywitz, Flechter și Makuch, 1992). Cercetări asupra deficitului de atenție / hiperactivității (Barkley, 1997) și a tulburării de stres posttraumatic (Anthony, Lonigan și

Hecht, 1999) demonstrează aceeași dimensionalitate. La fel cercetări asupra depresiei și schizofreniei indică faptul că aceste tulburări sunt cel mai bine înțelese ca și clusteri de dimensiuni înrudite largi de diferențe individuale, nu ca sindroame asemănătoare bolii (Claridge, 1995, Costello, 1993a, 1993b, Persons, 1986). Un studiu asupra simptomelor depresive la copii și adolescenți demonstrează o structură dimensională pentru toate simptomele DSM de depresie majoră (Hankin, Fraley, Lahey și Waldman, 2005).. Inventatorul termenului de schizofrenie, Eugene Bleurer, consideră așa numitele *stări patologice* ca fiind un continuu cu așa numitele stări normale și notează apariția simptomelor schizofrenice la nivelul indivizilor normali (Gilman, 1988). De fapt Bleurer se referă la simptomul major schizofrenie (ca tulburare de gândire) ca „neobișnuită” nu bizară.

Comentarii privind ediția a V-a

Cele 13 grupe lucrează pentru revizia criteriilor de tulburare existente, includerea de noi tulburări sau lăsarea neschimbată a unei tulburări sau a criteriilor ei. Grupele de lucru pot propune de asemenea revizia textelor care acompaniază criteriile pentru fiecare tulburare. Pot dezvolta planuri de cercetare pentru cercetări de teren.

Există, cum spuneam deja contestări legate de diagnosticele noi introduse. DSM- V propune ca o serie de trăsături precum lenea sau pesimismul să devină diagnostic, astfel americanii vor să trateze lenea alături de dependența de internet și hipersexualitate.

În glumă, dacă ar fi trăit în zilele noastre, undeva în America, greierele din fabula lui Esop n-ar mai fi considerat întruchipare a lenei, ci ar fi tratat mai degrabă de sindromul tempoului cognitiv lent („sluggish cognitive tempo disorder” - SCT). Așa cum orice uituc care devine agitat și are un acces de furie când nu-și mai amintește unde și-a parcat mașina va putea fi diagnosticat conform noilor tendințe cu sindromul temperamentului exploziv intermitent („intermittent explosive disorder” - IED).

Sau, dacă bărbații se gândesc la sex o dată la 20 de minute, pot fi diagnosticați ca suferind de „sindromul hipersexualității” și asemenea, femeile care se simt „ciudat” într-o anumită perioadă a lunii au simptome specifice „sindromului disforic premenstrual”.

Persoanele care se vor simți ofensați de pornografie vor putea fi tratați de „sindromul Whitehouse” (numit după militantul Mary Whitehouse, care s-a opus emisiunilor TV cu conținut sexual).

Există și alte comportamente controversate introduse de americani în zona patologicului precum „adicția de jocuri de noroc” și „dependența de internet”.

Toate aceste noi tulburări se regăsesc în proiectul DSM-V sunt comentate de cotidianul britanic „The Daily Mail” în 2011. Proiectul va deveni în 2013 noua carte de căpătâi a psihiatriei americane, cea care indică trendul diagnosticelor și al tratamentelor la nivel mondial.

Trăsături sau boli?

Richard Bentall, profesor de psihologie clinică la Universitatea Bangor din Scoția, respinge clasificarea noilor afecțiuni, declarând pentru „The Daily Mail” că acestea nu au nici o bază științifică. „Cu cât există mai multe boli, cu atât vor profita mai mult cabinetele private de psihiatrie”, spune specialistul.

De exemplu, printre simptomele noului sindrom al timpului cognitiv lent se numără pasivitatea, starea de reverie și lentoarea. Deoarece printre celelalte maladii explicate în noul manual se află și dependența de sex, o serie de experți din domeniul sexualității se tem că acest lucru va declanșa o adevărată revoluție în cadrul companiilor farmaceutice. Specialiștii români utilizează în mod curent pentru diagnosticele psihiatrice instrumentul de clasificare internațional ICD 10. Nici practicienii români nu sunt de acord cu multe dintre noutățile care apar în proiectul DSM-5. Un instrument de diagnostic psihiatric își propune, într-un domeniu care nu se poate baza pe teste de laborator sau pe alte probe de explorare bazate pe tehnologia modernă, o delimitare cât mai adecvată a normalității de sfera tulburărilor psihice. Lenea, irascibilitatea, pesimismul sunt mai degrabă trăsături care nu au caracteristici de boală.

În replică, American Psychological Association (Asociația Americană de Psihiatrie), care a redactat noul manual, susține că noile afecțiuni reflectă, pur și simplu, schimbările ce au avut loc în societatea umană în ultimele decenii. Cele mai importante dintre aceste noi afecțiuni sunt sindromul alcoolismului fetal, dependența de internet și doliul complicat (doliul traumatic).

În proiect mai apar și alte lucruri noi care țin de aceeași adaptare la transformările societății, de o «globalizare» a afecțiunilor psihice", explică un alt medic psihiatru. „Sindromul olfactiv de referință" (ORS) este un exemplu în acest sens. Specifică japonezilor, această tulburare se concretizează printr-o teamă obsesivă că propriul corp emite mirosuri neplăcute, ducând la izolare și la evitarea locurilor publice. Dacă în manualul actual ce codifică patologiile psihice în SUA acesta este considerat o formă a sindromului dismorfic, în noul DSM tulburarea va avea o codificare proprie.

Capitolul 4. Psihologia clinică asociată condiției organice.

Acest capitol se referă direct la tipurile de disfuncții psihice asociate condiției organice (în bolile cardiologice, în patologia cancerului, asociate actului chirurgical, asociate maternității, asociate geriatriei, etc.).

4.1. Aspecte generale și modalități de abordare

Psihologia clinică în spațiul bolilor somatice, are de a face cu probleme care țin de raportul dintre corporalitate și creier, corporalitate și psihic, sănătate vs. boală. Din această perspectivă, psihologia a încercat să dea o structură conceptelor psihologice legate/ implicate în boala organică.

Obiectivele psihologiei clinice din această perspectivă sunt aplicarea, înțelegerea, interpretarea și reorganizarea proceselor mentale disfuncționale sau patologice, atât în plan individual cât și interpersonal, împreună cu corelatele lor comportamentale și psiho-biologice.

În orice caz, mai ales în domeniul bolilor organice, cercetările și dezvoltările teoretice au pornit de la necesități legate direct de practica clinică, indiferent dacă sunt legate de individ sau colectivitate.

Printre domeniile de aplicație pentru psihologia clinică sunt incluse psihosomatica, psihologia sănătății și psihologia legată de spital și spitalizare, domenii pentru care psihologia clinică oferă un cadru științific relevant și coerent, care include profesionalismul și formarea profesională și un scop specific. Acest scop poate fi definit prin necesitatea de promovare și menținere a sănătății, identificarea etiologiilor și corelatelor diagnostice, analiza și îmbunătățirea îngrijirii sănătății și creșterea condiției publice de sănătate.

În istoricul constituirii psihologiei clinice au existat o varietate de modele, dar și de metode, teorii și tehnici, fiecare având la origine o motivație semnificativă istoric. Aplicarea psihologiei în medicină a fost influențată de schimbări de-a lungul istoriei secolului XX privind paradigmele medicale, epistemologice și operaționale; aceste schimbări au venit și dinspre paradigmele cadrului teoretic în psihologie, de la cele comportamentale la cognitiv – comportamentale, de la cele legate de psihanaliza clasică la dezvoltările psihologiei psihodinamice contemporane de la abordări analitice la abordări sistemice și fenomenologice, etc. În bună măsură, elementul comun al abordărilor din psihologia clinică asociată condiției organice este ideea că avem de a face, în principal, cu etiologii legate de mediu, în relația individului cu „obiectele” acestui mediu (alte persoane, evenimente, condiții biologice și de mediu etc.).

Procesul de îngrijire a bolnavului nu poate fi oprit/ limitat/ restricționat la disfuncția organică; dimpotrivă, este necesar să fie extins spre tot ceea ce poate fi legat de boala respectivă. Conceptul de boală care este tot mai clar definit contemporan este rezultatul interacțiunii complexe dintre caracteristicile individuale și a dinamicii asociate dezvoltării, a proceselor biologice determinate genetic, condiției psihologice și condițiilor și experiențelor sociale semnificative.

Abordarea sistemică a bolii promovează trecerea de la modelul mecanic-liniar, la cel relațional-complex în care fiecare parte a sistemului – fie acesta intrapsihic, fie legat de familie, social, biologic, influențează pe toate celelalte și e la rândul ei influențată. În plus, ecuația acestor inter-influențe este unică, individuală în termeni de dominanțe, ponderi, consecințe funcționale. Dihotomia mental – organic a pierdut din semnificație în prezent ca valoare profilactică și aplicativă în procesul complex de îngrijire.

Engel propune un model bio-psiho-social conform căruia fiecare boală este rezultatul unei interacțiuni a unei varietăți de factori ce pot și este necesar să fie abordați și investigați la diferite nivele, de la nivelul subcelular la cel al mediului. În 1977 Engel publică în Science 196 modelul BPS bazat pe teoria sistemelor și pe organizarea ierarhică a organismului, introduce semiotica și constructivismul care vor furniza limbajul prin care descrie relațiile dintre individ și mediul său. Acest model va avea un impact semnificativ asupra cercetărilor, educației în domeniul sănătății mentale și a medicinei în aplicațiile practice în tratament.

Constructivismul de asemenea schimbă perceperea bolii și a credințelor cognitive și emoționale legate de boală pornind de la teoriile lui Piaget privind asimilarea și acomodarea ca procese specifice transformărilor psihice. Asimilarea se referă la modul cum este încorporat fiecare obiect nou – eveniment, stimul, etc din mediu, acesta consideră Piaget este subiect a încercării individului de a atribui înțeles pe baza schemelor mentale și perceptivă la îndemână. În același timp, într-o anumită măsură organizarea cognitivă bazată pe cerințele stabilite de înseși experiențele este modificată de noile experiențe, acesta fiind procesul de acomodare.

Obiectivele conexe sarcinilor psihologului clinician care activează în cadrul asistenței medicale nepsihiatrice

Obiectivele sunt legate de formarea competențelor și pot fi specificate în funcție de cele două activități specifice evaluarea diagnostică și intervenția psihologică.

Obiectivele legate de demersurile diagnostice sunt: evaluarea clinică a datelor psihologice legate de reprezentările cognitive ale pacientului asupra bolii, reacția pacientului somatic față de problemele bolii și ale spitalizării, personalitatea bolnavului somatic și factorii biografici de influență, gradul de psihogenie (stresul psihic ca factor declanșant) al manifestărilor bolilor somatice, comportamentele cu risc de îmbolnăvire sau de perpetuare a bolilor somatice, afectarea calității vieții bolnavilor somatici, calitățile lor de comunicare în cadrul relației cu echipa terapeutică, complianța terapeutică (factorii de rezistență la recomandările medicului și psihologului, precum și inserția socio-familială (inclusiv comportamentul sexual) și profesională.

Obiectivele legate de modalitățile diagnostice țin de formarea competențelor specifice legate de metodele și instrumentele profesionale. Astfel se cer formate capacitatea de a realiza anamneza psihologică; capacitatea realizării observației și interviului clinic cu referire la reprezentările cognitive asupra bolii, așteptările pacientului referitoare la consult, internare, starea sa afectivă bazală, de moment; comportamente (sugestive) relevante: „de consum” și relaționale; competențe legate de interviul motivațional (Miller și Rollnick, 2002, 1991); competențe legate de realizarea interviurilor structurate care au o referire precisă la problemele psihologice legate de patologia pacientului. De asemenea, competențele cerute de efectuarea unor testări psihologice uzuale care cer, de regulă, instrumente de evaluare cu caracter general, dar și unele teste specifice domeniului de activitate (ex. teste cognitive pentru varstnici, hipotiroidism, teste vizând depresia subclinică la bolnavii cu infarct miocardic, teste vizând calitatea vieții la bolnavii diabetici, etc). Competențe privind utilizarea chestionarelor generale pentru evaluarea condiției de sănătate (Health Survey, Short Form-36, Nottingham) și specifice pentru diverse boli: cardiace, cancer, reumatism, astmul bronșic (Juniper), etc. Precum și evaluarea trăsăturilor de personalitate ale pacientului, a calității comunicării cu ceilalți, cu profesioniștii (dr, psiholog). Competențe în realizarea sau utilizarea unor măsurători psihofiziologice prin utilizarea unor aparate specifice (galvanometrie psiho-cutanată, EMG, etc)

Obiectivele legate de intervențiile psihoterapeutice sunt: descărcarea emoțională sau relaxarea, modificarea comportamentelor nocive, ameliorarea copingului antidistress precum și a celui adecvat patologiei bolilor respective, creșterea complianței terapeutice, pregătirea pentru proceduri medicale sau chirurgicale stresante, asistența muribundului, asistența psihologică a familiei sau aparținătorului. Intervenția psihologului clinician vizează psihoterapia suportivă și câteva intervenții psihologice accesibile absolventului încă din anii facultății; oferirea unui suport emoțional (scheme empatic); intervenții informale terapeutice pentru reducerea distresului spitalizării (Bennet Paul); proceduri vizând descărcarea emoțională prin procurarea de informații (în primul rând, cele solicitate de pacient) și prin încurajarea comunicării de către acesta a conținutului său emoțional negativ membrilor personalului medical; alegerea unor modalități de coping adecvat și întărirea celor deja adoptate; terapii standard de relaxare Schultz sau Jacobson sau muzicoterapia „simplă”; „Problem focusing counselling” (Edgar 1990); solution

focused brief therapy; abordarea de tipul „conditionarii operante” a unor tulburari cronice incurabile.

Consilierea specifica obiectivelor medicale, vizand latura psihocomportamentala a patologiei abordate (ex. conformarea indicatiilor dietetice la obezi, diabetici, abandonarea fumatului la cardiaci, combaterea sedentarismului, etc.)

Relația pacient - terapeut

Din această perspectivă, o consecință va fi reorganizarea expectațiilor pacientului legate de „omnipotența medicului”, spre o relație ceva mai simetrică; în relația medic – pacient, cel din urmă are un simț mai puternic al controlului și autonomiei, spre deosebire de sentimentul de incapacitate din relația tradițională. Această schimbare se face pe fondul creșterii sentimentului de eficiență personală și a locus-ului intern al controlului față de adecvarea la terapie.

Noua conștiință și sentimentul de încredere în sine care pare să emeargă în relația pacient – terapeut/medic aduce schimbări psihologice semnificative în angajarea în tratament, dar și în managementul tratamentului.

4.2. Psihologia clinică în bolile organice cronice

În bună măsură medicina contemporană își schimbă atitudinile față de boală odată cu introducerea conceptului de echipă medicală. Psihologia clinică la rândul ei, privește pacientul nu numai din perspectiva unui organism dereglat, ci mai elaborat din perspectiva subiectivității.

În afecțiunile somatice, de regulă mecanismul motivațional și procesele psihice, ca și organismul afectat devin obiect al analizei Eului propriu, are loc un proces de autoanaliză. Astfel că, în afara simptomelor produse de afecțiunea propriu-zisă, apar semnificative modificări psihice generate de conștiința persoanei bolnave.

În general, afecțiunile cronice au caracteristic faptul că au o evoluție îndelungată și, din această perspectivă, reflectare în psihicul individului a condiției de boală, a rigorii tratamentului și a limitărilor de viață, vor avea consecințe semnificative la nivel psihic.

4.2.1. Modelul bio-psiho-social de acceptare a unei boli cronice

Modelul biopsihosocial, Engels, subliniază importanța reintroducerii în medicină a perspectivei modului subiectiv cum este trăită condiția de boală, faptul că pacientul se poate mobiliza, autonomiza și participa împreună cu medicul în lupta activă față de problemele ridicate de afecțiunea somatică.

Modelul clasic medical în care medicul joacă singurul rol activ, pacientul fiind partea pasivă, supusă conduce spre un risc crescut de cronicizare iatrogenă.

Procesul de acceptare a unei boli cronice nu decurge de la sine, implică o serie de reamenajări psihice. În mod tradițional, echipa medicală fie ignoră subiectivitatea pacientului, fie nu știe cum să-și modeleze atitudinile în funcție de starea sa emoțională.

4.2.2. Etape în acceptarea unei afecțiuni cronice

Modelul biopsihomedical, aduce în prim plan o etapizare a procesului de acceptare a bolii cronice, respectiv posibilitatea intervenției specifice în funcție de problematica psihologică prevalentă.

Etapa șocului inițial, poate merge de la surpriză la angoasă, boala cronică fiind resimțită ca o amenințare până la o totală catastrofă.

Când persoana nu pare afectată, ne putem aștepta să nu înțeleagă ce se întâmplă; deși în curând, tabloul real se va limpezi datorită rigorilor tratamentului.

Echipa de intervenție poate interpreta lipsa de interes a pacientului ca semn de cunoaștere insuficientă a caracteristicilor bolii, și se va grăbi să-i ofere detaliile concrete.

Invers, când condiția emoțională este de angoasă, vor avea tendința de a banaliza situația și nu da decât puțin informații.

Ambele reacții sunt spontane dar și inadecvate, pentru că a da un număr excesiv de informații este inoportun, conduce la confuzii; a da un număr redus de informații face pacientul să se simtă neluat în seamă.

Negarea este descrisă de obicei ca mecanism de apărare față de angoasă.

Realitatea resimțită ca amenințătoare este refuțată de către Eu: comportamentul pacientului este detașat, boala nu ridică probleme! Va neglija controalele. Ca răspuns, medicul de regulă consideră că pacientul său este nepăsător și va face caz de tehnica persuasiunii, pentru a-l face mai conștient. Răspunsul psihologic, va fi acela de prelungire a negării!

Revolta. Pacienții se simt agresați de condiția de revoltă a pacientului, și consideră că au de a face cu un „agresiv”.

De fapt pacientul luptă, destul de neîndemânatec împotriva anxietății crescute a bolii cu sentimentul că este pe nedrept atacat de boală; afecțiunea a devenit pentru el o realitate.

Negocierea Tentative de manipulare față de exigențele tratamentului este dublată de dorința de acomodare; este mai cooperant, dar pretinde că informațiile nu sunt omogene. Drept răspuns, medicii tind să refuze negocierea, considerând ca ar fi vorba de o strategie economică” a pacientului.

Depresia cu speranță care are un bun prognostic în măsura în care pacientul pare să conștientizeze ce tip de obligații urmează să-și asume. Dar riscă să nu coopereze suficient cu echipa medicală.

Acceptarea. Acceptă condiția de boală, își regăsește echilibrul emoțional, își poate organiza viața, recunoaște restrângerile precum și riscurile impuse de afecțiune, fără a fi obsedat.

Uneori procesul nu ajunge la o astfel de fază de organizare iar pacientul începe să treacă prin stări precum: resemnarea, pseudoacceptarea, anxietatea.

Resemnarea, își „suportă” boala ca pe un destin nefast, pare să colaboreze, de fapt este pasiv și supus, se victimizează, este ascultător și nerevendicativ;

Pseudo-acceptarea, apare la pacienții „cu moral de oțel”, se manifestă ca o negare voluntară prin care pacientul refuză conștient să se simtă bolnav; uneori, își disimulează boala cronică în anturajul profesional sau social, neagă orice sentiment de îndoială sau de abatere. Aceasta condiție este de fapt deosebit de fragilă psihologic;

Modul anxios, ca o reacție particulară, elementul predominant este anxietatea: unii iau o poziție de atac, multiplicând controalele în mod obsesiv; alții au o reacție de fugă și ajung implicit să fie subtratată.

4.3. Condiția psihică în boala cardiacă

În perioada cointemporană, mai ales în spațiul vestic, odată cu creșterea autonomiei personale a individului se prefigurează schimbări în relația tradițională medic – pacient. Această schimbare este relevant și pentru situația pacienților cu boli cardiace, și este pusă în joc în special datorită naturii cronice a bolilor cardiovasculare ce antrenează o complexitate a programelor farmacologice care vizează condițiile de viață ale acestora (familie, serviciu, loisir, etc.).

Implicarea psihologiei clinice ține de contribuția acesteia pentru toate cele trei situații: prevenție, tratament și reabilitarea pacienților cu boli de inimă.

Din perspectiva psihologiei legate de condiția bolnavului cardiac, se accentuează pe necesitatea abordării complementare, prin profesioniști competenți din ambele domenii, al medicinei și psihologiei clinice, care să le permită să-și exprime deprinderile profesionale specifice complementare pentru a rezolva obiective comune legate de prevenția, tratamentul și reabilitarea bolnavilor cu probleme cardiace. Acest punct de vedere este uneori provocat de asumarea formării ca „specialist integrat”.

4.3.1. Tipuri de activități de psihocardiologie

Pentru pacienții cu boală cardiacă stabilizată dar și pentru cei la care există riscul să dezvolte disfuncții cardiace, centrarea psihologului clinician este pe prevenție, pe diagnostic, tratament și reabilitare, în spital și în afara spitalului. În evaluarea psihologică avem de a face cu probleme de tip comportamental, emoțional, de relaționare care sunt cu disfuncții cardiace cronice sau acute.

Din perspectiva intervenției, acestea privesc nu numai persoana în cauză, ci și membrii familiei și reorganizarea mediului social.

Trebuie luate în considerație: înțelegerea caracteristicilor specifice și a nevoilor pacientului cardiac, așa cum sunt raportate în literatura de specialitate; luarea în considerație a atitudinilor pacientului față de boală, expectațiile pacientului și ale familiei, dar și atitudinile personalului medical și para-medical; precum și clarificarea tipului de relație stabilit între psiholog și pacient.

Din perspectiva formării pentru psihologia clinică cardiacă, se pune problema tipurilor de cunoștințe și a deprinderilor, a modului cum pot fi acestea croite pentru a răspunde particularităților bolnavului cardiac.

Bazându-se pe analiza nevoilor, a trăsăturilor specifice bolii cardiace, dar și a caracteristicilor tipice care derivă din experiențele sociale, în teoriile, cercetările și practica din acest domeniu au apărut câteva poziții specifice.

4.3.2. Caracteristici ale personalității bolnavului cardiac. Comportamental de tip A și D
De multă vreme, experiența comună, bunul simț dar mai ales tradiția clinică, au recunoscut asocierea factorilor psihologice, cognitivi și emoționali cu boala de inimă. De exemplu, încă din 1628, William Harvey vorbea de „agitația mentală” care are ca urmări fie plăcerea, fie durerea emoțională influențând funcționarea inimii.

În 1910, sir William Osler descrie bolnavii cardiaci ca fiind extrem de ambițioși sau gata să-și împingă corpul la limită.

Alexander consideră că presiunea sangvină ridicată de etiologie necunoscută (hipertensiunea primară sau esențială) este prevalentă a indivizii care sunt centrați puternic pe obținerea unor scopuri sociale înalte care, în același timp au tendința să-și inhibe/ reprime defensiv aspectele emoționale și cognitive ale furiei pentru a evita conflictul interpersonal.

Încă din anii 50 ai secolului XX, Friedman și Rosenman descoperă faptul că pacientul cardiac prezintă un model de comportament complex asociat unor afecte specifice, care devin prototipice pentru o categorie de conduită denumită „comportament de tip A”. Descrierea „tipului comportamental A” este dată de complexul acțiune – emoție caracterizat prin: nerăbdare, competitivitate exagerată, impuls agresiv și ostilitate. Friedman dă o explicație psihodinamică a mecanismelor psihice: stima de sine care este slab dezvoltată la aceste persoane, este la baza afectelor și a urgenței timpului resimțită de aceste persoane. Aceste componente sunt considerate celer mai toxice pentru conduitele psihice care conduc la boli cardiace. Sunt persoane care încearcă să-și confrunte simțul de inadecvare printr-o căutare continuă de realizare a unor scopuri tot mai ambițioase.

Nu toate studiile și cercetările par să valideze relația directă dintre tipul comportamental A și boala coronariană, dar toate demonstrează că trăsăturile de personalitate specifice influențează negativ sănătatea cardiacă.

Studii mai recente ale lui Denollet și colegii, identifică un nou model de personalitate asociat predicției pentru boală cardiacă, „modelul de tip D”, sau personalitatea distresului care are central două trăsături: afectivitate negativă și inhibiție socială. Afectivitatea negativă indică tendința de a tăi un nivel general de distres, difuz, asociat unei condiții de pesimism invadator. Inhibiția socială, pe de altă parte, reprezintă o dificultate în a-ți exprima propriile emoții și idei, și o dificultate generală în interacțiunile sociale.

Persoanele de tip D consideră autorii tind să se sperie adesea de motive specifice și au o perspectivă pesimistă, adesea sunt deprimăți și iritați, rar trăiesc emoții pozitive.

Între anii 1996 și 2000 studiile s-au centrat mai ales pe factorii psihologici de risc: stres, depresie, epuizarea vitalității. S-a determinat faptul că bolnavii cardiaci tind să se alinieze pe corelațiile dintre acești factori de risc și personalitatea de tip D.

În ciuda faptului că Personalitatea de tip A și Personalitatea de tip D pot să fie considerate ca opuse sau contrarii, ambele au în comun un factor subsidiar, respectiv modul cum intervine dezirabilitatea socială în psihicul acestor persoane. La pacienții de tip D dezirabilitatea socială conduce la inhibarea exprimării sentimentelor pentru că ele pot fi judecate negativ de cei din jur sau sunt neacceptate/bile de contextele sociale obișnuite; la pacienții de tip A, din încercarea să obțină recunoaștere socială dezirabilitatea socială conduce la suprarealizare compulsivă.

Alte studii s-au centrat pe componentele adictive legate mai ales fumatul și alcoolismul, corelate cu caracteristicile stilurilor de viață legate de sănătate (exercițiu și dietă); asocierea dintre aspectele negative ale acestor componente, conduce la moarte prematură a pacientului cardiac. Astfel de cercetări au condus și spre dezvoltarea unor programe cognitiv-comportamentale centrate pe modificarea factorilor de risc.

O altă direcție a cercetărilor s-a centrat pe identificarea asociațiilor dintre boala cardiacă și psihopatologie, în termenii unor condiții psihice precum: anxietatea, depresia, încărcătura excesivă de muncă, stresul sau izolarea socială.

4.3.3. Comportamentul de boală

Studiul atitudinilor pacientului față de boală l-a condus pe Parson la conceptul „rol de bolnav”. Comportamentul de boală reprezintă, în context, felul cum persoanele își interpretează simptomele și cum reacționează la acestea, precum și felul cum caută sfaturile medicului și vindecarea. Într-un sens, comportamentul de boală este o funcție și a factorilor de ordin cultural și sociali, nu numai a bolii.

Pilonsky, 38, definește comportamentul de boală ca o manieră în care oamenii reacționează la funcționarea lor psihologică și biologică și felul cum o definesc în termenii de boală și sănătate. Astfel, vorbește de „comportament de boală anormal”, AIB pe care îl definește ca o perspectivă nedecvată sau disfuncțională asupra stării proprii de sănătate, care persistă chiar și atunci când nu este confirmată de un clinician care se bazează pe o examinare medicală completă.

AIB se asociază adesea cu un rol de bolnav neadecvat: apare negarea de acesta a a influenței factorilor psihologici asupra stării de sănătate actuală.

Există o varietate comportamente disfuncționale legate de sănătate precum: să stai în pat majoritatea timpului, să ai emoții neadecvate legate de sănătate. De exemplu, pacientul poate gândi că medicul nu îi oferă o explicație adecvată a simptomelor și trebuie să exploreze explicații și tratamente alternative. AIB se asociază și cu a deveni dependent de cei semnificativi și propriul medic.

Conceptul de comportament de boală e cu un pas înainte în înțelegerea relației pacientului cu boala proprie. O evaluare a comportamentului de boală conduce la posibilitatea de a recunoaște simptome somatice ce nu pot fi legate de boala fizică, însă sunt legate de condiția psihopatologică.

Când pacienții se plâng de simptome legate de timp, localizare anatomică, slab definite care nu pot fi asociate cu evenimente sau activități specifice, este important să realizăm o evaluare completă funcționării psihologice; să colectăm informații asupra condiției psihice a pacientului care este legată de patologia fizică, deoarece stresul psihologic nu este adesea suficient de clar. Cunoscând simptomele psiho-fiziologice ale pacientului,

putem vedea expresia unei căutări a ajutorului constante și dureroase care poate crește dramatic disabilitatea sau poate compromite complianța.

4.3.4. Relația dintre pacient și psiholog

Este o interacțiune vie și dinamică; fiecare ședință poate aduce o înșelegere coerentă sau poate furniza o direcție inovativă (de exemplu, în forma unei noi informații, unei teme pentru acasă distincte care poate îmbunătăți calitatea ieșii, sau reduce riscul recăderii).

O abordare mai pasivă nu este adecvată pentru pacienții coronarieni care se pot adapta cu dificultate unei terapii de durată. De aceea, intervențiile pentru astfel de pacienți trebuie să conducă în mod necesar la schimbări de comportament capabile să reducă factorii de risc asociați bolii.

Contextul de familie

Se acordă atenție familiei și contextului familial. Perceperea suportului emoțional și a suportului practic și social influențează atât sănătatea mentală cât și adecvarea la tratament. Cercetarea indică o creștere a reactivității cardiace în condiții de conflict marital.

Din perspectiva psihologiei, interesează impactul bolii cardiace asupra relației de cuplu; influențe relației de cuplu asupra progresului bolii cardiace; influența relației de cuplu asupra adaptării psihosociale a bolnavului cardiac.

Calitatea unei relații cu un partener se suferă de patologie cardiacă poate să se deterioreze treptat. Satisfacția maritală, comunicarea emoțională și implicarea emoțională, conflictele și schimbările în stilul de viață și rolurile maritale sunt considerate ca indicatori fideli a calității emoționale.

4.3.5. Ghiduri internaționale. Ascultare tradițională vs. ascultare autentică

Există la ora actuală o serie de ghiduri pentru practicienii care lucrează în cardiologie în tratament și reabilitare. De asemenea, pentru implementarea intervenției psihologice în prevenirea și reabilitarea cardiologică.

De exemplu, pentru a crea o ascultare autentică a pacienților și a suferinței, practicianul se va mișca dinspre un sistem simplist spre unul complex, care ia în considerare contextul situațional în care se exprimă durerea psihologică.

În acest sistem complex, ascultarea autentică apare: dinamică pentru că se bazează pe o pluralitate de perspective (vs. static, care se bazează pe o singură perspectivă); activă, se bazează pe construirea realității (vs. pasivă, bazată pe oglindirea realității); aproximatoare, incluzând posibilitatea de a evalua pozitiv evenimentele neașteptate (vs. „în control”, situație în care evenimentele sunt evaluate de la început negativ); au ca scop personal ținta de a explora lumile posibile (vs. obiectiv); și considerarea rolului central al emoțiilor (vs. atitudinea de a neutraliza emoțiile).

Tabel x. Diferențele dintre ascultarea tradițională și ascultarea autentică

<i>Sisteme simple, tradiționale</i>	<i>Sisteme complexe</i>
Lucrurile au un anume înțeles	Lucrurile au înțelesuri diferite
Premise implicite similare	Premise implicite diferite

Luam ca și garantat cadrul, ceea ce ne va asigura comunicarea	Ceea ce luăm ca și garantat, cadrul, nu ne permite comunicarea
Controlul este aspectul principal: îți dă posibilitatea să știi cum să prezici reacțiile posibile	Controlul are o importanță secundară: să știi cum să transformi reacțiile neașteptate în cunoaștere
Neutralizarea emoțiilor	Emoțiile joacă un rol central

4.4. Condiția psihică în bolile respiratorii

4.5. Condiția psihică în bolile autoimune

4.6. Condiția psihică în diabetul zaharat

Diabetul este inclus printre tulburările somatice, dar nu există încă un acord deplin privind datele care tind să desemneze factori psihici ca responsabili de declanșarea acestei condiții care afectează întreg sistemul.

Teza psihogenezei este privită cu circumspecție: unii neagă, alții susțin așa-numitul „diabet emoțional”.

Dar acest lucru nu neagă faptul că în orice afecțiune somatică putem întâlni un coeficient de psihogenie, ca reflex al modului cum reacționează persoana față de agresiunea somatică la nivelul psihicului.; acest coeficient depinde de natura afecțiunii, de gravitatea acesteia, de momentul evolutiv și de personalitatea pre-morbidă și experiența patologică a pacientului.

În diabet factorii psihologici sunt importanți pentru că influențează controlul diabetului zaharat; este un adevăr cunoscut faptul că un control bun al glicemiei reprezintă unicul factor important în prevenirea complicațiilor în timp.

Factorii psihologici pot să scadă controlul pe două căi: experiențele personale stresante pot conduce direct la modificări endocrine (Kemmer și col., 1986); numeroși diabetici prezintă o slabă auto-îngrijire și complianță (diabetul fragil „brittle”, Tattersall, 1985).

De asemenea, factorii psihologici limitează folosirea unor metode noi de control a diabetului care impun o auto-îngrijire conștientă.

Traumatismul psihologic reprezentat de apariția afecțiunii diabetice, angoasa morții imediate pot să reactiveze tulburări psihice anterioare declanșării diabetului.

Personalitatea diabeticului

Nu s-a putut determina un specific pentru diabet, Porot; dar se subliniază rolul declanșator și agravant pe care îl joacă anumite situații stresante, emoții puternice. Sunt cunoscuți factori iatrogeni ce pot influența stările psihice precum și efectele psihologice ale supradozării insulinice care poate determina grade variabile de afectare cerebrală.

Barker (Iamandescu,) determină 5 trăsături esențiale cu repercursiuni asupra condiției psihice a pacientului de diabet: situația marginală, între sănătate și boală, care îl face să fie instabil, dominat de stări conflictuale; situația nouă cu caracter de primejdie care planează asupra pacientului; restrângerea orizontului (preocupări, ambianță),

egocentrismul și perspectiva temporală îndelungată a afecțiunii care conduce la creșterea nivelului de anxietate.

Diabetul dificil de tolerat, impune numeroase restricții și modificarea complexă a modului de viață (dependența de insulină, regimul alimentar, medicația) toate favorizează tulburările condiției psihice; deficitul insulenic determină hiperglicemie iar consecințele metabolice ale acesteia au un răsunet asupra vieții psihice: apatie, astenie, abulie, tulburări la nivelul funcționării instinctuale, tulburări de somn, iritabilitate, depresie însoțită de anxietate.

În literatură sunt descrise reacții posibile ale pacienților (Gorgos, 1987, Porot, p.771): atitudinea de dispreț față de diabet prin lipsă de disciplină, atitudine periculoasă care permite apariția unor complicații; atitudinea regresivă față de diabet care impune subiectului o dependență de medic și familie, aceștia având desemnată datoria de a-i proteja, ajuta, îngriji; atitudinea competitivă, perfecționistă, meticuloasă, pacientul își concentrează întregul interes asupra afecțiunii. Sentimentele de inferioritate pot determina adoptarea unor ritualuri cu tentă obsesională, iar fragilitatea psihică face ca orice eșec sau complicație care a apărut să fie urmată de o reacție depresivă exagerată.

4.7. Condiția psihică în bolile cronice ale dermei: psoriazisul

Psoriazisul este o afecțiune cutanată cronică, apar leziuni eritematoase, bine delimitate, acoperite cu scoame tipice sidefii pluri-stratificate care se pot detașa cu ușurință. Debutază la orice vârstă (mai rar sub 5, sau peste 45), evoluează în puseuri. Medical este considerată o boală dermică reacțională, în care rolul factorilor neuropsihologici este de mult timp semnalat și subliniat; simetria erupției, datele de anamneză ce dezvăluie frecvența traumelor psihice în declanșarea unor puseuri de psoriazis, au fost printre primele fapte de observație care au stimulat includerea și apoi clarificarea factorilor neuropsihologici în etiopatogenia psoriazisului.

Dintre autori, Polotebnov, la sf. Sec. XX, susține că este o nevroză vasomotorie cutanată. Cercetările prind rolul factorilor psihologici s-au axat inițial pe stabilirea componentei corticale. Touraine și Samberger descriu un tip frecvent psihastenic care se întâlnește la pacienții cu p. Bolgert și colab., descriu că în 96 de cazuri din 200 studiate de pacienți cu psoriazis, erupția s-a declanșat în urma unor traume psihice. În peste 50% dintre cazuri s-au evidențiat condiții psihastenice și în 16% nevroze anxioase.

4.8. Condiția psihică asociată actului chirurgical

Ne vom concentra în clinica chirurgicală pe specificul etapei post-operatorii în relație cu aspectele psihologice implicate.

Putem diferenția perioada post-operatorie precoce și etapa tardivă.

În prima fază, disconfortul este atât fizic (dureri, vărsături, incapacitate funcțională și lipsa de autonomie /dependență) cât și psihic (anxietatea legată de rezultatul operației, care poate ajunge până la stări acute de lipsă de control). De exemplu, în operația pe cord deschis condiția psihică se poate deteriora până la o stare quasipsihotică. Anxietatea poate fi generată de prezența mutilării, sechelelor, infirmității.

Ritmul revenirii stării de sănătate nu este în concordanță cu expectația pacientului, fapt perceput dureros de persoanele vulnerabile la frustrare (de exemplu, tipul comportamental A).

Pacientul se poate confrunta și cu posibilitatea eșecului intervenției terapeutice, cu rezultate disproporționate de mici sau nesemnificative față de expectațiile sale sau ale medicului (de exemplu, desoperirea postoperatorie a unui cancer inoperabil). Pacientul este mai susceptibil la stresul iatrogen, cu atât mai mult cu cât pregătirea preoperatorie se centră pe acceptarea și desfășurarea momentului operatoriu și prea puțin pe perioada post-operatorie.

Pot apărea și complicații generate de însăși intervenția chirurgicală (precum granuloamele de fir, sau viscerații), a căror rezolvare cere reluarea operației dar conduce la creșterea nivelului de neîncredere și scăderea dramatică a speranței.

În perioada post-operatorie tardivă se pot manifesta două tendințe cu sens contrar: pe de o parte recidiva corelată cu supralicitarea anticipativă de către pacient a efectelor favorabile ale intervenției chirurgicale; pe de altă parte, tot acum se pot rupe legăturile cu terapeutul. Aceste relații se mențin o scurtă perioadă post operatorie, iar problemele apărute ulterior sunt gestionate de medicii de familie, până devin critice.

Cea mai profundă afectare se petrece în cazul operațiilor care presupun ablații (rezeccii intestinale, splenectomii, histerectomii, mamectomii etc.) când bolnavii percep rezultatul operației ca o modificare dramatică și ireversibilă a schemei corporale, a întregului. Consecințele în plan psihic se manifestă prin forme variate de instabilitate emoțională, depresie. Adesea astfel de operații pot afecta modul în care persoana își percepe identitatea (masculin, feminină, sau umană).

Depresia reprezintă o reacție cu caracter general post operatoriu. Are un rol nefast atât la nivelul unui prognostic operator, dar mai ales post-operator, mai ales în cazul intervențiilor chirurgicale la limită.

Depresia este periculoasă atât datorită lipsei de comunicare din partea pacientului și a lipsei lui de cooperare, dar și prin creșterea marcată a activității hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalei cu efectele cortizonului în exces. Depresia poate avea și forme mascate, „larvate”, disimulată de zâmbetul înșelător al pacientului.

Profilul depresiv al pacientului conduce spre trăirea nefericită a evoluției postoperatorii, la hipertrofierea și dramatizarea unor elemente de disconfort de tip cotidian. Pe acest fond, reținerea de la implicarea sau reluarea activităților motorii constituie unul dintre factorii de risc pentru complicații post-operatorii pulmonare sau tromboflebite.

Factorii psihologici implicați în actul chirurgical

Factorii ce influențează modul de percepere a intervenției chirurgicale sunt numeroși: cunoștințele pacientului; tipul de personalitate al pacientului; antecedentele psihologice ale acestuia; caracteristicile socio-economice ale pacientului și familiei; specificul rolurilor sociale și interacțiunilor de familie; specificul relației medic – pacient relativ nuanțate și în funcție de specialitatea clinicianului.

Astfel, de exemplu, legat de cunoștințe, pacienții care lucrează în sistemul sanitar sunt greu de tratat datorită acestui surplus de informații care îi fac să fie anxioși, interpretativi

și instabili în acțiunile lor ca pacienți; la polul opus, există și pacienți care minimalizează importanța tratamentului.

Tipul de personalitate poate conduce la exagerarea percepției bolii, centrarea excesivă pe simptom (hipocontriaccii), sau la resemnare, centrarea pe emoțiile negative produsă de boală (depresivii).

Cei care în copilărie au resimțit puternic anxietatea de separație sunt mult mai susceptibili să nu accepte diagnosticul într-o manieră realistă, tind să se refugieze într-o lume fantasmată, în care există soluții miraculoase, sau se tem de abandonul ce vine din partea terapeutului (transfer negativ).

Caracteristicile socio-economice ale familiei pot determina noncompliancea la tratament din motive financiare, sau chiar refuzul acestuia încă de la început. Cei pu posibilități financiare ridicate sunt susceptibili, cu atitudinea că „totul se poate cumpăra, inclusiv vindecarea”, și astfel pot să apeleze la o multitudine de medici/ terapii și să mențină comportamente nocive pentru vindecare (fumatul, băutura etc.).

Impactul tratamentului depinde și de gradul de interrelații sociale; astfel o persoană bine inserată social va colabora în tratament (de exemplu, o mamă tânără cu copii, care se simte responsabilă de creșterea și educația lor, este puternic integrată într-o rețea densă de roluri și statute sociale).

Aspecte psihologice ale histerectomiei cu implicații în modificarea imaginii de sine

Operația este trăită de multe femei ca un eveniment de viață major. Sunt autori care consideră că se produce o disrupere a organizării Eului, Eiegan, Zintl, care depinde și de relația afectivă și sexual cu partenerul. Simbolic, operația este trăită ca o pierdere a sexualității deși în realitate această funcție rămâne intactă datorită persistenței vaginului. În proporție de 35% acest fapt marchează identitatea sexuală a femeii. Aceste tulburări de identitate sexuală se instalează la 2 -4 luni după operație și se structurează într-un patern negativ la nivelul Supraeului. La această transformare conduce relația cu un partener „mut” sau „neajutorat”. Nevoii de comunicare a femeii complexate de pierderea suferită nu i se răspunde în măsura în care și partenerul ei e complexat devenind prea puțin activ în plan sexual.

Tulburări afective. Cercetări timpurii au adus în prim plan condiția depresivă care are o durată de lungă durată (studiul din 1940 al lui Linderman pe 40 de femei, la 18 luni de la operație pelviană comparativ cu cele cu operație superior abdominală). Multiple cercetări au confirmat această condiție depresivă, înrăutățirea constantă a dispoziției după histerectomie (un studiu britanic a descoperit că 7% din paciente au solicitat un consult psihiatric după aproximativ 4 ani de la operație iar depresia a fost cea mai frecventă formă de suferință psihică).

O cercetare pe un lot de 200 de paciente, Richards, 1973, 1974, indică faptul că depresia are o incidență semnificativă (definit în funcție de medicamentele antidepressive prescrise de medici post-operatoriu tardiv). Incidența depresiei a fost mare și cu o durată semnificativ ai extinsă la pacientele cu histerectomie. Procentul, 75% dintre pacientele de acest tip au suferit de depresie după operație (față de 29% de femei din lotul de control care au suferit alte tipuri de operații).

4. 9. Condiții psihice în patologia canceroasă

4.10. Condiția psihică asociată maternității și pierderii copilului

4.11. Specificul în terapia intensivă și terapia arsurilor majore

Psihologia clinică la pacienții cu arsuri

Tipuri de probleme

Aspecte fizice ale rănilor de arsuri

Psihopatologie și probleme psihologice:

1. Tulburări psihiatrice: depresie (frecvența ratei de depresie; factori de risc de depresie); tulburări de stres post traumatic (frecvența ratelor, factori de risc, comorbidiatate); anxietate generală.
2. Tulburări neuropsihologice
3. Probleme sociale (sexuale și de interacțiune socială)
4. Psihopatologia și calitatea vieții (factori psihologici, factori fizici)
5. Psihopatologia și variabile mediatore (stil de coping, sprijin social, trăsături de personalitate)

Arsura poate fi o tarumă psihofiziologică cu consecințe uriașe în plan social, fizic și psihologic. În general, arderile prin flacări consitutie majoritatea tipurilor de rsuri

Iată câteva dintre problemele specifice pe care și le pune practica și cercetarea în psihologia dedicată condiției psihologice a pacientului cu arsuri grave.

Este psihopatologia o consecință majoră a rănilor prin arsură?

Care este profilul pacientului cu arsuri în privința riscului de a dezvolta probleme psihologice? Care este rolul desfigurării și cicatricelor în probleme psihosociale?

Psihopatologia și problemele psihologice la pacienții cu arsuri se referă la o serie de direcții de studiere și activitate. Astfel s-au studiat tipurile cele mai frecvente de **tulburări psihiatrice** asociate condiției acestui pacient, respectiv *depresie*: frecvențe, factori de risc pentru depresie; *tulburări de stres posttraumatic* (frecvență, factori de risc, co-morbidity); *anxietate generală*). De asemenea tipurile cele mai frecvente de **probleme neuropsihologice, problemele sociale** – probleme sexuale și probleme de interacțiune socială și cele care determină calitatea vieții, factori psihologici legați de calitatea vieții, factori fizici legați de calitatea vieții. Se studiază o serie de factori mediatori care favorizează dezvoltările psihopatologice de durată, precum stilul de coping, existența și importanța sprijinului social, precum și trăsăturile de personalitate.

Legat de acest specific, se caută soluții specifice de terapie psihologică pentru depresie, tulburările de stres posttraumatic, problemele sociale și cele probleme sexuale caracteristice.

Aspectele psihologice ale rănilor prin arsură sunt subiect de interes pentru cercetare și practică. Răspunsul psihologic la accidentul cu arsuri se poate datora nu numai direct arsurilor, ci poate fi datorat și la ceea ce a trăit sau a fost martor în timpul accidentului. Pot apare răspunsuri psihologice care devin de durată și patologice precum depresia și

tulburările de anxietate. De asemenea, tratamentul fiind extrem de dureros (datorită răni și tratamentului propriu-zis la schimbarea pansamentelor, a operațiilor medicale și a terapiei fizice și ocupaționale) acestea se asociază adesea cu depresie și anxietatea și, datorită necesității de izolare a pacientului pentru prevenirea infecțiilor, cu starea de deprivare socială trăite de acesta. Stresul impus de tratament, inclusiv legat de limitarea mișcărilor și de activitate, adesea conduce la intensificarea tulburărilor emoționale și fizice.

Pentru mulți pacienți, apare în plus problema alterării imaginii corporale și a modului cum sunt desfigurarea este percepută de cei din jur. Adaptarea la schimbarea în modul cum arată este complexă și este un proces complex care include atât perspectiva interioară asupra acestei înfățișări, cât și perspectiva atribuită celor din jur cu care interacționează. Unele alterări sunt grave și definitive și conduc la probleme legate de funcționarea socială și ocupațională. O astfel de condiție de durată face pe unii cercetători să considere impactul arsurilor și a traumatismelor corporale consistent cu diagnoza de „o tulburare de stres traumatic continuu” (Gilboa, Friedman, Tsur, 1994)

Profilul pacientului cu arsuri cu risc pentru apariția unei condiții psihopatologice

Factorii identificați de van Loey și Van Son sunt legați de:

1. tulburări psihiatrice anterioare traumatismului: la pacienții cu tulburări de dispoziție anterioare traumatismului pentru care s-a demonstrat un risc de a dezvolta PTSD și depresie.
2. Studiile au indicat o diferențiere de comportament de gen, femeile dezvoltând PTSD și depresie mai ales când apar desfigurări (Seedat, Stein, 2000).

În tabelele de mai jos sunt rezumate principalele studii realizate cu scopul diferențierii principalelor consecințe psihologice, precum și a psihopatologiei, capacității de coping, factorilor moderatori privind adaptarea și calitatea vieții la pacienții arși. Meta-analiza a fost realizată de Van Loey și al., 2003 (*Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars: Epidemiology and Management*, Van Loey N.E., Van Son M.J.; în *American Journal of Clinical Dermatologz*, 4, (4), 245-72)

Depresie, Stres Posttraumatic și Anxietate Generală la arși

Autor	Tip de cercetare	Scopul studiului	Subiecți	Metode de măsurare	Rezultate	Comentarii
Tedstone și al, 1997 (26)	prospectiv	Examinarea morbidității psihologice într-un lot mixt de arși moderat și puțin, la 2 săptăm. Și 3	N 45 (50), 46.7% internați ; M/F 73:27; v medie 38.5 (11.9); TBSA mediu	Interviu Clinic Structurat pt DSM III, Scala de Anxietate de Spital și Depresie; Scala Impactului Evenimentului	% anxietatea crește de la 2.2% (săpt a IIa) până la 19% (3 luni); Depresia de la 2.2% (săpt a IIA) la 13.3 (3	

		luni după traumă	5.5% (8.1)	i, Inventarul Penn	luni); Evitarea IED și intruziunea de la 37.8% (SII) la 40% (3 L); PTSD de la 2.2% la 8.9%; pacienții cu arsuri < 1% pot prezenta nivele semnificative clinice de tulburări psihologice	

Rata de frecvență a depresiei la arși

Autor	Număr	Metode de măsurare	< o lună după ardere	2-4 luni după ardere	Un an după ardere

Rata de frecvență a Tulburărilor de Stres Posttraumatic la arși

Autor	Număr	Metode de măsurare	< o lună după ardere	2-4 luni după ardere	Un an după ardere

Probleme neuropsihologice la arși

Autor	Tip de cercetare	Scopul studiului	Subiecți	Metode de măsurare	Rezultate	Comentarii

Probleme sexuale și sociale la arși

Autor	Tip de cercetare	Scopul studiului	Subiecți	Metode de măsurare	Rezultate	Comentarii

Calitatea vieții la pacienții cu arsuri

Tabel (în *Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars: Epidemiology and Management*, Van Loey N.E.E., Van Son M.J.M.)

Autor	Tip de cercetare	Scopul studiului	Subiecți	Metode de măsurare	Rezultate	Comentarii
Patterson și al, 2000 (87)	prospectiv	Investigarea tulb. emoționale și satisfacției cu viața la externre și calitatea vieții la 6 luni după externare	Nr. 295 M/F 82:18, vârstă medie 40.03 (sd 13) media TBSA 18.09 (sd 15.91)	Brief Symptom Inventory, Satisfaction with Life Style	Pacienții cu arsuri au un distres emoțional semnificativ mai mare decât grupurile normative la discharge și în continuare; în timp, îmbunătățiri mici; predictorii primirea unui	

					tratament psihologic	
Doctor si altii, 1997 (88)	prospectiv	Compararea rezultatelor de sănătate ale pacienților cu arsuri vs. ale loturi medicale	N*. 91, M/F 81:19, medie vârstă 35.7 (10.49); TBSA mediu 12.6% (8.7)	Profil de impact al bolii	Statutul de sănătate al p. cu arsuri comparativ este relativ bun; nivelul scăzut de disfuncții se menține pe o perioadă extinsă de timp, problemele psihosociale sunt mai turbulente decât probl. fizice	
Salvador Sanz și alții, 1999 (89)	Anchetă crosculturală	Investigația calitatea vieții după răniile de arsuri	N 115 (367), M/F 54:46, Vârsta medie 40.5 Timp de la arsura: 2.1 în medie	Scala Specifică de Sănătate la Arsuri R	NU apar impedimente serioase în aria personală sau fizică; unele probl. In relațiile sociale, afectivitate, activitate de rol și preocupări psihologice generale de	Rata de participare de 31%

					sănătate; femeile au o mai slabă calitate a vieții cp. Cu bărbații; imaginea corpului este afectată de arsurile adânci și arsurile faciale	
Kimmo și alții 1998 (72)						
Riis și al, 1992 (90)	Descriptive retrospectiv	Investigare de termen lung a adaptării psihosociale	N 25; M/F 72:28, Medie 31.9; vârstă medie în momentul rănirii 20.2; TBSA > 30%; timp scurs între 7 și 21 ani	Interviu semistandardizat; interviu psihiatric; examinare fizică	Rezultatul pe termen lung este optimist, afectat de integrare psihosocială premorbidă și, într-o măsură de sprijinit extins de la rude și colegi; nici o corelare între adaptare și limitări fizice și stigmat	Lot mic; măsurp nestandardizate; statistica neclară
Fauerbaeg și al, 1999 (91)	prospectiv	Examinare a impactului distresului	N, 86; M/F 78:22; V.	Scala Davidson de traumă; Inventar de	PTD este o complicație majoră a	

		posttraumatic moderat (PTD) asupra calit. Vieții la 2 luni pentru p. cu arsuri	medie 42.4 (14.67), TBSA medie 17.02 (18.07), 70% rănire facială	Depresie; Chestionar de Sănătate SF-36; Scala Satisfacție cu Modul cum Arată; Test de Orientare în Viață	răniri prin ardere, este legată de distrucția adaptății fizice și psihologice; severitatea rănirii și afectivitatea negativă moderează asuăra fizicului dar nu și asupra adaotării psihologice;	
Boece și alții, 2202 (92)	prospectiv	Pt. a deermina tipurile specifice de probleme de somn și frecvența la o săptămână după externare	N, 74; M/F 78:22; v. medie 36.5 (11.6), TBSA medie 12% (12.2);	Chestionar de proleme ale somnului	73% au probleme de somn; afectați de medicație pt durere, distres emoțional și obiceiuri de somn; nu apare o afectare legată de vârstă, TBSA, LOS, timp de la externare;	
Lawrence și al., 1998 (93)	ărospectiv	Examinarea frecvenței și predictoril	N 237; M/F 68:32; v medie 42.2	Scala de Traumă Davidson; Inventar de Anxietate	50% dintre paienți au tulburări de somn la	Rata de attrition 61.8%

		or probl. De somn și ralația cu calitatea vieții la 3 zile după internare, 1 săpt de la exterare și 2 luni de la externare	(15.4); TBSA mediu 11.7% (12.5)	Beck; Inventar de Depresie Beck; Chestionar de Sănătate SF+36	o spt. de externare; 40% la 2 luni; probl. De somn sunt legate pozitiv de distresul emoțional și negativ de calitatea vieții	
--	--	--	---------------------------------	---	--	--

Cercetări asupra factorilor mediatori

Autor	Tip de cercetare	Scopul studiului	Subiecți	Metode de măsurare	Rezultate	Comentarii
Fong, 1997 (102)	prospectiv	Investigarea auto-monitorizării și comportamentului de coping la 2, 8 și 16 săpt după ardere	N 26 (48); M/F, 50:50; v medie 37.8; TBSA <10 la 73%	Scala de Auto-Monitorizare R; Scale Modurilor de Coping R	Autoțmonitorizarea este în timp stabilă; nu există diferențe de gen; Copingul centrat pe emoții este mai utilizat de femei	Lot mic
Gilboa și al. 1999 (103)	Cros secționabil	Investigarea copingului de succes bazat pe trăsături de personalitate	N 61 (67); Doar Bărbați; V medie 32.4 (11.3); TBSA 3+95%, Timp de la externare între 6 luni	Scala Satisfacției cu viața; Chestionar de Sănătate Generală; SCL – 90; NEO+FFI (nevroțism, extraversie), Sc. De Auto-conștiinciozitate; Test de Orientare în viață	Extraversie, optimism, self-mastery și speranța sunt legate de un coping mai bun; nevroțismul și anxietatea socială sunt legate de o adaptare slabă	Numai pacieți bărbați

			și 7 ani	(Optimism); Chestionar de Self Mastery;		
Fauerbach și al, 2000 (94)	prospectiv	Investigarea efectului trăsăturilor de personalitate asupra dezvoltării PTSD la externare și la 4 , respectiv 12 luni după	N 70; M/F 79:21; v medie 33.4 (10.96) ; TBSA medie 22% (19)	Interviu Clinic Structurat pentru DSM III, NEI PI	Comparativ cu loturi de normali, nevrotismul și extraversia au fost mai mari la lotul de arși; deschiderea, agreabilitatea și conștiinciozitatea mai mici; PTSD a fost asociat cu nevrotism înalt și extraversie scăzută	rata d attrition 42.9%

4. 12. Specificul legat de pacienții în condiții terminale sau care au trecut prin traume severe

Pionier în studiul și acordarea de sprijin psihologic persoanelor aflate în condiții terminale, medicul psihiatru Elisabeth Kubler-Ross a determinat o schimbare de atitudine majoră în rândul medicilor, personalului medical în general, al psihologiei clinice în special.

Folosind cuvintele autoarei, ne referim la condiția de distanțare, de escamotare, de negare care, de cele mai multe ori însoțește sentimentul de neputință profesională și teamă pe care îl au cei care nu pot și nu știu cum să însoțească perioada ultimă de viață a celui de aproape: “Evenimentul morții devine singuratic și impersonal, deoarece pacientul este adesea luat din mediul său obișnuit și băgat cu forța într-o incintă de urgență. Oricare dintre noi care a fost foarte bolnav și a dorit să aibă odihnă și confort își poate aminti experiența dură a momentului așezării pe o targă și, în special, a îndurării zgomotului sirenei ambulanței, precum și goana febrilă spre spital...disconfortul unui asemenea transport, este numai începutul unei lungi torturi...” (Kubler – Ross, 1966/2008 , p. 27).

Vorbind despre faptul că în cultura vestică a secolului XX „moartea este din multe puncte de vedere tot mai macabră, mai singuratică, mai mecanică și mai dezumanizată, fiind , în același timp chiar dificil să se determine, din punct de vedere tehnic, momentul efectiv al survenirii acesteia” (p.26) autoare începe din 1965 studiu aplicativ sistematic legat de

procesele asociate condiției de boală terminală, acordând sprijin efectiv bolnavilor din spital, prin interviuri și discuții care le ofereau posibilitate de a-i exprima temerile, condiția, de a se face înțeleși și de a ieși din izolarea cu care erau înconjurați.

În 1965 devine instructor la Universitatea din Chicago în cadrul școlii medicale unde dezvoltă o serie de seminarii folosind interviuri cu bolnavi terminali. Munca sa va continua axându-se în ciuda unor opoziții inclusiv academice. Prima carte în care își relatează experiența este *On Death and Dying* în 1969. Aici propune modelul de adaptare bazat pe determinarea faptului că procesul include incipiente stadii psihologice ale suferinței sufletești. În descrierea acestui proces, cele cinci stadii sunt denumite negare, mânie, negociere, depresie și acceptare. Deși nu apar neapărat mereu în această secvență, aspectele caracteristice apar în marea majoritate a cazurilor studiate după ce bolnavii sunt puși față în față cu realitatea condiției și a morții inevitabile. Aceste cinci stadii se manifestă și la cei apropiați bolnavului. În munca sa, Ross încurajează mișcarea de îngrijire a acestor persoane prin sprijinirea în fiecare din aceste stadii, și a capacității de a duce la un sfârșit lucrurile lăsate „neterminate” înaintea momentului morții.

În 1977 fondează în California un campus terapeutic, denumit Casa Păcii, "Shanti Nilaya", unde oferă sprijin de grup și individual persoanelor cu diagnostice severe, celor care aveau nevoie de sprijin psihologic și familiilor acestora. Este cofondator al Asociației Americane de Medicină Holistică.

Referitor la anunțarea condiției de boală gravă sau boală terminală, Ross vorbește de o „adevărată artă” a împărtășirii acestei vești. Atrage atenția asupra cadrului de intimitate, de sentimentul de compasiune „care a contat mai mult decât tragedia imediată reprezentată de veste”, alături de exprimarea unei „gene de speranță, chiar și în cazurile cele mai avansate”.

În acest proces al acceptării și apropierii de moarte, un prim moment cere abordarea realității în mod realist. Dar acest lucru este depășit de temeri și de apărarea față de aceste temeri. În context, primul stadiu după ce abordarea „realistă eșuează este cel de negare și izolare. Ross vorbește de o stare inițială de șoc ca primă reacție, din care recuperarea este treptată și „când senzația inițială de paralizie începe să dispară”, apare negarea.

„Nu mi se poate întâmpla mie! Nu eu”: negarea apare ca o apărare temporară pentru că, este înlocuită cu gândurile obsesive legate de persoanele sau situațiile care vor fi lăsate în urmă după moarte.

Al II-lea stadiu dezvăluie mânia: „De ce eu? Nu este drept!...Cine este de vină?” Pentru că vâlul negării a căzut, în spatele ei apare revolta și mânia în fața incapacității de a interveni, a schimba. Mânia este una dintre cele 5 stări emoționale arhetipale asociată restrângerii dramatice a capacității eului de a interveni, a face ceva. Asociate mâniei, apar reacții de furie, invidie legate de cei din jur iar Kubler-Ross comentează că oricine din jur care prezintă un tablou opus, respectiv viață și energie, va fi ecranul pe care se va proiecta inconștient gelozia și resentimentul. „Când primul stadiu al negării nu mai poate fi menținut, acesta este înlocuit de trăiri afective negative, ca supărarea, furia, invidia și ranchiuna...În contrast cu stadiul negării, este foarte greu să te descurci în fața acestui stadiu al supărării, din punctul de vedere al familiei bolnavului și al personalului medical care îl îngrijește...această supărare este împrăștiată în toate direcțiile și proiectată în mediul înconjurător, periodic, aproape la întâmplare” (p.85 – 86).

Negocierea, ca stadiul al III-lea traduce o raționalizare a nevoii de a trăi: „Lasă-mă să trăiesc să-mi văd copii absolvenți”, sau „Aș da orice pentru încă câțiva ani”, „Mi-aș da toate economiile...”. În acest stadiu apare o speranță că poate moartea poate fi întârziată; sunt negociate aspecte ale puterii în schimbul beneficiului vieții, a unei perioade fără dureri sau neplăceri fizice. Uneori sunt negociate donații ale unor părți ale corpului pentru o implicare mai profundă a medicului în salvare. Ross observă că aceste cereri ascund de fapt sentimentul unei vini, care ar putea, odată descoperită, să fie adresată în intervenția de susținere terapeutică a bolnavului (dorință de pedepsire pentru vine reale sau imaginare, temeri iraționale, alte promisiuni neîndeplinite care apar obsesiv în prim planul existenței).

Depresia invadează stadiul al IV-lea. Un sentiment de „mare pierdere” ia locul condițiilor de speranță sau negare sau furie de până cum. Cu multă înțelegere Kubler-Ross analizează condiția existențială care se află în spatele depresiei, pentru a-i stabili atât reperele realiste (lipsa de bani, necesitatea de a vinde pentru tratament bunuri care ar fi putut asigura formarea academică a copiilor, sau îndeplinirea altor visuri, pierderea slujbei asociată auto-învinovățirii sau rușinii etc.) cât și cele proiectate, fantazate. „Sunt atât de trist, de ce să îmi pese de orice altceva” , „Sunt pe cale să mor...de ce să îmi mai bat capul...”, „Îmi lipsesc cei pe care îi iubesc, ce rost mai are să continui...”. Persoana începe să înțeleagă certitudinea morții; devine tot mai tăcut, refuză vizitele, petrece mult timp plângând și jelind în tristețe. Procesul sprijină persoana să se desprindă de legăturile de dependență afectivă, de lucrurile pe care le iubește , la care ține. În acest stadiu, Ross nu recomandă încercările de „înveselire”. Tristețea și plânsul trebuie străbătute, înțelese, confruntate. În discuțiile cu bolnavul se pot obține clarificări, ieșirea din cercul obsesiv al proiecțiilor și emoțiilor negative asociate, noi atitudini sau puncte de vedere asupra problemei respective.

Stadiul V este cel de acceptare: „O să fie bine”, „Nu pot lupta cu asta, trebuie să mă pregătesc”.... În acest moment, persoana începe să se concentreze pe sine, și are nevoie de intimitate, chiar să fie lăsată singură. Ca stadiul în care lupta cu moarte s-a terminat, Ross observă, „o nevoie tot mai mare (gradual) de a-și prelungi orele de somn, forte asemănătoare cu a copilului nou născut, dar în sens invers. „Nu este o renunțare resemnată și fără speranță, nu este un sentiment de genul „la ce bun” sau „nu mai pot să mă lupt”. (p.175) Apare ca un stadiu „aproape golit de trăiri afective” (p.175).

Aceste stadii sunt aplicate de Kubler-Ross nu numai oamenilor care suferă de boli terminale, ci și celor care trec prin pierderi personale catastrofice (pierderea slujbei, a venitului, a libertății), celor ce trec prin evenimente semnificative precum moartea celui iubit, divorțul, adicția de drog, diagnoza de infertilitate. De multe ori aceste stadii nu apar atât de limpede delimitate, dar există destule situații în care se vor delimita mai clar măcar două dintre stadii; alteori apare trăite asemeni unei avalanșe, inclusiv cu reîntoarceri la una sau alta dintre emoțiile care păreau depășite.

Procesul de trăire a acestor stadii nu trebuie grăbit, forțat; procesul pierderii și transformările asociate trebuie sprijinite compasiv cu răbdare pentru a ajuta adaptarea și organizarea către sens, nu posibila dezorganizare și lipsă de sens. Procesul de pierdere este foarte personal și persoanei nu i se poate impune un alt cadru decât cel dat de însăși condiția terminală a bolii sale. În general procesul se încheie odată cu acceptarea, dar unii rămân în luptă și sentimentele negative asociate împotrivirii și negării. Sunt unii

psihologi care consideră însă că starea de nonconfruntare cu moartea până în final poate fi adaptativă pentru unele persoane (Santrok , 2007).

George Bonanno, profesor de psihologie clinică la Universitatea Columbia, desfășoară de asemenea studii pe persoane care au suferit o pierdere în cultura americană sau alte culturi, și consideră nu există destule probe pentru teoria Kubler-Ross. El descrie o resiliență naturală ca o componentă principală a procesului de pierdere și ale reacțiilor de traumă la oamenii care se confruntă cu pierderi majore, precum moartea unui soț, a unui copil, sau care au suferit un abuz sexual în copilărie, sau au pierdut pe cineva drag în contextul unui eveniment stresant (de ex. 11 septembrie, 2001). Între 2001 și 2004 Bonanno descrie pe baza unor cercetări longitudinale care începeau înaintea pierderii, patru căi ca fiind cele mai probabile în fața pierderii sau traumei potențiale. De asemenea, studiază căi urmate de persoane care au supraviețuit atacului terorist din 11 septembrie, sau epidemiei de Sars din Hong Kong.

Explorând ritualurile de pierdere/ plângere și experiențele universale de moarte a unui părinte sau a unui copil, autorul examinează felul în care emoțiile înnăscute, respectiv mania și negarea, ușurarea și bucuria, sprijină persoana să facă față eficient pierderii. Plângerea (grieving) merge dincolo de simpla tristețe: pentru că poate adânci legăturile interpersonale și include adesea trăiri pozitive. În final plângerea nu este predictibilă fiind de fapt un fenomen psihologic incredibil de sofisticat.

Contrar presupunerilor comune, Bonanno rămâne la concluzia că reziliența este modelul cel mai comun și vorbește de raritatea unor reacții întârziate. Cele patru traiectorii sunt explicate în cartea "The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After a Loss". Cele patru modalități descrise de Bonanno sunt: resiliența, descrisă ca "Abilitate a adulților ce sunt expuși unui eveniment izolat și potențial tulburător, precum moartea unei rude apropiate, sau o situație violentă sau care le amenință viața, să mențină un nivel de funcționare relativ stabilă, sănătoasă," precum și "capacitatea unor experiențe generative și emoții pozitive". A II-a cale este revenirea, care apare atunci când „funcționarea normală dă curs temporar psihopatologiei ca barieră sau sub-barieră (simptome de depresie, sau tulburare post-traumatică cauzat de stres (PTSD), de obicei pentru o perioadă de câteva luni apoi se revine treptat la nivelele anterioare evenimentului". A III-a posibilitate este Disfuncția cronică atunci când suferința și dificultăți de funcționare se prelungesc pe durata mai multor ani sau mai mult. A IV-a cale este tristețea sau trauma întârziate, când adaptarea pare normală dar apoi tulburarea și simptomele cresc în lunile ce vor urma evenimentului. Deși cercetătorii nu au găsit date legate de plângere cu întârziere, trauma întârziată a apărut ca manifestare autentică.

În context, autorul se referă la intervenția nu prin catarsisul prin plâns, ci, mai ales prin râs. Multor terapeuți și psihiatri cu experiență în tratarea persoanelor afectate cronic le este greu să își imagineze că aceștia nu ar avea nevoie de alt tratament decât râsul ca răspuns mai pozitiv decât plânsul. De asemenea, ideea că oferirea unui tratament unor persoane, care în au suferit evenimente traumatice dar sunt sănătoase din alte puncte de vedere, ar putea să le producă rău, producându-le simptomele pe care ei sperau să le evite.

Un alt studiu desfășurat între 2000 și 2003 la Universitatea Yale, obține date care sprijină stadialitatea lui Kubler-Ross, dar și date inconsistente cu aceasta.

4.13. Servicii clinice în sănătatea ocupațională

4.13.1. Serviciul de sănătate organizațională

În cadrul organizațiilor există un serviciu de sănătate organizațională, format din psiholog ocupațional, medic, asistentă, personal administrativ.

Fiecare profesie reprezentată are atribuții specifice, expertiză în management și o largă gamă de intervenții de îngrijire a sănătății legate de muncă. Un obiectiv cheie este promovarea și menținerea sănătății, siguranței și condiției de bine a personalului în perioada muncii.

Psihologul ocupațional cu atribuții de sănătate

Postul de psiholog prevede dezvoltarea unor strategii eficiente și utilizarea unor instrumente sau tehnici dovedite clinic, precum și organizarea unor traininguri adecvate pentru manageri și personal pentru măsuri preventive, concordante cu politica de sănătate ocupațională. În România, competențele legate de psihologia de sănătate organizațională sunt gestionate de Comisia de Psihologie Clinică și de Psihoterapie a CPR.

Ca îndatoriri principale ale psihologului ocupațional:

Identificarea și clarificarea problemelor ocupaționale care pot fi relevante în prevenirea problemelor psihologice, de exemplu metode de muncă și factori de mediu;

Analizarea datelor legate de boală și tendințelor privind problemele psihologice și consilierea managerilor, specialiștilor din RH și sănătate, comitetele de siguranță și ergonomie asupra măsurilor preventive;

Utilizarea unor instrumente sau tehnici dovedite clinic pentru a sprijini membrii individuali ai personalului care prezintă dificultăți psihologice precum: epuizare (burnout), stres și situații de conflict potențiale și, acolo unde este relevant, stabilirea unor contacte cu specialiști clinicieni / psihoterapeuți / consilieri din exterior pentru asistența de specialitate;

Asistarea managerilor în recunoașterea problemelor psihologice potențiale în cadrul echipei acestora și sprijinirea lor în dezvoltarea / implementarea unor strategii practice pentru rezolvarea acestora;

Realizarea unor evaluări clinice cerute de către medicul de sănătate organizațională și propunerea unor opțiuni de tratament adecvate, mi ales în cazurile de absență de termen lung, datorată unei boli îndelungate;

Lucrul în conformitate cu cerințele politicii de sănătate organizațională și acordarea de sprijin medicului organizațional, preluarea unor îndatoriri adiționale în plus, cerute de către acesta;

Identificarea nevoilor de training ale managementului și organizarea unor cursuri / workshop-uri tematice pentru dezvoltarea cunoștințelor și expertizei în privința conducerii eficiente a personalului cu probleme psihologice;

Stabilirea unor sesiuni de coaching de grup ad hoc pentru membrii personalului aflați în condiții de risc, pentru a-i sprijini / asista într-o mai corectă identificare și capacitate de a face față problemelor psihologice.

Psihologia ocupațională a sănătății

POS este o disciplină relativ nouă legată de psihologia organizațională și industrială, dar și de psihologia clinică și a sănătății; provine din psihologia organizațională-industrială, psihologia sănătății și clinică și psihologia ocupațională. Pot fi dezvoltate doctorate, reviste, organizații profesionale care au acest scop. Cercetătorii și practicienii din domeniu identifică caracteristicile psihosociale ale locului de muncă care conduc la probleme legate de sănătate la locul de muncă. Aceste probleme nu sunt limitate la probleme medicale (de ex., boli cardiovasculare, etc.) ci includ probleme de sănătate mentală precum depresia. Două dintre exemplele investigate de POS sunt: măsura în care lucrătorul posedă latitudini de decizie și sprijinul supervisorilor. De asemenea, se preocupă de dezvoltarea și implementarea intervențiilor care pot preveni sau ameliora problemelor de sănătate legate de muncă ; de asemenea, se asigură faptul ca pașii care trebuie urmați pentru promovarea sănătății mentale au un impact real asupra succesului economic al organizațiilor. Se ocupă și cu violența și huliganismul (lipsa de civilitate) la locul de muncă, continuatul muncii acasă, șomajul, reducerea dimensiunilor personalului, impactul condițiilor economice deteriorate recent, mijloacele personalului și organizației de a ușura acest impact, siguranța locului de muncă și prevenirea accidentelor.

Reviste americane importante de specialitate: *Journal of Occupational Health Psychology* și *Work & Stress*. Ca organizații internaționale de profil, Society for Occupational Health Psychology și European Academy of Occupational Health Psychology.

O serie de cercetări au demarat încă din prima jumătate a secolului XX. De exemplu, munca de pionierat a lui Kasl și Cobb (1971), care au documentat impactul șomajului asupra presiunii sangvine. Studiile lor au demonstrat pentru prima oară stresorii de la locul de muncă care pot afecta condiția fizică, apoi, au demonstrat că metode riguroase pot fi aplicate pentru studierea impactului factorilor psihologici ai muncii asupra aspectelor legate de sănătate. În Europa, dezvoltarea POS a fost influențată, de exemplu, de cercetările conduse de Trist și Bamforth (1951) care au demonstrat că reducerea autonomiei ca urmare care survine în urma schimbărilor organizaționale din industria minieră din Anglia afectează moralul muncitorilor. O serie de astfel de studii aplicate au operaționalizat prin cercetări conceptul de alienare a muncitorului. În perspectivă istorică, termenul de psihologie a sănătății ocupațională apare în 1986, când George Everly Jr. folosește expresia într-o lucrare asupra domeniilor sănătății ocupaționale și psihologiei.

Există o serie de teme specifice pentru psihologia sănătății organizaționale dintre care se pot menționa corelația dintre stresul muncii și bolile cardiovasculare, condiții de muncă dificile legate de distresul psihologic și insatisfacția muncii, tulburările mentale care apar în anumite categorii de profesii, intervențiile corectoare la locul de muncă, intervențiile pentru diminuarea violenței și lipsei de civilitate la locul de muncă. În general, distresul psihologic se referă la sentimentul de demoralizare care adesea împinge oamenii la consiliere / psihoterapie, chiar dacă nu se întrunesc criteriile diagnostice de tulburare psihiatrică; adesea, distresul psihologic se exprimă în simptome depresive, simptome psihosomatice (precum dureri de cap, de stomac, etc.) și simptome de anxietate. Un studiu interesant, al unei echipe americane, Eaton, Anthony, Mandel, and Garrison (1990), descoperă că membrii a trei arii ocupaționale, - avocați, secretare și profesorii din educația specială, tind să prezinte nivele ridicate de depresie (cf. DSM-III). Un alt studiu

descoperă nivele înalte de abuz de alcool și dependență printre membrii industriilor de construcții și transporturi, precum și în cadrul chelnerilor (sunt activități în care apare o combinație între control scăzut și cerințe fizice dificile). În privința intervențiilor apar referiri semnificative la formarea parteneriatelor de muncă, reducerea riscului de suicid, medierea conflictelor, sprijinul legat de sănătatea mentală ocupațională.

4.13.2. Tulburări de tip workacholism și burnout

4.13.3. Tulburări asociate stresului

Bibliografie

- Adler R. 2009. Engel biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 67, Issue 6, Pages 607-611
- Engel, 1977, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine" *Science* 196, 129–136
- Miller R.W., Rollnick S., 2002 (ediția I, 1991), *Motivational Interviewing: Preparing people for Change*, N.Y. Guilford Press
- Molinari E., Compare A., Parati G (eds.) 2006 *Clinical Psychology and Heart Disease*, Milan: Springer
- Sweet J.J., Rozensky R.H., Tavian 1991 S.M., *Handbook of Clinical Psychology in Medical settings*.
- Van Loey N.E., Van Son M.J.;, 2003, *Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars: Epidemiology and Management*, în *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, (4), 245-72)
- Sadeghi-Bazargani H., Maqhsoudi H., Soudmand-Niri M., Ranjbar F., Mashadi-Abdollahi H., 2011, Sress Disorder and PDF after burn injuries: a prospextive stdz of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Irn, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 425-9
- Bonanno G.A., 2009. *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After a Loss*, Basic Books
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Neese, R. M. 2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83. 1150-1164.
- Bonanno, G. A. 2004. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A., Rennie, C., & Dekel, S. 2005. Self-Enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 984-998.
- Kubler-Ross Elisabeth, 2008 / 1966, *Despre moarte și a murii*, București: Francisc Publishing

Santrock, J.W. 2007. *A Topical Approach to Life-Span Development*. New York: McGraw-Hill

5. Psihologia clinică în psihopatologia majoră

Se practică două tipuri de abordări în psihopatologia majoră, ideopată și nomotetică.

În abordarea ideopată se evită clasificările comportamentului anormal în funcție de categorii diagnostice astfel încât pacientul este considerat în individualitatea sa.

În abordarea nomotetică se clasifică și sunt definite categorii de tulburări.

De la începutul psihologiei clinice dihotomia a funcționat, diferențind între cercetare și teorie, versus practicieni. În bună măsură, cei din urmă preferă abordări ideopatice.

Lucrurile se complică dacă alăturăm acestei dileme o a II-a. la fel de semnificativă: există categorii de boli sau mai degrabă există un continuum de sănătate mentală?

Simptomele, dacă sunt studiate din perspectiva modalităților de manifestare și intensității, par să prezinte un continuum al severității. Aceste date sunt confirmate în prezent tot mai mult de cercetările actuale care au ca scop studiul prevalenței bolii mentale în populația generală.

De ex., un simptom care apare relativ curent sunt trăiri legate de halucinații auditive. Romme și Escher, 1989, identifică mai multe sute de persoane, mulți fără o istorie de viață cu tulburări mentale, care spun că "aud voci". Johns, 1998, estimează la 5% din populație. Același lucru pentru iluzii, Peters și al., 1979; depresie și anxietate, Brown și Harris, 1979. Din perspectiva acestor date, simptomele psihiatrice sunt considerate o problemă de grad/intensitate/frecvență și nu pot fi privite ca definind caracteristici calitativ distincte (cum se întâmplă în abordarea nomotetică clasică).

Reamintim că în viziunea nomotetică sunt funcționale azi cele două sisteme mari de clasificare, ICD și DSM. ICD reprezintă Clasificarea Internațională a Bolilor, traumelor și cauzelor morții și acoperă tulburări mentale și fizice. Manualul este dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății; versiunea nr. 10 este cea curentă. DSM, este Manualul de Diagnoză și Statistică american care acoperă tulburările mentale. Instrumentul este dezvoltat de APA iar în prezent este funcțională versiunea nr. IV (1994)

Ambele instrumente acoperă criteriile de diagnostic operaționale pentru fiecare dintre bolile mentale listate. De obicei apar 1-2 simptome centrale plus cerința ca mai multe dintre simptomele listate să fie prezente pentru ca diagnosticul să poată fi substanțiat.

DSM-ul are un format multiaxial, respectiv diagnosticul se face în funcție de cinci axe. De obicei un diagnostic este ușor de formulat pe baza axei 1 și 2.

Axa 1 cuprinde o listă a tipurilor majore de boli (asemănătoare clasificării din ICD 10) astfel: (1) Tulburări diagnosticabile în copilărie sau adolescență (de ex. tulburări de

învățare și de dezvoltare, deficit de atenție și hiperactivitate, autism); (2) Delir, demență, amnezie, etc.; aceste tulburări apar de obicei la un capăt al vieții și cuprind distrugerii serioase și adesea ireversibile ale cogniției și funcționării mentale; (3) Tulburări legate de substanțe: ingestia uneia sau mai multora dintre substanțe (LSD, alcool, etc.) care pot conduce la schimbări în funcționarea mentală; (4) Schizofrenie și alte tulburări psihotice marcate în mai mare sau mai mică măsură de prezența iluziilor, halucinațiilor (percepții false) și gândirii dezordonate. Lipsa de contact cu realitatea, intermitent sau definitiv; (5) Tulburări de dispoziție, de afect: Cuprinde diferite grade de depresie, manie, tulburare bipolară și tulburare afectivă sezonală; (6) Tulburare de anxietate: sunt identificate 10 tipuri diferite de anxietate ce includ fobiile, tulburările obsesiv-compulsive și tulburarea de stres post-traumatic; (7) Tulburări somatoforme și disociative: Plângeri repetate de simptome fizice care nu au bază în realitate. Schimbări bruște și inexplicabile de memorie sau conștiință, în absența unor cauze fizice. (8) Tulburări sexuale și de identitate de gen: tulburări disfuncționale sexuale. De ex., parafilile, fetișismul, pedofilia și sadomasochismul.; (9) Tulburări de nutriție și de somn: dintre primele anorexia și bulimia; insomnie, narcolepsie, apneea somnului; Tulburări de automutilare: persoane care deliberat și induc simptome fizice sau psihologice aparent pentru a atrage atenția; (10) Tulburări de adaptare: dezvoltare unei tulburări emoționale sau comportamentale, legate în mod clar de un stresor major din viață; (11) Tulburări de control a impulsului: cleptomanie, piromanie, jocul patologie etc.

Axa 2: acoperă condiții de durată (de-a lungul vieții), incluzând handicapul mintal și tulburările de personalitate. Ultimele reprezintă un cluster de tulburări care includ tulburări de personalitate paranoide, schizoide, anti-sociale și narcisice; modele de durată între vieți de comportament de adaptare proastă.

Axa 3: permite identificarea condițiilor mentale care pot afecta funcționarea mentală; de ex. hipertiroidismul.

Axa 4: coduri pentru problemele psihosociale pe care le poate trăi o persoană și care pot avea ca efect o tulburare.

Axa 5: cere o evaluare a nivelului curent de funcționare adaptativă (măsura în care starea mentală a persoanei interferă cu viața sa zilnică).

5.1. Tendințele accentuate între normal și psihopatologia majoră.

5.2. Aspecte esențiale privind psihopatologia:

5.3. Tulburări de dispoziție și depresia;

5.4. Tulburări de anxietate;

5.5. Tulburări de nutriție;

Tulburări de nutriție majore sunt anorexia nervosa și bulimia nervosa.

Ambele au ca aspect comun preocupările dominante legate de hrană, forma corpului și greutate. În general, afectează în special femeile, deși 1/20 dintre pacienți sunt bărbați.

Anorexia apare mai frecvent în grupuri socio-economice mai înalte. În Anglia, 1% dintre adolescente suferă de anorexia nervosa.

Bulimia nervosa este mai comună, și din unele statistici până la 2% dintre femeile între 16 – 35 de ani prezintă o astfel de condiție. Dar aceste cazuri diagnosticate rezează doar "vârful aisbergului" în măsura în care, multe persoane fără să manifeste toată simptomatologia au dificultăți de nutriție sau formă corporală.

Anorexia nervosa prezintă trei trăsături centrale: o preocupare extremă pentru forma corporală, greutate și subțirime: frică morbidă de a fi gras! o urmărire activă și menținere a unei greutăți corporale mici (diete, vomare și laxative, exerciții excesive) precum și absența perioadelor menstruale (amenoree).

Anorexia apare adesea după o perioadă de dietă, inițial persoanele fiind supraponderale; mai ales în adolescență dieta poate începe după episod de agresivitate la școală, sau pierderea relației cu un prieten. Psihologic, suferința este instalată cu multe luni înainte, dar, în timp modelele de nutriție devin anormale și conduc treptat la conflicte furioase cu rudele, supra dietă, relații cu prietenii întrerupte, distanțare progresivă, izolare de grupul de egali/ prieteni.

Ca trăsături de personalitate prevalente întâlnim persoane tăcute, neasertive, anxioase, fără experiență sexuală. Fizic, astfel de persoane suferă de înfometare cronică ceea ce conduce la emaciare, la pilozitate excesivă pe brațe, spate și față. de asemenea, presiune sangvină scăzută, edeme, anormalitate în structura oaselor etc.

Prognoza este destul de pesimistă în măsura în care un sfert dintre cazuri au dificultăți pe toată durata vieții, iar unii pot să moară prin sinucidere.

Bulimia nervosa se manifestă în aceeași condiție mentală: astfel de persoane sunt preocupați excesiv de greutate și control prin diete, vomă, abuz de laxative. Dar, diferit de anorexie, apar episoade de mâncare frenetică urmate de vomare sau defecări provocate; în astfel de episoade mănâncă cantități mari de hrană, în fiecare zi. În plan afectiv anxietatea și depresie sunt curente. La unele persoane apr deschis dependențele prin abuz de droguri sau alcool.

Pronostic este de asemenea rezervat în măsura în care se poate obține vindecare sub tratament după aproximativ 1 an doar pentru 2/3 dintre pacienți.

5.6. Tulburări de control al impulsurilor;

5.6. Spectrul tulburărilor schizofrene

Schizofrenia este o tulburare psihotică, în care contactul cu realitatea este deficient.

O mare variabilitate în simptomatologia exprimată și în răspunsul la aceste simptome al indivizilor.

Clinic, Schizofrenia este o boală episodică, perioade de tulburare urmate de obicei de perioade cu o funcționare ceva mai normală. În fazele acute, dificultăți majore de a distinge între ceea ce trăiesc în plan interior și realitatea externă. Pot apare tulburări profunde de gândire și percepere precum: halucinațiile, iluziile, fenomene de pasivitate, interferențe în gânduri

Halucinațiile sunt percepții fără bază în realitatea exterioară, care sunt însă percepute ca venind dintr-o sursă exterioară. Halucinații auditive, sub formă de voci, dar și de vedre, miros, gust. Poate auzi voci care discută sau comentează gândurile și acțiunile, de obicei

într-o manieră abuzivă. Asociate cu nivel ridicat de anxietate. Rar pot auzi voci care oferă confort sau ajutor.

Iluziile: Credințe false, fixe neîmpărtășite. Obișnuite sunt iluziile legate de persecuție (sunt urmăriți de agenți secreți dintr-o țară străină). Iluziile de putere și mîreție (grandiozitate), sau cu un conținut religios sunt frecvente și au o tematică pronunțat pseudo-filosofică.

Fenomene de tip pasivitate. Persoane care cred că gândurile și acțiunile lor sunt inițiate nu de ei ci de o forță exterioară, de obicei malignă. Uni pacienți sunt capabili să exercite un grad de control asupra impulsurilor, alții acționează dar spun că impulsul de a face un anumit lucru nu ține de controlul lor. Astfel de pacienți dezvoltă explicații iluzionare despre astfel de trăiri de pasivitate, incluzând forțe oculte, transmițători ascunși sau extra-terestri.

Interferența în gânduri. Trăiesc interferența cu gândurile proprii, atribuită tot unor forțe exterioare. Inserție de gânduri, când individul simte că gândurile sau ideile au fost plantate în mintea lui. Trăirea scoaterii gândurilor, în care pacientul crede că i-au fost scoase brusc gândurile din cap/minte. Difuzarea gândurilor, în care pacientul simte că gândurile sale iradiază și pot fi culese de alți oameni.

Alte simptome pot include: Lipsa de insight (conștientizare redusă a condiției proprii), anormalități de mișcare (de ex. trăsături de tip catatonice), anormalități în exprimarea emoțiilor (afecte neadecvate situației), tulburări de dispoziție (o treime din pacienți par să fie afectați de depresie), tulburări de limbaj (illogic, schimbări abrupte sau obscure (mintea clinicienilor se mișcă asemenea unui cal/ cu referire la mișcare calului din șah!). lipsa de impuls (lipsa de inițiativă sau interes pentru lumea exterioară) tulburări de intelect (dificultăți de învățare, memorare, utilizare a informației)

Apariția schizofreniei: în adolescența târzie sau perioada de adult tânăr. Ocazional mai târziu. Rar în copilărie. Apariția iluziilor sau halucinațiilor este precedată de săptămâni sau luni cu dispoziție scăzută, anxietate, schimbări în afect cu izolare de familie, dificultăți la școală.

Cursul tipic: deteriorare progresivă. Deși iluziile sau halucinațiile devin mai puțin proeminente, individul rămâne cu deficit intelectual, impuls și personalitate.

Studii (Shepherd, Watt și al., 1989) 1/5 din pacienți au doar un episod acut și se întorc la nivelul de funcționare fără tulburări; 1/3 dintre pacienți au mai multe episoade acute, cu o revenire deplină sau cu afecțiuni minore; 1/10 pacienți au mai multe episoade acute și fie continuă simptomatologia sau un nivel de afectare stabil dar de durată și nu se mai întorc la nivelul de funcționare anterior izbucnirii psihotice; 1/3 au mai multe episoade severe asociate unui nivel de tulburare în creștere și fără să se întoarsă la nivele de funcționare anterioare.

Rata de apariție 2-4 /10000/an.

Subtipuri: schizofrenie paranoidă, hebefrenică, c, afect și comportament, cu halucinații și iluzii.

Paranoidă: apariție bruscă, cu halucinații proeminente, adesea temă persecutorie.

Hebefrenică: debut timpuriu și progres treptat, tulburări de gândire, afect și comportament, în plus față de halucinații și iluzii. Uneori comportamente impredictibile sau iresponsabile.

Catatonică: rara azi; posturi rigide ce par inconfortabile ore întregi. Stupoarea catatonică: este deplin conștient, dar nemișcare, aparent inconștient de ceea ce se întâmplă în mediu. Simplă: deteriorare progresivă în personalitate, emoții aplatizate și pierderea energiei, dar fără halucinații sau iluzii.

În concluzie, simptomele pot fi grupate în distorsiuni ale realității (halucinații, iluzii), dezorganizare (comportament haotic, tulburare de gândire, vorbire, efecte inadecvate), sărăcie ideativă și de mișcare.

5.8. Abordări contemporane ale condiției psihopatologice a personalității

Este important să distingem tulburările de personalitate de trăsăturile de personalitate accentuate, care nu ating pragul pentru o "tulburare de personalitate".

Trăsăturile de personalitate pot fi diagnosticate ca tulburări de personalitate în situația când "sunt inflexibile, dez-adaptative și persistente și cauzează o deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă" (DSM IV, 1994, p. 568.). Din perspectiva DSM IV, tulburările de personalitate sunt considerate sindroame clinice calitativ distincte. Același normativ fixează și *criteriile de diagnostic pentru o tulburare de personalitate*:

A. Un patern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului. Acest patern se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:

- cunoaștere, adică modurile de a se percepe și interpreta pe sine, alte persoane și evenimentele;
- afectivitate, adică gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsului emoțional;
- funcționarea interpersonală; controlul impulsului.

B. Paternul durabil este inflexibil și pervaziv vizavi de o gamă largă de situații personale și sociale:

C. Paternul durabil duce la o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Paternul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. Paternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei tulburări mentale.

F. Paternul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de exemplu, un drog de abuz, un medicament), ori ale unei condiții medicale generale (de ex., un traumatism cranian).

Tulburarea de personalitate este un pas mai departe în direcția anormalității psihice: reprezintă o deviație semnificativă sau extremă de la modelul sau modelele de comportament existente în grupul socio-cultural respectiv și, în plus, tulburarea aduce câteva aspecte cheie care se regăsesc în structura psihică încă din copilărie: absența răspunsurilor emoționale profunde în corelație cu poziția egocentrică, neputința de a profita de experiență alături de lipsa de respect și considerare a normelor sociale.

Etiologic, tulburările de personalitate de dezvoltare au condiții favorizante multiple spre deosebire de modificările de personalitate care sunt întotdeauna secundare unor situații sau condiții distructive precum: dezastru, tortură, captivitate, boală psihică severă.

În psihopatologie se consideră că dizarmoniile de personalitate nu pot fi considerate boli psihice propriu-zise mai ales datorită caracterului eluziv al debutului; de asemenea, nu prezintă o perioadă de stare, de maximă manifestare clinică și nici nu se poate spera o "vindecare" sau măcar remisiune semnificativă.

Tulburările de personalitate au fost denumite "dezvoltări" fiind în sine structurări particulare ale personalității și prezintă câteva caracteristici specifice precum:

- pot fi observate încă din copilărie, pentru că elementele principale apar schițate în comportamentul copilului;
- devin evidente în preadolescență și se cristalizează în adolescență odată cu structurarea definitivă a personalității;
- însoțesc persoana în tot cursul vieții persoanei.

Tocmai această caracteristică de structurare și evoluție relativ constantă face ca tulburările de personalitate să fie menținute în categoria psihopatologiei, alături de bolile psihice propriu-zise.

Spre deosebire de structurarea comună a personalității unde comportamentul persoanei este previzibil, dizarmoniile sunt structurări inedite ale personalității, nu întotdeauna în sens negativ. G. Ionescu îi caracterizează în primul rând prin imprezizibilul conduitei, sunt "surprinzători în raportarea lor la norme, obiceiuri, reguli de conviețuire socială, la ceilalți, și nu rareori la ei înșiși. Particulari în conduită, dar nu și în disponibilități, vulnerabili la infracțiune, dar și la adevăruri pe care noi nu le rostim, seducători sau respingători, sugestibili și naivi sau flexibili și persuasivi, ei sunt sarea și piperul omenirii...ei tulbură valurile vieții sociale și, uneori le dau culoare".

Desigur, fiind vorba despre structură de personalitate, dizarmoniile reprezintă un ansamblu caracteristic și persistent de trăsături - cognitive, de dispoziție și relaționale, conferind o largă gamă de culoare psihiatricii *extra muros*.

În practica psihiatrică și psihologică, au fost utilizați și alți termeni al căror conținut se referă la tulburarea de personalitate precum: caracteropatii, sociopatii, psihopatii. În clasificarea lor, denumirea principalelor forme de tulburări de personalitate derivă în general din denumirea principalelor boli psihice: tulburare paranormală a personalității (paranoia), tulburare schizoidă a personalității (schizofrenie), tulburare histeroidă a personalității (isterie).

În taxonomia I.C.D.-10, (Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament - Simptomatologie și diagnostic clinic) 1992, în funcție de sorginte:

- sorginte psihotică: tulburare paranoidă a personalității; tulburare schizoidă a personalității
- sorginte psihosocială: tulburare disocială a personalității, tulburare borderline a personalității; tulburare histrionică a personalității
- sorginte nevrotică a personalității: tulburare anxioasă a personalității, tulburare dependentă a personalității; tulburare anacastă a personalității; tulburare emoțional-instabilă

Clasificarea D.S.M.- IV, 1994 introduce criteriul clusterilor de sens:

- Cluster A: tulburare schizoidă a personalității; tulburare paranoidă a personalității; tulburare schizotipală a personalității
- Cluster B: tulburare antisocială a personalității; tulburare borderline a personalității; tulburare histrionică a personalității; tulburare narcisică a personalității

Cluster C: tulburare evitantă a personalității; tulburare dependentă a personalității; tulburare obsesiv-compulsivă a personalității.

3.6. Capacitatea de reziliență în psihologie

Reziliența se referă în psihologie la capacitatea oamenilor de a face față stresului și catastrofei; precum și abilității de a reveni la homeostazie după dezechilibru.

Se referă la capacitatea unui individ să reziste stresorilor și să nu manifeste o disfuncție psihologică de tipul bolii mentale sau unei dispoziții negative persistente; este definită în termenii capacității unei persoane de a evita psihopatologia în ciuda circumstanțelor dificile.

Poate fi utilizată pentru a indica că ai un sistem adaptativ care folosește expunerea la stres pentru a pregăti rezistența la evenimente negative viitoare. În acest sens, R. corespunde la factori de protecție cumulativi și este folosită în opoziție cu factori de risc cumulativi.

În psihologie sunt utilizați termeni precum: risc și reziliență, reziliență psihologică, reziliență emoțională, duritate, plin de resurse, tărie mentală. În cercetare s-a făcut trecerea de la „factori protectori” spre „procese protectoare” și încercarea de a stabili felul cum sunt implicați diferiți factori. Alți termeni apropiați: coping adaptativ, cotient de advertitate (adversity quotient), inteligența emoțională (D. Goleman), *duritate-rezistență*, optimism învățat (Martin Seligman), învățarea condiției de a avea resurse (Learned Resourcefulness, Rosenbaum), Orientare spre viață, *a fi plin de resurse*, stimă de sine/ imagine de sine/ încredere în sine/ eficiență personală, personalitate ce se auto-vindecă (Howard Friedman), simț al coerenței (Aaron Antonovsky), sens al înțeleșului (Viktor Frankl), ardoarea / thriving.

Factorii de risc includ adesea condiții de stres cronice sau acute precum moartea cuiva, boala cronică, abuzul sexual, fizic sau emoțional, teama, șomajul și violența comunitară.

Prin definiție reziliența este un proces dinamic în care individul prezintă adaptare comportamentală pozitivă când este pus în fața unei semnificative condiții de adversitate, traumă, tragedie, amenințare, sau chiar surse de stres semnificative. Include două dimensiuni: expunerea la adversitate și rezultate de adaptare/acomodare pozitive la acea adversitate. Celor două dimensiuni le corespund deci două evaluări: 1. asupra “adaptării pozitive” și asupra 2. semnificației riscului /adversității.

Adversitate poate fi definită în context ca reprezentând orice risc asociat cu condiții de viață negative care sunt legate statistic de dificultăți de adaptare (de ex, sărăcia, copiii unor mame schizofrene, trăirea unor dezastre).

Adaptarea pozitivă reprezintă o demonstrație a unui comportament manifest de competență socială, sau succes în confruntarea unor sarcini particulare la o anumită etapă de vârstă, precum de ex. lipsa distresului psihiatric după atacurile teroriste din 11 septembrie.

Rezerve în definirea rezilienței în acest mod (Ungar) țin de lipsa unor date legate de diferențele contextuale sau culturale privind modul în care oamenii, sau alte sisteme își exprimă reziliența; distincția între comportament adaptat și neadaptat / sau funcționare

sănătoasă este arbitrară și poate fi un rezultat al etnocentrismului. Definește R. ca “rezultat al negocierilor dintre indivizi și mediul lor pentru resurse prin care se auto-definesc ca fiind sănătoși în mijlocul unor condiții considerate colectiv ca adverse” (“the outcome from negotiations between individuals and their environments for the resources to define themselves as healthy amidst conditions collectively viewed as adverse” (p. 342).

Procesul central implicat în construirea rezilienței este formarea și dezvoltarea unor deprinderi adaptative de coping. Modelul fundamental al stresului și coping-ului, denumit și model transacțional, este: apare stresorul A (o sursă de stres potențială) și are loc o evaluare cognitivă (se decide dacă stresorul reprezintă ceva cu care se poate rapid confrunta, sau este o sursă de stres pentru că este peste resursele de coping ale persoanei). Dacă stresorul este considerat a fi un pericol, sunt așezate răspunsurile de coping. Strategiile de coping sunt fie spre exterior centrate pe problemă (rezolvarea problemei), fie centrate spre interior asupra emoțiilor (centrare pe emoții), fie centrate social, prin cererea sprijinului emoțional de la alții. Psihologia umanistă accentuează considerarea rezilienței ca o capacitate de a-ți împlini potențialul în ciuda adversităților; indivizii rezilienți au tendința de a considera problemele mai degrabă ca oportunități de creștere, oportunități de învățare și dezvoltare.

În context, reziliența este o capacitate diferențială, dar o capacitate dinamică, nu una permanentă. Indivizii rezilienți pun în joc o auto-înnoire dinamică, cei mai puțin rezilienți ajung epuizați suferind un impact negativ în raport cu stresul existențial.

Istoric

Emmy Werner utilizează termenul de R. în anii 70; studiază copii din Kauai, Hawaii unde, pe fondul sărăciei copii creșteau cu părinți alcoolici sau bolnavi mental/și care nu lucrau. Ea notează că 2/3 prezentau comportamente distructive în adolescență (de ex., cronică neangajare în muncă, abuz de substanțe și nașteri în afara maternității; dar 1/3 nu prezentau astfel de conduite, grup denumit de Werner rezilient și observă la ei și la familiile lor trăsături diferite de ale celorlalți.

În anii 80, reziliența emerge ca un domeniu major de cercetare și teorie, din studiile pe copii mamelor cu schizofrenie. Studiul lui Masten's (1989), indică că aceștia pot să nu aibă parte de o îngrijire confortabilă comparativ cu copiii cu părinți sănătoși, și astfel de situații au un impact asupra dezvoltării copiilor. Totuși, unii dintre aceștia reușeau bine și erau competenți în rezultatele academice, astfel că cercetătorii au încercat să găsească motivul acestui tip de răspuns la adversitate.

La începutul cercetărilor, s-a încercat să se descopere factorii protectori care explicau adaptarea oamenilor la condiții adverse precum maltratarea, evenimente de viață catastrofice, sărăcia urbană. Centrarea în cercetările empirice s-a schimbat pentru a înțelege procesele protective subsidiare. Descoperirea felului în care unii dintre factorii, de ex. Familia, ar putea contribui la rezultate pozitive.

Expresii ale rezilienței.

Rezultate bune în ciuda statutului de risc înalt; competență constantă sub stres, revenire din traumă; abilitatea de a sări înapoi și a se reface după aproape orice; atitudinea „unde există voință, există și o cale”, tendința de a vedea problemele ca oportunități, abilitatea

de a te „agăța puternic” chiar dacă lucrurile sunt dificile, capacitatea de a vedea mici ferestre de oportunitate și de a le urma, o credință bine înrădăcinată într-un sistem de sens/înțeles, să ai un suport social sănătos, apacitatea de a te confrunța cu o gamă largă de situații diferite, să ai o zonă de confort largă, să fii capabil să-ți revii din experiențe din zona panicii sau de natură traumatică.

Exemple de comportamente de reziliență

Reziliența este tratată ca mecanism de coping eficient când te confrunți cu condiții provocatoare. Luând în considerare divorțul, vorbim de reziliență la oamenii care își mențin competența; majoritatea cercetărilor care îmbrățișează această perspectivă, sunt centrate pe răspunsul copiilor la divorțul părinților în funcție de gen: băieții prezintă mai multe probleme de conduită decât fetele, fetele obțin sprijin mai mare de la mame și sunt mai puțin expuse la conflictul de familie decât băieții. Divorțul poate avea impact negativ asupra dezvoltării copiilor, dar poate ajuta copii monoparentali să devină mai responsabili decât ceilalți. Unii factori de protecție precum adulții care au grijă de copiii lor în timpul sau după stresuri majore, de exemplu, divorțul; sau auto-eficiența pentru motivarea dedicării și adaptării (endeavor). De ex., atunci când apar riscuri copii rezilienți sunt capabili să nu prezinte probleme de comportament și să se dezvolte bine, sunt mai activi și responsivi social; aceste rezultate pozitive sunt atribuite unor factori protectivi precum o bună relație parentală și/sau experiențe școlare pozitive.

Factorii de risc pot fi cumulativi, conducând spre riscuri exponențiale și adăugate atunci când se manifestă. De ex., sărăcia, statutul socioeconomic scăzut și mame cu schizofrenie se cuplează cu realizare academică scăzută și probleme comportamentale și de adaptare.

The APA atrage atenția asupra a "10 Ways to Build Resilience", respectiv: (1) menținerea unor relații bune cu membrii apropiați ai familiei, prieteni și altele persoane; (2) evitarea considerării crizelor sau evenimentelor stresante ca probleme insuportabile; (3) acceptarea circumstanțelor care nu pot fi schimbate; (4) dezvoltarea unor scopuri realiste și mișcarea în direcția acestora; (5) angajarea în acțiuni decisive în situații adverse; (6) căutarea de oportunități de auto-descoperire după o luptă cu pierdere; (7) dezvoltare încrederii în sine; (8) păstrarea unei perspective de termen lung și considerarea evenimentului stresant într-un context mai larg; (9) menținerea unei perspective de speranță/ a hopeful outlook, așteptarea unor lucruri bune și vizualizarea a ceea ce se dorește; (10) grija pentru mintea și corpul propriu, exersarea cu regularitate, atenție la propriile dorințe și sentimente și angajarea în activități relaxante care sunt plăcute persoanei respective. Să înveți din trecut și să menții flexibilitatea și echilibrul în viață.

Reziliența la copii

Ea este diferită pentru fiecare copil pentru că fiecare se dezvoltă diferit. Nu ne putem aștepta ca ei să folosească același model și tehnică de a-și forma reziliența; îi putem sprijini să învețe reziliența. Pentru a sprijini creșterea rezilienței copilului pentru a depăși circumstanțe stresante trebuie să dăm copilului un simț a proprietății/ propriului și să-l ajutăm să auto-evalueze atât situația și a ceea ce el poate controla și a ceea ce nu poate controla.

Copiii maltratați care au sentimente bune față de ei înșiși, pot procesa situațiile de risc diferit prin atribuirea unor motive diferite mediului așa cum îl trăiesc și, astfel, evită producerea unor auto-perceperii negative. Controlul eului este „pragul sau caracteristicile de operare ale unui individ privitor la expresie/ exprimare sau conținere”. (Block & Block, 1980, p. 43) impulsurilor, sentimentelor și dorințelor sale. Reziliența eului se referă, în context, la „capacitatea dinamică...de a-și modifica modelul de control al eului, în orice direcție, ca funcție a caracteristicilor cerințelor contextului de mediu”. (Block & Block, 1980, p. 48).

Copiii maltratați, care trăiesc factori de risc (uniparentalitate, educație maternală limitată, sau familie fără lucru) prezintă o reziliență a eului mai scăzută și o inteligență mai scăzută decât copiii non-maltratați (Cicchetti et al., 1993). Mai mult, este mai probabil pentru acești copii să demonstreze probleme comportamentale de tip izbucniri agresive, respingere/withdraw, probleme internalizate. (Cicchetti et al., 1993). Reziliența eului și stima de sine pozitivă sunt predictorii pentru adaptare competentă în cazul copiilor maltratați (Cicchetti et al., 1993).

Factori legați de reziliență

O serie de factori au efect de modificare a efectelor negative ale situațiilor de viață adverse. Factorul principal, pare să fie legat de relaționare: să ai relații care furnizează sprijin și îngrijire, crează dragoste și încredere, oferă încurajare, în interiorul și/sau în afara familiei.

Alți factori asociați cu reziliența: capacitatea de a face planuri realiste, încrederea în sine și o imagine de sine pozitivă, dezvoltarea unor deprinderi de comunicare și capacitatea de a gestiona emoții și impulsuri puternice.

Factorii de vulnerabilitate țin de agregarea efectelor negative ale circumstanțelor dificile, ca, de ex., situația copiilor cu inteligență scăzută care sunt mai vulnerabili decât ceilalți când se confruntă cu adversități severe.

Werner (1995) distinge trei contexte pentru factorii protectivi: 1. atribute personale (care includ păreri de sine stăluțoase, pozitive, outgoing; 2. familia, de exemplu să ai legături apropiate cu cel puțin un membru al familiei sau cu un părinte stabil emoțional; 3. comunitatea, să primești sprijin și consiliere de la egali.

Reziliența poate fi observată și în contextul fenomenului de revenire după o adversitate severă sau prelungită, sau după un pericol sau stres imediat. În acest caz, reziliența nu este legată de vulnerabilitate. De exemplu, oamenii care trăiesc traume acute, pot prezenta anxietate extremă, probleme de somn, gânduri intruzive. În timp, aceste simptome descresc și persoana își revine. Această arie de cercetări, indică faptul că vârsta și calitățile de sprijin ale familiei influențează condiția de revenire.

Forme ale rezilienței

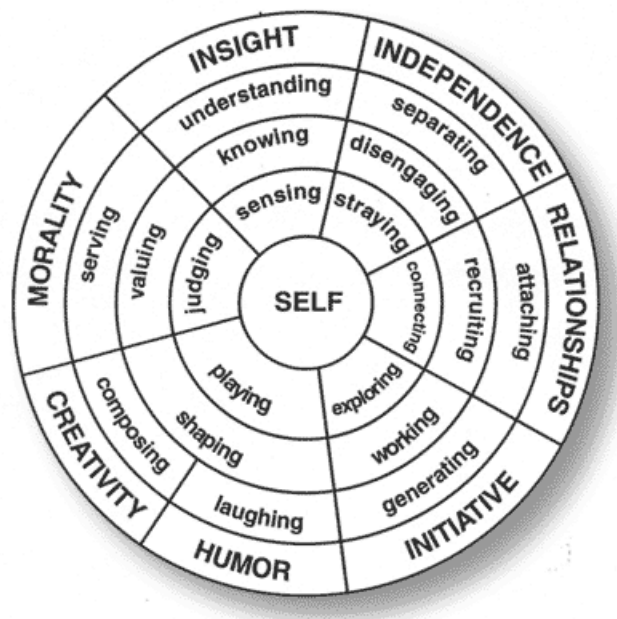
Analiza formelor de manifestare ale rezilienței a condus spre realizarea unui cluster multidimensional de caracteristici care stau la baza rezilienței la maturitate. Reziliența adună un număr de aspecte psihice care se mobilizează în lupta cu o condiție de extremă dificultate, traumă și stres major, care pentru individul ca atare se manifestă unii dar

unicitatea constă în accentul pe una sau alta dintre componente. Aceste dimensiuni înseamnă: insight, să poți pune întrebările dificile și să dai răspunsuri oneste la ele; Independență, să te poți distanța emoțional și fizic de sursele detulburărilor din viața proprie; relaționare, să realizezi cu alți oameni lagături care te împlinesc; inițiativă, să-ți asumi problemele; creativitate, să folosești imaginația și să te exprimi în forme artistice (formarea simbolului asumată conștient); umor, să găsești aspectul coic în ceea ce este tragic; moralitate, să acționezi pe baza unei conștiințe informate. Fiecare dintre aceste aspecte ale rezilienței se dezvoltă în faze și iau forme diferite la copii, adolescenți și adulți.

Pentru fiecare dintre cele șapte aspecte, Wolin, S., Wolin, S., 1993, descriu trei faze de dezvoltare legate de vârsta copilării, a adolescenței și adulă. Autorii consideră că în copilărie reziliența prin acest caracteristici mai degrabă potențiale decât asumate conștient, apare ca un comportament motivat intuitive, se manifestă neformată, nu este orientată de un scop. În perioada adolescenței, aceste conduite se delimitează și devin asumate și deliberate de persoană. Pentru adult, ele devin conștiente; de exemplu, insightfulul începe ca o intuiție în copilărie, devine cunoaștere în adolescență și se maturizează sub forma înțelegerii.

Autorii construies o diagramă cu cele șapte dimeniuni, denumită „mandală a rezilienței”, cu ajutorul căreia reprezintă stadiile de dezvoltare asociate stadiilor de vârstă.

Fig. Mandala rezilienței



Fiecare cerc al diagramei reprezintă un stadiu al dezvoltării. În centrul mandalei este figurat sinele. Cercul apropiat figurează denumirea fazei din copilărie a dimensiunii rezilienței. Cercul următor, condiția acestor dimensiuni în stadiul adolescenței. În cerul imediat următor, condiția asumării conștiente. Cercul exterior reprezintă caracteristicile de rezilienței a atare.

Insight înseamnă în copilărie intuiție, sesizare, intuiție preverbală a ceea ce nu este în regulă. În adolescență se ascute ca o conștientizare articulată, cunoaștere. În viața adultă se maturizează ca empatie și înțelegere, abilitate de a înțelege pe alții și pe sine, odată cu toleranța pentru complexitate și ambiguitate.

Independența înțeleasă ca distanțare emoțională și fizică de sursa tulburării apărută în viață, începe în copilărie ca evitare, îndepărtare când este “în aer” ceva tulburător. În adolescență, independența crește ca abilitate de dezangajare emoțională, o detașarea de stăruirile tulburătoare și sprijinul pe propria persoană. La adulți, independența ia forma separării, preluarea controlului asupra puterii proprii dureri.

Relaționarea ca și abilitate de a face legături cu sens, care te împlinesc. Începe în copilărie ca tendință de a stabili relații cu cei care sunt semnificativi emoțional; în adolescență se ascute în forma recrutării, încercării deliberate de a se angaja cu adulții și egalii într-o manieră de sprijin, suportivă. Se maturizează în atașare, respectiv legături personale reciproc gratificante, caracterizate printr-un echilibru între a da și a lua.

Inițiativa la copii ia forma explorării, experimentelor de tip încercare și eroare; în adolescență devine angajare activă în rezolvarea problemei, acțiune cu scopul într-o gamă largă de activități. La adult, se maturizează în sens generative: angajarea în situații care apar ca provocatoare, dorința de a construi proiecte.

Creativitatea și umorul sunt legate. Încep ambele în copilărie cu jocul în care imaginația, fantezia este utilizată pentru a construi lumii ce satisfac dorințele. În adolescență se maturizează ambele în abilitatea de a da formă, folosirea artei și comediei pentru a da formă estetică celor mai intime emoții și/sau gânduri. La adulți creativitatea se maturizează ca și compoziție, angajare în artă, iar umorul devine râs, abilitate de a crea ceva din nimic, a minimize durerea cu o glumă.

Umorele, în sine, semnifică capacitatea de a găsi comicul în tragic; începe ca joc, apoi abilitate de a da formă și în final râsul, abilitate de a vedea absurdul în propriile dureri sau încercări.

Moralitatea semnifică o conștiință informată. În copilărie poate fi vizibilă în abilitatea de a distinge între bine și rău; apoi, în adolescență ca valorizare, pentru ca, la adult să înflorească în abilitatea de a servi, un simț al obligației de a contribui la condiția de bine a altora.

Bibliografie

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. in W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 799-817.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & Society*, 35(3), 341-365.)

Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*, New York: Adams, Bannister, & Cox.

Wolin, S., Wolin, S. 1993. *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*, Villard

3.7. Complanța la tratament

Complanța față de tratamentele de sănătate mentală adecvate, recomandate și prescrise înseamnă faptul că persoana respectă ordinele medicului. Complanța este mai probabilă atunci când există un acord și încredere privind diagnoza și prognoza; este complicată de nesiguranțe privind natura unei boli și/ sau efectele anumitor tratamente, în particular a medicației.

În termeni obișnuiți, complianța include deferență și obediență, ceea ce ridică autoritatea expertizei medicale. Aderența la sfatul medical se referă la o decizie ceva mai informată și echitabilă a unui consumator, decizie de a asculta exact tratamentul medical adecvat. Un tratament de sănătate mentală care poate fi eficient într-o anumite tulburare s-ar putea să nu fie bun pentru alte tulburări, sau pentru alte persoane și diagnoza poate evolua în timp, complicând problematica complianței.

Furnizori de sănătate și consumatori

Din perspectiva unui furnizor de sănătate, pentru ca tratamentul medical să-și aibă efectele sale dorite, este absolut necesară complianța și conformarea la tratament. Concepere managementului medicației, pornește de la ideea că furnizorul este responsabil și în control, în timp ce consumatorul este un corp docil care este incapacitat de boală sau de starea sa. Din perspectiva consumatorului de sănătate, aderența la tratamentul medical este întărită atunci când este o bună relație în îngrijirea sănătății și acolo unde el își poate împărtăși ceea ce crede și experiența bolii.

Probleme legate de complianță

În sănătatea mentală, nesiguranța legată de complianță este o sursă provocatoare de variații în eficiența tratamentului. Non-complanța poate reprezenta un risc semnificativ și poate costa sistemul medical. Pentru furnizori, complianța parțială sau lipsa de continuitate a medicației reprezintă o dificultate de menținere a succesului tratamentului de-a lungul timpului. Problemele legate de complianță sunt atribuite adesea consumatorului, dar pot să reflecte, de asemenea, adecvarea medicației sau tratamentului.

Nivele de complianță

În sănătatea mentală, cea mai ridicată este complianța la programarea vizitelor (estimată pentru spital de 91%), în timp ce non-complanța la tratament este a doua problemă de risc în tratarea persoanelor cu boli mentale. Complanța la medicație în sănătatea mentală poate fi determinată prin chestionarea pacienților, numărarea pilulelor sau prescripțiilor și prin monitorizarea drogurilor cu ajutorul examinării urinei, sângelui

și altor teste de măsurare. Cercetări recente americane, estimează complianța de 58%. Pacienții cu un nivel scăzut de complianță sunt considerați adesea indicatori infideli de complianță, în timp ce medicii raportează nivele mai înalte. Complianța cu medicația antidepressivă este mai mare ca medie, 68%. Ratele de complianță la medicație în sănătatea mentală sunt doar ceva mai scăzute decât în alte tipuri de sănătate, estimate la 75%.

Explorarea variației în complianță

Cercetările de psihiatrie, psihologie și sociologie oferă multe explicații privind variația complianței.

În psihiatrie, problemele clinice precum abuzul de drog sau utilizarea alcoolului sunt utilizate în explicarea non-complianței. Pacienții pot fi discontinui în luarea medicației datorită unor efecte colaterale nedorite. Credințele lor legate de sănătate și relațiile cu furnizorul de sănătate sunt incluse de asemenea ca explicații.

În psihologie și sociologie, credințele legate de sănătate și comportamentele, - c în contextul familiei sau muncii, pot întări sau limita complianța. Dacă un membru de familie persoanei sprijină complianța și persoana crede în beneficiile medicinei, complianța poate fi întărită. Dacă persoana discontinue medicația pentru că îi provoacă amețeli sau îi afectează munca, complianța va fi redusă. Persoanele care au un acces limitat la medici sau știința medicinei, sau au încredere scăzută, și oamenii a căror credință le blochează accesul la anumite modalități de îngrijiri medicale, este mai puțin probabil să se complieze recomandărilor de tratament.

Relația medic-persoană

Într-o mare măsură, complianța unui pacient este o reflectare directă a calității relației medic-pacient. Când ajung la o alianță de tratament de succes, când tratamentul este practic și conduce la beneficii pentru ambii, cooperarea reduce îngrijorările legate de tratament ale amândurora. Când consumatorul este empowered și motivat să-și îmbunătățească sănătatea cu ajutorul medicului, complianța și aderarea la tratament sunt ridicate. Acolo unde există neîncredere, neangajare sau neînțelegere/ o greșită înțelegere, ca atunci când statutul de sănătate mentală este incert sau efectele secundare sunt nebinevenite, complianța este scăzută.

Un studiu englez, găsește că este mai probabil ca pacienții cu tulburări mentale să prefere forma unui tratament dacă este recomandat de psihiatri cu care au relații bune, chiar dacă, în sine, tratamentul este dureros. De exemplu, unii preferă terapia electroconvulsivă, ECT, tranchilizantelor pentru depresie pentru că au construit o relație de încredere cu doctorii care foloseau ECT și, dimpotrivă, percepeau medicii ce recomandau medicație ca fiind agresivi sau condescendenți.

Deoarece este mai puțin probabil ca consumatorii non-complianți să continue îngrijirea, este de asemenea mai puțin probabil ca ei să găsească furnizori de ajutor sau tratamente de succes. De aceea, non-complianța la tratament poate deveni o ciclicitate.

Complianța este mai bună atunci când tratamentul, incluzând medicația, ajută consumatorii să se simtă mai bine, când familia sprijină tratamentul și când luarea medicației previne recăderi, reparația simptomelor. Dar, desigur, oamenii pot fi nemulțumiți de efectele secundare ale medicației, incluzând cea medicație psihiatrică ce limitează funcționarea. Cel mai bun exemplu este limitarea funcționării datorită

drowsiness/ amețelii, sau lipsei de energie, o problemă a generației vechi de antihistaminice. Este efectul multor medicamente, mai ales a celor pentru tulburări mentale. Alte efecte nedorite ale medicației, includ creșterea în greutate, momente involuntare de înțepături musculare, mușcle twitching, și dificultăți de coordonare. Consumatorii se simt stânjeniți să ia medicamente, pot avea dificultăți financiare în plata tratamentului, sau în obținerea unei prescripții de tratament. În anumite cazuri de non-complianță, pacientul poate risca să-și piardă autonomia datorită unor decizii medicale; când constituie un risc pentru sine sau alții, pot fi presați sau forțați să ia medicație cu riscul de a fi spitalizați involuntar.

Provocări multiple în îngrijirea sănătății mentale

Nivelul de non-complianță reflectă acele persoane care fie sunt discontinue în tratament fie evită tratamentul și astfel sunt în situația unor posibilități scăzute de succes în tratament.

Unii pacienți nu vor să scape de simptome, de exemplu maniacalii, sau nu își consideră trăirile/ simptomele ca indicând o tulburare. Uneori, sănătatea mentală de succes este estompată de faptul că mulți oameni cu probleme de sănătate mentală nu utilizează sau nu au acces la îngrijiri medicale.

Un studiu efectuat în SUA a indicat că aproximativ 40% din indivizii cu boli mentale serioase primesc vreun tratament, iar 39% din acest grup primesc doar o îngrijire minimal adecvată. Asta înseamnă că cel puțin 15% din toți oamenii ce au nevoie de sprijin primesc o îngrijire minimal adecvată. De aceea, complianța cu tratamentul este o parte a unei provocări naționale mai largi pentru furnizarea unei îngrijiri de sănătate mentală adecvată și pentru a o folosi bine.

Lucrări cu tematica complianței:

Horwitz, Allan. *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press, 2002.

Pescosolido, Bernice, Carol Boyer, and Keri Lubell. "The Social Dynamics of Responding to Mental Health Problems." *Handbook for the Study of Mental Health*, edited by T. Scheid, and A. Horwitz. New York: Cambridge University Press, 1999.

Pescosolido, Bernice, and Carol Boyer. "How Do People Come to Use Mental Health Services?" *Handbook of the Sociology of Mental Health*, edited by C. Aneshensel and J. Phelan. New York: Kluwer Academic, 1999.

PERIODICALS

Bebbington, P. E. "The Content and Context of Compliance." *International Clinical Psychopharmacology* 9, January 1995: 41-50.

Centorrino, Franca, Miguel Hernan, Giuseppa Drago-Ferrante, and others. "Factors Associated with Noncompliance with Psychiatric Outpatient Visits." *Psychiatric Services* 52, March 2001: 378-380.

Cramer, Joyce, and Robert Rosenheck. "Compliance with Medication Regimens for Mental and Physical Disorders." *Psychiatric Services* 49, February 1998: 196-201.

Wang, Philip, Olga Demler, and Ronald Kessler. "Adequacy of Treatment for Serious Mental Illness in the United States." *American Journal of Public Health* 92, no. 1 (2002): 92-98.

3.8. Relația psihoterapeutică în psihologia clinică: empatie, conținere, obiectivitate

Psihoterapia are ca dimensiuni fundamentale, conținerea, empatia și construirea unei relații umane obiective. În cadrul analizei jungiene, obiectul analizei eului nu este de a săpa pur și simplu după traume oribile pentru ca individul să ajungă să-și blameze proprii părinți pentru toate suferințele și alcătuirea sa. Obiectul analizei în psihoterapia analitică este de a ajunge la conștiința modelelor familiale și a modalităților în care acestea acționează încă, în care eul este încă prins în capcana unui comportament distructiv și de autoapărare, astfel ca acestea să nu mai acționeze ca modalități inconștiente de a regla situația cu realul. Dar aceasta transformare se face în serviciul unui scop mai înalt, acela al individuării, respectiv a întregirii ființei. Această transformare cere încredere, alianță terapeutică în care ambii, terapeut și analizând au conștiința și acceptă să fie în serviciul acestui scop al vieții, în serviciul unui sens mai înalt și, în esență, Necunoscut, Sinele.

Empatia implică înțelegerea emoțiilor altei persoane. Capacitatea umană de a înțelege emoțiile altuia este legată de capacitatea de a imita, cu rădăcini în capacitatea înăscută de a asocia mișcările corporale și expresiile faciale așa cum sunt vizualizate la celălalt cu sentimentele proprio-percepute de a produce aceste mișcări și expresiile corespunzătoare la tine însuși. Cercetările indică faptul că oamenii par să facă legături de același fel imediate între tonul vocii și alte expresii vocale și sentimente interioare. Rogers și al. consideră că trebuie să diferențiem între empatia cognitivă și empatia afectivă (mai ales în privința unor condiții psihice precum sindromul Asperger; autiștii au o abilitate mai mică să înțeleagă emoțiile altor oameni. Dar demonstrează empatie când sunt conștienți de starea mentală a celuilalt. Astfel că persoanele autiste și cu Asperger, au un răspuns la stres mai puternic decât ceea ce văd că trăiesc ceilalți, comparativ cu persoanele obișnuite.

Înțelegerea emoțiilor exprimate în corporalitate este doar o dimensiune. O altă direcție, esențială empatiei este legată de înțelegerea emoțiilor ca fiind caracterizate de o combinație între dorințe și credințe. În acest sens, abilitatea de a înțelege aceste dorințe și credințe devine decisivă pentru empatie. Putem considera că empatia, ca abilitate de a te imagina pe tine în condiția altui om este un proces imaginativ sofisticat, chiar dacă capacitatea de bază este înăscută și poate fi atinsă inconștient. Empatia poate fi formată, antrenată și putem vorbi de nivelele de intensitate sau acuratețe diferite.

Jung introduce empatia în analiză ca o proiecție activă. Kohut Heinz introduce principiul empatiei în psihanaliză, referitor la metoda de a aduna material inconștient. În acest sens, principiul empatiei se intersectează în terapie cu principiul realității.

În unele condiții, precum pentru adicția de drog, dezvoltarea terapiei devine o temă centrală.

În relația terapeutică, trăirea faptului că ești conținut, transformă reacția într-un spațiu de siguranță. Termenul de „conținere” este pentru relația terapeutică un concept tehnic, dar poate fi trăit și în relația de prietenie sau partenerială, în modul de a interacționa cu ceilalți. Conținerea include prezența emoțională alături de pacient/client, exprimată prin poziție, atenția concentrată, privirea caldă și compasivă. De asemenea, în sentimentul că îți se dă întreaga libertate și siguranță de care ai nevoie pentru a te simți așa cum dorești să te

simți. Te simți în siguranță și sprijinit, iar spațiul din jurul celor doi, clinician și pacient este resimțit ca o conținere „energetică” /afectivă.

Desigur empatia face parte din condiția care asigură conținerea. Lipsa de empatie face să te simți inconfortabil, te face să te întrebi dacă sentimentele, emoțiile, impresiile pe care le resimți sunt cu adevărat importante. Celălalt te ntrerupe, vorbește despre ceea ce simte el însuși, sare spre concluzii fără să te lase să exprimi tot ceea ce resimți. Spațiul nu mai este conținător, ca și când nu ar exista o graniță energetică, afectivă care să vă separe. Echilibrul dintre conținere și menținerea granițelor este vital în utilizarea clinică a empatiei.

Cercetările din neuroștiințe a făcut posibil să se cunoască procesele care au loc la nivelul creierului în perioadele de empatizare. De exemplu, pentru cercetarea anatomiei funcționale a empatiei s-a utilizat tehnica imaginilor prin rezonanță magnetică funcțională (fMRI). Studiile de acest tip demonstrează că în momentul când persoana observă stările emoționale ale altei persoane se activează părți din rețeaua neuronală implicată în procesarea aceluiași stări proprii, indiferent dacă este vorba de emoții negative (desgust, atingere sau durere). Studiul sublinierii neuronale a empatiei a crescut ca urmare a cercetării publicate de Preston și De Waal care au descoperit existența unei neuronoglijindă la maimuțe care intră în acțiune atâta timp când individul privește alt individ care performează o acțiune, și când o performează chiar individul respectiv. Ei afirmă că “urmărirea perceptivă a stării obiectului activează automat reprezentări neuronale și că această activare amorsează sau generează automat răspunsurile autonome și somatice asociate, în cazul în care nu sunt inhibate. Acest mecanism este similar teoriei codării comune dintre percepție și acțiune.

Un studiu asupra dezvoltării tipice a copiilor, constată că la copii cu autism înalt-funcționali există o redusă activitate a neuronilor oglindă în zona inferioară a creierului girus frontal (pars opercularis) în timp ce imită și observă expresiile emoționale. Autorii sugerează că pot formula ipoteze legate de faptul că un sistem disfuncțional al neuronilor oglindă poate sta în spatele deficitelor sociale observate în autism.

Specificul relației analitice în psihoterapie

Procesul analitic, în viziunea lui Jung "nu este o metodă directă, simplă așa cum o considerau oamenii la început, ci, așa cum a devenit treptat clar... un dialog sau discuție între două persoane" care, ambele sunt parteneri în centrul unui proces dinamic în care relația este între două structuri psihice totale cuprinzând în proporții diferite conștient și inconștient, verbal și nonverbal, componente normale și patologice. În cadrul acestui proces două ființe umane sunt prinse în transformarea necunoscutului în sens. Procesul fiind dual și transformarea fiind benefică ambelor persoane, vorbim de o alianță analitică în care structurarea unei atitudini de încredere este fundamentul relației. Încredere în celălalt, respectiv încrederea să te deschizi față de necunoscutul din tine însuși. Încrederea că celălalt te va însoți în încercările care te așteaptă în confruntarea cu necunoscutul din tine, simbolic, cu lumea subpământeană. În cele din urmă, încrederea se bazează pe o componentă indicibilă. Condiția de onestitate și încrederea reală pe care și-a dezvoltat-o analistul în cadrul propriei sale întâlniri cu necunoscutul. Relația cu Creatorul pe care se bazează în cele din urmă analiza pornește de la stabilitatea acesteia pentru analist pentru

ca, în decursul întâlnirilor analitice, să se poată deschide și apoi dezvolta în analizând o aceeași încredere în Sine însuși, în posibilitatea unui dialog interior constructiv

Scopul terapiei este asimilarea impulsurilor de dezvoltare trezite în psihic, individul devine capabil să facă față propriei persoane și celorlalți să se înțeleagă pe sine mai bine, mai ales aspectele întunecate ale căror proiecții le va putea recunoaște mai ușor. Scopul general este creșterea autonomiei, capacității de a relaționa și mai ales a autenticității. Întreg demersul analitic celebrează capacitatea eului uman de a se dezvolta, de a intra în relație cu Sinele, de a deveni conștient de natura sa creativă, dar și de povara și responsabilitatea existenței. Individuarea înțeleasă ca proces continuu este un dialog continuu de confruntare între conștient și inconștient, prin care conținuturile conștiente și inconștiente sunt unificate în simboluri.

Acest proces, consideră Jung, diferențiază calitatea singulară a persoanei, unicitatea. În cadrul acestui proces intervin mai multe aspecte. O parte importantă a acestei unicități este atinsă prin acceptarea de sine. Acceptarea tuturor posibilităților, dar și a dificultăților proprii. În terapie, individuarea este de asemeni o abordare treptată în măsura în care, privind finalul acesteia, nici persoana analizată și nici analistul nu știe ce - cine -cum este cu adevărat.

Un al doilea aspect este legat de scopul creșterii autonomiei: fiecare persoană devine o ființă singulară, autonomă deci detașată de complexe parentale, de standardele colective, de normele și valorile societății, de ceea ce este expectat în social. Acest sens al maturizării pune în joc un principiu jungian explicativ pentru natura umană: tot ceea ce este exterior este și interior și tot ceea ce este interior este și exterior. Este necesar să ne eliberăm de constrângerile (care acționează relativ irațional asupra eului) valorilor, normelor, rolurilor expectate de societate internalizate în persona, dar și de constrângerile inconștientului; eliberarea înseamnă a ajunge să inter-acționăm conștient cu ele. Acest lucru ne autonomizează pentru că nu vom mai fi definiți de aceste aspecte, nici de inconștient, nici de valorile create de societate. Prin analiza jungiană se ajunge treptat la trăirea în plan conștient a procesului de individuare, dominarea va fi înlocuită de un dialog între conștiință și societate și între conștiință și inconștient.

Al treilea aspect definitoriu este legat de procesul subiectiv de integrare prin care persoana devine din ce în ce mai familiarizată cu aspecte suplimentare despre sine, relaționează cu aceste aspecte, le integrează în imaginea de sine; dar este, în același timp, și un proces interpersonal, deci inter-subiectiv. Jung, în "Psihologia Transferului" subliniază în acest sens: "relaționarea cu Sinele este în același timp relaționarea cu aproapele tău omul și nimeni nu poate relaționa cu altul atâta vreme cât nu este în relație cu sine însuși"... "Omului care nu relaționează îi lipsește întregirea, pentru că o poate atinge doar prin suflet și sufletul nu poate exista fără cealaltă parte a sa pe care o găsește întotdeauna într-un "tu".

Analiza ca și cadru pentru individuare oferă: o abordare, o preocupare detaliată cu expresia propriului inconștient în spațiul unei relaționări intime, aspirația spre o atitudine pozitivă față de aceste exprimări ale inconștientului, cuprinderea - înțelegerea propriei vieți psihice în termenii psihologiei analitice.

Procesul terapeutic privit ca proces de individuare constă în esență în arii activate ale inconștientului și conștientului unite prin simboluri; în sens jungian, dezvoltarea creativă a personalității devine posibilă prin formarea simbolurilor. Scopul analizei fiind întregirea, conștiința sensului acestui proces de întregire, individuarea, și trăirea pro re-

liguo sunt esențiale pentru maturizarea și individuarea ființei. Încrederea în celălalt consolidează o atitudine deschisă „încrezătoare” în sens și destin și față de ceea ce este necunoscut. Pentru că în deschiderea proprie spre procesul personal de întregire, este esențial curajul asumării relației cu Necunoscutul, deschiderea spre relația cu inconștientul, cu visele, cu imaginile fanteziei sau cu modul cum răspunde corpul la problemele sufletului.

3.11. Aspecte asociate îngrijirii bolnavului cronic, cu dizabilități majore sau în condiție terminală.

Cuvinte cheie: 7 tipuri de condiții emoționale; vinovăție, resentiment, mânie, însingurare, anxietate, tristețe și plângere, defensivitatea; condiții ce pot accentua stresul și epuiza energia persoanelor care sunt implicate în îngrijirea persoanelor bolnave cronic sau terminal

Autoarea Paula Spencer-Scott prezintă în sinteză o serie de șapte condiții emoționale la care se poate ajunge când sarcina de a îngrijire este quasi-permanentă și/sau dublată de perspectiva decesului și a unei foarte scăzute șanse de revenire la normal. Psihologul clinician este interesat de consilierea celor care îngrijesc bolnavul, în măsura în care și aceștia pot ajunge la condiții de dezechilibru psihic. Ești interesat de recunoașterea simptomelor, de înțelegerea aspectelor care facilitează/agață astfel de stări emoționale, dar și de explorarea condițiilor psihice de profunzime care sunt fondul care sensibilizează persoana pentru astfel de trăiri. De asemenea, suntem interesați de tipul de abordări în consilierea psihologică oferită acestor persoane.

Vinovăția:

Sursa sentimentului de vinovăție, în acest context, este adesea legată de ideea că ceea ce faci sau spui nu este bine, este greșit, că nu te porți corespunzător cu ceea ce se așteaptă de la tine. Acest lucru se poate petrece indiferent dacă aceste lucruri sunt sau nu reale. În plus, se adaugă faptul că există tendința celui care îngrijește să se împovăre cu nenumărate îndatoriri auto-impuse exprimate mai ales prin ar trebui, trebuie, este necesar trebuie.

Asociate sentimentului de vinovăție apar consecințe precum auto blamarea continuă pentru lucruri ireale, doar imaginate, sau inevitabile – simple greșeli umane; insinuarea unei stări cronice care subminează condiția de bine, încrederea în sine și imaginea de sine deopotrivă. Poate provoca un lanț de emoții negative asociate precum tristețe, neputință, mânie, etc.

Consilierea va accentua pe evaluarea realistă vs. idealizată a posibilităților de intervenție și susținere; depistarea sursei primare a sentimentului de vinovăție precum existența unor opinii nerealiste legate de propriile abilități; admiterea vinovăției ca o component inevitabilă și menținerea ei la un nivel realist.

Resentimentul

Este o condiție emoțională care apare cu atât mai puternic cu cât conștiința comună o consideră inacceptabilă. În principal este provocată de idei legate de lipsa de sprijin din partea altor persoane din jurul bolnavului astfel că cel care îngrijește resimte că responsabilitatea rămâne doar pe propriii umeri. În plus, resentimentul este trăit și în legătură cu persoana care este îngrijită care pare să îi limiteze îngrijitorului posibilitatea de control: nu are nici o altă opțiune decât de a îngriji. Celălalt nu îi lasă nici o porțiță de scăpare din această obligație/datorie de a îngriji.

Resentimentul este adesea însoțit, pe măsură ce timpul trece, de sentimental de a fi ignorat, abandonat, sau chiar critica/criticabil și astfel sunt accesate mania și depresia.

În consiliere este important ca persoana să fie sprijinită să admită resentimentul ascuns, să îl vizualizeze și să îl mărturisească (să vorbească despre resentimentul pe care îl resimte, inclusiv în cadrul unui jurnal propriu). Cu cât îngrijirea durează mai mult, cu atât expansiunea resentimentului crește. În bună măsură, resentimentul este legat și de măsura în care persoana are și alte îndatoriri curente: să muncească la serviciu pentru a produce banii necesari, să aibă grijă de alți membrii ai familiei, sau are ea însăși problem de sănătate. Dilema de rezolvat: dacă este normal să ai resentimente și totuși să continui să fii o persoană loială sarcinii asumate și celui pe care îl îngrijești.

Mânia

Fie că este exprimată deschis, fie că este cenzurată, fie că o accepți sau nu ca o emoție justificată și firească, mânia este una dintre cele mai dramatice și pline de energie emoții. Mânia este o emoție de bază legată de împiedicarea exercitării autonomiei eului/proprii. Este stârnită direct când apare o nedreptate de la o persoană la care ții, sau te simți ținta unei critici continue și/sau nedrepte, sau dacă apar prea multe nereușite în cursul unei perioade. Poate fi generată și indirect pe fondul oboselii psihice (lipsa de somn cronică) lipsa de control, dezamăgirea unor așteptări pe care persoana le consideră legitime.

Mânia cronică are repercusiuni somatice, precum: tensiunea sangvină, atacuri de cord și boli de inimă, tulburări ale tractului digestive, dureri de cap. Mânia ce rămâne neexprimată poate duce la depresie și anxietate; mania explozivă poate periclita relațiile cu ceilalți și chiar provoca prejudicii ale celorlalți.

Consilierea se poate sprijini de exerciții de respirație și de găsirea unor modalități de exprimare a mâniei în maniere mai sănătoase. Este în regulă, să treacă de la mine, - pare a fi o reacție mai sănătoasă. Se pot găsi soluții/ o soluție constructivă a situației așa cum s-a configurat? Este posibil un compromis? Asertivitatea pusă în joc poate controla situația și te poate ajuta să simți că ai control? Poți să râzi de un comportament prostesc sau absurd în loc să lași furia să te copleșească?

Îngrijorarea și creșterea stării de anxietate

Îngrijorarea poate fi provocată de chiar bunele intenții și de dorința de a face cel mai bine. De fapt excepțional de bine, nu “binele cu puțință”. Îi este caracteristică obsesivitatea unor gânduri repetitive care întrețin amenințarea: ce se întâmplă dacă? Creierul este în continuare activ și responsabil: dacă mă îngrijorez, sunt pe fază, sunt alert, fac față necunoscutului. Partea negativă este că acest necunoscut este mereu considerat ca negativ. Într-o măsură, situația în sine este în sine paradoxală: deși te angajezi în acțiuni constructive și caritabile cu toată ființa ta, rezultatele sunt adesea instabile, sau greu vizibile sau nepromițătoare.

Nu faptul de a fi preocupat și cu grijă în sine este negativ; obsesivitatea și continuitatea stării de îngrijorare, care poate conduce la tulburări ale somnului, dureri de cap, de stomac, la tulburări ale hrănirii prin supra sau subalimentare.

În consiliere se poate lucra pe reducerea anxietății prin reconsiderarea expectațiilor, stabilirea unor repere realiste și accentul pe însăși esența actului de îngrijire ca act uman care transmite celuilalt, chiar dacă rezultatele de însănătoșire sunt minime sau improbabil, condiția de solidaritate umană, de iubire și încredere în viață și sensul vieții și al morții. Sunt posibile soluții? Pe cine pot chema în sprijin / ca ajutor temporar? Apelul la un terapeut care să lucreze asupra originii ascunse a anxietății personale (teama de abandon, teama de eșec, neîncrederea proprie în viață și teama de moarte, etc.).

Însingurarea/ sentimental de singurătate

Cei din jur pot provoca această condiție emoțională prin faptul că stau sau se dau la o parte fie datorită nesiguranței sau sentimentului că nu sunt doriți, încurcă prin prezența lor. În unele situație, pierderea relației cu cel îngrijit prin adâncirea demenței sau iminența decesului, subliniază izolarea.

Limitarea relaționării conduce și la modificări ale funcționării creierului, creierul este mult mai puțin stimulat. Însingurarea afectează implicit și puterea de voință, capacitatea de a persevera toate acestea putând conduce la supra alimentare, abuzul de alcool, fumat sau droguri. Fiziologic se observă creșterea colesterolului ca hormon al stresului. În ultimă instanță, izolarea socială este ea însăși un factor de risc pentru demențe.

Consilierea poate interveni pentru extinderea cercului social, fie real fie virtual prin internet, organizarea unui program în care cel care îngrijește poate avea pauze reale și desfășura și alte activități în care fusese interesat, reluarea relațiilor sociale, inclusiv participarea la un grup de sprijin format pentru persoane cu probleme asemănătoare.

Tristețea și plângerea

Această condiție emoțională este trăită și de cei care trebuie să facă față unei bolii de termen lung a unei persoane la care țin, mai ales în situațiile în situația bolilor cronice, sau în care există pierderea capacităților psihice ca în demențe, sau este vorba de o condiție terminală. Plângerea celuilalt încă în viață se asociază adesea cu depresia și vinovăția.

Consilierea este important să recunoască faptul că durerea pierderii este la fel de intensă la cea a morții reale a celui iubit. Ținând seama de acest lucru, persoanei i se va da posibilitatea să plângă, să/și exprime durerea exact așa cum se lucrează pentru travaliul de doliu. Simularea stării de bine, masca unui zâmbet fals nu ajută, dimpotrivă, devin frustrante pentru adevărul condiției interioare a celui în cauză. În acest context devine cu atât mai important ca persoana să aibă un timp al ei personal, în care să poată exprima și ceea ce reprimă în contact cu bolnavul.

Defensivitatea

Protejarea propriei persoane este un aspect important, dacă nu este excesivă. În situația normală în care, într-o situație de cronicitate, cel care acordă îngrijire se simte stresat, neînțeles, nesigur apar și gânduri legate de posibilitatea existenței unor abordări diferite/ și mai bune a bolii respective. Persoana devine nesigură până la a ceda la gândul că nu face ceea ce poate fi făcut pentru a produce o schimbare în bine.

Critica și nesiguranța altora pot fi factori de subminare și de cedare defensivă. Riscul este ca și cel îngrijit să fie influențat de nesiguranța în creștere și să nu mai co-participe. Dimpotrivă, când devii supra-defensiv ajungi să te ferești să iei în considerare și alte opțiuni, riscul este să pierzi șansa unui ajutor real.

În consiliere se va accentua diferențierea între a trata o informație la modul personal, încărcând/o de considerații legate de propria persoană (cu proiecții emoționale), și tratarea informației ca un obiect neutru. Ceea ce apare ca criticism poate fi doar o informație bine intenționată de sprijinire. Alocarea unui timp de considerare cu centrarea pe condiția celui bolnav, nu pe sentimentele proprii.

1. Guggenbühl-Craig A., 1986 (1971), Power in the helping professions, Spring Publ., Dallas
2. Jung C.G., 1954, The practice of psychotherapy. Essays on the psychology of the transference and other subjects, Collected Works vol. 16, Routledge and Kegan Paul, London, par. 445
3. Jung C. G., 1996, Personalitate și transfer, Teora, București
4. Kast V., 1992, The dynamics of Symbols: fundamentals of Jungian psychotherapy, Fromm Psychology International, New York
5. Minulescu M., 2001, Introducere în analiza Jungiană, Editura Trei
6. Paula Spencer-Scott, 2012, <http://www.caring.com/articles/7-deadly-emotions-of-caregiving>

Tema 4. Evaluarea și psihodiagnosticul/ conceptualizarea/ formularea clinică a cazului

1. Ce este evaluarea clinică

Termenul de *psihodiagnostic* se referă la cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanță pentru diverse activități/ condiții psihice specifice. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală, adecvare și echilibru, psihopatologie și dezechilibru psihic.

Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin *procesul de evaluare clinică* în care se utilizează metode diverse precum, testarea psihologică, interviu clinic etc. Componentele psihologice evaluate clinic pot include aspecte afective; aspecte cognitive; aspecte comportamentale; aspecte psihofiziologice; aspecte de personalitate; aspecte relaționale.

Activitățile specifice de psihodiagnostic și evaluare clinică, bazate pe evaluarea componentelor descrise mai sus, se referă la: investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și a altor condiții de patologie care implică în etio-patogenează mecanisme psihologice, în limitele competenței psihologului; evaluarea psihologică a stării de sănătate psihică ca prerechizită pentru desfășurarea unor activități care presupun examinare psihologică (ex. testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.); evaluare cognitivă și neuropsihologică; evaluare comportamentală; evaluare bio-fiziologică (ex. prin proceduri de bio-feedback); evaluare subiectiv-emoțională; evaluarea personalității și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive; evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri; evaluarea contextului familial, profesional, social (ex. calitatea vieții, funcționarea socială), economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice; evaluarea gradului de discernământ al persoanelor, în limitele competenței psihologului; evaluarea dezvoltării psihologice; alte evaluări în situații care implică componente psihologice clinice (ex. chestionare de interes în consilierea vocațională etc.).

În context ne putem întreba „Care sunt calitățile unui bun evaluator”, să zicem comparativ cu activitatea unui investigator & detectiv: observația acută, curiozitatea, capacitatea de a pune întrebări strategice, perseverența, gândirea deductivă și intuiția; dublate de capacitatea de a pune/ descoperi probleme (Minulescu, 1982). Capacitatea cheie a clinicianului apare să fie abilitatea să desfășoare o investigație completă a problemei prezentate de pacient/ client consideră Morrison, 1995. Capacitățile care sprijină acest mod perseverent de a înainta în confruntarea cu problema cheie a investigatorului sunt: abilitatea desfășurării unei investigații complete, dublată de spiritul de investigare, flexibilitatea mentală și creativitatea.

Scopul evaluării psihologice în clinică

Scopul principal este să înțelegi ce anume a adus persoana la cabinet sau consiliere/ psihoterapie; de asemenea să înțelegi ce tip de terapie ar putea fi adecvată și, nu în ultimă instanță pentru a monitoriza măsura în care intervenția sau intervențiile ajută.

Monitorizarea sau evaluarea progreselor se face în cursul și la finele intervenției terapeutice, sau asupra rezultatelor formale ale tratamentului (Lambert și al., 2001, Truax,

2002). O cercetare din 2002 a APA privind programele de formare acreditate în psihologia clinică a evidențiat că doar în 56% din cazuri erau evaluate în clinică rezultatele tratamentului formal, Tyler și al., 2002.

Barierile comune pentru evaluare sunt lipsa de acord asupra a ceea ce se măsoară; anxietatea privind evaluarea clinică; lipsa de interes; teama de încărcare scriptologică a clienților și a terapeuților , cf. Tyler, 2002.

Beneficiile evaluării înțelese în această manieră includ îmbunătățirea calității îngrijirii, implicații legate de formarea profesioniștilor dar și teme posibile în cercetarea clinică. Condițiile ce influențează utilizarea evaluării psihologice în clinică țin de dezvoltarea teoriei, eficient cercetărilor clinice și a celor având ca tematică intervențiile psihoterapeutice, managementul îngrijirii pacientului, unele inițiative privind alocarea fondurilor , precum și o serie de aspecte legate de formarea în psihologia clinică. Există, de exemplu diferite modele în care sunt încorporate evaluarea, diagnoza, conceptualizarea cazului și planificarea tratamentului, precum modelul om de știință vs. practician, om de tiință vs. clinician local. Din perspectiva științei, clinicienii ar trebui să fie capabili să măsoare în mod sistematic ceea ce ac în cadrul ședințelor și progresul înregistrat de pacienții/ clienții lor.

De asemenea, evaluarea psihologică este utilă pentru înțelegerea problemei prezentate de pacient/ client și conceptualizarea & realizarea diagnosticului. Din această perspectivă, în diferite departamente clinice, se construiesc protocoale de evaluare și /sau de tratamente formale, cf. Plantz și al., 1997. Sursele de finanțare naționale și locale pentru agențiile non-profit, managementul îngrijirilor în aria sănătății mentale și medicale cer furnizorilor de servicii ca acțiunile lor să fie măsurabile. În termeni profesionali, psihologilor clinicieni și se cere să utilizeze evaluări și intervenții empiric validate, să documenteze măsura în care oferă un tratament bun pentru pacienții/clientii lor în maniera cea mai eficientă, respectiv în timp redus și costuri mai puține. În acest context, devin cruciale evaluările formale realizate la început, pe parcursul intervențiilor și în finalul acestora / după o perioadă de la terminarea terapiei.

Funcțiile evaluărilor psihologice în clinică variază în practică și pot include oricare sau toate obiectivele următoare: diagnoza și /sau evaluarea motivului pentru care pacientul/clientul caută tratament; conceptualizarea cazului; planificarea tratamentului; monitorizarea răspunsului pacientului / clientului la terapie /tratament, schimbări comportamentale sau schimbări la nivelul capacităților prin creșterea nivelului de conștiință; evaluarea programului sau evaluarea individuală a clinicianului din perspectiva eficienței.

Evaluare clinică și evaluare judiciară

Ambele abordări au în centru complexitatea investigării, caracterul exploratoriu și abilități are frizează gândirea divergentă. Există câteva diferențe importante între evaluările clinice și evaluările judiciare (Appelbaum, 1977; Greenberg și Shuman, 1997; Astsburger, 1997).

Evaluarea judiciară are ca scop general determinarea gradului de discernământ a unei persoane care a comis un delict, o infracțiune, un comportament care aduce atingere legii.

În unele situații poate fi optim pentru o persoană, să primească o evaluare judiciară înainte de una clinică și tratament. De exemplu, în cazul unui copil o asemenea evaluare judiciară se poate adresa direct problemei credibilității copilului privind expunerea auto-relată la evenimente traumatice (Asociația Americană de Psihiatria Copilului și Adolescentului).

Există un puternic consens privind faptul că rolurile evaluărilor judiciare și tratamentului clinicianului ar trebui să rămână separate. Ar trebui accentuat că practicienii – fie în rolurile clinice sau judiciare – trebuie să se supună cererilor raportării stării în ceea ce privește declarațiile despre abuzul copilului.

Protocoale de evaluare clinică

Dintre atribuțiile formale, intervine aceea a dezvoltării și implementării unui protocol de evaluare pentru practica clinică. Astfel de protocoale cer timp și experiență profesională suficient de largă. Procesul de dezvoltare și implementare în evaluarea formală în practică are tipic mai mulți pași care includ planificarea și designul preconizat; evaluarea fezabilității; pilotarea și implementarea propriu-zisă; evaluarea.

Instrumentele psihologice

Tipuri de activități implicate în evaluarea clinică

Instrumentele psihologice utilizate în procesul de evaluare clinică includ interviuri (structurate, semistructurate, libere)/, observația clinică, chestionarele standardizate, testele de abilități standardizate, testele neuropsihologice, testele proiective, alte probe.

Instrumentele psihologice utilizate trebuie să îndeplinească criteriile psihometrice standard, așa cum sunt ele stabilite de către Comisia de Metodologie a CPR, cu excepțiile stabilite de Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR (ex. anumite probe proiective). Utilizarea tuturor instrumentelor psihologice cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice (formare inițială și/sau continuă), organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) și/sau prin Asociații profesionale acreditate de către Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR.

Evaluarea clinică ca proces:

Când evaluarea clinică psihologică este asociată unui proces desfășurat de diagnostic nosologic psihiatric, secvențele care parcurse poartă amprenta modului medical de a conceptualiza cazul, cu sprijin cel mai adesea în standardele elaborate de practicieni în psihiatrie (de ex., DSM – IV, sau ISS). Aceste secvențe pot fi parcurse și în cazul în care nu avem asociat un diagnostic nosologic psihiatric, dar ne focalizăm pe problemele care par să conducă spre o condiția psihopatologică (anxietate, depresie etc.) ale pacientului somatic. În problematica ceva mai puțin structurată normativ a evaluării clinice asociate bolilor somatice, condiției somatice / organice a bolnavului, aceste etape nu sunt atât de strict structurate. În general, ne referim la termeni precum consultare interviu anamnezic și clinic, examinare psihologică, evaluarea integrativă a datelor, elaborarea diagnosticului clinic.

Desfășurarea cuprinde de obicei următoarele etape: descrierea tabloului clinic/simptomatologiei /problemelor pacientului; particularizarea, detalierea și sintetizarea

datelor culese pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de tabloul său clinic aparent/ expus (ex. date anamnestice care clarifică probleme specifice precum: calitatea vieții, funcționarea socială, capacitatea de interrelaționare în familie și suportul real, aspecte care detaliază tabloul clinic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient).

În prima fază are loc o *focalizare generală pe tabloul clinic și mecanismele etio-patogenetice psihologice*. În acest moment de început se înregistrează, numele și prenumele pacientului, vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor tulburări grave sau a copiilor. Se notează și motivul trimiterii și se stabilește cadrul de lucru (ex. contractul). Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la relativizarea condiției de stres și anxietății asociată acesteia; poate facilita comunicarea/ încrederea/ complianța ulterioară dintre pacient și clinician. Această fază se încheie prin clarificarea tabloului clinic și identificarea unor factori etio-patogenetici ipotetici: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze și pe evaluarea stărilor de sănătate (chiar reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză).

În faza următoare are loc o *focalizare specifică pe tabloul clinic și mecanismele etio-patogenetice*). Urmează o investigație detaliată a comportamentului și funcțiilor psihice, atât parte a tabloului clinic cât și parte a mecanismelor etio-patogenetice. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze specific și pe evaluarea stărilor de sănătate (chiar reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză). Investigația prin interviu trebuie să fie dublată de o investigație obiectivă prin teste psihologice acolo unde acest lucru este posibil. La sfârșitul acestei faze se clarifică și definitivează tabloul clinic.

În faza a III-a are loc o *focalizare pe consecințele psiho-sociale ale tabloului clinic și a modului în care acesta se particularizează pentru fiecare pacient*). În cadrul psihodiagnosticului și evaluării clinice, se poate trece la o investigație detaliată care vizează surprinderea structurii și dinamicii individuale a pacientului și oferă informații suplimentare prin reliefaarea modului în care tabloul clinic se particularizează în cazul pacientului în cauză (ex. funcționarea socială, calitatea vieții). Analiza vizează cele patru niveluri de analiză a subiectului uman: subiectiv-afectiv (emoțional), cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Mai precis, se urmărește aici evaluarea psihologică detaliată a: stării prezente a pacientului și a modului în care acesta se adaptează la situațiile concrete; problematicii comportamentelor simptomatice; situației somatice a pacientului; dinamicii și structurii personalității; comportamentului interpersonal; principiilor morale și atitudinilor sociale; mecanismelor defensive și de coping precum și a conflictelor și dinamicii lor; identității și imaginii de sine; determinanților sociali și situațiilor curente de viață; problemelor de ecologie socială și familială; controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

La sfârșitul fazei a treia putem deja construi tabloul clinic cât și particularizarea acestuia prin surprinderea dinamicii individuale a pacientului și a modului în care acesta se

exprimă în relaționarea psiho-socială a pacientului (ex. funcționarea socială, calitatea vieții etc.).

Lista de probleme:

Trecerea de la etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică la etapa de intervenție psihologică propriu-zisă se poate face prin intermediul unei liste de probleme. Interesează modul în care tabloul clinic se exprimă în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient. În acest scop se face o listă cu probleme concrete de viață. O problemă este o discrepanță între starea inițială și o stare finală (stare scop). Astfel, doi pacienți cu același tabloul clinic (ex., în timp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relațiile la locul de muncă, la celălalt se reflectă în relațiile familiale). Se recomandă ca lista să nu cuprindă mai mult de 8-10 probleme. O listă prea lungă descurajează pacientul și face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul de probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în termeni mai generali. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soțul, cu copiii și cu părinți nu vom formula trei probleme ci una: probleme de comunicare cu familia. Intervenția psihologică trebuie începută cu o problemă importantă pentru pacient, dar despre care știm, în baza experienței și a literaturii de specialitate, că poate fi rezolvată relativ ușor. Dacă începem cu o problemă periferică (ex., renunțarea la fumat în cazul unui pacient care are atacuri de panică), pacientul poate considera tratamentul neimportant. În cazul în care începem cu o problemă majoră, greu de rezolvat, pacientul nu vede eficiența psihoterapiei; acest lucru este important de ținut minte dacă luăm în calcul că numărul mediu de ședințe de psihoterapie în condiții ecologice este mai mic decât cinci! Așadar, problema cu care începem intervenția psihologică trebuie să fie una importantă și relativ ușor de ameliorat (ex., atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care pacientul dorește un altul (atenție: dorința pacientului de a începe cu o problemă periferică poate sugera defense și o problemă în relația cu pacientul), se face transparent, mizând și pe autoritatea profesională a psihologului. Psihologii novici au tendință să abordeze mai multe probleme simultan. Acesta este o eroare psihoterapeutică care trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau ameliorat o problemă trecem la următoarea.

Uneori intervenția psihologică poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales, dacă diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal sau dacă se lucrează pe probleme subclinice sau de autocunoaștere, optimizare și dezvoltare personală.

În funcție de pacient și de obiectivele terapeutului (câtă informație consideră relevantă), etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică se poate întinde pe parcursul a 1-3 ședințe. Aspectul implicat aici este cel legat de psihoeucație (pentru boală, pentru intervenția psihologică etc.) este o componentă fundamentală a acestor ședințe, implementarea ei realizându-se atunci când psihologul consideră că este momentul potrivit pentru clientul/pacientul concret cu care lucrează.

În concluzie, psihodiagnosticul și evaluarea clinică presupun următoarele componente principale (uneori se poate utiliza doar ultima componentă): descrierea tabloului clinic al pacientului (sau a problemelor și/sau cerințelor/obiectivelor/scopurilor clientului; impactul tabloului clinic prin surprinderea dinamicii și consecințelor psiho-sociale ale acestuia în cazul unui pacient țintă ; operaționalizarea tabloului clinic în probleme de

viață specifice pacientului (stabilirea listei de probleme) și/sau în obiective/scopurile clinice specifice clientului.

În cursul evaluării clinice se evaluează și stările de sănătate și mecanismele care le generează (mecanisme de sanogeneză). Acesta evaluare se poate face independent (ex. atunci când avem un client care dorește optimizare și/sau dezvoltare personală) sau asociată evaluării tabloului clinic și a mecanismelor etio-patogenetice psihologice (pentru a surprinde elementele de sănătate neafectate de boală, care pot constitui punctul de pornire în intervenția psihologică).

Evaluarea psihologică trebuie făcută cu instrumente riguroase, în condiții de deontologie profesională.

Factorii etio-patogenetici și cei de sanogeneză psihologici evaluați trebuie să fie corobați cu tabloul clinic, respectiv cu stările de sănătate, prin teorii clinice validate științific.

Condiții de facilitare a evaluării psihologice:

În diferitele faze ale consultanței clinice pot fi observate proceduri care facilitează acest demers: În cadrul interviului clinic, alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări țintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente); comunicare nonverbală adecvată; reflectări empatică frecvente; atenție la ce spune pacientul, dar și la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (ex., ori de câte ori povestește despre soție apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

Pot fi utilizate în anumite cazuri tehnici de reducere a rezistențelor pacientului. Astfel, în timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistențe din partea pacientului și dificultăți de comunicare în obținerea de informații relevante pentru tratament a căror surse pot fi diverse: pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susține o comunicare relevantă; expectanțele sale față de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: terapeut prea tânăr/bătrân; terapeut femeie/bărbat; cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos etc.; a fost adus împotriva voinței lui (ex., amenințat cu divorțul, cu pierderea pensiei, etc.).

În primul caz se apelează la obținerea de informații de la familie, rude, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară și a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi interviuat, pentru a compara perspectiva pacientului cu cea a familiei sau rudelor etc.

Anxietatea față de testare

Conceptul a suscitat o bogată literatură, din care reies cauze, variabile care facilitează experimentarea cotidiană, manifestări caracteristice și consecințe în planul funcționării individuale (performanțele în diverse sarcini) ale acestei condiții întâlnită în rândul elevilor și al studenților, confrunțați cu numeroase situații de examinare a cunoștințelor, deprinderilor și a abilităților, sau în rândul adulților care se prezintă la o testare psihologică de care depinde evaluarea socială, profesională sau clinică.

Cercetările asupra anxietății față de testare au o istorie lungă și bogată. Primele studii au fost publicate în 1914. În 1952, Sarason și Mandler publicau o serie de studii, în care

utilizau conceptul sub denumirea de astăzi; autorii au vizat relația dintre anxietatea față de testare și performanța la diverse teste cognitive. Cercetările au furnizat baza teoretică pentru elaborarea și perfecționarea primului instrument dintre cele care există în domeniul evaluării diferențelor interindividuale referitoare la anxietatea față de testare. Este vorba despre *Scala pentru evaluarea anxietății față de testare/Test Anxiety Scale – TAS* (Sarason, 1978).

În următorii 20 de ani, s-au făcut progrese notabile în conceptualizarea anxietății față de testare, ajungându-se la numeroase modele explicative. Preocupările intensive ale cercetătorilor din numeroase țări (SUA, Germania, Japonia, India, Israel, Turcia, Ungaria) s-au materializat într-un *corpus* de observații bogat, precum și în creșterea notabilă a numărului de publicații științifice pe tema anxietății față de testare (după Zeidner, 1998, mai mult de 1.000 la începutul anilor 1980). Un alt studiu, Shaked, 1996 (citată de Moore, 2006), determină faptul că cca. 30 % dintre toți elevii și studenții americani sufereau de un anumit nivel al anxietății față de testare.

Anxietatea de testare este un concept al cărui conținut se referă la prezența la unii dintre elevii sau dintre studenții aflați într-o situație de examinare a unui cortegiu de răspunsuri fiziologice, cognitive, emoționale și comportamentale disfuncționale. Aceste răspunsuri acompaniază teama cu privire la posibilele consecințe negative ale eșecului. Liebert și Morris (1967) au identificat două dimensiuni ale anxietății față de testare: preocupările cognitive (ruminațiile) legate de consecințele unui posibil eșec (dimensiunea *Îngrijorare*), respectiv răspunsurile emoționale la baza cărora a fost pusă intensificarea activității sistemului nervos autonom (dimensiunea *Emotivitate*). Cele două fațete au fost larg acceptate în comunitatea cercetătorilor și a practicienilor și rafinate prin numeroase studii empirice. Sunt și situații în care un anumit nivel optim al anxietății conduce mai degrabă la adaptarea în situația evaluativă și la obținerea unui rezultat bun. În acest sens, Alpert și Haber (1960) au propus chiar un instrument care evaluează anxietatea ca factor facilitant pentru realizarea obiectivelor școlare sau academice (engl. *facilitating anxiety*), respectiv anxietatea ca factor care interferează negativ cu eforturile orientate către obținerea unor performanțe școlare sau academice bune (engl. *debilitating anxiety*). Cele două scale ale *Testului pentru evaluarea anxietății față de succesul școlar sau academic/Achievement Anxiety Test (AAT)* prezintă un grad relativ ridicat de specificitate în raport cu aspectele anxietății care pot interfera cu realizarea în plan școlar sau academic.

O serie de autori au identificat și au descris și alte dimensiuni ale anxietății față de testare, cum ar fi cognițiile care interferează cu sarcina de rezolvat (engl. *task irrelevant cognitions*). De fapt, acestea au fost văzute ca fiind fațete ale dimensiunii *Îngrijorare*, al cărei conținut a fost rafinat mai mult decât cel al dimensiunii *Emotivitate*.

Mai recent, Zeidner (1998) a propus un model tranzacțional al anxietății față de testare care integrează o serie de elemente-cheie pentru înțelegerea și evaluarea acestui construct: caracteristicile situațiilor evaluative (natura și dificultatea sarcinilor, constrângerile legate de timp, caracteristicile mediului fizic, caracteristicile examinatorilor, etc.), variabilele personale ale subiectului (nevoia acută de realizare, auto-eficacitatea, abilitățile școlare, capacitatea de procesare a informațiilor, deprinderile și abilitățile legate de studiu și de pregătirea pentru teste și examene, etc.), percepțiile pe

care subiectul le are cu privire la situațiile de testare (evaluări și reevaluări ale situațiilor de testare ca fiind amenințătoare sau ca reprezentând o provocare), anxietatea pe care subiectul o resimte efectiv într-o situație de testare (preocupările cognitive, reacțiile emoționale, activarea fiziologică), răspunsurile cu valoare adaptativă ale subiectului (mecanisme de reducere a anxietății resimțită în plan subiectiv, precum și strategiile active sau pasive de adaptare la sarcinile pe care le implică situațiile evaluative), precum și o serie de rezultate cu valoare adaptativă (centrarea cognițiilor subiectului pe sarcinile pe care le are de rezolvat, încercările de control în plan răspunsurilor emoționale, etc.).

Anxietatea față de testare se asociază cu performanțe scăzute la testele cognitive, respectiv cu distorsionarea evaluării și a diagnosticului clinic al nivelului mental. Mecanismele și procesele prin care manifestările specifice anxietății față de testare conduc la deteriorarea performanțelor la probele cognitive includ cognițiile negative pe care persoana le are în legătură cu propriile competențe (aptitudini, deprinderi, cunoștințe, etc.); aceste cogniții, însoțite de un cortegiu de manifestări emoționale stânjenitoare, interferează debilitant cu procesele cognitive necesare în rezolvarea probelor, precum și cu eforturile de concentrare necesare rezolvării sarcinilor.

Ca modalități de intervenție clinică, au fost experimentate mai multe metode și tehnici destinate reducerii simptomelor specifice anxietății față de testare: *biofeed-back*-ul, hipnoterapia, terapia cognitiv-comportamentală, terapia rațional-emoțională, desensibilizarea sistematică, *training*-ul destinat îmbunătățirii practicilor referitoare la pregătirea pentru examene și teste.

Unul dintre cei mai influenți cercetători americani din domeniul psihologiei secolului al XX-lea care a avut o contribuție notabilă în domeniul studiului anxietății față de testare este C. D. Spielberger, profesor la *Universitatea din South Florida*. Contribuțiile sale teoretice și metodologice au rezonanță internațională, constituind un reper pentru cercetătorii și practicienii din toate colțurile lumii. Dintre contribuțiile sale metodologice, cea mai importantă este elaborarea și dezvoltarea, de-a lungul a peste 40 de ani de cercetări teoretice și empirice, a *Inventarului pentru evaluarea anxietății-stare și a anxietății-trăsătură/ State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, prin care a fost testată empiric distincția dintre anxietatea-stare și anxietatea-trăsătură, realizată încă din anii 1960 de către R. B. Cattell.

În colaborare cu mai mulți doctoranzi și practicieni, Spielberger a efectuat numeroase cercetări utilizând *Inventarul pentru evaluarea anxietății față de testare/ Test Anxiety Inventory (TAI)* ca instrument pentru evaluarea nivelului anxietății față de testare și a dimensiunilor acesteia. Prima ediție a inventarului a fost publicată în 1980. De peste un sfert de secol, inventarul este foarte frecvent utilizat atât în studiile empirice de teren, cât și în practica evaluării în mediul școlar și în cel academic.

Inventarul TAI reprezintă un reper influent în domeniul cercetărilor aplicative privitoare la conceptul de anxietate față de testare și la rețeaua nomologică asociată acestuia, precum și în domeniul evaluării în scopul intervențiilor în mediul școlar sau academic. A fost dezvoltat cu scopul de a evalua diferențele individuale în ceea ce privește anxietatea față de testare, privită ca trăsătură de personalitate legată de situațiile specifice care

implică evaluarea. Analizat din punctul de vedere al *back-ground*-ului conceptual și al structurii, inventarul TAI este similar cu *Scala pentru evaluarea anxietății-trăsătură* din STAI care măsoară predispoziția generală a adolescenților și a adulților către simptome de anxietate.

Pe lângă evaluarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește predispoziția către anxietate în situații de testare, inventarul conține două scale care permit evaluarea preocupărilor cognitive legate de eșec (*Îngrijorare*), respectiv a reacțiilor emoționale (*Emotivitate*) – cele două dimensiuni de bază ale anxietății față de testare descrise de Liebert și Morris. Deși, inițial, inventarul a fost conceput pentru a evalua anxietatea față de testare în rândul studenților, ulterior a fost utilizat cu succes și în populația de elevi de liceu.

2. Conceptualizarea cazului vs. psihodiagnoză vs. formularea cazului clinic

Condiția psihologiei clinice, în măsura în care nu există și o formare de tip medical, asemănătoare psihologilor care primesc dreptul în SUA să prescrie medicație, nu include realizarea unei diagnoze de tip psihiatric. Desigur însă conceptualizarea cazului, sau, formularea cazului trebuie să țină seama de normele de diagnoză privind psihopatologia.

În acest sens, psihologia clinică reține sarcina mult mai complexă de a conduce spre prezentarea condiției psihologice a persoanei, în sensul conceptualizării sau formulării cazului.

Desigur, această activitate este deosebit de complexă și aplicată și reprezintă trecerea de la teorie la practica clinică, de la știință și cunoștințe, la dezvoltarea capacității de a înțelege și integra într-o imagine cu sens diversitatea de date punctuale. Această înțelegere a cazului (conceptualizare, formulare) este realul instrument pentru a dezvolta planurile de intervenție terapeutică adaptate specificului și cerințelor pacientului / clientului.

Poate, pe măsura parcurgerii acestui curs se vor clarifica câteva întrebări semnificative privind modul în care se face în practică trecerea de la teorie la practica clinică. Cea mai importantă întrebare este legată de o alegere: formularea cazului cere să pornești de la un model teoretic, sau mai degrabă să-ți constitui un cadru de interpretare, integrare și înțelegere a unui caz? Ce este rigiditatea psihică vs. flexibilitate? Ce este boala psihică? Ce este neadaptarea vs. adaptare? Ce este o incapacitate vs. abilitate? Ce este o tulburare? Ce este trecător și ce este o condiție patologică constantă?

Mulți practicieni au ajuns la concluzia că în aplicativ este mult mai important ca, după ce sunt învățate diferite abordări teoretice, să se învețe modul de a utiliza ideile și înțelege tehnicile din diferite teorii într-o manieră coerentă. Calitatea conceptualizărilor clinice depinde de posibilitatea clinicianului de a integra cunoștințele și propria creativitate; cunoștințe care să-i permită abordarea cazului din perspective diferite: biologică, cognitivă, comportamentală, psihodinamică, umanist-existențialistă, sistemică, precum și socio-culturală. Spre deosebire de psihoterapeuți, formați și coerenți în cadrul unei anume școli care le crază coerența demersului terapeutic, psihologul clinician poate conceptualiza un caz pentru o intervenție de stabilizare, sau o intervenție de echilibrare, sau centrată pe simptomatologia acută a pacientului/ clientului folosind tehnici din diferite școli; sau, în coparticipare cu medicul curant, poate sprijini înțelegerea în profunzime a condiției psihologice într-un demers diferențial.

Ceea ce are nevoie psihologul clinician este, în ultimă instanță, un cadru conceptual clar prin care să extragă sensul datelor rezultate în urma evaluărilor psihologice și să întreprindă primii pași în cadrul unui lan de termen scurt de intervenție de consiliere sau psihoterapie.

În același timp, o capacitate semnificativă care intervine în conceptualizarea cazului este gândirea critică dublată de intuiție creativă: formularea cazului trebuie să dea dreptate unicității fiecărei persoane, nu patului lui Procust al unei teorii, sau mod preferat de conceptualizare. În acest sens, se cere formarea deprinderii să conceptualizezi nevoile specifice ale pacientului / clientului prezent într-un mod care să conducă la un plan de intervenție eficient pentru cazul respectiv.

Este nevoie de cunoașterea cadrului normativ, de exemplu a axelor diagnostice din DSM – IV, dar asta nu înseamnă că acest proces de categorializare cu ajutorul unui set de criterii de includere specifice echivalează cu formularea unui caz, care este întotdeauna crearea unui cadru conceptual individualizat pe singularitatea persoanei respective.

Bibliografie

- Hersen M. (ed.), 2004, Psychological Assessment in Clinical Practice: a Pragmatic Guide, NY: Brunner-Routledge
- Lichner Ingram B., 2006, Clinical Case Formulation: Matching the Integrative Treatment Plan to the Client, N.J.: John Wiley and Sons
- Lambert M.J., Whipples J.L., Smart D.W., Vemeersch D.A., Nielsen S.L. and Hawkins E.J., 2001, The effects of providing therapists with feedback on patient progress during Psychotherapy: Are outcomes enhanced?, Psychotherapy Research, 11, 49 – 68
- Morrison G., 1995, The First Interview Revised for DSM-IV., NY: Guilford Press
- Plantz M.C., Greenway M.T., Hendricks M., Outcome measurement: Showing results in the nonprofit sector. New directions for evaluation, 75. N.J.: Jossey-Bass
- Truax B., 2002, Behavioral Case Conceptualization for Adults, in M. Hersen (ed.), Clinical Behavior Therapy: Adults and Children, NY: John Wiley and Sons, p. 3-36
- Tyler, J.D. Busseri M.A., King A.R., 2002, Treatment outcome assessment practices of psychology training clients, The Behavior Therapist, 25, 144 - 147

4.1. *Interviul și anamneza clinică*

Interviul este cea mai obișnuită formă de evaluare. De obicei se începe printr-un interviu inițial, sau interviu de diagnostic. Summerfeldt și Anthony, 2002

În cadrul acestuia se examinează condiția mentală a pacientului/ clientului, condiția emoțională, dispozițiile, gândirea și procesele lingvistice, aspecte privind orientarea spațio-temporală, atenția, memoria, problemele legate de risc.

În mod tipic interviul va include evaluări privind:

- a. Simptomele actuale prezentate, dar și istoria problemelor prezentate, durata, modul cum au început, intensitatea, frecvența și contextul de manifestare;
- b. strategiile de coping ale pacientului /clientului; punctele tari sau în ce constau aspectele puternice ale sale și aspectele slabe /slăbiciuni, vulnerabilități;
- c. istoria de familie, istoria educațională și de relații;

- d. istoria sănătății mentale și mediale;
- e. problemele legate de risc;
- f. traume anterioare sau istoria abuzurilor emoționale sau fizice prin care a trecut / a fost expus;
- g. probleme legate de abuzul de substanțe;
- h. tratamente din trecut/ psihoterapii sau consilierea psihologică;
- i. expectanțe ale pacientului/ clientului privind terapia;
- j. simptome co-morbide / care apar alături de cele prezentate inițial și care nu au fost prezentate în descrierea problemei sale;

În contextul acestei prime consultații, clienții care nu au un examen fizic recent vor fi încurajați să verifice posibile condiții medicale sau de sănătate mentală (de exemplu, un examen neurologic).

Forme ale interviului

Interviuri diagnostice structurate, sau semistructurate sau nestructurate.

Interviurile structurate construite și validate, sunt cele în care se standardizează modul cum se pun întrebările, ce întrebări se pun, cum se aplică criteriile de diagnostic pentru a conduce la o diagnoză finală. Astfel de interviuri structurate sunt destinate numai profesioniștilor în sănătate mentală. Durează între 45 și 60 de minute dintre cele mai cunoscute sunt:

Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS – IV utilizat pentru DS; - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. IV);

ADIS-IV este un interviu structurat destinat evaluării episoadele actuale de tulburări de anxietate și să permită o diagnostică diferențială printre tulburările de anxietate cf. criteriilor DSM-IV. Furnizează informație suficientă pentru a permite și o analiză funcțională a tulburările de anxietate. În plus, sunt incluse secțiuni pentru evaluarea dispoziției actuale, tulburărilor somatoforme și tulburări de abuz de substanțe datorită co-morbidității înalte a acestora cu tulburarea anxioasă și pentru că simptomatologia prezentă a acestor tulburări este adesea destul de asemănătoare. The ADIS-IV also provides sufficient information to permit functional analysis of the anxiety disorders. In addition, sections to assess current mood, somatoform, and substance use disorders are included because of their high comorbidity rate with anxiety disorder and because the presenting symptomatology of these disorders is often quite similar to that of the anxiety disorders. The ADIS-IV also contains screening questions for psychotic and conversion symptoms and familial psychiatric history. A more detailed section is included to ascertain the patient's medical and psychiatric treatment history. Finally, with the exception of Axis II disorders, the ADIS-IV permits the use of the DSM-IV multi-axial system.

Structural Clinical Interview for DSM Axis I Disorders, SCID- CV; Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM-IV (SCID-I) este un interviu semistructurat în vederea diagnosticării principalelor tulburări de pe Axa I a DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Interviurile clinice structurate au fost elaborate cu scopul de a crește fidelitatea diagnostică prin standardizarea procesului de evaluare și de a spori validitatea prin facilitarea aplicării criteriilor de diagnostic din DSM-IV și aprofundarea unor simptome care altfel ar putea fi trecute cu vederea. În

ciuda importanței acestor scopuri, atât în context clinic cât și de cercetare, complexitatea și lungimea majorității interviurilor structurate au limitat utilizarea lor la studii de cercetare. Unul dintre obiectivele elaborării SCID a fost producerea unui instrument eficient și ușor de utilizat care să permită transpunerea avantajelor interviului structurat în context clinic.

Versiunea de cercetare a SCID, SCID-I RV, este mai lungă decât cea Clinică (SCID-I CV) deoarece ea cuprinde evaluări ale unor subtipuri clinice, a severității, specificanților de evoluție și tulburări care sunt utile din punct de vedere diagnostic pentru cercetători, dar pot să nu prezinte interes pentru clinicieni (vezi mai jos). Ordinea întrebărilor din SCID-RV este astfel gândită încât să aproximeze procesul de diagnostic diferențial al unui clinician cu experiență. Ținând cont de faptul că criteriile de diagnostic din DSM-IV sunt încorporate în SCID-RV și evaluate pe măsură ce interviul progresează, clinicianul testează în permanență ipoteze diagnostice. În cazul unora dintre tulburări, criteriile de diagnostic nu sunt prezentate în ordinea din DSM-IV, ci au fost reordonate pentru ca interviul să fie mai eficient și mai ușor de realizat.

Interviul Clinic structurat pentru tulburările clinice pe axa II a DSM, SCID –II. Chestionarul de Personalitate SCID-II este utilizat ca instrument de evaluare pentru a scurta timpul de evaluare necesar administrării SCID-II. După completarea chestionarului de către pacient (durata: 20 de minute), evaluatorul încercuiește numerele aflate în stânga itemilor SCID-II care corespund itemilor din chestionar la care s-a răspuns cu “da”. Când este utilizat testul SCID-II evaluatorul trebuie să noteze doar itemii la care s-a răspuns afirmativ, considerând că răspunsul “nu” la chestionar presupune același răspuns și la întrebarea pusă de evaluator.

Manualul conține informații utile: pentru că face o prezentare a fiecărui item referitor la aspecte ce trebuie luate în considerare în evaluarea itemilor pentru Tulburările de Personalitate din DSM-IVa; include un caz prezentat, alături de chestionarul SCID-II completat și descrie modul de diagnostic conform criteriilor generale din DSM-IV pentru Tulburările de Personalitate. Interviul acoperă 11 Tulburări de Personalitate din DSM-IV și categoriile din anexă: Tulburarea de Personalitate Depresivă și Tulburarea de Personalitate Pasiv-Agresivă.

Interviul clinic structurat pentru problemele sugarului, copilului și adolescentului, KID-SCID. Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru Copii (KID-SCID), este un instrument semistructurat nou, proiectat pentru a genera diagnostice pediatrice conform Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, care are la bază varianta pentru adulți a SCID. Această primă versiune conține module pentru Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective și Psihotice, Tulburările Afective și Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul și Substanțele și Tulburările de Adaptare.

KID-SCID este destinat spre a fi administrat de către clinicieni specializați în sănătate mintală și permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale și pediatrice în conformitate cu DSM-IV. Interviul este împărțit în mai multe module, fiecare modul evaluând o anumită clasă de tulburări. După secțiunea de cotare există un interviu general, urmat de modulele de diagnostic propriu-zise.

Interviurile desfășurate liber

În **prima fază** are loc o *focalizare generală pe tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice psihologice*. Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la scăderea anxietății și la un climat de încredere lui și poate facilita comunicarea dintre pacient și clinician. În această fază se înregistrează, de asemenea, numele și prenumele pacientului, vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor tulburări grave sau a copiilor.

Se notează și motivul examenului / trimiterii și se stabilește cadrul de lucru (ex. contractul). Spre exemplu, în cazul unui student, se poate începe interviul cu discuții despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedește cunoștințe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă și mai rapidă a relației terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedici, doar că o eventuală pregătire anterioară - în cazul în care știm cu cine vom discuta - se poate dovedi utilă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menținând un limbaj de interfață cu caracteristici diferite de la pacient la pacient.

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte:

descrierea acurată a tabloului clinic, debutul și evoluția acestuia: „de când au început problemele?; de când ai observat aceste modificări?; înainte de Crăciun ?” (în cazul în care pacientul are dificultăți în a-și reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naștere etc.); prezența altor boli somatice sau psihice, internări anterioare; condițiile social-economice, informații despre familie, situații stresante; o perspectivă generală asupra stării pacientului.

Această fază se încheie prin clarificarea tabloului clinic și identificarea unor factori etiopatogenetici ipotetici: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze și pe evaluarea stărilor de sănătate (reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză).

În bună parte undele aspecte observate în cadrul interviului pot fi verificate prin probe sau instrumente psihologice specifice.

Acest lucru este valabil și invers: în măsura în care un test, tehnică psihologică aduce a suprafață un aspect acesta va face obiectul interviului final.

Tabel: Exemplificarea coarticulării dintre aspecte clinice investigate prin întrebări și observarea conduitei și instrumente psihologice aplicate.

Componenta psihică investigată	Interviu	Exemple de instrumente psihologice
Factorul perceptiv	Mulți oameni, atunci când sunt stresați, li se întâmplă să vadă lucruri care nu există. Vi s-a întâmplat vreodată așa ceva?	Bender-Santucci Benton etc.
Coerența conduitei	Observarea mimicii, gesticii, interacțiunii sociale,	Metoda observării

și aparență fizică	<p>posturii, comportamentului motor.</p> <p>Un aspect general neîngrijit, murdar, ne poate duce cu gândul la un tablou clinic întâlnit în lipsa de grijă corporală în alcoolism, schizofrenie, depresie, demență, dependență de substanțe.</p> <p>Un aspect general caracterizat printr-o vestimentație excentrică, neasortată și machiaj ținător, poate duce cu gândul la un tablou clinic prezumtiv de manie.</p> <p>Nerespectarea uzanțelor sociale asociată bizareriei sugerează un tablou clinic de demență sau schizofrenie etc.</p>	
Memorie	Am să vă spun 10 cifre. Vă rog să încercați să le memorați deoarece apoi vă voi cere să vi le amintiți.	Rey- figură complexă, Rey - verbal, Wechsler - Scala de Memoria Cifrelor, etc.
Dispoziție afectivă	Cum vă simțiți în general? În ce stare de spirit vă aflați acum?	Scale clinice: Chestionare de distres, anxietate, depresie, emoții pozitive etc.
Caracteristici de personalitate	Întrebări legate direct de simptomatologia descrisă de pacient: istoric, frecvență, intensitate, localizare, cadrul contextual în care se manifestă, aspecte particulare, etc.	MMPI, Optimism/pesimism, Raționalitate/iraționalitate, Probe proiective etc.
Depersonalizare / Derealizare	Ați simțit că unele lucruri sunt ireale? Ați simțit că parcă nu mai sunteți Dvs. înșivă?	De gândire iraționale RISC
Obsesii	Vă vin în minte gânduri chiar dacă nu doriți acest lucru?	Scale clinice Scale simptomatică MMPI
Compulsii	Simțiți uneori că trebuie neapărat să faceți anumite lucruri?	Scale clinice Scala simptomatică MMPI
Atenție	Probe de persistență a atenției, sau de capacitate de distributivitate.	Toulouse-Pieron, Praga etc.
Gândire și inteligență	<p>Nivel de funcționalitate a diferitelor abilități cognitive; nivelul inteligenței generale.</p> <p>În cazul unei ideții psihopatologice: Cum își motivează comportamentele și simptomele? În cazul unui delir, novicii au tendința de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse.</p> <p>Notă: Nu este necesară o analiză mai detaliată decât analiza necesară schemei de tratament (ex. analiza necesară clasificării delirului și identificării structurii sale generale: delir de persecuție, erotic etc.).</p>	Matrici Progressive Raven (standard, sau color) Scalele de inteligență Wechsler, Probele piagetiene, Probe de diagnostic formativ, Stilul cognitiv rațional/irațional etc.
Orientarea	Unde vă aflați? Ce zi este astăzi? În ce an suntem?	

Conștiința bolii	Cum credeți că vă văd ceilalți? Ce credeți că gândesc ei despre dumneavoastră? Vă considerați o persoană sănătoasă, fără probleme? Ce probleme credeți că aveți? Considerați necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?	
------------------	--	--

Intervenția mecanismelor de apărare

În modul în care persoana își gestionează conștient relația cu realitatea, intervin mecanisme psihice inconștiente cu rolul scăderii nivelului de anxietate. Psihanaliza în special și întreaga cercetare asociată psihologiilor psihodinamice aduc în prim plan rolul unor procese inconștiente precum proiecția sau mecanismele de apărare inconștiente în gestionarea relației complexe a individului cu realitatea, mai ales în condiția incapacității eului de a o gestiona, de a-i face față adecvat.

DSM IV definește mecanismele de apărare (styles of coping) ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea de pericole sau de factori de stres interni sau externi; mecanismele de apărare constituie mediatori ai reacției subiectului la conflictele emoționale și la factori de stres externi sau interni.

Ionescu Ș., Jacquet M.M. și Lhote C., 1997, examinând finalitatea mecanismelor de adaptare și modul de acțiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalități descriu următoarele posibile dinamici caracteristice: restaurarea homeostaziei psihice; reducerea unui conflict intrapsihic; diminuarea angoasei născută din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale; stăpânirea, controlul și canalizarea pericolelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni sau externi.

Psihanaliza clasică descrie ca mecanisme de apărare: refularea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, transformarea în contrariu, sublimarea, introiecția, proiecția, reînțoarcerea către sine.

Psihologia cognitivă consideră mecanismele de apărare strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distresului. Astfel sunt discutate negarea defensivă (refuzul), represia, proiecția, raționalizarea, intelectualizarea / izolarea.

4.2. Aspecte privind evaluarea clinică a intelectului. Scalele Wechsler: W.A.I.S - R. și W.I.S.C.

Scala de Inteligență pentru Adulți Wechsler - Revizuită, extinde linia de dezvoltare a testelor de inteligență care a început odată cu publicarea primei forme a Scalei de Inteligență Wechsler în 1939 și a continuat de-a lungul secolului XX (prima formă revizuită, WAIS, va apare în 1955). Este un instrument complex psihometric, în măsura în care cuprinde seturi de sarcini și probleme standardizate pentru evaluarea potențialului

persoanei de a realiza un comportament rezolutiv cu scop și eficient. În practică, sunt destinate măsurării unor abilități mentale majore; deși scalele evaluează abilitățile cognitive ale persoanei și pot fi utilizate pentru a evalua competențe de tip educațional, vocaționale etc., intențiile autorului depășesc această sferă a măsurătorii în psihologie. Pentru autor, informația obținută din teste de inteligență "este relevantă în măsura în care stabilește și reflectă tot ceea ce se poate defini ca și capacitate generală pentru comportament inteligent." (Wechsler, 1981, Manual WAIS -R)

Din această perspectivă, testele utilizate pentru a măsura inteligența servesc în primul rând ca mijloace pentru atingerea unui anumit scop. Autorul continuă considerând că mult din preocuparea pentru validitatea testelor de inteligență și din poziția existentă față de utilizarea lor, pornește dintr-un eșec, și anume faptul că nu s-a putut face o distincție suficient de limpede între ceea ce se descrie în legătură cu ce măsoară testele și felul în care sunt interpretate ca măsurând, deci felul în care se definește inteligența.

Dacă istoric, tendința a fost să fie definită în funcție de centrarea autorilor pe o unică abilitate, - fie ea abilitatea de a raționa abstract, sau de a învăța, a se adapta etc., s-a ajuns treptat la concluzia că fiecare dintre acestea caracterizează în fond secvențe ale comportamentului uman care poate fi interpretat ca "inteligent" într-un sens sau altul. În același timp inteligența nu este întotdeauna adaptativă, nu include întotdeauna gândire abstractă. Inteligența are multe fațete și este și multi-determinată. Pornind de la aceste considerente, Wechsler consideră că inteligența trebuie înțeleasă ca o funcție a personalității ca întreg și răspunde la mulți alți factori, non-intelectivi, alții decât cei incluși în conceptul de abilitate cognitivă (Intelligence Defined and UNdefined, 1975). Prin factor, autorul înțelege, în sens larg, orice influență sau agent care contribuie la un anumit rezultat; în sens restrâns, în psihometrie, se referă la anumite deprinderi cognitive care sunt cuprinse în definițiile unor concepte precum gândire abstractă, fluentă verbală, memorie spațială etc. Dar ultimele trebuie înțelese ca rechizite pentru comportamentul inteligent (nu ele singure determină comportamentul inteligent pentru că inteligența generală implică și alți factori).

Wechsler se sprijină în teoria sa pe două tipuri de dovezi provenite din practică: 1. experiența acumulată în clinică unde s-a ajuns la concluzia că indivizi cu scoruri similare nu sunt cu necesitate egali în ceea ce privește abilitatea de a face față efectiv mediului; 2. rezultatele studiilor de analiză factorială care întotdeauna lasă neexprimat un procent semnificativ din varianța comportamentului. Aceste dovezi pot fi justificate prin influențe trăsăturilor de personalitate și a altor componente non-intelective precum : anxietatea, persistența, conștiința scopului, alte dispoziții conative. Acești factori sunt importanți dar nu se substituie abilităților fundamentale.

În 1939 apare în S.U.A. Scala de Inteligență Wechsler - Bellevue, destinată vârstelor între 10 - 60 ani. În 1944 apare cartea lui Wechsler "The measurement of Adult Intelligence". Prima revizie din 1955, nu aduce modificări de structură. Apar doar ameliorări legate de conținutul probelor, instrucțiunilor de aplicare și eșantionarea pentru etaloane (1700 adulți, eșantion reprezentativ pentru populația S.U.A.) Această revizie este prima care este denumită W.A.I.S. substituind rapid forma W - B.

Manualul testului apare în 1955 cu denumirea "Manual for the Wechsler Adult Scale", editat de The Psychological Corp. N. Y. Ultima revizuire a fost publicată în 1981, W.A.I.S. R. Această ultimă formă prezintă modificări mai substanțiale, deși majoritatea conținutului lui WAIS 1955 a fost reținut. Unii itemi au fost revizuiți, la alții s-a renunțat și s-au adăugat unii noi. Ordinea de administrare a itemilor a fost adesea modificată pentru a reflecta schimbările în dificultatea itemilor. S-a modificat și scorarea în la anumiți itemi. În general se apreciază că aproximativ 80% din itemii variantei moderne WAIS - R sunt reținuți din WAIS 1955, intacti sau cu modificări ușoare. S-a realizat o nouă etalonare.

Semnificative pentru valoarea și utilitatea instrumentului lui Wechsler sunt datele din cercetările extinse privind validitatea IQ-ului în diferite arii de comportament (succes academic, vocațional și realizare profesională, retardare mentală, factori prenatali și nutriționali, etc.). S-au realizat de asemenea multe studii de tip analiză factorială pe diferite grupe de vârstă identificându-se trei factori de bază: un factor denumit "de comprehensiune verbală", un factor de "organizare perceptivă" și un factor "de memorie" (Cohen, 1957, Matarazzo, 1972, Zimmermann, 1973, Gertin, 1971). De asemenea, studiile confirmă și posibilitatea de a separa testele din WAIS în scale verbale și scale de performanță. Cercetările indică de asemenea corelații substanțiale între WAIS și Scalele Stanford.

Testul este destinat persoanelor de la 16 ani în sus și normele furnizate de autor până la grupa de vârstă 70 - 74. Autorul consideră că rezultatele persoanelor dincolo de această vârstă pot fi raportate la etaloanele grupei existente. Timpul de administrare cere de la 60 la 90 de minute. De obicei se administrează întreg testul într-o singură ședință. Pentru subiecți în vârstă care pot obosi repede și își pierd interesul sunt necesare 2 sau mai multe ședințe.

Material pentru W.A.I.S. cuprinde o cutie cu:

- Caiet: modele aranjare de imagini
- Caiet: modele pentru cuburi, completare imagini, probleme de aritmetică
- Cutie: cuburi
- Elemente: elementele componente pentru asamblare de obiecte (manechin, mână, profil, elefant)
- Grilă corecție pentru testul Cod
- Foaie de înregistrare a rezultatelor
- Manual

W.A.I.S.-R, cuprinde 11 teste: 6 formează Scala Verbală, 5 Scala de performanță. Ordinea de prezentare și administrare pentru subiect este, prin alternare, următoarea:

1. Informație
2. Completarea imaginii
3. Serii de numere de memorat
4. Aranjarea imaginilor
5. Vocabular
6. Cuburi
7. Aritmetică
8. Asamblarea obiectului
9. Comprehensiune
10. Codare
11. Similitudini

I. Descrierea scalelor verbale:

1. Informație

Scala cuprinde 29 de itemi care acoperă o plajă largă de informație despre care se presupune că adultul are posibilitatea să o obțină în cultura actuală. Se evită cunoștințe specializate sau academice. Un item a fost considerat ca eligibil dacă prezenta o frecvență a reușitelor crescătoare odată cu nivelul intelectului.

Ordinea itemilor corespunde celei a dificultăților în creștere pentru populația generală studiată.

Valoarea testului: dă extensia informației generale a subiectului, indicând interesul pe care îl are față de lumea din jur. Este unul dintre testele care se menține bine de-a lungul creșterii în vârstă. Are o corelație bună cu nota totală. Corelații mai scăzute cu Serii de memorat, sau cuburile.

Itemii sunt saturați de factori sociali și culturali.

Exemple de itemi: 1. Care sunt culorile drapelului românesc? 2. Ce formă are o minge? 15. La ce folosesc hainele? 24. Ce sunt vasele sanguine.

3. Serii de numere de memorat

Sunt prezentate oral serii de la 3 la 9 numere care trebuie reproduse oral de subiect. În continuare, subiectului i se cere să reproducă alte serii formate de la 2 la 8 numere, dar în ordinea inversă a citirii. Când subiectul eșuează la două serii consecutive, se întrerupe administrarea.

De exemplu: 5 - 8 - 2 și seria crește cu câte un număr. Invers, 5 - 8, și seria crește cu câte un număr. Există 2 variante pentru prima și pentru a doua încercare.

Tipul acesta de probă este răspândit pentru scalele de dezvoltare, începând cu scala lui Binet și reviziile ei, dar și pentru investigarea psihiatrică.

Are o corelare mai slabă cu celelalte teste de inteligență. Este foarte bun pentru nivelele inferioare. Cu excepția cazurilor cu tulburări speciale, boli organice, adulții care nu pot reține cel puțin 5 cifre în ordine directă și 3 în ordine inversă sunt în 90% din cazuri debili mental. O dificultate deosebită în rezolvarea probei are o semnificație diagnostică. Deficiențele de memorie constituie simptome clinice în unele cazuri de boli organice sau în alte boli. O scădere marcată a memoriei apare adesea ca un prim indiciu.

Testul are meritul de a indica rapid dacă subiectul posedă un minim necesar pentru reușita bazală în orice tip de activitate. Notele slabe sunt asociate deseori cu deficiențele de atenție (mai ales pentru ordinea inversă), definită ca "lipsă de control mental" în sensul lipsei de concentrare.

Rezultatul aplicării depinde de calmul și atenția examinatorului. Proba nu se aplică când subiectul este obosit. Poate fi influențată de factorul auditiv.

Este valoroasă pentru reperarea debilității mentale.

Corelația cu nivelele superioare de inteligență este slabă.

5. Vocabular

Cuprinde 35 de cuvinte de dificultate în creștere care sunt prezentate atât oral cât și în scris. Subiectul este rugat să definească pe fiecare dintre ele.

Se consideră că din definirea unui cuvânt se poate aprecia gândirea subiectului și mediul său cultural. Nu se ia în considerare eleganța stilului. Este dată o listă de criterii care permite notarea răspunsurilor diferite. Înregistrarea se face cuvânt cu cuvânt.

Proba are și valoare clinică. Iată, de exemplu definiții realizate de schizofrenici:
plural : mod de gândire gramatical, cui - obiect de metal folosit pentru a reuni mai multe lucruri.

Corelația cu scala totală este foarte ridicată, la fel cu restul testelor. Performanța la test se menține foarte bine cu vârsta, cu o descreștere la bătrânețe

De exemplu: 8. "a asambla", 16. "domestic", 27. "a genera".

7. Aritmetică

Cuprinde 14 probleme asemănătoare celor din școala elementară, Fiecare este prezentată oral și trebuie rezolvată fără utilizarea creionului și hârtiei.

Testul corelează foarte strâns cu inteligența generală. Sunt defavorizați mai ales subiecții care lucrează manual și sunt analfabeți. Cunoștințele nu depășesc 7 clase.

Combinarea notei obținute la testul Informații și la Raționament aritmetic, face posibilă estimarea reușitei școlare a subiectului. De asemenea, reacțiile emoționale și fluctuațiile de atenție pot influența negativ rezultatele.

Corelațiile dintre testul de raționament aritmetic și scala completă variază cu vârsta și prezintă o împrăștiere mare la persoanele vârstnice. Notele descresc cu vârsta.

Sunt dați timpii limită. După 4 eșecuri consecutive, proba se întrerupe.

De exemplu: 7. Câte ore vor fi necesare pentru pe persoană pentru a străbate pe jos 24 kilometri dacă merge cu 3 kilometri pe oră? (timp de 30 sec.).

9. Comprehensiune

Vizează gândirea obișnuită, care are în vedere sensurile normale dar și abilitatea de a exercita judecăți sociale în situații practice; de asemenea, gradul în care persoana a fost expusă la cultura dominantă.

Testele de comprehensiune sunt utilizate în multe scale de inteligență.

Clinic sunt utile în diagnoza psihopatiilor, a schizofreniilor (apar răspunsuri bizare sau perverse) și oferă - având în vedere comportamentul subiectului la teste - informații semnificative privind caracteristicile culturale și sociale.

Itemii nu recurg la cuvinte rare sau dificile. Persoanele cu un vocabular sărac și cei care nu obișnuiesc să-și traducă ideile în cuvinte obțin scoruri scăzute.

Testul se menține bine cu vârsta și chiar atunci când rezultatele încep să scadă, diminuările de performanță sunt mai puțin dramatice decât la alte teste.

Există în total 16 itemi. De exemplu, 1. De ce spălăm hainele? 15. Ce spune proverbul "cu o rândunică nu se face primăvară"?

11. Similarități

Probele specifice solicită abilitatea de a vedea relații dintre lucruri și idei și de a le categoriza în grupe logice. Măsoară capacitatea de a forma unități conceptuale din materialul verbal și de a exprima aceste concepte în cuvinte.

Este considerată una dintre cele mai bune probe, în măsura nu este influențată de factorul de limbaj. Toți cercetătorii îl consideră saturat în factorul "g". Terman sublinia că omul reușește să facă distincție între asemănările de esență și cele superficiale numi atunci când se apropie de vârsta mentală adultă. Proba face o diferență între răspunsuri superioare și cele inferioare, notându-se diferit. Persoanele din a doua categorie prezintă

o capacitate intelectuală uniformă, dar nu ne putem aștepta la o muncă intelectuală de nivel superior; în timp ce cei din a doua categorie par a avea mai multe posibilități. Există în total 14 itemi. De exemplu, "În ce fel sunt asemănătoare portocala și banana? 6. "nasturele și fermoarul"?

II. Prezentarea scalelor de performanță.

2. **Completarea imaginii**

Probele măsoară deschiderea persoanei la detaliile vizuale și abilitatea de a prinde înțelesul detaliilor într-o imagine completă. De asemenea, performanța la scală cere și memorie vizuală.

După cuburile Kohs, este considerat cel mai bun test de performanță. Este util în evaluarea nivelelor de inteligență. Performanța se menține bine cu vârsta, spre deosebire de majoritatea testelor de performanță. Principala limită este faptul că face mai greu distincția între nivelele superioare de inteligență pentru că notele au tendința să se acumuleze în partea superioară a totalului de distribuție. Este eficient în depistarea debilităților mentale.

4. **Aranjarea imaginilor**

Probele cer persoanei să evalueze relevanța socială a situațiilor prezentate în imagini, să anticipeze consecința acțiunilor și să distingă esențialul de detaliile irelevante. Intervine de asemenea și abilitatea de a planifica și, mai ales, abilitatea de a sesiza o situație de ansamblu: înainte de a începe aranjarea subiectul trebuie să înțeleagă aspectul global, ideea generală.

Faptul că imaginile descriu anumite experiențe sociale practice îl apropie de "inteligența socială" și, într-adevăr, cei care reușesc la această scală sunt rareori debili mental, chiar dacă au avut rezultate mai slabe la alte scale.

Performanța nu se menține cu vârsta.

6. **Cuburi**

Testul include o măsură a abilității de a analiza abstract figuri vizuale și a le construi din părțile componente; în esență reprezintă o măsură a abilității de a manipula relațiile spațiale. Reconstituirea imaginilor date se pot face cu ajutorul unor cuburi care au fiecare laturi albe complet, roșii complet și, pe diagonală, jumătate albe - jumătate roșii.

Testul cuburilor colorate a fost prima dată imaginat de Kohs care considera că proba oferă posibilitatea de a măsura inteligența non-verbală. Corelația înaltă a testului cu celelalte scale, mai ales cu Comprehensiune, Informație și Vocabular pare a-l plasa în rândul probelor care oferă o măsură a factorului general.

Proba cere și analiză calitativă a comportamentului subiectului pentru că se obțin date privind modul cum rezolvă sarcina: modul în care urmărește desenul - acordă atenție întregului sau descompunerii în detalii, atitudinile și reacțiile emoționale (descurajare, abandon, perseverare) dau posibilitatea să distingem într-un anumit grad între comportament alert, impulsiv, și cel reflexiv și meticolos.

Clinic, cei care prezintă deteriorări mentale, dar și cei în vârstă au dificultăți în a rezolva testele mai ales datorită scăderii capacității de sinteză. Acest lucru se observă și în cazul unor boli mentale.

Performanțele la probă decad cu vârsta (în genere, după 40 de ani, scade treptat performanța).

8. Asamblarea obiectului

Proba evaluează capacitatea de a recunoaște o imagine întreagă a unui obiect familiar din grămada de părți separate prezentate și de a asambla părțile pentru a reface imaginea obiectului întreg. Include printre calități: un simț al relațiilor spațiale, coordonare vizual - motorie, persistență.

Patru obiecte trebuie re-asamblate din părțile lor componente. Subiectul primește părțile tăiate în așa fel încât obiectul nu este ușor de ghicit dinainte. Primul exemplu este simplu, un manechin, apoi modelul devine mai complicat și numărul de bucăți de reasamblare mai mare (un profil uman, o mână, un elefant).

Analiza calitativă a comportamentului subiectului la probe este importantă pentru diagnoză. De exemplu, debili mental se folosesc de încercare și eroare pentru a ajunge la combinarea diferitelor părți; alții, incapabili să sesizeze de la început întregul, după un număr de încercări și erori realizează brusc figura ce trebuie reconstruită; și un al treilea tip de comportament care sesizează de la început ce anume trebuie reconstruit. Proba are o bună valoare clinică.

10. Cod

Proba măsoară viteza vizual-motorie. Scorurile pot fi afectate de memoria vizuală, de capacitatea de coordonare și de abilitatea de a învăța un material nonverbal.

Testele de substituție precum codul sunt dintre cele mai vechi tipuri de probe psihologice în care se cere asocierea anumitor simboluri cu alte simboluri determinate și se măsoară aptitudinea prin rapiditatea și precizia punerii în practică a asocierilor. Pentru persoanele aliterate proba este destul de dificilă, de asemenea clinic, pentru nevrotici sau persoane instabile psihic, mai ales pe fondul dificultăților de concentrare și a reactivității emoționale.

Conceptul de coeficient intelectual în evaluarea performanțelor la scalele Wechsler

Diferența principală între scalele de dezvoltare și scalele Wechsler, este renunțarea la conceptul de vârstă mentală și utilizarea definiției statistice a normalității, aprecierea nivelului intelectual făcându-se pe baza comparării rezultatului subiectului cu media și abaterea standard a rezultatelor subiecților de aceeași vârstă.

Autorul reproșează conceptului de vârstă mentală mai multe neajunsuri începând cu faptul că, după 13 ani nu mai are sens real, diferențele dintre persoanele de aceeași vârstă prezentând variații mai mari decât diferențele dintre performanțele medii la grupe de vârstă apropiate. Conceptul devine ambiguu și la analogiile cu alte măsurători pentru alte aspecte le creșterii și dezvoltării copilului. Se pot defini vârste de dezvoltare pentru diferite funcții fiziologice sau pentru creșterea corporală; vom găsi curbe de dezvoltare foarte diferite la copii diferiți, termenul de vârstă de dezvoltare neavând decât o acoperire relativă în realitate.

În plus, datorită faptului că vârstă mentală a ajuns să capete un înțeles suplimentar de nivel specific delimitat, de cantitate precisă de inteligență, el nu devine aplicabil pentru comparații. De exemplu, Wechsler argumentează că nivelul și caracterul performanțelor

unor copii de 4, 5 ..10 ani, care au aceeași vârstă mentală la testul Binet - Simon, de ex. 6 ani, nu sunt identice.

De fapt, aceste limite derivă din conceperea inteligenței ca aptitudine specifică. Wechsler, cum am văzut, pornește de la conceperea inteligenței ca parte a personalității globale, capacitate complexă a subiectului de a gândi rațional, de a acționa cu scop și a relaționa adecvat cu mediul său. Astfel, inteligența este în același timp energie mentală, aptitudinală, dar și capacitatea subiectului de a utiliza această energie, ceea ce implică alți factori aptitudinali și o puternică contribuție motivațională precum și a altor variabile ale personalității în ansamblu.

Concepția sa se reflectă în structura scalelor, scala verbală măsoară mai mult factori intelectivi, cea nonverbală, în principal factori nonintelectivi. Scala permite definirea unui Q.I verbal și unui Q.I de performanță , precum și a unui Q.I total prin însumarea rezultatelor la cele două serii de teste. Se dispune astfel, spune Wechsler, de o descriere mai nuanțată a subiectului, fie copil, fie adult, rezultatul putând fi utilizat nu numai pentru o etichetare a subiectului, ci pentru a începe și un demers terapeutic compensator sau de suport în procesul educațional recuperator.

Utilizarea datelor testului WAIS în psihodiagnoza clinică

Scalele WAIS permit posibilitatea de a compara între ele diferitele abilități mentale testate.

Modele de asociere între performanțele la probe și entități nosologice

Clinic s-a pus problema în ce măsură putem stabili unele modele de diferențe între notele la subscale și entități clinice specifice. Autorul a determinat existența unor indici, respectiv faptul că o notă slabă la un test pare a fi caracteristică unui tip particular de disfuncție mentală sau asociată unei stări mentale psihopatologice.

De exemplu, asocierea dintre o notă scăzută la testele de performanță și o notă slabă la cuburi, pare a fi caracteristică condiției de "deteriorare organică". S-a stabilit că anumite grupe clinice par a avea tendința de a avea note scăzute sau ridicate la anumite teste. La testele verbale, obțin note mai ridicate cei cu tulburări organice ale creierului, psihoze și psiho-nevroze. Cu note mai ridicate la testele de performanță se relevă psihopatiile și cei cu debilitate mentală.

S-au stabilit și modelele ce par a fi caracteristice pentru condiții mentale precum: maladiile organice ale creierului, schizofrenie, nevroză, psihopatie, debilitate mentală.

Indicele de deteriorare mentală

De asemenea, situația în care anumite scale tind să-și păstreze performanța în raport cu creșterea în vârstă, iar altele prezintă tendința contrară, a făcut posibilă calcularea unui coeficient de deteriorare mentală, folosind notele standard de la 8 teste. Patru, însumate, reprezintă probele unde vârsta pare să nu aibă influență asupra performanței: Informații, Vocabular, Asamblare de obiecte, Completare de imagini. Nota obținută se scade la suma obținută la alte patru, a căror stabilitate cu vârsta scade dramatic, respectiv: Memoria cifrelor, Similitudini, Cod, Cuburi. Punctajul rezultat se împarte la suma celor 4 teste care rezistă la creșterea în vârstă. Conform indicelui, deteriorarea psihometrică este aceeași cu deteriorarea mentală; un coeficient pozitiv indică o deteriorare probabilă.

W.I.S.C.

În 1949 apare o extensie a W.A.I.S. denumită Scala W. pentru copii, W.I.S.C.

În 1967, autorul extinde probele la vârste între 4 - 6 1/2 ani, Scala de Inteligență pentru Preșcolari și școala primară, W.P.P.S.I. În 1974 are loc revizuirea W.I.S.C. - R

Mulți itemi au fost luați direct din forma pentru adulți și s-au adăugat itemi mai ușori de același tip pentru fiecare dintre teste. WISC R constă din 12 subteste, 2 fiind folosite doar ca alternative sau ca teste suplimentare dacă există timpul necesar pentru ele.

Sunt 6 scale verbale care permit măsurarea unui Q.I. verbal și 6 de performanță care permit măsurarea unui Q.I. de performanță, scale dispuse și administrate alternativ, în următoarea ordine astfel:

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. Informație | 2. Completare imagini |
| 3. Similitudini | 4. Aranjarea imaginilor |
| 5. Aritmetică | 6. Cuburi |
| 7. Vocabular | 8. Asamblarea obiectului |
| 9. Comprehensiune | 10. Codare (sau Labirint) |
- (Serii de numere de memorat)

Subtestele verbale

Informație: măsoară o gamă de cunoștințe învățate și fapte generale: răspunsurile corecte depind de educația formală.

Comprehensiune: măsoară judecata, simțul comun și abilitate raționării practice; răspunsurile corecte depind de măsura în care subiectul are o varietate de experiențe practice.

Aritmetică: Măsoară abilitatea numerică și aritmetică; măsoară și memoria auditivă de termen scurt; răspunsurile corecte depind de abilitatea de concentrare.

Similarități: măsoară abilitatea de rezolvare a problemelor verbal - abstracte; bun predictor pentru succesul școlar al celor orientați verbal, care fac parte din clasa de mijloc.

Vocabular: măsoară cunoștințe legate de cuvinte, verbalizare sau vocabular; este influențat de nivelul educațional; este un bun predictor pentru succesul școlar al celor din clasa de mijloc, orientați verbal.

Memorie: măsoară memoria secvențială auditivă de termen scurt și depinde de capacitatea de concentrare; este vulnerabil la anxietatea subiectului.

Subtestele de performanță:

Completare imagini: măsoară abilitatea de a identifica vizual detalii obișnuite zilnice.; implică de asemenea abilitatea de a separa esențialul de neesențial (detalii vizuale).

Aranjare imagini: măsoară conștiința socială, abilitatea de a gândi secvențial abilitatea de a înțelege comportamentul uman în termeni de cauză - efect și abilitatea de a potrivi părțile unui întreg.

Cuburi: măsoară abilitatea de a rezolva probleme abstract, coordonarea vizual - motorie și relațiile spațiale. Testul este cel mai puternic dintre cele de performanță pentru măsurarea inteligenței bazale non-verbale.

Asamblare obiecte: măsoară coordonarea vizual - motorie, relațiile spațiale și abilitatea de a potrivi părțile unui întreg.

Codare: Măsoară coordonarea vizual - motorie, dexteritatea manuală și flexibilitatea (abilitatea la schimbări conceptuale); este considerat a fi un indicator al potențialului pentru "o nouă învățare" pentru că răspunsurile corecte depind de flexibilitatea subiectului; măsoară de asemenea memoria vizuală.

Labirint: măsoară abilitatea de planificare și anticipare și coordonarea vizual- motorie.

Aspecte privind interpretarea scorurilor

Determinând existența unei diferențe semnificative la scorurile subscalelor (în sus sau în jos) legat de ceea ce măsoară scalele este posibil să identificăm problemele de învățare, de personalitate și de rezolvare de probleme. Pot exista deviații semnificative ale scorurilor legate de tulburări ale emotivității, retardul mental, disabilități pentru învățare, diferențe de ordin cultural.

De obicei, o diferență ușoară înseamnă 5 sau mai multe puncte de la media teoretică de 10, sau 4 sau peste de la media scorului la probele Verbale sau de Performanță.

Tabel privind deviații semnificative ale scorurilor la sub-scalele WISC în funcție de diferite cauze:

<i>Sub-scală</i>	<i>Scor crescut datorită problemelor emoționale</i>	<i>Scor scăzut datorită problemelor emoționale (E), Diferențelor culturale (Dc) sau retardului mental (R)</i>	<i>Scor scăzut datorat disabilităților de învățare (D)</i>
Informație	personalitate obsesiv-compulsivă	E: represie, slabă testare a realității; Dc: răspunsuri sărace R	Auditiv: probleme de receptare, memorare sau de înțelegere
Comprehensiune	personalitate "în gardă, de tip paranoid	E: delicvență, probleme de control și simț comun slab; slabă testare a realității Dc R	Auditiv: receptare, memorare și / sau probleme de înțelegere
Aritmetică	personalitate obsesiv compulsivă uneori personalitate paranoidă	E: anxietate, concentrare slabă, probleme în testarea realității Dc R	Tulburare a memoriei auditive secvențiale

Similarități	personalitate obsesiv compulsivă, personalitate paranoidă	R Dc E: testarea realității, anxietate, orientare spre impuls (delicvență)	Auditiv: receptare, memorare și / sau probleme de înțelegere
Vocabular	personalitate obsesiv - compulsivă mai ales când verbalizările sunt stilate, controlate; personalitate paranoidă	R Dc E: probleme de testare a realității; anxietate; orientare spre impuls (delicvență)	Auditiv: receptare, memorare și / sau probleme de înțelegere
Memorie	personalitate paranoidă alertă	E: anxietate care afectează memoria; unitățile dinainte mult mai bine decât ultimele ceea ce sugerează dificultăți de procesare R	Tulburări ale memoriei secvențiale auditive
Completare imagini	personalitate paranoidă alertă	E: slabă testare a realității, depresie; R Dc	Tulburarea recepției vizuale; tulburarea percepției figură - fundal
Aranjare imagini	Delicvență	E: anxietate, depresie, slabă test. a realității Retard mental	Probleme de coordonare vizual-motorie; incapacitatea de a câștiga sens din stimuli non-verbali
Cuburi		R	Probleme de

		E: anxietate, depresie	coordonare vizual-motorie; tulburarea percepției figură - fundal; probleme vizual - motorii
Asamblare obiecte		E: anxietate, depresie, slabă testare a realității	Probleme de coordonare vizual-motorie; tulburarea percepției figură - fundal;
Codare		E: anxietate, depresie, orientare spre impulsivitate (delicvență) R	Probleme de coordonare vizual-motorie; tulburarea memoriei vizuale
Labirint		E: anxietate, depresie, orientare spre impuls	Probleme de coordonare vizual-motorie; tulburarea percepției figură - fundal

W.I.S.C. este un test de inteligență pentru copii de **la 5 ani până la 11 - 15 ani**. Este considerat cel mai bun test individual de inteligență.

Definirea inteligenței este aceeași ca pentru testele pentru adulți și copii mici. Ele măsoară un tip de inteligență comprehensibilă care nu implică numai sarcini tipice de rezolvare de probleme ci măsoară și procesele de gândire, punctele slabe și puternice ale personalității și învățării.

W.I.S.C. nu are o standardizare puternică. Este standardizat doar pe caucazieni și sunt incluse prea puține cazuri de retard mental. Wechsler nu folosește conceperea quotientului intelectual ca pondere, ci ca deviație: rezultatele de Q.I. la test pentru un subiect de orice vârstă dată, pot fi comparate doar cu subiecți de vârstă similară. Astfel, Q.I nu se schimbă odată cu vârsta.

Format din 12 sub-teste: 6 subteste verbale care totalizează un Q.I verbal și 6 teste de performanță, care totalizează un Q.I. de performanță. Q.I.-ul verbal poate fi, în plus, combinat cu Q.I., de performanță pentru a obține Q.I. la scara generală.

Când se administrează W.I.S.C., fiecare din rezultatele la cele 12 subteste duce la un **scor brut**: numărul de răspunsuri corecte obținute de un subiect la fiecare dintre subteste. Fiecare scor brut din cele 12 poate fi transformat în scor normat - prin referințe la

normele din manual. Poate fi constituit scorul normat verbal prin însumare, și transformat în Q.I verbal prin normele din manual. La fel se procedează pentru calcularea scorurilor brute și normate la testele de performanță, care prin însumare, vor da scorul normat pentru convertirea în Q.I. de performanță.

Prin adunarea scorului normat verbal cu cel de performanță, se obține un **scor normat total**, care poate fi convertit în Q.I. general prin referire la normele din manual.

Q.I-ul mediu (verbal, de performanță, total) este 100, deviația standard pentru fiecare este 15. Scorul normat are media 10 și deviația 3.

Forma testului este denumită protocol. În plus de completarea protocolului conform rezultatelor subiectului la subteste, examinatorul ia note mereu privind comportamentul sau performanța neobișnuite ale subiectului; notele sunt confidentiale și nu sunt puse în dosarul cu rezultatele subiectului.

Testele W.I.S.C. sunt instrumente psihologice și intră sub incidența codul deontologic. Cer timp în formarea specialistului pentru administrare și interpretare.

În cotarea răspunsului sunt utilizate unele concepte precum: scor bazal și scor plafon. **Scorul bazal** este punctul din testul dat unde care subiectul nu înregistrează nici o eroare; **scorul plafon** este punctul din test de unde nu mai este capabil să rezolve cu succes nici un item. Scorul de bază și scorul plafon sunt locurile de unde începe și se termină cotarea. O astfel de procedură la test va conduce spre o variație a scorului la test (sau subtest) între scorul bazal (împreună cu punctele precedente cu care subiectul poate fi creditat) și scorul plafon.

Clinic se pot realiza trei interpretări diferite:

- 1. diferența cantitativă dintre Q.I. verbal și Q.I. de performanță**
- 2. diferența cantitativă dintre scorurile la subtestele scalelor**
- 3. verbalizările subiectului la subtest**

De exemplu, dacă realizăm o comparație între Q.I verbal cu Q.I. de performanță:

Media teoretică pentru fiecare este 100. Foarte rar se întâmplă în realitate ca același subiect să aibă la toate scalele același scor, respectiv să fie Q.I. 100 la toate cele trei tipuri de Q.I. (verbal, de perf., total),.

Gradul în care există o diferență între Q.I.-ul verbal și cel de performanță al subiectului sugerează o deviație de la media teoretică.

Autorii consideră că, din punct de vedere clinic, o diferență de 20 de puncte sau mai mult poate fi interpretată ca deviere semnificativă. Faptul că Q.I. verbal este mai mare decât Q.I. de perf. sugerează în plus un set de ipoteze de interpretare. La fel și situația inversă. Cu cât este mai mare diferența - începând de la 20 de puncte în sus, cu atât diferența în gradul de eficiență rezolutivă în diferite tipuri de abilități este mai semnificativă.

Tabel privind legătura dintre performanța Q.I. Verbal și Q.I. de Performanță, mai sus sau mai jos de medie cu 20 de puncte și ipotezele de interpretare posibile.

Q.I. Verbal peste Q.I. Performanța cu 20 și mai multe puncte:

1. Q.I.V ridicat (130 -140) și Q.I.P. în jur de 100 sugerează: o orientare academică și intelectuală, mai scăzută orientarea motorie sau de perf.. Cu cât răspunsurile verbale sunt mai stilate și căutate, sugestia este de intelectualizare poate chiar tendință obsesiv-

compulsivă.
2. Q.I.V. puțin peste 100, Q.I.P. scăzut (80) sugerează: depresie, mai ales dacă Performanța suferă datorită lentorii generale a subiectului și testele sub-verbale sunt pline cu verbalizări de autp-pedepsire, rău, păcat etc.
3. Q.I. V. mediu sau peste și Q.I P. sub medie (85 și mai puțin) cu scoruri scăzute mai ales la scalele : cuburi, codare. asamblare obiecte (această ordine) sugerează: traumatism la nivelul creierului, imaturitate fiziologică, și /sau coordonare oculară / sau manuală slabă, implicând deci aria vizual -motorie a creierului.
4. Q.I. mediu sau peste și Perf. sub medie mai ales la scalele memorie, codare, aritmetică, cuburi, asamblare obiecte și aranjare imagini sugerează: anxietate. atenție particulară pentru scala memorie care este cea mai vulnerabilă la anxietate. Cu cât scorul la această scală este mic iar la celelalte scale semnificativ mai mare, vorbim de anxietate. Cu cât scorul de la scala de memorie este mai mare cu atât e mai probabil ca subiectul să nu fie anxios; poate emoțional foarte stabil.

Q.I. Performanță este peste scorul Q.I. Verbal cu 20 și peste:

5. Q.I. P. peste 110 și Vb. ușor sub medie sugerează: tendințe de reactivitate prin acțiuni sau delincvență, mai ales dacă verbalizarea este plină cu idei agresive, impulsive și distructive. În situațiile cele mai benigne, fără verbalizări agresive, poate reprezenta tendința spre a face și nu a verbaliza sau asculta. În termenii abilităților de învățare, poate reprezenta condiția mai rară de apraxie verbală, care se manifestă în probleme de exprimare verbală marcate, cu forța în performanța motorie. Diagnosticul diferențial se poate face în funcție de conținutul - agresiv sau nu - al verbalizărilor și a ușurinței cu care sunt exprimate.
6. Q.I. puțin peste 100, Q.I.Vb. adesea sub 90, mai ales când analiza verbalizărilor relevă idei ciudate, bizare și în afara contextului, sugerează: schizofrenie, de obicei de tip simplu. Indivizii paranoizi sau schizofrenia paranoidă au procese verbale mai intacte dar stranii și Q.I.-ul lor verbal este de obicei mai înalt decât Q.I.P.
7. Q.I.P. ușor peste 100, și Q.I. V. sub 85, mai ales când verbalizările sunt slabe, greoaie și cultural sărace: deprivare culturală.

Similaritatea dintre Q.I.Verbal și Q.I. Performanță:

8. Mai înalte ambele decât 130, : o capacitate puternică de rezolutivitate pentru majoritatea domeniilor care implică rezolvarea de probleme. Abilități intelectuale puternice. Este necesară și examinarea clinică a verbalizărilor.
9. Ambele sub 75, cu toate scorurile scalelor la 7 și sub sugerează: retardare mentală. Dacă scorurile sunt între 50 și 75 și scalele au scoruri între 5 și 7 este implicată posibilitate educabilității

retardatului mental. Dacă sunt sub 50 și scorurile scalelor sub 5, accentul se va pune pe munca de formare.

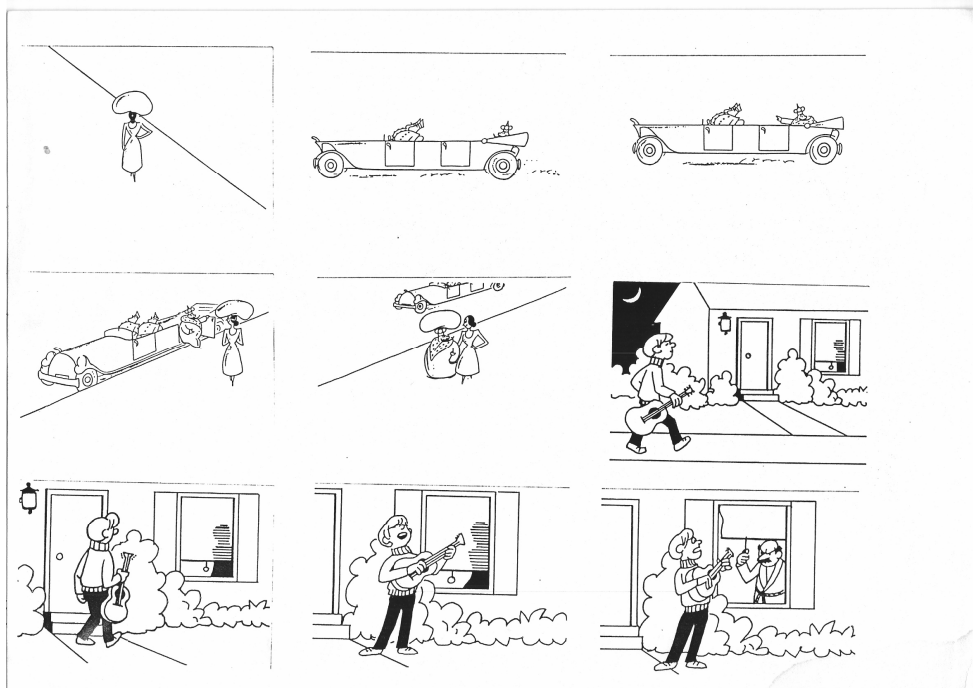
10. se pot de asemenea deriva:

Un scor Spațial: suma la Completare imagini, Cuburi, Asamblare obiecte.

Un scor Conceptual: suma scorurilor de la Informații, Similitudini și Vocabular.

Un scor Secvențial: suma de la Memorie și Codare

Exemplu. Facsimil test Aranjare imagini



Prezentarea materialelor WAIS

Facsimil completare protocol evaluare:

TABLE OF SCALED SCORE EQUIVALENTS*												
Scaled Score	RAW SCORE											Scaled Score
	VERBAL TESTS						PERFORMANCE TESTS					
	Information	Digit Span	Vocabulary	Arithmetic	Comprehension	Similarities	Picture Completion	Picture Arrangement	Block Design	Object Assembly	Digit Symbol	
19	—	28	70	—	32	—	—	—	51	—	93	19
18	29	27	69	—	31	28	—	—	—	41	91-92	18
17	—	26	68	19	—	—	20	20	50	—	89-90	17
16	28	25	65-67	—	30	27	—	—	49	40	84-88	16
15	27	24	65	18	29	26	—	19	47-48	39	79-83	15
14	26	22-23	63-64	17	27-28	25	18	—	44-46	38	75-78	14
13	25	20-21	60-62	16	26	24	—	18	42-43	37	70-74	13
12	23-24	18-19	55-59	15	25	23	18	—	38-41	35-36	66-69	12
11	22	17	52-54	13-14	23-24	22	17	15-16	35-37	34	62-65	11
10	19-21	15-16	47-51	12	21-22	20-21	16	14	31-34	32-33	57-61	10
9	17-18	14	43-46	11	19-20	18-19	15	13	27-30	30-31	53-56	9
8	15-16	12-13	37-42	10	17-18	16-17	14	11-12	23-26	28-29	48-52	8
7	13-14	11	29-36	8-9	14-16	14-15	13	8-10	20-22	24-27	44-47	7
6	9-12	9-10	20-28	6-7	11-13	11-13	11-12	5-7	17-19	21-23	37-43	6
5	6-8	8	14-19	5	8-10	7-10	8-10	3-4	8-13	16-20	30-36	5
4	5	7	11-13	4	6-7	5-6	5-7	2	3-7	13-15	23-29	4
3	4	6	9-10	3	4-5	2-4	3-4	—	2	9-12	16-22	3
2	3	3-5	6-8	1-2	2-3	1	2	1	1	6-8	8-15	2
1	0-2	0-2	0-5	0	0-1	0	0-1	0	0	0-5	0-7	1

*Clinicians who wish to draw a profile may do so by locating the subject's raw scores on the table above and drawing a line to connect them. See Chapter 4 in the Manual for a discussion of the significance of differences between scores on the tests.

V. Comp. = 17 = > 150
P. Org. = 15 = 140
ACID = 11 = 103

SUMMARY			
	Raw Score	Scaled Score	Age
VERBAL TESTS			
Information	20	10	10
Digit Span	18	12	12
Vocabulary	66	16	15
Arithmetic	13	11	10
Comprehension	32	19	19
Similarities	27	16	16
Verbal Score	84		
PERFORMANCE TESTS			
Picture Completion	19	14	14
Picture Arrangement	17	12	12
Block Design	50	17	17
Object Assembly	38	14	14
Digit Symbol	64	11	11
Performance Score	68		
	Sum of Scaled Scores	IO	
VERBAL	84	125	
PERFORMANCE	68	128	
FULL SCALE	152	130	

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION
HARCOURT BRACE JOVANOVICH, INC.

Copyright © 1981, 1955, 1947 by The Psychological Corporation. Standardization Edition Copyright © 1976 by The Psychological Corporation. No part of this form may be copied by any process without permission. All rights reserved.
Printed in U.S.A.

9-991829

4.3. Prezentarea succintă a unor chestionare clinice:

Scala de depresie Radloff – CES-D

- a fost elaborata in 1977, contine 20 de itemi si urmareste masurarea depresiei
- in conceperea acestei scale, autorul a pornit de la instrumente clasice precum:
 - o inventarul de depresie Beck
 - o scala de depresie Zung
- poate fi folosita ca interviu si chestionar
- autorul considera ca itemii scalei sunt reprezentativi pentru 6 componente majore ale depresiei identificati in experienta clinica si in analize factoriale

- aceste componente sunt urmatoarele:
 - o dispozitia depresiva
 - o sentimente de culpabilitate si devalorizare
 - o sentimente de neajutorare si lipsa de speranta
 - o intarziere psihomotorie
 - o lipsa apetitului alimentar
 - o insomnie

Administrare si scorare

- raspunsurile la fiecare item se scoreaza pe o scala de la 0 – 3, cu exceptia itemilor 4, 8, 12, 16 care se scoreaza pe o scala de la 3 – 0
- limitele de variatie a valorilor – intre 0 – 60 puncte

Evaluarea

- intre 0 – 34 puncte, scor scazut
- intre 35 – 44 puncte, scor mediu
- intre 45 – 60 puncte, scor ridicat

Validitatea scalei

- scala CES-D coreleaza foarte bine cu scala pentru depresie Hamilton, cu inventarul pentru depresie Beck, cu scala pentru depresie Zung si cu scala SCL-90 (date dupa Weissmann, 1977)
- coreleaza, de asemenea, cu nevoia de ajutor pentru rezolvarea unor probleme emotionale si cu existenta unor evenimente majore de stres aparute recent in viata subiectului (despartirea)

Scala de depresie Zung

- a fost dezvoltata in 1965, cuprinde 20 de itemi care permit autoevaluarea depresiei prin surprinderea aspectelor si trasaturilor depresiei indicate in studii factoriale interioare
- continutul sau acopera cele mai multe criterii de evaluare a depresiei folosite de scala Hamilton, si de DSM-IV
- Berndt, 1990, a descris scala SDZ ca fiind una dintre cele mai folosite si mai cunoscute pentru evaluarea depresiei

Administrare si cotare

- raspunsurile la itemii: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19 se coteaza pe o scala de la 1-4 (1 – foarte rar, 4 – foarte des)
- ceilalti itemi, formulati pozitiv, 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, se coteaza pe o scala de la 4 – 1 (4 – foarte rar, 1 – foarte des)
- plaja de variatie a valorilor se situeaza intre 20 si 80 puncte

Evaluare

- intre 20 – 49, scor scazut
- intre 50 – 64, scor mediu
- intre 65 – 80, scor ridicat
- Zung in 1986 recomanda considerarea valorilor mai mari de 50 de puncte ca fiind indicatori siguri pentru depresie

Fidelitate scalei

- Zung, 1986, coeficient de fidelitate 0,92

- Knight, 1993, coeficient de fidelitate 0, 79

Validitatea scalei

- scala a fost corelata cu scala de depresie MMPI (Minesotta) de catre Zung in 1967 si Richards si Short in 1965
- au fost obtinuti coeficienti intre 0, 59 si 0, 64
- coeficient de corelatie de 0, 77 cu inventarul de depresie Beck, coeficient intre 0, 62 si 0, 80 cu scala Hamilton, precum si alte corelatii semnificative cu instrumente mai putin cunoscute (diagnosticul DSM-IV)
- in 1965, Zung a remarcat o scadere semnificativa a scorului obtinut la SDZ de pacienti internati in timpul tratamentului antidepresiv.

Scala Hamilton pentru depresie (HDRS)

- a fost dezvoltata de Hamilton in 1960
- este cea mai utilizata scala pentru depresie
- este un instrument international de investigare pentru investigatori - studii de psihofarmacologie, ca baterie standard de evaluare a severitatii simptomelor si a sensibilitatii la schimbare.
- scala HDRS are un volum urias de baze de date pentru studii analitice sau comparative
- este utilizata si pentru valoarea ei in procesul de formare a psihologilor sau psihiatrilor clinicieni
- scala originala HDRS a urmarit sa cuantifice severitatea depresiei numai la pacientii deja diagnosticati cu depresie si nu a fost utilizata ca instrument de identificare a depresiei
- aceasta scala trateaza depresia ca un concept unitar, iar incercarile de a identifica componenta depresiei cu aceasta scala au dat rezultate contradictorii
- exista mai multe variante ale scalei; varianta prezentata este alcatuita din 25 de itemi (2 itemi cu forma A si B)
- un numar de 16 itemi (1, 2, 3, 7A, 7B, 8, 9, 10, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23) sunt cotati pe o scala de la 0-4, iar ceilalti itemi (4, 5, 6, 12, 13, 14, 16, 17A si 17B) sunt cotati pe o scala de la 0-2.
- Hamilton a construit scala pentru a cuantifica informatiile culese de la pacient de catre un clinician pe baza unui interviu nestructurat
- autorul recomanda sa se foloseasca date diferite din alte surse precum:
 - o informatii de la familie, asistente medicale, etc
- Hamilton preconiza ca evaluarea pacientului sa fie facuta de 2 clinicieni (unul conduce interviul si altul pune intrebari suplimentare sfarsitul interviului)
- aceasta recomandare nu a fost incetatenita in aplicatiile ulterioare
- scorul unui item sintetizeaza frecventa si severitatea simptomului
- pe baza scorului fiecarui item, prin sumarea lor, se calculeaza scorul general
- plaja de valori: 0-86 puncte

Evaluarea:

- scala HDRS nu dispune de scoruri practice, dar in practica, in general este acceptat urmatorul sistem de evaluare (Endicott si colaboratorii):
 - o 0-6 puncte – lipsa depresiei

- 7-17 puncte – depresie usoara
- 18-24 puncte – depresie medie
- 25-86 puncte – depresie de severitate mare
- sunt doua structuri de interviu pe baza scalei HDRS:
 - itemii sunt transformati in intrebari la care subiectul trebuie sa raspunda
 - ghidul structurat de interviu pentru scala Hamilton dezvoltat de Williams in 1988
 - interviul structurat (SI-HDRS) dezvoltat de Poots si colab in 1990
 - prin analiza factoriala s-au conturat factori de analiza factoriala HDRS
- Guy in 1976 prezinta 6 factori:
 - Anxietate/ somatizare
 - Greutate
 - Tulburari cognitive (vinovatie, agitate, idei suicidare, de derealizare, simptome paranoide, simptome obsesionale)
 - Variatie diurna a dispozitiei
 - Retardare
 - Tulburari de somn
- Hedlung si Wiewick in 1979 trec in revista 6 studii efectuate si constata ca sunt cel putin 2 factori stabili:
 - Factor legat de severitatea simptomelor
 - Factor cu variabilitate bipolara (anxietate, depresie, agitate, retardare)
- in 1983 Rhoades si Overall fac o analiza factoriala care contureaza 7 factori, iar prin intercorelarea lor obtin 2 factori de ordinul 2:
 - depresia vegetativa
 - depresia cognitiva
- prin analiza clustere a scorurilor obtinute la pacientii evaluati cu HDRS, acesti autori indica 5 subtipuri de depresie:
 - anxioasa
 - suicidara
 - somatizanta
 - vegetativa
 - paranoida
- toate studiile au relevat ca cei mai importanti factori sunt:
 - factorul tulburarii de somn – studiati de itemii 4,5,6
 - factorul anxietate – studiati de itemii 9, 10, 11
 - factorul severitatea depresiei- itemii 1, 2 7, 8, 10, 13

Fidelitatea scalei HDRS

- indicii de fidelitate sunt foarte inalti, coeficientii de consistenta interna au fost gasiti foarte buni, in 3 din 4 studii luate in analiza
- Cickhetty si Prusoff in 1983 au studiat consistenta inter-cotatori pentru fiecare item HDRS si au obtinut un indice al consistentei bun pentru 8 itemi

Date despre validitate

- scala a fost administrata concomitent cu o scala globala de evaluare a severitatii depresiei si mai multi autori au gasit indici de corelatie cuprinsi intre 0,48 si 0,73

I In ciuda raspandirii sale, scala HDRS a fost criticata pentru introducerea de prea multe simptome somatice si pentru ca nu prevede definitii operationale pentru fiecare item si din acest motiv administrarea ei necesita un grad ridicat de expertiza clinica. De altfel, chiar Hamilton spunea ca valoarea scalei depinde in intregime de abilitatea interviorului de a extrage informatiile necesare de la pacient.

Scala de melancolie (SM)

- consta in 11 itemi completati de evaluator in baza unui interviu cu pacientul
- este o extensie a scalei Hamilton
- autorii Beck si Rafaelsen in 1980 si-au propus sa realizeze o scala de depresie care sa aiba o consistenta interna mai mare decat scala Hamilton
- Markos si Salamer in 1990 au descoperit utilizand analiza factoriala, ca itemii scalei SM surprind un singur factor
- alte studii au relevat ca itemii scalei sunt omogeni pe diverse loturi de subiecti

Administrare si cotare

- interviorul este liber sa intrebe orice considera necesar astfel incat sa fie in masura sa evalueze cei 11 itemi ai scalei
- se coteaza fiecare item pe o scala de la 0-4
- scorurile inalte reprezinta un grad mai mare de depresie
- plaja de valori: 0-44 puncte

Evaluare

- Beck in 1993 recomanda urmatoarele scoruri practice:
 - o 0-5 puncte – nu exista depresie
 - o 6-9 puncte – depresie usoara
 - o 10-15 puncte – depresie medie
 - o 16-29 puncte – depresie majora
 - o 30-44 puncte – depresie foarte accentuata

Fidelitatea scalei

- autorii in 1990 au gasit coefienti de fidelitate de la 0,58 la 0,88 pentru corelatia intre itemii scalei SM si itemii altei scale de depresie
- alte studii ale acelorasi autori efectuate in 1986 au gasit corelatii mai joase in jurul valorii de 0,50
- Chambon si colab in 1990 au gasit un coeficient de fidelitate de 0,70 pentru versiunea franceza a scalei
- alte studii au raportat coeficienti de fidelitate intre 0,71 si 0,93

Validitatea scalei

- scorurile scalei coreleaza inalt cu scorurile scalei Raskin si semnificativ mai putin cu alte instrumente de masurare a depresiei
- Further si altii in 1989 au gasit ca marimea ventriculilor creierului coreleaza cu scorurile calitatii la SM si nu coreleaza cu cele de la scala Hamilton
- Schegel si altii in 1991 au descoperit ca activitatea cerebrala lenta coreleaza cu valorile scalei SM si nu coreleaza cu ale scalei Hamilton
- Beck si altii in 1986 au aratat ca scala SM discrimineaza in mod semnificativ intre episoadele depresive majore scu melancolie si fara melancolie

- alte cercetari au aratat ca scorurile la scala SM scad sub tratament antidepresiv adecvat
- se insumeaza punctajul inregistrat si se raporteaza la scala

Scala pentru manie (MSRS) – Beigel, Murphy, Bunny

- a fost creata de Beigel, Murphy si Bunny, cercetatori la Institutul National de Sanatate din SUA, 1971
- masoara frecventa si intensitatea a 26 de comportamente maniacale (de la fuga de idei pana la a se simti descurajat) pe perioada ultimelor 8 ore.
- itemii (tipuri de comportamente maniacale) au la baza literatura de specialitate, observatiile proprii ale evaluatorilor asupra pacientilor maniacali si declaratiile asistentelor medicale asupra comportamentelor acestor pacienti.

Administrare si scorare

- din punct de vedere al frecventei comportamentelor respective - o scala a frecventei de la 0-5 puncte
- din punct de vedere al intensitatii comportamentelor respective – o scala a intensitatii de la 1 -5 puncte
- pentru fiecare item se obtine o nota combinata rezultata din valoarea frecventei inmultita cu valoarea intensitatii, astfel incat fiecare item poate avea valori intre 0-25 puncte
- punctajul total obtinut prin sumarea valorilor itemilor este direct proportionala cu accentuarea comportamentului maniacal
- plaja de valori: intre 0 – 650 puncte

Evaluarea

- intre 0-299 puncte – stare maniacala redusa
- intre 300-449 puncte – stare maniacala medie
- intre 450-650 puncte – stare maniacala grava

Fidelitatea scalei

- autorii in 1971 au gasit corelatii interclase intre 0,86 si 1 pentru itemii scalelor individuale cu exceptia itemului “imbracaminte neadecvata” care nu are varianta si nu poate fi corelata cu sens

Validitatea scalei

- conform datelor obtinute de la pacientii internati in clinica, scala MSRS coreleaza bine cu foile de observatie completate de medicii psihiatrii, precum si cu listele de simptome alcatuite de asistentele care au completat si scala MSRS
- trei studii au gasit corelatii semnificative intre factorii scalei MSRS si Inventarul Psihiatric Global pentru Manie

autorii au gasit corelatii inalte cu scorurile checklist-ului de simptome completate de aceleasi asistente care au completat scala MSRS

4.4. Inventarul Multifazic Minnesota MMPI 1 și MMPI 2

În prezent, problema centrală în domeniul evaluării tulburărilor de personalitate este dacă acestea trebuie identificate și diagnosticate ca și categorii nosologice sau ca și dimensiuni ale personalității (Widiger & Frances), 1985. DSM definește în mod clar tulburările de personalitate ca seturi de trăsături care apar inflexibile și neadaptative, ceea ce conduce fie la o prejudiciere a funcționării în planul socialului sau a sferei profesionale, fie la o stare proastă în plan subiectiv.

Din această perspectivă, chestionarul M.M.P.I este construit în mod deliberat "să evalueze acele trăsături care sunt caracteristici comune ale anormalității psihologice dizabilitante" (Hathaway și McKinley, 1951), și a suferit de-a lungul celor peste 50 de ani de la prima publicare re-evaluări diverse. În prezent, odată cu evoluția diagnosticului și categoriilor nosologice în psihiatria contemporană, varianta M.M.P.I. 2 diferă ca mod de concepere a diagnosticului de varianta clasică.

Prin modul de construcție și prin tehnica de validare aparține desigur, odată cu toate aspectele pozitive sau negative, unei generații trecute de teste de psihodiagnoză clinică. Autorii, Hathaway și McKinley, prezintă prima variantă în 1943 cu scopul de a pune la dispoziția clinicienilor un instrument care să exploreze cât de extins posibil problematica psihopatologiei umane, să poată fi aplicat mai ușor și practic în condiții clinice, să dea posibilitatea controlului validității răspunsurilor și să fie *validat empiric*. Acest din urmă aspect care la epoca respectivă era o realizare substanțială - autorii plecând în construcția itemilor și scalelor respective de la categoriile nosologice ale vremii, este, din păcate, cel care a impus în prezent unele limite modalității propriu-zise de a diagnostica psihiatric utilizând scalele ca atare, în măsura în care, de-a lungul secolului, datele clinicii psihiatrice au schimbat concepția asupra comportamentelor psihopatologice și asupra diagnozei simptomatologiei clinice; și totuși, validarea empirică, stabilită prin loturi de pacienți omogene, al căror comportament psihopatologic era bine stabilit, a permis și o foarte bună capacitate de diagnoză diferențială, lucru valabil și astăzi.

Cercetări contemporane indică de exemplu că natura asociației între trăsăturile de personalitate și evaluări ale gradului de tulburare a personalității nu este liniară. Astfel, de exemplu, la unii subiecți, tulburările sau simptomele din sindromul de anxietate ar trebui considerate ca o apărare funcțională față de tendințe de dezintegrare subiacente, în timp ce la alți subiecți schizotipali sau bordeline, unele trăsături nevrotice precum somatizările sau timiditatea pot fi considerate ca funcționale și defensive (Eurelings-Bontekoe, Duijsens, Snellen, Diekstra, Ouwersloot, 1995).

M.M.P.I.-ul a fost destinat utilizării de către clinicieni experimentați și specializați în aplicarea acestui test. Totuși, există mai multe modalități de a utiliza scalele testului (Anastazi, 1987). O serie de studii s-au axat pe validarea lui empirică ca un instrument de diagnosticare generală a anormalității psihice. Astfel, s-a demonstrat că, în general, cu cât este mai mare numărul și mărimea devianței la nivelul unei scale, cu atât putem spune că persoana este mai sever tulburată psihic.

O altă serie de cercetări s-au axat chiar pe validitatea diagnostică a diferitelor scale luate separat. Majoritatea datelor indică rezultate negative; chiar autorii testului avertizează împotriva unei interpretări *ad literam* a scalelor clinice și unii preferă să substituie prin

coduri numerice denumirile inițiale ale scalelor. Aceste aspecte empirice converg cu obiecții clinice față de utilizarea scalelor M.M.P.I. în diagnoza diferențială individuală; în plan clinic, ceea ce are importanță și relevanță este tocmai reciproca interrelație a trăsăturilor în măsura în care o aceeași trăsătură poate avea implicații deosebite în funcție de clusterizările în care apare.

Încă din anii '50, analiza factorială a scalelor M.M.P.I. a condus la concluzia că "un diagnostic diferențial rafinat pe baza profilelor M.M.P.I. este o procedură care poate da naștere la întrebări" deși testul diferențiază util și valid între psihotici, nevrotici și normali (Wheeler și al., 1951. Și aceasta în afara faptului deja menționat că taxonomia psihiatrică tradițională care a stat la baza scalelor azi și-a pierdut din relevanța practică.

Direcția care s-a dovedit deosebit de fructuoasă pentru diagnoză este utilizarea M.M.P.I. prin aspectele configurale ale profilelor, sau prin modelele de scoruri. Încă din 1951, autorii testului publică un "Atlas pentru utilizarea clinică a M.M.P.I." în care codifică numeric scalele și furnizează astfel de profile codificate împreună cu anamnezele cazurilor a peste 968 de subiecți. Taxonomii largi au fost derivate empiric prin diferite studii asupra modelelor de profile pentru probleme de tip nevrotic, psihotic, comportamentale sau psihosomatice.

În fine, o utilizare inedită, dar semnificativă calitativ, care dovedește altor numeroase probe din itemii lui. Cele 9 scale inițiale, împreună cu cele 3 scale de validare inițiale (scala K fiind construită ulterior) integrează doar 366 din cei 550 de itemi posibili care, de altfel, se recomandă să fie în întregime parcurși de subiecți. Azi, doar 391, iar unii dintre itemi nu sunt deloc cuprinși în vreo altă scală adițională.

Printre noile scale derivate sunt: *introversia socială* (Si), *dominanța* (Do), *responsabilitatea* (Re), *nevrotismul* (Ne), *prejudecata* (Pr), *statut socio-economic* (St), *recidivism* (Rc) și chiar scale organice precum PF destinată diferențierii cazurilor cu *leziuni ale lobului parietal vs. cele cu leziuni ale lobului frontal*, sau LBO destinată măsurării caracteristicilor psihice la veterani cu *dureri lombare funcționale diferențiator de cazurile cu patologie organică*.

Există inventare care, în mod expres, în construirea lor, s-au raportat la M.M.P.I. Astfel, C.P.I. care s-a constituit prin opoziție ca o față a normalului, sau mai recentul N.V.M. care grupează în cinci scale (negativism, somatizare, timiditate, psihopatologie, extraversie), cu itemi diverși din 11 scale standard M.M.P.I. (Luteijn & Kok, 1985).

Primul chestionar clinic bazat pe sindroame nosologice și validări clinice

Primele studii încep la Universitatea Minnesota în 1940, de cei doi autori Hathaway și McKinley. Dacă prima publicare s-a produs în 1941, prima revizuire serioasă a fost publicată 11 ani mai târziu. Între timp, în 1943 este publicat oficial manualul și testul în forma primară. În anul 1946 apare un manual suplimentar prezentând scala K și forma colectivă. În 1951 apare un nou manual precum și atlasul de interpretare.

Conținuturile itemilor acoperă o gamă diversă și largă de probleme, 26 de tipuri diferite, dintre care: sănătatea, simptomele psihosomatice, tulburări neurologice, disfuncții motorii; atitudini religioase, politice, sociale; manifestări comportamentale nevrotice sau

psihotice precum stări obsesive și compulsive, iluzii, halucinații, idei de persecuție, fobii, aspecte sadice sau masochiste; aspecte privind masculinitatea-feminitatea; aspecte privind familia etc.

Eșantionul de normare utilizat constă în principal din peste 700 de subiecți ai spitalului din Minnesota, studenți, precum și loturi de epileptici și tuberculoși. Testul este satisfăcător pentru vârste între 16 - 55 ani, pentru ambele sexe. Cazurile psihopatologice au fost în amănunțime studiate și diagnosticate după normativele clinice ale vremii și au fost comparate cu loturi de normali, principalul criteriu empiric fiind gradul de concordanță între diagnosticul prezumtiv pe baza scalelor testului și diagnosticul clinic. Studiile de validare indică, de exemplu în manualul din 1951, că în cazul a 60% dintre bolnavii noi admiși, diagnosticul formulat pe baza testului coincide cu cel clinic definitivat ulterior.

Chiar în situația în care un rezultat ridicat al unei scale va fi concordant cu diagnosticul clinic propriu-zis, prezența unei trăsături anormale în tabloul clinic va fi constatată aproape întotdeauna (Atlas, 1951). Între diferite sindroame clinice există interrelații dinamice, care permit autorilor prezentarea unor modele de covariație a scorurilor unora dintre scale.

Limite în interpretarea datelor

Discutarea critică a chestionarului se poartă în special, cum am menționat deja, în legătură cu validitatea de construct a scalelor.

În afara acestei limite pe care o vom prezenta mai amplu în secvența următoare, se mai reproșează chestionarului un aspect care este intrinsec acestui tip de probe: valoarea răspunsurilor depinde de modul cum subiectul este capabil să-și conștientizeze propriile sentimente, atitudini etc. Totuși, unei astfel de critici i se răspunde că în validarea scalelor nu s-a ținut seama de conținutul răspunsurilor ci de valoarea discriminativă între patologie și normalitate. Acest aspect explică și valoarea diagnostică înaltă și recunoscută a M.M.P.I.-ului pentru unele trăsături ca psihopatia sau isteria unde de regulă răspunsurile și comportamentul subiectului sunt diametral opuse (Delay, Pichot, Perse, 1955). Testul nu ține seama nici de gradul de conștientizare, nici de precizia evaluării răspunsului, nici de exactitatea acestuia. Ca orice scală validată prin metoda criteriului extern, au fost selecționați acei itemi care experimental s-au evidențiat ca semnificativi, deși conținutul lor nu pare totdeauna a avea o relație evidentă cu sindromul avut în vedere.

Date despre modelul M.M.P.I. 2

O problemă care a trenat de-a lungul anilor de utilizare a M.M.P.I.-ului a fost relativa sărăcie a datelor informației de tip psihometric raportată de autori în Manualul testului. În afara manualului din 1951, au fost publicate forme revizuite în 1967 și 1983. Se dau foarte puține date în afara coeficienților de fidelitate (despre care se știe că variază de la 46 la 93 pentru o retestare de la trei zile distanță la un an distanță pentru cele 10 scale clinice) dar nu se dau date despre consistența internă sau despre coeficienții de validitate. De fapt, acest aspect contravine standardelor internaționale pentru testarea educațională și psihologică A.P.A. 1985 și există multe voci critice la adresa chestionarului.

Astfel, de exemplu, H.J.Eysenck observa încă din 1949 că "nu se știe nimic despre intercorelațiile scalelor diagnostice", "fidelitatea scalelor nu este foarte înaltă", "grupele de diagnostic se bazează pe o clasificare psihiatrică recunoscută ca inadecvată și discutabilă" și, în fine, "numărul de itemi este excesiv". De asemenea, peste 10 ani, Ellis sublinia că, "deși se poate conchide că MMPI poate fi mai valid în discriminarea de grup decât un inventar obișnuit, validitatea sa absolută rămâne încă în dubiu"; și "presupunând că MMPI are un anumit grad adecvat de validitate în capacitatea de a distinge un tip de persoane de altul, eficiența utilizării lui la nivelul diagnozei individuale rămâne încă să fie dovedită".

În 1989 apare forma a doua a M.M.P.I., ca urmare a activității unui Comitet de restandardizare a M.M.P.I. numit în 1982 și format din J.Butcher, G.Dahlstrom, J.Graham și A.Tellegen. Au fost modificate 82 dintre itemii originali și s-au adăugat încă 154. Noua versiune are redistribuiți itemii scalei F, conține încă două scale de validare: VRIN –scală ce măsoară inconsistența răspunsurilor subiectului și TRIN - scală destinată evaluării tendinței subiectului de a aproba orice item. De asemenea, au fost incluse încă 5 scale clinice standard dintre care: scala HEA evaluând preocupările pentru sănătate, scala TPA vizând tipul de personalitate A, iritabil, nerăbdător, hiperactiv, scala FAM care include problematica tulburărilor sau abuzurilor intrafamiliale, scala WRK care evaluează atitudini sau comportamente ce pot interfera cu performanța în muncă.

Subliniem că deși s-a publicat M.M.P.I. 2 care este în mod curent utilizat, proba originală nu a fost scoasă din uz, este considerată în continuare ca operațională și există încă mai mulți utilizatori care o preferă (Merenda, 1993).

Manualul formei 2 este mai bogat în date psihometrice, date despre eșantioanele normative, date item-metrice, referințe bibliografice complete. Astfel, de exemplu, manualul M.M.P.I 2 oferă coeficienți test-retest separați pentru loturi de subiecți masculini și loturi de subiecți feminini, obținute după un interval de, în medie, 7 zile. Acești coeficienți sunt semnificativi pentru toate cele 10 scale, cel mai scăzut fiind de .56 pentru scala Ma, cel mai înalt .88 pentru scalele Hy și Pt.

Operațional, profilele MMPI și MMPI 2 bazate pe cele 10 și, respectiv, 15 scale clinice, sunt interpretate ca și când ar evalua trăsături. În acest sens, una dintre criticile care persistă și în prezent este faptul că o astfel de utilizare cere un calcul al fidelității după intervale mai mari, de luni sau ani.

În privința consistenței interne, a fost calculat coeficientul Kuder-Richarson pentru ambele variante, cu observația că loturile de subiecți masculini și feminini sunt mult mai mari pentru MMPI 2. Pentru scalele individuale există o variabilitate considerabilă; aspectul cel mai inacceptabil este legat de nivelul scăzut la scale precum Mf, Pa, Ma, Pd (sub 70), ceea ce pare să indice mai degrabă eterogenitatea acestor scale decât omogenitatea lor.

Această situație aduce problema dacă itemii acestor scale chiar aparțin respectivelor conținuturi și contribuie la scorul scalei date. Situația este mai nefavorabilă pentru MMPI 2, ceea ce pentru unii cercetători naște întrebarea dacă revizia MMPI-ului a îmbunătățit sau înrăutățit inventarul; "fiecare din cele 10 scale clinice se compune dintr-un număr de

itemi care tind să ducă la un coeficient înalt doar atâta timp cât toți itemii scalei nu corelează 0 sau negativ unul cu celălalt (Cortina, 1993).

S-a realizat și o analiză factorială asupra scalelor, separat pentru cele două loturi, masculin (1138 subiecți) și feminin (1462 subiecți) care, în viziunea unor cercetători, ridică de asemenea probleme. Astfel, de exemplu, se reproșează manualului că nu realizează o încercare de a interpreta structura factorială confundată la nivelul factorilor II și III și nici de a se explica emergența unor scale precum, pentru subiecții masculini, depresia (D), paranoia (Pa) și introversia socială (Si), care contribuie simultan pozitiv în componența factorului III. Pentru lotul feminin, ipohondria (Hs) și depresia (D) apar atât pentru factorul II cât și pentru factorul III, iar schizofrenia (Sc) contribuie substanțial la nivelul factorilor I și II.

Astfel se consideră – nu lipsit de sens, având în vedere capacitatea recunoscută a chestionarului de a discerne între nevrotici, psihotici și normali - că datele analizei factoriale demonstrează mai degrabă că cele 10 scale clinice măsoară un factor general, doi factori de grup și poate un factor specific, masculinitatea –feminitatea.

Toate aceste aspecte menționate sprijină în continuare rezerva față de validitatea de construct a profilelor MMPI în ambele variante.

Scalele standard ale M.M.P.I.: conținutul scalelor de validare și a scalelor clinice, aspectele de psihopatologie

Semnificația scalelor de validare ale profilelor

Sunt construite de autori 4 scale de validare: “.....”, “L”, “F”, “K”. Primele trei sunt de obicei utilizate pentru evaluarea globală a înregistrărilor la probă; dacă scorurile trec de o valoare maxim admisă, pot fi suspectate înregistrările.

Scala “K” are funcția unei “variabile normalizatoare” calculate pentru a permite o corecție a scorurilor scalelor clinice. Unele date din cercetările experimentale nu sprijină însă valoarea corecțiilor k pentru creșterea capacității discriminative a scalelor.

Gough, 1950, furnizează o măsură suplimentară bazată pe diferența între scorurile F - K ca evaluare a distorsiunii posibile (de exemplu, a simulării voite a unor simptomatologii).

Scala “?” - numărul de itemi la care subiectul a răspuns “Nu știu”

Nota brută: numărul de întrebări la care subiectul răspunde “nu știu”. Când scorul e foarte ridicat, rezultatele întregului test nu sunt valide. Moderat ridicat (conform normării în note T) semnifică o subevaluare a ansamblului profilului.

Scala “L” –minciuna

Itemii scalei, 15, au fost reținuți în baza criteriului că subiectul ar putea să admită un comportament nefavorabil. Din datele empirice, se consideră că unele tipuri de comportamente nefavorabile sunt admise de peste 95% dintre subiecții normali.

Din această perspectivă, un rezultat ridicat indică o tendință de prezentare (conștientă sau quasi-conștientă) sub o lumină favorabilă fapt care influențează răspunsurile la test. Acest lucru conduce la o probabilă subapreciere a notelor patologice.

Pentru lotul de comparative format din subiecți normali s-a observat că nota este cu atât mai ridicată cu cât sunt mai rigizi.

Semnificația unei note ridicate:

- în isterie, ridicarea notei rezultă dintr-o atitudine inconștientă;
- la unii paranoici și în psihopatii, ridicarea notei rezultă dintr-o dorință conștientă de a se prezenta într-o lumină favorabilă.

Scala nu invalidează propriu-zis posibilitatea de a interpreta ansamblul profilului ci indică o subestimare a notelor psihopatologice.

Scala "F", frecvență

Are un total de 24 de itemi. Subiecții sunt de acord cu majoritatea acestora. Nota brută medie se situează între 4 și 10.

Răspunsurile corespunzătoare scalei fiind relativ convenționale, subiecții neconvenționali ajung să prezinte scoruri ridicate, între 10 și 20.

Un scor brut superior lui 20 indică fie că subiectul nu a înțeles testul (deși proba trebuie administrată numai unor subiecți cu un Q.I. normal); fie că subiectul prezintă o anomalie mentală serioasă, iar în aceasta situație nota F indică gradul de anormalitate al subiectului.

Scala "K", corecție

A fost construită pentru a se putea corecta o eventuală influență a atitudinii subiectului, dar poate evidenția și unele simptome patologice.

Deși este legată de L și F, explorează un alt tip de factori de distorsiune: subiecții cu un scor K ridicat tind să adopte o atitudine defensivă față de obiceiurile lor psihologice, de aceea tind să prezinte un profil "normalizat". Subiecții cu un scor scăzut au tendința opusă, spre autocritică și admiterea unor simptome, chiar dacă este nesemnificativă importanța reală a acestora.

Nota K are și o semnificație în sine: scorul ridicat este un prognostic bun pentru un bolnav mental, indicând capacitatea relativă a subiectului de a-și rezolva propriile probleme.

Diferența F - K

Elimină posibilitatea existenței unui "trucaj" deliberat a răspunsurilor. În mod normal diferența este cuprinsă între +11 și -12 (calculate pentru un lot de 690 normali, 100 bolnavi cu simptomatologie psihopatologică și 200 bolnavi somatici, media calculată fiind -9).

Gough consideră că o diferență cuprinsă între +4 și +7 ar trebui să trezească o ușoară îndoială, între +7 și +11 este suspectă, iar o diferență superioară sau egală cu +12 este în mod sigur legată de o falsificare în sens patologic.

Când diferența F-K indică o falsificare a răspunsurilor profilele au o formă atipică, fie sub formă de "dinți de fierăstrău", fie "flotante", iar notele T sunt superioare lui 70.

Semnificația scalelor clinice

Scala ipohondrie - Hs

O notă Hs ridicată indică faptul că subiectul are tendința de a se plânge excesiv de boli fizice fără nici o bază organică.

Iphondriacii identificați de această scală sunt diferiți de ipohondriacii cu manifestări somatice. Ei au în urma lor un lung istoric de exagerare a comentariilor asupra simptomelor fizice. Nu au încredere în medic, critică tratamentul care li se aplică și aleargă din medic în medic.

Scara diferențiază bine pe cei cu sindrom ipohondriac de cei care prezintă o boală fizică reală a căror notă nu este prea ridicată. De obicei, Hs antrenează și o oarecare ridicare concomitentă a depresiei, elementul esențial al paternului D - Hs fiind însă Hs.

Scala depresiei - D

A fost validată pe un grup de depresivi melancolici.

E foarte sensibilă: se ridică imediat ce în simptomatologie există o notă depresivă sau anxioasă.

Este egal sensibilă și la efectele terapiei și coboară rapid atunci când bolnavul se ameliorează clinic. Se ridică într-un mare număr de stări nevrotice sau psihotice.

Detectează subiecții deprimați, dar capabili să-și ascundă simptomele depresive, având idei active de sinucidere.

Scala isteriei - Hy

A fost validată pe un grup de isterici de conversie. Cuprinde de fapt două grupe de conținuturi:

a) o scală de temperament isteroid, caracterizând subiecți cu atitudini sociale naive, care cer numai pentru ei afecțiune și ajutorul anturajului reprezintă reacții infantile când pretențiile nu le sunt satisfăcute;

b) o scală de simptome de conversie

În populația normală, cele două tipuri de probleme nu sunt intercorelate. La nivelul grupului clinic, datele indică faptul că manifestările de conversie se dezvoltă de preferință pe un temperament isteroid. Autorii insistă pe lipsa de maturitate a istericului care face ca, deși aparent o terapie sau persuasiune terapeutică pare să conducă spre atenuări temporare, să existe posibilitatea reapariției simptomelor.

Scala de deviație psihopată -Pd

A fost validată pe un grup de subiecți spitalizați cu diagnosticul de "personalitate psihopată".

Caracteristici principale:

- absența răspunsurilor emoționale profunde;
- neputința de a profita de experiență;
- absența respectului pentru normele sociale.

Astfel de subiecți sunt de exemplu delicvenți care comit delikte de tipul minciunii, furturilor, alcoolismului, toxicomaniei sau delikte sexuale. Ei se caracterizează în comportamentul lor antisocial prin:

- recidivism (incapacitate de a profita de experiența anterioară);
- lipsa unei motivații a activității lor delictuale;
- neglijarea precauțiilor care să evite descoperirea.

Scala poate fi ridicată chiar dacă subiectul n-a comis nici un delict.

Scala Pd este mai mult o scală de caracter decât simptomatologică și este greu de falsificat.

Scala nu indică numai că subiectul a prezentat conduite psihopate, ci și că el e susceptibil să le prezinte.

O notă ridicată poate fi însă interpretată și ca o mărturie a unui caracter narcisic.

Din punct de vedere terapeutic o notă ridicată la această scală are un prognostic prost.

Paternalul notelor Pd - Pa ridicate este negativ indicând un caracter agresiv, ostil și hipersensitiv.

Asociația Ma - Pd caracterizează de obicei delinvența.

Scala masculinitate - Mf

Scala a fost validată pe un grup de homosexuali.

Autorii grupează homosexualii în 4 categorii:

- homosexuali impulsivi;
- homosexuali prin autopuniție masochistă;
- homosexuali psihopați, cu tendința spre prostituție homosexuală, considerând fără importanță atașamentul afectiv al partenerului;
- homosexuali "adevărați" cu personalitate feminină constituțională.

Grupul de standardizare a fost constituit din homosexuali din ultima categorie.

Experiența arată că nota de la această scală este în corelație cu inteligența. Acest lucru semnifică că o notă ridicată nu este obligatoriu secundată de homosexualitate. Pe de altă parte, un subiect poate fi homosexual fără a avea o notă ridicată. Scala are însă o relativă valoare diagnostică pentru aspectele patologice.

Scala paranoia -Pa

Scala a fost validată pe un grup de bolnavi paranoici. Este o scală "caracterială" detectând tendințe paranoide și la subiecți care n-au prezentat niciodată manifestări patologice.

Deși are o foarte bună validare, unii paranoici obțin note foarte joase (30-35). O notă de acest nivel dacă este asociată cu o notă L ridicată indică aproape sigur tendințele paranoide.

Itemii care compun scala țin de trei tipuri psihopatologice:

- a) cei cu sensibilitate ridicată: subiecți cu "epiderma sensibilă";
- b) cei cu moralitate excesivă și care își afirmă raționalismul;
- c) cei cu idei de persecuție, neîncredere.

Orice subiect, prezentând un Pa superior notei T 70 este suspect patologic; iar o notă superioară lui T 80 aduce certitudine.

Scala psihastenie - Pt

A fost validată pe un mic grup de subiecți ce prezentau nevroza obsesională.

Este o scală simptomatică, itemii referindu-se la simptomele fobice și obsesionale.

O notă ridicată poate în general să fie considerată ca un indice de anxietate.

Cea mai mare parte a nevrozelor grave au o notă Pt ridicată.

Dacă această scală are o corelație mare cu Sc (-.70) și cu D, corelează mai slab cu K.

Scala schizofrenie - Sc

A fost validată pe un grup eterogen de schizofreni cuprinzând demența precoce, diagnosticul de schizofrenie pseudo-nevrotică, de hebefreno-catatonie, precum și schizofrenie paranoidă.

Autorii admit faptul că permite depistarea a 60% din schizofrenii.

Unele schizofrenii paranoide au un Sc coborât, dublat de scala Pa ridicată.

La fel, unii subiecți pur schizoizi pot avea un Sc normal.

Sunt numeroase cazurile în care scorul poate fi ridicat fără a fi vorba de o schizofrenie, de exemplu în anumite nevroze grave, sau la unii subiecți cu o puternică introversie.

Adolescenții au în mod obișnuit note cuprinse între 60 și 70 .

La schizofreni există o relație curbilinară între gravitatea stării patologice și notă, în sensul că la schizofrenii vechi, rezistenți la insulino-terapie, nota tinde să coboare.

Cu cât nota Sc este mai ridicată cu atât prognosticul este mai bun.

Sc este strâns legată de Pt. Dacă cele două note sunt ridicate iar Pt este mult mai ridicată decât Sc atunci diagnosticul va fi probabil de nevroză.

Autorii testului insistă asupra prudenței în interpretarea notelor ridicate la această scala.

Scala hipomanie - Ma

Scala a fost validată pe un grup de hipomaniaci.

Itemii, prin conținut, constituie 2 subscale:

- a) expansivitate
- b) iritabilitate

60% din subiecții cu diagnosticul de hipomanie au o nota superioară lui 70, iar alții au o notă cuprinsă între 60 și 70.

Asociația Ma - Pd ridicată este destul de tipică la adolescență.

Acest tip de psihopat ar avea un prognostic relativ mai bun decât tipurile Pd sau Pd - Pa.

Scala introversiei sociale - S

Scala nu este o scală clinică *stricto sensu*; ea este constituită prin discriminarea între un lot de studenți care se angajează în puține activități extracurriculare și un lot cu caracteristici opuse. Scorurile ridicate indică tendința de a evita contactele sociale.

Scale suplimentare

În afara acestor scale standard, numeroasele cercetări au evidențiat și alte posibilități de interpretare și grupare a scalelor sau itemilor.

Astfel, se pot calcula două măsuri: a nivelului de anxietate și a gradului de interiorizare (Welch, 1951).

Indicele de anxietate - Ai:

$$Ai = Hs + D + Hy / 3 + (D+Pt) - (Hs+Hy)$$

Se utilizează notele T. Nivelul anxietății este cu atât mai ridicat cu cât rezultatul depășește o notă T finală de 50.

Raportul de interiorizare - In:

$$In = Hs + Pt / Hy + Pd + Ma$$

Raportul se calculează în note T, plasându-se teoretic în jurul lui 1; subiecții cu tendința spre “interiorizarea” dificultăților, deci spre numeroase simptome psihosomatice sau subiective au note T superioare lui 1; cei care își exteriorizează conflictele și trec la acțiune, au note T mai mici de 1.

Condiția de normalitate a scorurilor

Dacă scorurile la scalele clinice se află în zona de normalitate, respectiv în zona notelor T între 50 și 69, putem caracteriza comportamentul în următorii termeni, în funcție de specificul fiecărui conținut al celor 10 dimensiuni psihopatologice.

- 1) Scala Hs, plângeri legate de simptome fizice: pentru scorurile peste medie, dar în zona între 60 și 70 note T, putem vorbi de un comportament în care se exprimă oboseală, chiar aspectul de letargie; subiectul se simte fizic rău.
- 2) Scala D, simptome depresive: conduce spre imaginea unui comportament marcat de impresia de seriozitate dar simultan, se poate descifra starea de nefericire și o insatisfacție cu sine însuși;
- 3) Scala Hy: apare idealist, naiv în conduite și cu tendința de a nu face față deloc stresului, mai ales celui social;
- 4) Scala Pd, indică un comportament rebel, cinic, care nu ia în considerație regulile, este agresiv în plan social, apare egoist;
- 5) Scala MF: pentru scorurile peste medie avem de a face cu un comportament dominat de sensibilitate; scorurile scăzute indică un interes exagerat pentru modelul propriului sex. Un scor înalt la un profil masculin: persoana apare binecrescută, cu o conduită manierată dar cu note feminine; un scor înalt la un profil feminin indică un comportament dur, dominat de ambiție și voință;
- 6) Scala Pa: un comportament de tip perfecționist și greu de descifrat, secretos; scorurile moderate îl fac mai „acceptabil” în plan social;
- 7) Scala Pt: dependent, dorește să placă dar dominat și de un sentiment de inferioritate care îl face indecis și neliniștit;
- 8) Scala Sc: un comportament dificil, negativ, ciudat, apatic; o persoană căreia îi lipsește parcă capacitatea de a interrelaționa;
- 9) Scala Ma: un comportament expansiv, optimist, foarte rapid și decis și, în același timp, deloc legat de obiceiuri;
- 10) Scala Si: neafirmativ, mult prea conștient de sine, timid. Pentru scorurile sub medie ne așteptăm să găsim reversul, respectiv un comportament activ și sociabil.

Exemplificarea interpretării unui profil MMPI

Materiale necesare: Chestionar MMPI, foaia de răspuns, grilele, foaia de profil; sau Chestionar CPI, foaia de răspuns CPI, grilă, etalon, foaie de profil MMPI (masculin și feminin), manual pentru interpretare.

Scop: Destinat evaluării trăsăturilor caracteristice anormalității psihologice dizabilitate (Hathaway și McKinley, 1952)

Obs. Scalele MMPI sunt incluse în structura scalelor CPI sub forma unor scale abreviate (v. cap. C.P.I.). Astfel, aplicarea Inventarului California permite prin utilizarea unor grile specifice MMPI și evaluarea personalității din punct de vedere psihopatologic. Proporția de itemi comuni între cele două teste variază de la 22% la 60% (media de 43%) și se justifică prin faptul că o mare parte dintre itemii C.PI. au fost preluați direct din MMPI. (Minulescu, 1996).

Structură: Inventarul clasic este alcătuit din 4 scale de validitate și 10 scale clinice.

Scalele de validitate sunt: a. scala Nu știu (?), scala minciună (L), scala de neînțelegere a testului sau de răspunsuri la întâmplare (F), scala bipolară de disimulare pozitivă sau negativă (K).

Diferența F-K (indicele Gough) elimină posibilitatea unui trucaj deliberat al răspunsurilor.

Scalele clinice sunt: scala ipohondrie (Hs), scala depresie (D), scala isterie (Hy), scala deviație psihopată (Pd), scala masculinitate-feminitate (Mf), scala paranoia (Pa), scala psihastenie (Pt), scala schizofrenie (Sc), scala hipomanie (Ma), scala introversie socială (Si).

Interpretarea prescurtată a scalelor:

- (1) Scala ipohondrie (Hs) – o notă ridicată pe această scală indică faptul că subiectul are tendința de a se plânge excesiv de boli fizice fără nici o bază organică,
- (2) Scala depresie (D) – detectează subiecții depresivi și anxioși
- (3) Scala isterie (Hy) – determină temperamentul isteroid și simptomele de conversie
- (4) Scala deviație psihopată (Pd) – este mai mult o scală de caracter, decât una simptomatologică și indică prezența, cu sau fără conduite manifeste, a caracteristicilor psihopate de personalitate.
- (5) Scala masculinitate-feminitate (Mf) – măsoară caracteristicile homosexuale ale personalității de diferite categorii (prin autopuniție masochistă, impulsivi, psihopați, cu personalitate feminină)
- (6) Scala paranoia (Pa) – detectează tendințele paranoide și paranoice
- (7) Scala psihastenie (Pt) – scală simptomatică, care măsoară simptomele fobice și obsesionale
- (8) Scala schizofrenie (Sc) – surprinde demența precoce, schizofrenia pseudo-nevrotică, hebefreno-catatonă, paranoidă.
- (9) Scala hipomanie (Ma) – măsoară expansivitatea și iritabilitatea hipomaniacală.
- (10) Scala introversie socială (Si) – nu este o scală patologică propriu-zisă. Ea măsoară tendința de evitare a contactelor sociale.

Se calculează cei doi indici: nivelul de anxietate (Ai) și gradul de interiorizare (In) conform unor formule indicate de Welsh în care sunt utilizate notele standard (note T).

Aplicarea formei abreviate a MMPI presupune utilizarea CPI. Prin urmare se aplică CPI conform regulilor precizate în descrierea CPI. Într-o astfel de situație cotele se fac în mod specific, astfel: pornind de la rezultatele obținute pe scale se aplică și o formulă de calcul specifică, care include indici de ponderare. Rogers utilizează ecuația $y = ax + b$

pentru a determina valoarea scorurilor pe scalele derivate; *y* reprezintă scorul brut estimat al scalei corespunzătoare din MMPI, *x* reprezintă scorul brut al scalei abreviate construite din itemii testului CPI (se obține prin aplicarea grilei și sumarea coincidențelor răspunsurilor), *a* și *b* reprezintă constante calculate pentru fiecare dintre aceste scale. Cu aceste scoruri brute *y* trebuie procedat în continuare conform corecțiilor obișnuite care se aplică scorurilor brute obținute prin aplicarea propriu-zisă a MMPI.

Cotare: În situația când utilizăm testul MMPI, cotarea se face direct pe un profil masculin sau feminin în acord cu sexul subiectului respondent. De asemenea, notelor brute la unele dintre scale li se adăugă o cotă din nota brută a scalei K (scala de corecție) iar rezultatul se raportează la etalonul în note T al profilului. Se marchează pe foaia de profil MMPI rezultatele astfel obținute și se trasează profilul.

Interpretare: Se respectă regulile precizate de manual. Ca regulă generală orice performanță care depășește 70 notă T indică prezența unei tendințe anormale.

Studiu de caz

N.M., femeie, 43 ani, are următoarele rezultate pe scalele clinice MMPI: 13'72 4869 – (59): scoruri foarte înalte, peste 70 note T, la 1, HS ipohondrie și 3, Hy, isterie; scoruri înalte, peste 54 note T, 7 și 2, Pt, psihastenia și D, depresia, 4, Pd, deviație psihopată, 8, Sc, schizofrenie, 6 și 9, respectiv Pa, paranoia și Ma, hipomania; Mf, masculinitate – feminitate are scorul 59 notă T; iar la scalele de validare prezintă: L, 5, F, 3 și K, 11.

Descriere abreviată a cazului: probleme legate de lipsa de control comportamental în relația cu fiul; probleme profesionale: nivel de anxietate ridicat, de câțiva ani a demisionat; probleme emoționale: soțul este un băutor împătimit; ea se manifestă caustică, defensivă; este internată cu diagnosticul de alcoolism.

Pacienta atribuie consumul excesiv de alcool nevoii de a scăpa din disputele conjugale. Frecvențele probleme maritale; dar de fiecare dată continuă să consume alcool în ciuda consecințelor adverse. În prezent, ca simptome: tremurul mâinii, insomnia, nervozitatea, greața, nevoia de a vomă, anxietatea.

Interpretarea cazului cf. MMPI:

Scorurile de validare a scalelor MMPI sunt în gama normală ceea ce indică validitatea profilului și posibilitatea de a interpreta scorurile la scalele clinice ca atare, în măsura în care nici una dintre scalele de validare nu indică o tendință de falsificare a răspunsurilor.

Rezultatele indică o tendință evidentă spre ipohondrie. Trăsătura esențială a ipohondriei este preocuparea legată de teama de a avea o boală serioasă datorită unei greșite interpretări a unui sau mai multor simptome. Examinarea medicală generală nu a identificat un sindrom coerent. Desigur, ideea unei boli și centrarea pe orice simptom fizic a persistat și persistă în mintea bolnavei. Pacienta atribuie simptomele datorate abuzului de alcool unei boli suspecte și este foarte preocupată de această posibilitate. Are o atitudine critică față de medic și tratament.

La pacientă, simptomele ipohondriace sunt asociate cu cele de tip isteric: trăsătura esențială este o emoționalitate excesivă și necontrolată și comportamentul de atragere – captare a atenției (se simte neconfortabil și neapreciată când nu este în centrul atenției;

tinde să atragă atenția chiar în modalități dramatice). Alcoolul poate fi interpretat ca o defensă, ca o tendință de a se retrage și a-și construi propria lume dar, de asemenea, utilizarea alcoolului poate însemna un mijloc de atragere a atenției. Acestei trăsături i se adaugă și un grad înalt de sugestibilitate care este în sine o caracteristică importantă a unui alcoolic: opiniile ei, sentimentele ei sunt influențate ușor de alții sau de atmosfera din jur.

Persoana are scoruri înalte și la scalele psihastenie, depresie, deviație psihopată, paranoia și schizofrenie. Scorul la scala Pt indică un nivel înalt de anxietate și o preocupare de „a face tot ce poate”: tinde să țină totul în ordine, să aibă un control mintal și interpersonal cu prețul lipsei de flexibilitate, deschidere și eficiență. Pacientul este excesiv de atent și gata să repete, acordă o atenție mare detaliilor și mereu verifică dacă nu există posibile greșeli; *in extremis* putem vorbi de fobia de a nu greși. Desigur, la locul de muncă o astfel de persoană este apreciată pentru că apare excesiv de devotată muncii și productivității; iar pentru pacientă, munca profesională a fost un mijloc de a-și dovedi calitățile, abilitatea de a deveni „cineva”, de a-și satisface nevoile histrionice. Când nu a mai mers la serviciu, s-a simțit dezamăgită de sine, a crescut lipsa de stimă personală și soluția temporară a fost alcoolul, modul de a scăpa și de a evita confruntarea cu diferitele probleme existențiale.

În consecință, și dispoziția ei afectivă a fost afectată și au apărut simptome de tip depresiv; personalitate sensibilă în general, pacienta a devenit tristă, mintea ei s-a populat cu idei negative, chiar legate de sinucidere; prezentul, trecutul și viitorul sunt privite într-un mod negativ. Încrederea în propriile posibilități și abilități a scăzut semnificativ. Pentru a se simți mai bine a folosit alcoolul care, pentru o perioadă scurtă de timp i-a adus liniștea necesară, atât că această pace era falsă și a produs diferite tulburări.

Nivelul Pd indică absența unei implicări emoționale în relaționarea umană și în orice activitate, incapacitatea de a învăța din propria experiență, propriile greșeli și chiar dezacordul cu normele sociale. Are un control negativ în ceea ce privește regulile sociale și valorile acceptate de marea majoritate a semenilor: bând, violează normele sociale și găsește o posibilitate de a evita temporar constrângerile sociale.

Putem observa și împrejurarea, pe care autorii manualului testului o prevăd, faptul că, în situația în care scorul la Pd este la fel de înalt ca cel de la Sc, este vorba de o persoană nevrotică. Pe de altă parte, potențialul legat de halucinații și iluzii poate fi direct evaluat ca efect psihologic al abuzului de alcool. Aceste manifestări sunt legate cumva de ideile de tip paranoid. Scala identifică trei tipuri de persoane: cei care prezintă un nivel înalt de senzitivitate; persoane cu o moralitate excesivă, care își susțin raționalismul; indivizi ce sunt suspicioși și nu cred pe nimeni. Pacienta este un tip senzitiv, dar este posibil să existe și o doză de interpretativitate datorită nesiguranței.

Scorul Ma este explicabil ca efect al alcoolului; în primul stadiu, consumul alcoolului conduce spre o dispoziție „bună”, tendința spre exhibare a resurselor și impulsurilor exhibate care este asociată cu iritarea și nervozitatea, uneori cu un comportament violent.

Scorul de MF indică o identificare bună cu rolul social asociat statutului feminin.

(Analiza a fost reprodusă după *An Atlas for the Clinical Use of MMPI*, Univ. Minnesota Press, Mineapolis, pg. 49 – 50).

Prezentarea noilor scale standard și experimentale din MMPI 2

Scale clinice de bază:

L (minciună, 15 itemi), F (raritate, 60 itemi); K (corecție, 30 itemi); 1. Hs (Ipohondrie, 32 itemi); 2. D (depresie, 57 itemi); 3. Hy (Isterie de conversie, 60 itemi); 4. Pd (Deviație psihopată, 50 itemi); 5. Mf-m (Masculinitate - Feminitate, bărbați, 56 itemi) / Mf - f (femei, 56 itemi); 6. Pa (Paranoia, 40 itemi); 7. Pt (Psihastenție, 48 itemi); 8. Sc (Schizofrenie, 78 itemi); 9. Ma (Hipomanie, 46 itemi); 0. Si (Introversie socială, 69 itemi);

Subscalele Harris - Lingoos:

D1 (Depresie subiectivă, 32 itemi); D2 (Lentoare psihomotorie, 14 itemi); D3 (Disfuncționare fizică, 11 itemi); D4 (Obtuzitate mentală, 15 itemi); D5 (Ruminare, 10 itemi); Hy1 (Negarea anxietății sociale, 6 itemi); Hy2 (Nevoie de afecțiune, 12 itemi); Hy3 (Slăbiciune, 15 itemi); Hy4 (Plângeri somatice, 17 itemi); Hy5 (Inhibarea agresivității, 7 itemi); Pd1 (Neînțelegeri în familie, 9 itemi); Pd2 (Probleme cu autoritatea, 8 itemi); Pd3 (Imperturbabilitate socială, 6 itemi); Pd4 (Alienare socială, 13 itemi); Pd5 (Alienare de sine, 12 itemi); Pa1 (Idei de persecuție, 17 itemi); Pa2 (Sensibilitate, 9 itemi); Pa3 (Naivitate, 9 itemi); Sc1 (Alienare socială, 21 itemi); Sc2 (Alinare emoțională, 11 itemi); Sc3 (Lipsă de stăpânire a Eului, pe plan cognitiv, 10 itemi); Sc4 (Lipsă de stăpânire a Eului, pe plan conativ, 14 itemi); Sc5 (Lipsă de stăpânire a Eului, prin defectul inhibiției, 11 itemi); Sc6 (Trăiri senzoriale bizare, 20 itemi); Ma1 (Amoralitate, 6 itemi); Ma2 (Accelerare psihomotorie, 11 itemi); Ma3 (Imperturbabilitate, 8 itemi); Ma4 (Inflație a Eului, 9 itemi).

Sub-scalele S-O ale lui Wiener și Harmon:

D-O-Depresie, O, 39 itemi; D-S-Depresie, S, 18 itemi; Hy-O-Isterie, O, 32 itemi; Hy-S-Isterie, S, 28 itemi; Pd-O-Deviație psihopată, O, 28 itemi; PD-S-Deviație psihopată, S, 22 itemi; Pa-O-Paranoia, O, 23 itemi; Pa-S-Paranoia S, 17 itemi; Ma-O-Hipomanie, O, 23 itemi; Ma-S-Hipomanie, S 23 itemi.

Subscalele Si:

Si1 (Timiditate, jenă, 14 itemi); Si2 (Evitare socială, 8 itemi); Si3 (Alienare, de sine și alții, 17 itemi).

Scale suplimentare:

A (Anxietate, 39 itemi); R (Refulare, 37 itemi); Es (Forță a Eului, 52 itemi); MAC-R (Alcoolism MacAndrew, revizuită, 49 itemi); Fb (scala F, partea a doua, 40 itemi); VRIN (Incoerență variabilă a răspunsurilor, 67 perechi de itemi); TRIN (Incoerență puternică a răspunsurilor, 23 perechi); O-H (Ostilitate hiper-controlată, 28 itemi); Do (Dominață, 25 itemi); Re (Responsabilitate socială, 30 itemi); Mt (Adaptare proastă, elevi, 41 itemi); GM (Rol sexual, gen masculin, 47 itemi); GF (Rol sexual, gen feminin, 46 itemi); PK (Perturbări de stres post-traumatic, Keane, 46 itemi); PS (Perturbări de stres post-traumatic, Schlenger, 60 itemi); MDS (Scală de suferință conjugală, 14 itemi); APS (Scală de tendință spre adicție, 39 itemi); AAS (Scală de admitere a adicției, 13 itemi).

Scale de conținut:

ANX (Anxietate, 23 itemi); FRS (Temeri, 23 itemi); OBS (Obsesionalitate, 16 itemi); DEP (Depresie, 33 itemi); HEA (Preocupări legate de sănătate, 36 itemi); BIZ (Bizareria gândirii, 23 itemi); ANG (Mânie, 16 itemi); CYN (Cinism, 23 itemi); ASP (Conduite antisociale, 22 itemi); TPA (Tip A, 19 itemi); LSE (Stimă de sine scăzută, 24 itemi); SOD (Disconfort social, 24 itemi); FAM (Probleme familiale, 25 itemi); WRK

(Interferență cu munca, 33 itemi); TRT (Atitudine negativă față de un tratament, 26 itemi).

Itemi cheie, Koss-Butcher (privesc simptome centrale):

Stare de anxietate acută, Amenințarea agresiunii; Confuzie mentală; Ideatie suicidară de tip depresiv; Stres situațional datorat alcoolismului; Idei de persecuție.

Itemi cheie, Lachar-Wrobel:

Anxietate și tensiune; Perturbarea somnului; Gânduri și trăiri deviante; Atitudine antisocială; Mânie problematică; Simptome somatice; Depresie și neliniște; Credințe deviante; Abuz de substanțe; Conflicte familiale; Probleme și deviații sexuale.

MMPI 2 A

MMPI nu a fost construit pentru persoane sub 18 ani. MMPI A este o versiune construită pentru adolescenți, utilizabilă pentru intervalul de vârstă 14 - 18 ani.

Deși MMPI-ul inițial a fost destinat utilizării pentru adulți, testul a fost utilizat și pentru adolescenți (Hathaway și Monachesi, 1953, 1957, 1961, 1963); de fapt, paradoxal, s-a dovedit a fi cel mai larg utilizat instrument pentru evaluarea adolescenților.

Totuși, o analiză a itemilor aduce date legate de faptul că mulți itemi sunt inadecvați pentru experiența de viață a unui adolescent și, complementar, foarte puțini itemi privesc experiențe tipice sau specifice adolescenței (legate de grupul de egali, de școală etc.). De asemenea utilizarea normelor pentru adulți în cazul adolescenților nu este adecvată pentru că tinde să supra-patologizeze subiecții adolescenți; de fapt, s-a dovedit și contrariul, utilizarea unor norme pentru adolescenți construite pe MMPI clasic tind, invers, să sub-patologizeze adolescenții cu probleme (Archer, 1984, Archer și al. 1986, cf. J.Graham, MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology, 1993).

Inițial, s-a dezvoltat o formă experimentală, forma TX care includea un total de 704 itemi din care: cei 550 itemi din MMPI inițial, unii rescriși; noi itemi adăugați ce privesc complianța, atitudinile față de schimbarea comportamentului, itemi legați de probleme privind alcoolul sau drogurile; de asemenea, au fost adăugați itemi privind arii specifice adolescenței (comportament școlar, atitudini față de profesori, influențe în grupul de egali, probleme de dietă, relații cu părinții și alți adulți). Experimentarea acestor 704 itemi, a condus la selectarea în final a 478 dintre ei; unii dintre aceștia au fost rescriși (de exemplu, prin trecerea de la timpul trecut la timpul prezent). Pe această formă au fost calculate normele, pe un lot de 805 adolescenți și 915 adolescente cu vârste între 14 și 18 ani.

Scalele L, F și K au fost păstrate din MMPI original cu unele schimbări semnificative pentru itemii scalei F. De asemenea, corespunzător formei MMPI II, au fost introduse scalele VRIN care să evalueze inconsistența răspunsurilor și TRIN, care evaluează influențele negative asupra răspunsurilor adevărat și fals.

Cele 10 scale clinice standard ale MMPI sunt menținute în MMPI A, deși unele au mai puțini itemi sau includ itemi puțin schimbați. Nici una dintre scalele MMPI A nu este corectată prin scale K.

Au fost construite și câteva **scale suplimentare** precum: scala de anxietate, scala de depresie, scala de alcoolism MacAndrew, scala de propensiune pentru alcool / drog, scala de recunoaștere a problemelor legate de alcool / drog, scala de imaturitate.

De asemenea, au fost construite **scale de conținut**, 15 la număr pentru a evalua dimensiunile fundamentale: anxietate, obsesionalitate, depresie, griji legate de sănătate, bizarerii mentale, mânie, cinism, alienare, probleme de control, auto-stimă scăzută, nivel de aspirații scăzute, disconfort social, probleme de familie, probleme legate de școală, indicatori de tratament negativ. Se consideră că aceste scale ar trebui utilizate în conjuncție cu scalele clinice: scalele de conținut clarifică adesea motivele ridicării scorurilor la aceste scale și ajută clinicianul să determine care dintre mulții descriptori tradițional asociați cu aceste scale sunt implicați în cazul respectiv. Deoarece itemii scalelor de conținut sunt evidenți și au validitate de aparență, ei sunt foarte sensibili la atitudinea de manipulare a adaptării sau neadaptării.

Sunt de asemenea disponibile **subscalele Harris-Lingoes** și **subscalele pentru Si**, deși ele nu pot fi folosite ca scale independente pentru interpretările clinice, iar scorurile scăzute la aceste subscale nu trebuie interpretate.

Este interesant să subliniem și câteva aspecte privind strategia de interpretare pentru profilul MMPI A, asemănătoare cu MMPI-2. Astfel, Butcher și Williams, 1992, au sugerat următoarele aspecte care trebuie avute în vedere:

1. dacă există factori extra-test care pot explica rezultatele MMPI A;
2. care sunt atitudinile de răspuns ale individului?;
3. care sunt simptomele și comportamentele raportate de individ?;
4. care este probabilitatea unor comportament de tip ieșiri impulsive și care este probabilitatea ca în situații specifice să apară astfel de reacții precum și cât de severe pot fi acestea?;
5. dacă problemele din școală joacă un rol semnificativ în imaginea clinică și care sunt acestea?;
6. admite adolescentul că are probleme cu alcoolul sau alte droguri sau există posibilitatea de a dezvolta astfel de probleme?;
7. cum arată relațiile sale interpersonale, există influențe negative de la grupul de egali, sunt semnificative problemele de familie, cum răspunde autorității, sunt alienarea, sau cinismul, sau izolarea un factor izolat?;
8. sugerează rezultatele necesitatea de a evalua un posibil abuz fizic sau sexual?;
9. care sunt punctele puternice ale adolescentului?; care sunt implicațiile profilului la test, care sunt implicațiile sau recomandările ce pot fi sugerate pe baza MMPI 2 A?

Bibliografie

- Hathaway S.R., McKinley J.C., 1951, Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Univ. Minn., Press, Minneapolis
- Hathaway S.R., Meehl P.E., 1951, An Atlas for the Clinical Use of MMPI, Univ. Minn. Press, Minneapolis
- Hathaway Sarke R., Monachesi E. D., 1961, An Atlas of Juvenile MMPI Profiles, U.M.Press, Minneapolis

Gough G.H., 1950, The F minus K Dissimulation index for the MMPI, Journ., Consult. Psychol, 14
Graham J.R., 1987, The MMPI: A Practical Guide, Oxford Univ. Press, New York
Graham J.R., 1993, MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology, 1993 Oxford univ. Press, New York
Merenda P.F., 1993, Comparison Between the Manuals for the MMPI and MMPI 2: a critique, Europ. Journ., of Psch. Assessment, 9, 2
Manual for Administration and Scoring: MMPI 1, 1989, University of Minnesota Press, National Computer
Minulescu M., 1996, Chestionaree de personalitate în evaluarea psihologică , Garell Publ. House

4.5. Teoria lui K. Leonhard privind normalitatea și condiția de anormalitate. Testul de tendințe accentuate Schmiescheck

În cadrul continuum-ului dintre normalitate și anormalitate - având în vedere aspectele de structură, funcționare și adaptare - *din perspectiva psihologică de personalități mature vs. imature* (de exemplu, imaturitatea personalității în formare a adolescentului), putem vorbi de *personalități accentuate, personalități destructurate și personalități patologice*.

Categoria personalităților accentuate prezintă o serie de caracteristici care ies din comun, din "media" de manifestare în cadrul populației generale, care manifestă tendința de a aluneca în anormal fără a deveni propriu-zis destructurate. Trăsăturile specifice accentuării se manifestă ca invarianți operaționali și vor genera manifestări pregnante - în termeni normativi - nu numai în raport de "medie" dar și de "abaterile de la medie". Limitele dintre normal, în termeni cantitativi, tendința spre "mediu", accentuat și dizarmonic nu sunt fixe iar delimitările specifice se realizează în funcție de intensitatea, constanța și gradul de socializare al manifestării care exprimă trăsătura accentuată, independent de împrejurările exterioare.

Tendința spre patologie există la nivelul structurilor de personalitate accentuate, dar în măsura în care ea este socializată și sublimată, putem vorbi la aceste persoane de o "adaptare cu note speciale". Accentuarea, în sens pozitiv sau negativ, presupune o manifestare ieșită din comun în mod constant, indiferent de situație. O trăsătură accentuată evoluează cu un grad mai mare de probabilitate spre sensul negativ atunci când împrejurările de viață ale persoanei favorizează acest lucru. În aceste condiții lipsa de socializare a trăsăturii conduce spre dezvoltarea unei personalități dizarmonice și persoana se află într-un dezechilibru constant cu sine și cu lumea, iar devierea devine fundamentală. Persoana, în măsura în care are conștiința acestei tulburări, a faptului că adaptarea la realitate este puternic perturbată, se apără justificând condiția în favoarea sa și în defavoarea lumii.

Karl Leonard, 1968, descrie aceste tipuri din datele empirice clinice și este cel care introduce termenul de "personalitate accentuată". Pentru Leonhard, trăsăturile specifice accentuării sunt în fapt invarianți operaționali care generează manifestări pregnante nu numai în raport cu media, ci și cu abaterile de la medie. Sub raportul integrării sociale,

autorul demonstrează că personalitățile accentuate prezintă doar o tendință spre patologie dar, când această tendință este sublimată; acest proces face ca și comportamentul persoanei să se poată încadra între limitele unei adaptabilități sociale „cu note specifice”, sau speciale”. Astfel, situând conduita înspre cele două extreme, accentuarea presupune o manifestare ieșită din comun în mod constant, indiferent de situație. Cel mai probabil este ca o trăsătură accentuată să evolueze cu un grad mai mare de probabilitate în sens negativ mai ales când împrejurările de viață cu care se confruntă individul favorizează acest lucru. Când, prin trăsătura accentuată se dezvoltă o personalitate disarmonică, un dezechilibru constant cu sine și cu lumea, suntem în situația negativă în care devierea este puternică, structura și funcționalitatea sunt perturbate ceea ce duce la perturbarea semnificativă a capacității de a se adapta la realitate. În această situație, individul are conștiința perturbării dar, spre deosebire mai ales de condiția nevrotică, are tendința să justifice acest lucru în favoarea sa și în defavoarea lumii. Desigur, este lesne de înțeles că, din această perspectivă, limitele dintre normal și anormal, accentuat și disarmonic – psihopatologie sau sociopatologie nu sunt deloc fixe; delimitările pot fi făcute în funcție de intensitatea și constanța manifestării unei anumite trăsături independent de împrejurările exterioare.

Lonhard, ca psihiatru, tinde să explice că tipurile se formează în viață prin faptul că o anumită condiția socială (în care intră și relația și poziția individului în societate) își pune amprenta, modelează o înclinație naturală care merge în aceeași direcție. Vorbește, asemenea altor psihologi (de exemplu L. Szondi, M. Lüscher) și de un anumit tropism în relație cu profesia aleasă: individul tinde să aleagă o profesie pentru că aceasta permite înclinațiilor sale naturale să se exprime, să se realizeze în modul cel mai complet. Aceste modelări dinspre social marchează perioada de formare; diagnosticul personalității nu este în mod serios periclitat de influențele ce intervin în perioada de maturitate, pentru că acestea mai degrabă fixează forma exterioară a comportamentului și nu orientările de bază, lăuntrice.

Clasificare sa cuprinde ca *trăsături accentuate ale firii*:

- tipul hiperperseverent (susceptibilitatea și ambiția)
- tipul hiperexact (conștiinciozitatea și seriozitatea sunt exagerate)
- tipul demonstrativ (teatral, se autolaudă și autocompătimește)
- tipul nestăpânit (irascibil, indispoziție cronică, devieri în direcția alcoolismului, sau sexuale)

Combinății ale trăsăturilor de caracter accentuate ce conduc spre:

- tipul hipertimic (locvace, cu o constantă bună dispoziție)
- tipul distimic (posomorât, seriozitate exagerată)
- tipul labil (oscilații între veselie și tăcere, hiper și distimie)
- tipul emotiv (trăiri afective puternice, determinate atât de evenimente triste cât și fericite)
- tipul exaltat (excesivă oscilație a afectelor între euforie și depresie)
- tipul anxios

Combinății ale trăsăturilor de caracter și temperament accentuate:

- tipul introvertit (trăiește preponderent în lumea imaginației)
- tipul extravertit (trăiește preponderent în lumea percepției)
- tipul introvertit - hipertimic

Chestionarul de tendințe accentuate

În categoria instrumentelor de evaluare a dimensiunilor accentuate ale personalității, la Universitatea Humboldt, H. Schmiescheck creează în 1970 *Chestionarul de tendințe accentuate*. Tradus și experimentat în limba română de I. Nestor în 1975.

Este format din 88 itemi, repartizați pe 10 scale care corespund la 10 tipuri de trăsături accentuate ale personalității.: Scala I, *demonstrativitate* (12 itemi); Scala II, *hiperexactitate* (12 itemi); scala III, *hiperperseverență* (12 itemi); scala a IV-a, *lipsa de stăpânire, control* (8 itemi); grupa V, *hipertimie* (8 itemi); grupa a VI-a, *distimie* (8 itemi); scala a VII-a, *ciclotimie* (8 itemi); scala a VIII-a, *exaltare* (4 itemi); scala a IX-a, *anxietate* (8 itemi); scala a X-a, *emotivitate* (8 itemi).

Timpul de lucru este liber și, de obicei, variază între 30 și 60 minute. Corectura se face în funcție de grila de răspunsuri simptomatice dar calcularea notelor brute se face printr-o corecție, înmulțindu-se cu un coeficient specific pentru fiecare scală, în funcție de numărul itemilor. Cifra rezultată poate lua ca valoare maximă 24 de puncte: valoarea 24 indică un procent simptomatic de 100%; valoarea 13, un procent de 75%; valoarea 11, un procent de 50%; valoarea 6, un procent de 25%. În aceste condiții, se poate vorbi de o veritabilă accentuare doar în situația când procentul la una sau mai multe scale trece de 50%.

Prezentarea caracteristicilor unor tipuri de firi accentuate

Firea demonstrativă

Esența firii demonstrative, care, atunci când atinge grade mai înalte, devine fire isterică, rezidă în *capacitatea anormală de refulare*. Noțiunea de refulare a fost întrebuințată înaintea lui Freud, dar s-a încetățenit în literatura psihiatrică datorită lui. Refularea poate fi considerată ca un proces psihic universal, deoarece se află la originea constituirii inconștientului ca domeniu separat de restul psihismului. Freud definește refularea ca fiind operațiunea prin care subiectul încearcă să respingă sau să mențină în inconștient reprezentări (gânduri, imagini, amintiri) legate de o pulsione. Refularea se produce în cazurile în care satisfacerea unei pulsione – susceptibilă prin ea însăși să producă plăcere – riscă să provoace neplăcere în raport cu alte exigențe (Laplanche /Pontalis, 350). În această situație se vorbește despre afect blocat. În cazul istericilor afectul, în loc să fie legat de reprezentare, este convertit, realizându-se astfel o sciziune: există afect fără reprezentare și reprezentare fără afect.

O altă trăsătură caracteristică firii demonstrative este *lauda*. De obicei oamenii nu se laudă singuri, chiar dacă adesea ar dori acest lucru, pentru că se tem de dezaprobarea celorlalți. Personalitatea demonstrativă poate înlătura asemenea inhibiții și deci se poate lauda singură, bucurându-se fără rezerve de aureola pe care singură și-a făurit-o. Laudei de sine ca activitate verbală i se adaugă, de obicei, activitatea practică în scopul de a se afirma, adică stăruința de a stârni interesul plin de respect al colectivității. Persoanele demonstrative refulează disconfortul atunci când sunt în centrul atenției generale, revendicând fără jenă pentru sine o situație aparte și sunt în stare să se bucure de ea fără

rezerve. Această dorință de a fi cu orice preț în centrul atenției se încadrează în nevoia de recunoaștere socială.

La personalitățile demonstrative poate fi remarcată tendința de *autocompătimitate*. Istericul își refuză inhibițiile privitoare la lamentările sale și își joacă nestingherit rolul de martir. Aceștia sunt oamenii care își găsesc în boală atât satisfacția directă cât și pe cea indirectă. În acest sens Freud vorbește despre "beneficiul primar" și "beneficiul secundar" al bolii. "Beneficiul primar" este legat de însuși dinamismul simptomelor. În această situație se disting două părți: "partea internă a beneficiului primar" constă în reducerea de tensiune pe care o procură simptomul; acesta, oricât de dureros ar fi, are drept scop să-l scutească pe subiect de conflicte uneori mai neplăcute – este mecanismul așa-zisei "fugi în boală". "Partea externă a beneficiului primar" ar fi legată de modificările pe care simptomul le aduce în relațiile interpersonale ale subiectului. Astfel, o femeie "oprimată de soțul ei" poate obține, mulțumită nevrozei, mai multă tandrețe și atenție, răzbunându-se în același timp pentru tratamentul aspru îndurat.

Dintre însușirile personalităților demonstrative face parte o bună *capacitate de adaptare* la alți oameni. Persoanele având o trăsătură isterică au adesea succes în acele profesii în care este necesară empatia. Acest talent al lor provine din faptul că ei pot să facă abstracție de propria lor fire și să joace acel rol care corespunde firii celuilalt sau se poate datora nevoii lor de a fi acceptați și apreciați de ceilalți. În felul acesta se explică, de fapt, darul pe care îl au personalitățile demonstrative *de a se face iubite*.

În psihanaliză se vorbește despre două forme simptomatice: isteria de conversie, în care conflictul psihic este simbolizat prin simptome corporale dintre cele mai diverse, paroxistice sau *durabile și isteria de angoasă, în care angoasa este fixată* într-un mod mai mult sau mai puțin stabil la un anumit obiect exterior (fobii). Specificitatea isteriei este căutată în prevalența unui anumit tip de identificare, a anumitor mecanisme (mai ales refularea, deseori manifestă), în emergența conflictului oedipian.

Istericii conservă emoția refulată, motiv pentru care se poate afirma că ei sunt bolnavi de emoție. Această emoție, declanșată de o circumstanță patogenă, nu poate fi exprimată în mod normal și astfel rămâne "blocată". Aceste efecte blocate au un dublu destin: ele pot persista așa cum sunt și devin apăsătoare pentru întreaga viață psihică, față de care reprezintă o sursă de iritare permanentă, sau se transformă în procese corporale anormale, procese de inervație sau de inhibiție care nu sunt altceva decât simptome psihice ale nevrozei, de fapt conversie isterică. În viața normală, o anumită cantitate din energia noastră afectivă este întrebuințată în inervația corporală și produce fenomenul de exprimare a emoțiilor. Conversia isterică nu este altceva decât o expresie exagerată a emoției care se traduce prin mijloace neobișnuite. Prin urmare, procesul afectiv ocupă primul loc în cadrul isteriei.

Dorința *istericului* se referă întotdeauna la *eludarea unei situații dificile*, a unui conflict, evitarea unui efort. Personalitățile demonstrative ar fi caracterizate, în opinia autorului, prin: laudă de sine, însoțită de obicei de un comportament specific cu scop de afirmare, tendință de autocompătimitate, pripeală în decizii, capacitate de a se face iubite.

Patosul este considerat de Leonhard forma tipică a personalității isterice, un adevărat etalon. Firile demonstrative prezintă patetism în vorbire, gestică, mimică. Sunt subliniate, de asemenea, tendințele personalităților demonstrative și isterice de a înlătura din conștiință aspectele neplăcute care ar putea să stimuleze o gândire activă, subiecții menținându-se într-o atitudine detașată, lăsându-se în voia manifestărilor ce se desfășoară nestingherit, îmbogățind tezaurul fanteziei.

Egocentrismul acestui tip de individ, veritabilă "*sugativă afectivă*", își află rădăcinile în inadecvarea aprecierii valorilor umane și în incapacitatea de a-și reprezenta trăirile și dorințele celuilalt. Acestea se datorează *imaturității și labilității emoționale* evidențiate printr-o *participare caleidoscopică la trăirile anturajului*. Referitor la această labilitate, Janesch afirmă că istericul are o mie de simțăminte dar nici un sentiment.

Firea hiperexactă

Firea hiperexactă este contrariul firii demonstrative și se distinge prin *lipsa capacității de refulare*. În timp ce istericii acționează sub impulsul momentului chiar și în cazurile în care ar trebui să mai reflecteze, anancastii nu pot lua o hotărâre nici atunci când există toate premisele pentru aceasta. Ei vor să analizeze totul până la ultimele consecințe înainte de a acționa, nu pot elimina din conștiință nici cele mai mici posibilități de a găsi poate totuși o soluție mai bună, cu alte cuvinte nu sunt în stare să refuleze și, din această cauză, au dificultăți în activitatea lor. Astfel, pripeala isterică are la polul opus *nehotărârea anancastă*. Inhibarea devine dificilă numai în cazurile în care se conturează un pericol – acela de a proceda greșit, pricinuind astfel un rezultat neplăcut sau compromițând astfel o perspectivă plăcută. Chestiunile de mică importanță pot fi rezolvate lăuntric fără mare greutate, pentru aceasta nefiind vreo dificultate în luarea unei hotărâri nici chiar pentru un anancast.

În situația în care se ajunge la o nevroză, luarea hotărârilor importante rămâne o problemă, dar pericolul care împiedică luarea unei hotărâri poate să diminueze.

Teama de îmbolnăvire, microbi, este frecventă în nevrozele obsesive, ocupă un loc aparte: întotdeauna mai pot exista urme infime de murdărie, așadar de microbi. Dacă posibilitățile reduse sau chiar infime de periclitare produc totuși efecte puternice, faptul indică o evoluție, expresie a unei legi psihologice. Potrivit acestei legi, tendințele afective supuse oscilării între doi poli cresc în asemenea măsură, încât sentimente neînsemnate se transformă în afecte profunde. Această lege este prezentă și în cazul dezvoltărilor paranoice. În *nevroza obsesivă*, teama care face ca o primejdie minimă să apară așa de amenințătoare devine atât de puternică tocmai datorită *nehotărârii permanente privitoare la faptul dacă există sau nu motiv de teamă*. Din această frământare dominată de îndoieli, cu o veșnică oscilare între doi poli, ia naștere frica patologică a nevroticilor obsesivi, frica pe care ei înșiși o consideră neîntemeiată, dar pe care nu o pot învinge. Anancastul încearcă să lupte împotriva obsesiei sale încă din perioada de dezvoltare a afectului; capacitatea sa de refulare fiind însă insuficientă, lupta împotriva obsesiei este tocmai ceea ce crează obsesia, deoarece alternanța sporește mai mult frica.

În cazul nevrozei, hiperexactitatea prezintă dezavantaje atunci când se manifestă cu o intensitate psihotică. Capacitatea de a lua hotărâri este în această situație atât de prejudiciată, încât munca nu mai poate fi efectuată în mod fluent. Permanent apar *îndoieli, subiectul trebuie să verifice dacă ceea ce este deja făcut poate fi considerat în mod definitiv drept bun*. În felul acesta, anancastul rămâne în urmă cu lucrul,

meticulozitatea lui neputând avea decât în parte efect compensator. El recuperează de cele mai multe ori timpul pierdut prin ore suplimentare voluntare. După terminarea orelor de lucru, îi este greu să se îndepărteze de locul său de muncă; uneori se întoarce să vadă dacă a închis toate ușile și dacă a lăsat totul în ordine. Când nu cedează dorințelor de acest fel, în drum spre casă este probabil preocupat și neliniștit de lucrările pe care le avusese de executat în timpul orelor de serviciu. Acest lucru se întâmplă în special atunci când are sarcini de răspundere. Adesea, momentele dinainte de a adormi sunt cel mai bun prilej de a se gândi din nou la activitatea profesională și, probabil, la munca din ziua următoare și la modul în care ea ar putea fi făcută cât mai bine.

O trăsătură definitorie a anancastului este *nesiguranța prezentă atunci când pleacă de acasă*. El se întoarce să vadă dacă nu a lăsat robinetul de gaz sau cel de apă deschis, dacă nu a uitat să stingă lumina sau să încuie ușa. Aceste verificări inutile reduc posibilitatea persoanei de a savura clipele fericite.

Când hiperexactitatea nu se manifestă decât sub forma unei însușiri accentuate, ea nu are aceste efecte negative. Tot ceea ce am descris mai sus poate să apară și la aceste persoane, dar numai într-o măsură care nu atinge limitele absurdului. În asemenea cazuri se evidențiază îndeosebi avantajele unei *înclinații spre meticulozitate*. Munca de răspundere sporește neliniștea, hiperconștiinciozitatea asigurându-le un bun renume, o bună apreciere la locul de muncă, de care se simt foarte legați.

Efectele acestor trăsături pot fi exprimate și pe planul *grijii exagerate pentru propria bunăstare*. Individul hiperexact se ferește de primejdii inutile, evită excesele, nu bea prea mult, nu fumează prea mult.

Firea hiperperseverentă

Substratul firii hiperperseverente, respectiv al celei paranoide, este *perseverența anormală a afectului*. Sentimentele care au tendința de a provoca reacții se estompează treptat după ce această reacție a avut loc. Dacă această reacție nu este posibilă dar persoana respectivă își îndreaptă totuși gândurile spre alte probleme, afectul nu descrește decât foarte lent, însă în mod normal el dispare totuși după câțiva timp. La personalitățile hiperperseverente această estompere a afectului are loc mult mai încet. Când asemenea persoane se gândesc la cele întâmplate, afectul corespunzător apare din nou, el continuând să fie mereu prezent. S-ar putea să nu dispară complet nici după săptămâni și luni de zile, cu toate că nu a fost alimentat de noi evenimente. *În special afectele egoiste* sunt cele care, datorită intensității care le este proprie, se pot manifesta într-un mod anormal. Specificul firii hiperperseverente se manifestă întotdeauna atunci când sunt atinse interesele personale. De aceea se formează afecte contra unor prejudicii sau acte de opresiune, chiar dacă acestea sunt, obiectiv, neînsemnate.

Dacă un om înclină spre asemenea reacții, se poate vorbi de *susceptibilitate*. Un conținut similar îl are și predispoziția de a se simți cu ușurință jignit, dar aici este vorba mai ales de sfera onoarei personale, care se află de asemenea pe primul plan la oamenii care se simt lesne ofensați. Hiperperseverența este cel mai ușor demonstrabilă sub această formă, căci indivizii de acest tip sunt *avizi de prestigiu personal*. Dar și un prejudiciu adus altor interese – cele legate, de pildă, de posesia bunurilor materiale - este suportat greu. Când este lezat sentimentul de dreptate, sensibilitatea se manifestă mai puțin, deoarece afectele primare sunt aici mai puțin profunde decât în cazul sentimentelor egoiste. Dacă totuși oameni hiperperseverenți devin adesea luptători pentru dreptate,

aceasta îmbracă la ei un aspect specific: revendicând de fapt un anumit drept pentru ei înșiși, ei generalizează această revendicare numai pentru a-i da mai multă forță.

Persoanelor hiperperseverente le sunt caracteristice *sentimente egoiste mai intense* decât altor oameni. În felul acesta se ajunge la *un mai pronunțat sentiment al propriei valori*.

Deoarece aspirațiile egoiste întâmpină obstacole îndeosebi din partea celorlalți oameni, întâlnim în cazul unui grad mai înalt de hiperperseverență - adică atunci când este vorba de o fire paranoidă - trăsătura nu mai puțin caracteristică a *atitudinii permanent bănuitoare*. *Neîncrederea* hiperperseverentului este mai mult sau mai puțin generalizată. Ea nu depinde de anumite împrejurări exterioare, ci își are rădăcinile în însuși psihicul subiectului.

Repetarea experiențelor de viață, de un anumit tip, pot declanșa dezvoltarea paranoică, dar aceasta nu se poate explica doar printr-o simplă repetare și însumare. La un om care este permanent jignit de un alt om se va produce treptat o oarecare insensibilizare, firească față de lucruri care se întâmplă cu regularitate, astfel încât urmează o descreștere a afectului; în această situație nu ia naștere o dezvoltare paranoică. O intensificare neîntreruptă a afectului rezultă numai în cazul unei alternanțe între succes și insucces. Când cineva nu poate răspunde la jignire, dar nu obține decât un succes parțial - care este apoi anihilat de o contraacțiune și când, în acest fel, succesul și eșecul trec alternativ pe primul plan, ia naștere afectul paranoic (Leonhard, 97).

În afara sferei paranoice, putem observa *dezvoltări paranoice* cu un caracter aproape delirant, *în special gelozie*.

Dacă ideile care se fixează în dezvoltarea paranoică nu sunt obsesive, ele sunt totuși prevalente. Un om poate fi atât de preocupat de gândul unui eventual prejudiciu sau de gândul obținerii unui mare succes, încât să piardă în mare măsură din vedere alte interese și alte țeluri. Se profilează astfel *încăpățânarea* personalităților paranoide.

Firea hiperperseverență se aseamănă într-o oarecare măsură cu cea anancastă și ca un element comun poate fi amintită *teama care este potențată*. Dacă datorită unei situații obiectiv nedecise intervine o oscilație între speranță și teamă, anxietatea se intensifică mai mult decât de obicei chiar la un om hiperperseverent, întrucât ea nu descrește în intervalele dintre șocurile afective. Rezultatul este că avem de a face cu o *dezvoltare hipocondriacă*; la persoanele hiperperseverente ea este similară celei ce se observă la persoanele hiperexacte, deși nu este la fel de frecventă ca la acestea din urmă.

În general, omul obține stima celorlalți numai dacă realizează ceva care să-l evidențieze. Istericii pot fi încântați de sine chiar fără motiv, căci prin defulări își pot crea în mod subiectiv iluzia unui respect de care în mod obiectiv nu se bucură. Personalitățile paranoide nu sunt capabile de o asemenea autosugestie; pentru a se simți mândre, ele au nevoie de aprecierea reală a celorlalți oameni. Aici apare clar conturat aspectul pozitiv de evoluție a acestor personalități. Acesta se concretizează în *ambiția* cu care ei se mobilizează pentru atingerea țelului propus, o adevărată forță motrice pentru realizările personale. Atunci însă când acești indivizi discreditează și chiar înlătură alți oameni pe care îi percep drept indivizi periculoși, hiperperseverența are efecte negative, care se izbesc de rezistența colectivității.

Ambiția și susceptibilitatea favorizează instalarea sentimentului de prejudiciu și declanșarea unor reacții de ostilitate față de tot ceea ce se împotrivesc pretențiilor subiecților.

Firea nestăpânită

Firea incapabilă să se stăpânească, prezintă o lipsă a controlului comportamentului emoțional ca o caracteristică definitorie. Există și alte caracteristici pe care Leonhard le grupează pentru aceste personalități accentuate, astfel: înclinația spre activitate fizică ceea ce le permite să obțină în acest domeniu rezultate mai bune decât alte persoane; o susceptibilitate crescută față de perturbări.

Se poate constata ca fenomen general inconstanța în viață; acest lucru nu este datorat dorinței de a ocoli dificultățile, ci se datorează tendinței spre acte impulsive și indispoziției.

Când există ceva care nu le convine, renunță și încep altceva fără să persiste prea mult. Din acest motiv, de exemplu, întrebați de motivele care i-au determinat să schimbe locul de muncă tind să invoce motivații superficiale precum faptul că șeful nu a acceptat să-i satisfacă o anumită dorință, atitudinea unor colegi i-a vexat, etc. Leonhard observă faptul că personalitatea de tip nestăpânit poate fi foarte capabilă de muncă știut fiind plăcerea pentru efort fizic, însă inconstanța este determinată de lipsa de stăpânire în planul afectelor: „tristețea cauzată de o întâmplare care le pare împovărătoare poate duce la acțiuni nehibzuite, eventual chiar la o încercare de sinucidere” (p.51).

Le este caracteristică iritabilitatea necontrolată, care conduce spre izbucniri de furie. Mulți recunosc deschis iritabilitatea care, de altfel este confirmată de cei care îi cunosc, membrii familiei, prieteni, colegi.

O altă tendință caracteristică este impresia pe care o creează altora este legată de lipsă de agerime spirituală pentru că par să ia în considerație mai ales lucrurile care sunt perceptibile. De asemenea, au un aer indispus, răspund monosilabic la întrebări, nu pentru că nu vor să fie prietenoși ci datorită faptului că le este neplăcut să răspundă la întrebări; mimica îi trădează cel mai adesea, chiar dacă ar dori să fie agreabili, mimica pare a prezenta o față opusă. Leonhard constată că atunci când tendința este foarte pronunțată de poate vorbi de un tablou clinic de tipul psihopatiei epileptoide; pot prezenta devieri de la viața socială mai ales de tipul violențelor din perioadele când sunt dominați de accesele de furie. Alcoolismul cronic se instalează pe fondul duratei prelungite a perioadelor de indispoziție. Pot apare și conduite nestăpânite pe fondul excesului impulsurilor sexuale (la fete, mai ales în perioada post pubertății).

Firea hipertimică

Temperamentul hipertimic, a cărui accentuare este denumită *tratatment hipomaniacal* este bine cunoscut în psihiatrie, datorită modului impresionant în care se manifestă. Ca și în cazul unei manii, dar într-o formă mai atenuată, găsim la temperamentul hipertermic o *combinație a veseliei* cu *dorința de acțiune* și cu *nevoia de a vorbi*, precum și cu o *înclinație spre divagări*, înclinație care uneori vizează chiar fuga de idei. Accentuarea hipertimică reprezintă o variantă pozitivă a temperamentului uman. Viața este privită mai mult sub aspectul ei plăcut, se trece cu mai multă ușurință peste neplăceri. Nevoia de acțiune poate genera realizări de valoare. Depresiunile gândirii sunt însoțite de bogăția de idei, ceea ce de asemenea poate stimula munca productivă. Bogăția de idei se alătură bogăției de sentimente, ceea ce are efecte stimulatoare atât în profesie, cât și în reuniunile sociale, unde hipertimicul este nucleul antrenant pentru crearea unei bune dispoziții generale.

Accentuarea acestor trăsături afectează vectorul pozitiv al acestor personalități. Veselia devine acum o primejdie; este prezentă o *inerentă superficialitate* manifestă atât pe plan acțional, cât și pe cel etic. Prin superficialitatea sa, un hipomaniac își pune în joc buna reputație și, destul de frecvent, își periclitează însăși situația materială, deoarece se lansează în acțiuni sau speculații care îi fac plăcere pentru moment, dar care, cu trecerea timpului, se vădesc a fi, în realitate, dezavantajoase sau chiar catastrofale. Nevoia de acțiune - dacă există într-o măsură excesivă - are ca rezultat o activitate febrilă, dar sterilă. Individul devine "împrăștiat", se apucă de multe și nu duce nimic până la capăt, iar rodnicia sa bogăție de idei se poate transforma într-un joc - ce-i drept, plin de fantezie - cu idei nerealizabile.

Un alt dezavantaj apare atunci când există tendința ca veselia să se transforme în *iritabilitate*, fenomen relativ frecvent. Când acest lucru devine foarte evident, putem presupune că avem de a face cu o componentă paranoică.

Componentele psihologice ale temperamentului hipertimic care se referă la afectivitate, gândire și voință nu coexistă întotdeauna în același grad. Veselia poate fi predominantă sau poate ceda locul nevoii de a vorbi. În unele cazuri, tendința spre digresiuni în gândire este foarte pronunțată. În general, însă, cele trei trăsături sunt legate între ele și formează o unitate, ca în cazul maniei. Uneori putem avea dovezi directe că firea hipomaniacală nu reprezintă decât o manie diluată, atenuată și anume în cazurile când subiectul în cauză sau una din rudele sale a suferit cândva de această boală. În principiu însă, nu este obligatoriu ca un astfel de temperament să aibă implicații maniacale.

Așa cum am arătat și în descrierea firii distimice, după Melanie Klein orice copil trece prin faza numită depresivă. Pe parcursul acestei faze apar câteva elemente definitorii dintre care reamintim doar angoasa depresivă care se referă la pericolul fantasmatic de a distruge și de a pierde mama din cauza sadismului subiectului. O modalitate de a combate această angoasă este, după Melanie Klein, defensiva maniacală. Această defensă utilizează, mai mult sau mai puțin modificate, mecanismele fazei paranoide: negare, idealizare, clivaj, control omnipotent al obiectului.

Firea distimică

Temperamentul distimic devine, la un grad mai ridicat, *temperament subdepresiv*. Oamenii de acest tip, *serioși din fire*, sunt în mai mare măsură afectați de evenimentele triste ale vieții decât de cele vesele. Așa cum arăta K. Schneider, pentru ei viața este "un fel de dragoste nefericită". Evenimente zguduitoare pot adânci condiția obișnuită de seriozitate gravă până la o *depresie reactivă*, ceea ce se întâmplă mai ales atunci când starea de depresie este foarte accentuată și de lungă durată. La oamenii cu temperament distimic, *îmboldul spre acțiune este* diminuat, iar gândirea este mai lentă decât la ceilalți oameni. La reuniuni, personalitățile distimice nu participă decât puțin la conversație. Se poate afirma deci că *participarea la viața grupului este redusă*.

Aceste personalități sunt *altruiste, sobre și lipsite de egoism*. Predispoziția spre seriozitate are drept rezultat că pe primul plan apar sentimente contrare tendințelor lor egoiste. Așa se explică faptul că această seriozitate duce la o ținută etică serioasă. Însuși faptul că în ambele expresii revine noțiunea de "serios" atestă conexiunea dintre dispoziție și ținuta etică. Aici se manifestă latura pozitivă a temperamentului distimic. În

schimb, diminuarea imboldului spre acțiune și *încetineala gândirii* au, când ating un anumit grad, efecte negative, scăzând randamentul.

Când temperamentul subdepresiv este foarte accentuat, ne putem gândi la o stare de melancolie, dar nu întotdeauna există o asemenea conexiune. Varianta de temperament distimică poate fi absolut normală.

Relația temperamentului distimic cu depresia endogenă nu se bazează pe o legitate precisă, acest tip de personalitate reprezentând una dintre variațiile normalității, deși indivizii din această categorie le apar celorlalți lipsiți de veselie, dominați de o oarecare deprimare, inerție și încetineală, impunerea pe plan social făcându-se, de obicei, cu oarecare dificultate.

După Melanie Klein, distimia își are originea în copilăria timpurie, nu este altceva decât o fixație sau regresie la poziția depresivă, altfel normală la copilul de patru luni. În această fază, copilul devine capabil să-și perceapă mama ca obiect total. Clivajul dintre obiectul "bun" și obiectul "rău" se atenuază, astfel încât pulsunile libidinale și ostile tind să se raporteze la același obiect. Angoasa, numită depresivă, se referă la pericolul fantasmatic de a distruge și de a pierde mama din cauza sadismului subiectului. Această angoasă este combătută prin diferite modalități defensive - reparație, inhibiție a agresivității - și depășită când obiectul iubit este întroiectat în mod stabil și securizant. Dacă se realizează fixația la acest stadiu, individul se va structura ca o persoană apatică, neparticipativă, sobră, iar egoismul caracteristic oricărui om se va transforma prin intermediul mecanismelor de apărare în altruism.

Firea ciclotimică

Leonhard vorbește de personalități labile afectiv, constatând că atunci când această labilitate afectivă este foarte pronunțată predomină exclusiv oscilațiile provocate de o cauză lăuntrică, caz în care este vorba de ciclotimie în sensul unei psihopatii.

Caracteristicile specifice labilului afectiv pot fi determinate și de situație, ca în cazul în care, într-o conversație se prezintă fie veseli și vioi fie serioși și tăcuți în funcție de modul în care este condusă conversația. Dar au mai ales o determinare interioară, în sensul că nu oscilează continuu între doi poli, ci, pe fondul unei dispoziții hipertimice, de exemplu, pot reacționa profund și exagerat depresiv la o împrejurare defavorabilă. Sunt gata să treacă de la un elan de entuziasm, în momentul următor la apatie și tristețe. Adesea este greu de specificat în ce măsură oscilațiile sunt determinate de împrejurări exterioare sau interioare

Dispoziție afectivă a persoanei oscilează între extreme: sunt ciclic depresivi și hipertimici. Această instabilitate a dispoziției afectează puternic persoana; afectiv, un astfel de om trece prin perioade în care se simte bine, este productiv, activ, vesel perioadă când își asumă și sarcini sau responsabilități profesionale sau în viața socială; dispoziția se schimbă fără ca această schimbare să poată fi controlată locul optimismului este luat brusc de pesimism, o viziune sumbră, defensivă în raport cu viața, cu o energie dramatic scăzută față de care toate angajamentele din faza anterioară devin o povară insurmontabilă, care provoacă suferință. Persoana poate lua decizii la fel de imprudente pe termen lung, deoarece tendința este de a refuza, chiar oportunități. În timp, are loc și o trecere înspre o dispoziție normalizată, o stare de relativă exaltare.

Firea exaltată

Persoanele în a căror personalitate domină această tendință sunt de obicei vesele, manifestă un impresionantă dorință de a trăi, "gustă viața", o exaltare neobișnuită. . Poate să aibă o judecată inadecvată; concluziile pot fi pripite, prea puțin logice și critice. Adesea buna dispoziție obișnuită este întreruptă, neașteptat de perioade de iritabilitate, mai ales când resimt frustrare.

Accentuarea înseamnă în același timp și tendința spre a fi revendicativ, centrat pe propriile dorințe, egoist.

Leonhard admite similitudini între personalitatea exaltată și personalitățile emotive și cele labile: toate aceste firi au tendința de a reacționa profund la diverse evenimente și de a trece imediat într-o stare generală depresivă, respectiv euforică. Deosebirea constă în faptul că personalitățile exaltate prezintă un exces în oscilația sentimentelor: pot cădea într-o disperare fără de margini la fel de repede și ușor ca în starea opusă, de fericire exaltată. Se pasionează pentru ceva sau cineva cu o puternică participare lăuntrică; iar disperarea în situația unor evenimente descurajante, atinge lipsa de speranță totală. În spatele acestui patetism există însă sentimente autentice (nu, ca în situația istericilor, un joc teatral).

La astfel de persoane întâlnim frecvent interese artistice pronunțate. În situația în care exaltarea se manifestă predominant sub forma entuziasmului, avem firile care sunt marcate de tendința de a se entuziasma ușor, dacă predomină tendința contrară, avem firile care sunt marcate de disperări.

Firea anxioasă

Acest tip de persoane sunt tot timpul anxioși; stânjeniți în context social, se tem de critică sau dezaprobare, sunt neliniștiți de teama de a nu fi puși în încurcătură. Precauți față de noi exigențe astfel că nu agreează întâlnirea cu persoane pe care nu le cunosc, își fac probleme legate de perspectiva unei situații neprevăzute sau necunoscute. Au foarte puțini prieteni apropiați, evită în genere obligațiile sociale sau, la serviciu, preluarea unor responsabilități.

De fapt nu sunt reci emoțional (cum sunt de exemplu tipurile schizotime), și își doresc de fapt relații sociale dar nu știu și nu se cred în stare să le obțină.

De multe ori, observă Leonhard, este posibil ca substratul să fie dat de o fire exaltată. La copii, de asemenea, apar destul de des manifestări accentuate în sensul fricii. În general, când se presupune o predispoziție pronunțată spre frică, se investighează perioada copilării: dacă a există o manifestare exagerată a fricii de întuneric, de furtună, de animale etc. Când teama are ca substrat o nevroză obsesivă, răspunsurile la această anamneză sunt de obicei negative. De obicei, fobiile se formează pe un fond anancast.

Tendința accentuată spre frică poate lua proporții patologice, dar, de obicei, la adulți acest lucru se petrece pe fondul unei continui amenințări din exterior la care este supusă constant persoana respectivă.

Firile emotive

Emotivii sunt impresionați doar de trăirile înseși în timp ce dispoziția generală a labililor se schimbă în funcție de evenimentele exterioare. O persoană cu o fire emotivă este caracterizată de ceilalți, de obicei, prin faptul de a avea „o inimă bună”; ele este impresionat profund de evenimente dureroase și nu poate trece ușor peste ele

chiar dacă nu i se întâmplă lui personal; se emoționează ușor și poate plânge la filmele, sau întâmplările citite sau povestite cu desfășurări triste sau dramatice; de obicei este „milos” – nu poate să vadă un copil care plânge fără să aibă tendința de a plânge el însuși de emoție.

Și evenimentele plăcute îi impresionează în egală măsură astfel de persoane resimt profund bucuria datorată unor întâmplări fericite, sau chiar de opere de artă. Mimica participă direct la exprimarea emoției și a sensibilității sufletești.

În situația când o astfel de fire prezintă o intensitate patologică și tinde să acapareze viața, interferând cu modul normal de a trăi realitatea ca atare, se poate vorbi de o psihopatie reactivă labilă. La astfel de persoane sunt frecvente depresiile reactive, uneori chiar cu tendința spre sinucidere.

Bibliografie

- ICD - 10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament, World Health Association, Editura ALL, 1998, București
DSM IV, Manual de Diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, American Psychiatric Association, Editura APLR, 2000, București
Leonhard K., Personalități accentuate în viață și literatură, Editura Enciclopedică Română, 1972, București
Minulescu M., 2003, Chestionarele de personalitate

4.6. Evaluarea clinică a copilului și adolescentului; contextul familiei

Aplicație: PTSD la copii

“Când este gestionată prost, faza inițială a diagnozei va rămâne ca o amintire amară ale cărei detalii se vor păstra în mintea părintelui și poate și a copilului mulți ani după ce s-a încheiat. Când este gestionată cu sensibilitate și îndemânare tehnică, această experiență poate contribui la o fundație puternică pentru a se realiza o adaptare productivă în familie și pentru construirea unei colaborări constructive între părinte și profesionist”
M.Thomasgard, J.P.Shonkof (Sattler & Hoge,).

Evaluarea comportamentului funcțional în 7 trepte etape (Miller, Tansy & Hughes, 1998) include, spre deosebire de modul tradițional de a realiza evaluarea: înțelegerea problemei reale a copilului dincolo de simptomatologia ca atare; înțelegerea intensității acestei probleme, - asociat a duratei, cronicității; dezvoltarea unui plan de intervenție care să cuprindă și membrii familiei.

Acest tip de evaluare complexă introduce obligatoriu câteva direcții anamnestice:

descrierea comportamentului copilului în termeni observabili și măsurabili
realizarea unei **evaluări a condiției din prezent** (revederea unor materiale ale copilului precum: jurnale, filme, note anecdotice despre comportamentul de acasă, rapoarte medicale, descrierea unor intervenții anterioare, etc.) precum și realizarea unor observații sistematice asupra comportamentului și a unor interviuri cu copilul și părinții (la nevoie,

și alte persoane); și, dacă este necesar utilizarea unor teste proiective precum desenarea unei persoane, a familiei, completarea fabulelor Duss, C.A.T., P.N. , Testul de gestalt Bender, etc

Evaluarea datelor obținute din diferite surse pentru a identifica modelele ce pot indica scopul sau cauza problemei și posibilul remediu;

în timpul și/sau după evaluarea datelor obținute, începem să construim ipoteze plauzibile legate de problema comportamentală; de relația dintre aceasta și situațiile în care apar problemele de conduită/care ar putea să nu fie legate de cauza presupusă. Este important să se analizeze și construiască evenimentele locale posibile (orice eveniment care predispune copilul să se angajeze în problema comportamentală ca de exemplu să intre într-o ceartă cu părinții, să se izoleze și să refuze interacțiunea, sau reacții paradoxale ca de ex., să fie agresiv cu animalele sau autoagresiv.

Pasul următor este să formulezi un plan de intervenție pentru a acționa asupra problemei comportamentale. Ședințe de desen, sandplay sau povestiri pot fi avute în vedere ca mijloace de a accesa problema fără să fie discutată direct;

Să se înceapă intervenția cât de repede posibil lucrându-se atât cu copilul cât și cu părinții;

Evaluarea eficienței intervenției, fie periodic prin interviu, sau prin observații sistematice bazate pe indici non-verbali și realizarea unor modificări periodice a planului inițial sau prin evaluarea la sfârșit a intervenției programate.

Interviul

Este important să fie întrebați părinții despre strategiile funcționale sau disfuncționale pe care le pot folosi pentru a face față condiției copilului /comportamentului disruptiv/crizelor emoționale, dar interviul cu familia nu poate fi un substitut pentru interviurile individuale; trebuie văzuți toți membrii familiei separat pentru că pot să fie mult mai deschiși în interviurile individuale decât în grup. Putem înțelege mai mult văzând felul în care aceștia se comportă în ambele tipuri de situații și evaluând măsura în care există o condiție de tip împlinire a anticipării, a lucrului pe care îl dorești, la unul dintre părinți. De ex., mama care a ajut o copilărie grea, cu lipsuri și acum obișnuiește să spună povestiri pline de o emoționalitate negativă/ depresivă despre acea perioadă, iar apoi afirmă că o frustrarea este o cale educațională la fel de bună ca oricare alta.

Specificul interviuării copilului

Tehnici specifice de interviuare a copilului luând în considerație vârsta și nevoile în termenii timpului interviului, a lungimii acestuia și a unor activități adiționale:

înainte de a pune întrebări, și în timpul interviului dați timp pentru joc liber și activități distractive;

formulați întrebări adecvate care ajută copilul să se simtă în largul său; folosiți limbaj și intonații adecvate: vocabular simplu, adaptat vârstei, nivelului cognitiv și capacității copilului de a înțelege termenii folosiți și problema. Este important să subliniați poziția pe care o aveți și confidențialitatea discuției;

evitați pe cât posibil întrebări care conduc spre răspunsuri de tip da sau nu, sau confirmatorii; în cazul în care aveți un părinte care interzice un anumit lucru copilului nu spuneți copilului că părintele este rău sau că a făcut un lucru rău; formulați în așa fel întrebările ca să nu aibă impresia că un răspuns este mai acceptabil decât altul;

cereți exemple, exemple reale de viață a supra modului cum copilul a simțit/sau simte sau a reacționat când i s-a interzis de părinte să se joace, să face ceva ce își dorește;

fiți deschis la ceea ce va spune copilul;

realizați cât de bine reușiți comentarii descriptive când spuneți copilului ce gândește despre felul în care arată, comportamentul sau ținuta sa; astfel de comentarii furnizează un mod simplu de a-i da atenție și a-l încuraja să continue comportamentul adecvat;

trebuie utilizate afirmații reflectante care refrazează ceea ce a spus sau făcut copilul; o astfel de reflectare reține înțelesul esențial a ceea ce a comunicat (sau a ceea ce a făcut) ;

Lăudați și sprijiniți copilul pentru că astfel îl puteți ghida spre problemele pe care le considerați semnificative; copii mai mici au nevoie de mai multă laudă decât cei mai mari;

evitați afirmațiile critice pentru că orice critică are tendința să provoace ostilitate, mânie, resentiment sau frustrare și sentimentul că nu mai este înțeles; uneori pot fi ignorate comentariile neadecvate ale copilului sau comportamentul său dacă aveți în vedere întărirea unei conduite pozitive;

este important să fie folosite întrebări simple și referințe concrete, simplificând întrebările, simplificând răspunsul; o unealtă importantă cu copiii între 3 și 8 ani este desenul , este mai ușor pentru ei să deseneze și să vorbească despre evenimente încărcate emoțional, decât situația în care doar ar vorbi despre acestea;

puneți întrebări legate de denumirile emoțiilor; puteți utiliza pur și simplu desene de fețe care exprimă emoții fundamentale precum fericire, mânie, tristețe și apoi întrebați despre semnificația acestora (cum arată) și apoi puneți întrebări specifice precum: cum arăți tu când nu ești lăsat să te joci cu un cățeluș simpatic în parc?” Sau întrebați copilul: spune-mi despre ceva care te face să te simți rău să arăți felul acesta?”;

puteți folosi imagini cu teme specifice de familie special făcute pentru a reflecta problemele copilului;

sau puteți folosi desenarea unei persoane, sau tehnica desenării unei familii și puneți întrebări despre personaje și sentimentele care există între ele; căutați indici privind nevoia de afectivitate și sprijin a copilului, și de la ce personaj le primesc: oameni, animale, mama sau tata; cine este în suferință;

folosiți o tehnică de completare a unei povestiri, precum fabulele Duss în care animale și pui de animale sunt prezentate în diferite condiții și situații de viață; vedeți ce înțelege copilul și felul în care își proiectează nevoile pe animal;

când puneți copilul să răspundă la o problemă ipotetică dar relevantă, acest lucru poate fi mai puțin provocator de anxietate decât o chestionare directă; puteți folosi o povestire și să cereți copilului soluția posibilă la aceasta (cu grijă pentru a nu conduce la anxietate, stare de disconfort sau să se simtă prost);

fiți mereu atent să recunoașteți condiția de disconfort a copilului și să faceți situația cât mai eliberată de stres; fiți gata să schimbați tema discuției dacă este necesar;

pentru a ajuta copilul să vorbească puteți folosi creioane, argila, plastilină, jucării. Pot să stimuleze memoria, suplimentează un limbaj sărac sau puțin flexibil, sau pot să creeze condiția unui eveniment dat. Sandplay-ul în special permite să re-creeze o imagine fără să folosească cuvinte.

puteți folosi tehnica „celor trei dorințe”;

puteți clarifica un episod de comportament nepermis sau greșit prin repovestirea lui și aducerea unor detalii pentru a corecta aspectele greșit interpretate sau înțelese;

înțelegeți, aveți răbdare, păstrați tăcere când copilul tace. De obicei copii rămân tăcuți fiind că o emoție îi copleșește în fața unui interviu, teme sau modul de discuție, sau le este frică, sau vor să vorbească dar nu știu ce să spună, sau poate au nevoie să-și pună în ordine gândurile pentru a le putea comunica (Reisman, 1973). Pentru a putea face față tăcerii copilului trebuie să dați drumul empatiei să umple interrelația, stați astfel, apoi poate îi puteți spune că se poate juca cu jucării, sau nisip sau lut, sau desena. Aceste activități pot servi ca o cale de a rupe tăcerea;

În fața unei situații de rezistență sau anxietate puteți sprijini copilul reasigurându-l și susținând un sens al conținerii. Copilul poate să-și arate anxietatea prin ezitări în vorbire, tristețe, ostilitate. În condiția de mânie, puteți discuta legitimitatea acesteia și puteți găsi o imagine dintr-o poveste sau un film care seamănă cu situația copilului.

Descrierea KID-SCID, ca formă standardizată pentru interviul copilului și adolescentului.

2. Studiul interacțiunilor intrafamiliale

Pentru a studia modelele de interacțiune în familie și pentru a face părintele conștient de dizarmoniile și blocajele în relație ar fi util să le se dea tuturor o sarcină comună. Sarcina poate fi introdusă în timpul interviului sau după terminarea acestuia.:

Comentând lucrurile pe care le fac ceilalți din familie care fac plăcere sau neplăcere membrilor familiei;

Plănuirea unei vacanțe de familie; a unei activități comune; utilizând fraze descriptive pentru a caracteriza problema prezentă și apoi cerând fiecărui membru să vorbească despre remedieri posibile, inclusiv cele fantastice. În timpul exercițiului nimeni nu are voie să critice. Apoi se alege o idee și se discută deschis modul cum poate fi implementată; repetați acest lucru cu fiecare dintre dorințe;

Participarea la activitățile gospodărești (de ex, cereți părintelui să dea copilului o sarcină oarecare – să curețe încăperea de jucării, să le aleagă, și observați modul în care părintele cere lucrul respectiv, felul în care copilul reacționează la cererea părintelui, felul cum alți membri ai familiei reacționează la ceea ce are copilul, felul cum copilul își prezintă îndeplinirea sarcinii;

Prezentați-le tuturor o imagine care include un clu al situației prezente și cereți-le să inventeze împreună o poveste. Povestea trebuie să fie una pe care toți să o agreeze. Alegeți pe unul din familie care să înceapă povestirea. Fiți atent la diferitele opinii care vin de la diferiți membri ai familiei. Povestea trebuie să aibă un început, un parcurs și un final. Conștientizați pentru părinte puncte în care poate negocia cu dorințele copilului.;

Dacă există, puteți folosi cutia de sandplay și miniaturile cerându-le să lucreze împreună la o imagine/poveste. Observați cât de permisiv/ nepermisiv acționează față de dorințele copilului, felul cum le iau în considerație sau nu, și încercați să determinați să ajungă la moduri mai realiste;

Planificați o vacanță de familie. Observați dacă dorințele copiilor sunt conectate cu locurile reale care sunt propuse de părinți, locuri unde pot să interacționeze și să se pot juca;

Puteți discuta o ceartă, sau o discuție care a avut loc în cadrul familiei: ce a pornit-o, cine a luat parte, ce s-a întâmplat, cum s-a terminat și observați modul cum fiecare dintre membrii familiei își amintește și redă faptele. Faceți-i conștienți de semnificația reală pentru fiecare dintre ei și încercați să relaxați înțelesul disfuncțional.

Faza de evaluare și intervenție

Faza de evaluare presupune un proces în care se clarifică modelele regulate ale situației problematice; evaluarea se poate face în timpul interviului sau după.

O parte din evaluare se referă la semnificația psihologică a interacțiunilor reale dintre părinte și copil. Trebuie să avem în vedere răspunsul la întrebări prin care ei se pot confrunta cu consecințele pozitive ale empatiei dacă aceasta există; sau cu consecințele negative ale situației în care în familie iubirea și atașamentul nu sunt luate în considerație (sau sunt insuficient reprezentate).

Sunt părinții atenți, în acord cu dorințele copilului? Este copilul atent la dorințele părinților? Își împinge copilul părintele spre limitele acestuia?

Ce tip de afecte și sentimente sunt vizibile la membrii familiei, copii și părinți: plăcere, bucurie, dispoziție fericită sau optimistă, căldură, tandrețe sau iritabilitate, mânie, nerăbdare sau ostilitate, aprobare sau dezaprobare?

Părintele /copilul recunosc starea celuilalt? Recunoaște părintele când copilul este fericit, trist, obosit, furios, are emoții sau sentimente care ar trebui înțelese? Este copilul conștient de propriile sale emoții, nu doar temându-se de acestea și incapabil să le gestioneze?

Poate este prea multă tensiune și stres în interiorul casei și nici unul dintre adulți cu vrea să nu mai răspundă tensiunii cu mai multă tensiune. Este vreunul dintre părinți capabil să-și modeleze controlul sau conduita când încearcă să direcționeze comportamentul copilului sau când stabilesc limite sau cerințe?

Cum se manifestă emoțional părintele când interacționează cu copilul: este în mod real calm, cu încredere și cald; se controlează; controlează situația sau copilul; apere cumva confuz, copleșit, dezorganizat, tensionat sau exploziv? Cum face față provocările ridicate de copil în timp ce-i face observații (de ex, refuzul de a se supune, întreruperi frecvente, conduite de negare sau explozive)? Cum răspunde copilul la încercările părintelui de a-l controla, sau la eșecul părintelui de a controla situația? Vrea cu adevărat părintele să învețe și ajute copilul să-și formeze noi deprinderi? Este flexibil când cere copilului să realizeze diverse sarcini?

Dincolo de clarificarea nevoilor psihologice, observarea trebuie să clarifice modul cum părintele răspunde a nevoile copilului de hrană, căldură, stimulare, somn sau curățenie și eliminare; toate nevoile de bază pe care părintele trebuie să le recunoască și la care trebuie să răspundă.

Evaluarea datelor obținute se poate face cu sau fără prezența părintelui, dar în final aceștia trebuie să primească un feedback clarificator. În procesul de consiliere a părinților trebuie avute în vedere următoarele probleme:

Câte informație aud sau absorb părinții respectivi?

Au înțeles rezultatele?

Empatizează în mod real cu situația copilului sau doar încearcă să o reprime?

Acceptă rezultatele?

Ce tip de informație caută sau vor?

Acceptă recomandările pe care le schițați în diferitele faze ale discuțiilor?

Ce tip de intervenție doresc? Vor să-și asume responsabilități sau vor să le atribuie unor ajutoare din afară (psihoterapeuți, consilieri etc.)?

Care sunt resursele lor pentru a putea face schimbări și a coopera cu recomandările pe care le primesc?

Cât de mult doresc să-și schimbe propriile expectații sau conduite?

În ce anume ar consta, din punctul lor de vedere, indiciile de tratament sau remediere cu succes?

Căutarea modurilor de gândire greșite și a tipurilor de deprinderi greșite

O strategie eficientă în evaluarea problemelor copilului este căutarea indicilor de gândire defectuoasă sau a deprinderilor de acțiune defectuoase (Nelson Jones, 1995, Lisievici, 1998).

Există o gamă relativ mare de astfel de modalități de gândire greșită:

Deprinderi de gândire	Exemple de deficiențe
Propria responsabilitate în alegeri	Copilul poate gândi că el este singurul care are dreptul să facă alegeri
Utilizarea vorbirii cu sine cu scopul de a face față	Copilul poate folosi frecvent modalitatea vorbirii cu sine negativă despre cât este de frustrant sau nedrept părintele când îi cere un anumit lucru...
Alegerea unor reguli personale realiste	Copilul poate folosi o regulă personală nerealistă (de ex, cu orice preț el trebuie să aibă un ...)
Alegerea unor percepții realiste	Copilul este convins că părinții nu îi permit un anumit lucru pentru că lor nu le place acel ceva și nu le pasă dacă este nefericit.
Atribuirea corectă a cauzelor	Copilul poate gândi de ex că el este cel vinovat pentru situația de tensiune dintre părinți (certuri, reproșuri, etc.) și consecințele pentru toți ceilalți
Să facă predicții realiste	Copilul poate subestima consecințele negative ale cerinței sale (respinse de părinte) pentru sănătatea lui etc.
Stabilirea unor scopuri realiste	Copilul poate dori să convingă părinții de un anumit lucru fără să ia în considerație impactul situației noi asupra familiei, condiției proprii etc.
Utilizarea unor deprinderi de vizualizare	Copilul poate deveni deprimat printr-o obsesivă vizualizare a stării de neajutorare afectivă a mamei, a ceea ce i se întâmplă când merge – frecvent la spital etc.
Realizarea unor decizii audibile	Copilul poate decide să folosească comportamente auto-distructive pentru a convinge părintele să-i îndeplinească dorința (sinucidere).
Prevenirea și gestionarea problemelor	Copilul poate să nu vrea sau să nu fie capabil să recunoască relația dintre ceea ce cere/face/ dorește și

	consecințele pentru binele, bunăstarea, condiția de sănătate a sa/ a celor din familie.
--	---

Tehnici posibile de intervenție (alegere în concordanță cu problema identificată)
Tehnici de intervenție legate de deprinderile de gândire deficiente (**Nelson Jones, 1995, Lisievici, 1998**):

Deprindere de gândire	Exemplu de tehnică de intervenție
Propria responsabilitate de a alege	Creșterea conștiinței: Utilizare de explicații și exemple pentru a face copilul să înțeleagă că oricine poate face alegere, are dreptul să facă alegeri legate nu numai de felul cu acționează, dar și de felul cum simte sau gândește. Facilitarea explorării alegerile: Asistați copilul în explorarea direritelor alegeri și a consecințelor acestora.
Utilizarea vorbirii cu sine în scop adaptativ	Ajutați copilul să distingă vorbirea cu sine adaptativă: asistați copilul în identificarea vorbirii cu sine negative și înlocuirea acesteia cu sensul pozitiv (de ex, să renunțe la “Nu o să pot niciodată să...” cu “Pot face asta!”)
Alegerea unor reguli personale realiste	Ajutați copilul să identifice regulile personale negative; identificarea semnalelor unor reguli personale negative, precum sentimentele și acțiunile neadecvate, sau indicatori de limbaj precum: “trebuie să”, “ai de făcut neaparat ...”
Alegerea unor percepere realiste	Ajutați copilul să identifice distorziunile în modul cum percepe; ajutați copilul confruntându-l cu propriile imputuri verbale, să devina conștient de modul cum ele distorsionează felul cum percepe lucrurile. Alegeți o percepere mai bună: ajutați copilul să genereze mai multe înțelesuri pentru ceea ce a observat și apoi să evalueze și să aleagă pe cea care se potrivește cel mai bine
Atribuirea corectă a cauzelor	Ajutați copilul să devină conștient de atribuirile neadecvate pe care e face: ajutați-l să înțeleagă atribuirile greșite tipice care pot conduce la sentimente

	negative sau disfuncționale. Schimbați atribuiri neadecvate.
Realizarea unor predicții realiste	Ajutați copilul să devină conștient de atribuiri curente și de consecințele lor: asistați-l în generarea unei liste mai lungi de riscuri și răsplăți asociate cu realizarea predicțiilor
Stabilirea unor scopuri realiste	Asistați copilul în înțelegerea nevoii de scopuri și în formularea acestora.
Utilizarea deprinderilor de vizualizare.	Ajutați copilul să devină conștient de vizualizare (pe care e tendința să o utilizeze mai frecvent decât adulții)
Realizarea unor decizii audibile	Ajutați copilul să devină conștient de importanța și consecințele deciziilor. Ajutați copilul să dezvolte deprinderile primare de decizie (dacă – atunci).
Prevenirea și gestionarea problemelor	Ajutați copilul să recunoască importanța identificării și confruntării cu problemele.

Aplicație: **Sindromul de stres posttraumatic la copii și trauma psihică**

Evaluarea clinică implică metodele tradiționale de evaluare, inclusiv o trecere în revistă a expunerilor anterioare și prezente la traumă și a răspunsurilor, observației tehnicilor proiective cum ar fi jocul și lucrul artistic și testarea psihologică formală, dacă este necesar. Din păcate, unele studii au demonstrat că părinții nu evaluează corect răspunsul copiilor lor la stres. Discrepanța părinte – copil poate reprezenta negarea din partea părinților, dar copiii pot fi presați în mod deosebit în cursul evenimentelor traumatice să nu-și afișeze distresul în întregime (McFarlane, 1987); adulții se pot complăce în această evitare pentru a se sustrage disconfortului experienței posttraumatice, propria lor experiență, a copilului sau ambilor.

Pentru copiii de vârsta școlii primare și pentru cei mai mari, adică de la șapte ani în sus, este probabil ca copilul și respectiv adolescentul să fie cel mai bun informator. Adesea părinții subestimează simptomele PTS la copiii lor.

Folosirea interviurilor structurate orientate pe copil, care conțin itemi potriviți pentru diagnosticarea PTS cum ar fi lista de interviuare a tulburărilor anxioase pentru copii sau lista pentru interviul diagnostic pentru copii, reprezintă modul cel mai dorit pentru a evalua asemenea subiecți. Pentru scopuri de protecție, când un număr mare de copii este evaluat sau când constrângerile personalului împiedică folosirea interviurilor individuale, măsurile orientate spre utilizarea raportului realizat chiar de către copil s-au dovedit a fi foarte folositoare. Evaluarea simptomelor PTS la copiii de vârsta preșcolară și mai mici necesită informarea părintelui sau a tutorelui principal. Pentru copiii mici, observarea semnelor comportamentale de stres, excitabilitate, teamă și evitare a obiectelor și evenimentelor legate de traumă pot fi importante în mod deosebit în evaluarea reacțiilor lor.

PTSD se definește ca un efect de apărare după expunerea la un stresor foarte puternic. Acesta este prezent și la copii. Există numeroase controverse și probleme încă nerezolvate cu privire la PTSD la copii (Judith A., Cohen M.D., 1998).

Trauma psihică : Evaluarea, diagnosticul și prognosticul stărilor de psihotraumatism la copii

Pot fi definite mai multe forme de diagnostic:

sistemele clasificatorii taxonomice cărora li se reproșează că au ceva static și că ele pot să vină numai cu greu în întâmpinarea pericolului unei clasificări diagnostice unilaterale, arbitrare a indivizilor sau grupurilor. Aceste sisteme clasificatorii statice constituie un stop cadru din desfășurarea unui film. Ori în legătură cu un instantaneu, se poate întâmpla ca acesta să fie relevant sau dimpotrivă să fie absolut atipic. Dar din necesități de practică și cercetare clinică, nu putem să renunțăm la asemenea blitz-uri sau instantanee, furnizate de diagnosticele și cercetările cu teste.

un model diagnostic de evoluție care pornește de la examinarea longitudinală a cursurilor de viață sau a proceselor istorice. Ele reușesc să prindă aceste fenomene dinamice, schimbătoare, în timp, într-o clasificare statică, transtemporală.

modelul de îmbinare, integrare a metodelor longitudinale cu cele transversale astfel încât, instantaneul să rămână în peisaj dacă el prinde trăsăturile esențiale ale proceselor dinamice de evoluție.

Aria de variație a posibilelor consecințe ale traumei se concretizează în sindroame psihotraumatice generale și speciale.

Dat fiind diferitele diagnostice și forme de evaluare la copii, în diagnoză și tratament, clinicienii trebuie să aibă în vedere o serie de parametri practici. Aceasta atât pentru copii, dar și pentru familiile copiilor care prezintă această tulburare.

În plus, cei care fac evaluări și stabilesc diagnostice trebuie să se familiarizeze cu dezvoltarea normală a copiilor, cu prescripțiile psihiatrice ale diagnozei și tratamentului copiilor (Academia Americană de Psihiatrie și Terapie a Copiilor și Adolescenților, 1977).

Un prim aspect se referă la diagnosticul acestor entități gnosologice în legătură cu nivelul de vârstă pe care îl discutăm. Acestea sunt date de mai multe argumente, dintre care amintim PTSD la copii, cu alte cuvinte, este greu de diagnosticat la copii, aceasta pentru că: PTSD este un diagnostic nou. În plus, criteriile de diagnostic s-au schimbat odată cu fiecare revizuire a DSM, începând cu anul 1980. de asemenea factorii dezvoltării pot avea un impact semnificativ asupra prezentării clinice a acestei tulburări. Reacția copilului la un stresor traumatic trebuie pentru a fi diagnosticată cu PTSD, să includă teamă intensă, oroare, neputință sau comportament agitat, sau dezorganizat. În acest sens, DSM-IV include o listă parțială a câtorva evenimente care s-ar putea potrivi cu definirea unui eveniment stresor traumatic extrem. Dar lasă la latitudinea clinicianului dependența acestei determinări de specificitatea situației. Pentru a întruni criteriile PTSD, răspunsul copiilor trebuie să includă un număr specific de simptome din fiecare trei categorii largi: retrăirea, evitarea/diminuarea și excitabilitatea crescută. Au existat revizuirii în DSM-III-R și DSM-IV cu privire la simptomele specifice, inclusiv în fiecare din aceste categorii, acordând o atenție fiecăruia dintre modurile alternative în care copii pot manifesta aceste simptome. Cererile curente pentru acest diagnostic sunt: copilul trebuie să prezinte cel puțin un simptom de retrăire, trei de evitare/diminuare și două de creștere a excitabilității pentru a primi un diagnostic de PTSD conform DSM-IV. Aceste cereri se bazează pe un

criteriu curent de diagnostic pentru PTSD la adulți, ceea ce poate necesita amendamente pentru copiii mai mici. Simptomele de retrăire includ amintiri persistente și intruzive de distres ale evenimentului, care la copiii mici se pot manifesta prin jocuri repetitive cu teme traumatice; vise repetitive generatoare de distres despre traumă sau vise înspăimântătoare fără conținut recognoscibil; acționarea sau senzația că trauma ar avea loc din nou, inclusiv repunerea în act specifică traumei (de ex., repunerea în act a actelor sexuale suferite de copil în timpul abuzului sexual); distresul intens la expunerea la fapte care simbolizează un aspect al traumei și reactivitate fiziologică la asemenea expuneri. Evitarea stimulilor asociați cu evenimentul și diminuarea sensibilității generale nu trebuie să fie prezente înainte de traumă și pot fi manifestate prin eforturile de evitare a gândurilor, sentimentelor sau conversațiilor asociate cu trauma, eforturi de a evita amintiri ale traumei; amnezia unui aspect important al traumei; interes sau participare diminuată la activitățile normale; se simte înstrăinat sau îndepărtat de ceilalți; gama afectivă se restrânge și are un sentiment al scurtării viitorului (de exemplu, crede că nu va trăi un ciclu normal de viață). Simptomele persistente ale excitabilității crescute trebuie să înceapă să aibă loc odată cu petrecerea traumei și includ dificultăți de somn, iritabilitate sau izbucniri de furie; dificultăți de concentrare; hipervigilență; și răspuns exagerat de tresărire. Aceste simptome trebuie să fie prezente cel puțin o lună și trebuie să producă distres semnificativ din punct de vedere clinic sau deteriorare în funcționare.

O arie controversată se leagă de numărul de simptome din fiecare categorie (retrăirea, evitarea și excitabilitatea crescută) care trebuie să fie prezente pentru a diagnostica PTSD la copii (Saigh, 1988). Poate că o problemă chiar mai profundă este dacă copiii care au întrunit toate criteriile de diagnostic diferită în mod semnificativ de copiii care au întrunit „parțial” criteriile PTSD (adică au prezentat câteva simptome PTSD, dar nu au întrunit criteriile așa cum sunt definite de DSM-IV). Este PTSD conform tuturor criteriilor o tulburare abstractă în orice fel funcțional, sau simptomele PTSD apar într-un continuum al frecvenței și severității, cu „toate” criteriile reprezentând un punct de întrerupere arbitrar mai degrabă decât unul semnificativ, separat (Terr, 1991). Unii autori au indicat de asemenea că dacă evitarea sau amortirea afectivă sunt eficiente în mare măsură, copilul poate părea că este neafectat de traumă sau că simptomele retrăirii pot fi mascate (Arroyo și Eth, 1995; Stuber, 1991). După cum a arătat Green (1991), evaluarea simptomelor de evitare (negare) este limitată la definiție, pe măsura abilităților copilului de a lega asemenea simptome de traumă. Ea a argumentat că cerința a trei simptome de evitare/diminuare este deci prea strictă pentru un diagnostic de PTSD la copii. Earls et al. (1988), Frederick (1985) și Lyons (1987) au discutat câteva probleme metodologice în evaluarea simptomelor PTSD la copii. Goodwin (1985) a sugerat că expresiile maladaptative ale fricii și furiei pot masca un diagnostic la PTSD și duc în schimb la diagnosticul de tulburare de conduită (cu agresivitate generalizată) sau BPP (cu comportament de auto-rănire), mai ales la adolescenți.

Astfel, deși criteriile de diagnostic pentru DSM-IV sunt folosite pentru diagnosticarea PTSD la copii, există o dezbatere în curs despre cât de corect descriu aceste criterii PTSD în copilărie. Este nevoie de procese pe arii extinse pentru evaluarea validității criteriilor curente pentru PTSD la copii și adolescenți. O controversă finală privind PTSD este conturată succint de Yehuda și McFarlane (1995), care s-a adresat conflictului între dorința de a normaliza victimele (cum s-au exprimat grupurile de avocați care au insistat pentru recunoașterea inițială a PTSD în DSM-III ca „o reacție normală la stresul

anormal”) și dovezile empirice care sugerează că PTSD este o tulburare psihiatrică rară cu factori predispozanți clari și anomalii fiziologice distincte. Cu alte cuvinte, supraviețuitorii traumelor care suferă de PTSD sunt bolnavi din punct de vedere psihiatric, sau trec printr-un proces normal de adaptare? Deși această controversă este departe de a fi rezolvată, se pare că se pot recunoaște factorii predispozanți de risc și comorbiditatea psihiatrică a PTSD fără a învinovăți victima traumatizată. O rezolvare practică reală este să ofere tratament copiilor cu simptome clinice de PTSD semnificative (adică suficient de grave pentru a deteriora funcționarea lor în cel puțin un domeniu), fie că întrunesc sau nu criteriile diagnosticului PTSD – ului din DSM-IV.

Evaluarea simptomelor și diagnosticul PTSD la copii

Evaluarea prezenței simptomelor PTSD la copii poate fi o provocare și depinde într-o anumită măsură de vârstă sau nivelul dezvoltării copiilor. Întrucât PTSD nu apare în nomenclatorul de diagnostic decât în 1980 (APA, 1980) și întrucât nu a fost examinată sistematic la copii, nu a fost recunoscută la nivel mondial sau a fost caracterizată conform simptomelor sau condițiilor asociate. Evitarea și uneori rușinea pot concepe prezența PTSD doar dacă simptomele sale sunt evaluate în mod sistematic. Evaluarea PTSD la copii depinde cel mai mult și mai întâi de interviurile clinice directe conduse cu atenție cu copilul și cu părinții. Dacă unul din părinți este cel care perpetuează abuzul copilului sau violența domestică, adică evenimentul traumatic, celălalt părinte sau o altă persoană care are grijă de copil trebuie interviuată. Ideile specifice pentru conducerea acestui tip de interviu diagnostic sunt incluse în continuarea acestui text. Pe scurt, ambii părinți și copilul pot fi întrebați direct cu privire la evenimentul traumatic și despre simptomele PTSD detaliate. Întrebările specifice legate de simptomele de retrăire, evitare și hiperexcitabilitate sunt descrise în DSM-IV și ar trebui formulate ca atare. O atenție deosebită trebuie acordată folosirii limbajului potrivit dezvoltării când copilul este întrebat despre aceste simptome ale PTSD. Clinicianul ar trebui să fie conștient de variațiile în dezvoltare în prezentarea simptomelor PTSD, îndeosebi în ceea ce privește copii preșcolari (Scheeringa, 1995), și ar trebui să includă întrebări despre simptomele specifice ale dezvoltării când sunt interviuați copiii mici.

Există multe întrebări care rămân fără răspuns, ca de exemplu modul în care să se evalueze prezența PTSD la copii. Deși câteva interviuri semistructurate și chestionare își propun să măsoare această tulburare, nu există un singur instrument acceptat drept „standard de aur” pentru a realiza acest diagnostic sau pentru a monitoriza cursul simptomelor sale. Parțial, evaluarea PTSD este complicată de necesitatea de a avea un anumit număr de simptome din fiecare din cele trei categorii (retrăirea, evitarea/încremenirea și excitabilitatea crescută). Drept urmare un singur rezultat obținut prin utilizarea unui instrument nu este suficient pentru a diagnostica PTSD din punct de vedere al categoriei (deoarece un copil ar putea avea niveluri foarte ridicate ale simptomelor dintr-o categorie, dar niciunul din alte categorii). Rapoartele parentale tind să minimalizeze simptomele PTSD la copil (Handford, 1986; Malmquist, 1986; Rigamer, 1986; Sack, 1986) și este dificil să se constate simptomele de evitare și de nemișcare din rapoartele copiilor despre ei înșiși, având ca rezultat un risc semnificativ de a nu diagnostica această tulburare. Profesorii și alți adulți pot să nu observe sau să nu conștientizeze multe din simptomele proeminente ale PTSD pentru că acestea nu se pot manifesta la școală (de exemplu, problemele cu somnul sau hiperviligența) sau pot să nu

fie evidente pentru observatorul neantrenat. Măsurile fiziologice ale hiperexcitabilității nu sunt standardizate adecvat la copii, nici măsurile necesare nu sunt luate adecvat pentru a evalua corect simptomele de retrăire sau evitare. Astfel, există limite considerabile inerente în evaluarea PTSD la copii. Pe de altă parte, există îngrijorarea că unii clinicieni vor supradiagnostica PTSD datorită lipsei conștientizării criteriilor specifice de diagnostic necesare și a percepției greșite conform căreia prezența simptomelor de retrăire și anxietate în sine care urmează expunerii la un stresor extrem sunt adecvate pentru a diagnostica PTSD. Această preocupare a dus la încercări recente de a educa adecvat clinicienii în ceea ce privește această tulburare. O zonă de acord printre experții în evaluarea PTSD la copii se leagă de nevoia de a întreba direct copilul cu privire la simptomele PTSD, așa cum se leagă de stresor. După cum susțineau Wolfe et al. (1994), „majoritatea copiilor nu pot relata propriile reacții psihologice la traumă decât dacă sunt întrebați în mod specific cu privire la aspecte ale traumei” (p. 48). Pynoos și Eth (1986) a udeclarat de asemenea că o discuție deschisă legată îndeosebi de traumă este necesară pentru a evalua adecvat ca și pentru a rezolva simptomele PTSD. Adesea clinicienii nu întreabă direct copii despre evenimentul traumatic și despre impactul său asupra copilului, fie din teama de a nu supăra copilul (uneori datorită evitării – proprie clinicianului – a discuțiilor dureroase), fie în unele cazuri datorită temerii de a trebui să depună mărturie la tribunal împotriva educatorului sau într-o situație de abuz (Benedek, 1985).

Comorbiditatea PTSD la copii

PTS și simptomele sale pot fi deseori prezente împreună cu alte deficiențe psihologice. Ca urmare a unui eveniment traumatic, unii copii relatează niveluri crescute ale simptomelor de PTS, relatează și anxietate și depresie mai crescute decât copii cu puține simptome sau fără simptome de PTS.

DSM, prin diagnosticul său nou, ne informează că și copiii pot suferi de PTSD. Dar spre deosebire de adulți, ei pot arăta în mod diferit după această dezordine. Copiii cu PTSD pot avea probleme cu somnul sau coșmaruri. Adesea, apar și schimbări comportamentale. De exemplu, copil care anterior era activ, după evenimentul traumatic, el poate deveni liniștit și retras. Sau invers, un copil care era anterior liniștit, el poate deveni agresiv și zgomotos ulterior. Unii copii traumatizați încep să se gândească la faptul că nu vor deveni adulți niciodată. Alții, își pot pierde unele aptitudini, abilitati anterior dobândite, așa cum ar fi vorbirea, mersul la toaletă, deprinderi de igienă și altele.

Oricum, chiar când PTSD a fost recunoscut ca o tulburare psihiatrică a adulților validă, a existat un scepticism inițial conform căruia și copiii ar putea să o aibă. Răspunsul inițial la impactul traumei asupra copiilor este adesea negat (Handford, 1986; Malmquist, 1986; Rigamer, 1986; Sack, 1986). Părinții și profesorii pot minimaliza impactul traumatic în dorința lor de a se reasigura că aceștia nu au probleme, sau pentru a elimina distresul din propria lor copilărie. Adulții, inclusiv psihiatrii, au considerat că copiii sunt prea mici pentru a-și reaminti evenimentele traumatice sau că sunt prea imaturi din punct de vedere al dezvoltării pentru a fi traumatizați (Benedek, 1985). Inșișii copii pot contribui la formarea acestei percepții greșite, încercând adesea să își protejeze părintii de cunoașterea gradului de severitate al afectării lor de către trauma (Yule și Williams, 1990). Incep să apară câteva studii efectuate asupra copiilor traumatizați de diverse situații catastrofice în același timp cu introducerea PTSD în DSM-III. Terr (1979, 1983) a publicat un studiu de teren efectuat pe copii traumatizați de răpirea și blocarea subterană a autobuzului școlii.

Newmann (1976) și Green (1991) au descris simptomele PTSD la copiii care sufereau de „Colapsul Buffalo Creek din 1972” și Pynoos (1987) a documentat PTSD la copiii expuși la un atac terorist în curtea școlii lor. Anii 1980 au fost de asemenea martori la o creștere a numărului de studii empirice privind PTSD și alte dificultăți psihologice trăite de copiii abuzați sexual (Conte și Schuerman, 1987; Friedrich, 1986; Goodwin, 1988; Mannarino, 1989). Pe măsură ce literatura de specialitate descriptivă și empirică se extindea, a devenit clar că PTSD așa cum este definit de DSM-III nu a descris adecvat variantele acelei tulburări din copilărie (Garmezy, 1986). Experții clinicieni în PTSD infantil au contribuit la pregătirea DSM-III-R (AFA, 1987), având ca rezultat adăugarea câtorva note la criteriile pentru variații în prezentarea simptomului la copii, în DSM-IV, criteriile PTSD reflectă revizuirile în curs bazate pe creșterea înțelegerii diverselor manifestări clinice ale PTSD la copii. Se anticipează că aceste criterii vor fi rafinate mai mult pentru a reflecta variațiile în dezvoltare.

Studii realizate pe copii raportează că simptomele de retrăire, ca unul *dintre* simptomele PTSD, acestea sunt raportate în mod obișnuit de către victimele traumei. De exemplu, un procent de până la 90% dintre copiii expuși la o catastrofă la un uragan, au raportat simptomele de retrăire și la o perioadă de trei luni după dezastru. În opoziție cu aceste simptome, simptomele de evitare și diminuare/inerție sunt mult mai puțin comune la copii și astfel prezența lor poate fi un bun indicator pentru PTSD.

De-a lungul ultimilor zece ani, PTSD a fost descris la copiii expuși unei diversități de experiențe traumatice. Betty Pfefferbaum, în baza trecerii în revista a ultimilor zece ani, afirmă că se rețin puține lucruri despre epidemiologia tulburării la copii (1994, p. 32). Doar parțial se cunosc date despre simptomatologie și comorbiditate. Răspuns la traumă este influențat de o diversitate de factori care afectează și recuperarea. Ei includ: caracteristici ai factorilor stresori și ale expunerii la ei; factori individuali cum ar fi sexul, vârsta, nivelul de dezvoltare și istoricul psihiatric; caracteristicile familiei și factorii culturali.

Cea mai mare parte a literaturii cu această temă, descrie răspunsul copilului la dezastru. În ce privește intervențiile, acestea tind să includă eforturile școlii și/sau comunității. Pentru tratarea acestor condiții au fost folosite un număr de abordări clinice.

Cu caracter de concluzii se poate afirma că, în timp ce evaluarea a fost studiată extensiv, cursul longitudinal al PTSD și al eficienței tratamentului, acestea nu au fost studiate. Merită atenție crescută și cercetările privind corelările tipologice pentru această condiție. Tot așa se poate spune și că mediul înconjurător este din ce în ce mai ostil, mai producător de traume psihice pentru copii.

Se constată că au fost făcute numeroase și variate intervenții clinice dar că nu există nici o informație despre eficiența comparativă a modalităților de tratament.

5. Specificul cercetării în psihologia clinică contemporană; cercetarea calitativă în psihoterapie și studiul de caz

5.1. Obiectivitate și subiectivitate în cercetarea clinică.

Analiză conceptuală și istorică

Există polarități curente în evaluarea datelor de cercetare, sau a metodologiei de cercetare: obiectivitate - subiectivitate; realism – relativism; adevăr – ficțiune.

Aspecte implicate în conceperea obiectivității:

În înțelesul comun, general, accentul este pus pe aspecte concrete, pe ceea ce este un fapt, sau fapte obiectiv observabile.

Polaritatea obiectivitate – subiectivitate are implicată o încărcătură valorică, în sensul în care a fi obiectiv are o valoare mai mare decât a fi subiectiv. Acest lucru este adevărat pentru orice tip de demers științific, în majoritatea situațiilor dar nu și în psihoterapie unde în mare măsură demersul este centrat pe ceea ce este valoros pentru viața subiectivă a persoanei. Lucrul cu inconștientul înseamnă adesea să faci deosebirea între ceea ce este trăit subiectiv într-un anumit mod de persoană datorită unor formațiuni de care nu este conștient, și condiția sa reală. Să sprijini dezvoltarea unor atitudini care să-i poată permite să-și retragă proiecțiile de pe lumea reală, să le cunoască și recunoască modul propriu de funcționare și să poată face deosebirea între faptul de realitate, interpretarea subiectivă datorată proiecțiilor și propriile sale nevoi subiective.

Obiectivitate și iluminare: ieșirea din determinantele generale ale tradiției și prejudecăților social-culturale, înlocuirea cu o linie clară rațională. Pe cunoașterea empirică (ca și dovada directă dată de simțuri).

Obiectivitate și știință: din perspectivă strict științifică, am ales a miezului „tare” al disciplinelor matematice, obiectivitatea științifică implică existența unei realități ce este cognoscibilă, este măsurabilă prin instrumente; de aici, mitologic, apare și imaginea omului de știință ca detașat și lipsit de pasiune. De aici este clamat statutul social al cunoașterii științifice.

Modernitate: demersul de cunoaștere se sprijină pe paradigma progresului către adevăr.

Contraargumente:

Chiar și cercetarea din științele naturale are dimensiuni sociale, politice și etice. Discuția lui Khun privind „comunitatea științifică”. Dar să nu uităm paradigma efectului de observator, subliniată în fizică (legată de unii cercetători de principiul incertitudinii definit de Heisenberg) și în alte domenii ale științei, conform cărei simpla prezență a observatorului implică o alterare a condiției obiective a realității observate.

Respingerea poziției „ochiul lui Dumnezeu” cu poziția „văzut de deasupra, de sus”.

Scopul ultim ca producere de cunoștințe, dar cunoașterea practică implică în orice situație o sinteză personală.

Perspectivă post-modernă: cunoaștere locală în defavoarea „unei imagini generale, „unei povestiri generale”. În plus, în științele umane, măsurarea a impus introducerea lui o ca măsură extremă pentru condiția de inexistență. Dar, putem întreba dacă pentru viața psihică există vreo situație în care prezumția de inexistență să fie validă! Răspunsul este evident nu. Deci, implicit, orice tip de cuantificare exprimă o artificializare a situației.

În psihologie, adesea, există tensiunea între cele două extreme, respectiv cea psihometrică reprezentată de limitele procesării cantitative a datelor în plan statistic (ceea ce statistica permite, respectiv cunoașterea tendinței centrale, comune comportamentale pentru o populație) *versus* demersul „clinic” în esență calitativ care permite aprofundarea condiției psihice a adevărului unui singur individ (revelarea unicității persoanei umane) pentru a sprijini transformarea specifică.

Polaritatea obiectivitate - subiectivitate în cadrul cercetării în psihoterapie cunoaște adesea accente contradictorii dar și poziții extremizate. Cel mai adesea dezbaterile nu apare la suprafață. Majoritatea liderilor comunității de cercetare în terapie sunt desigur practicieni, psihologi și psihiatri care încearcă să-și socializeze demersul de cercetare într-o manieră „pozitivistă”.

Există pe de o parte autori care resping metoda psihanalistă care se bazează pe studiul cazului unic. Există pe de altă parte demersurile de tip cognitivist care pun un accent puternic pe „încercare”, metodă și măsurători empiric validate.

Ca tendință generală însă, comunitatea practicienilor terapeuți tinde să îmbrățișeze studiul de tip calitativ. Există un număr considerabil de studii care argumentează de exemplu, valoarea științifică a studiilor calitative și metodologia acestora. Totuși procentul de studii calitative este relativ mai mic decât tendința centrală care acordă importanță dovezilor empiric validate și replicabile.

Politicile de cercetare clinică și psihoterapeutică care se bazează pe dovezi cantitative sunt legate și tributare în mare măsură cerințelor sociale și politice privind utilizarea unor fonduri de cercetare, utilizarea unor fonduri de asigurări medicale, utilizarea unor fonduri de asistență socială. De asemenea, nu sunt de neglijat interesele financiare ale marilor companii farmaceutice.

Este de subliniat totuși apariția recentă a abordărilor de cercetare „reflexive” și „personale”.

5. 2. Cercetarea calitativă

În cercetarea calitativă vorbim cu persoana/ subiectul și din perspectivă punctului său de vedere. Este deci o cercetare de tip situațional care oferă un punct de observare asumat ca subiectiv. Cercetătorii care se dedică acestui tip de abordare explorează problemele așa cum apar în localizarea lor naturală, și încearcă să acord sensul sau interpretarea în termenii pe care îi folosesc oamenii respectivi (Denzin, Lincoln, 2000, Sieve (1999), Walker și al. (2004), Greenberg, Witzum, 2001) Goodman (2001), Irvine (2003), Novis Deutsch, 2010).

Argumente privind specificitatea cercetării calitative pentru studiul psihicului

Astfel, de exemplu, Sheffer (1989,1994) argumentează ca cercetarea empirică devine problematică când intervine ca subiect psihicul, sau în termenii autorului sufletul. Fundamental, psihoterapie este o activitate destinată unicității persoanei, iar cercetarea empirică nu se potrivește acestei arii de fenomene care au de a face cu dinamica și cu aspectele ideosincratice, în măsura în care o astfel de cercetare nu poate descrie variabile precum sentimentul, emoția, condiția sufletească/a minții, varianța și transformarea.

Bruner (1985, 1996) consideră în știința funcționează atât modul logic, pozitivist de investigație care are ca scop adevărul absolut și este adecvată pentru științele exacte, dar și cercetarea de tip narativ care se bazează pe presupunerea că fenomenele complexe ale vieții sunt mai bine surprinse în povestiri și narațiuni, metodă mai adecvată pentru înțelegerea psihicului și a fenomenelor psihice. Astfel încât putem defini cercetarea calitativă ca o metodă de a crea și modela cunoașterea privind complexa realitate umană așa cum este percepută de un observator exterior. În esență, poate fi concepută ca un mod de a intensifica și expune fenomene care sunt legate de cunoașterea ne-evidentă, ascunsă; ceea ce este ascuns observării directe și cunoașterii subiectului și mediului său. Acestea sunt fenomene dificil de evaluat și generalizat cantitativ.

În cercetarea calitativă strângerea cunoașterii și înțelegerea datelor se bazează pe procese de descoperire și prezentare a unor informații ale unei realități care nu este familiară științelor teoretice, ca rezultat la diferenței care există între viața concretă, practică și modelele teoretice despre aceasta. Sunt de asemenea avute în vedere comportamente și reacții ale unor persoane unice, sau a unui grup de persoane care nu pot face obiectul unei

generalizări. Se obține astfel un corpus de cunoștințe care depinde de timp și de situația, a cărui existență este temporară, dinamică și variabilă.

Iată câteva dintre atributele corpului de cunoaștere calitativă: relativism, constructivism, pluralism, subiectivism. Relativismul ține de faptul că, în esență, procesul de creare a valorilor este opera unei umanități care operează conform liberei opțiuni; dovada este dinamică, ideile depășesc granițele dintre culturi, religii sau credințe, conduc la schimbări ale acestora și influențează sursele acestor idei. Procesul este un produs uman, activ și în schimbare. Constructivismul se referă la faptul că la nivel uman, creativitatea se bazează pe experiența umană; cunoașterea pe care o creează constată o persoană se schimbă mereu în funcție de realitate așa cum o percepe acea persoană. Pluralismul reprezintă libertatea de expresie a opiniilor și credințelor chiar în situația în care acestea sunt contradictorii; ca urmare, persoanele care trăiesc într-o situație în care lipsește compatibilitatea vor încerca să găsească modalități de toleranță reciprocă care să permită simultaneitatea variației și a abilității de a se exprima. Subiectivitatea este înțeleasă în acest context, cf. cu Kant, ca „voce interioară”, sau „responsabilitate personală” și libertate de alegere.

Guba (1985) vorbește de om ca unealtă de cercetare, omenire ca unica unealtă flexibilă capabilă să absoarbă complexitatea, finețea și constanta variație caracteristică experienței umane. Studiile calitative nu se caracterizează prin definiții clare și neschimbate, nu pot distinge a priori și nici nu sunt absolute sau permanente. Nu există o cale de a anticipa extinderea folosirii acestei unelte și maniera de aplicare a ei, deoarece numai unealta umană are atributele esențiale de a face față unei situații ambigue (Guba, p. 93). Unicitatea cercetării calitative stă în faptul că relația dintre cercetătorul din științele sociale și obiectul cercetării nu este o relație tipică subiect-obiect, ci o relație Subiect-subiect (Sciarrà, 1999).

Paton, 1980, subliniază că cercetătorul trebuie să fie parte a cercetării, implicat ca observator, ca participant sau intervievator: pentru a înțelege lumea persoane trebuie să devină parte a acesteia și, în același timp, să rămână separat.

Sabar, 2002, subliniază că alături de realitatea tangibilă există o realitate construită prin semnificația atașată de prima: „Această realitate este în mâinile celor care sunt interesați în cercetare și este motivată de atribuirea unor sensuri și oferirea de interpretări” (p.20). Interpretările subiective ale realității percepute creează ceea ce autoarea denumește constructivismul social. Uneltele prin care adunăm structurile emoționale sau sociale sunt uneltele care dau posibilitatea cunoașterii „cutiei negre” din mintea umană, respectiv sunt uneltele calitative, ca cele mai bune mijloace de înțelegere (dar nu pentru măsurarea activităților și oferirea de interpretări așa cum o fac părțile interesate). În context, fenomenele umane și emoționalitatea ar trebui explicate prin instrumente calitative, ca de ex., adunarea datelor și înțelegerea cât mai exactă a sensurilor speciale atribuite descoperirilor respective. În psihoterapie de exemplu, datele se bazează pe întâlnirea umană unică și sensibilă și nu avem indici cantitativi pentru evaluarea profunzimii și trăirii. Cercetarea calitativă narativă este mai compatibilă pentru psihoterapie inclusiv pentru faptul că permite observarea dinspre interior spre exterior și dinspre exterior spre interior.

Dayan, 2002, adaugă argumentul legat de capacitatea duală de observare a individului uman: „Cercetătorul și subiectul cercetării se afectează unul pe celălalt și nu pot fi separați” (p. 80). Cu alte cuvinte, legătura dintre fenomene este de tip circular și nu pot fi separate părțile.

Tipuri de cercetare calitativă

Se descriu în mod specific cercetarea de documentare narativă și cercetarea etnografică.

În prima direcție de cercetare, ca rezultat al studierii felului în care participanții trăiesc, experimentează și prezintă fenomenul se construiește o teorie. Presupunerea de bază este că semnificația pe care oamenii o acordă vieților lor stă la baza cunoașterii. Care este modul în care oamenii diferitelor societăți, gândesc și simt privind lumea și locul lor în ea, prin analiza rutinelor inconștiente în funcție de care indivizii își realizează contactele interpersonale. Realitatea studiată este astfel redusă la numărul de participanți studiați (în funcție de criteriul de selecție, de exemplu, apartenența la o anumită condiție clinică), toți tratați în clinica celui care desfășoară cercetarea. Deși acești participanți țin de aceeași categorie, fiecare este o personalitate distinctă, cu perspective proprii asupra vieții și cu abilități specifice de a le face față. Se relevă o realitate cu multiple fațete, în condiția unei anumite omogenități. Datele pot fi adunate și clasificate în diverse categorii.

Din perspectiva unei abordări longitudinale, cu o perspectivă de sus în jos se pot discerne diferite procese de dezvoltare a fenomenului studiat. În paralel, se studiază un grup de participanți din perspectiva inversă, de la bază spre vârf.

Studiul este de tip documentare narativă în care participanții nu sunt supuși unor interviuri structurate, sau teste, ci participă de exemplu la sesiunile terapeutice care sunt documentate autentic prin înscrierea narațiunilor originale, a expresiilor, a modului original de relatare verbală, a mimicii-gesticii dar și a condiției emoționale și psihosomatice trăite de terapeut, a gândurilor și deliberărilor acestuia (contratransfer). Materialul este prins în jurnalele terapeutice din timpul ședinței și post ședință. Scopul este ca ulterior să se poată studia fenomenele unice din perspectiva conținutului personal, cronologic și al dezvoltării / schimbărilor survenite. Ce este comun, ce este diferit, permite conceptualizarea semnificațiilor care rezultă din narațiuni.

Deosebim narațiunea terapeutică care reflectă bogăția și varietatea discursului uman care nu poate fi descris prin definiții sau atribute. Narațiunile pot surprinde ambiguitățile, dilemele, chiar și condiția de semiconștientă – vag a unor conținuturi ale problematicii narațiunilor. Walker, 1993, subliniază faptul că în studiile de caz cercetătorii se confruntă cu o colecție selectivă de informație despre biografie, personalitate, intenții și valori care le permite să înțeleagă semnificația situației în funcție de acești factori. Este o perspectivă longitudinală a unui subiect. Conținutul în cadrul unei ședințe este personal, spontan și neexpectat și include diverse conținuturi care sunt legate de viața personală, istoria personală, muncă, studii etc.

Legat de narrative, un instrument este jurnalul terapeutic. Acesta are o valoare documentară, el reflectă evenimente și creează o istorie (Crowther, 1998). Se realizează prin descrierea cronologică a evenimentelor, cu intenția rememorării acestora. Terapeuții scriu jurnale pentru a reconstrui, intensifica și înțelege aprofundată prin observarea de la distanță (Abma, Tineke, 1998). Scrierea permite și o reconstruire interpretativă, furnizează informație în cursul sesiunii terapeutice. Jurnalul permite o viziune spațială asupra situației, este scris din perspectiva scopurilor conștiente ale terapeutului (de exemplu pentru documentarea unor procese intersubiective precum transferul, contratransferul sau identificarea proiectivă, apariția și modul de folosire a defenselor, etc.). Această situație introduce o limită pentru utilizarea în cercetare a jurnalelor pentru studierea altor aspecte.

Ipotezele și tematica cercetării

În cercetarea calitativă sunt verificate date și activități (Peshkin, 1993) care nu se constituie ca tipice ipoteze de cercetare ci ca și concepte care permit un cadru de cercetare și perspective de observare (Sedel, Kelel, 1995). De exemplu: **dacă** un anumit fenomen cercetat creează/ sau nu o condiție pentru care pot fi găsite soluții? **Cum** lumea interioară a subiectului îi poate afecta abilitatea de a face față unei anumite condiții?

Referințe bibliografice

- Anastasi, A., *Psychological testing*, ediția a VI-a, MacMillan, New York, 1988.
- Apsy. A, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ediția a IV-a, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- Beutler, L.E.; Malik, M.L., *Rethinking the DSM. A psychological perspective*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Bierman, K.L.(1990), Using the clinical interview to assess children's interpersonal reasoning and emotional understanding. In C.R.Reynolds & R.W. Kamphaus (Eds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (p. 204-219). New York: Guilford
- Bonnano, G.A., Loss, trauma and human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?, in *American Psychologist*, nr. 59, 2004, pp. 20-28.
- Carnap, R., *Testability and meaning*, în *Philosophy of Science*, nr. 5, 1937, pp. 1-40
- Cramer, P., Coping and defense mechanisms: What's the difference?, în *Journal of Personality*, nr. 66, 1998, pp. 919-946.
- Dafinoiu, I., Vargha, J-L, *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Editura Polirom, Iași, 2006
- David, D. *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*, Editura Polirom, Iași, 2006
- David, D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*, Editura Polirom, Iași, 2006
- David, D., Benga, O., Rusu A., *Fundamente de psihologie evoluționistă și consiliere genetică*, Editura Polirom, Iași, 2007
- David, D., Experimentul cu un singur subiect: Prezentare generală și aplicație clinico-experimentală, în *Cogniție, Creier, Comportament*, nr. 3, 1999, pp. 145-163.
- David, D.; Holdevici, I.; Szamoskozi, Ș.; Baban, A., *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.
- David, D.; Moore, M.; Domuța, A., „Romanian psychology on the international psychological scene: A preliminary critical and empirical appraisal”, în *European Psychologist*, nr. 7, 2002, pp. 153-160.

- Dawes, R.M., *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*, The Free Press, New York, 1994.
- Dawes, R.M.; Faust, D.; Meehl, P.E., 1989, *Clinical versus actuarial judgment*, în *Science*, nr. 243, pp. 1668-1674.
- D'Elia L.F., Weiner A.S. 2000. *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Basic Books.
- Ellis, A. 1994. *Reason and emotion in psychotherapy* (reeditare), NJ: Birscej Lane, Secaucus.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon M.; Williams, J.B.W, *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*, în *Biometrics Research*, New York State Psychiatric Institute, New York, 2002.
- Fischer, J., Corcoran, K., *Measures for Clinical Practice*, Vol 1, Vol 2, The Free Press, New York, Toronto, 1994 (second ed.)
- Folkman, S.; Lazarus, R.S., „The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research", în *Social Science and Medicine*, nr. 26, 1988, pp. 309-317.
- Frank, J.D., *Persuasion and healing*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1973
- Garb, H.N.; Klein, D.F.; Grove, W.M., The comparison of psychological tests and medical tests, în *American Psychologist*, nr. 57, 2002, pp. 137-138.
- Graham J.R., Naglieri J.A., Weiner I.B., 2003. *Handbook of Psychology, vol. 10 Assessment psychology*. N.J.: Wiley & Sons (Chapters: Clinical judgment and mechanical prediction 27, Howard N. Garb; Psychological assessment in treatment, Mark E. Maruish; Ethical issues in psychological assessment, Gerald P. Koocher and Celiane M. Rey-Casserly; Psychological assessment in adult mental health settings, R. Michael Bagby, Nicole Wild, and Andrea Turner; Psychological assessment in child mental health settings, David Lachar; Psychological assessment in geriatric settings, Barry A. Edelstein, Ronald R. Martin, and Lesley P. Koven, Assessment of neuropsychological functioning, Kenneth Podell, Philip A. DeFina, Paul Barrett, AnneMarie McCullen, and Elkhonon Goldberg; Assessing personality and psychopathology with interviews, Robert J. Craig; Assessment of psychopathology with behavioral approaches, William H. O'Brien, Jennifer J. McGrath, and Stephen N. Haynes; Assessing personality and psychopathology with projective methods, Donald J. Viglione and Bridget Rivera; Assessing personality and psychopathology with self-report inventories, Yossef S. Ben-Porath).
- Hersen M (editor) 2006 (2005). *Cliniciant's Handbook of Adult Behavioral Assessment (Practical Resources for the Mental Health Professional)*. Academic Press
- Holdevici, I., *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București, 1996.
- Howitt, D., Cramer D., *Introducere în SPSS pentru psihologie*, Editura Polirom, Iași, 2000
- Ionescu, Ș. Jacquet, M.M., Lhote Cl., *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*, Iași: Editura Polirom, 2006
- Ionescu, Ș. *Paisprezece abordări în psihopatologie*, Editura Polirom, Iași, 1998 (1995)
- Ionescu, Ș., Blanchet A., (coordonator), Montreuil M., Doron J., *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*, Ed. Trei, 2009 (2006)
- Janet, P., *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study*, Macmillan, New York, 1925.

- Johnson D.I., 2010. A Compendium of Psysocial Measures: Assessment of People with serious mental illnesses in the Community. N.Y.: Springer
- Jung C.G., *The practice of psychotherapy*, C.W. vol 16, Bollingen series: Pantheon Books
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ediția a VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J. A., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ediția a VII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994.
- Knight A., *How to become a Clinical Psychologist. Getting a Foot in the Door*, Brunner – Routledge, Hove and New York, 2002.
- Kuhn, T., *The structure of scientific revolution*, University of Chicago Press, Chicago, 1962.
- Lambert, M.J.; Barley, D.E., Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome, în Norcross, John C. (coord.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, Oxford University Press, New York, 2002, pp. 17-32.
- Leonhard K., Personalități accentuate în viață și în literatură, București: Editura Științifică și enciclopedică, 1979 (1976)
- Lewinsohn, P.M.; Youngren, M.A.; Grosscup, S.J., Reinforcement and depression, în Lilienfeld, S.O., EMDR therapy: Less than meets the eyes?, în *Skeptical Inquirer*, ian./feb., 1996.
- Lilienfeld, S.O., Projective measures of personality and psychopathology. How well do they work?, în *Skeptical Inquirer*, nr. 23, 1999, pp. 32-39.
- Lilienfeld, S.O.; Lynn, S.J.; Lohr, J.M., *Science and pseudoscience in clinical psychology*, Guilford Press, New York, 2003.
- Lilienfeld, S.O.; Wood, J.N.; Garb, H.N., The scientific status of projective techniques, în *Psychological Science in the Public Interest*, nr. 2, 2000, pp. 27-66.
- Lisievi, P. (1998) Teoria și practica consilierii (Theory and Practice in Counseling), București: Ed. Universității București
- Luban-Plozza, B., Iamandescu B., (coordonatori), *Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale*, Editura Info Medica, 2002
- Meehl, P.E., *Clinical versus statistical prediction : A theoretical ananlysis and reveiw of* Miller, J.A., Tansy, M., & Hughes, T.L. (1998). Functional behavioral assessment: The link between problem behavior and effective intervention in schools. *Current issues in education*, I(5), from <http://cie.ed.asu/volume1/number5>
- Minulescu M., *Introducere în psihologia clinică*, note de curs, SNSPA, 2009
- Minulescu M., Lisievi, P., (2007) Children in distress: Psychological Assessment and counselling for pet alergic children, În *Psychoneuroallergology*, Amaltea Medial P.H.
- Minulescu, M. (2001). Tehnici proiective (Projective techniques), București: Titu Maiorescu
- Minulescu, M. (2003, 2005). Psihologia copilului mic (The toddler psychology), București: Psyche
- Minulescu, M. (2006), Relația psihologică cu copilul tău (The psychological relationship with your child), Editura Psyche, București.

- Minulescu, M., *Basmul, instrument în evaluarea și psihoterapia analitică*, Editura Psyche (sub tipar).
- Minulescu, M., Evaluarea trăsăturilor de personalitate ale pacienților (pg. 343-370) și Aspecte privind rolul psihoterapiei de familie (pg. 219 - 224) în Luban-Plozza, B., Iamandescu B., *Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale*, Editura Info Medica, 2002
- Minulescu, M., *Introducere în analiza Jungiană*, Ed. Trei, București, 2001.
- Minulescu, M., Lisievici P., Children in Distress, in Iamandescu, B.I.,(coordonator), *Psychoallergology*, Ed. Amaltea, 2007.
- Minulescu, M., *Tehnici proiective*, Editura Titu Maiorescu, București, 2001
- Minulescu, *Psihodiagnoza modernă, Chestionarele de personalitate*, Editura România de Mâine, 2003.
- Molinari E., Compare A., Parati G., *Clinical Psychology and Heart Disease*, Springer, 2006.
- OMS, *International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems*, WHO, Geneva, 1992.
- Plante G. Thomas, *Contemporary Clinical Psychology*. N.J.: Wiley & Sons, 2005.
- Popper, K., *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra, 1959.
- Price, R.H.; Lynn, S.J., *Abnormal psychology in the human context*, The Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1981.
- Radu, I.; Miclea, M.; Albu, M.; Nemeș, S.; Szamoskozi, Ș., *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Editura Sincron, Cluj-Napoca, 1993.
- Reisman, J.M. (1973). Principles of psychotherapy with children, New York: Wiley.
- Rethinking the DSM. A psychological perspective*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Routh D. K., *Clinical Psychology since 1917: Science, Practice and Organization*, Springer, 1994.
- Santagostino P., *Cum să vindeci cu o poveste*, Humanitas, București, 2008
- Sarason, I.G.; Sarason, B.R., *Abnormal psychology. The problem of maladaptive behavior*, Prentice Hall, New Jersey, 1999.
- Sattler, J.M., Hoge R.D. (2006). *Assessment of children*. Behavioral, Social, and Clinical Foundations, San Diego: Sattler
- Schafer R., *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*, Editura Polirom, Iași, 2003
- Selye, H., *The stress of life*, McGraw-Hill, New York, 1976.
- Stricker G., Widiger A.T., Weiner I.B. (editors). 2003, *Handbook of clinical psychology*, vol 8, N.J.: Wiley & Sons.
- USDHHS, *Mental health: A report of the surgeon general-Executive Summary*, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, National Institute of Mental Health, Rockville, MD, 1999.
- Wagstaff, G.F., *Hypnosis, Compliance and Beliefs*, Harvester Press, Brighton, 1981.
- Watson, D., *Mood and temperament*, New York, Guilford Press, 2000.
- Westhoff K. Kluck M.L., Raportul psihologic: redactare și evaluare (traducere și adaptare M.Minulescu, D. Iliescu, C. Nedelcea, A.Ion), Sinapsis, Cluj-Napoca, 2009
- Zamfirescu V.D. (coordinator). 2009. *Povestiri de psihoterapie românească*. 19 cazuri inedite. Bucuresti. Ed. Trei.

Glosar de termeni cheie

anancast, după Kahn, 1928, termen utilizat pentru simptomatologia obsesiv -compulsivă. Avantajul utilizării ei este că se evită să se implice în mod eronat o conexiune între acest tip de personalitate și tulburările obsesionale

Tip de personalitate hiperexactă, care se distinge prin lipsa capacității de refulare, conștiinciozitate și seriozitate exagerate

anormal, care se îndepărtează de normă au normal; poate semnifica deviații pur cantitative în analizele statistice dar și modele de comportament deviate ale indivizilor. Dificultatea delimitării normalului de anormal pornește din tendința de a avea granițe de normalitate definite de una sau alta dintre teoriile asupra personalității: de exemplu, în viziunea psihanalitică clasică homosexualitatea este privită ca anormalitate, contrar teoriilor privind învățarea socială. Există o tendință de a utiliza termeni precum neadaptare, neacomodare, deviant în legătură cu evaluarea unui individ considerat, respectiv îl evaluăm în funcție de măsura în care putem vorbi de un comportament adaptativ și nu pentru a-l eticheta pur și simplu. (DP 85)

categorii nosologice, se referă la categorii de boli; rădăcina cuvântului provine din greacă cu sensul de boală; nosologia este o descriere sistematică și o clasificarea bolilor.

Clivaj, Proces prin care o structură își pierde unicitatea și este înlocuită prin două structuri parțiale sau mai multe. În psihiatrie este sinonim cu disocierea, dedublarea personalității

Cluster, în analiza factorială denumește un grup de variabile care au corelații mai înalte una cu cealaltă decât față de alte variabile; în sens larg, denumește orice grup de obiecte sau evenimente care subiectiv, par să aibă o apartenență comună

Conversie, transformarea unei emoții, a unui efect refulat în manifestare de patologie somatică.

Defensă, reacție obișnuită tipică, inconștientă, naturală de autoprotecție față de anxietate *devianță*, orice model de comportament care este evident diferit de standardele acceptate în cadrul societății; desigur definiția conține puternice accente din domeniul etic-moral și folosirea termenului se face specificând forma respectivă de devianță. (DP 85)

Dezvoltări paranoice, Expresie a unei legi psihologice potrivit căreia tendințele afective supuse oscilării între doi poli cresc în asemenea măsură, încât sentimente neînsemnate se transformă în afecte profunde.

diagnostic diferențial, diagnosticul care are ca scop diferențierea între două sau mai multe boli sau tulburări similare pe carele prezintă un individ. Extins, a ajuns să fie folosit pentru a distinge între condiții de multe feluri în psihologia socială și în studiul personalității.

dinamic este un termen care în mod specific se referă la motivație (R.S.Woodworth), procese inconștiente (S.Freud, C.G.Jung) și câmpuri complexe de forță psihologică (K.Levin).

distimie, tulburare de reglare a dispoziției

dizabilitate, în general, orice incapacitate de a realiza o anumită funcție; poate fi utilizat pentru disfuncții congenitale sau pentru funcții pierdute datorită unor traume, boli, etc. Dizabilitat semnifică faptul că persona suferă de o anume dizabilitate. Datorită multor conotații negative constituite în jurul cuvântului handicap - handicapat, se preferă desemnarea prin dizabilitat.

Histrionic, înclinație spre dramatizarea situațiilor, spre exprimarea emfatică a sentimentelor și spre faptul că producerea de simptome necesită prezența unui al treilea spectator și este însoțită de o relativă indiferență în privința lor.

interrelații dinamice, termen aplicabil oricărui tip de relații umane în care mai multe aspecte se întrepătrund și interrelaționează astfel încât schimbarea care apare la o persoană va avea efecte asupra celeilalte persoane;

Introiecție, mecanism psihologic inconștient de încorporare imaginară a unui obiect (sau a unei persoane), care constă în a prelua o cât mai mare parte din lumea exterioară și a atribui sinelui calitățile reale sau presupuse ale obiectului.

nevroză, definește o tulburare de personalitate sau mentală care nu se datorează unei disfuncții neurologice sau organice cunoscute; termenul poate fi folosit descriptiv pentru a denumi un simptom sau grup de simptome legate; etiologic pentru a indica rolul causal jucat de un conflict inconștient care evocă anxietate și conduce la un mecanism de apărare ce produce în ultimă instanță simptomul observat. În ultimii ani s-au produs două modificări semnificative în utilizarea termenului: utilizarea denumirii de tulburare nevrotică ca un termen generic pentru orice tulburare mentală de durată, termen relativ neutru în privința factorilor etiologici; eliminarea termenului din diagnoza psihiatrică, acompaniată de o re-atribuire a variatelor tipuri anterior recunoscute de nevroze unor altor clasificări diagnostice. (DP 85)

normal

Refulare, fenomen psihic inconștient de apărare a eului, prin intermediul căruia sentimentele, amintirile și emoțiile penibile sau cele care sunt în dezacord cu modelul

social al unei persoane sunt menținute în afara câmpului conștiinței în structurile subconștiente.

somatizare, expresia în somatic a condiții psihice; tulburarea prin somatizare este o condiție caracterizată printr-o istorie de simptome fizice multiple și recurente pentru care nu există o cauză fizică aparentă. Tulburarea începe virtual în perioada adolescenței și are un curs cronic sau fluctuant implicând o varietate de plângeri legate de disfuncții organice precum dureri vagi, alergii, probleme gastrointestinale, simptome psihosexuale, palpitații, simptome de conversie.

Tendință accentuată, invarianță operațională care generează manifestări pregnante nu numai în raport cu media, ci și cu abaterile de la medie.

Timie, situația globală a stării de spirit, care corespunde unor combinații între mai multe dimensiuni emoționale

tulburare psihică, un termen care acoperă un număr de tulburări mentale severe de origine organică sau emoțională. Diagnosticarea are în vedere invaliditatea (deteriorarea) capacității de testare a realității: persoana face inferențe incorecte privitoare la realitate externă, evaluări improprii ale acurateței gândurilor și percepțiilor sale și continuă să facă erori în ciuda dovezilor contrarii. Simptoamele clasice includ: halucinații, comportamente regresive severe, dispoziții dramatic neadecvate, vorbire incoerentă. (DP 85)

Anexa 1. Deontologia profesională: Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică (Colegiul Psihologilor din România)

CODUL DEONTOLOGIC AL PROFESIEI DE PSIHOLOG CU DREPT DE LIBERĂ PRACTICĂ

Codul deontologic este prezentat ca o sinteză de principii și standarde etice de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, care instituie regulile de conduită ale psihologului cu drept de liberă practică, denumit în continuare psiholog. Codul oferă o bază consensuală pentru menținerea unei atitudini colective împotriva comportamentelor ce încalcă principiile eticii profesionale. Pe lângă valoarea sa normativă, codul deontologic are rolul de a orienta și regla acele activități ale psihologilor în care aceștia se angajează ca psihologi, nu și pe cele din viața privată a acestora. Comportamentul din viața privată a psihologului poate fi luat în discuție numai dacă este de o asemenea natură încât aduce prejudicii profesiei de psiholog sau ridică serioase îndoieli privind capacitatea acestuia de a-și asuma și îndeplini responsabilitățile sale profesionale ca psiholog.

Art.I.1. Exercițarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică se realizează cu respectarea principiilor cuprinse în Legea 213/2004 și HG 788/2005 precum și a principiilor și standardelor cuprinse în prezentul Cod Deontologic.

I. PRINCIPIUL RESPECTĂRII DREPTURILOR ȘI DEMNITĂȚII ORICĂREI PERSOANE.

Psihologii vor avea permanent în atenție faptul că orice persoană are dreptul să-i fie apreciată valoarea înnăscută de *ființa umană* și această valoare nu este sporită sau diminuată de cultură, naționalitate, etnie, culoare sau rasă, religie, sex sau orientare

sexuala, statut marital, abilitati fizice sau intelectuale, vârsta, statut socio-economic sau orice alta caracteristica personala, conditie sau statut.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea urmatoarelor reguli:

Art. I.2. Psihologii își desfășoară activitatea, manifestând respect față de trăirile, experiențele, cunoștințele, valorile, ideile, opiniile și opțiunile celorlalți.

Art. I.3. Psihologii nu se angajă public în prejudicierea imaginii celorlalți și nu vor manifesta inechitate pe criterii de cultură, naționalitate, etnie, rasă, religie, sex, orientare sexuală și nici nu se angajează în remarci sau comportamente ce aduc prejudicii demnității celorlalți.

Art. I.4. Psihologii evita ori refuza să participe la activități și practici ce nu respectă drepturile legale, civile, ori morale ale celorlalți.

Art. I.5. Psihologii vor refuza să consilieze, să educe ori să furnizeze informații oricarei persoane care, după opinia lor, va utiliza cunoștințele și îndemânarea dobândită pentru a viola drepturile fundamentale ale omului.

Art. I.6. Psihologii respectă drepturile celor care beneficiază de servicii psihologice, participanților la cercetare, angajaților, studenților.

Art. I.7. Psihologii se vor asigura că, sub nici o formă, consimțământul informat al clientului/participantului nu este dat în condiții de coerciție sau sub presiune.

Art. I.8. Psihologii vor avea grijă ca, în furnizarea de servicii psihologice ori în activitatea de cercetare să nu violeze spațiul privat personal sau cultural al clientului/subiectului, fără o permisiune clară să facă acest lucru.

II. PRICIPIUL RESPONSABILITĂȚII PROFESIONALE ȘI SOCIALE

Psihologii manifestă o maximă responsabilitate pentru starea de bine a oricărui individ, a familiei, grupului ori comunității față de care își exercită rolul de psihologi. Aceasta preocupare include atât pe cei direct cât și pe cei indirect implicați în activitățile lor, prioritate având cei direct implicați.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea urmatoarelor reguli:

Art. II.1. Psihologii vor proteja și promova starea de bine evitând provocarea de daune clienților, studenților, participanților la cercetare, colegilor de profesie și a celorlalți.

Art. II.2. Psihologii vor respecta dreptul persoanei de a sista, fără nici o justificare, participarea sa la serviciul furnizat, în calitate de client, sau la activități de cercetare științifică, în calitate de subiect.

Art. II.5. Psihologii vor promova și facilita dezvoltarea științifică și profesională a angajaților, a celor supervizați, studenților, participanților la programe de formare profesională etc.

Art. II.6. Psihologii vor contribui la dezvoltarea psihologiei ca știință și a societății în general, prin cercetarea liberă și prin exprimarea liberă a cunoștințelor și ideilor, excepție făcând activitățile ce intra în conflict cu prevederile prezentului Cod.

Art. II.7. Psihologii vor susține cu responsabilitate rolul psihologiei ca profesie, în fața societății și vor promova și menține cele mai înalte standarde de calitate.

Art. II.8. Psihologii vor sesiza Colegiului Psihologilor cazurile de abatere de la normele de etică și deontologie profesională dacă rezolvarea corectă, pe cai amiabile a situației, nu a fost posibilă.

Art. II.9. Psihologii vor respecta legile și reglementările societății, comunității în care activează. Dacă legile sau reglementările intra în conflict cu principiile etice, psihologul va face tot posibilul să respecte principiile etice.

Art. II.10. Psihologii nu vor contribui si nu se vor angaja în cercetare sau orice alt tip de activitate care contravine legilor umanitare internationale (de ex. dezvoltarea metodelor de tortura a persoanelor, dezvoltarea de arme interzise, terorism, activitati de distrugere a mediului, etc.)

Art. II.12. În cadrul lor de competenta profesionala, psihologii vor decide alegerea si aplicarea celor mai potrivite metode si tehnici psihologice. Ei raspund personal de alegerile si consecintele directe ale actiunilor lor în functie de atestarea profesionala primita.

Art. II.13. Psihologii se vor consulta si cu alti specialisti sau cu diverse institutii pentru a promova starea de bine a individului si societatii.

III. PRINCIPIUL INTEGRITĂȚII PROFESIONALE

Psihologii vor cauta sa manifeste cel mai înalt grad de integritate morala si profesionala în toate relatiile lor. Este de datoria psihologului sa prezinte onest pregatirea si calificarile sale oriunde se afla în relatii profesionale si de asemenea sa nu permita sau sa tolereze practicile incorecte si discriminatorii.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea urmatoarelor reguli:

Art. III.1 Psihologii vor prezenta într-o maniera onesta domeniile de specialitate în care sunt atestati, competentele, afilierea si experienta profesionala, nefiind acceptate nici un fel distorsiuni, omisiuni sau false prezentari în acest sens.

Art. III.2. Psihologii nu practica, nu îngaduie, nu instiga, nu colaboreaza in, si nu consimt sau faciliteaza, nici o forma de discriminare.

Art. III.3. Psihologii vor onora angajamentele asumate prin orice tip de contract sau conventie.

Art. III.4. Psihologii vor promova acuratetea, obiectivitatea, onestitatea si buna-credinta în activitatile lor profesionale. În aceste activitati psihologii nu vor fura, însela, si nu se vor angaja în fraudă, eludari, subterfugii sau denaturari intentionate ale faptelor.

Art. III.5. Psihologii vor evita orice imixtiuni care afecteaza calitatea actului profesional, fie ca e vorba de interese personale, politice, de afaceri sau de alt tip.

Art. III.6. Psihologii vor evita sa ofere recompense exagerate pentru a motiva un individ sau un grup sa participe într-o activitate care implica riscuri majore si previzibile.

Art. III.7. Psihologii vor evita relatiile multiple (cu clientii, subiectii, angajati, cei supervizati, studenti sau persoane aflate în formare) si alte situatii care pot prezenta un conflict de interese sau care pot reduce capacitatea lor de a fi obiectivi si imparziali.

Art. III.8. Psihologii vor evita sa participe la activitati care pot cauza daune imaginii psihologilor sau psihologiei ca profesie.

Art. III.9. Psihologii vor fi reflexivi, deschisi si constienti de limitele lor personale si profesionale.

Art. III.10. Psihologii nu vor contribui, fie singuri, fie în colaborare cu altii, la nici un fel de practici care pot viola libertatea individuala sau integritatea fizica sau psihologica a oricarei persoane.

STANDARDE ETICE GENERALE

IV. STANDARDE DE COMPETENȚĂ

Cunoasterea competentelor

Art. IV.1. Psihologii au obligatia sa-si cunoasca foarte bine limitele de competenta în oferirea de servicii psihologice, în activitatea de predare sau de cercetare.

Servicii psihologice în acord cu competenta

Art. IV.3. Psihologii se vor angaja numai în acele activitati profesionale pentru care au competentele si atestarea necesare.

Prezentarea onesta a competentei

Art. IV.4. Psihologii nu vor prezenta fals limitele competentei lor si nu vor prezenta pregatirea sau formarea lor într-un mod care sa le favorizeze nemeritat pozitia sau imaginea publica, indiferent de tipul de activitate profesionala desfasurata.

Consultarea în caz de limita a competentei

Art. IV.6. În exercitarea profesiei, atunci când psihologii constata ca ajung într-un impas profesional, prin depasirea limitele de competenta, vor consulta colegii sau supervizorul.

Servicii psihologice în afara competentei

Art. IV.7. În cazul în care pentru un tip de serviciu psihologic solicitat nu exista standarde generale recunoscute, nici programe de formare profesionala, nici specialisti atestati si disponibili în acel domeniu si totusi psihologii sunt solicitati, acestia vor depune toate eforturi pentru obtinerea unui standard minimal de competenta având permanent grija sa protejeze clientii, studentii, supervizatii, participantii si pe toti cei implicati pentru a nu produce acestora daune sub o forma sau alta. În acest caz serviciul va continua pâna când solicitarea înceteaza sau pâna când un specialist cu competenta recunoscuta pentru acel tip de serviciu devine disponibil.

Pregatirea continua

Art. IV.8. Psihologii au obligatia sa depuna permanent un efort de mentinere si dezvoltare a competentelor lor prin informare permanenta, programe de formare profesionala de specialitate, consultari cu ceilalti specialisti din domeniu ori prin cercetari care sa conduca spre cresterea competentei profesionale, conform standardelor Colegiului Psihologilor din România.

Obiectivitatea

Art. IV.9. Psihologii au obligatia de a fi constienti de limitele procedurilor folosite, indiferent de tipul de activitate. Psihologii vor avea grija ca furnizarea serviciilor, cercetarea stiintifica, prezentarea rezultatelor si a concluziilor sa fie facuta cu maxima obiectivitate, evitând orice tendinta de prezentare partiala sau cu tenta subiectiva.

Delegarea

Art. IV.10. Psihologii care delega activitati profesionale spre angajati, supervizati, cercetatori, asistenti vor lua toate masurile pentru a evita încalcare standardelor de competenta ale prezentului Cod.

Afectarea competentei

Art. IV.11. Atunci când psihologii realizeaza ca din motive de sanatate ori din cauza unor probleme personale nu mai pot sa ofere în conditii de competenta o anumita activitate profesionala, acestia vor decide daca trebuie sa-si limiteze, suspende sau sa încheie respectiva activitate profesionala.

V. STANDARDE CU PRIVIRE LA RELAȚIILE UMANE

Respect si preocupare

Art. V.1. În relatiile lor profesionale, psihologii vor manifesta preocupare fata de clienti, studenti, participanti la cercetare, supervizati sau angajati, cautând sa nu produca acestora daune sau suferinta, iar daca acestea sunt inevitabile le vor minimiza pe cât posibil.

Evitarea hartuirii

Art. V.2. Psihologii nu se vor angaja într-o forma sau alta de hartuire fie ca aceasta este sexuala, emotionala, verbala sau nonverbala.

Evitarea abuzului

Art. V.3. Psihologii nu se vor angaja în comportamente de defaimare sau de abuz (fizic, sexual, emotional, verbal sau spiritual) fata de persoanele cu care vin în contact în timpul activitatii lor profesionale.

Evitarea relatiei multiple

Art. V.4. Psihologii vor evita pe cât posibil relatiile multiple, adica relatiile în care psihologii îndeplinesc simultan mai multe roluri într-un context profesional.

Consimtamântul în caz de relatii cu terti

Art. V.5. Psihologii vor clarifica natura relatiilor multiple pentru toate partile implicate înainte de obtinerea consimtamântului, fie ca ofera servicii psihologice ori conduc cercetari cu indivizi, familii, grupuri ori comunitati la cererea sau pentru a fi utilizate de catre terti. A treia parte poate fi scoala, instanta judecatoreasca, diverse agentii guvernamentale, companii de asigurari, politia ori anumite institutii de finantare, etc.

Nonexploatarea

Art. V.6. Psihologii nu vor exploata si nu vor profita, sub nici o forma, de persoanele fata de care, prin profesie sau pozitie, manifesta un ascendent de autoritate (clienti, studenti, participanti la cercetare, supervizati, angajati). Orice forma de exploatare sau abuz de autoritate fiind strict interzisa.

Participarea activa la decizii

Art. V.7. Psihologii vor incuraja participarea activa la deciziile care îi afecteaza direct, respectând dorintele justificate si valorificând opiniile acestora, ori de câte ori este posibil.

Neintrarea în rol

Art. V.8. Psihologii se vor abtine de la intrarea într-un rol profesional atunci când din motive de ordin personal, stiintific, legal, profesional, financiar: (1) poate fi afectata obiectivitatea, competenta sau eficienta activitatii lor profesionale (2) fata de clienti/subiecti exista riscul exploatarii sau producerii unor daune.

Urgentarea consimtamântului

Art. V.9. Înainte de începerea oricarui tip de serviciu psihologic (evaluare, terapie, consiliere, etc.) psihologii vor obtine consimtamântul informat din partea tuturor persoanelor independente sau partial dependent implicate, exceptie facând circumstantele în care exista nevoi urgente (de ex. tentative sau actiuni suicidare). În astfel de circumstante, psihologii vor continua sa actioneze, cu asentimentul persoanei, dar vor cauta sa obtina cât se poate de repede consimtamântul informat.

Asigurarea consimtamântului

Art. V.10. Psihologii se vor asigura ca în procesul de obtinere a consimtamântului informat urmatoarele puncte au fost înțelese: *scopul si natura activitatii; responsabilitatile mutuale; beneficiile si riscurile; alternativele; circumstantele unei încetari a actiunii; optiunea de a refuza sau de a se retrage în orice moment, fara a suferi vreun prejudiciu; perioada de timp în care e valabil consimtamântul; modul în care se poate retrage consimtamântul daca se doreste acest lucru.*

Delegarea de consimtamânt

Art. V.11. În cazul în care, persoana care urmeaza sa beneficieze de un serviciu psihologic este în imposibilitatea de a-si da consimtamântul, se accepta obtinerea acestuia de la o persoana apropiata acesteia care poate sa-i apere interesele în mod legal sau de la o persoana autorizata care, conform legii, este în masura sa o reprezinte.

Continuitatea serviciului

Art. V.12. Daca din motive de boala sau datorita unor evenimente survenite în viata psihologului acesta nu mai poate continua oferirea serviciului în bune conditii, va depune toate eforturile pentru a se asigura de continuitatea serviciului oferit, îndrumând clientul spre un coleg de profesie cu competenta necesara si pe cât posibil cu consimtamântul clientului.

Dreptul la opozitie

Art. V.13. Cu exceptia cazurilor de forta majora, de urgenta (perturbari ale functionarii psihice, în termenii pericolului iminent, care necesita interventie imediata), psihologul actioneaza respectând dreptul clientului de a refuza sau a sista serviciul psihologic.

VI. STANDARDE DE CONFIDENȚIALITATE

Întreruperea serviciului din motive de confidentialitate

Art. VI.1. Atunci când din motive bine intemeiate, psihologul nu mai poate pastra confidentialitatea, acesta va înceta sa mai ofere serviciul respectiv.

Protejarea confidentialitatii

Art. VI.2. Divulgarea, de catre psihologi, a unor informatii care le-au fost încredintate sau de care au luat cunostinta în virtutea profesiei, este interzisa, exceptie facând situatiile prevazute de lege.

Limitele confidentialitatii

Art. VI.3. Înainte de primirea consimtamântului psihologul va informa clientul cu privire la limitele confidentialitatii si conditiile în care acesta poate fi încalcata, precum si asupra posibilei utilizari a informatiilor rezultate în urma activitatii sale.

Dezvaluirea de informatii

Art. VI.4. Psihologii pot împartasi informatiile confidentiale cu altii numai cu consimtamântul celor vizati ori de o asa maniera încât cei vizati sa nu poata fi identificati, exceptie facând situatiile *justificate de lege* sau în circumstante de iminenta sau posibila vatamare fizica sau crima.

Confidentialitatea de colaborare

Art. VI.5. În cazul în care cu acelasi client lucreaza doi psihologi în acelasi timp, acestia vor colabora pe cât posibil, fara restrictii de confidentialitate, exceptie facând situatia în care exista o opozitie clara din partea clientului în acest sens.

Utilizarea informatiilor

Art. VI.6. Rezultatele, documentarile si notitele psihologului pot fi folosite numai într-o formula care pastreaza cu rigurozitate anonimatul.

Confidentialitatea fata de terti

Art. VI.7. În cazul în care exista terti implicati în activitatea profesionala a psihologului, acesta va clarifica cu partile implicate limitele confidentialitatii, conditiile de pastrare a confidentialitatii si nu va da curs nici unei solicitari, venite de la o terta parte în dezvaluirea de informatii confidentiale, decât în conditiile respectarii legi si limitelor confidentialitatii. (vezi Art.VI.4)

VII. STANDARDE DE CONDUITĂ COLEGIALĂ

Conduita colegiala

Art. VII.1. Psihologii vor manifesta fata de colegii lor de profesie, onestitate, corectitudine, si solidaritate, conduitele lor fiind în acord cu standardele profesionale.

Respect

Art. VII.2. Psihologii vor manifesta respect fata de colegii lor de profesie si nu vor exprima critici nefondate si etichetari la adresa activitatii lor profesionale.

Evitarea denigrării

Art. VII.3. Psihologii nu vor actiona, sub nici o forma, în maniera denigratoare la adresa colegilor de profesie si nu vor împiedica clientii sa beneficieze de serviciile lor, daca nu exista un motiv serios si cu implicatii etice în acest sens.

Responsabilitatea profesionala

Art. VII.4. Atunci când exista o intentie justificata de încetare a serviciului psihologic oferit clientului si de îndrumare a acestuia spre un alt coleg de profesie, psihologii vor mentine un contact suportiv si responsabil fata de clienti pâna când acel coleg își asuma continuarea serviciului în cauza.

Autosesizarea

Art. VII.5. În cazul în care psihologii constata ca exista abateri ale unui coleg de la normele prezentului Cod, vor semnala amiabil abaterea constatata acestuia si se vor adresa Comisiei de Deontologie si Disciplina a Colegiului Psihologilor din România doar în cazul în care comportamentul non-etic persista.

Sprijinul colegial

Art. VII.6. Psihologii vor cauta sa sprijine pe cât posibil eforturile profesionale ale colegilor în limita disponibilitatilor participative si a timpului disponibil.

Concurenta neloiala

Art. VII.7. Psihologii nu vor practica concurenta neloiala. Sunt interzise si se considera concurenta neloiala urmatoarele: tentativa sau actiunea de atragere sau deturnare de clienti, prin denigrarea sau discreditarea altui psiholog; practicarea unor onorarii subevaluate în mod intentionat având cunostinta de oferta anterioara a altui psiholog; folosirea unei functii publice pe care psihologul o detine în scopul atragerii de clienti în interes propriu; preluarea unui contract pe care un alt psiholog l-a denuntat în temeiul prevederilor prezentului Cod; furnizarea de date false privind competenta si/sau atestarea profesionala în scopul de a-l induce în eroare pe beneficiar.

VIII. STANDARDE DE ÎNREGISTRARE, PRELUCRARE ȘI PĂSTRARE A DATELOR

Obținerea permisiunii

Art. VIII.1. Psihologii trebuie sa obtina permisiunea clientilor/subiectilor sau a reprezentantilor lor legali înainte de a efectua înregistrari audio, video sau scrise în timpul furnizarii serviciilor sau în cercetare.

Pastrarea datelor

Art. VIII.2. Psihologii vor colecta numai acele date care sunt relevante pentru serviciul oferit si vor lua toate masurile pentru a proteja aceste informatii.

Protejarea datelor

Art. VIII.3. Psihologii au datoria sa arhiveze in conditii de siguranta datele si informatiile obtinute in exercitarea profesiei de psiholog cu drept de libera practica, conform reglementărilor în vigoare.

Transferul datelor

Art. VIII.4. Datele colectate, înregistrate si pot fi transferate catre psihologii care preiau clientii, consultate si utilizate de colegi de profesie indiferent de forma de atestare, daca persoanele vizate si-au dat în mod neechivoc consimțământul, iar acest consimțământ nu a fost retras.

Distrugerea datelor

Art. VIII.5. La expirarea termenului de pastrare, daca psihologul renunta la practica sa profesionala prin intermediul careia a realizat acele înregistrari sau daca acesta se pensioneaza, va cauta sa distruga înregistrările respective. Înregistrările pot fi plasate catre un alt psiholog numai cu consimțământul celor implicați, obținut în prealabil, pentru acele înregistrari. În situația suspendării sau încetării dreptului de libera practica datele vor fi distruse, daca nu se impune transferarea lor.

IX. STANDARDE DE ONORARII ȘI TAXE

Dreptul la onorarii

Art. IX.1. Pentru orice serviciu profesional oferit de psihologi, acestia au dreptul sa primeasca onorarii sau salarii negociate în mod liber cu beneficiarul sau cu o terta parte.

Acordul pentru onorariu

Art. IX.2. Psihologii vor cauta sa stabileasca, de comun acord cu beneficiarul serviciului oferit, care este valoarea si modalitatea de percepere a onorariului în condițiile legilor în vigoare si fara o falsa prezentare a cuantumului acestui onorariu.

Renegocierea

Art. IX.3. Daca din motive justificate, serviciul oferit necesita restrângeri si limitari, acordul initial va fi renegociat cât mai curând posibil. Psihologii își rezerva dreptul de a modifica valoarea onorariului în functie de situațiile obiective noi aparute, cu notificarea prealabila.

Remunerarea prin terti

Art. IX.4. Daca psihologul ofera un serviciu (consultanta, administrativ, clinic etc.) în care onorariul nu se percepe de la beneficiar, ci revine sub forma unei remunerari de la o a treia parte, remunerarea se va face, pe cât posibil, pentru serviciul oferit si nu pe alte criterii specifice acestor terti (diverse institutii).

Remunerarea pentru activitati de conducere si control in cadrul Colegiului.

Art. IX.5. Colegiul poate remunera, în baza unor decizii proprii, serviciile de conducere și control în condiții de totală transparență

Limitele onorariului

Art. IX.6. Onorariul fixat va depinde de calitatea serviciului oferit si competentele profesionale ale psihologului, însa psihologii vor avea grija sa nu ceara un onorariu disproportionat fata de valoarea serviciului oferit. Psihologii nu vor exploata beneficiarii serviciilor lor si vor explicita, daca e cazul, valoarea onorariului stabilit.

Art. IX.7. Onorariul perceput pentru serviciile oferite de psihologi nu poate fi sub tariful minimal stabilit de colegiu în domeniu respectiv

X. STANDARDE PENTRU DECLARAȚII PUBLICE ȘI RECLAMĂ

Onestitatea în reclama

Art. X.1. Psihologii își pot face publicitate numai pe baza propriilor realizari, evitând promovarea unor realizari profesional fals sau exagerat si cu conditia sa nu puna în cauza activitatea unui coleg de profesie.

Nu sunt considerate actiuni publicitare acele manifestari în care numele sau aspecte ale activitatii lor profesionale sunt mentionate în materiale scrise sau audiovizuale realizate de catre terti în scopul informarii publicului si nici acele interventii publice ale psihologilor cu referiri la activitatea sau creatiile lor, daca acestea nu sunt comandate si platite de catre acestia.

Responsabilitati de reclama

Art. X.2. (a) Psihologii care angajeaza persoane fizice sau juridice în scopul de a crea si/sau difuza mesaje care sa promoveze practica lor profesionala, produsele sau activitatile lor își vor pastra responsabilitatea profesionala pentru mesajele respective; (b) Psihologii nu vor oferi remunerari angajatilor din presa scrisa si audiovizuala sau alte forme de comunicare a informatiei catre public pentru a li se face publicitate în cadrul programelor/sectiunilor de stiri ; (c) Publicitatea facuta activitatii unui psiholog trebuie sa fie explicita si identificata ca atare.

Art. X.3. Psihologii care se ocupa cu anunturile, cataloagele, brosurile sau reclama pentru simpozioane, seminarii sau alte programe educationale si care nu au o calificare adecvata se vor asigura ca descriu cu precizie publicul tinta, programul, obiectivele educationale si taxele.

Reprezentarea în declaratii

Art. X.4. Psihologii vor clarifica daca actioneaza ca simpli cetateni, ca membrii ai unor organizatii sau grupuri specifice, atunci când dau declaratii sau când sunt implicati în activitati publice.

Declaratii publice

Art. X.5. Atunci când psihologii ofera informatii, exprima puncte de vedere pe teme profesionale si fac declaratii publice prin mijloace de informare în masa, publicatii de specialitate sau în format electronic, se vor asigura ca acestea se înscriu în limitele competentelor profesionale si nu contravin prevederilor prezentului Cod.

Situatii publice

Art. X.6. Psihologii își asuma responsabilitatea deplina pentru aparitia lor publica, care trebuie sa fie în acord cu principiile si standardele din prezentul cod.

STANDARDE SPECIFICE

XI. EDUCAȚIE ȘI FORMARE

Calitatea ofertei educationale si formative

Art. XI.1. Psihologii vor manifesta preocupare fata de programele educationale si cele de formare profesionala, asigurându-se ca acestea furnizeaza cunostintele si experienta necesare si suficiente pentru pregatirea studentilor si supervizatorilor la standarde corespunzatoare atestarilor, diplomelor sau gradelor academice/profesionale care urmeaza sa fie obtinute.

Transparenta

Art. XI.2. Psihologii care raspund de programele educationale sau de formare se vor asigura ca exista o descriere recenta si precisa a acestora: obiective, continut, beneficii si obligatiile care trebuie îndeplinite pentru absolvirea programului, inclusiv modalitatile de evaluare si taxe. Aceste informatii trebuie sa fie disponibile pentru toate partile interesate.

Responsabilitate educationala

Art. XI.3. Psihologii se vor asigura ca programele cursurilor acopera tematica propusa, ca informatia este prezentata cu acurate, ca exista modalitati adecvate de evaluare a progresului si ca tipurile de experiente descrise la curs sunt relevante.

Protectia informatiilor personale nenecesare

Art. XI.4. Psihologii nu vor cere studentilor sau celor supervizati sa dezvaluie informatii nenecesare în activitatile de curs sau în cadrul unor programe de formare profesionala/supervizare.

Conflicte în evaluare

Art. XI.5. Psihologii din institutiile de învățământ superior care evaluează performanța academică a studenților într-o formă de terapie nu vor oferi și servicii de terapie studenților pe care îi evaluează, pe durata acestei evaluări. În cazul unui curs/ program în care terapia individuală sau de grup este specificată ca și cerință obligatorie, psihologii responsabili cu derularea programului vor permite studenților/cursanților să opteze pentru serviciile specialiștilor neafiliați la respectivul program.

Hartuire și relații sexuale

Art. XI.6. Psihologii nu vor hărțui sexual și nu se vor angaja în relații sexuale cu studenții, cursanții sau supervizații

Abuzul de autoritate

Art. XI.7. Fiind conștienți de influența pe care o au ca profesori sau coordonatori asupra elevilor, studenților, participanților la cursuri, celor aflați în supervizare, psihologii nu vor face abuz de autoritatea lor și nu vor umili sau amenința în nici un fel integritatea sau imaginea de sine a elevilor, studenților, supervizaților.

Calificări speciale

Art. XI.8. Psihologii nu vor forma persoane care nu au absolvit o formă de învățământ superior, nu au specializare, experiență de lucru sau orice altă dovadă de calificare atunci când formarea vizează folosirea metodelor sau tehnicilor speciale (de ex. hipnoza, biofeedback, tehnici avansate de testare etc.)

XII. TERAPIE ȘI CONSILIERE

Informarea clientului

Art. XII.1. În obținerea consimțământului informat din partea clienților, psihologii vor informa în prealabil clientul cu privire la forma de terapie utilizată, metodele folosite, riscuri, alternative, limitele confidențialității, implicarea unor terti, onorariul și vor da curs oricărei alte cereri de informare solicitate de client în acest sens. Dacă terapeuta se află încă în supervizare, dar poate desfășura în mod legal și profesional activitatea terapeutică pentru care se află în supervizare, va aduce la cunoștința clientului acest lucru cât mai curând posibil.

Consimțământul pentru dezvăluire

Art. XII.2. În cazul sedințelor de terapie sau consiliere, înregistrările pot fi transferate și spre cei care preiau clienții respectivi, putând avea acces la acestea atât colegii de profesie cât și supervizații ce se află într-un proces de formare terapeutică, dar numai cu consimțământul dat în prealabil de cei vizati în acele înregistrări.

Intimitatea relației profesionale

Art. XII.3. Clienții vor beneficia de servicii de consultanță, consiliere sau terapie din partea psihologilor fără prezenta unor terti, aceasta fiind permisă numai dacă există un acord în acest sens, atât din partea clientului cât și din partea psihologului.

Precizarea clientului

Art. XII.4. Atunci când în procesul terapeutic sunt implicați, fie partenerul de viață, fie alți membrii de familie, psihologii vor clarifica de la început relațiile pe care le au, cu fiecare persoană implicată și vor preciza cine este clientul: o anumită persoană, relația de cuplu, familia. Psihologii vor preciza de asemenea care sunt limitele confidențialității.

Precizări suplimentare în terapia de grup

Art. XII.5. În cadrul terapiei de grup psihologii vor preciza regulile de grup, rolurile și responsabilitățile ce revin tuturor participanților și de asemenea limitele confidențialității.

Analiza ofertei de serviciu complex

Art. XII.6. În cazul în care clientii primesc deja servicii psihologice și de la alți psihologi sau de la alți specialiști din alte domenii, psihologul va examina posibilitatea angajării sale într-o relație terapeutică (dacă aceasta este solicitată) prin analiza condițiilor, beneficiilor potențiale ale clientului, riscurilor de conflict sau a confuziilor care pot să apară. Psihologul va discuta cu clientul aceste limitări înainte de obținerea consimțământului.

Intimitatea sexuală cu clientii sau apropiați ai acestora

Art. XII.7. Psihologii nu se vor angaja în relații de intimitate sexuală cu clientii lor, cu persoanele despre care știu că se află în relații apropiate cu clientii și nici nu vor încheia terapia pentru a nu intra sub incidența acestui standard.

Terapia cu parteneri sexuali

Art. XII.8. Psihologii nu vor accepta în terapie persoane cu care au avut relații de intimitate sexuală.

Relația sexuală cu foștii clienți

Art. XII.9. Psihologii nu se vor angaja sub nici o formă în relații de intimitate sexuală cu foștii clienți pentru o perioadă de cel puțin 2 ani de la încheierea terapiei sau a oricărei relații profesionale subsecvente.

Încheierea terapiei din lipsa de beneficii

Art. XII.10. Psihologii vor încheia orice formă de terapie cu clientii lor dacă există evidente clare că aceștia nu mai au nici un beneficiu prin continuarea terapiei sau în cazul în care continuarea acesteia poate produce daune clienților.

Încheierea terapiei din alte motive

Art. XII.11. Psihologii vor încheia terapia dacă clientul intră într-o relație cu o persoană unde apare riscul unei relații multiple, dacă există o agresiune din partea clientului asupra terapeutului sau dacă există o solicitare clară în acest sens din partea clientului.

Înteruperea și continuarea terapiei

Art. XII.12. Dacă din motive de boală sau de indisponibilitate a psihologului terapia trebuie întreruptă pentru o perioadă mai lungă de timp, atunci psihologul va căuta să ofere clientului o posibilitate de continuare a terapiei cu un alt coleg psiholog care are disponibilitatea și competența necesară continuării terapiei și care va putea fi informat cu privire la stadiul în care se află terapia, cu consimțământul clientului.

Continuarea terapiei cu un alt terapeut

Art. XII.13. Psihologul care preia un client, de la un coleg care din motive justificate nu mai poate continua actul terapeutic, va examina cu atenție conținutul demersului, potențialul de risc, beneficiile, iar dacă e nevoie poate consulta pe cei ce au fost implicați în procesul terapeutic și abia apoi va decide modalitățile de continuare a terapiei.

XIII. EVALUARE ȘI DIAGNOZĂ

Prezentarea caracteristicilor psihologice

Art. XIII.1. Psihologii vor oferi informații despre caracteristicile psihologice ale indivizilor numai după ce au realizat o evaluare adecvată, care să susțină științific și metodologic afirmațiile și concluziile lor, indiferent dacă e vorba de recomandări, rapoarte sau evaluări, precizând limitele afirmațiilor, concluziilor și recomandărilor lor.

Dacă psihologii realizează că (re)examinarea individului nu este justificată sau necesară, atunci aceștia vor explica această opțiune, precizând sursele și documentele care stau la baza acestor concluzii.

Condiții de utilizare a instrumentelor

Art. XIII.2. Psihologii vor utiliza (administra, scora, interpreta) metodele si tehnicile de evaluare în stricta conformitate cu normele instituite în acest sens de Colegiu. Psihologii vor respecta de asemenea legislatia în vigoare cu privire la drepturile de autor si de proprietate intelectuala pentru instrumentele de evaluare folosite

Consimtamântul pentru evaluare/diagnoza

Art. XIII.3. Psihologii vor obtine consimtamântul informat pentru serviciile de evaluare cu exceptia cazului în care (1) acestea sunt ceruta de lege sau de reglementarile în vigoare; (2) testarea este o activitate educationala, institutionala sau organizationala prevazuta de reglementari interne; consimtamântul informat include explicarea naturii si scopului de evaluare, costurile, implicarea unei a treia parti, limitele de confidentialitate si ocazii pentru cel evaluat de a formula întrebări si de a primi raspunsuri.

Psihologii vor informa persoanele fara capacitate deplina de a-si da consimtamântul si persoanele pentru care testarea este ceruta de reglementarile legislative, cu privire la natura si scopul serviciilor de evaluare propuse, folosind un limbaj usor de înteles pentru persoana care urmeaza sa fie evaluata.

Psihologii care folosesc serviciile unui traducator vor cere consimtamântul clientului pentru a folosi serviciile aceluia traducator, se vor asigura ca se va mentine confidentialitatea rezultatelor, securitatea instrumentelor, inclusiv a documentelor de evaluare/diagnoza.

Datele de evaluare/diagnoza

Art. XIII.4. *Datele obtinute pot fi* scoruri brute si standardizate, raspunsurile clientului la stimuli sau la întrebările la test, notele, înregistrările si consemnarile psihologului, declaratiile si comportamentul clientului în timpul unei examinari. Psihologii vor oferi datele obtinute, sub forma de rezultate clientului si, daca e cazul, unor terti numai cu consimtamântul clientului, sau fara acordul acestuia în situatiile prevazute de reglementarile in vigoare. Psihologii vor evita sa faca publice datele obtinute, cu exceptia situatiilor prevazute de reglementarile in vigoare, protejând clientul de orice forma de exploatare, abuz si prevenind devalorizarea datelor de evaluare/diagnoza. Datele de evaluare/diagnoza reprezinta proprietate a psihologului sau institutiei care realizeaza evaluarea/diagnoza si vor putea fi administrate si utilizate doar de catre psihologi calificati în folosirea acestor instrumente.

Constructia de instrumente

Art. XIII.5. Psihologii care construiesc sau adapteaza teste si alte instrumente de masurare vor folosi proceduri în acord cu normele instituite de Colegiu

Interpretarea rezultatelor

Art. XIII.6. În interpretarea rezultatelor evaluarii, fiind incluse aici si interpretările computerizate, psihologii vor lua în considerare scopul evaluarii, precum si numerosi alti factori, abilitatile de testare si caracteristicile persoanei evaluate (caracteristici situationale, personale, lingvistice si culturale) care pot afecta judecatile psihologilor sau care pot reduce acuratetea intepretarilor.

Calificarea în testare

Art. XIII.7. Psihologii nu vor promova/ încuraja folosirea tehnicilor de evaluare psihologica de catre persoane necalificate si neautorizate, decât în cadrul unei formari în care exista o supervizare adecvata.

Actualitatea evaluarii

Art. XIII.8. Psihologii nu își vor baza deciziile sau recomandari pe teste depășite/învechite, pe date care nu mai sunt folositoare pentru scopul curent sau care nu corespund normelor de avizare ale metodelor și tehnicilor de evaluare stabilite de Colegiu

Responsabilitatea administrării instrumentelor

Art. XIII.9. Psihologii care oferă servicii psihologice de evaluare altor profesioniști vor prezenta cu acuratețe scopul, normele, validitatea, fidelitatea și aplicarea fiecărei proceduri, precum și orice altă calitate a acestora. Psihologii își vor menține responsabilitatea pentru aplicarea, interpretarea și folosirea adecvată a instrumentelor de evaluare, indiferent dacă vor interpreta rezultatele ei înșisi sau vor folosi o interpretare computerizată sau de altă natură.

Prezentarea rezultatelor pentru cei evaluați

Art. XIII.10. Indiferent dacă cotearea și interpretarea sunt făcute de psihologi, angajați ai acestora sau asistenți sau prin modalități automate/computerizate, psihologii vor oferi persoanei evaluate sau reprezentantului acesteia explicațiile necesare înțelegerii rezultatelor, excepție făcând situațiile în care natura relației împiedică acest lucru (situații de evaluare organizațională, preangajare și evaluări prevăzute de reglementările în vigoare), acest fapt fiind adus la cunoștința persoanei evaluate înainte începerii evaluării.

Materialele

Art. XIII.11. *Materialele de evaluare/diagnoză* cuprind manualul instrumentului, instrumentul propriu-zis, protocoale, întrebările sau stimulii utilizați, alte fișe sau formulare necesare și nu include *datele de evaluare/diagnoză*. Psihologii vor menține integritatea și securitatea materialelor testului și a altor metode de evaluare prin neînstrăinarea lor către persoane care nu au competența necesară, respectând dreptul de proprietate intelectuală prevăzut de lege și obligațiile de tip contractual privind utilizarea instrumentului.

XIV. CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ ȘI VALORIFICAREA REZULTATELOR

Standarde internaționale

Art. XIV.1. În cercetările lor psihologii vor cauta, pe cât posibil, să promoveze cele mai noi metodologii de cercetare utilizate de comunitatea psihologică internațională, respectând atât standardele de rigoare științifică cât și standardele etice.

Acordul de cercetare

Art. XIV.2. Atunci când psihologii au nevoie de aprobare, din partea unei instituții, pentru desfășurarea cercetărilor, aceștia vor furniza toate datele necesare pentru acordarea aprobării și vor avea în vedere ca protocolul de cercetare să corespundă aprobărilor primite.

Obținerea consimțământului

Art. XIV.3. În obținerea consimțământului informat psihologii vor aduce la cunoștința participanților scopurile cercetării, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile inclusiv compensațiile financiare, limitele confidențialității, dreptul oricui de a se retrage din cercetare și în general toate datele pe care participanții le solicită și de care au nevoie pentru a-și da consimțământul. În cazul în care există posibilitatea producerii unor daune și suferință, psihologii au obligația să o minimizeze pe cât posibil.

Utilizarea de suport audio-video

Art. XIV.4. Psihologii vor obține consimțământul informat de la toți participanții la cercetare pentru înregistrările audio și video, înainte efectuării acestora, oferind garanții

ca acestea vor fi utilizate numai într-o manieră în care identificarea nu poate produce daune celor implicați .

Limitari ale informării

Art. XIV.5. Psihologii nu vor face studii și cercetări care implică proceduri de prezentare ascunsă/falsă a modelului de cercetare decât dacă alternativa de prezentare corectă nu este fezabilă științific sau aduce o alterare evidentă concluziilor cercetării. În acest caz, participanții vor fi informați de utilizarea unui astfel de model de cercetare și vor participa numai dacă își dau consimțământul, putând oricând să-și retragă datele din cercetare. Cercetarea, în acest caz, poate fi derulată numai dacă nu poate produce suferința sau daune participanților.

Excepția de la consimțământ

Art. XIV.6. Psihologii se pot dispensa în cadrul cercetărilor de consimțământul informat al participanților numai dacă (a) cercetarea nu poate produce în nici un fel daune (observații naturale, practici educationale sau curriculare, chestionare anonime, cercetare de arhive) sau (b) este permisă de reglementări în vigoare.

Persoane și grupuri vulnerabile

Art. XIV.7. Psihologii vor cauta să examineze etic, independent, adecvat drepturilor omului și să ia toate măsurile de protecție pentru orice cercetare ce implică grupuri vulnerabile și/sau persoane cu incapacitate de a-și da consimțământul informat, înainte de a lua decizia de a începe.

Evitarea unor categorii de subiecți

Art. XIV.8. Psihologii nu se vor folosi de persoane cu incapacitate de a-și da consimțământul în nici un studiu sau cercetare, dacă studiul sau cercetarea avută în vedere poate fi finalizată la fel de bine cu persoane care au capacitatea deplină de a-și da consimțământul informat.

Manipularea prin creșterea compensațiilor

Art. XIV.9. Psihologii vor evita să propună și să acorde participanților la cercetare compensații financiare excesive sau alte forme de stimulente pentru participarea la cercetare și care pot favoriza obținerea consimțământului, cu atât mai mult atunci când sunt evidente clare că există riscul producerii de suferință și daune în timpul cercetării.

Utilizarea animalelor în cercetare

Art. XIV.10. Psihologii care utilizează animale în cercetările lor, vor evita provocarea de suferință acestora, excepție făcând cercetările care nu presupun metode invazive producătoare de suferință sau leziuni.

Corectitudinea datelor

Art. XIV.11. Psihologii nu au voie să prezinte date false pentru care nu au fost făcute în realitate măsurători. Dacă vor constata erori de prezentare a datelor sau de prelucrare a acestora vor face toți pașii necesari pentru corectarea acestora, altfel vor retrage și anula cercetarea.

Plagiatul

Art. XIV.12. Psihologii nu vor prezenta date sau rezultate din alte studii sau cercetări, ca aparținându-le lor.

Abuzul de status

Art. XIV.13. Psihologii vor fi creditați pentru cercetările făcute cât și pentru publicarea acestora numai în măsura în care aceștia au o contribuție majoră. Astfel psihologii vor face distincția între autor principal al cercetării, contribuție la cercetare, contribuție minoră

si statusul sau pozitia pe care o detine respectivul psiholog. Astfel pozitia academica, titlul academic sau pozitia sociala sau cea de sef de departament sau manager într-o institutie nu confera nimanui credit pentru o pozitie principala în cercetare, decât în masura în care exista o acoperire reala prin contributia adusa la cercetare si nu prin statusul social sau academic.

Transmiterea datelor

Art. XIV.14. Atunci când exista solicitari de folosire sau de verificare a datelor din partea unui alt cercetator decât cei implicati direct în cercetare, psihologii vor putea oferi datele de cercetare numai în masura în care se pastreaza confidentialitatea acestor informatii de catre cei carora li se încredinteaza si daca exista o specificare clara a modului de utilizare a acestora.

Protejarea datelor

Art. XIV.15. Psihologii vor proteja datele de cercetare, asigurându-se ca acestea sunt pastrate în conditii de securitate. Protocoalele de cercetare, datele de cercetare sistematizate sau cele deja publicate pot fi pastrate fara restrictii dar în conditiile respectarii normelor etice.

Onestitate stiintifica

Art. XIV.16. Psihologii implicati în evaluarea, monitorizarea, realizarea si raportarea activitatilor de cercetare stiintifica vor manifesta impartialitate si obiectivitate si vor respecta drepturile de proprietate intelectuala. Selectia proiectelor de cercetare, a rezultatelor cercetarilor realizate pentru a fi valorificate publicistic sau practic se va face doar pe criterii de relevanta stiintifica, excluzându-se orice considerent personal sau de natura extraprofesionala.

Buna conduita în cercetarea stiintifica

Art. XIV.17. În activitatea de cercetare stiintifica psihologii vor evita ascunderea sau înlaturarea rezultatelor nedorite, confectionarea de rezultate, înlocuirea rezultatelor cu date fictive, interpretarea deliberat distorsionata a rezultatelor si deformarea concluziilor, plagierea rezultatelor sau a publicatiilor altor autori, neatribuirea corecta a paternitatii unei lucrari, nedezvaluirea conflictelor de interese, deturnarea fondurilor de cercetare, neînregistrarea si/sau nestocarea rezultatelor, lipsa de obiectivitate în evaluari, nerespectarea conditiilor de confidentialitate precum si publicarea sau finantarea repetata a acelasii rezultate ca elemente de noutate stiintifica.

Datele contradictorii, diferentele de conceptie experimentală sau practica, diferentele de interpretare a datelor, diferentele de opinie nu constituie abateri de la buna conduita în cercetarea stiintifica.

XV. DISPOZIȚII FINALE

Art. XV.1. Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de libera practica intra în vigoare odata cu aprobarea lui de catre Conventia Nationala a Colegiului Psihologilor din România.

Art. XV.2. Psihologii au responsabilitatea de a cunoaste si de a aplica prevederile acestui Cod. Orice fapte savârsite în legatura cu profesia care contravin prevederilor prezentului Cod, angajeaza raspunderea disciplinara a psihologilor.

Art. XV.3. Membrii Colegiului Psihologilor din România nu vor recunoaste, ca fiind profesionala, activitatea care este neconforma cu principiile si standardele acestui Cod.

Art. XV.4. Toti psihologii vor coopera cu Comisia de Deontologie si Disciplina a Colegiului Psihologilor din România, atât în supervizarea conduitelor etice cât si în

promovarea lor. Refuzul cooperării atrage de la sine încălcarea prevederilor acestui Cod și prin urmare sancționarea psihologilor în cauză în conformitate cu Codul de procedură disciplinară.

Art. XV.5. Pentru a menține relevanța și actualitatea codului, acesta este revizuit de Comisia de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România după o perioadă de 4 ani sau atunci când situația o impune.

DEFINIREA TERMENILOR

În sensul prezentului Cod următorii termeni se definesc astfel:

1. **Psihologul** reprezintă orice persoană care este membru, asociat, absolvent afiliat, sau strain afiliat la CPR

2. **Cientul** reprezintă o persoană, un cuplu (ca relație), o familie sau grup (inclusiv organizație sau comunitate) cărui i se oferă servicii psihologice din partea unui psiholog. Clientii, participanții la cercetări, studenții și orice alte persoane cu care psihologul vine în contact în timpul activității sale profesionale sunt independenți dacă în mod independent au stabilit un contract ori și-au dat consimțământul informat. Persoanele sunt parțial dependente dacă decizia contractului sau a consimțământului informat este împărțită de două sau mai multe părți (ex. părinți și conducerea școlii, muncitori și conducerea instituției, adult și familia sa). Persoanele sunt considerate complet dependente dacă acestea nu pot sau pot în foarte mică măsură să aleagă între a primi sau nu un serviciu ori să participe la o activitate (ex. pacienții care au fost involuntar în sușii unor intervenții psihiatrice, copiii foarte mici implicați în proiecte de cercetare).

3. **Subiect** reprezintă o persoană care participă la un proiect de cercetare științifică, fie ca face parte din grupul experimental, fie ca are rol de martor.

4. **Drepturile legale** ori civile reprezintă acele drepturi protejate prin lege și recunoscute ca atare.

6. **Drepturile morale** reprezintă drepturile fundamentale și inalienabile ale omului care pot fi sau nu protejate total de legile în vigoare. Un loc aparte, ca semnificație, pentru psihologi îl ocupă spre exemplu dreptul la: egală justiție; onestitate; dezvoltarea unei intimități adecvate; autodeterminare; libertate personală. Protejarea unor aspecte ale acestor drepturi pot implica practici care nu sunt continuate sau controlate de către legile în vigoare. În plus drepturile morale nu se limitează la cele menționate în această definiție.

7. **Discriminarea** reprezintă activitatea care prejudiciază ori promovează prejudecăți cu privire la persoane datorită culturii acestora, naționalității, etniei, culorii sau rasei, religiei, sexului sau orientării sexuale, statutului marital, abilităților fizice sau intelectuale, vârstei, statutului socio-economic și oricaror alte preferințe, caracteristici personale, condiții sau statute.

8. **Hartuirea sexuală** include una sau ambele situații: (i) Utilizarea puterii ori autorității în încercarea de a forța o persoană să se angajeze sau să tolereze activități sexuale. Aici intra intimidarea sau fortarea pentru noncompliance ori promisiunea unor compensații sau recompense pentru compliance. (ii) Angajarea în mod deliberat și repetat în comentarii sexuale nesolicitate, anecdote, gesturi sau atingeri dacă aceste comportamente sunt: ofensatorii și nu sunt bine primite, creează un mediu de lucru ostil ori intimidant ori se așteaptă să fie daunător pentru client.

•10. **Relația multiplă.**

O relație se consideră a fi multiplă și în cazul în care:

- a. se exercita cel puțin două roluri profesionale în raporturile cu o persoană
- b. există o relație profesională cu o persoană și cel puțin o altă relație cu o altă persoană dar care este rudă sau cunoscută apropiată a celei dintâi.
- c. există o cunoscută comună și apropiată atât psihologului cât și persoanei care beneficiază de suportul psihologului.

Evitarea relațiilor multiple se face în spiritul respectării principiilor prezentului Cod, pentru păstrarea obiectivității, competenței și eficienței activităților desfășurate de psihologi.

11. **Exploatarea clientului** - exploatarea necunoașterii, a lipsei de experiență sau a stării de slăbiciune a persoanelor vulnerabile datorită stării psihice, pentru a le determina să accepte servicii psihologice în condiții prejudiciabile pentru acestea.

Anexa 2. Condiții de specializare în psihologia clinică cf. Legii 213 din 2004: Proceduri de atestare, acreditare și certificare în cadrul Colegiului Psihologilor din România, Comisia de psihologie clinică și psihoterapie

PROCEDURI DE ATESTARE, ACREDITARE ȘI CERTIFICARE

I. CONSIDERAȚII GENERALE

Art. 1. a. Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie (Comisia Clinică) a Colegiului Psihologilor din România (CPR) stabilește procedurile de atestare pentru următoarele specialități profesionale:

psihologie clinică;
consiliere psihologică;
psihoterapie.

b. Exercițarea acestor specialități profesionale se desfășoară în sectorul privat, în regim salarial, sau independent, cu drept de liberă practică, potrivit Legii nr. 213 din 27.05.2004, publicată în Monitorul Oficial din 1 iunie 2004.

c. În cadrul specific al psihoterapiei și în acord cu regulamentele internaționale în domeniu, absolvenții facultăților de medicină (medici psihiatri), asistență socială, filozofie, pedagogie (incluzând psihopedagogia) și teologie pot dobândi competență în psihoterapie (într-o formă specifică atestată de CPR) în condițiile completării studiilor universitare cu un pachet de discipline universitare de specialitate specificate în prezentul Regulament și a formării conform cerințelor stipulate în prezentul Regulament.

Competența astfel obținută asigură toate drepturile cu excepția consilierii psihologice și a testării psihologice care depășește cadrul formei specifice de psihoterapie în care a dobândit competența.

Art. 2. Dosarul pentru obținerea atestatului de liberă practică în psihologia clinică, consiliere psihologică sau psihoterapie trebuie să cuprindă:

Cere tip adresată Comisiei Clinice a CPR care să vizeze exact nivelul de atestare la care aspiră;

Copie de pe actul de identitate;

Copii legalizate de pe actele de studii și anexele acestora;

Certificat de cazier judiciar;

Copie de pe certificatul de căsătorie sau de pe hotărârea judecătorească definitivă și irevocabilă de divorț, după caz;

Certificat medical eliberat de medicul de familie;

Copii legalizate de pe documente care atestă absolvirea unor programe formative, stagii, cursuri de specializare și alte forme de perfecționare;

Copii legalizate de pe carnetul de muncă ori contractul individual de muncă (pentru cei deja angajați);

Extras din fișa de post – numai pentru obținerea atestatului de liberă practică în condițiile necesității de a-și dovedi experiența profesională;

Curriculum Vitae (CV) și lista lucrărilor științifice;

Dovada achitării taxelor necesare acoperirii costurilor atestării profesionale.

Persoanele nemulțumite de rezultatul atestării pot depune la secretariatul Comitetului Director al CPR o contestație în termen de 10 de zile de la data comunicării.

În cazul unei decizii favorabile, în termen de 30 de zile de la data înregistrării, Conducerea Operativă a CPR va asigura înscrierea psihologului în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România și se va aloca Codul Personal.

II. PSIHOLOGIE CLINICĂ

Art. 3. Psihologia clinică studiază și intervine asupra factorilor psihologici cu relevanță pentru stările de sănătate și de boală. Se recunosc trei trepte profesionale (niveluri) de specializare în psihologia clinică, accesibile doar licențiaților în psihologie:

Psiholog practicant în psihologie clinică:

Sub supervizare sau

Autonom;

Psiholog specialist în psihologie clinică;

Psiholog principal în psihologie clinică.

Art. 4. Fiecare treaptă profesională de specializare este definită printr-o serie de competențe generale și specifice care se cer întrunite astfel încât un profesionist să fie atestat la acel nivel. Întrunind aceste competențe, psihologul atestat în psihologia clinică poate să-și desfășoare la parametri performanți activitățile în clinici și spitale, cabinete individuale, asociate și societăți civile profesionale pe bază de liberă practică, alte instituții și organizații publice și private, guvernamentale și non-guvernamentale, care necesită, pentru buna lor funcționare, competențele psihologului clinician.

Art. 5. Psihologul atestat în psihologia clinică (numit generic și psiholog clinician) are următoarele competențe generale:

1. Cunoaștere a bazei teoretice și a eticii profesionale în psihologia clinică;
2. (Psiho)Diagnostic și evaluare clinică;
3. Intervenție/asistență/consultanță psihologică;
4. Cercetare;
5. Educație și training (formare profesională).

Competențele stabilite mai sus pentru specializarea în psihologie clinică, se detaliază cu competențe specifice în funcție de nivelul de specializare profesională a psihologului atestat în psihologia clinică. Obținerea competențelor generale și specifice presupune obligatoriu licența în psihologie și parcurgerea unui pachet de cursuri universitare care să includă cunoștințe din domeniile:

Psihologie generală și Psihodiagnostic;

Psihodiagnostic și evaluare clinică;

Psihologie clinică și/sau medicală;

Consiliere și psihoterapie;

Psihiatrie și/sau Psihopatologie;

Psihologia sănătății și/sau Psihosomatică;

Psihologia dezvoltării și/sau Psihologia clinică a dezvoltării.

Unele din aceste cursuri pot fi parcurse în cadrul programului de licență (și/sau master, doctorat) în psihologie, sau, în situația în care acestea nu au făcut parte din curriculum universitar în psihologie, se pot completa ulterior prin studii universitare specific focalizate pe aceste cursuri (ex. organizate în regim de taxă la universitățile acreditate de Ministerul Educației și Cercetării; MEdC).

Utilizarea în contextul domeniului de specializare în psihologia clinică a probelor psihologice și interviurilor structurate și semi-structurate trebuie să îndeplinească criteriile psihometrice standard, așa cum sunt ele stabilite de către Comisia de Metodologie, cu excepțiile stabilite de Comisia Clinică a CPR. Utilizarea probelor psihologice complexe (ex. proiective sau psihometrice) cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative generale sau specifice, organizate la nivel universitar (nivel licență, master, doctorat) sau prin cursuri de formare continuă ale asociației profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

Utilizarea tehnicilor complexe de intervenție psihologică cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) sau prin cursuri de formare continuă ale asociației profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

Art. 6. Asociațiile profesionale de psihologie clinică, consiliere și/sau psihoterapie, acreditate profesional de către Comisia Clinică a CPR pot oferi programe de pregătire profesională continuă în psihologia clinică, atât focalizate pe proceduri țintă (ex. formare continuă de scurtă durată în metodologii și tehnici de intervenție complexe) cât și cu caracter mai complex/general (ex. formare continuă complementară în psihologia clinică necesare trecerii la treapta de psiholog practicant autonom în psihologia clinică). Programele sunt creditate cu un anumit număr de credite în funcție de durata și

conținutul acestora. Aceste programe trebuie să fie focalizate pe aprofundarea competențelor generale și specifice în psihologia clinică.

Art. 7. Psihologul practicant în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant)
Psihologul practicant în psihologia clinică poate să fie sub supervizare sau autonom.

I. Psihologul practicant sub supervizare în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant sub supervizare)

Definiție. Psihologul practicant sub supervizare în psihologia clinică este primă treaptă profesională de specializare în psihologia clinică care se obține prin programe universitare de licență în psihologie acreditate de MEdC/ARACIS; toate activitățile psihologului clinician practicant sub supervizare sunt supervizate – pe baza unei proceduri elaborată de Comisia Clinică a CPR - de psihologi clinicieni principali supervizori/formatori, pe parcursul a minimum un an.

Competențe. Competențe generale (cu cifre) și specifice (cu litere) ale psihologului clinician practicant sub supervizare sunt:

1. Cunoaștere a bazei teoretice și a eticii profesionale în psihologia clinică
(a) Cunoașterea modelelor de sănătate și boală;
(b) Cunoașterea teoriilor învățării și dezvoltării psihologice;
(c) Cunoașterea noțiunilor fundamentale de psihologie generală și psihodiagnostic;

(d) Cunoașterea eticii și deontologiei profesionale.

2. (Psiho)Diagnostic și evaluare clinică:

evaluare subiectiv-emoțională;

evaluare cognitivă;

evaluare comportamentală;

evaluare bio-fiziologică (ex. prin proceduri de bio-feedback);

evaluarea simplă a personalității și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive;

evaluarea psihologică asociată activităților cu cupluri sau familii (sau altor grupuri);

evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;

evaluarea dezvoltării psihologice.

3. Intervenție/asistență/consultanță psihologică:

educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (ex. prin prevenție primară și secundară), prevenirea îmbolnăvirilor (ex. prin modificarea stilului de viață);

elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluare programelor de promovare a sănătății și de prevenire a îmbolnăvirilor la nivel individual, de grup, comunitar și/sau guvernamental;

intervenții specifice pentru persoanele cu nevoi speciale [aria psihopedagogiei speciale în condiții de psihopatologie (ex. logopedie clinică)];

consiliere și terapie suportivă;

optimizare și dezvoltare personală, autocunoaștere (ex. coaching).

4. Cercetare:

(a) cunoaște noțiunile fundamentale de metodologia cercetării și poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

5. Educație și training (formare profesională):

poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Atestatul de psiholog practicant sub supervizare în psihologia clinică se obține de la Colegiul Psihologilor din România, după obținerea licenței în psihologie, prin depunerea dosarului a cărui conținut este descris la Art. 2., pe baza unui interviu în fața Comisiei Clinice a CPR, interviu focalizat pe verificarea noțiunilor de etică și deontologie profesională. După obținerea atestatului, psihologul clinician practicant sub supervizare poate desfășura activitățile circumscrise de competențele generale și specifice, numai sub supervizare, într-un cadru legal al practicării profesiei de psiholog.

II. Psihologul practicant autonom în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant autonom)

Definiție. Psihologul practicant autonom în psihologia clinică este prima treaptă de specializare profesională în psihologia clinică, în care activitățile pot fi desfășurate fără supervizare.

Competențe. Psihologul practicant autonom în psihologia clinică are toate competențele psihologului practicant sub supervizare în psihologia clinică, la care se mai adaugă:

1. (Psiho)Diagnostic și evaluare clinică:

investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și al altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice;

evaluare neuropsihologică;

evaluarea complexă a personalității (ex. trăsături caracteriale, de temperament, aptitudinale etc.) și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive;

evaluarea stării de sănătate mentală, în limita competenței psihologului, ca precondiție pentru angajare și/sau desfășurarea unor activități care impun prin lege examinare psihologică asociată stării de sănătate (ex. testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.).

2. Intervenție/asistență/consultanță psihologică:

terapii standard de relaxare și sugestive;

consiliere (ex. prin tehnici comportamentale) specifica obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.);

asistența bolnavilor terminali;

terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, cuplu și familie).

3. Cercetare:

(a) poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

4. Educație și training (formare profesională):

poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Atestatul de psiholog practicant autonom în psihologia clinică se obține de la Colegiul Psihologilor din România astfel (condițiile sunt cumulative; condiția b) nu se aplică licențiaților în psihologie non-Bologna):

după încheierea stagiului obligatoriu de supervizare, de minimum 40 de ore pe parcursul a minimum un an (sau 60 de ore pe parcursul a maximum doi ani, dacă supervizorul

consideră necesar acest lucru), candidatul depune un dosar care conține: (1) Raportul pozitiv al supervisorului focalizat pe modul de evoluție profesională a candidatului și pe modul în care acesta întrunește competențele necesare psihologului clinician practicant autonom; (2) Raportul de activitate a candidatului, pregătit de candidat; (3) Un studiu de caz [în cazul psihologilor care nu lucrează în mediu clinic (ex. spital, policlinici etc.) și/sau fac doar evaluări clinice, Raportul de activitate va conține 5 studii de caz]. Pe baza dosarului are loc un interviu în urma căruia candidatul este declarat admis sau respins; dovada parcurgerii unui program de master în domeniul clinic, acreditat academic de MEdC/ARACIS și profesional de Comisia Clinică a CPR și/sau a unui program de formare (continuă) complementară în psihologia clinică (de minimum doi ani) printr-o Asociație profesională acreditată în acest sens de Comisia Clinică a CPR; susținerea unui interviu/examen de specialitate organizat conform procedurilor stabilite de Comisia Clinică a CPR; interviul/examenul va fi focalizat pe verificare competențelor generale și specifice care corespund treptei de psiholog clinician practicant autonom, precum și pe normele profesionale etice și deontologice ale CPR.

Art. 9. Psihologul specialist în psihologie clinică (numit și psiholog clinician specialist)

Definiție. Psihologul specialist în psihologia clinică este a doua treaptă de specializare profesională în psihologia clinică.

Competențe. Psihologul specialist în psihologia clinică are toate competențele psihologului practicant în psihologie clinică, îmbogățite și rafinate ca urmarea a practicii și formării profesionale continue, la care se mai adaugă următoarele competențe:

1. (Psiho)Diagnostic și evaluare clinică:

evaluarea psihologică a gradului de discernământ al persoanelor;

evaluare neuropsihologică complexă.

2. Intervenție/asistență/consultanță:

consiliere în situații de criza;

managementul conflictului, mediere și negociere;

consultanță pentru activitățile profesionale ale psihologilor practicanți în psihologie clinică, dacă aceștia o cer (nu se suprapune cu supervizarea profesională obligatorie a psihologului clinician practicant sub supervizare de către psihologului clinician principal).

3. Cercetare:

(a) poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

4. Educație și training (formare profesională):

poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Trecerea de la nivelul de psiholog practicant autonom în psihologie clinică la cel de psiholog specialist în psihologie clinică se face după minimum cinci ani de la dobândirea calității de psiholog practicant sub supervizare în psihologie clinică prin (condițiile sunt cumulative; condiția a) nu se aplică licențiaților în psihologie non-Bologna):

prezentarea Comisie Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de Art. 2:

dovada absolvirii unui program de master în domeniul clinic, acreditat academic de MEdC/ARACIS și profesional de către Comisia Clinică a CPR.

50 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (ex. programe universitare de master) și a asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de workshopuri), participare activă în cadrul unor proiecte de cercetare de specialitate.

două recomandări de la psihologi specialiști sau principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea evoluției profesionale a candidatului și a competențelor necesare treptei de psihologi clinician specialist.

susținerea unui interviu de prezentare a activității și cunoștințelor clinice în fața unei comisii de cinci membri aleși ad-hoc ai Comisiei Clinice a CPR.

Art. 10. Psihologul principal în psihologie clinică (numit și psiholog clinician principal)

Definiție. Psihologul principal în psihologia clinică este a treia treaptă de specializare profesională în psihologia clinică.

Competențe. Psihologul principal în psihologia clinică are toate competențele psihologului specialist în psihologie clinică, rafinate ca urmare a practicii și formării profesionale continue, la care se mai adaugă:

1. (Psiho)Diagnostic și evaluare clinică:

(a) evaluare psihologică asociată expertizei avansate (ex. în fața instanțelor judecătorești);

(b) evaluarea psihologică a psihologilor, când este cazul;

(c) alte evaluări în situații care implică componente psihologice complexe.

2. Intervenție/asistență/consultanță:

terapii de scurtă durată (individuale, de grup, cuplu și familie) focalizate pe probleme subclinice și/sau clinice nespecificate (vezi DSM);

consultanță pentru activitățile profesionale ale psihologilor practicanți și/sau specialiști în psihologie clinică, dacă aceștia o cer (nu se suprapune cu supervizarea profesională obligatorie a psihologului clinician practicant sub supervizare de către psihologului clinician principal).

3. Cercetare:

(a) poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

4. Educație și training (formare profesională):

(a) poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.

Modalitatea de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Trecerea de la statutul de psiholog specialist în psihologie clinică la cel de psiholog principal în psihologie clinică se face după minimum cinci ani prin (condiții cumulative):

(1) prezentarea Comisiei Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de cele prevăzute de Art. 2:

(a) dovada a 50 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (ex. programe universitare de master) și a asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de workshopuri), participare activă în cadrul unor proiecte de intervenție și cercetare de specialitate.

(b) recomandările de la doi psihologi principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea evoluției profesionale a candidatului și a competențelor necesare treptei de psihologi clinician principal.

(2) un interviu care va consta în prezentarea unui caz clinic în fața unei comisii de cinci membri aleși ad-hoc ai Comisiei Clinice a CPR.

Psihologii clinicieni principali pot deveni și supervizori.

Definiție. Psihologul principal supervizor în psihologia clinică reprezintă extensia formativă/didactică maximală a celei de-a treia trepte profesionale în psihologia clinică.

Competențe. Statul de psiholog principal supervizor în psihologie clinică oferă dreptul psihologului clinician principal de a superviza activitatea psihologilor practicanți sub supervizare, pe linia competențelor pe care aceștia trebuie să le dezvolte. Nu există un număr limită de psihologi practicanți sub supervizare pe care un psiholog clinician principal îi are în supervizare; numărul este determinat de capacitatea supervizorului de a se dedica eficient acestor activități și de necesitățile contextului existent (ex. numărul de supervizori raportat la numărul de psihologi care au nevoie de supervizare într-un context dat).

Modalitate de dobândire a competențelor și de obținere a atestatului. Statul de supervizor al psihologului principal se obține, printr-o cerere tip adresată Comisiei Clinice a CPR, după obținerea doctoratului în psihologie de către psihologul principal și/sau după o activitate profesională de minimum trei ca psiholog principal, la care se adaugă recomandările din partea a doi psihologi principali supervizori, recomandări care certifica abilitățile de formator de competențe ale psihologului principal.

Art. 11. Comisia Clinică a CPR acreditează profesional organizațiile (împreună cu programele propuse) care furnizează formare inițială (licență) și continuă (de scurtă durată sau complementară/de bază) în domeniul clinic.

Programele Universitare

La cererea coordonatorului programului de master, Comisia Clinică a CPR va verifica curriculumul instituțiilor organizatoare de programe universitare de master în psihologie clinică și va decide dacă acesta acoperă competențele generale și cele specifice stabilite în prezentele norme. Fiecare program de master acreditat academic de către MEdC/ARACIS, care dorește și acreditarea profesională a CPR, va înainta Comisiei Clinice a CPR (1) o cerere de acreditare profesională a programului de master; (2) planul de învățământ și fișele analitice ale cursurilor așa cum au fost ele aprobate de MEdC/ARACIS; (3) dovada achitării unei taxe de 100 RON în contul CPR. Dacă programul universitar de master satisface criteriile profesionale ale Comisiei Clinice a CPR organizatorul acestuia va fi înscris în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea I.

Programele Non-universitare

Comisia Clinică a CPR va examina la cererea instituțiilor și/sau asociațiilor profesionale curriculum propus de acestea în scopul organizării în regim de formare continuă de scurtă durată de (1) cursuri formative în metodologii și tehnici de intervenție complexe și/sau (2) de programe de formare continuă complementară (de bază/de lungă durată) (2 ani)

necesare trecerii la statutul de psiholog clinician practicant autonom, pentru a le acredita profesional. Fiecare instituție și/sau asociație profesională organizatoare de programe formative în psihologia clinică va înainta Comisiei Clinice a CPR (1) o cerere de acreditare profesională a organizației pentru derularea unui programului formativ recunoscut de Comisia Clinică a CPR (2) un plan curricular detaliat și (3) dovada achitării unei taxe de 1250 RON în contul CPR, reprezentând taxa de evaluare în scopul înscrierii în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR (Partea II).

Art. 13. Prezentele norme de atestare în psihologia clinică se aplică tuturor licențiaților în psihologie conform modelului Bologna (licență 3 ani).

DISPOZIȚII TRANZITORII

Art. 14. La schimbarea treptelor de specializare, licențiații în psihologie în afara modelului Bologna (licența de 4, respectiv de 5 ani) deja atestați de CPR se supun normelor anterioare ale Comisie Clinice a CPR, exceptând procedurile de grandparenting și de echivalare a doctoratului cu nivelul de psiholog principal, care sunt anulate. Vechimea în muncă luată în calcul pentru licențiații în psihologie în afara modelului Bologna, încă neatestați de CPR la data intrării în vigoare a prezentelor norme (2009), este până în anul 2007; absolvenții de psihologie începând cu 2007, modelul Bologna sau non-Bologna, care se prezintă la CPR pentru atestare (intrarea în profesie), sunt eligibili doar pentru nivelul de psiholog practicat sub supervizare în psihologie clinică, conform prezentelor norme.

III. CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Art. 14. Consilierea psihologică este o specializare accesibila doar licențiaților în psihologie.

Consilierea psihologică este intervenție psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale și/sau (b) în scopul promovării sănătății, prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Consilierea psihologică se deosebește de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră, consilierea psihologică implică intervenția consilierului psihologic în optimizare personală și în ameliorarea problemelor (subclinice) psiho-emoționale și de comportament. Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie. Numai psihoterapeutul poate face intervenție psihologică pentru psihopatologie, în timp ce consilierul psihologic se focalizează pe optimizare și dezvoltare personală, probleme psihologice sau de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici.

Consilierea psihologică se poate realiza în regim:

individual;

în grup;

de grup (ex. cuplu, familie).

Art. 15. Componentele unui proces de consiliere psihologică sunt:

evaluarea cerințelor (obiectivelor/scopurilor)/problemelor clientului;

O problemă este o discrepanță între starea inițială și o stare finală (stare scop). Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu și lung. Ele pot corespunde stării finale a problemei (ca în rezolvarea de probleme) dar pot fi și independente de aceasta (ca în unele intervenții focalizate pe soluții).

conceptualizarea psihologică a cerințelor (obiectivelor/scopurilor) și/sau a problemelor clientului;

relația de consiliere;

intervenții psihologice individuale și de grup;

evaluarea procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acestuia.

Art. 16. Competențele generale (cifre) și specifice (litere) ale consilierului psihologic derivă din componentele procesului de consiliere și acestea sunt:

(Psiho)Diagnostic și evaluare psihologică în care se pot utiliza:

interviuri structurate, semi-structurate și libere;

scale psihologice;

teste psihologice.

Intervenție psihologică (circumscrișă de forma specifică de consiliere psihologică):

de optimizare, dezvoltare și autocunoaștere (ex. coaching);

în probleme psihologice și în situații de risc;

în menținerea sănătății (ex. educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și confruntarea cu condiția de boală și impas existențial (ex. tratament, prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);

de optimizare a proceselor de cuplu, familie, grup, organizații și colectivități.

Cercetare:

în limita competențelor sale.

Educație și training (formare profesională):

poate organiza workshop-uri și cursuri în limita competențelor sale.

Psihologul atestat în specialitatea consiliere psihologică poate să își desfășoare activitatea profesională la parametri performanți în cabinete individuale, cabinete asociate și societăți civile profesionale de psihologie, precum și în structurile de psihologie înființate în clinici, spitale, instituții și organizații publice și/sau private, guvernamentale și/sau non-guvernamentale, structuri care necesită, pentru buna lor funcționare intervenția psihologului în specialitatea consiliere psihologică.

Art. 17. Procedura de atestare în consilierea psihologică este organizată în conformitate cu normele internaționale în domeniu, într-o școală specifică de consiliere, care apare înscrisă pe atestatul eliberat de CPR (vezi articolul 22 pentru școlile recunoscute de CPR), și are următoarele componente:

Nivelul de psiholog practicant în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant)

Psihologul practicant în consiliere psihologică poate să fie sub supervizare sau autonom.

I. Psiholog practicat sub supervizare în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant sub supervizare)

Atestarea la nivel de psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică presupune ca prerechizite: 450 de ore de cursuri teoretice și/sau aplicative, care să cuprindă în mod obligatoriu cunoștințe din următoarele domenii:

Psihologie generală și Psihodiagnostic

Psihodiagnostic și evaluare clinică;

Psihologie clinică și/sau medicală;

Consiliere și psihoterapie;

Psihiatrie și/sau Psihopatologie;

Psihologia sănătății și/sau Psihosomatică;

Psihologia dezvoltării și/sau Psihologia clinică de dezvoltării.

Dintre aceste 450 de ore:

200 de ore sunt recunoscute în baza licenței obligatorii în psihologie;

250 de ore de formare continuă complementară într-o școală specifică de consiliere psihologică trebuie obținute în cadrul unui program de master de specialitate în colaborare cu asociații profesionale acreditate în acest sens de Comisia Clinică a CPR sau direct prin formare (training) în cadrul unor asociații profesionale acreditate în acest sens de Comisia Clinică a CPR;

50 de ore de autocunoaștere și/sau dezvoltare personală, în aceeași școală de consiliere psihologică în care se face formarea, realizate în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR.

Comisa Clinică a CPR va elibera atestatul de psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică (se adaugă școala specifică) în cadrul unui interviu, pe baza dosarului întocmit conform Art. 2, la care se adaugă certificatul/diploma eliberată de asociația formatoare acreditată de CPR, pe care este trecut nivelul de competență – consilier psihologic sub supervizare -.

II. Psiholog practicant autonom în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant autonom)

Atestarea la nivelul de psiholog practicant autonom în consiliere psihologică presupune ca prerechizite:

Atestatul de psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică;

Formare profesională continuă complementară în aceeași școală în care a obținut statutul de consilier psihologic practicant sub supervizare, prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR; formarea trebuie să cuprindă între 250 și 450 de ore de practica supervizată în orice organizație în care se desfășoară activități de consiliere. Durata training-ului este de minim 1.5 ani de la intrarea în formare.

Comisa Clinică a CPR va elibera atestatul de psiholog practicant autonom în consiliere psihologică (se adaugă școala specifică) în cadrul unui interviu, pe baza certificatului/diplomei eliberate de asociația formatoare acreditată de CPR, pe care este trecut nivelul de competență – consilier psihologic autonom -.

(2) Nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic specialist)

Atestarea la nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică se face după cinci ani de la dobândirea calității de psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică și presupune ca prerechizite:

Atestatul de psiholog practicant autonom în consiliere psihologică;

50 de credite în consiliere psihologică prin participări la cursuri, workshop-uri, conferințe, publicații, pe parcursul a minimum cinci ani de la obținerea statutului de psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică; din aceste 50 de credite, 25 de credite trebuie să fie în asociere cu școala specifică de consiliere psihologică în care este atestat;

Două recomandări de la doi psihologi principali în consiliere psihologică, din aceeași școală din care face parte candidatul și în care acesta solicită atestare, care să ateste calitatea profesională a candidatului.

(3) Nivelul de psiholog principal în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic principal)

Atestarea la nivelul de psiholog principal în consiliere psihologică se face după minimum cinci ani de la obținerea statutului de psiholog specialist în consiliere psihologică și presupune ca prerechizite:

Atestatul de psiholog specialist în consiliere psihologică;

Dovada a 50 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică prin participări la cursuri, workshop-uri, conferințe, publicații etc., pe parcursul a minimum cinci ani de la obținerea statutului de psiholog specialist în consiliere psihologică; din aceste 50 de credite, 25 de credite trebuie să fie în asociere cu școala specifică de consiliere psihologică în care este atestat;

Două recomandări de la doi psihologi principali în consiliere psihologică, din aceeași școală din care face parte candidatul și în care acesta solicită atestare, care să ateste calitatea profesională a candidatului.

Psihologii specialiști sau principali în consiliere psihologică pot deveni și supervizori/formatori, în școala în care sunt psihologi specialiști sau principali. În acest caz este necesar:

Formarea continuă ca supervizor/formator care să cuprindă, în funcție de specificul școlii, minim:

12 ore de cursuri teoretice și / sau aplicative în domeniul supervizării;

12 ore de co-supervizare (cu un consilier psihologic principal, supervizor/formator deja atestat).

Formarea/Training-ul are loc în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR. În funcție de modalitatea specifică de consiliere psihologică în care are loc formarea, numărul de ore de formare sau modalitate de formare pot fi diferite;

Activități profesionale performante exprimate în cursuri, publicații etc.

Comisia Clinică a CPR va elibera adeverința de supervizor pentru psihologul specialist sau principal în consiliere psihologică pe baza certificatului/diplomei eliberate de asociația formatoare acreditată de CPR, pe care este trecut nivelul de competență – supervizor/formator-. Supervizorul/formatorul își poate desfășura activitatea de supervizare/formare de bază doar în cadrul asociației profesionale care l-a certificat.

Atestarea în consiliere psihologică, așa cum este ea precizată în prezentul Regulament, a luat în calcul criteriile minime stabilite de normele internaționale de specialitate. În funcție de modalitatea specifică de consiliere psihologică în care are loc formarea, numărul de ore de formare poate fi mai mare.

IV. PSIHOTERAPIE

Art. 18. Psihoterapia este intervenția psihologică realizată științific și în spirit umanist (a) în scopul promovării sănătății, optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale, (b) în scopul modificării factorilor psihologici implicați în tulburările psihice, psihosomatice și în tulburările somatice și (c) în situații de risc.

Art. 19. Psihoterapia se poate realiza în regim:
individual;
în grup;
de grup (ex. cuplu, familie).

Art. 20. Componentele unui proces de psihoterapie sunt:
psihodiagnostic și evaluare clinică;
conceptualizarea clinică;
relația psihoterapeutică;
intervenții psihologice individuale, de grup și în grup;
evaluarea procesului de psihoterapie și a rezultatelor acestuia.

Art. 21. Competențele generale (cifre) și specifice (litere) ale psihoterapeutului derivă din componentele procesului de psihoterapie și acestea sunt:

Evaluarea psihologică (circumscrișă de forma specifică de psihoterapie);

Intervenție psihologică (circumscrișă de forma specifică de psihoterapie):

de optimizare, dezvoltare și autocunoaștere (ex. coaching);

în probleme psihologice, psihopatologice și în situații de risc;

în menținerea sănătății (ex. educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și confruntarea cu condiția de boală și impas existențial (ex. tratament, prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);

de optimizare a proceselor de cuplu, familie, grup, organizații și colectivități.

(3) Cercetare:

(a) în cadrul limitelor competențelor sale.

(4) Educație și training (formare profesională):

(a) poate organiza cursuri și workshop-uri în limitele competențelor date de nivelele de specializare.

Profesionistul atestat în specialitatea psihoterapie poate să își desfășoare activitatea profesională la parametri performanți în cabinete individuale, cabinete asociate și societăți civile profesionale de psihologie, precum și în structurile de psihologie înființate în clinici, spitale, instituții și organizații publice și/sau private, guvernamentale și/sau non-guvernamentale, structuri care necesită, pentru buna lor funcționare intervenția specialistului în psihoterapie.

Art. 22. Modalitățile/școlile de psihoterapie (incluzând consilierea psihologică) recunoscute sunt cele stabilite de normele internaționale în domeniu. Aceste modalități/școli de psihoterapie pot fi grupate în următoarele categorii, fiecare categorie incluzând mai multe școli (care sunt acreditate de Comisia Clinică a CPR):

Psihoterapii cognitiv-comportamentale (ex. psihoterapie rațional-emotivă și comportamentală, psihoterapie cognitivă, psihoterapie comportamentală, psihoterapie prin acceptare și angajament, terapia bazată pe realitate, terapia multimodală etc.);

Psihoterapii dinamice (ex. psihoterapia psihanalitică, psihoterapia analitică, terapii dinamice de scurtă durată etc.);

Psihoterapii ericksoniene (ex. psihoterapie ericksoniana, hipnoza ericksoniana etc.);

Psihoterapii scurte (ex. terapia scurtă focalizată pe soluție, orientarea pe competențe și resurse, abordările constructivist-colaborative și narative, etc);

Psihoterapii umanist-existențiale-experiențiale, sistemice și transpersonale (ex. gestaltterapie, logoterapie, psihodrama, psihoterapie experiențială, analiza tranzacțională, etc.).

Comisia Clinică a CPR poate propune și recunoașterea altor modalități/școli psihoterapeutice (prin vot majoritar simplu), pe baza reprezentării lor în literatura și practica psihologică de specialitate.

Hipnoza și sugestia, asemeni altor tehnici de intervenție (ex. tehnici de relaxare) care se regăsesc în mai multe domenii de specializare și/sau școli de psihoterapie, nu sunt asimilabile ca modalități/școli de psihoterapie. Aceste competențe se dobândesc prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR.

Art. 23. Procedura de atestare în psihoterapie se realizează în spiritul normelor internaționale în domeniu, într-o modalitate/școală specifică de psihoterapie (care apare înscrisă pe atestatul eliberat de CPR):

(1) Nivelul de psiholog practicant în psihoterapie (numit și psihoterapeut practicant; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie).
Psihoterapeutul practicant poate să fie sub supervizare sau autonom.

I. Psiholog practicant sub supervizare în psihoterapie (numit psihoterapeut practicant sub supervizare; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie)

Atestarea la nivel de psihoterapeut practicant sub supervizare presupune ca prerechizite:

(1) 1800 de ore (cursuri, seminarii, practică, plus studiul asociat acestora) care să includă în mod obligatoriu cunoștințe din domeniile:

Psihologie generală și Psihodiagnostic;

Psihodiagnostic și evaluare clinică;

Psihologie clinică și/sau medicală;

Consiliere și psihoterapie;

Psihiatrie și/sau Psihopatologie;

Psihologia sănătății și/sau Psihosomatică;

Psihologia dezvoltării și/sau Psihologia clinică a dezvoltării.

Aceste 1800 de ore sunt acoperite de orele cuprinse în baza licenței în psihologie, sau, în condițiile Art. 1 litera c, prin completarea studiilor cu un pachet de cursuri universitare de specialitate din domeniile mai sus menționate;

(2) 500-800 de ore de formare continuă complementară, teoretică și aplicativă, într-o formă specifică de psihoterapie, realizate la nivel de master prin colaborare cu asociații profesionale acreditate în acest sens de Comisia Clinică a CPR sau direct prin asociații profesionale, acreditate de Comisia Clinică a CPR;

Un minim de 150 de ore de autocunoaștere și dezvoltare personală, individuală sau de grup (care se vor continua până la încheierea analizei personale conform școlii în care se formează) organizate în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR. În perioada cât lucrează în supervizare își va continua și autocunoașterea/dezvoltarea/analiza personală.

Comisia Clinică a CPR va elibera atestatul de psiholog practicant sub supervizare în psihoterapie (se adaugă școala specifică) în cadrul unui interviu, pe baza certificatului/diplomei eliberate de asociația formatoare acreditată de CPR, pe care este trecut nivelul de competență – psihoterapeut sub supervizare -.

II. Psiholog practicant autonom în psihoterapie (numit și psihoterapeut practicant autonom; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie)

Atestarea la nivel de psihoterapeut practicant autonom presupune ca prerechizite:

Atestatul de psihoterapeut practicant sub supervizare în psihoterapie;

Formare profesională continuă complementară, în cadrul formei de psihoterapie în care a dobândit statutul de psihoterapeut sub supervizare, prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinica a CPR:

Parcurgerea a unui minimum de 100 de ore de autocunoaștere și dezvoltare personală, individuală sau de grup, în funcție de școlile formative de apartenență, în cadrul asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR;

300-600 de ore de practică clinică supervizată cu clienți/pacienți, organizată prin asociații profesionale acreditate de către Comisa Clinică a CPR în cadrul unei instituții medicale, în cabinete individuale pe bază de liberă practică, în alte instituții și organizații guvernamentale, non-guvernamentale și private care desfășoară activități de psihoterapie și consiliere psihologică;

150 de ore de supervizare a practicii clinice efective, organizată prin asociații profesionale acreditate de către Comisa Clinică a CPR.

Durata totală a procesului de formare este de minim 3 ani (în funcție de orientarea școlii și evoluția candidatului) de la intrarea în formare;

Comisa Clinică a CPR va elibera atestatul de psiholog practicant autonom în psihoterapie (se adaugă școala specifică) în cadrul unui interviu, pe baza certificatului/diplomei eliberate de asociația formatoare acreditată de Comisia Clinică a CPR, pe care este trecut nivelul de competență – psihoterapeut autonom -.

(2) Nivelul de psiholog specialist în psihoterapie (numit și psihoterapeut specialist; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie).

Atestarea la nivelul de psihoterapeut specialist în psihoterapie se face după minimum cinci ani de la obținerea statutului de psihoterapeut sub supervizare și presupune ca prechizite:

Atestatul de psihoterapeut practicant autonom în psihoterapie;

50 de credite în psihoterapie prin participări la cursuri, workshop-uri, conferințe, publicații, pe parcursul a minimum cinci ani de la obținerea statutului de psiholog practicant autonom în consiliere psihologică; din aceste 50 de credite, 25 de credite trebuie să fie în asociere cu școala specifică de psihoterapie în care este atestat.

Două recomandari de la doi psihologi principali în psihoterapie, din aceeași școală din care face parte candidatul și în care acesta solicită atestare, care să ateste calitate profesională a candidatului.

(3) Nivelul de psiholog principal în psihoterapie (numit și psihoterapeut principal, sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie).

Atestarea la nivelul de psihoterapeut principal în psihoterapie se face după minimum cinci ani de la obținerea statutului de psihoterapeut specialist și presupune ca prechizite:

Atestatul de psihoterapeut specialist în psihoterapie;

Dovada a 50 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog specialist în psihoterapie, pe parcursul a minimum 5 ani, prin participări la cursuri, workshop-uri, conferințe, publicații etc; din aceste 50 de credite, 25 de credite trebuie să fie în asociere cu școala specifică de consiliere psihologică în care este atestat.

Două recomandari de la doi psihologi principali și supervizori în psihoterapie, din aceeași școală din care face parte candidatul și în care acesta solicită atestare, care să ateste calitate profesională a candidatului.

Psihoterapeuții specialiști sau principali în psihoterapie pot deveni supervizori/formatori, în școala în care sunt psihoterapeuți specialiști sau principali. În acest caz este necesar:

Formare continuă ca supervizor/formator care cuprinde, în funcție de specificul școlii, minim:

24 ore de cursuri teoretice sau aplicative în domeniul supervizării;

50 ore de co-supervizare (cu un supervizor/formator deja atestat în școala specifică de psihoterapie în care candidatul își face formarea).

Training-ul are loc în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR; În funcție de modalitatea specifică de psihoterapie în care are loc formarea, numărul de ore de formare sau modalitate de formare pot fi diferite;

Activități profesionale performante exprimate în cursuri, publicații etc.

Comisia Clinică a CPR va elibera adeverința de supervizor pentru psihoterapeutul specialist sau principal pe baza certificatului/diplomei eliberate de asociația formatoare acreditată de Comisia Clinică a CPR, pe care este trecut nivelul de competență – supervizor/formator-. El își poate desfășura activitatea de supervizor/formator în cadrul pregătirii de bază în cadrul asociației profesionale care l-a certificat.

Atestarea în psihoterapie, așa cum este ea precizată în prezentul Regulament, a luat în calcul criteriile minime stabilite de normele internaționale de specialitate. În funcție de modalitatea specifică de psihoterapie în care are loc formarea, numărul de ore de formare poate fi mai mare.

V. CONTROLUL PROFESIONAL

Art. 24. În domeniul clinic controlul profesional se face în cursul formării și practicii profesionale prin procesul de supervizare continuă specific psihologie clinice, consilieri psihologice și psihoterapiei, descris în prezentul Regulament.

VI. DETALIERI ALE PROCEDURILOR DE ATESTARE

Art. 25. Procedurile de atestare în forme de psihoterapie și consiliere psihologică, în cazul în care nu există o asociație profesională de specialitate acreditată profesional de către Comisia Clinică a CPR, se desfășoară după cum urmează:

(1) Candidatul va prezenta Comisiei Clinice a CPR pe lângă documentele prevăzute la Art. 2, și:

Copii legalizate și traduse, în cazul existenței acestora în limbi străine, după diplomele de studii și certificări;

Orice documente (legalizate și traduse în limba română) doveditoare ale procesului său de formare și certificare în metoda de psihoterapie în care dorește atestarea.

(2) În termen de maximum 30 de zile de la întrunirea Comisiei Clinice a CPR, aceasta va examina documentele candidatului și, în cazul acceptării lui, va stabili data prezentării acestuia pentru un interviu cu membrii Comisiei Clinice a CPR.

(3) În situația în care Comisia Clinică a CPR va refuza cererea de evaluare a candidatului, acesta va fi înștiințat, de asemenea în limita unui interval de 30 de zile, asupra motivelor respingerii și asupra acțiunilor pe care este necesar să le întreprindă, pentru a putea fi acceptat în vederea evaluării.

(4) Interviul de evaluare, va consta dintr-o discuție a candidatului cu membrii Comisiei Clinice a CPR, pe marginea procesului său de formare și a activității clinice psihoterapeutice pe care acesta a desfășurat-o și intenționează să continue să o desfășoare, prin modalitatea psihoterapeutică în care dorește atestarea și pe marginea relevanței acesteia în familia psihoterapiilor științifice, recunoscute internațional.

(5) În cazul acordării atestării, CPR va emite atestatul și va înscrie numele psihoterapeutului în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România; cel atestat prin această procedură trebuie să fie integrat unei comunități profesionale din străinătate, până la constituirea în țară a unei comunități în școala specifică de psihoterapie și/sau consiliere psihologică.

Art. 26. În cazul în care există o asociație profesională acreditată de **Comisia Clinică a CPR** în școala în care candidatul își face formarea, atestarea în specialitatea psihoterapie se face prin intermediul acestei asociații profesionale iar atestarea își urmează cursul normal prin **Comisia Clinică a CPR (vezi Art. 2 și prezentul Regulament)**.

VII. DETALIERI ALE ACREDITĂRII PROFESIONALE ȘI ALE CONSTITUIRII REGISTRULUI FURNIZORILOR DE FORMARE PROFESIONALĂ__ÎN PSIHLOGIE CLINICĂ, CONSILIERE PSIHLOGICĂ ȘI PSIHOTERAPIE ACREDITAȚI DE COMISIA CLINICĂ A CPR

I. Programele Universitare

Art. 27. Organizatorii de programele universitare pot cere și acreditare profesională din partea **Comisiei Clinice a CPR**, în cadrul circumscris de prezentul **Regulament**, pe baza unei cereri specifice de recunoaștere profesională a programului universitar derulat adresată Comisiei Clinice a CPR, însoțită de un plan curricular detaliat (vezi Art. 11). Absolvenții acestor programe pot face aplicația pentru obținerea atestării conform Art. 2. Organizatorii programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR vor fi înscriși în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea I, după următorul model:

Numele Organizatoare, Formativ și a	Instituției a Programului și a Coordonatorului	Adresa și Persoana de Contact	Programe de Formare Continuă (de scurtă durată și/sau complementară/de bază) pentru care a fost Acreditat de Comisia
-------------------------------------	--	-------------------------------	--

Acestui Program		Clinică a CPR (incluzând numărul de credite)

II. Asociații Profesionale

Art. 28. Acreditarea asociațiilor profesionale în vederea desfășurării activității de selecție, formare, evaluare și certificare a psihoterapeuților se face după cum urmează: (procedurile sunt valabile și pentru asociațiile care oferă formare în consilierea psihologică și psihologie clinică).

a. Standardele minime de acreditare a unei asociații/organizații formatoare în psihoterapie. Pentru a fi luată în considerație, în vederea acreditării, o asociație profesională trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

(1) Să aibă în componența sa cel puțin 4 membrii certificați în metoda de psihoterapie pentru care se solicită acreditare din partea Comisie Clinice a CPR. Aceștia vor avea, în cadrul asociației respective, calitatea de psihoterapeuți principali supervizori/formatori.

(2) Să conțină o structură profesională (comitet, comisie profesională, etc.), alcătuită din membrii formatori (certificați), care să se ocupe de selecția, formarea, evaluarea și certificarea candidaților.

(3) Să aibă înscrise în statut, sau în regulamentul interior al comisiei sale profesionale:

- Programa de studiu teoretic specifică modalității de psihoterapie pe care o practică;
- Condițiile precise de desfășurare a activității de dezvoltare personală (psihoterapie de formare) a candidaților;
- Modalitatea de supervizare a activității clinice a candidaților;
- Criteriile de evaluare și certificare a candidaților;
- Tipurile de cursuri / workshop-uri de scurtă durată pentru formare și dezvoltare profesională (creditarea lor se face cu avizul Comisiei Clinice a CPR).

(4) Să se angajeze în respectarea standardelor minime de certificare stabilite de către Comisia Clinică a CPR.

(5) În situația în care unele asociații nu dispun, în prezent, de numărul menționat de psihoterapeuți principali supervizori/formatori certificați și atestați, acele asociații pot primi o acreditare temporară, cu avizul special al Comisiei Clinice a CPR. Pentru a obține acreditarea temporară, o asociație profesională într-o școală neacreditată încă de Comisia Clinică a CPR trebuie să aibă cel puțin un membru certificat, cu statutul de supervizor/formator, pentru acea modalitate psihoterapeutică în care asociația solicită acreditarea. Dacă există deja o școală acreditată de Comisia Clinică a CPR, atunci noua asociație care solicită acreditare în aceeași școală trebuie să aibă cel puțin patru psihoterapeuți principali supervizori/formatori. Acreditarea unei asociații cu un număr mai mic de 4 membrii supervizori/formatori – acceptată doar dacă nu există o școală deja acreditată de Comisia Clinică a CPR - va avea o durată limitată la cel mult 5 ani. La expirarea termenului, acreditarea va fi retrasă, fără posibilitatea de redobândire, atâta timp cât asociația nu va avea, în rândul membrilor săi, cel puțin 4 psihoterapeuți principali supervizori/formatori (certificați și atestați) în respectiva modalitate terapeutică.

b. Metodologia procesului de evaluare, aplicată de către Comisia Clinică a CPR, în vederea acreditării asociațiilor profesionale componente (aceeași procedură se

aplică și programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR, cu adaptările specifice). Acreditarea unei asociații profesionale componente se va desfășura după următorul procedeu:

(1) Asociația va înainta Comisiei Clinice a CPR un dosar cu următoarele acte:

- Cerere de acreditare (În atenția secretarului acesteia), în care va fi specificată și modalitatea psihoterapeutică pentru care dorește acreditarea;
- Lista membrilor;
- CV-urile membrilor supervizori-formatori și copii după diplomele lor de certificare;
- Copii după statutul asociației, după codul etic și după regulamentul intern al comisiei sale profesionale. Acesta din urmă trebuie să cuprindă criteriile și modalitățile de selecție, formare, evaluare și certificare a membrilor asociațiilor;
- Angajamentul de a respecta permanent standardele minime proprii, aprobate de către Comisia Clinică a CPR, referitoare la selecția, formarea și certificarea psihoterapeuților. Acest angajament trebuie semnat de către toți membrii formatori ai asociației;
- Taxa de analiză a cererii de acreditare de 1250 RON plătită în contul CPR (organizatorii de programe universitare sunt exceptați de la această taxă).

(2) Secretarul Comisiei Clinice a CPR nu va primi decât dosare complete (cu toate actele menționate).

(3) În termen de maximum 30 de zile de la întrunirea Comisiei Clinice a CPR, aceasta va comunica direct asociației aplicante decizia de acceptare sau de respingere a cererii de acreditare.

(4) În cazul unei decizii de respingere, Comisia Clinică a CPR va comunica în detaliu motivele acesteia, precum și măsurile pe care asociația respectivă le poate întreprinde în vederea acceptării acreditării sale.

(5) Asociația, căreia Comisia Clinică a CPR i-a refuzat acreditarea și dorește să conteste acest refuz, poate înainta, în termen de 60 de zile, o contestație la Comitetul Director al CPR.

(6) Comisia Clinică a CPR va utiliza următorul procedeu în procesul de evaluare a dosarului de acreditare a unei asociații:

- Secretarul va transmite fiecărui membru al Comisiei Clinice a CPR, inclusiv președintelui și vicepreședintelui dosarul de acreditare;
- În prima sa ședință de lucru, Comisia Clinică a CPR va lua în discuție evaluarea dosarului primit. Decizia finală de acceptare sau de respingere va fi luată prin vot, conform procedurilor de lucru ale Comisiei Clinice a CPR;
- Secretarul va comunica asociației aplicante decizia Comisiei Clinice a CPR, iar în cazul acreditării acesteia, va emite certificatul de atestare și va înscrie numele asociației în "Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea II.

Membrii asociației acreditate, pe baza procedurii descrise la Art. 2, vor fi atestați de către Comisia Clinică a CPR conform nivelului lor de pregătire și vor fi înscriși în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România.

c. Retragerea acreditării unei asociații (aceeași procedură se aplică și programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR, cu adaptările specifice). Acreditarea unei asociații poate fi retrasă de către Comisia Clinică a CPR în următoarele situații:

(1) Atunci când, în cazul acreditării temporare, după expirarea termenului acordat (nu mai mult de 5 ani), asociația nu are în rândul membrilor săi cel puțin 4 psihoterapeuți supervizori/formatori, certificați pentru medaliata de psihoterapie în care a fost acordată acreditarea.

(2) Dacă se constată că standardele de acreditare nu mai sunt menținute la nivelul minim, necesar pentru acreditare.

Asociațiile profesionale care sunt compuse sau conduse de profesioniști nepsihologi (ex. medici psihiatri) sau ai căror directori de programe formative nu sunt psihologi vor fi acreditate de către Comisia Clinică a CPR numai în măsura în care acestea se obligă să recunoască formările profesioniștilor proprii (ex. medici psihitari) în cadrul Asociațiilor profesionale conduse de psihologi sau ai căror directori de programe formative sunt psihologi.

Asociațiile profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR vor fi înscrise în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditată de Comisia Clinică a CPR, Partea II, după următorul model:

Numele Asociației și Președintele Acesteia	Adresa și Persoana de Contact	Programe de Formare Continuă (de scurtă durată și/sau complementară/de bază) pentru care a fost Acreditată de Comisia Clinică a CPR (incluzând numărul de credite)

VIII. ATESTAREA CABINETELOR PROFESIONALE

Art. 29. Pentru atestarea cabinetelor de psihologie clinică, de consiliere psihologică sau psihoterapie dosarul de atestare va cuprinde dovezi privind:

Existența a minim 6m² în cazul cabinetului care oferă servicii de evaluare și intervenție clinică/psihoterapeutică/consiliere individuală. În situația practicării intervențiilor clinice, consilierii sau terapiei de grup cabinetul trebuie să aibă minim 12 m².

Dotarea cabinetelor de psihologie clinică va cuprinde și teste psihologice din această categorie.

De asemenea, standardul cabinetelor include obligatoriu:

mobilier și accesorii adecvate (conform modalități specifice);

condiții de luminozitate, aerisire;

condiții de respectare a confidențialității și securității fizice și emoționale a participanților.

Vor fi respectate și standardele igienico-sanitare în vigoare.

IX. LEGENDĂ

Atestare: Procesul de recunoaștere profesională a psihologului de către CPR.

Acreditare: Procesul de recunoaștere profesională a unei organizații (universitare sau asociație profesională) de a desfășura programe formative sub egida CPR care să asigure atestarea de către CPR; acreditarea se referă atât la curs/program cât și la instituția care îl oferă/implementează.

Certificare: Procesul de recunoaștere profesională a psihologului (profesionistului) de către o asociație profesională.

Specializare: Un ansamblu de competențe generale și specifice, circumscrise unui domeniu mai general.

Competență: O sumă de cunoștințe declarative și procedurale necesară realizării performante a unei activități relativ omogenă.

Formare inițială – formarea la nivel de licență

Formare continuă – formarea profesională după obținerea licenței:

Formare profesională continuă de scurtă durată:

Pentru a acumula un număr de credite profesionale (și cunoștințele declarative și procedurale asociate);

Formare profesională continuă complementară (de bază):

în psihologie clinică – pentru a trece la statutul de psiholog practicant autonom; se organizează prin (a) Programe de Master și/sau (2) Asociații profesionale, acreditate în acest sens de Colegiul Psihologilor din România/Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie

în consiliere psihologică/psihoterapie – pentru a intra în specialitate (sub supervizare) și pentru a deveni ulterior autonom; se organizează doar prin Asociații profesionale acreditate în acest sens de Colegiul Psihologilor din România/Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie.

Client – beneficiar al serviciilor de psihologie; dacă clientul are o formă de (psiho)patologie, atunci el poate fi numit și pacient (adesea în psihologie clinică și/sau psihoterapie).

Specializări Profesionale conform prezentului Regulament:

Psihologie Clinică (presupune licență în psihologie):

Psiholog practicant în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant)

Psiholog practicant sub supervizare în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant sub supervizare)

Psiholog practicant autonom în psihologie clinică (numit și psiholog clinician practicant autonom)

Psiholog specialist în psihologie clinică (numit și psiholog clinician specialist)

Psiholog principal în psihologie clinică (numit și psiholog clinician principal; poate dobândi și calitatea de supervizor/formator)

Consiliere Psihologică (presupune licența în psihologie):

Psiholog practicant în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant)

Psiholog practicant sub supervizare în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant sub supervizare)

Psiholog practicant autonom în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic practicant autonom)

Psiholog specialist în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic specialist)

Psiholog principal în consiliere psihologică (numit și consilier psihologi principal; poate dobândi și calitatea de supervizor/formator)

Psihoterapie:

Psiholog practicant în psihoterapie (numit și psihoterapeut practicant)

Psiholog practicant sub supervizare în psihoterapie (numit și psihoterapeut practicant sub supervizare; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie)

Psiholog practicant autonom în psihoterapie (numit și psihoterapeut practicant autonom; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie)

Psiholog specialist în psihoterapie (numit și psihoterapeut specialist; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie)

Psiholog principal în psihoterapie (numit și psihoterapeut principal; sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi licențiați în psihologie. Poate dobândi și calitatea de supervisor/formator)

Notă: Atestările în consiliere și psihoterapie se fac în școli specifice, care apar înscrise pe atestat eliberat de Comitetul Director al CPR.

Anexa 3. Model de Raport de psihodiagnostic si evaluare clinica si/sau psihoeducatională

RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC SI EVALUARE CLINICA SI/SAU PSIHOEDUCATIONALA

I. Informații despre Client:

- Nume si Prenume (sau Cod):

II. Obiectivul Psihodiagnosticului și Evaluării:

- Psihodiagnosticul și Evaluarea are ca scop (*încercuiește "X"-ul corespunzător*)
 - identificarea stărilor psihologice de sănătate și/sau boală și a mecanismelor psihologice de etiopatogeneză și/sau de sanogeneză - **X****ȘI/SAU**
 - identificarea factorilor psihologici cu relevanță pentru învățare și contextul psihoeducational – **X**

cu relevanță pentru (*descrie situația pentru care se face evaluarea*)

III. Descrierea Succintă a Componentelor Psihologice (dacă o componentă nu se evaluează, scrie în tabel, sub textul: „*Ce s-a evaluat?*”, că: „*Nu se aplică*”):

- **Nivel Subiectiv/Emoțional (inclusiv Satisfacția/Calitatea vieții)**

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

- **Nivel Cognitiv**

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

- **Nivel comportamental**

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

- **Nivel psihofiziologic**

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

- **Nivel de personalitate și Mecanisme Defensive/Adaptare**

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat?
------------------------	---------------------------

	(teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

- Nivel de relaționare interpersonală (inclusiv, de cuplu, familie, grup etc.)

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri)

IV. Concluzii (Sumarizarea informațiilor în termeni psihologici):

În urma Psihodiagnosticului și Evaluării formulăm următoarele concluzii psihologice:

[Concluziile vor fi derivate deductiv și/sau inductiv din testele/sarcinile/probele și/sau interviurile utilizate; nu se asumă declarațiile clientului ci se citează ca atare. Spre exemplu, nu se spune de către psiholog: „copilul a fost abuzat de X.”, ci se menționează: „copilul declară: „ X m-a abuzat””]

V. Recomandări (Implicații ale Concluziilor pentru Obiectivul Psihodiagnosticului și Evaluării):

În urma concluziilor Psihodiagnosticului și Evaluării formulăm următoarele recomandări asociate obiectivului psihodiagnosticului și evaluării, cu relevanță pentru situația pentru care se face evaluarea:

Examinator (semnatura si parafa),
Supervizor (semnatura si parafa),
(pentru examinarile realizate de catre PDLP in conditii de supervizare)

*Avizul psihologic este eliberat in cazurile generale, fiind utilizat numai pentru evaluarile a caror rezultat este solicitat in vederea angajarii/incadrarii sau mentinerii in functie. Avizul psihologic reprezinta forma binara sau simplificata de raportare a rezultatelor psihodiagnosticsului.

Anexa 4. Ghid de practică clinică

GHID DE PRACTICĂ CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE

I. Introducere

Ghidul de practică clinică în psihologie urmărește să asiste psihologii în deciziile clinice în scopul îmbunătățirii serviciilor clinice oferite de aceștia. Prezentul ghid de practică clinică descrie arhitectura practicii psihologice clinice, oferind un set de bune practici clinice, indiferent de domeniul clinic mai specific în care psihologul își desfășoară activitatea. Fiecare psiholog va particulariza acest set de bune practici în activitatea specifică coroborând riguros și responsabil: (1) setul de bune practici descris în prezentul ghid; (2) expertiza profesională proprie (dobândită prin formare inițială și continuă); (3) caracteristicile domeniului și ale pacienților; (4) codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică (www.copsi.ro). Ghidul se bazează pe o analiză riguroasă a literaturii de specialitate și a ghidurilor similare existente în cadrul Asociației Americane de Psihologie și a Asociației Americane de Psihiatrie. Prezentul ghid de practică clinică nu trebuie interpretat ca un standard de tratament. Decizia finală vizând serviciile implementate trebuie făcută de psiholog coroborând (1) datele clinice

ale pacientului cu (2) opțiunile științifice de diagnostic și tratament existente și disponibile.

Ghidul de practică clinică în psihologie a fost elaborat de membrii Comisiei de Psihologie a Ministerului Sănătății Publice prin colaborare cu membrii Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie din cadrul Colegiului Psihologilor din România și prin consultarea psihologilor practicieni și a corpului academic de profil. Prezentul ghid se poate completa cu informații clinice detaliate care aparțin Asociației Americane de Psihologie, Divizia (12) de Psihologie Clinică

(http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/) și Diviziei (53) de psihologie clinică a copilului și adolescentului

(<http://www.wjh.harvard.edu/%7Enock/Div53/EST/index.htm>).

De asemenea el poate fi raportat la setul de bune practici stabilit de Asociația Americană de Psihiatrie (http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm).

Psihologia clinică este știința care studiază factorii psihologici implicați în starea de sănătate și de boală. Așadar, psihologia clinică este focalizată (1) atât pe aspectele de promovare a sănătății și prevenție a patologiei (2) cât și asupra aspectelor de tratament psihologic al tulburărilor care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice. În domeniul psihologiei clinice psihologul poate avea următoarele atestări: psiholog atestat în psihologie clinică, psiholog atestat în consiliere psihologică, psiholog atestat în psihoterapie.

Funcțiile psihologului în domeniul clinic sunt:

1. Psihodiagnostic și evaluare clinică
2. Intervenție psihologică
3. Cercetare
4. Educație și formare profesională

Funcțiile psihologului care se pretează coordonării prin ghiduri clinice sunt: psihodiagnosticul și evaluarea clinică și intervenția psihologică. Aspectele de cercetare și educație sunt reglementate prin Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică și prin Procedurile de atestare, acreditare și certificare ale Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie din Cadrul Colegiului Psihologilor din România (CPR).

II. Psihodiagnostic și evaluare clinică

Psihodiagnosticul se referă la cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanță pentru diverse activități. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală. Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare clinică în care se utilizează metode diverse precum, testarea psihologică, interviu clinic etc.

Componentele psihologice evaluate clinic pot include:

- aspecte afective
- aspecte cognitive
- aspecte comportamentale
- aspecte psihofiziologice
- aspecte de personalitate
- aspecte relaționale

Activitățile specifice de psihodiagnostic și evaluare clinică, bazate pe evaluarea componentelor descrise mai sus, se referă la:

- investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și a altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice, în limitele competenței psihologului ;
- evaluarea psihologică a stării de sănătate psihică ca prerechizită pentru desfășurarea unor activități care presupun examinare psihologică (ex. testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.) ;
- evaluare cognitivă și neuropsihologică ;
- evaluare comportamentală;
- evaluare bio-fiziologică (ex. prin proceduri de bio-feedback);
- evaluare subiectiv-emoțională;
- evaluarea personalității și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive;
- evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri;
- evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;
- evaluarea gradului de discernământ al persoanelor, în limitele competenței psihologului;
- evaluarea dezvoltării psihologice;
- alte evaluări în situații care implică componente psihologice (ex. chestionare de interes în consilierea vocațională etc.).
- Instrumentele psihologice utilizate în procesul de evaluare clinică includ:
- interviuri (structurate, semistructurate, libere)
- teste psihologice

Instrumentele psihologice utilizate trebuie să îndeplinească criteriile psihometrice standard, așa cum sunt ele stabilite de către Comisia de Metodologie a CPR, cu excepțiile stabilite de Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR (ex. anumite probe proiective). Utilizarea tuturor instrumentelor psihologice cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice, organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat) sau prin Asociații profesionale acreditate de către Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR.

Dacă evaluarea clinică psihologică este asociată unui diagnostic nosologic psihiatric, atunci secvențele care trebuie parcurse sunt următoarele (aceste secvențe pot fi parcurse și în cazul în care nu avem asociat un diagnostic nosologic psihiatric, ci ne focalizăm pe problemele neîncadrate nosologic ale pacientului):

Descrierea tabloului clinic/problemelor pacientului (Fazele 1 și 2 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică);

Particularizarea, detalierea și sintetizarea datelor culese în Fazele 1 și 2 pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de tabloul său clinic. De asemenea, aici se detaliază tabloul clinic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient (Faza 3 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică).

Faza I. Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la dezanxietizarea lui și poate facilita comunicarea dintre pacient și clinician. În această fază se înregistrează, de asemenea, numele și prenumele pacientului, vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor

tulburări grave sau a copiilor. Se notează și motivul trimiterii. Spre exemplu, în cazul unui student la fizică, se poate începe interviul cu discuții despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedește cunoștințe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă și mai rapidă a relației terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii, doar că o eventuală pregătire anterioară - în cazul în care știm cu cine vom discuta - se poate dovedi utilă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menținând un limbaj de interfață cu caracteristici diferite de la pacient la pacient.

Exemplu.

„Bun, hai acum să ne întoarcem puțin la problemele noastre. Întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (necazuri) sunt?, ce te supără (deranjează)?”

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte:

descrierea acurată a tabloului clinic, debutul și evoluția acestuia: „de când au început problemele?; de când ai observat aceste modificări?; înainte de Crăciun ?” (în cazul în care pacientul are dificultăți în a-și reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naștere etc.);

prezența altor boli somatice sau psihice, internări anterioare;

condițiile social-economice, informații despre familie, situații stresante;

o perspectivă generală asupra stării pacientului.

Această fază se încheie prin clarificarea tabloului clinic și identificarea unor factori etiopatogenetici ipotetici: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze și pe evaluarea stărilor de sănătate (chiar reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză).

Exemplu.

Tulburare de adaptare cu elemente depresive, factori declanșatori (moartea mamei), factori predispozanți (personalitate de tip dependent), factori favorizanți (stresori anteriori repetați), factori de menținere (condițiile economice - trăiește din banii de la rude).

Faza II. În faza a doua a interviului urmează o investigație detaliată a comportamentului și funcțiilor psihice, atât parte a tabloului clinic cât și parte a mecanismelor etiopatogenetice. Investigarea prin interviu trebuie să fie dublată de o investigație obiectivă prin teste psihologice acolo unde acest lucru este posibil. În tabelul 1 vă este prezentat un exemplu schematizat de aspecte care trebuie urmărite în cursul interviului și testele psihologice aferente (utilizate cel mai des).

Componenta psihică investigată	Interviu	Test psihologic
Factorul perceptiv	Mulțor oameni, atunci când sunt stresați, li se întâmplă să vadă lucruri care nu există. Vi s-a întâmplat vreodată așa ceva?	Bender-Santucci Benton etc.
Comportament	Observarea mimicii, gesticii, interacțiunii sociale, posturii, comportamentului motor. Un aspect general neîngrijit, murdar, ne poate duce	

	<p>cu gândul la un tablou clinic prezumtiv de alcoolism, schizofrenie, depresie, demență, dependență de substanțe.</p> <p>Un aspect general caracterizat printr-o vestimentație excentrică, neasortată și machiaj ținător, poate duce cu gândul la un tablou clinic prezumtiv de manie.</p> <p>Nerespectarea uzanțelor sociale sugerează un tablou clinic de demență sau schizofrenie etc.</p>	
Memorie	Am să vă spun 10 cifre. Vă rog să încercați să le memorați deoarece apoi vă voi cere să vi le amintiți.	Rey- figură complexă, Rey - verbal , Wechsler - Scala de Memoria Cifrelor etc.
Dispoziție afectivă	Cum vă simțiți în general? În ce stare de spirit vă aflați acum?	Scale clinice/Chestionarele de distres, anxietate, depresie etc.
Personalitate		MMPI, probe proiective etc.
Depersonalizare Derealizare	Ați simțit că unele lucruri sunt ireale? Ați simțit că parcă nu mai sunteți Dvs. înșivă?	
Obsesii	Vă vin în minte gânduri chiar dacă nu doriți acest lucru?	
Compulsii	Simțiți uneori că trebuie neapărat să faceți anumite lucruri?	
Atenție		Toulouse-Pieron, Praga etc.
Gândire și inteligentă	Cum își motivează comportamentele și simptomele? În cazul unui delir, novicii au tendința de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse. Notă: Nu este necesară o analiză mai detaliată decât analiza necesară schemei de tratament (ex. analiza necesară clasificării delirului și identificării structurii sale generale: delir de persecuție, erotic etc.).	Matrici Progresive Raven, Scalele de inteligență Wechsler, Probele piagetiene, Probe de diagnostic formativ etc.
Orientarea	Unde vă aflați? Ce zi este astăzi? În ce an suntem?	
Conștiința bolii	Cum credeți că vă văd ceilalți? Ce credeți că gândesc ei despre dumneavoastră? Vă considerați o persoană sănătoasă, fără probleme? Ce probleme credeți că aveți? Considerați necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?	

Tabelul 1. Componentele psihologice investigate în cursul interviului clinic.

La sfârșitul acestei faze se clarifică și definitivează tabloul clinic.

Faza III. În faza a treia, în cadrul psihodiagnosticului și evaluării clinice, se poate trece la o investigație detaliată care vizează surprinderea structurii și dinamicii individuale a pacientului și oferă informații suplimentare prin reliefaarea modului în care tabloul clinic se particularizează în cazul pacientului în cauză.

Analiza vizează cele patru niveluri de analiză a subiectului uman: subiectiv-afectiv (emoțional), cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Mai precis, se urmărește aici evaluarea psihologică detaliată a:

- stării prezente a pacientului și a modului în care acesta se adaptează la situațiile concrete;
- problematicii comportamentelor simptomatice;
- situației somatice a pacientului;
- dinamicii și structurii personalității;
- comportamentului interpersonal;
- principiilor morale și atitudinilor sociale;
- mecanismelor defensive și de coping precum și a conflictelor și dinamicii lor;
- identității și imaginii de sine;
- determinantilor sociali și situațiilor curente de viață;
- problemelor de ecologie socială și familială;
- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

La sfârșitul fazei a treia avem atât un tabloul clinic cât și particularizarea acestuia prin surprinderea dinamicii individuale a pacientului.

Trecerea de la etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică la etapa de intervenție psihologică propriu-zisă se poate face prin intermediul unei liste de probleme. Aici ne interesează modul în care tabloul clinic se exprimă în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient. În acest scop se face o listă cu probleme concrete de viață. Astfel, doi pacienți cu același tabloul clinic (ex., în timp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relațiile la locul de muncă, la celălalt se reflectă în relațiile familiale). Se recomandă ca lista să nu cuprindă mai mult de 8-10 probleme. O listă prea lungă descurajează pacientul și face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul de probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în termeni mai generali. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soțul, cu copii și cu părinți nu vom formula trei probleme ci una: probleme de comunicare cu familia.

Intervenția psihologică trebuie începută cu o problemă importantă pentru pacient, dar despre care știm, în baza experienței și a literaturii de specialitate, că poate fi rezolvată relativ ușor. Dacă începem cu o problemă periferică (ex., renunțarea la fumat în cazul unui pacient care are atacuri de panică), pacientul poate considera tratamentul neimportant. În cazul în care începem cu o problemă majoră, greu de rezolvat, pacientul nu vede eficiența psihoterapiei; acest lucru este important de ținut minte dacă luăm în calcul că numărul mediu de ședințe de psihoterapie în condiții ecologice este mai mic decât cinci! Așadar, problema cu care începem intervenția psihologică trebuie să fie una importantă și relativ ușor de ameliorat (ex., atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care pacientul dorește un altul (atenție: dorința pacientului de a începe cu o problemă periferică poate sugera defense și o problemă în relația cu pacientul), se face transparent, mizând și pe autoritatea profesională a psihologului. Psihologii novici au tendință să abordeze mai multe probleme simultan.

Acesta este o eroare psihoterapeutică care trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau ameliorat o problemă trecem la următoarea. Uneori intervenția psihologică poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales, dacă diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal sau dacă se lucrează pe probleme subclinice sau de autocunoaștere, optimizare și dezvoltare personală.

În funcție de pacient și de obiectivele terapeutului (câtă informație consideră relevantă), etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică se poate întinde pe parcursul a 1-3 ședințe.

Sumarizând, psihodiagnosticul și evaluarea clinică presupun următoarele componente principale (uneori se poate utiliza doar ultima componentă):

Descrierea tabloului clinic (sau a problemelor și/sau obiectivelor pacientului/clientului) (Fazele 1 și 2);

Detalierea tabloului clinic prin surprinderea dinamicii acestuia în cazul unui pacient țintă (Faza 3);

Operaționalizarea tabloului clinic în probleme de viață specifice pacientului (stabilirea listei de probleme) și/sau în obiective clinice.

Prezentăm în continuare câteva sugestii pentru îmbunătățirea demersului clinic în ceea ce privește psihodiagnosticul și evaluarea clinică.

Reguli facilitatoare ale diagnosticării și evaluării clinice

1. alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări țintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);
2. comunicare nonverbală adecvată;
3. reflectări empatică frecvente;
4. atenție la ce spune pacientul, dar și la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (ex., ori de câte ori povestește despre soție apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

Tehnici de reducere a rezistențelor

În timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistențe din partea pacientului și dificultăți de comunicare în obținerea de informații relevante pentru tratament. Sursele acestor rezistențe pot fi diverse:

- pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susține o comunicare relevantă;
- expectanțele sale față de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: terapeut prea tânăr/bătrân; terapeut femeie/bărbat; cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos etc.;
- a fost adus împotriva voinței lui (ex., amenințat cu divorțul, cu pierderea pensiei, etc.).

În primul caz se apelează la obținerea de informații de la familie, rude, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară și a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi interviuat, pentru a compara perspectiva pacientului cu cea a familiei sau rudelor etc.

În cazul al doilea, spargerea rezistențelor se bazează pe următoarea regulă susținută de studii de psihologie socială (Gilbert și colab., 1993): pe măsură ce pacientul împărtășește clinicianului experiențe personale, clinicianul începe să fie perceput mai

pozitiv de către pacient. Aceasta înseamnă că este important ca pacientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtășește terapeutului tot mai multe elemente personale. Este indicată următoarea strategie clinică:

Terapeut: - Ce probleme sunt?

Pacient: - Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că ești prea tânăr să mă înțelegi și să mă ajuți.

T: - Din cele ce îmi spuneți, înțeleg că sunteți dezamăgit să întâlniți un terapeut prea tânăr (reflectare empatică a rezistenței lui).

P: - Da, mă așteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

T: - Cred că aveți dreptate să gândiți astfel. Toți am dori, la necaz, să avem un om matur și puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistența lui).

P: - Da.

T: - Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care probabil veți avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să știu ce probleme sunt ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci ce necazuri sunt? (oportunitate de dialog).

P: - (de cele mai multe ori începe să împărtășească problemele personale).

În al treilea caz, mecanismul angajat pentru spargerea rezistențelor este de aceeași factură:

T: - Ce probleme sunt?

P: - Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura neveste – mii. Și nu am nici o problemă!

T: - Înțeleg că trebuie să fiți extrem de revoltat și nemulțumit că ați fost adus aici (reflectarea empatică a rezistenței pacientului).

P: - Da.

T: - Oricine în locul dumneavoastră ar simți la fel. Cred că și eu aș fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinței mele (suntem de acord cu rezistența lui). Dar oricum, cine v-a adus aici?

P: - Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.

T: - De ce credeți că dorește acest lucru?

P: - Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.

T: - Totuși mi se pare că aveți o problemă mai ciudată (cu umor): cu soția dvs., gândiți cam diferit. Sau mă înșel? (oportunitate de dialog).

P: - A, nu cred că aveți dreptate. Să vedeți (pacientul începe să vorbească despre relația cu soția, rezultând și presupusele probleme pentru care soția i-a cerut să meargă la un psiholog).

Așadar, tehnicile pentru spargerea rezistențelor urmează trei pași principali:

reflectarea empatică a rezistenței pacientului;

abordarea indirectă a pacientului;

oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de diagnostic.

III. Intervenție Psihologică

III.1. Principii generale

Intervenția psihologică este de trei tipuri: (1) intervenția psihologică de bază (specifică psihologului clinician), (2) consiliere psihologică, și (3) psihoterapie. În timp

ce intervenția psihologică de bază are un caracter mai general, consilierea psihologică și psihoterapia presupun formare într-o modalitate specifică de intervenție.

Secvența care trebuie urmată de către psiholog în alegerea unei intervenții psihologice, funcție de problema pacientului, este:

- Tratamente/intervenții validate științific atât sub aspectul eficienței cât și sub aspectul validității teoriei; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente validate științific sub aspectul eficienței; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente considerate eficiente prin consensul specialiștilor; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente care deși nu au fost investigate științific derivă dintr-o teorie testată și validată; ele trebuie să aibă acordul grupului profesional de apartenență, să fie potențial utile și nepericuloase. Dacă acestea nu există, atunci se utilizează intervenții derivate adhoc din pregătirea profesională (teoretică și practică) și pe care acordul celorlalți colegi le justifică în cazul dat ca fiind potențial utile și nepericuloase.

Faptul că un tratament s-a dovedit eficient pentru pacienții cuprinși într-un studiu clinic controlat, nu garantează că acesta va fi la fel de eficient pentru oricare dintre persoanele care se prezintă pentru intervenție. Pentru a stabili dacă acest lucru este sau nu valabil în cazul unei anumite persoane, este recomandat ca psihologul în colaborare cu pacientul: (1) să își stabilească obiective terapeutice/ale intervenției clare; (2) să stabilească dinainte cum vor evalua progresele făcute în atingerea scopurilor; (3) să monitorizeze atent progresele înregistrate și (4) să facă modificări în planul de tratament când constată că nu se înregistrează progresele scontate.

Din aspectele prezentate anterior, decurg o suită de întrebări la care ar trebui să răspundă orice psiholog înainte de a face o intervenție psihologică (sau un pacient înainte de a intra într-un proces de terapie):

Ce conceptualizare clinică descrie cel mai bine problemele care sunt?

Ce tratamente/intervenții psihologice eficiente există pentru aceste probleme?

Au fost aceste tratamente supuse unor studii clinice controlate și dacă da, cu ce rezultate?

Care sunt avantajele și dezavantajele terapiei luate în considerare?

Ce tratament este recomandat în cazul de față și de ce?

Care vor fi costurile acestui tratament?

Cât va dura acest tratament?

Folosirea respectivei terapii presupune anumite riscuri ?

Cum va fi evaluată eficiența respectivei metode terapeutice în cazul său particular?

III.2. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în psihologie clinică

Intervenția psihologică de bază, efectuată de psihologul clinician, constă în:

- educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (ex. prin prevenție primară și secundară);
- consiliere și terapie suportivă;
- consilierea în situații de criză și asistența bolnavilor terminali;
- optimizare și dezvoltare personală, autocunoaștere;
- terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, cuplu și familie);

- terapii standard de relaxare și sugestive;
- consiliere (ex. prin tehnici comportamentale) specifică obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.);
- managementul conflictului și negociere.

Utilizarea tehnicilor de intervenție psihologică cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice, organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat) sau prin Asociații profesionale acreditate de către Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR.

III.3. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în consiliere psihologică

Consilierea psihologică este intervenție psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale și/sau (b) în scopul remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Consilierea psihologică se deosebește de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră putând fi practică de profesioniști cu pregătire non-psihologică (ex. sociologici, pedagogi etc.), consilierea psihologică implică intervenția specialistului psiholog (sau asimilat) în optimizare personală și în ameliorarea problemelor psiho-emoționale și de comportament.

Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie. În timp ce psihoterapeutul poate să fie psiholog sau medic, consilierul psihologic nu poate să fie decât psiholog; în plus, numai psihoterapeutul poate face intervenție psihologică pentru psihopatologie, în timp ce consilierul psihologic se focalizează pe optimizare și dezvoltare personală, probleme subclinice (ex. disforie) sau patologii somatice în care sunt implicați factori psihologici. Psihoterapeutul-psiholog are toate competențele consilierului psihologic.

Consilierea psihologică se poate realiza în regim: individual, în grup și de grup (ex. cuplu, familie).

Componentele unui proces de consiliere psihologică sunt:

1. evaluarea cerințelor/problemelor clientului;
2. conceptualizarea psihologică a problemelor clientului;
3. intervenții psihologice individuale și de grup;
4. relația de consiliere;
5. evaluarea procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acestuia.

Intervențiile psihologice ale consilierului psihologic presupun:

- optimizare, dezvoltare și autocunoaștere;
- probleme psihologice subclinice;
- în sănătate (ex. educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și boală (ex. prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);
- cuplu și familie.

Utilizarea consilierii psihologice cere dovedirea competenței dobândite într-o formă specifică de consiliere psihologică, prin cursuri formative organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat) sau prin Asociații profesionale acreditate de către Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR.

III.4. Intervenția psihologică efectuată de psihologul atestat în psihoterapie

Intervenția psihologică efectuată de psihologul atestat în psihoterapie constă în:

optimizare, dezvoltare și autocunoaștere;
probleme psihologice subclinice și psihopatologie (ex. conform DSM și ICD);
în sănătate (ex. educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și boala (ex. tratament, prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.)
cuplu și familie.

Utilizarea psihoterapiei cere dovedirea competenței dobândite într-o formă specifică de psihoterapie, prin cursuri formative organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat) sau prin Asociații profesionale acreditate de către Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a CPR.

Psihoterapia se poate realiza în regim:
individual
în grup
de grup (ex. cuplu, familie).

Componentele unui proces de psihoterapie:

1. psihodiagnostic și evaluare clinică;
2. conceptualizarea clinică;
3. intervenții psihologice individuale și de grup;
4. relația psihoterapeutică;
5. evaluarea procesului de psihoterapie și a rezultatelor acestuia.

III.5. Detalieri ale procedurilor de intervenție psihologică

1. Anatomia intervenției psihologice:

Stabilirea listei de probleme. Diagnosticul nosologic medical (dacă există) este particularizat în probleme de viață. Altfel spus, ne interesează modul în care aceste categorii nosologice se manifestă în probleme de viață pentru fiecare pacient, știut fiind faptul că același diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienți diferiți.

Stabilirea scopurilor. Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu și lung.

Stabilirea planului de tratament și a procedurilor utilizate. Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică și sunt proprii fiecărei modalități terapeutice, deși în practică asistăm adesea la un eclecticism metodologic. Prescripțiile terapeutice (sarcinile dintre ședințele psihoterapeutice) sunt componente importante ale planului de tratament, cercetările arătând că ele au o contribuție importantă la eficiența psihoterapiei.

Obstacole scontate. Ele trebuiesc clarificate de la început, iar planul de tratament trebuie astfel conceput încât să nu fie afectat de aceste obstacole.

Rezultate obținute. Se înregistrează rezultatele obținute și se urmărește evoluția pacientului în timpul terapiei și o perioadă după terapie.

2. Principii ale intervenției psihologice în grup

Implementarea intervențiilor psihologice în grup (de grup) nu angajează modificări semnificative în modul de utilizare a tehnicilor. Modificările intervin mai ales în organizarea grupului.

Construirea unui grup terapeutic

Construirea unui grup terapeutic presupune, în principiu, următoarele:

- subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului și grupul de pe urma subiectului;

- nu se introduc în grup subiecți extrem de agresivi deoarece aceasta afectează dinamica grupului; pentru subiecții agresivi se organizează grupuri speciale;
- numărul membrilor grupului este de obicei între 6-8 până la 12; un număr prea mare de subiecți poate afecta negativ dinamica grupului;
- pot fi incluși subiecți cu diverse probleme respectându-se doar grupele mari de vârstă (copii, adolescenți, adulți).
- Ședințele de grup au loc de aproximativ două ori pe săptămână (numărul întâlnirilor este flexibil în funcție de pacienți și de modalitatea de intervenție). O atenție specială se acordă ședințelor inițiale de construcție a grupului. Exercițiile de încălzire și de familiarizare a subiecților în grup sunt foarte importante.

Exemplu.

Tehnica „scaunului”. Pentru a facilita discuțiile, subiectul se prezintă ca și cum ar fi o altă persoană care stă lângă el pe un scaun; se descrie la persoana a doua.

De asemenea, terapeutul trebuie să fie atent să stimuleze toți membrii grupului: îi încurajează pe cei tăcuți, îi „strunește” pe cei prea vorbăreți și intruzivi etc. Numărul mediu de ședințe de grup este de 25 (se adaptează formelor specifice de intervenție).

Mecanismele intervenției în psihoterapia în (de) grup

Psihoterapia în (de) grup acționează prin mecanisme specifice. Dacă în psihoterapia individuală factorii principali ai reușitei sunt: o relație terapeutică adecvată, un psihodiagnostic și o conceptualizare clinică corecte și tehnici de intervenție eficiente, în psihoterapia de grup factorii reușitei sunt:

- accesul la o cantitate mai mare de informație terapeutică;
- instalarea speranței; văzând că unii membri ai grupului au reușit subiectul înțelege că și el poate reuși;
- învățarea prin modelare și imitație;
- suportul social al grupului;
- universalitatea; subiectul înțelege că problema pe care o are nu îl vizează doar pe el, ci apare și la alte persoane.
- Adesea o combinație între intervenția individuală și în (de) grup este extrem de eficientă; în funcție de evoluția pacientului acesta poate fi orientat în diverse momente de la intervenția individuală la cea în (de) grup și invers. În general, intervenția individuală este indicată în cazuri mai severe, iar intervenția în (de) grup în cazuri mai puțin severe, adesea cu rol educativ și profilactic (dificultăți de relaționare interpersonală, lipsa asertivității etc.). fără însă ca acest lucru să fie o prescripție. Ca regulă generală, înainte de intervenția în (de) grup este indicată o secvență (ex. câteva ședințe) de intervenție individuală.

3. Conceptualizarea cazului

Conceptualizarea (explicarea/interpretarea) făcută tabloului clinic (sau problemelor) al pacientului este fundamentală în reducerea simptomatologiei și implementarea tratamentului. Există mai multe tipuri de conceptualizare clinică: cognitiv-comportamentală (nosologică, funcțională), dinamic-psihoanalitică (numită adesea interpretare), umanist-existențial-existențială, tipuri corespunzând principalelor orientări/paradigme în psihologia clinică. Pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe tabloul clinic al pacientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viață concrete prin care se exprimă tabloul clinic. Deși

conceptualizările generale și specifice se fac în funcție de angajamentul teoretic al profesionistului, se pot evidenția anumite trăsături comune ale acestora, dincolo de angajament.

Astfel, conceptualizarea generală se face pe baza modelului stres-vulnerabilitate. Altfel spus, anumite evenimente stresante interacționează cu o stare de vulnerabilitate biologică și/sau psihologică generând tabloul clinic. Raportul dintre intensitatea evenimentelor stresante și vulnerabilitate este diferit în funcție de tulburări.

Astfel, în cazul anumitor tulburări (ex., stres post-traumatic) un stresor foarte intens (ex., viol) poate declanșa tabloul clinic chiar dacă nu există o vulnerabilitate foarte mare. În cazul altor tulburări (ex., tulburare bipolară) o vulnerabilitate accentuată poate contribui la apariția tabloului clinic chiar în condițiile în care evenimentul stresant nu este foarte puternic, statistic descris (în funcție de cum l-ar considera majoritatea oamenilor). Alteori o combinație între un eveniment stresant puternic și o vulnerabilitate puternică generează tulburări severe (ex. psihoză reactivă). Conceptualizarea clinică specifică se face pentru fiecare problemă care operaționalizează tabloul clinic în funcție de angajamentul teoretic al psihologului.

Practic, conceptualizarea clinică trebuie să răspundă la trei întrebări: (1) ce probleme are pacientul? (pe baza diagnosticului și evaluării clinice efectuate); (2) de ce au apărut aceste probleme? ; (3) ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme? (care este schema de tratament propusă). Este important aici să facem distincția dintre conceptualizarea clinică profesională și cea de interfață. Conceptualizarea clinică profesională asigură comunicarea între profesioniști. Prin conceptualizarea de interfață ne asigurăm că pacientul poate răspunde (pe tot parcursul intervenției) la cele trei întrebări descrise mai sus, indiferent de nivelul său educațional. La acest nivel se fac adesea diferențe între clinicieni experți și novici. Novici vor ignora adesea conceptualizarea de interfață, ceea ce va determina o aderență la tratament scăzută a pacientului.

Lipsa unei conceptualizări clinice sau o conceptualizare clinică inadecvată, negativă, poate amplifica sau genera simptomatologia. Spre exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac, ca urmare a unui efort fizic, sunt interpretate frecvent ca semne ale unui atac de cord iminent sau ale unei boli severe, în timp unii dintre noi putem dezvolta atacuri de panică sau o nevroză cardiacă. Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

- să fie acceptată de pacient;
- să conceptualizeze teoretic problemele pacientului transformând incomprehensibilul în comprehensibil;
- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducerea simptomatologiei;
- să fie fundamentată științific.
- Trebuie înțeles faptul că uneori mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic nu sunt cunoscute; situația este similară celei din medicină, unde încă nu se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihologic într-o abordare serioasă, științifică care se dezvoltă continuu prin cercetări teoretico-experimentale.

4. Tehnicile de intervenție

Tratamentul utilizat, incluzând prescripțiile terapeutice (sarcinile dintre ședințe), este strâns legat de conceptualizarea clinică și vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză. Tehnicile de intervenție pot fi de bază (vezi mai sus) sau specifice modalităților de consiliere psihologică/psihoterapeutice: (1) cognitiv-comportamentale (ex., restructurări cognitive); (2) dinamic-psihoanalitice (ex., asociațiile libere; interpretarea visurilor etc.); (3) umanist-existențial-experiențiale (ex., tehnici paradoxale). În practică însă se poate promova un eclecticism metodologic (ex. se utilizează proceduri din diverse forme de psihoterapie) în condițiile în care avem o conceptualizare clinică riguroasă și formare profesională în utilizarea pachetelor de intervenție. În principiu, tehnicile de intervenție vizează următoarele niveluri: (1) nivelul cognitiv (ex., modificarea cognițiilor disfuncționale); (2) nivelul comportamental (ex., modificarea comportamentelor dezadaptative); (3) nivelul biologic/fiziologic [modificări biologice prin tehnici de psihoterapie (ex., relaxare)]; modificările de la aceste niveluri se exprimă în modificări la nivel subiectiv-afectiv.

Unele tehnici de intervenție psihologică sunt orientate asupra mediului subiectului, vizând modificări în acesta (ex., tehnica rezolvării de probleme). Tehnicile de intervenție psihologică pot fi grupate în pachete de intervenție pentru tulburări specifice, funcție de modalitate specifică de psihoterapie/consiliere psihologică.

Trebuie înțeles faptul că, deși uneori cunoaștem mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic, nu avem tehnici suficient de avansate pentru a le modifica; situația este similară celei din medicină, unde deși se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer încă nu există medicația adecvată pentru a le modifica.

5. Relația cu pacientul

Relația terapeutică este în general caracterizată ca o alianță de lucru și este descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a pacientului față de terapeut, determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea necondiționată a pacientului de către terapeut. Ea poate reduce anxietatea pacientului ceea ce reduce la rândul său simptomatologia, furnizând clientului o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a discrimina între trecut și prezent.

În consiliere psihologică și psihoterapie relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică:

1. în abordarea cognitiv-comportamentală, nevoia de raționalitate face ca terapeutul să adopte o atitudine colaborativ-empatică, de adult/model;
2. în abordarea dinamic-psihoanalitică, nevoia de revenire la conflictele bazale din copilărie duce la o atitudine de neutralitate binevoitoare și infantilizare a pacientului, generând în final o relație de tip transferențial;
3. în abordarea umanist-existențial-experiențială, nevoia de acceptare și siguranță duce la o relație dominată de empatie, acceptare necondiționată, congruență.

6. Înregistrarea rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției cazului

Această secțiune include concluziile asupra cazului și evoluției acestuia în timpul tratamentului și prezentarea planului de urmărire a evoluției pacientului după încheierea tratamentului, pentru a preveni recăderile.

În cadrul acestei etape, un element important este înregistrarea rezultatelor obținute. Evaluarea rezultatelor în această etapă se face prin două modalități: subiectiv (declarațiile clientului); obiectiv (înregistrarea datelor comportamentale sau frecvenței simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

Evaluarea rezultatelor intervenției este importantă din mai multe motive: În primul rând, ea oferă un feedback pozitiv terapeutului și pacientului referitor la intervenția terapeutică (este ea eficace? o putem stopa? dacă nu este eficace, ce trebuie făcut? etc.).

În al doilea rând, evaluarea este necesară activităților administrative din cadrul în care terapeutul își desfășoară activitatea (ex., statistica intervențiilor, a reușitelor și eșecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul unui spital).

În al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize științifice și a publicării.

Anexa 5. Scale de evaluare neurmotorii

Scale de evaluare a disfuncțiilor/disabilităților persoanelor (inclusiv copiilor) cu afecțiuni neuromotorii

Activities of Daily Living Scales (ADL)

The Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS)

- evaluarea gradului de deficiență funcțională
- există peste o sută de instrumente de tip ADL în sfera neurologiei, majoritatea se suprapun
- există subscale cu diferite denumiri în funcție de modul de clasificare a diferitelor activități zilnice de către autori. Astfel:
- există instrumente de tip Basic Daily Living Scales (B-ADL) evaluând: mobilitatea de bază și abilitățile de autoîngrijire, respectiv Extended Activities of Daily Living (E-ADL) evaluând: mobilitatea în afara locuinței, abilitatea de a realiza menajul; activități instrumentale cotidiene (I-ADL): menaj, locomoție, funcții psihosociale, activități intelectuale

Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)

- consistență internă bună

- itemii referitori la depresie, motivație și tremor au prezentat o consistență scăzută
- corespondența inter-evaluator a fost satisfăcătoare
- corelație ridicată a UPDRS cu Hoehn and Yahr Staging (motricitatea fină a degetelor, ridicarea de pe scaun), cu MMSE (Mini-Mental State Examination), HSD (Hamilton Scale for Depression)
- validitatea convergentă ridicată cu alte PDRS (Parkinson's Disease Rating Scale), Schwab and England Scale
- analiza factorială a decelat existența a 6 factori care sunt răspunzători pentru 59,6% din varianță. Dimensiunea „Tremor” a prezentat o remarcabilă independență
- UPDRS este o scală multidimensională, validă și fidelă, care prezintă unele inconveniențe la nivelul consistenței interne, validității discriminative și aplicării pragmatice

The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPIQ) respectiv NPIQ-D (Caregiver distress)

- dezvoltat pentru evaluarea pacienților care se confruntă cu demență
- evaluează 12 tulburări comportamentale în cazul pacienților cu demență: delir, halucinații, disforie, anxietate, agitație/agresivitate, euforie, dezinhibiție, iritabilitate/labilitate, apatie, activitate motorie aberantă, tulburări de somn, comportamentul alimentar/pierderi în greutate
- utilizează o strategie de screening pentru a se reduce timpul de administrare, examinare, cotare
- atât frecvența (prezența-absența tulburării) cât și severitatea (moderată, severă) fiecărei tulburări comportamentale este evaluată, respectiv distressul cu care se confruntă cel care asigură îngrijirea pacientului (absența distressului-distress extrem)
- informațiile sunt obținute de la un membru de familie care asigură îngrijirea pacientului
- studiile raportează o validitate de conținut și o validitate concurrentă bună; corespondența inter-evaluatori, fidelitatea test-retest, consistența internă sunt bune
- instrumentul prezintă fidelitate și validitate
- prezintă avantajele: evaluează o largă gamă a tulburărilor psihice, solicită informații care facilitează stabilirea diferitelor etiologii a demențelor, diferențiază frecvența, severitatea tulburărilor prezente, are un timp de administrare redus

Mini Mental Status Examination sau testul Folstein (MMSE)

- elaborat de Dr Marshall Folstein în 1970; Folstein și colab. în 1975, a suferit unele modificări în timp față de varianta originală
- unul dintre instrumentele cele mai frecvent utilizate în evaluarea clinică a disfuncțiilor cognitive, cel mai des folosit instrument de screening pentru identificarea prezenței tulburărilor de memorie
- instrument scurt, util în identificarea prezenței tulburărilor, a intensității acestora și în modificarea acestora în timp, răspunsul pacientului la tratament

- chestionar cu 30 de itemi: întrebări și probleme
- conceput în 1975, a suferit modificări minore de atunci, acum este publicat de către PAR
- a demonstrat validitate și fidelitate în cazul aplicării la populațiile psihiatrice, neurologice, geriatrice, și alte populații clinice
- utilizat foarte frecvent în medicină pentru screeningul demenței
- timp de aplicare – aproximativ 10 minute
- evaluează: orientarea (în spațiu, timp), memoria, atenția și abilități de calcul aritmetic, limbajul (expresiv: vorbit, scris, desen; receptiv)
- scorurile pot indica stadiul în care se află boala Alzheimer evaluând dificultățile la nivelul: memoriei, gândirii, atenției, raționării, luării de decizii, operarea cu concepte
- limitele MMSE: nivelul de educație afectează scorul (nu discriminează persoanele bine educate cu demență de gravitate medie; persoanele cu un nivel redus de studii pot obține scoruri mai severe, chiar în condițiile în care demența nu este prezentă)
- MMSE Clinical Guide with Pocket Norms Card - The Clinical Guide by Marshal F. Folstein, MD, Susan E. Folstein, MD, and Gary Fanjiang, MD, descrie dezvoltarea, validarea, administrarea și interpretarea MMSE. Date normative (T scores) pentru diferite grupuri de vârstă și diferite grupuri educaționale sunt asigurate, la fel și etalonul tradițional.

NEPSY

Minimal Assessment of Cognitive Function in MS (MACFIMS)

- instrumentul este compus din șapte teste neuropsihologice care acoperă cinci domenii cognitive adeseori disfuncționale în scleroza multiplă: viteza procesării/memoria de lucru, memoria și învățarea, funcția executivă, procesarea vizual-spațială, reactualizarea cuvintelor
- este indicată utilizarea alături de acesta instrument a altora care evaluează depresia, deficiența senzorială/motorie, oboseala pentru a controla potențiale variabile confundate

The Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests (BRB-N)

- un instrument sensibil, care evaluează disfuncțiile cognitive în scleroza multiplă
- conține următoarele teste:
 1. the Selective Reminding Test
 2. the 10/36 Spatial Recall Test
 3. the Symbol Digit Modalities Test
 4. the Paced Auditory Serial Addition Test
 5. the Word List Generation Test
- scorurile BRB-N sunt influențate de sex, vârstă și educație

Fatigue Severity Scale (FSS)

- evaluează gravitatea oboselii experimentate de pacienții cu boala Parkinson

- oboseala este un simptom frecvent întâlnit în cazul bolnavilor de Parkinson
- unii autori afirmă că aceasta crește în gravitate o dată cu severitatea bolii, dar că oboseala este un factor independent de alte simptome motorii sau non-motorii

Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI)

Brief Symptom Inventory

- frecvent utilizat în cazul evaluării abilităților funcționale a persoanelor care se confruntă cu scleroză multiplă

Nine-Hole Peg Test (NHPT)/(9HPT)

- instrument care evaluează capacitatea funcțională a membrilor superioare, dexteritatea manuală, motricitatea fină – corelează cu severitatea deficienței și cu statutul de angajat sau nu
- adeseori este utilizat de terapeuții ocupaționali
- este un instrument simplu ușor de aplicat
- prezintă versiuni atât pentru copii cât și pentru adulți
- mai sensibil în detectarea capacității funcționale a membrilor superioare, a schimbărilor survenite decât Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)
- util în cercetare - urmărirea reacției pacienților la tratament
- copii de vârstă cuprinsă între 5 și 10 ani.
- prezintă fidelitate test-retest bună, respectiv ridicată, corespondență inter-evaluatori ridicată. Proba prezintă o validitate de construct adecvată
- copii mai în vârstă realizează mai repede
- este considerat a fi un instrument de screening eficient a motricității fine manuale la copiii de vârstă școlară
- normele de aplicare, interpretare au fost elaborate de Mathiowetz, Weber, Kashman, & Volland, 1985
- varianta comercială este cea Smith & Nephew Rehabilitation Division version of the Nine Hole Peg Test

Box-and-block test (BBT)

- instrument util în evaluarea capacității funcționale a membrilor superioare
- mai sensibil în detectarea capacității funcționale a membrilor superioare, a schimbărilor survenite decât Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)
- util în cercetare - urmărirea reacției pacienților la tratament

Sollerman Hand Function Test

Action Research Arm (ARA)

- instrument care permite evaluarea funcțională a membrilor superioare
- corespondență intra și inter-evaluatori ridicată

- instrumentul prezintă abilitatea de a detecta o diferență clinică minimă importantă (minimal clinically important difference - MCID)

Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ) *

- este un instrument de screening care decelează prezența tulburărilor de coordonare la copii, o condiție asociată adeseori cu ADHD
- completarea instrumentului se realizează cu informații obținute de la părinți
- informațiile oferite de părinți s-au dovedit a fi de încredere
- studiile arată că este un instrument eficient de screening
- alte studii indică recurgerea la mai multe instrumente pentru a decela prezența acestei tulburări de dezvoltare la copii: BOT, M-ABC
- corespondența dintre *, **, *** a fost sub 80%.
- diferența de structură și de stil de administrare dintre BOT, M-ABC pare că, determină tendința lor de a identifica copii diferiți

Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT) **

- util în identificarea tulburărilor motorii la copii

The Movement Assessment Battery for Children (M-ABC) ***

- util în identificarea tulburărilor motorii la copii

Functional Independence Measure (FMI) *

Incapacity Status Scale (ISS) **

Barthel Index (BI) ***

- *, **, *** prezintă corelații ridicate între ele, au un grad crescut de omogenitate
- *, **, *** au valoare predictivă referitoare la gradul de dependență de îngrijire a persoanei respective (evaluat prin durata de timp din 24 de h în care pacientul avea nevoie de asistența unei alte persoane)
- Functional Independence Measure s-a dovedit în opinia unor autori cea mai utilă din punctul de vedere sus menționat
- prin FMI se poate prezice și gradul de satisfacție subiectivă generală a pacientului față de viață

Motricity Index (MI) #

- test scurt de evaluare a funcționării motorii
- utilizat adeseori în evaluarea diagnostică și recuperarea persoanelor cu AVC
- reprezintă un instrument valid, fidel
- se poate aplica în timp mai scurt decât RMA

Trunk Control Test (TCT) ##

- utilizat adeseori în evaluarea diagnostică și recuperarea persoanelor cu AVC
- reprezintă un instrument valid, fidel
- se poate aplica în timp mai scurt decât RMA
- prezintă validitate predictivă referitoare la posibilitatea de deplasare autonomă a persoanei

Rivermead Motor Assessment (RMA) ###

- reprezintă un test detaliat care este adeseori utilizat de fizioterapeuți
- reprezintă un instrument valid, fidel
- #, ##, ### - sunt la fel de sensibile în evaluarea schimbării stării funcționale a pacientului care a suferit AVC

Fugl-Meyer Assessment Scale (FMA)

- prezintă o secțiune menită să evalueze funcționalitatea motorie a membrilor superioare (FMA-M)
- o secțiune pentru identificarea tulburărilor senzoriale the Fugl-Meyer Assessment (FMA-S) – validitatea (convergență, predictivă), fidelitatea (consistența internă, test-retest) instrumentului găsite în cazul pacienților cu AVC nu indică utilizarea acestei secțiuni a instrumentului la această categorie de pacienți, potrivit unor autori
- util în evaluarea pacienților care s-au confruntat cu AVC, dar și alte condiții care evoluează cu deficit motor
- unii autori afirmă că Action Research Arm (ARA) este un instrument mult mai sensibil la evidențierea îmbunătățirii funcționale la nivelul membrilor superioare decât scala FMA în cazul pacienților care se confruntă cu dizabilități cronice apărute în urma AVC
- FMA reprezintă un instrument care prezintă validitate de construct, validitate de criteriu, corespondență inter-evaluatori
- sunt studii care arată că testul echilibrului în poziție șezând a FMA nu prezintă validitate
- FMA poate evalua mai sensibil decât MAS, gradul de recuperare motorie în stadiile inițiale ale procesului de recuperare, respectiv în cazul persoanelor care se confruntă cu o deficiență mai severă

Motor Assessment Scale (MAS)

- evaluarea capacității funcționale a pacienților care s-au confruntat cu AVC
- validitatea de construct este bună, scala prezintă capacitatea de a evalua gradul de recuperare a pacienților cu AVC

Lindmark Motor Capacity Assessment

- are la baza modificări care au fost produse după producerea unui instrument similar produs de Fugl-Meyer și colab.
- evaluează capacitatea funcțională în cazul pacienților care au suferit un accident vascular cerebral
- evaluează atât zona corporală paralizată cât și cea indemnă
- validitatea de construct este adecvată
- scorul prezintă validitate predictivă satisfăcătoare referitoare la supraviețuire și la deznodământul funcțional ulterior

Standardized Practical Equipment (SPE)

- instrument elaborat de Tomquist
- analiza factorială a acestuia relevă existența a trei factori majori: unul care privește factori cognitivi și coordonarea; altul care privește abilitatea funcțională a mâinii; cel de al treilea privește mobilitatea și echilibrul
- instrument care prezintă o bună validitate și fidelitate
- prezintă utilitate atât în domeniul clinic cât și în cercetare

Activity Index of Hamrin & Wohlin

- Lindmark Motor Capacity Assessment și Activity Index of Hamrin & Wohlin sunt instrumente prezintă o omogenitate ridicată
- scorul prezintă validitate predictivă satisfăcătoare referitoare la supraviețuire și la deznodământul funcțional ulterior

The Gross Motor Function Measure for Children With Cerebral Palsy (GMFM-66)

- varianta cu 66 de itemi
- scala are bune proprietăți psihometrice
- utilizabilă la copii sub 5 ani, și peste cinci ani
- fidelitatea test-retest este ridicată
- se dovedește în opinia unor autori fiind un instrument cu proprietăți psihometrice mai bune decât varianta sa cu 88 itemi

Wolf Motor Function Test (WMFT)

- evaluarea abilității funcționale a membrilor superioare
- asigură o mai profundă înțelegere a mișcărilor globale ale brațelor, respectiv a mișcărilor care depind de starea încheieturii
- foarte adeseori utilizat la pacienții cu hemiplegie care s-au confruntat cu AVC
- include 15 sarcini de tip funcțional care trebuie executate
- sarcinile trebuie realizate contra timp și se evaluează și calitatea execuției mișcării
- evaluarea se realizează prin urmărirea înregistrării video a execuției mișcării de către pacient
- evaluarea se realizează de către un evaluator pregătit în acest sens

- este un instrument cu o fidelitate test-retest ridicată, corespondență inter-evaluatori validitate ridicată, consistență internă ridicată, stabilitate adecvată

Berg Balance Scale (BBS) *

- evaluarea capacității de a menține echilibrul în cazul persoanelor în vârstă
- scala corelează moderat cu scorurile obținute în urma evaluării realizate de către aparținătorii pacienților, cu autoevaluarea capacității de a menține echilibrul și cu măsurătorile realizate în condiții de laborator
- scorurile obținute în urma evaluării cu BBS au prezis survenirea căzăturilor repetate la pacienți
- a existat o strânsă corelație între scoruri și scorurile scalelor care evaluau performanța motorie în cazul persoanelor în vârstă care s-au confruntat cu AVC
- reprezintă un instrument fidel și valid, care evaluează caracteristicile stării de echilibru
- Corespondența între evaluatori este excelentă, fidelitatea test-retest este bună

Dynamic Gait Index (DGI) **

- reprezintă un instrument relativ nou care evaluează dinamica execuției sarcinilor referitoare la ortostatism și mers în cazul persoanelor care se confruntă cu tulburări vestibulare
- * și ** corelațiile dintre scorurile BBS și DGI erau moderate dar semnificative din punct de vedere statistic în cazul persoanelor care se confruntau cu tulburări vestibulare
- nu s-a constatat existența unor diferențe semnificative între scorurile celor două scale în funcție de diagnostic și sex
- DGI prezintă validitate concurrentă
- * și ** asigură informații valoroase pentru clinician despre capacitatea clientului de a-și menține echilibrul, riscul de a se confrunța cu căderi repetate
- DGI prezintă o sensibilitate crescută în a identifica persoanele care prezintă tulburări vestibulare, care prezintă riscul de a cădea, afirmă unii autori pe baza studiilor realizate

Activities-specific Balance Confidence (ABC)

The Disability Assessment for Dementia (DAD)

- evaluarea gradului de disabilitate în cadrul demenței Alzheimer de către aparținători
- include 40 de itemi; 17 care privesc abilități de îngrijire personală de bază, 23 de itemi care privesc abilitățile instrumentale legate de activitățile zilnice
- poate ajuta la stabilirea diagnosticului diferențial dintre disfuncția cognitivă benignă și demență îndeosebi prin subscala (IADL)
- prezintă o consistență internă ridicată
- corespondența inter-evaluatori, fidelitatea test-retest este excelentă

- nu prezintă biasări generate de sex

Expanded Disability Status Scale (EDSS)

- autor John F. Kurtzke
- scala prezintă diferite versiuni
- evaluează gradul de deficit neurologic al pacientului îndeosebi în sfera motorie/ambulatorie
- evaluează deficitul de-a lungul a opt dimensiuni (sisteme) funcționale: sistemul piramidal, cerebelar, trunchiului cerebral, senzorial, vezical și intestinal, vizual, cerebral și „Altele”.
- se poate calcula și un scor global de dizabilitate

Barthel Index (BI)

- evaluează gradul de deficit funcțional de-a lungul a 10 dimensiuni: alimentația, transferul realizat din scaunul cu roțile în pat/înăpoi, igiena personală, utilizarea WC-lui, îmbăierea, deplasarea de-a lungul unui teren neted, deplasarea sus/jos pe scări, îmbrăcarea/dezbrăcarea, continența/incontinența fecală, continența/incontinența urinară

Functional Independence Measure (FIM)

- evaluează gradul de deficit funcțional în următoarele dimensiuni: autoservire: alimentație, igienă personală, îmbăiere, îmbrăcare, utilizarea toaletei; continența/incontinența; mobilitatea; deplasare; comunicarea (receptivă, expresivă); abilitățile sociale
- evaluează gradul de dependență de o altă persoană în realizarea activităților sus menționate

Chedoke-McMaster Stroke Assessment

- evaluează defectul și deficiența fizică prezente în cazul pacienților care s-au confruntat cu AVC
- este util în realizarea clasificării pacienților în funcție de tabloul clinic pe care îl prezintă
- este util în prezicerea rezultatului procesului de reabilitare
- este util în evaluarea schimbărilor importante din punct de vedere clinic, apărute pe parcursul procesului reabilitării
- prezintă o bună validitate și fidelitate
- este un instrument care poate fi folosit atât în cercetare cât și în domeniul clinic

Scale instrumente de evaluare discutate în literatura de specialitate:

Hammersmith Motor Ability

Ambulation Index

Modified Motor Assessment Scale

Motor Activity Log

A new Guy's Neurological Disability Scale

Two-Point Discrimination Test

EuroQoL quality-of-life scale

Anexa 6. Metodologia Recovery: mod complex de intervenție și susținere terapeutică

Conceptul de recuperare

Recuperarea este un model social al problematicii sanatații mentale mai degrabă decât un model medical de handicap, cu diferite grade de tratament și diagnostic. În reabilitarea psihiatrică, conceptul de recuperare se referă la gestionarea simptomelor, reducerea dizabilității psiho-sociale, precum și la îmbunătățirea performanței. Există o mare variație în modul în care recuperarea este conceptualizată în curente și cadre diferite.

Abordările clinice profesionale tind să se concentreze asupra îmbunătățirii, în special, a simptomelor, funcționării, și rolul tratamentului, pe când gruparea socială a consumatorilor/fostii pacienți tind să pună mai mult accent pe sprijinul reciproc al consumatorilor, (peer support), imputernicirea personală și experiența de viață. Agențiile de specialitate au ajuns la un consens asupra definiției curentului de recuperare. Astfel, recuperare este privită ca o călătorie personală de vindecare și transformare care îi permite unei persoane afectate cu o

problemă de sănătate mintală, să trăiască o viață semnificativă într-o comunitate pe care o alege, încercând să își atingă potențialul personal deplin.

Serviciile de reabilitare psihiatrică, au sugerat un număr de attribute prin care acest curent poate fi caracterizat:

- recuperarea poate avea loc fără o intervenție profesională;
- recuperarea necesită oameni care cred în potențialul persoanei de a se recupera.
- O viziune completă asupra recuperării nu este o funcție de teorii despre cauza afecțiunii psihice, și poate avea loc chiar dacă reapar simptomele;
- modificări de durată și frecvență a simptomelor pot apărea în cursul recuperării;
- recuperarea nu este un proces linear ci unul complex și inegal ;
- recuperarea se prezintă ca un proces lent format din pași mici;
- recuperarea schimbă durata și frecvența simptomelor;
- recuperarea consecințelor bolii mentale este mult mai dificilă decât recuperarea din simptomele bolilor fizice;
- recuperarea nu înseamnă că persoana nu a fost niciodată afectată, recovery se axează pe starea de bine și funcționalitate a pacientului nu pe boala acestuia;
- recuperarea are ca prioritate alegerile și dorințele clientului.

O nouă abordare de recuperare cunoscută sub numele de Modelul mării se concentrează asupra proceselor continue de schimbare inerentă tuturor oamenilor, transmitând sensul experiențelor trăite prin intermediul metaforei apei . Criza este percepută

ca o oportunitate, creativitatea este valorizată și experiențele proprii sunt studiate în scopul stabilirii sentimentelor de siguranță, narativelor personale și relațiilor clienților. Inițial dezvoltat de asistentele medicale de sănătate mintală, împreună cu utilizatorii de servicii-consumatorii, clienții), modelul subliniază importanța persoanei proprii, vocea fiecărui client, inventivitate și înțelepciunea.

Pentru mulți dintre consumatorii de servicii conceptual de recovery reprezintă o implicare personală a călătoriei proprii, a luptei cu stigmatul societății asupra bolilor mentale, găsirea sensului personal, și validarea de sine. Recovery poate fi văzută în acest sens ca o acțiune de împuternicire a individului, de revendicare și luptă pentru un loc în societate și dreptul la integritate și fericire, precum și validarea de sine.

Ideologia recuperării abordează boala mentală, nu ca pe o stare neapărat permanentă și irecuperabilă, ci ca pe stare de criză în care simptomatologia este o reflexie a nivelului de stres și tensiune, înțeles ca expresii a emoțiilor individuale într-o fază determinată. În cadrul acestui curent se crede în capacitatea de recuperare a consumatorilor, în capacitatea acestora de a îmbunătăți simptomele bolii, și a se integra în societate în scopul funcționării și atingerii potențialului individual.

Elemente de recuperare

A fost remarcat faptul că fiecare călătorie individuală de recuperare este un proces profund, personal, reprezentând legătura individului cu sinele și deasemenea cu societatea. O serie de caracteristici au fost propuse ca fiind elementele de bază ale acestui proces.:

Speranta

Găsirea și cultivarea ei este cheia spre recuperare. Aceasta cheie nu presupune doar optimismul , ci si o credință durabilă în sine, o perseverenta prin drumurile incertitudinii și ale eșecurilor. Speranta poate începe la un anumit punct , la cumpana unor doua drumuri, conturanduse treptat, fragilă ca o mica senzatie, și poate fluctua prin cararile disperarearii .

bază sigură

Locuinte adecvate , un venit suficient , protejarea de violență , și un nivel de acces adecvat la asistență medicală, au fost propuse ca parte integranta a procesului de recuperare. S-a sugerat că o locuinta sigura perceputa ca si casa este locul unde recuperarea incepe, dar că serviciile de locuințe și de îngrijire continua de stat au eșuat in procesul de implicare a consumatorului .

Sinele

Recuperarea durabila a unui sentiment pozitiv de sine (dacă acesta a fost pierduta sau luat) a fost propusa ca un element important.

Mai multe cercetari au sugerat că, uneori, oamenii pot obține acest lucru prin "retragerea pozitiva" din reglementarea implicării sociale și de negociere a spațiului personal, în scopul expunerii față de alții într-un mod semnificative, in cadrul unei senzatii de siguranta;

Spațiu.

Cultivarea unui spatiu, la nivel psihologic care sa permita dezvoltarea înțelegerii și un sens larg, de sine, interese, spiritualitate, etc. S-a sugerat că acest proces depinde in mare masura de experiențele de acceptare interpersonale, de reciprocitate, și de apartenență socială și este adesea o provocare în fata zidului social impus prin stigmatizare si respingere a consumatorilor serviciilor de sanatate mentala.

relații de susținere

Un aspect essential in procesul de recuperare este prezenta altor persoane care cred în potențialul persoanei de a se recupera, și care stau alături de aceasta. In acest sens cunoasterea si educarea familiei si al prietenilor in scopul sustinerii consumatorului este esentiala.

Cum majoritatea oamenilor, chiar si cei apropiati, familie si prieteni, nu inteleg de cele mai multe ori simptomele, gravitatea bolii si nevoia de sprijin a consumatorului, acestia tind sa devina o sursa de stres, potentand aspectele negative si daunand astfel procesului de recuperare. Incadrarea, plasamentul, relatiile cu prietenii, familia și comunitatea au o importanta si un impact de lunga durata asupra individului. Creind o retea de siguranta suport si stabilitate pe termen lung si ajutand individul in procesul de recuperare si reinventare personala.

Adesea indivizii cu boli mentale, ajung sa fie izolati traind un sentiment de singuratate, devalorizare si lipsa de perspective. Din acest motiv un mare procentaj ajung pe strazi, sau traiesc izolati. Acest din urma fapt intareste si consolideaza un cerc vicios, afectele negative si consecintele bolii aducand la izolare, iar izolarea si lipsa de sprijin agravand simptomele bolii. Expunerea si consolidarea unor relatii sociale cu alti indivizi care au trecut prin experiente similare, reprezinta un mare factor de sprijini in procesul de recuperare. Acesta fiind o usurare de confort psihologic cu o mare valoare. Persoanele care au depasit momente grele in recuperarea lor individuala si sunt integrate intr-un sistem social si familial, avand rezultate pozitive in ceea ce priveste, socializarea, mentinerea relatiilor, un sistem de munca, joaca un rol important in oferirea unui exemplu celor noi veniti in sistemul recovery si cei ce se lupta cu dificultati in aceste domenii.

In cadrul miscarii recovery sunt organizate numeroase grupuri de support reciproc care ofera consumatorilor posibilitatea de socializare. Socializarea apare ca un element de baza in procesul de recuperare cu aspecte complexe. In cadrul grupurilor de sprijin consumatorii pot sa creeze noi legaturi, sa discute diferitele probleme cu care se confrunta, cum ar fi, managementul simptomelor, efectele secundare ale medicamentelor, problemele interpersonale, experientele de success si, sa ofere sprijin la randul lor colegilor de grup. O parte din clienti chiar ajung sa fie consultantii pentru colegii lor, iar in numerele cazuri unii

consumatori chiar au optat pentru reintoarcerea în cadrul de învățământ în scopul studiului psihologiei și ajutorarea consumatorilor/ colegilor de grup.

Abilitare și incluziunea

Abilitarea, autodeterminarea și controlul de sine, sunt elemente importante în procesul de recuperare. Acestea implică dezvoltarea independenței și încrederii în sine. Realizarea incluziunii sociale este un proces îndelungat dificil și dur care este adesea însoțit de stigma socială și sentimente de respingere. În acest sens grupurile de suport și sistemul social creează o siguranță și beneficiază de recuperarea, care altfel ar fi fost dificilă de obținut într-un cadru solitar. Consumatorii de servicii sunt încurajați în dezvoltarea aptitudinilor sociale, recuperarea sau dezvoltarea unor noi aptitudini profesionale în scopul integrării.

Chiar în cazurile în care angajatorii sunt dispuși să ofere un loc de muncă indivizilor ce suferă de boli mentale, perioadele de somaj sunt atât de mari încât indivizii sunt nevoiți să reinvețe o meserie. Acest din urmă fapt este esențial în integrarea socială a consumatorilor.

Strategii de coping/ de depășire

Dezvoltarea unor strategii de auto-ajutorare este extrem de importantă pentru indivizii afectați. Aceasta include folosirea medicamentelor și a psihoterapiei, informarea corectă și completă a individului cu privire la procesele desfășurate, efectele secundare ale medicației și stabilirea comună a scopurilor tratamentului. Găsirea modalității de tratament optim pentru individ este cheia succesului oricărei intervenții medicale.

Combinarea unui tratament medicamentos adecvat, cu o terapie individualizată croită nevoilor clientului reprezintă baza succesului recuperării. În multe cazuri pacienții psihiatrici nu trăiesc nici o schimbare sau reducere a simptomelor în urma tratamentelor medicamentoase, și sunt tratați ani la rând cu aceleași medicamente într-un sistem de terapie demodat și croit specializării terapeutului mai degrabă decât nevoilor și personalității

individului. In procesul de recuperare, baza tratamentului presupune gasirea combinatiei ceea mai propice pentru individ.

Terapiile in cadrul curentului de recovery se axeaza pe dezvoltarea strategiilor de management al simptomelor, depasirea situationala, strategiilor de rezolvare a problemelor, si controlarea tendintelor si caracteristicile comportamentale negative, care sunt sau nu sunt legate de boala psihica. Acestea presupun ca individual se transforma in propriu expert asupra problemelor sale, cu scopul identificarii factorilor de stres si posibilele puncte de criza .

In procesul de recuperare au fost identificate anumite faze ale progresului. Cei mai multi indivizi traiesc la inceputul procesului un sentiment intens de pierdere, de disperare de suparare, acest punct este identificat ca un stagiul de doliu personal. Ca individual sa fie gata sa inceapa procesul de recuperare el mai intai trebuie sa accepte boala de care sufera, posibilele experiente traumatice din trecut care au dus la aparitia tulburarii, timpul pierdut si oportunitatile pierdute. Din aceasta cauza acest proces incepe printr-un initial stagiul de doliu personal.

Aceste realizari si confruntari personale pot fi dureroase si foarte intense. Multi indivizi traiesc ani de zile cu diferite boli mentale pe care nu le accepta si cu care se lupta zi de zi. Procesul de acceptare a bolii mentale este la fel de dificil ca vestiile oricarei alte boli medicale permanente si presupune cel putin tot atatea schimbari de viata.

Semnificatie

Dezvoltarea unui scop si perspective este cel mai important lucru in procesul de sustinere a recuperarii impreuna cu valorizarea principiilor unui sistem nou integrativ functional si redescoperind principiilor sociale, culturale politice si religioase.

Opozitia la curentul de Recovery

Diverse critici au fost exprimate cu privire la modelele de recuperare, inclusiv, acuzatii ca modelul de recuperare este un concept invechit, ca un accent pe recuperare adaugă la sarcina furnizorilor deja supra solicitati, că recuperarea trebuie să implice o rezolvare sau o solutie de tratament.

Criticii au sustinut ca recuperarea deplina se întâmplă la foarte puțini oameni, că recuperarea reprezintă un moft lipsit de responsabilitate, că recuperarea se întâmplă numai după ce și ca rezultat al tratamentului activ, că recuperarea orientata catre îngrijire poate fi implementată doar prin adăugarea unor noi resurse, că recuperarea orientata spre îngrijire nu este nici rambursabile, nici bazata pe dovezi, depreciază rolul de intervenție profesională, expunand cadrele profesionala si furnizorii de service la riscuri si acuzatii de malpraxis. Au fost, de asemenea, tensiuni intre modelele de recuperare si modelele miscarilor profesionale

bazate pe dovezi practice (evidence based therapies) a serviciilor de sănătate mintală din SUA bazate pe recomandările Comisiei noii libertati de Sănătate Mintală .

Comisia New Freedom a criticat filozofia curentului Recovery punand accent pe credinta că nu toată lumea poate fi recuperata integral prin puterea de vointa, și, prin urmare, dând speranțe false celor aflați în imposibilitatea de a se recupera.

Criticii au fost acuzați ca raspuns de subminarea drepturilor consumatorilor și lipsa capacitatii de a vedea faptul că modelul este destinat să susțină persoanele afectate în călătoria lor personala, mai degrabă decât anticiparea uni anumit rezultat, și că aceasta se referă la sprijinul social și politic, și imputernicirea persoanei.

Printre alte critici aduse curentului Recovery se enumera faptul că modelul de recuperare poate fi manipulat de funcționari pentru a servi diverse interese financiare și politice, inclusiv de retragere a serviciilor și evacuarea indiviziilor din institutiile de stat înainte de completarea stabilizării, că neglijează aspectele structurale ale societății și reprezintă în primul rând o experiență a clasei de mijloc; că devalorizeaza dominanta unui model medical și că acesta crește potențialul excluziunii sociale și marginalizării indiviziilor care nu se potrivesc într-o narațiune de recuperare.

Diferitele etape de rezistență la abordările de recuperare au fost identificate în rândul personalului serviciilor traditionale, inasa moduri de valorificare a energiei de rezistență au fost elaborate si strategii de unificare au fost identificate. Cu mult efort si prin investirea deosebita si constanta a curentului recovery , care a avut un ecou puternic pozitiv in comunitatile din intreaga lume, cu ajutorul Centrul Național de abilitare din SUA materiale educationale si de instruire au fost trimise si implementate in majoritatea institutiilor de servicii pentru consumatori, astfel nivelul de expunere, educare si instruire a fost introdus iar filozofia curentul adoptata in majoritatea serviciilor..

In lume

In SUA, asociatia noii libertatii a sanatatii mentale (The New Freedom Commission on Mental Health) a propus transformarea sistemului de sanatate mentala din SUA dint-un

sistem traditional de psihiatrie medicala intr-unul bazat pe principiile recovery. Dupa multa rezistenta si multe lupte Asociatia Americana de Psihiatrie a fost obligata sa isi schimbe vechile si demodatele principii si sa adopte curentul recovery. Astfel in ziua de azi sistemul de sanatate mentala din SUA are la baza principiile curentului Recovery.

Departamentul sanatatii si a serviciilor publice a Statelor Unite a Americii (The US Department of Health and Human Services) raporteaza dezvoltari semnificative in domeniul initiativelor pornite si conduse de catre consumatorii de servicii de sanatate mentala, cu multiple comitete de planificare, initializare si implementare a campaniilor educationale anti stigma. Directorii serviciilor de sanatate mentala din toata tara ajuta in planificarea si indrumarea educationala in scopul ajutorarii statului la implementarea cat mai eficienta a modelului Recovery.

Deasemenea si in unele regiuni din Canada modelul a fost implementat, mai ales in Ontario.

Din 1998 toate institutiile si serviciile de stat din Noua Zealanda au fost obligate de catre guvern sa faca o schimbare radicala si sa treca la implementarea modelului de recuperare. In Australia planul de recuperare a fost proiectat pentru implementare intre anii 2003-2008. Institutul national de sanatate mentala din Anglia (National Institute for Mental Health in England (NIMHE)) a adoptat modelul Recovery ca o posibila indrumare in principiile sanatatii mentale si proviziile educatiei populationale. Scotia a adoptat din plin acest current si chiar a infiintat reseaua de recuperare scotiana (Scottish Recovery Network)

Principii pentru implementare a curentului Recovery

Alegerea individuala

- serviciile de reabilitare psiho-sociale trebuie să fie construite in functie de alegerile si abilitățile individului.

- Dezvoltarea competenței în procesul de ocupare a forței de muncă trebuie să fie o parte integrantă a programelor de recuperare pentru persoanele cu efectiuni mentale sau probleme de adicție.
- Programele trebuie să fie centrate pe individ
- programe de ocupare a forței de muncă ar trebui să se concentreze asupra avansării consumatorilor din categoria “clasei de jos” către categoria “suficienței de sine”.

Cele mai bune practici și dovezi

- Programele de integrare ar trebui să urmeze zece Principii bazate pe cercetare în domeniul readaptării profesionale și de Strategii de ocupare a forței de muncă, de intervenție a programului experimental (EIDP) dezvoltate de Centrul pentru Servicii de Sănătate Mintală, abuz de substanțe și Sănătate Mintală -Servicii de administrare.
- Componente de bază a serviciilor de ocupare a forței de muncă trebuie să includă evaluarea profesională continuă, dezvoltarea locurilor de muncă și de plasare, sprijin la locurile de muncă care oferă o oportunitate pentru progresul abilităților de formare a persoane și restul societății.
- ocupările forței de muncă prin serviciile de susținere trebuie să ofere flexibilitate pentru persoanele plasate.
- Programele ar trebui să fie testate riguros pentru a evalua modul în care diferite abordări de lucru, anumite condiții și înțelegerea angajatorilor ar fi optima pentru consumatori.
- Servicii de ocupare a forței de muncă ar trebui să fie integrale cu modele de furnizare a serviciilor.
- formarea forței de muncă și de plasare ar trebui să fie competența și să aibă o cunoștință generală a suportului oferit persoanelor cu dizabilități.
- Modelul stres-vulnerabilitate și strategii de tratament (The Stress-Vulnerability Model and treatment strategies)
- Construirea sprijinului social
- Utilizarea eficientă a medicației.

- Reducerea risului de reapariție a simptomelor și strategii de confruntare a stresului
- Confruntarea și managementul simptomelor
- Noțiuni de bază despre sistemul de sănătate mintală.

Tratamentul comunitar- sau tratamentul în cadrul integrării în comunitate a fost dezvoltat în scopul ajutorării pacienților în dezvoltarea unei vieți echilibrate.

Această strategie are ca scop evitarea internării pacienților și dezvoltarea unor aptitudini de folos în comunitate, astfel încât boala de care suferă să nu reprezinte factorul decisiv al vieții lor. tratamentul comunitar are ca scop oferirea programelor personalizate la nevoile individuale ale consumatorilor, stabilite de către o echipă de specialiști.

Această abordare presupune dezvoltarea și menținerea următorilor factori:

- Managementul simptomelor
- Cazare permanentă
- acces la finanțe
- Ocuparea forței de muncă
- îngrijire medicală
- Abuz Substanță
- Viață de familie
- Activități ale vieții de zi cu zi.

Educația familiilor implică un parteneriat între familiile consumatorilor (pacienți) și echipa de profesioniști.

Prin crearea de relații, de educație, de colaborare, de rezolvare a problemelor, și o atmosferă de speranță și de cooperare, psihoeducația familiei îi ajută pe pacienți prin oferirea următoarelor beneficii:

- informarea despre boala mintală
- găsirea unor modalități noi de gestionare a bolii mentale
- Reducerea tensiunii și a stresului în cadrul familiei
- De a oferi sprijin altora
- Concentrarea asupra viitorului

- Ajutarea familiei în scopul suportului procesului de recuperare a pacientului

Ocuparea forței de muncă este o abordare bine definită în scopul ajutorării oamenilor cu boli mentale. Prevede sprijinul acestora în a găsi și a menține un loc de muncă competitiv în cadrul comunității acestora.

Programele de ocupare a forței de muncă sunt operate de către specialiști în ocuparea forței de muncă, care susțin întâlniri frecvente cu furnizorii de servicii de tratament pentru a integra ocuparea forței de muncă cu servicii de sănătate mintală.

Principiile de bază ale acestui program includ:

- Potrivirea muncii pe baza opțiunilor și preferințelor pacienților
- ocuparea forței de muncă ca tratament integral
- sprijin la locul de muncă
- depășirea rolului de pacient și dezvoltare rolurilor noi legate de locul de muncă fiind parte a procesului de recuperare.

Integrarea tratamentului tulburărilor coexistente a bolilor mentale și abuzului de substanțe. Această abordare de tratament ajută oamenii în procesul de recuperare prin serviciile de sănătate mintală și serviciile abuzului de substanțe concomitent.

Această abordare include:

- Tratament individualizat, bazat pe scena de recuperare personalizată
- Educația în legătură cu boala
- Managementul de caz (case management)
- Ajutor de cazare
- Ajutor în gestionarea finanțelor
- Ajutor în dezvoltarea și susținerea relațiilor sociale.
- Consiliere concepute special pentru persoanele cu tulburări comorbide cu abuz de substanțe.

Moduri de implementare a curentului Recovery

Administratia serviciilor de sanatate mentala si abuzului de substante a statelor unite (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)) si centrul pentru sanatate mentala a statelor unite (Center for Mental Health Services (CMHS)) au dezvoltat principii de practica bazata pe dovezi (evidence based practice) in scopul gestionarii si managementului optim a procesului de recuperare a pacientilor.

Programele de gestionare a bolilor dezvoltate de Administratia serviciilor de sanatate mentala si abuzului de substante a Statelor Unite, promoveaza suportul oferit indivizilor cu boli mentale in scopul stabilirii si urmaririi obiectivelor personale. Aceste programe au scop educational si vizeaza invatarea managementului vietii de zi cu zi de catre pacienti. In cadrul acestor programe un mare accent se pune asupra invatarii