

Psihologie

Volum coordonat de
Violeta Enea și Ion Dafinoiu

EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

**MANUALUL
PSIHOLOGULUI CLINICIAN**



Collegium

POLIROM

Seria *Collegium. Psihologie* este inițiată de Adrian Neculau.

© 2017 by Editura POLIROM

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsesc penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Pe copertă: © Iconic Bestiary/Shutterstock.com

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506

București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A,

sc. 1, et. 1, sector 4, 040031, O.P. 53

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

Evaluarea psihologică: manualul psihologului clinician / vol. coord. de Violeta Enea și Ion Dafinoiu. – Iași: Polirom, 2017

Conține bibliografie

ISBN print: 978-973-46-7005-5

ISBN ePub: 978-973-46-7090-1

ISBN PDF: 978-973-46-7091-8

I. Enea, Violeta (coord.)

II. Dafinoiu, Ion (coord.)

159.9

Printed in ROMANIA

Volum coordonat de
Violeta Enea și Ion Dafinoiu

EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

**MANUALUL
PSIHOLOGULUI CLINICIAN**

Prefață de Daniel David

POLIROM
2017

Cuprins

<i>Prezentarea autorilor</i>	9
<i>Prefață</i> (Daniel David)	17

Partea I

Cunoștințe preliminare

1. Rolul psihologului clinician (Camelia Soponaru)	21
2. Sistemul nervos și comportamentul (Mona Vintilă)	32
3. Stadiile dezvoltării psihice (Mihaela Boza)	49
4. Diagnosticul tulburărilor psihice (Viorel Lupu)	63
5. Calitățile psihometrice ale testelor psihologice (Mihai Marian)	75
6. Interpretarea scorurilor la testele psihologice (Dragoș Iliescu, Andrei Ion)	88
7. Analiza statistică a datelor (Adrian Vicențiu Labăr)	121

Partea a II-a

Procesul evaluării psihologice în domeniul clinic

8. Reperetele actuale ale unei planificări eficiente a evaluării psihologice clinice (Iulia Ciorbea)	137
9. Fazele evaluării clinice și selectarea testelor psihologice (Violeta Enea, Iuliana Petrov, Ion Dafinoiu)	152
10. Evaluarea statusului mintal (Bogdan Voinescu)	166
11. Integrarea și interpretarea informațiilor din evaluare (Cătălin Nedelcea)	177
12. Redactarea raportului psihologic (Violeta Enea)	194

13. Probleme etice în evaluarea psihologică (Cornelia Măirean)	210
14. Cercetarea în psihologia clinică (Loredana R. Diaconu-Gherasim)	223

Partea a III-a

Metode de evaluare

15. Instrumente de autoevaluare (Silvia Măgurean)	235
16. Evaluarea prin interviuri (Adrian Luca)	246
17. Observația clinică (Adela Moldovan, Raluca Anton)	269
18. Evaluarea personalității și a psihopatologiei prin metode proiective (Mihaela Minulescu)	277
19. Instrumente psihologice pentru evaluarea preșcolarilor (Florinda Golu)	296
20. Evaluarea psihologică computerizată (Ana-Maria Cazan)	317

Partea a IV-a

Aplicații speciale ale evaluării psihologice în domeniul clinic

21. Evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților (Oana David, Alina Ioana Cîmpean)	329
22. Evaluarea copilului maltratat (Delia Cristescu, Laura Visu-Petra, Adriana Băban)	341
23. Evaluarea depresiei și a riscului de suicid (Carmen Domnica Coteș, Ioana-Alina Cristea)	357
24. Evaluarea personalității (Simona Ștefan)	370
25. Evaluarea adicției și a abuzului de substanțe (Mugur Daniel Ciumăgeanu)	381
26. Evaluarea tulburărilor de anxietate (Diana-Mirela Cîndea, Aurora Szentágotai-Tătar)	400
27. Evaluarea riscului de violență (Andreea-Mădălina Aiftincăi, Violeta Enea, Ion Dafinoiu)	415
28. Evaluarea psihologică în situație de divorț (Armand Veleanovici)	426
29. Evaluarea funcționării intelectuale (Anca Dobrean, Costina-Ruxandra Păsărelu)	453
30. Evaluarea funcționării neuropsihologice (Eugen Avram, Nicolae Dumitrașcu)	460

31. Evaluarea tulburărilor de comportament alimentar (Ion Dafinoiu, Alexandra Zancu)	477
32. Evaluarea demenței (Mariana Bărbușelu, Louise Birkett-Swan)	491
33. Evaluarea traumei (Maria Nicoleta Turliuc)	503
34. Evaluarea în doliu (Mădălina Sucală)	516
35. Evaluarea în psihoze (Ramona Moldovan, Oana Cobeanu, Doina Cozman).....	526
36. Evaluarea psihologică a persoanelor vârstnice (Ovidiu Gavrilovici, Aliona Dronic, Ioana Dana Alexa).....	538

Partea a V-a

Alte cadre ale evaluării psihologice

37. Evaluarea psihologică în domeniul transporturilor (Grigore M. Havârneanu, Corneliu E. Havârneanu)	549
38. Evaluarea psihologică în context educațional (Simona Trip)	566
39. Evaluarea psihologică în context organizațional (Ticu Constantin)	579
40. Evaluarea psihologică în context judiciar (Dorin Nastas)	595
41. Evaluarea psihologică în context medical (Eugen Avram).....	611
42. Evaluarea aderenței medicale în afecțiuni cronice (Daniela Muntele-Hendreș)	629
43. Evaluarea psihologică în domeniul psihopedagogiei speciale (Alois Gherguț)	636
44. Evaluarea psihologică în context corecțional (Andreea-Mădălina Aiftincăi, Violeta Enea).....	657

Prezentarea autorilor

Andreea-Mădălina Aiftincăi este doctorand în psihologie în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași și ofițer (psiholog) în cadrul Penitenciarului Iași. Domeniile sale de interes includ : stresul indus de mediul corecțional, factorii de risc individuali și restricțiile din mediul carceral ce pot explica tulburările de comportament în penitenciar (hetero- și autoagresivitatea, tentativele de suicid, contrabanda și comportamentele deviante), reziliența și strategiile de coping specifice persoanelor private de libertate.

Ioana Dana Alexa este medic primar geriatrie-gerontologie, Spitalul Clinic „Dr. C.I. Parhon” Iași, profesor universitar doctor la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași. Promovează o abordare multi-disciplinară de îngrijire a seniorilor în cadrul Clinicii de Geriatrie a Spitalului Clinic „Dr. C.I. Parhon” Iași, precum și aplicații narative în profesionalizarea medicilor rezidenți, a personalului Clinicii și în îngrijirea pacienților geriatrici, în parteneriat cu Asociația Psiterra.

Raluca Anton este psihoterapeut specialist și supervisor în terapie cognitiv-comportamentală. A obținut titlul de doctor în psihologie în cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie. Este *managing partner* la HOLO – Psychology for Community și susține cursuri de formare profesională continuă pentru specialiști. Are peste 10 ani de experiență ca practicant în consiliere psihologică, psihoterapie și psihologie clinică, lucrând atât cu copii și adolescenți, cât și cu adulți.

Eugen Avram este profesor universitar doctor și directorul Departamentului de Psihologie din cadrul Universității din București. Este psiholog clinician principal, supervisor. Realizează activități clinice la Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni” din București (clinicile de Neurochirurgie și de Recuperare).

Adriana Băban, profesor universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, coordonatorul Laboratorului de Psihologia Sănătății. Este consultant OMS pe tema abuzului copilului. Interesele sale de cercetare se concentrează pe dimensiunile psihosociale și comportamentale ale sănătății și stării de bine, pe prevenția traumei și abuzului la copii. A publicat peste 100 de articole, capitole și cărți în țară și în străinătate. A coordonat peste 25 de proiecte de cercetare internaționale și naționale, cel mai recent fiind *Prevention of child mental health problems in South-Eastern Europe* (H2020). A fost distinsă de European Health Psychology Society cu statutul de Fellow, pentru contribuții excepționale aduse la dezvoltarea domeniului psihologiei sănătății.

Mariana Bărbușelu este absolventă a Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași și a masterului Foundations of Clinical Psychology, University of Southampton din Marea Britanie. În prezent este angajată la Northamptonshire Healthcare NHS Foundation Trust, Memory Assessment Service, Marea Britanie.

Louise Birkett-Swan este neuropsiholog la Northamptonshire Healthcare NHS Foundation Trust, Memory Assessment Service și la Community Brain Injury Service, Marea Britanie, și membru al Acquired Brain Injury Forum, Marea Britanie. Este doctor în psihologie clinică din 2006 și are o experiență vastă în reabilitare neuropsihiatrică și neurologică în servicii comunitare și în spitale de psihiatrie.

Mihaela Boza este conferențiar universitar doctor la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Temele sale de interes în cercetare includ atitudinile în contexte intra- și intergrup și psihologia socială a dezvoltării. Este autoarea unui volum în domeniul psihologiei atitudinilor (*Atitudinile sociale și schimbarea lor*, Polirom, 2010), a unor capitole în volume naționale (cel mai recent, „Dezvoltarea cognitivă în copilăria mică și în preșcolaritate”, în *Dezvoltarea copilului și educația timpurie*, Editura Polirom, 2016) și internaționale („The traps of leaders’ psychopathology”, în *Positive Organisational Psychology*, Kassel University Press, 2015), precum și a mai multor articole publicate în țară și în străinătate.

Ana-Maria Cazan este conferențiar universitar la Universitatea Transilvania din Brașov, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, și lucrează în domeniul educațional din anul 2007. Domeniile sale de interes sunt psihologia educației, evaluarea psihologică și metodele de cercetare în psihologie. Predă discipline care se adresează preponderent studenților de la ciclul de licență: Metode și tehnici experimentale, Psihologie cognitivă, Aplicații computerizate ale datelor, Statistică aplicată în psihologie, Metode de cercetare cantitativă. A realizat studii și cercetări în domeniul psihologiei învățării, al psihologiei pozitive și al testării psihologice.

Diana-Mirela Căndea este lector universitar doctor la Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie din cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Este psiholog clinician și psihoterapeut cognitiv-comportamental acreditat de Institutul Albert Ellis, New York. Interesele sale de cercetare sunt legate de tratamentele psihologice validate științific și de emoțiile autoreferențiale și relația lor cu psihopatologia (tulburări afective și de anxietate, tulburări de comportament alimentar), cu accent pe strategiile de reglare a acestor emoții.

Iulia Ciorbea, doctor în psihologie, conferențiar universitar la Universitatea „Ovidius” din Constanța, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, și profesor asociat la Departamentul de Psihologie al Universității din București. Este psihoterapeut principal și formator în psihoterapie, având specializări multiple în domeniul psihoterapiei. Experiența sa clinică se întinde pe parcursul a 15 ani. Este membru în numeroase asociații profesionale naționale și internaționale. Munca sa de cercetare a avut ca teme principale expertiza în psihoterapie, personalitatea psihoterapeutului, mecanismele schimbării în psihoterapie, modelele de integrare în psihoterapie.

Mugur Daniel Ciumăgeanu este absolvent de medicină și de psihologie. Din 2002 activează ca psiholog clinician și din 2003 ca psihoterapeut cognitiv-comportamental. Are o activitate de 17 ani în calitate de clinician și formator (ca director, din 2002, al programelor de formare în cadrul Asociației Române de Terapie Comportamentală și Cognitivă), dar și în învățământul universitar. Din 2015 este titular al disciplinelor Psihologie clinică și Psihopatologie în cadrul Universității de Vest din Timișoara.

Alina Ioana Cîmpean este doctorand în cadrul Școlii doctorale „Psihodiagnostic și intervenții psihologice validate științifice”, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Interesele sale de cercetare vizează mecanismele cognitive implicate în durerea cronică și rolul intervențiilor psihologice prin realitate virtuală în reducerea durerii și a distresului emoțional asociat acesteia. Este psiholog clinician și psihoterapeut autonom, atestat de Colegiul Psihologilor din România.

Oana Cobeanu este doctor în psihologie, specializat în psihoterapia problemelor emoționale asociate bolii. Predă cursuri la masteratul Psihologia Sănătății Publice și Clinice din cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, este cercetător, iar din 2010 este psiholog clinician și psihoterapeut cognitiv-comportamental. În prezent, interesele sale de cercetare sunt îmbunătățirea calității vieții și reducerea distresului copiilor și adulților diagnosticăți cu boli grave/cronice.

Ticu Constantin este profesor în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. În activitățile de formare, de cercetare sau de consultanță organizațională este interesat de analiza factorilor individuali și organizaționali care condiționează performanța și satisfacția personale. A publicat peste 66 de articole științifice, nouă volume de autor (dintre care cinci de unic autor) și a creat numeroase instrumente standardizate de evaluare a

personalității sau de diagnoză organizațională, incluse pe platforme online de evaluare psihologică (PsihoProfile, www.psihologi.ro).

Carmen Domnica Coteș este cercetător științific la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Interesele sale de cercetare includ metaanalize ale intervențiilor psihologice, inclusiv pentru tulburările depresive, și domeniul predicțiilor asupra emoțiilor viitoare. A fost membru în proiecte de cercetare legate de sănătate și de bolile mintale, domenii în care a publicat în străinătate. Este psiholog clinician și psihoterapeut acreditat de Colegiul Psihologilor din România.

Doina Cozman este profesor universitar specializat în psihologie medicală, în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca. Are o carieră academică de peste patru decenii, printre interesele sale de cercetare numărându-se psihiatria, psihologia, psihoterapia și sănătatea mintală. A înființat Alianța Română de Prevenție a Suicidului. Este președinte elect al Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie. Este autor sau coautor a peste 20 de volume de specialitate și a peste 70 de articole în publicații naționale și internaționale de prestigiu.

Ioana-Alina Cristea este conferențiar universitar la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Domeniile sale de interes vizează mecanismele și eficiența psihoterapiei în cazul tulburărilor mintale, în special al tulburărilor depresive și al celor anxioase, și includ metaanalize ale intervențiilor în aceste cazuri și conflicte de interes legate de cercetarea intervențiilor psihoterapeutice și farmacoterapeutice în tulburările mintale. Este autorul a peste 40 de articole publicate în reviste științifice din domeniul psihologiei și psihiatriei indexate ISI Web of Science (*Psychological Bulletin*, *JAMA Psychiatry*). A colaborat în calitate de cercetător asociat sau de profesor invitat cu universitățile din Pisa și din Padova, Italia, cu Vrije Universiteit, Olanda, și cu Stanford University, SUA.

Delia Cristescu este doctorandă în cadrul Școlii doctorale „Psihologie Cognitivă Aplicată”, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Tema tezei sale de doctorat vizează efectele expunerii la abuz în copilărie asupra sănătății mintale în perioada adolescenței. Este asistent de cercetare în cadrul proiectului internațional „Prevention of Bullying in Institutional Care”.

Ion Dafinoiu este profesor universitar doctor la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, președinte al Asociației Române de Hipnoză Clinică, Relaxare și Terapie Ericksoniană și al Colegiului Psihologilor din România. A publicat numeroase studii în reviste de specialitate din țară și din străinătate, precum și volume, dintre care menționăm: *Elemente de psihoterapie integrativă* (Editura Polirom, 2000), *Personalitatea. Metode calitative de abordare: observația și interviul* (Editura Polirom, 2002), *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice* (în colaborare, Editura Polirom, 2003), *Research Methods in the Social Sciences* (Peter Lang, 2003), *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici* (în colaborare, Editura Polirom, 2005), *Anorexia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (în colaborare, Editura Polirom, 2012), *Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (în colaborare, Editura Polirom, 2016).

Oana David este conferențiar universitar în cadrul Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca și director al Institutului Internațional de Coaching din cadrul aceleiași universități. Este psiholog clinician și psihoterapeut principal atestat de Colegiul Psihologilor din România, de Institutul Albert Ellis, New York, și de British Psychological Society. Expertiza sa profesională vizează intervenții psihologice adresate părinților, copiilor și angajaților (de exemplu, *coaching* executiv, *life coaching*) și intervenții psihologice pe baza tehnologiei (de exemplu, online, pe mobil, jocuri terapeutice).

Loredana R. Diaconu-Gherasim este conferențiar universitar în cadrul Departamentului de Psihologie, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Interesele sale de cercetare vizează caracteristicile relației părinte-copil aflate în legătură cu starea de bine și cu motivația copiilor și adolescenților, precum și rolul perspectivei asupra timpului în dezvoltarea emoțională a adolescenților. A publicat studii în volume colective, cum ar fi *Educația timpurie. Probleme și soluții* (Editura

Polirom, 2016) sau *Copilăria și adolescența. Provocări actuale în psihologia educației și dezvoltării* (Editura Polirom, 2016), și în reviste cu impact la nivel internațional.

Anca Dobrean este profesor universitar în cadrul Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie al Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Interesele sale de cercetare vizează evaluarea psihologică validată științific și intervențiile cognitiv-comportamentale adresate copiilor, adolescenților și familiilor acestora în context clinic și educațional.

Aliona Dronic este psiholog, psihoterapeut de cuplu și de familie și terapeut narativ, director de programe la Asociația Psiterra. Susține terapie individuală și de cuplu sau de familie, coordonează proiecte, programe și realizează evenimente științifice și de diseminare în cadrul Asociației Psiterra. De peste șase ani oferă consiliere psihologică și servicii de psihologie clinică la Secția de Geriatrie a Spitalului Clinic „Dr. C.I. Parhon” Iași.

Nicolae Dumitrașcu este psiholog clinician doctor licențiat în statul Massachusetts și coordonator al programului de evaluare psihologică în cadrul clinicii Danielsen Institute a Universității din Boston. Specializarea lui include evaluarea neuropsihologică a tulburărilor de dezvoltare la adulți și evaluarea personalității în context clinic.

Violeta Enea este conferențiar doctor în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, și psihoterapeut format în hipnoză clinică și terapie ericksoniană. Susține cursuri de evaluare psihologică și de psihodiagnostic clinic și a publicat în colaborare volumele *Anorexia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (Editura Polirom, 2012), *Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (Editura Polirom, 2016) și *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți* (Editura Polirom, 2017), precum și numeroase studii în reviste cu impact la nivel internațional.

Ovidiu Gavrilovici este conferențiar doctor abilitat la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Departamentul de Psihologie, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași și președinte al Asociației Psiterra. Portofoliul său didactic include cursuri de consiliere psihologică și de terapie narativă. De peste zece ani promovează în România abordarea narativă în psihologie, în terapie, în educație, în îngrijiri de sănătate, în profesionalizare și în leadership.

Alois Gherguț este doctor în științele educației, profesor universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, coordonator al programului de studii masterale *Diagnoză și intervenție la persoane cu cerințe speciale*. Principalele sale domenii de activitate sunt: psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale, consilierea psihopedagogică, educația incluzivă, managementul serviciilor sociale și designul programelor de intervenție psihopedagogică. A publicat 16 volume de autor sau prim autor, peste 40 de articole de specialitate în publicații de referință în domeniu, a participat în calitate de coordonator sau de membru în echipe de cercetare în peste zece granturi, în comitetele științifice a peste 30 de manifestări științifice naționale și internaționale, precum și în consiliile redacționale a 11 publicații de specialitate.

Florinda Golu este conferențiar universitar în cadrul Departamentului de Psihologie, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București. Domeniile sale de interes academic sunt psihologia dezvoltării, evaluarea și intervenția psihologică în domeniul educațional și psihologia clinică. A publicat șase volume de unic autor, cinci volume în coautorat, articole în reviste de specialitate și capitole în volume colective editate în țară și în străinătate. Este psiholog practician și supervisor atestat de Colegiul Psihologilor din România și susține cursuri de formare profesională pentru psihologii cu drept de liberă practică.

Corneliu E. Havârneanu este doctor în psihologie, profesor universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, directorul Departamentului de Psihologie. Domeniile sale de cercetare sunt siguranța și securitatea în transporturi și psihodiagnostic. A publicat: *Cunoașterea psihologică a persoanei. Posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată* (Editura Polirom, 2000), *Resurse umane și strategii de consultanță* (Editura Erola, 2002), *Evaluarea psihologică a conducătorilor auto* (Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași,

2011). A coordonat volumele *Agresivitatea în școală* (în colaborare, Editura Institutul European, 2001), *Cunoașterea socială. Teorii și metode* (Editura Erotă, 2002), *Psihologia riscului* (Editura Polirom, 2015) și 76 de articole sau capitole în edituri naționale și reviste ISI cu factor de impact.

Grigore M. Havârneanu este doctor al Universității La Sapienza din Roma și cercetător la L'Union internationale des chemins de fer (UIC, Paris), unde lucrează în proiecte europene care vizează factorul uman în siguranța și securitatea transporturilor. Interesele sale de cercetare includ comportamentele riscante, agresive sau iraționale. A publicat volumul *Psihologia transporturilor* (Editura Polirom, 2013) și 25 de articole sau capitole în reviste ISI cu factor de impact și la edituri naționale.

Dragoș Ilescu este profesor universitar în cadrul Universității din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației. Interesele sale de cercetare vizează în principal psihologia aplicată (în mod special în sfera muncii și ocupațională) și evaluarea psihologică. Este președinte al International Test Commission (ITC) și a fost președintele Asociației de Psihologie Industrială și Organizațională (APIO).

Andrei Ion este cadru didactic în cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației a Universității din București. Interesele sale academice vizează selecția de personal și diferențele individuale. Este membru în conducerea Society for Industrial and Organizational Psychology (International Affairs Committee) și în alte asociații profesionale.

Adrian Vicențiu Labăr este lector universitar doctor în cadrul Departamentului pentru Pregătirea Personalului Didactic, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației a Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Susține cursuri de pedagogie și analize computerizate de date în domeniul politicilor și managementului educațional și seminare de statistică, de analize cantitative complexe în cercetarea psihopedagogică și de metode de cunoaștere a persoanei. Interesele sale de cercetare includ perspectivele temporale, strategiile de învățare, rezolvarea conflictelor, leadership și starea de bine. La Editura Polirom a mai publicat *SPSS pentru științele educației. Metodologia analizei datelor în cercetarea pedagogică* (2008) și *Ghid pentru cercetarea educației* (în colaborare, 2009).

Adrian Luca este lector doctor la Universitatea din București, Departamentul de Psihologie. Este psiholog cu drept de liberă practică atestat în specialitățile psihoterapie, clinică și consiliere educațională și vocațională. Are experiență profesională în consilierea și asistarea persoanelor cu infecție HIV/SIDA, în dezvoltare și optimizare personală, în consiliere vocațională, în adaptarea unor probe pe populația românească și a făcut parte opt ani din Comisia de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România. Este preocupat de fenomenul „Prezenței”, realizând o lucrare de doctorat pe această temă.

Viorel Lupu este conferențiar universitar doctor în cadrul Facultății de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, disciplina Psihiatrie și psihiatrie pediatrică, și asociat la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, șeful Clinicii de Psihiatrie pediatrică, psihoterapeut formator și supervisor în Terapia Rațional-Emotivă și Comportamentală (REBT) și Terapia cognitiv-comportamentală (CBT) acreditat de Institutul Albert Ellis, New York, SUA. A publicat numeroase studii apărute în reviste cu impact internațional, două volume despre CBT în anul 2012 la Editura ASCR, Cluj-Napoca, două capitole apărute în două cărți la Editura Springer, New York, și prima carte din țara noastră pe tema jocului patologic de noroc la adolescenți. Este președintele Romanian Association for the Study of Gambling și vicepreședinte al Societății de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România.

Mihai Marian este conferențiar universitar doctor la Universitatea din Oradea, titular la disciplinele Introducere în psihoterapie, Bazele și teoriile consilierii și Psihoterapiei cognitiv-comportamentale, fondator și editor al revistelor *Journal of Psychological and Educational Research* și *International Journal of Education and Psychology in the Community*. A publicat studii de validare a unor instrumente relevante în cercetarea psihologică în reviste indexate în baza Scopus ori în ISI Thomson. Autorul a colaborat la scrierea a nouă lucrări de specialitate din domeniul psihologiei clinice și al sănătății, psihoterapiei, psihologiei generale și psihologiei dezvoltării.

Silvia Măgurean este lector în cadrul Departamentului de Psihologie al Universității de Vest din Timișoara și a obținut doctoratul în psihologie la Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.

Activitatea sa didactică include discipline precum psihologia experimentală, testarea psihologică, metodologia cercetării și analiza datelor. Interesele sale de cercetare vizează problematici legate de psihologia personalității, precum și aplicații ale cognițiilor sociale în domeniul sănătății și cel organizațional. Aceste interese de cercetare au fost urmărite pe parcursul studiilor doctorale și în cadrul mai multor proiecte de cercetare cu colaborări internaționale.

Cornelia Măirean este lector universitar doctor în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Domeniile sale de interes includ: stres și pierdere traumatică, reziliență și dezvoltare personală, psihologia transporturilor. A publicat studii în volume colective și în reviste indexate ISI Thomson, precum și volumele *Psihologia traumei* (în colaborare, Editura Polirom, 2014), *Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (în colaborare, Editura Polirom, 2016), *Stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică* (Editura Institutul European, 2017).

Mihaela Minulescu este profesor universitar la SNSPA, specializarea Psihologie, fondator și președinte al Asociației Române de Psihologie Analitică, psihanalist și psihoterapeut jungian, formator în psihoterapie, consiliere și psihologie clinică. Cercetător științific cu o bogată activitate de cercetare aplicativă și fundamentală concretizată în prezentări în conferințe de profil, în articole, în special în domeniul psihologiei personalității și proiecte de cercetare. Este coautor și autor al unor lucrări științifice semnificative pentru psihodiagnoză, elaborând și teste moderne de evaluare, precum *ABCD-M. Manual tehnic și interpretativ* (Editura Sinapsis, 2008). Tematica clinică este prezentă în volume precum *Tehnici proiective* (Editura Titu Maiorescu, 2001), *Introducere în analiza jungiană* (Editura Trei, 2001), *Complexele. Creativitate sau distructivitate?* (Editura Trei, 2015). Este poetă, membră a Uniunii Scriitorilor din București. A participat la înființarea Colegiului Psihologilor din România și a fost președinte al Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie, a cărei membră este și în prezent.

Adela Moldovan este psihoterapeut specialist format în terapie cognitiv-comportamentală și a obținut titlul de doctor în psihologie în cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie, cu tematica „tratamentul psihologic al obezității”. Este *managing partner* la HOLO – Psychology for Community și susține cursuri de formare profesională continuă pentru specialiști, având o experiență de peste zece ani în practica consilierii psihologice, psihoterapiei și psihologiei clinice, lucrând atât cu copiii și adolescenții, cât și cu adulții.

Ramona Moldovan este lector universitar la Departamentul de Psihologie din cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Este psiholog clinician și supervisor în consiliere psihologică și psihoterapie cognitiv-comportamentală atestat de Colegiul Psihologilor din România și consilier genetic acreditat de European Board of Medical Genetics. Interesele sale științifice sunt concentrate asupra consilierii genetice și aplicațiilor pe care psihologia clinică și psihoterapia cognitiv-comportamentală le au în consiliere genetică.

Daniela Muntele-Hendreș, doctor în psihologie din anul 2008, este cadru didactic la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Cercetările realizate în cadrul programului doctoral sunt prezentate în cartea numită *Starea subiectivă de bine. Consolidarea ei prin acțiuni psihologice* (Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași, 2009). Peste 30 de publicații, articole științifice și capitole de cărți ilustrează preocupările sale științifice, educaționale și profesionale legate de factori controlabili, intrapsihici și interpersonal, importanți pentru sănătatea psihică și fizică.

Dorin Nastas este doctor în psihologie, conferențiar la Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. A publicat anterior monografia *Dinamica identității sociale în contextul relațiilor între grupuri* (Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași, 2006). Împreună cu Ștefan Boncu, a coordonat volumul *Emoțiile complexe* (Editura Polirom, 2015). Domeniile sale de competență sunt psihologia socială, psihologia judiciară, psihologia (trans) culturală și psihologia pozitivă. În ultimii ani este preocupat de cercetarea proceselor de autoreglare și de emoțiile morale. Cele mai recente studii empirice sunt concentrate asupra dreptății sociale, în special asupra ideții și mentalității conspiraționiste.

Cătălin Nedelcea este doctor în psihologie și profesor la Universitatea din București, Departamentul de Psihologie, fiind titularul mai multor cursuri de evaluare psihologică, acesta fiind unul dintre principalele sale domenii de competență. În afara activității academice, are o experiență practică de 20 de ani în domeniul psihoterapiei și de peste zece ani în domeniul evaluării psihologice în organizații, în cadrul proceselor de selecție și management al talentelor. A realizat o serie de publicații științifice în domeniul evaluării psihologice și a participat la adaptarea sau construcția mai multor instrumente psihometrice.

Costina-Ruxandra Pășărelu este doctor și lector universitar în cadrul Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Interesele sale de cercetare vizează psihodiagnosticul și intervențiile validate științific pentru copii și adolescenți, livrate prin intermediul tehnologiei.

Iuliana Petrov este doctorand în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, și psihoterapeut format în hipnoză clinică și terapie ericksoniană. Desfășoară activități didactice pe teme psihodiagnostic clinic și psihoterapie. A publicat studiile de caz *Short psychotherapeutic intervention on pathology borders and fight for power : A case study* și *A short psychotherapeutic intervention on depression complicated by a chronic B virus infection : A case study*, în revista cu impact internațional *Journal of Psychological and Educational Research*. În cadrul lucrării de doctorat, studiază atașamentul copiilor și stilul parental în familiile incomplete din pricina divorțului, decesului sau migrației.

Camelia Soponaru este doctor în psihologie, conferențiar în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. A publicat : *Une institution en quatre lectures à travers une activité de groupe : l'Hygiène Mentale* (Editura Lumen, 2008), *Espace individuel et groupal pour penser la transition en Roumanie. Approche psychosociologique clinique* (Éditions universitaires européennes, 2011), *Terapia tulburărilor de pronunție. Ghid practic pentru logopezi, educatori/învățători, părinți* (în colaborare, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași, 2013), *Logopedie. Strategii terapeutice în corectarea tulburărilor de limbaj* (în colaborare, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași, 2013), *Medical psychology and counseling* (în colaborare, Editura Junimea, 2016).

Mădălina Sucală, doctor, a adus contribuții științifice importante în cadrul psihologiei clinice aplicate în domeniul sănătății. Este un psiholog ale cărei studii au identificat predictorii ai calității vieții la paciențele cu cancer la sân, au oferit soluții validate științific pentru managementul simptomelor asociate tratamentelor oncologice și au oferit date științifice asupra tehnologiei mobile implicate în sănătate. Are o afiliere academică dublă : lector la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, Departamentul de Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie și cercetător asociat al Departamentului de Științe Oncologice, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York.

Aurora Szentágotai-Tătar este profesor universitar doctor la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie. Este psiholog clinician și psihoterapeut cognitiv-comportamental format la Institutul Albert Ellis, New York și directorul Clinicii Universitare de Psihologie „Babeș-Bolyai – PsyTech”. Interesele sale de cercetare sunt legate de intervențiile psihologice validate științific și de reglarea emoțională și implicațiile acesteia pentru psihopatologie și sănătatea mintală.

Simona Ștefan este lector universitar doctor la Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, membru al Institutului Internațional de Studii Avansate în Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată și psiholog clinician și psihoterapeut în cadrul Clinicii Universitare de Psihologie „Babeș-Bolyai – Psytech”. Interesele principale de cercetare sunt axate pe investigarea intervențiilor validate științific, reglarea emoțională și studiul tulburărilor de anxietate. În domeniul clinic, este specializată pe probleme de anxietate, depresie, modificări comportamentale și dezvoltare personală.

Simona Trip este profesor universitar la Departamentul de Psihologie, Facultatea de Științe Socio-Umane, Universitatea din Oradea. Este coordonatorul programului de master în psihologie

clinică, consiliere psihologică și psihoterapie. Este psiholog principal în consiliere și psihoterapie cognitiv-comportamentală, acreditat de Colegiul Psihologilor din România și de Federația Română de Psihoterapie. Este supervisor în terapie rațional-emoțională și comportamentală, certificat de Institutul Albert Ellis, New York. S-a format în consiliere psihologică și psihoterapie sub îndrumarea directă a dr. Albert Ellis, dr. Allen Ivey și dr. Patricia Arredondo. Activitatea de supervizare o desfășoară în cadrul Asociației de Psihoterapie Cognitivă și Comportamentale din România. În prezent este președintele Asociației de Consiliere Psihologică din România. Interesele pentru cercetare se îndreaptă spre educația rațional-emoțională și comportamentală, fiind autorul mai multor programe de acest gen dedicate formării deprinderilor socioemoționale ale copiilor și adolescenților.

Maria Nicoleta Turliuc este doctor în psihologie, profesor universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. A publicat cinci cărți de autor, a coordonat șase volume, a publicat peste 30 de capitole în volume din țară și străinătate și peste 50 de studii în reviste științifice, ISI și BDI (de exemplu, în *Journal of Family Psychology*, *Journal of Loss and Trauma*, *International Journal of Stress Management*, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* etc.).

Armand Veleanovici este doctor în psihologie, supervisor și formator în psihologie clinică și consiliere psihologică, psihoterapeut de orientare experiențială, licențiat în științe juridice. Coordonează Centrul de consiliere al Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2, București. A fondat Centrul de evaluare, expertiză și intervenție psihologică din cadrul Asociației Expert Psy. În activitatea sa profesională s-a confruntat cu sute de cazuri de copii și părinți aflați în situații de divorț sau abuz și neglijare, realizând evaluări, expertize judiciare sau extrajudiciare și consiliere psihologică la solicitarea instanțelor, a organelor de anchetă penală sau a beneficiarilor. A publicat două monografii, un capitol de tratat și articole având ca subiecte divorțul, abuzul și neglijarea copilului.

Mona Vintilă este profesor universitar doctor la Departamentul de Psihologie al Facultății de Sociologie și Psihologie din cadrul Universității de Vest din Timișoara, director al masteratului de Psihologie Clinică și Psihoterapie și conducător de doctorat în domeniul Psihologie. De asemenea, este membru al Școlii Doctorale de Psihologie la Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute. Este psihoterapeut și supervisor specializat în aria terapiei familiale sistemice. Domeniile sale de interes sunt psihologia sănătății, psihologia și psihoterapia familiei și ale cuplului și neuropsihologia.

Laura Visu-Petra, conferențiar universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, și cercetător principal în Laboratorul de Psihologia Dezvoltării. Cercetările ei vizează dezvoltarea tipică și atipică a controlului cognitiv, precum și interacțiunile emoție-cogniție în dezvoltare. Este mentor în cadrul International Society for the Study of Behavioural Development, activitatea de cercetare fiind distinsă cu premii precum Early Career Award din partea Stress and Anxiety Research Society.

Bogdan I. Voinescu este medic psihiatru, doctor în Medicină, cercetător la Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, Londra, Marea Britanie, și lector universitar, responsabil de disciplinele Psihiatrie și Noțiuni Aprofundate de Psihiatrie la Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Este autor al mai multor articole științifice publicate în reviste de circulație internațională, abordând diverse probleme legate de psihiatrie, medicina somnului și psihobiologia circadiană.

Alexandra Zancu este doctorand în Psihologie la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Domeniile abordate în cercetare sunt psihologia clinică, tulburările de comportament alimentar, imaginea corporală, factorii de risc și prevenție. A mai publicat „Eating disorders among fashion models : a systematic review of the literature”, în *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (în colaborare, 2016), și a colaborat la elaborarea „Standard Ocupațional. Ocupația : Manechin” (2006) și „Standard Ocupațional. Ocupația : Organizator spectacole” (2007), adoptate de Autoritatea Națională pentru Calificări.

Prefață

Într-o discuție pe care am avut-o cu profesorul Ion Dafinoiu cu aproximativ doi ani în urmă, îi spuneam că, format în mentalitatea academică din SUA, mie îmi vine greu să înțeleg de ce fiecare centru universitar din România ține să-și publice propriile manuale de specialitate în psihologie. În SUA există câteva manuale (*handbook*-uri) de referință – scrise fie individual de specialiști de talie internațională, fie în colaborare de astfel de specialiști – reeditate de multe ori care sunt utilizate pentru activitatea de predare/învățare în majoritatea universităților de acolo. Spre exemplu, nimeni nu-i cere profesorului care susține cursul de psihologie clinică la Harvard University să aibă propriul manual de psihologie clinică și să nu cumva să-l folosească pe cel de la Yale University, dacă acesta există și este deja un reper academic !

Cred că acest set de bune practici academice internaționale ar trebui implementat și în România, pentru a stimula colaborarea dintre profesioniștii români din diversele centre academice, contribuind astfel la crearea unei culturi profesionale nonizolaționiste, care poate genera apoi specialiști recunoscuți pe plan național și chiar internațional, nu doar „stele (locale) de iarmaroc” (vorba cântecului lui Florian Pittiș). Așadar, cred ferm că și în România ar trebui să avem în psihologie câteva manuale de referință – scrise fie individual, de specialiști români de referință la nivel internațional, fie în colaborare, de profesioniști de marcă din centre diferite – care să devină apoi repere academice în țară.

Nu doar că profesorul Ion Dafinoiu a fost de acord cu mine, dar iată că, alături de colega sa Violeta Enea, a și inițiat pentru prima dată în România un astfel de demers fundamental și complex, prin editarea manualului *Evaluarea psihologică. Manualul psihologului clinician*. Acesta apare la o editură prestigioasă din țară, Editura Polirom din Iași, reunindu-i pe unii dintre cei mai reprezentativi specialiști din România în domeniu, din diverse centre universitare.

Nu intru în detaliile analizelor, ci spun simplu și direct, în urma analizelor pe care le-am făcut asupra textului, că structura manualului și conținutul său se ridică la standardele internaționale actuale în domeniu. Este un volum extrem de valoros ! Este rezultatul unui efort de echipă, coordonat cu profesionalism de colegii Dafinoiu și Enea, pe care autorii manualului ni-l oferă. În consecință, sunt convins că va deveni un reper bibliografic în psihologia din România, atât pentru studenți, cât și pentru profesioniști (psihologi, cadre didactice, cercetători).

În fine, sunt convins că acest manual va deveni un model pentru lucrări viitoare, alte manuale românești reprezentative urmând să apară în diversele domenii de specialitate ale psihologiei.

Prof. univ. dr. Daniel David

Partea I

Cunoștințe preliminare

1. Rolul psihologului clinician

Camelia Sopenaru

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Rolul psihologului clinician este în strânsă legătură cu istoria psihologiei clinice, cunoscând în societatea contemporană diversificări, aprofundări și nuanțări care conturează complexitatea și responsabilitatea profesiei. De la începuturile psihologiei până în prezent, rolurile psihologilor practicieni s-au diversificat foarte mult ca urmare a dezvoltării cercetărilor și practicii din domeniul psihologiei, a extinderii domeniilor sau specialităților în psihologie în contextul diversificării problemelor, dificultăților sau cerințelor cu care oamenii s-au confruntat în decursul secolelor. Evoluția rolului și activităților psihologului clinician a fost strâns legată de evoluția domeniului psihologiei și a cerințelor societății legate de activitatea psihologului clinician. Astfel, psihologul clinician în societatea contemporană are o contribuție unică la procesul de evaluare și diagnostic, furnizarea de tratament psihologic, predare și instruire, supervizare clinică, cercetare, audit și management clinic. În acest capitol vom acorda o atenție deosebită rolului psihologului în evaluarea psihologică și în activitatea de supervizare clinică.

1.1. Evaluarea psihologică

Cu toate că evaluarea a constituit dintotdeauna o caracteristică principală, definitorie a psihologiei profesionale, modelele de utilizare și importanța relativă a evaluării s-au schimbat odată cu trecerea timpului. Evaluarea psihologică deține o importanță crucială în definirea, formarea și practicarea psihologiei profesionale, acest lucru fiind susținut de faptul că 91% dintre psihologii practicieni efectuează evaluări clinice (Watkins *et al.*, 1995), iar 64% dintre anunțurile cu posturi de muncă din domeniu au inclus evaluarea ca fiind o condiție prealabilă importantă (Kinder, 1994). În multe privințe, evaluarea psihologică reprezintă contribuția unică a psihologiei profesionale la aria mai vastă a practicii clinice (Groth-Marnat, 2003). Primii psihologi profesioniști își defineau în mare măsură profesiunea în contextul rolului lor de psihologi evaluatori. În prezent, studiile arată că psihologii practicieni din toate domeniile psihologiei alocă un procent de 10% până la 25% din timp pentru a efectua evaluări psihologice (Camara *et al.*, 2000; Watkins, 1991; Watkins *et al.*, 1995).

Cercetările au evidențiat faptul că din anii 1940 și 1950 (când testarea psihologică era, în mod frecvent, cea mai importantă activitate a psihologilor profesioniști) până în prezent psihologii s-au implicat într-o diversitate largă de activități de administrație, consult, dezvoltare organizațională și în multe domenii de tratament direct (Bamgbose *et al.*, 1980; Groth-Marnat, 1988; Groth-Marnat și Edkins, 1996). Un studiu relativ recent a relevat faptul că 81% dintre psihologii clinicieni petrec între 0 și 4 ore pe săptămână, 15% alocă între 5 și 20 de ore pe săptămână și 4% petrec mai mult de 20 de ore pe săptămână efectuând evaluări psihologice (Camara *et al.*, 2000). Scăderea treptată a timpului total petrecut în efectuarea evaluării se datorează, în parte, rolului din ce în ce mai extins al psihologilor, deziluziei provocate de procesul de evaluare căruia i s-au adus critici privind fiabilitatea și validitatea multor dispozitive de evaluare (Garb *et al.*, 2001), precum și reducerii rambursărilor din sistemul de sănătate (Pitrowski, 1999). Mai mult, studiile arată că procesul de evaluare psihologică a ajuns să includă o varietate largă de activități dincolo de simpla administrare sau interpretare a testelor tradiționale. Aceste activități includ efectuarea de interviuri structurate și nestructurate, efectuarea de observații comportamentale în mediul natural, observarea interacțiunilor interpersonale, evaluarea neuropsihologică și evaluarea comportamentală (Groth-Marnat, 2003).

În ce privește mijloacele tradiționale de evaluare prin utilizarea instrumentelor psihologice, și aici s-a înregistrat o diminuare a folosirii acestora din cauza unei tendințe generale de creștere a altor activități în care s-au implicat psihologii și a unei extinderi a definiției evaluării. În prezent, un psiholog care efectuează o evaluare poate include tehnici precum interviul, administrarea și interpretarea testelor psihologice tradiționale, observații naturale, evaluarea neuropsihologică și evaluarea comportamentală. În ultimele decenii psihologii clinicieni au fost provocați de noi tulburări apărute în manualele de diagnostic, fiind nevoiți să evalueze domenii pe care nu s-a pus prea mare accent înainte de anii 1980 (tulburările de personalitate, stresul, adaptarea la schimbări de viață, sindromul *burnout*, evaluarea resurselor existente pentru a face față unei situații, reacția hipnotică, sănătatea psihică, adaptarea la noi culturi, schimbările asociate cu gradul crescut de modernizare și nivelul de control personal – autoeficacitatea). Este evident că, odată cu evoluția societăților și a problemelor cu care se confruntă omul contemporan, clinicienii trebuie să fie permanent la curent cu noile și din ce în ce mai specificele dispozitive de evaluare și să mențină un nivel de flexibilitate în abordările pe care le adoptă (Groth-Marnat, 2003).

1.2. Rolul psihologului în evaluarea psihologică

Rolul central al psihologilor clinicieni, încă de la începuturile psihologiei clinice, este legat de evaluarea psihologică. Pentru a îndeplini acest rol, psihologii clinicieni trebuie să integreze o gamă largă de date și să aducă în centrul atenției diverse domenii de cunoștințe, ceea ce face ca acest rol să fie mai complex decât administrarea și cotarea instrumentelor psihologice. La începuturile psihologiei rolurile unui psihometrist și ale un clinician care efectua o evaluare psihologică nu erau distincte, clare. Ulterior, activitatea acestor profesioniști s-a diferențiat, evoluția într-un domeniu de activitate determinând progrese și în celălalt domeniu.

Principalele distincții dintre psihologul clinician și psihometrist au fost sintetizate de Groth-Marnat în felul următor (Groth-Marnat, 2003) :

Psiholog clinician	Psihometrist
<p>a. evaluarea psihologică încearcă să analizeze o persoană aflată într-o situație problematică astfel încât informațiile care decurg din această evaluare să poată fi de folos în rezolvarea cererii clientului ;</p> <p>b. testele reprezintă doar o metodă de colectare a datelor și scorul testelor nu constituie produsul final, ci numai mijloace de generare a ipotezelor ;</p> <p>c. evaluarea psihologică plasează datele într-o perspectivă mai largă, concentrându-se pe rezolvarea problemelor și pe luarea deciziilor.</p>	<p>a. psihometriștii au tendința de a utiliza testele pentru a obține date, punând accent pe aspectele administrative și tehnice ale testării ;</p> <p>b. abordarea lor este în principal orientată către obținerea de date și produsul final este adeseori reprezentat de o serie de descrieri ale unor trăsături sau abilități ;</p> <p>c. descrierile testării sunt de obicei independente de contextul general în care evoluează persoana și nu abordează problemele unice cu care se confruntă aceasta.</p>

Pentru a defini mai bine rolul psihologului clinician în evaluarea psihologică vom porni de la perioada de început a psihologiei. Construirea inițială a testelor psihologice, având drept scop măsurătorile de grup ale inteligenței, a înregistrat un succes demn de remarcat în special în mediile militare și industriale unde metodele de intervievare individuală și de anamneză erau prea scumpe și consumau prea mult timp. Marele avantaj al testelor de inteligență orientate către obținerea de date a fost că acestea păreau a fi obiective, se puteau aplica unui număr mare de subiecți, iar rezultatele permiteau o clasificare a subiecților (Groth-Marnat, 2003). Predicțiile acestora au fost în general corecte și utilizabile. Acest fapt a dus însă la o așteptare anticipată, în sensul în care toate evaluările ar putea fi efectuate folosind aceeași metodă și ar furniza un nivel similar de precizie și utilitate. Strategiile ulterioare de evaluare au încercat să imite metodele anterioare de testare a inteligenței pentru variabile precum personalitatea și diagnosticul psihiatric.

În concordanță cu acest tip de abordare psihometrică s-a dezvoltat strategia de utilizare a „bateriei de teste” care ar putea crea o imagine completă a persoanei. Obiectivul a fost dezvoltarea unei descrieri globale, dar definitive a persoanei folosind metode pur obiective. Acest tip de abordare a încurajat ideea conform căreia instrumentul psihologic constituia cel mai bun demers de evaluare psihologică, minimalizând importanța altor tehnici. Regăsim utilitatea acestei perspective în evaluarea diferențelor individuale, prin măsurarea punctelor forte și punctelor slabe dezvoltate, și în studiul personalității, prin elaborarea unei taxonomii relevante a trăsăturilor și apoi crearea unor teste pentru a măsura aceste trăsături (Groth-Marnat, 2003). Dar toate aceste demersuri au pus mai degrabă accent pe instrumente, ca având o importanță primară, și mai puțin accent pe rezultatul obținut de psihologul clinician. Acest fapt a dus la apariția unei înclinații mai mult către abilitățile administrative. În acest context, rolul psihometristului se regăsea în administrarea, cotarea și interpretarea testelor. Deși abordarea psihometrică obiectivă se aplică la modul cel mai adecvat testelor de abilități, cum ar fi cele care măsoară inteligența sau abilitățile mecanice, totuși utilitatea ei scade când cei care o folosesc încearcă să evalueze trăsături (particularități) ale personalității, deoarece variabilele de personalitate sunt mult mai complexe și, prin urmare, trebuie validate în contextul istoric, al observațiilor comportamentale și al relațiilor interpersonale (Groth-Marnat, 2003). Cercetările marilor chestionare

de personalitate au evidențiat faptul că utilitatea abordării psihometrice pur obiective este discutabilă atunci când este folosită pentru evaluarea problemelor de viață (nevroze, psihoze, tulburări de personalitate etc.). Acest aspect este surprins în evaluarea psihologică, care se dovedește a fi cea mai utilă în înțelegerea și evaluarea personalității și în special ale problemelor de viață, fiind centrată pe o situație specială care are legătură cu o anumită persoană. Astfel, rolul central al clinicianului care efectuează o evaluare psihologică este cel al unui expert în comportamentul uman care trebuie să gestioneze procese complexe, să înțeleagă și să interpreteze rezultatele testelor în contextul vieții unei persoane, dar în același timp să ia în considerare existența socială (Woody, 1980). Acest rol necesită ca psihologul clinician :

- să dețină cunoștințe legate de domeniile care implică problemele respective și, pe baza acestor cunoștințe, să-și formeze o idee generală referitoare la comportamentele de observat și domeniile în care să colecteze date relevante ;
- să conștientizeze existența unei cauzalități multiple care vizează, pe lângă aspectele individuale, și influențele interacționale și ale relațiilor multiple ;
- să fie familiarizați cu noțiunile principale legate de măsurare și practica clinică. Aceasta include statisticile descriptive, fiabilitatea (și eroarea de măsurare), validitatea (și semnificația rezultatelor testelor), interpretarea normativă, selectarea testelor corespunzătoare, proceduri administrative, variabile legate de diversitate (etnie, rasă, vârstă, sex), testarea persoanelor cu dizabilități și un volum adecvat de *experiență supervizată* (Turner *et al.*, 2001) ;
- să dețină cunoștințe de bază referitoare la cerințele, tipurile de întrebări de referință și așteptările în diferite contexte la care clientul trebuie să se adapteze (locul de muncă, educația, vocația, cariera, starea de sănătate psihică, psihiatrică, medicală sau posibile aspecte juridice cu care se poate confrunta clientul).

Mai mult, psihologii clinicieni ar trebui să cunoască principalele ipoteze interpretative în testarea psihologică, să fie capabili să identifice, să analizeze și să evalueze o serie de ipoteze pentru a determina care dintre acestea sunt cele mai relevante și mai adecvate clientului său. Psihologii clinicieni trebuie să înțeleagă la nivel conceptual ceea ce încearcă să testeze fiecare dispozitiv de evaluare, de aceea, pe lângă deținerea de cunoștințe referitoare la denumirile și definițiile pentru diferite tipuri de tulburări emoționale sau tulburări de gândire, clinicienii ar trebui să dețină și criteriile operaționale detaliate pentru acestea.

Spre exemplu, conceptul de inteligență, deși poate să pară simplu de interpretat, implică o varietate de abilități cognitive, este influențat de factorii culturali, de evoluții sau performanțe variate în condiții diferite și este determinat de aspectele legate de natura tipului de inteligență măsurată. Dacă psihologii clinicieni nu sunt familiarizați cu aceste domenii, nu vor fi pregătiți corespunzător pentru a gestiona datele obținute la un test de inteligență. Datele obținute în cadrul evaluării psihologice trebuie integrate în cunoștințele psihologice generale relevante, precum și în cele oferite de psihologia anormalității, psihologia adaptării, neuropsihologia clinică, intervenție și psihoterapie sau managementul de bază al cazurilor. Formarea de bază a psihologilor clinicieni se concentrează mai degrabă pe dezvoltarea competențelor în administrare și cotare și mai puțin pe dezvoltarea cunoștințelor care au legătură cu ceea ce testează sau este supus testării sau pe integrarea cunoștințelor în interpretarea rezultatelor testelor în vederea obținerii unei descrieri relevante a persoanei, pentru a dezvolta răspunsuri relevante la întrebări specifice care să ajute la

rezolvarea problemelor și la facilitarea procesului de luare a deciziilor (Groth-Marnat, 2003). Deși pune accent pe persoană, descrierea din cadrul evaluării psihologice ar trebui să țină cont de complexitatea mediului social în care evoluează aceasta, istoricul personal și observațiile comportamentale.

1.3. Supervizarea clinică

Un alt rol al psihologului clinician experimentat vizează supervizarea clinică. În sensul cel mai larg, supervizarea reprezintă o intervenție oferită de un membru mai avansat în teoria și practica unei profesii către un membru începător sau către alți membri ai aceleiași profesii (Thomas și Hersen, 2010). Această relație se extinde pe o anumită durată de timp, vizează și un aspect evaluativ și are ca obiective sporirea funcționării profesionale a persoanelor mai tinere, monitorizarea calității serviciilor profesionale oferite clienților de supervizați, iar pentru cei care urmează să intre în profesie, asumarea rolului de observatori (Bernard și Goodyear, 2004). Altfel spus, supervizarea reprezintă o alianță de lucru între practicieni, în cadrul căreia aceștia țin să sporească practica clinică, să îndeplinească obiectivele și standardele de bune practici ale organizației angajatoare, dar și ale profesiei, să îndeplinească standardele etice, profesionale prin oferirea de sprijin și încurajare în legătură cu practica profesională (Kavanagh *et al.*, 2002). Supervizarea implică observarea, evaluarea, oferirea de feedback, încurajarea autoeficacității, facilitarea autoevaluării supervizatului și acumularea de cunoștințe și abilități prin pregătire, modelare și rezolvarea reciprocă a problemelor (Falender și Shafranske, 2004).

Obiectivele principale ale supervizării clinice au în vedere încurajarea dezvoltării profesionale a supervizatului, insuflarea și dezvoltarea abilităților și atitudinilor necesare, asigurarea faptului că stagiarii care nu reușesc să dezvolte suficiente abilități și atitudini nu li se dă voie să practice independent, monitorizarea și protejarea bunăstării clientului, promovarea practicii etice și asistarea stagiarii în dezvoltarea unor meta-competențe sau a unor competențe de ordin superior ca psihologi profesioniști (Bernard și Goodyear, 2004 ; Falender și Shafranske, 2007).

Analizând numeroase definiții ale supervizării, Thomas și Hersen au evidențiat cele mai importante caracteristici ale supervizării clinice (Thomas și Hersen, 2010) :

- a. *Supervizarea reprezintă, înainte de toate, o relație*, întotdeauna se petrece în context relațional (Watkins, 1997a), iar supervizorii competenți sunt atenți la dinamicile relaționale care conturează formarea, evoluția și rezultatele supervizării. Aspectul relațional este întărit de constatarea că persoanele supervizate se orientează către supervizorii care dețin bune abilități interpersonale și care pot demonstra în mod eficient sprijin, empatie și respect (Henderson, Cawyer și Watkins, 1999), iar supervizorii eficienți se consideră a fi mai degrabă participanți în procesul de supervizare decât observatori externi ai procesului de terapie.
- b. *Supervizarea este un proces de durată* deoarece, pentru ca activitatea de supraveghere să fie eficientă, este necesară construirea unei relații puternice de lucru (Bernard și Goodyear, 2004 ; Watkins, 1997a). Cele mai multe relații care au la bază activitatea de supervizare continuă ani de zile, dar există și situații în care pot fi limitate la câteva luni din cauza constrângerilor unui program de formare.

- c. *Procesul de supervizare îmbunătățește funcționarea profesională.* Scopul explicit al relației de supervizare este de a ajuta stagiarii să dezvolte și să perfecționeze cunoștințele, atitudinile, abilitățile și valorile esențiale pentru practicarea competență a profesiei (Bernard și Goodyear, 2004). *Supervizarea formativă* are o importanță crucială pentru insuflarea abilităților și competențelor de bază, în timp ce *supervizarea continuă* are ca scop menținerea activității la standardele de practică profesională prin actualizarea abilităților și cunoștințelor la noile descoperiri din domeniu.
- d. *Supervizarea are drept scop preocuparea vigilentă pentru interesul superior al tuturor clienților implicați*, asigurarea sănătății și a bunăstării clientului. Asociația Psihologilor din America (APA) consideră că monitorizarea îngrijirii clientului este o cerință etică esențială pentru supervizori (APA, 2002), iar responsabilitatea monitorizării progresului și a performanței stagiariilor de către supervizori este strâns legată de evitarea prejudiciilor clienților individuali (Vasquez, 1992).
- e. *Supervizorii sunt solicitați să armonizeze rolul de dezvoltare al stagiariilor și cel de supraveghere.* Aceasta implică îmbinarea rolurilor de predare, mentorat și supraveghere, cu obligația permanentă de evaluare a cunoștințelor și activității acestora, precum și de luare a unor decizii în funcție de rezultatele și progresele obținute (Johnson, 2007). Acest aspect implică faptul că stagiarii care nu dețin abilități suficiente sau nu dețin un anumit grad de adecvare psihologică vor relua unele etape ale formării lor sau chiar pot fi excluși din programul de training. Supervizorii sunt solicitați să mențină un grad adecvat de obiectivitate și de perspectivă astfel încât să poată oferi supervizațiilor feedbackuri precise formative și cumulative (Thomas și Hersen, 2010).
- f. *Supervizarea este alcătuită din competențe multiple de supraveghere.* Deși competența de supervizare reprezintă un meta-construct, cercetările au evidențiat faptul că supervizorii competenți au abilitatea de a furniza numeroase competențe individuale (Falender și Shafranske, 2007 ; Johnson, 2007). Competențele esențiale includ pregătire și îndrumare în efectuarea profesiei, susținerea identității profesionale a persoanei supervizate și comunicarea unor păreri și perspective alternative (Watkins, 1997a).
- g. *Supervizarea este separată de predare, psihoterapie și consiliere*, deși poate să le includă. Bernard și Goodyear (2004) formulează în mod clar contururile existente între rolul de supervizare și alte roluri îndeplinite de obicei de psihologi. Ca și profesorii, supervizorii împărtășesc cunoștințe și se angajează în evaluare. Ca și psihoterapeuții, supervizorii abordează gândurile, comportamentele și sentimentele problematice ale persoanelor supervizate și indică punctele nevalgice personale ale acestora. Ca și consilierii, supervizorii încearcă să ajute persoanele supervizate să lucreze mai eficient ca profesioniști. Diferența este că supervizarea e determinată de nevoile persoanei supervizate și ale clientului, și nu de un curriculum. Supervizorii ajută persoanele supervizate să exploreze probleme personale numai dacă acestea contribuie la creșterea eficienței lucrului cu clienții și dacă supervizarea este mai vastă și mai durabilă decât consilierea. Supervizarea are ca obiectiv dezvoltarea generală a clinicianului, în timp ce consilierea abordează adesea un deficit specific sau un caz problematic.

În multe privințe, formarea profesională eficientă în psihologie depinde de procesul de supervizare clinică care oferă structura și cadrul pentru a învăța cum să se aplice teoria, cunoștințele și procedurile clinice în vederea îmbunătățirii, ameliorării, depășirii sau rezolvării problemelor cu care se confruntă omul (Falender și Shafranske, 2004). Watkins (1997a) consideră că supervizarea este importantă deoarece, printre alte posibilități, oferă

supervizațiilor feedback la performanța lor, îndrumare în legătură cu ceea ce au de făcut atunci când se află în situații ambigue sau de necesitate, le oferă ocazia de a obține păreri și perspective alternative privind dinamica pacientului, intervențiile sau cursul tratamentului, stimulează și sporește curiozitatea legată de pacienți și experiența de tratament, contribuie la procesul de formare a unei „identități” a psihologului și servește ca „bază de securitate” în procesul de învățare și exercitare a profesiei (Watkins, 1997a).

Numeroase studii în literatura de psihologie profesională indică faptul că supervizarea clinică rămâne una dintre cele mai importante activități profesionale ale psihologilor clinicieni, atât din mediile academice, cât și în cele de practică a psihologiei clinice și psihoterapiei (Falender *et al.*, 2004). Majoritatea psihologilor raportează faptul că supervizarea reprezintă o componentă-cheie a identității lor profesionale, iar majoritatea supervisorilor o oferă în timpul săptămânii de lucru (Robiner și Schofield, 1990). Cu toate că supervizarea este esențială pentru dezvoltarea profesională a psihologilor clinicieni și pentru practica ulterioară, foarte puține programe de training oferă o instruire detaliată în ceea ce o privește. Complexitatea acestei formări este legată de specificul acestei activități formative care, în cea mai mare parte, este un proces care se învață la locul de muncă sau prin participarea sau asistarea la nenumărate ore de supervizare, de dorit sub îndrumarea mai multor supervizori diferiți (Watkins, 1997b). Numeroși specialiști au remarcat lipsa unei standardizări a procesului de supervizare, în special la nivel universitar, precum și lipsa unor cerințe minime în pregătirea în supervizare. Deși baza teoretică a supervizării a început să se consolideze recent (Bernard și Goodyear, 2004 ; Falender și Shafranske, 2004), principiile și standardele de supervizare rămân încă evazive.

Cu toate că supervizarea în psihologia clinică reprezintă o activitate importantă a psihologilor practicieni, studiile arată că mai puțin de 20% dintre supervizori au primit o pregătire formală în supervizare. Totuși, la Conferința de Competențe, care s-a desfășurat în Scottsdale, Arizona, în anul 2002, s-a vorbit despre începuturile unui proces de definire amănunțită a competenței de supervizare (Kaslow, 2004).

Fiind o componentă centrală în formarea absolvenților de studii universitare în psihologia clinică, asigurarea supervizării clinice a cunoscut o evoluție și o transformare în ceea ce privește dezvoltarea de competențe mai explicite. Cu toate că psihologii au demonstrat dintotdeauna interes în pregătirea unor colegi de breaslă profesioniști, asigurarea competenței pentru psihologii angajați în formare este în prezent încadrată ca o obligație de ordin etic și profesional (Vasquez, 1992). Transformarea pe care acest domeniu o experimentează poate fi rezumată ca o trecere de la învățarea modului de a supraveghea (clinic), prin observare sau instruire la locul de muncă, la instrucțiuni și criterii ale modului în care se măsoară competența (Thomas și Hersen, 2010). Printre primele încercări de a defini competența în supervizare sunt cele ale lui Peterson și Bry (1980), care au conceptualizat patru dimensiuni ale competenței : responsabilitatea profesională, căldura interpersonală, inteligența și experiența. Ulterior, Pope și Brown (1996) au redus acest model la două dimensiuni vaste : competența intelectuală și competența emoțională. Supervizarea clinică eficientă permite stagiariilor să dezvolte competențele în calitate de psihologi, pe măsură ce progresează în mod continuu de la statutul de începători la cel de profesioniști care funcționează autonom (Holloway, 1992 ; Rosenbaum și Ronen, 1998). Majoritatea autorilor tind în prezent să fie de acord cu faptul că competența se referă la gradul de adecvare a psihologilor la această profesie, reflectat în acumularea și manifestarea corespunzătoare a cunoștințelor, atitudinilor și abilităților specifice (Rubin *et al.*, 2007).

Cercetătorii s-au întrebat ce anume face ca un psiholog clinician să fie competent pentru a fi mentor? Până nu de mult se considera că un psiholog clinician potrivit va fi și un supervisor potrivit (Falender și Shafranske, 2004, 2007). Rezultatele cercetărilor arată faptul că, în practică, mulți supervizori eșuează în încercarea lor de a-și adapta în mod competent intervențiile și abordările astfel încât acestea să se potrivească unor persoane supervizate diferit, în contexte unice, cu clienți diferiți (Shanfield *et al.*, 1992). Mai mult, există dovezi conform cărora o mare parte din activitatea de supervizare și mentorat este, în cel mai bun caz, marginală; mai mult, există adeseori o diferență foarte semnificativă între supervizorii cu competențe minim adecvate și cei cu competențe superioare (Ragins, Cotton și Miller, 2000). În același timp, mulți teoreticieni ai supervizării au început să accentueze importanța factorilor comuni în diferite modele de supervizare (Holloway, 1992; Ladany, Ellis și Friedlander, 1999). Un model cunoscut este cel al lui Falender *et al.* (2004), care propune cinci factori supra-ordonați esențiali care influențează toate elementele competenței de supervizare:

1. dobândirea competenței de supervizare reprezintă un proces cumulativ, de dezvoltare, care se desfășoară pe tot parcursul vieții;
2. diversitatea, sub toate formele ei, are legătură cu toate aspectele procesului de supervizare și necesită competențe specifice;
3. atenția acordată aspectelor legale și etice este esențială;
4. trainingul este influențat atât de factori profesionali, cât și de factori personali, incluzând valorile, credințele, prejudecățile și conflictele interpersonale;
5. autoevaluarea și evaluarea colegilor au loc în mod regulat pe parcursul desfășurării procesului de supervizare.

Toate aceste rezultate conduc spre stabilirea activității de supervizare ca un domeniu esențial de competență în cadrul disciplinei. Acest lucru ar însemna că programele de pregătire și psihologii individuali ar trebui să aibă obligația etică de a se asigura de faptul că persoanele care desfășoară activitatea de supervisor sunt bine pregătite, informate și competente în practica de supervizare clinică (Falender *et al.*, 2004; Vasquez, 1992).

Pentru a deveni un supervisor competent este nevoie de o tranziție semnificativă de la statutul de psiholog clinician (Falender și Shafranske, 2004), rezultat al mai multor ani de experiență după obținerea licenței (unii autori recomandă minim trei ani de experiență după obținerea licenței în care să fi avut pregătire și/sau experiență în supervizare [Thomas și Hersen, 2010]).

În același timp, o echipă interdisciplinară (psihologii, educatorii și evaluatorii) trebuie să stabilească standarde explicite și măsurabile pentru competență. Apoi, supervizorii în formare trebuie să fie pregătiți pentru procesul/activitatea de supervizare, prin aprofundarea oportunităților relevante de instruire, dobândire a experienței și autoevaluare (Getz, 1999).

Concluzii

Rolul psihologului clinician în societatea contemporană este un subiect care deja a început să fie dezbătut în numeroase tratate și studii publicate în literatura de specialitate. Succinta și limitata noastră prezentare asupra acestui subiect a reușit doar să creioneze diversitatea,

vastitatea și complexitatea acestui subiect. Nu numai că societatea contemporană are așteptări din ce în ce mai mari de la profesioniștii din domeniul psihologiei, dar chiar profesioniștii sunt conștienți de responsabilitatea muncii lor, de unde necesitatea unei formări profesionale riguroase, științifice, competente și în continuă adaptare la necesitățile condiției omului modern. Foarte probabil, viitorul evaluării psihologice va fi influențat de tendințele de a utiliza evaluarea computerizată, adaptarea acesteia la sistemul de sănătate și asistență medicală și la serviciile de asistență medicală la distanță (Groth-Marnat, 2000). Privite din perspectiva criteriului eficienței, evaluările computerizate pot fi valorizate prin prisma procesului rapid de punctare, a stabilirii unor reguli complexe de decizie, a reducerii contactului client-practician, a prezentării stimulilor la nou (realitatea virtuală) și a generării de ipoteze interpretative (Groth-Marnat, 2003). Această eficientizare a timpului este stimulată mai ales de politicile de economisire a costurilor pentru asistența medicală, fapt ce le va cere psihologilor să demonstreze eficiența costurilor serviciilor pe care le furnizează (Groth-Marnat, 1999; Groth-Marnat și Edkins, 1996). Pentru evaluare, acest lucru înseamnă corelarea ei cu planificarea tratamentului. Astfel, cel mai probabil, viitoarele rapoarte psihologice se vor concentra mai puțin pe dinamicile clientului și vor acorda mai mult timp detaliilor legate de strategiile specifice de intervenție (Groth-Marnat, 2003).

La fel de provocator este și rolul pe care evaluarea îl va juca cu privire la serviciile psihologice la distanță (Leigh și Zaylor, 2000). Rolul tradițional al psihologilor profesioniști de interacțiune față în față cu clientul va fi înlocuit cu cel care ar presupune dezvoltarea și monitorizarea noilor aplicații, dar și consultarea și colaborarea cu pacienții în privința rezultatelor (Groth-Marnat, 2003).

În ceea ce privește supervizarea, structura modului de a învăța activitatea de supervizare este în continuă evoluție. Din ce în ce mai mulți specialiști sunt interesați de delimitarea competențelor de bază necesare rolului psihologului supervisor, precum și a unor programe de studiu care identifică în mod explicit cunoștințele, abilitățile și valorile care sunt asamblate pentru a forma o competență clinică și care dezvoltă strategii de învățare și proceduri de evaluare care să îndeplinească criteriile de competență menționate în conformitate cu practicile și cerințele bazate pe dovezi ale locației de tratament clinic. Procesul de pregătire cu privire la supervizare se confruntă cu unele provocări, inexistente în formarea absolvenților de psihologie pentru a deveni administratori, consultanți, profesori sau cercetători.

Bibliografie

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Bamgbose, O., Smith, G.T., Jesse, R.C., Groth-Marnat, G. (1980). A survey of the current and future directions of professional psychology in acute general hospitals. *Clinical Psychologist*, 33, 24-25.
- Bernard, J.M., Goodyear, R.K., (1992). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Boston : Allyn & Bacon.
- Bernard, J.M., Goodyear, R.K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.

- Camara, W.J., Nathan, J.S., Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Falender, C.A., Shafranske, E.P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: APA.
- Falender, C.A., Shafranske, E.P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 232.
- Falender, C.A., Cornish, J.A.E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N.J., Leventhal, G. et al. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of clinical psychology*, 60(7), 771-785.
- Garb, H.N., Wood, J.M., Nezworski, M.T., Grove, W.M., Stejskal, W.J. (2001). Toward a resolution of the Rorschach controversy. *Psychological Assessment*, 13, 433-448.
- Getz, H.G. (1999). Assessment of clinical supervisor competencies. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 491-497.
- Groth-Marnat, G. (1988). A survey of the current and future direction of professional psychology in acute general hospitals in Australia. *Australian Psychologist*, 23, 39-43.
- Groth-Marnat, G. (1999). Financial efficacy of clinical assessment: Rational guidelines and issues for future research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 813-824.
- Groth-Marnat, G. (2000). Visions of clinical assessment: Then, now, and a brief history of the future. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 349-365.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (4th ed.). John Wiley and Sons.
- Groth-Marnat, G., Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 161-174.
- Henderson, C.E., Cawyer, C.S., Watkins Jr., C.E. (1999). A comparison of student and supervisor perceptions of effective practicum supervision. *The Clinical Supervisor*, 18(1), 47-74.
- Holloway, E.L. (1992). Supervision: A way of teaching and learning. In S.D. Brown & R.W. Lent, *Handbook of counseling psychology* (2nd ed.) (pp. 177-214). New York: Wiley.
- Johnson, W.B. (2007). Transformational supervision: When supervisors mentor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 259.
- Kaslow, N.J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774.
- Kavanagh, D.J., Spence, S.H., Wilson, J., Crow, N. (2002). Achieving effective supervision. *Drug and Alcohol Review*, 21(3), 247-252.
- Kinder, B.N. (1994). Where the action is in personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 62, 585-588.
- Ladany, N., Ellis, M.V., Friedlander, M.L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 447-455.
- Leigh, J., Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 478-483.
- Peterson, D.R., Bry, B.H. (1980). Dimensions of perceived competence in professional psychology. *Professional Psychology*, 11(6), 965.
- Piotrowski, C. (1999). Assessment practices in the era of managed care: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 787-796.
- Pope, K.S., Brown, L.S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. American Psychological Association.
- Ragins, B.R., Cotton, J.L., Miller, J.S. (2000). Marginal mentoring: The effects of type of mentor, quality of relationship, and program design on work and career attitudes. *Academy of management journal*, 43(6), 1177-1194.
- Robiner, W.N., Schofield, W. (1990). *References on supervision in clinical and counseling psychology*.
- Rosenbaum, M., Ronen, T. (1998). Clinical supervision from the standpoint of cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 220.

- Rubin, N.J., Bebeau, M., Leigh, I.W., Lichtenberg, J.W., Nelson, P.D., Portnoy, S. *et al.* (2007). The competency movement within psychology : An historical perspective. *Professional Psychology : Research and Practice*, 38(5), 452-462.
- Shanfield, S.B., Mohl, P.C., Matthews, K.L., Hetherly, V. (1992). Quantitative assessment of the behavior of psychotherapy supervisors. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 352-357.
- Thomas, J.C. (2010). *Handbook of clinical psychology competencies*. M. Hersen (Ed.). Springer.
- Thomas, J.C., Hersen, M. (2010). *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. Springer.
- Turner, S.M., DeMers, S.T., Fox, H.R., Reed, G.M. (2001). APA's guidelines for test user qualifications. *American Psychologist*, 56, 1099-1113.
- Vasquez, M.J. (1992). Psychologist as clinical supervisor : Promoting ethical practice. *Professional Psychology : Research and Practice*, 23(3), 196.
- Vasquez, M.J. (1992). Psychologist as clinical supervisor : Promoting ethical practice. *Professional Psychology : Research and Practice*, 23(3), 196.
- Watkins, C.E. (1991). What have surveys taught us about the teaching and practice of psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 56, 426-437.
- Watkins, C.E. (1997a). Defining psychotherapy supervision and understanding supervisor functioning. *Handbook of psychotherapy supervision*, 3-10.
- Watkins, E. (Ed.) (1997b). *Handbook of psychotherapy supervision*. New York : Wiley.
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 26, 54-60.
- Woody, R.W. (Ed.) (1980). *Encyclopedia of clinical assessment* (Vol. 1). San Francisco : Jossey-Bass.

2. Sistemul nervos și comportamentul

Mona Vintilă

Universitatea de Vest din Timișoara

Rezumat

Sistemul nervos permite reglarea temporală și spațială a interacțiunii dintre individ și mediu prin cuplarea mecanismelor de adaptare la rețeaua moleculară, celulară și neurală a organismului (Wolf și Linden, 2012). Mecanismele de reglare și variație la aceste diferite niveluri funcționale, precum și interacțiunile lor cresc adaptabilitatea individului (Wolf și Linden, 2012).

Diversele tipuri de proteine reglatoare și ARN-ul mitocondrial au propriile expresii la nivel cerebral și conduc la adaptări neuronale, tulburări de comportament și chiar neuropatologie. Astfel, prin tulburări ale secreției proteinelor sinaptice reglatoare expresia va fi la nivelul hipocampului, amigdalei, insulei, cortexului cingular anterior, cortexului orbito-frontal, ariei tegmentale ventrale, substanței negre, nucleului caudat, putamenului, nucleului accumbens, scoarței senzoriale și motorii, iar consecința o reprezintă supraviețuirea neuronală structurală și funcțională, adaptarea memoriei, a învățării și a stresului, tulburări legate de stres (Molteni *et al.*, 2010), depresie (de Foubert *et al.*, 2007), adicții (Bramham *et al.*, 2010), tulburări cognitive (Wang *et al.*, 2006), ale memoriei emoționale (Eriksson *et al.*, 2011) și ale comportamentului sexual (Barrot *et al.*, 2005).

2.1. Dragostea romantică și cea maternă

Noile tehnologii care permit studiul corelatelor neurale ale stărilor mintale subiective prin tehnici de imagistică au permis neurobiologilor să înceapă să cunoască bazele neurale ale dragostei romantice și ale celei materne. Ambele tipuri de atașament activează regiuni specifice, precum și regiuni comune în sistemul de recompensă cerebrală, care coincid în arii bogate în receptorii de oxitocină și vasopresină. Ambele dezactivează un set de regiuni comune asociate cu emoții negative, judecare socială, în evaluarea emoțiilor și intențiilor altor persoane. Sentimentele de dragoste romantică și maternă împart aceleași arii cerebrale, dar activarea cerebrală este diferită în cele două (Zeki, 2007).

Atașamentul uman pare să implice un mecanism *push-pull* care anulează distanța socială, prin dezactivarea unor rețele folosite pentru evaluarea socială critică și emoții

negative, și conectează indivizii prin implicarea unor circuite de recompensă, explicând puterea iubirii în motivație și exaltare. Structurile nervoase corelate cu iubirea romantică sunt distincte chiar dacă împart aceleași arii cu alte emoții apropiate (Zeki, 2007). Ariile implicate în neurochimia iubirii se află în cortex, insula medială, girusul cingular anterior, hipocamp și în zona subcorticală, părți ale striatului și probabil nucleul accumbens, care, împreună, constituie regiunile centrale ale sistemului de recompensă.

Ca și ceilalți doi modulatori legați de dragostea romantică, oxitocina și vasopresina, dopamina este eliberată de hipotalamus, o structură localizată în creier care funcționează ca legătură între sistemul nervos și cel endocrin. Eliberarea de dopamină determină o stare de „bine”, dopamina părând să fie conectată strâns nu doar cu formarea de relații, ci și cu relațiile sexuale, care sunt percepute ca o recompensă și un exercițiu de a experimenta starea de bine. O creștere a dopaminei este însoțită de o scădere de serotonină, de care se leagă pofta și dispoziția. Studiile arată o scădere a serotoninei în stadiile de început ale dragostei romantice către un nivel care este comun pacienților cu tulburări obsesiv-compulsive, deci dragostea, până la urmă, este un fel de obsesie și în stadiile inițiale imobilizează gândurile și canalele în direcția unui singur individ. Oxitocina și vasopresina par să fie în mod deosebit legate de atașament și conectare, ambele fiind produse de hipotalamus și depozitate în glanda pituitară, de unde vor fi descărcate în sânge în cursul orgasmului la ambele sexe, al nașterii sau al alăptării (Zeki, 2007). Concentrația ambilor neuromodulatori crește în faza de atașament romantic intens și formare a cuplului. Receptorii pentru aceștia sunt distribuiți în multe părți ale SNC care se activează atât în dragostea romantică, cât și în cea maternă. Stimularea sexuală activează regiunile adiacente și uneori chiar suprapuse din hipotalamus, arii activate de iubirea romantică din cortexul cingular anterior și din regiunile subcorticale. Activarea hipotalamusului se realizează atât la emoțiile romantice, cât și la excitarea sexuală, dar nu în dragostea maternă. Așadar, activarea sa poate constitui componenta erotică din atașamentul romantic, dar absența în cel matern. De asemenea, excitarea romantică și orgasmul dezactivează o regiune din cortexul frontal care se suprapune pe regiunea dezactivată observată în dragostea romantică. Concluzia este că ariile implicate în dragostea romantică și excitarea sexuală sunt strâns conectate și juxtapuse (Zeki, 2007).

Atractivitatea feței este o variabilă importantă în alegerea partenerului (Fink și Penton-Voak, 2002). Aharon *et al.* (2001) au arătat că cortexul orbito-frontal medial este implicat în răspunsul la fețele atractive și cel lateral, la cele neatractive (O’Doherty *et al.*, 2003). Altă zonă implicată în codarea stimulilor cu valoare de recompensă și de evaluare a stimulilor sociali este amigdala (Baxter & Murray, 2002).

Fața persoanei iubite antrenează două regiuni corticale: insula și girusul cingular anterior, la fel ca stimulii sexuali vizuali excitanți. Fețele atractive, la fel ca ale persoanelor iubite, dezactivează nu numai cortexul frontal, ci și amigdala, ceea ce duce la o judecată mai puțin severă atunci când privim o persoană iubită sau dorită. De asemenea, cortexul orbito-frontal este conectat cu amigdala și alte arii corticale și subcorticale: cortexul cingular anterior, putamenul și nucleul caudat, care sunt implicate în experiențele de dragoste romantică. Deci experiența intimă de conexiune între dragoste și frumusețe este probabil rezultatul intimității anatomice a conexiunilor dintre centrele implicate în aceste două experiențe (Zeki, 2007).

Când subiecții umani urmăresc fotografii ale indivizilor față de care simt o dragoste romantică, activarea lor cerebrală arată foarte asemănător cu cea observată după consumul de cocaină, cu activare intensă a ariei tegmentale anterioare și a regiunilor striatului

dopaminergic. Multe zone activate sunt bogate în oxitocină, angiotensină-vasopresină și respectiv receptorii lor (Wise, 2002). Vizualizarea unor fotografii ale partenerului iubit a arătat o activitate concentrată în zona de mijloc a insulei, cortexul cingular anterior, capul nucleului caudat, aria tegmentală ventrală (VTA), putamenul, hipocampusul posterior bilateral, girusul frontal inferior stâng, girusul temporal mijlociu stâng și cerebelul (Bartels și Zeki, 2004), cât și în lobul parietal drept (Aron *et al.*, 2005). Rolul central al sistemului motivațional dopaminergic a fost de asemenea dovedit.

Modele similare apar când mamele văd imagini cu copiii lor, ceea ce arată suprapunerea dintre mecanismele neurale din atașamentul matern și cele din dragostea romantică. În plus, în aria tegmentală anterioară și striat există o activitate substanțială în cursul ejaculării la bărbat (Wise, 2002).

Rezultatele aduc dovezi asupra faptului că prezentarea numelui persoanei iubite comparativ cu cel al unui prieten activează un anumit pattern de activitate cerebrală, acesta fiind mai activ la persoanele care iubesc mai mult. Atât dragostea, cât și pasiunea stimulează sistemul emoție-motivație-dopamină (Aron *et al.*, 2005).

La persoanele îndrăgostite apare o activare în regiunea tegmentală anterioară, componentă a sistemului cerebral de recompensă (Schultz, 2000) asociat cu plăcere, excitație generalizată, atenție focusată și motivația de a urmări și a obține recompensa (Schultz, 2000). Regiunea tegmentală anterioară trimite proiecții către numeroase alte regiuni ale creierului, inclusiv către nucleul caudat în regiunile sale medial-drepte și posterodorsale (Aron *et al.*, 2005). Caudatul are rol în detectarea recompensei și în așteptări, în reprezentarea scopurilor, precum și în integrarea informațiilor senzoriale în vederea pregătirii pentru acțiune (O'Doherty *et al.*, 2002).

Și la om, ca și la animale, canalele mezolimbice ale dopaminei din sistemul de recompensă al creierului joacă un rol în senzațiile de plăcere, atenție focusată, motivație și comportamente orientate spre scop, asociate cu dragostea romantică. Alți neurotransmițători sunt probabil de asemenea implicați, inclusiv glutamatul din sistemul mezocortical, contribuind la eliberarea dopaminei din aria tegmentală anterioară și/sau semnalele rapide din cortexul prefrontal legate de recompensă (Lavin *et al.*, 2005).

2.2. Iubirea romantică

Ariile profunde cerebrale care sunt activate în cursul iubirii romantice sunt strâns conectate cu alte arii, atât corticale, cât și subcorticale. Astfel, apar conexiuni cu cortexul frontal, parietal și temporal, precum și cu amigdala. Creșterea activității în aria romantică este oglindită de scăderea activității în aceste zone corticale. Amigdala este cunoscută ca fiind implicată în situații de anxietate și dezactivată în situații când subiectul vede imagini ale partenerului sau în cursul ejaculării, care implică o scădere a anxietății. Pasiunea din dragostea romantică este oglindită de o suspendare a judecății sau o relaxare a criteriului judecății prin care evaluăm alți oameni și care reprezintă o funcție a cortexului frontal. Cortexul frontal împreună cu cel parietal și cel temporal au fost găsite implicate în emoții negative (Zeki, 2007).

Dragostea romantică implică în mod specific regiuni subcorticale care mediază recompensa, precum aria tegmentală anterioară, striatul anterior și nucleul accumbens (Schultz, 2000). Multe dintre aspectele comportamentale ale iubirii romantice indică faptul că

aceasta poate fi ca o reacție de recompensă la cocaină, cu energie excesivă, lipsa somnului și pierderea apetitului (Fisher, 1998). Injecțiile cu cocaină activează aria tegmentală anterioară la oameni (Breiter *et al.*, 1997). Recompense secundare, cum ar fi banii, activează nucleul accumbens, regiunea subcaloasă și aria tegmentală anterioară (Breiter *et al.*, 2001). Ciocolata, ca recompensă alimentară, activează aria tegmentală anterioară și regiunea subcaloasă (Small *et al.*, 2001). Aceste regiuni scad activitatea metabolică odată cu scăderea dorinței pentru mai multă ciocolată.

În formarea cuplurilor umane, importanța neocortexului și capacitatea acestuia de a modifica funcțiile subcorticale nu pot fi ignorate. Rezultatele unor studii anatomice și farmacologice indică faptul că sunt zone cerebrale critice în formarea cuplurilor – cortexul prefrontal, nucleul accumbens și pallidumul ventral. Aceste regiuni sunt de asemenea implicate în sistemul de recompensă mezolimbic al dopaminei, procesele de recompensă depinzând de sistemul dopaminergic mezocorticolimbic ce conține neuroni dopaminergici în aria tegmentală ventrală și proiecțiile lor către nucleul accumbens, cortexul prefrontal și alte arii (Wise, 2002).

Mecanismul neural pentru atașament este complex, flexibil și, foarte probabil, integrat cu multe alte componente cerebrale (Kendrick, 2000), incluzând probabil și opioidele (Moles *et al.*, 2004). Datele sugerează că sistemele neurale pentru atracție, curtare și atașamentul față de partener conlucrează, motivând indivizii să prefere un anumit partener, și îi determină să formeze un atașament față de acesta.

Între regiunile care probabil sunt implicate în circuitele neurale ale atracției și alegerea partenerului există :

- (1) nucleul caudat și alte regiuni ale ganglionilor bazali asociați cu atenția focusată, motivația, comportamentul orientat spre scop, dorința și dependența ;
- (2) cortexul cingular anterior și alte regiuni ale sistemului limbic asociate cu emoțiile, sentimentele și afectul ;
- (3) zona cortexului insular care procesează emoții și stări ale corpului ;
- (4) structuri ale cortexului prefrontal, asociat cu evaluarea recompensei, planificarea și monitorizarea, și structuri corticale asociate cu procesarea emoțională (cortexul prefrontal ventromedial).

Au fost identificate unele dintre circuitele asociate cu dorința sexuală (Karama *et al.*, 2002) ; sistemul neural pentru atracția din curtare este distinct, dar strâns legat de circuitele primare asociate cu dorința sexuală, iar ele operează în tandem. Circuitul din atracția din curtare operează în tandem și cu sisteme neurale asociate discriminării culorilor, formelor, dimensiunilor, tonului vocii, mirosurilor, postúrilor și gesturilor și alte sisteme cerebrale asociate cu percepția senzorială, memoria, evaluarea recompensei planificarea și activitățile motorii. La oameni, sistemul de motivație-emoție a evoluat într-un circuit cerebral care a fost numit dragoste romantică (Bartels și Zeki, 2004).

În cazul în care partenerul este respins, modificări neurale apar la nivelul nucleului accumbens drept, putamenului ventral, pallidumului, cortexului orbito-frontal lateral, insulei anterioare (Fisher *et al.*, 2005a ; Fisher *et al.*, 2005b). Iubiții respinși au avut o activitate semnificativ mai mare în striatul ventral, putamen și pallidum decât cei implicați în relații fericite.

2.3. Comportamentul sexual

Studiile susțin ipoteza că impulsul sexual este asociat cu activarea circuitelor cerebrale specifice și că aceste circuite sunt în mare parte diferite față de cele asociate cu dragostea romantică și atracția din perioada curtării. Urmărirea unor materiale video erotice a fost asociată, alături de excitarea sexuală, cu o puternică activare a regiunii subinsulare drepte, inclusiv nucleul caudat stâng, putamenul, girusul occipital mijlociu drept, girusul temporal mijlociu, girusul cingular bilateral, regiunile senzorio-motorii drept și premotor, precum și hipotalamusul drept (Arnow *et al.*, 2002). Urmărirea unui film erotic duce, conform lui Beaugard *et al.* (2001), la activarea sistemului limbic și paralimbic, inclusiv a amigdalei drepte, a zonei temporale anterioare drepte și a hipotalamusului. Karama *et al.* (2002) au observat atât la bărbați, cât și la femei o creștere a activității în zona cingulară anterioară, cortexul medial prefrontal, cortexul orbito-frontal, insula și cortexul occipito-temporal, precum și în amigdală și în striatul ventral. La bărbați, activarea a apărut în talamus și este mult mai crescută decât la femei, în hipotalamus, în ariile asociate cu excitația sexuală și cu comportamentul.

Se pare că există o legătură între miros și sex: aria din creier prin care simțim mirosurile, lobul olfactiv, este parte a sistemului limbic, creierul emoțional, aria în care au loc gândurile și dorințele sexuale (MacLean, 1954). Brill (1932) sugerează că oamenii se sărută pentru a-și apropia nasurile și a se putea mirosi astfel (sărutul eschimoșilor). Sau, posibil, se sărută pentru a-și uni gurile și a simți gustul celuilalt, deoarece cel mai mult din ceea ce noi numim gust depinde de miros (Hirsch, 1990).

Senzațiile olfactive pot influența arcul reflex sexual. Ereția peniană, măsură a excitației sexuale masculine, este o manifestare de secreții de la nucleii septali către sistemul limbic și mai apoi către fibrele olfactive (Weiss, 1972).

Există o conexiune directă între bulbul olfactiv și nucleul septal (MacLean, 1973), ceea ce conduce la concluzia că, din punct de vedere anatomic, mirosul poate avea un impact asupra nucleului septal pentru a induce erecția.

Mirosul poate crește excitabilitatea sexuală și reduce inhibițiile prin reducerea durerii. Legătura dintre sistemul limbic și cel olfactiv ne conduce și la un alt posibil mecanism, inducerea unui răspuns emoțional puternic asociat cu stimularea sistemului limbic, mirosul putând produce un efect de vecinătate, iar de la nivelul sistemului limbic impulsurile să ajungă inclusiv la nucleii septali, centrul excitabilității sexuale (Hirsch *et al.*, 1999).

Modelele actuale ale funcției sexuale statuează rolul combinat al sistemului nervos central și periferic în experiența orgasmului la femei. Studiile demonstrează că în orgasmul femeii sunt implicate căi neurale diferite cu circuite de tip feedback negativ, multe dintre ele similare cu cele de la bărbat (Sipski și Arenas, 2006).

La nivelul nucleului paraventricular există un grup de neuroni oxitocinergici care proiectează către arii cerebrale extrahipotalamice, inclusiv către măduva spinării (la nivel lombosacral) și facilitează funcția erectilă și contracția musculară, inclusiv cea din orgasm și copulație. A fost demonstrat că eliberarea de oxitocină, peptid cunoscut a fi implicat în conectarea psihologică, atașament și dragoste, se asociază pozitiv cu contracțiile orgasmice la femei (Meston *et al.*, 2004).

Răspunsul orgasmic activează următoarele zone cerebrale: insula, sistemul limbic (amigdala medială, hipocampusul, cortexul cingular, aria preoptică și hipotalamusul),

nucleul accumbens, ganglionii bazali (în special putamenul), cortexul parietal superior (șanțul postcentral), cortexul prefrontal dorsolateral și cerebelul, împreună cu nivelurile de mai jos ale trunchiului cerebral (Bianchi-Demicheli *et al.*, 2006).

Sistemul limbic, care este cunoscut a fi crucial în procesele emoționale la oameni (Papez, 1995), este legat de emoțiile intense resimțite în cursul orgasmului. Nucleul accumbens este de asemenea activat de plăcerea intensă resimțită în *rush*-ul determinat de droguri opioide și nicotină (Stein *et al.*, 1998); mai mult, nucleul accumbens este mai implicat în așteptările de recompensă decât în răspunsul afectivității bazale legate de recompensă (O'Doherty *et al.*, 2003). Insula intervine de asemenea în procesul de recompensă în special în precizarea unor recompense viitoare (Tanaka *et al.*, 2004).

Activarea cortexului cingular și amigdalei mediale în timpul orgasmului corespunde bine cunoscutei activări în variate aspecte legate de sexualitate, reglarea vieții emoționale, reactivitatea la stimuli emoționali, funcționarea perceptuală și motivațională, memorie (Ledoux, 1996). Activarea cortexului cingular și amigdalei mediale poate corespunde și eliberării de oxitocină (Carmichael *et al.*, 1994).

Dacă comparăm orgasmul cu excitarea sexuală, acesta este asociat cu scăderea profundă a circulației cerebrale regionale în cortexul orbito-frontal lateral stâng, în girusul temporal inferior și anterior. Scăderea alimentării sangvine în cortexul orbito-frontal lateral stâng conduce la dezinhibiția comportamentului din timpul orgasmului, iar dezactivarea lobului temporal este direct legată de excitarea sexuală intensă (Georgiadis *et al.*, 2006). Conform lui Georgiadis *et al.* (2006), cheia pentru orgasmul feminin constă într-o relaxare adâncă, în lipsa anxietăți, în timp ce stimularea senzorială genitală directă are un rol mai puțin important.

Activarea girusului cingular și a insulei (Komisaruk *et al.*, 2004), două arii cunoscute a fi implicate și în plăcere, durere, empatie, dorință, selecția partenerului, recunoașterea unor semnale sociale (Turk *et al.*, 2004), subliniază rolul cogniției în orgasmul feminin (Komisaruk *et al.*, 2004).

Orgasmul la bărbați este caracterizat de o schimbare în activitatea cerebrală, în special în emisfera dreaptă. Atât la bărbați, cât și la femei, orgasmul duce la activarea regiunilor temporale și parietale. Acesta implică un circuit cerebral comun caracterizat de activarea următoarelor regiuni: insulă, putamen, lob parietal temporal, cortex prefrontal, regiune septală și cerebel. Totuși, există mici diferențe de gen: de exemplu, o activare a amigdalei mediale se produce la femei, și nu la bărbați (Komisaruk *et al.*, 2004). Amigdala este intens implicată în medierea funcțiilor sexuale umane (Baird *et al.*, 2006). La femei, orgasmul implică specific nucleul accumbens, nucleul cingulat anterior, hipocampul, hipotalamusul și aria preoptică. Orgasmul masculin implică specific aria tegmentală ventrală conectată cu nucleul accumbens prin calea mezolimbică, talamus și cortexul vizual.

Cercetările au arătat că are loc o activare primară a zonei mezodiencefalice, inclusiv a ariei tegmentale anterioare care este implicată într-o varietate de comportamente de recompensare, în timpul ejaculării. Alte zone activate sunt cea tegmentală centrală și laterală, zona incertă, nucleul suprafascicular, nucleii talamici și putamenul lateral. Activarea neocorticală a fost găsită a fi prezentă în ariile 7, 18, 21, 23, 40 și 47 exclusiv pe partea dreaptă (Holstege, 2003).

2.4. Comportamentul alimentar

În reglarea apetitului și a ingestiei alimentare, alături de hipotalamus, roluri importante au și talamusul și striatul. Hipotalamusul primește semnale externe și comunică direct cu componentele sistemului de recompensă, cu cel emoțional și cel al memoriei, iar prin talamus – cu ariile corticale de control cognitiv. Astfel, hipotalamusul poate fi controlat/influențat de centrele corticale superioare. Deși deține un rol hotărâtor în controlul homeostaziei alimentației, el poate fi influențat de multiple componente nervoase în ingestia de hrană (Farr *et al.*, 2016).

Studiile arată că alterări ale sistemului de recompensă pot fi cauze ale dereglării apetitului și ale obezității (Garcia-Garcia *et al.*, 2014). Alimentele sunt o recompensă naturală și acționează în mod tipic pe canalele de recompensă din creier. Sunt implicați neuroni dopaminergici din aria tegmentală anterioară și substanța neagră. Nucleul accumbens, striatul și cortexul orbito-frontal sunt arii-cheie implicate în recepționarea și integrarea semnalelor dopaminergice, în vederea transpunerii în acțiune.

O serie de studii arată că niveluri mai scăzute de semnalizare dopaminergică vor determina subiectul să caute alimente care oferă o înaltă recompensă (multe calorii și multe grăsimi), care poate conduce la obezitate. Pe de altă parte, expunerea la mâncare cu conținut caloric ridicat și bogată în grăsimi duce spre un nivel mai scăzut al nivelului recompensei. Expunerea la alimente care aduc o recompensă mai mare va conduce la un grad mai ridicat de reacție față de stimuli alimentari, iar indivizii vor căuta alimentele mai des și într-o cantitate mai mare. La o mai mare expunere la alimente care aduc o înaltă recompensă, există o mai mare discrepanță între răspunsul de recompensă la stimuli alimentari și răspunsul la consumul de hrană, ceea ce va conduce la ingerarea mai multor alimente pentru a atinge recompensa așteptată. Acest lucru este susținut de o creștere a activării nucleului accumbens și a cortexului orbito-frontal în obezitate față de stimuli vizuali alimentari (Farr *et al.*, 2016).

Amigdala este aria cerebrală primară care reglează apetitul ca răspuns la emoții. Ea se activează la stimuli alimentari (Small *et al.*, 2008) și acest răspuns este crescut în copilărie, adolescență și la adulții obezi (Boutelle *et al.*, 2015). Activarea amigdalei sugerează de asemenea un consum de alimente cu multe grăsimi și bogat în calorii (Mehta *et al.*, 2012). Memoria reglată de hipocamp și de formațiuni adiacente poate de asemenea juca un rol în comportamentele alimentare disfuncționale. Se sugerează că un nivel scăzut al funcționării hipocampului conduce la o ingestie crescută de alimente și o calitate mai scăzută a acestora conduce la obezitate (Martin și Davidson, 2014). Hipocampul primește informații alimentare de la multe arii, inclusiv de la insulă, cortexul orbitofrontal, nucleul arcuat și hipotalamus (Rolls, 2008). Oamenii cu leziuni ale hipocampului nu își dau seama că le e foame și nu își amintesc dacă au mâncat, deci vor mânca din nou, chiar dacă tocmai au mâncat până la saturație (Francis și Stevenson, 2011). Obezitatea poate compromite funcționarea hipocampului, există o clară legătură între memorie, funcția hipocampului și obezitate.

Cortexul parietal se activează în cursul controlului apetitului. Indivizii normoponderali care sunt predispuși la a deveni obezi din pricina istoricului familial și obiceiurilor alimentare prezintă o mai mare activare parietală și occipitală la stimulii alimentari, chiar în stare de saturație (Cornier *et al.*, 2013). O alterare a atenției în ariile corticale parietale

și occipitale față de mâncare și stimuli alimentari conduce la creștere în greutate și rezistență la pierderea în greutate. Cortexul prefrontal reprezintă o mare parte din circuitul de control cognitiv, cuprinzând cortexul cingular, cortexul frontal inferior, aria motorie suplimentară și cortexul prefrontal dorsolateral (Aron, 2011). O greutate crescută a fost asociată cu mai puțină substanță cenușie în cortexul prefrontal, ceea ce se presupune că va conduce la deficite cognitive (Willette și Kapogiannis, 2015). Scăderile activității sistemului nervos simpatic reprezintă un factor de risc pentru creșterea în greutate și obezitate. Obezitatea viscerală se consideră a fi o tulburare neuroendocrină caracterizată prin disfuncții ale axei hipotalamo-piuitar-adrenale și activarea în paralel a sistemului nervos simpatic (Bjorntorp *et al.*, 2000). Recent, a apărut ipoteza conform căreia alterarea în mecanismul de recompensă cerebrală poate fi implicată în patogeneza tulburărilor alimentare. Anorexia nervoasă a fost mult timp conceptualizată ca fiind un sindrom dependent de înfometare, dezvoltat pentru că ingestia mai scăzută de hrană ar fi văzută inițial ca recompensatoare, pentru ca apoi să fie menținută prin condiționare la situații ce aduc recompensă (Støving *et al.*, 2009).

În mod similar, alimentația compulsivă la pacienții cu bulimie nervoasă este determinată de nevoia puternică de a mânca, asociată cu o pierdere a controlului asupra comportamentului de consum înaintea orgiei alimentare și cu reducerea tranzitorie a stărilor emoționale negative, după aceasta. Așadar, plăcerea crescută, determinată de alimentație, care urmează după consumul unei cantități mari de alimente în cursul episoadelor de orgii alimentare, ajută pacientul să-și reducă stările emoționale negative (Monteleone *et al.*, 2017).

În cadrul circuitului principal de recompensă din creier, aria tegmentală ventrală, dopamina este eliberată în nucleii accumbens (Bromberg-Martin *et al.*, 2010) și induce procese motivaționale care conduc la consumul recompensei (Volkow *et al.*, 2008). Numeroase alte regiuni limbice primesc proiecții de la aria tegmentală ventrală, precum hipotalamusul, amigdala, hipocampusul și girusul cingular (Fock și Khoo, 2013). Amigdala și hipocampusul par să dețină rolul esențial în asocierea recompensă – stimul predictor cu emoțiile pozitive determinate de recompensa propriu-zisă. Activarea dopaminergică stimulează formarea memoriei pe termen lung, astfel încât stimulii legați de recompensă și context vor fi recunoscuți în situații viitoare (Everitt și Robbins, 2005). Sistemul de recompensă cerebral integrează și stimuli bazali și emoționali precum foame, sațietate, dorință, plăcere și teamă, cu procese cognitive superioare menite să moduleze acțiuni viitoare sau reprezentarea experienței generale. Aceste procese superioare implică cortexul cingular anterior, cortexul orbito-frontal și cel prefrontal ventromedial, necesar pentru identificarea stimulilor recompensatori, inhibarea răspunsurilor emoționale și stimularea rezultatelor comportamentale (Sripada *et al.*, 2011).

Anumite studii sugerează că la pacienții cu anorexie nervoasă se reduce substanța cenușie din insulă, hipotalamus, amigdală și cortexul cingular (Frank, 2015), în timp ce la pacienții cu bulimie nervoasă se arată o reducere a volumului caudat, iar substanța cenușie rămâne la aceleași dimensiuni.

Conform lui Frank (2015), volumul redus al striatului dorsal prezice o sensibilitate la recompensă a pacienților cu anorexie și bulimie.

Se pare că întregul creier este implicat în comportamentul la stres și cel alimentar. La nivel cortical, creierul emoțional oferă „sentimente” rezultate din integrarea informațiilor aduse de intero-exteroceptori și „comportamentul motivațional” rezultat din integrarea eferențelor provenite de la cortexul cingular anterior (Damasio, 1999; Craig, 2009).

Există o comunicare la toate nivelurile cerebrale (medular, pontin, cerebel, sistem limbic, sistem talamo-cortical) între informațiile senzoriale și eferențele motorii. Insula anterioară și cingularul anterior comunică rapid prin neuroni specializați. Există și o comunicare pe verticală între cortex și etajele inferioare. Componentele cognitive ale sistemului nervos emoțional pot afecta activitatea componentelor subcorticale. Etajele subcorticale sunt capabile să regleze ingestia adecvată de hrană pentru a susține rezervele energetice, în timp ce componente ale sistemului limbic și cortexul frontal depășesc nivelul de menținere a echilibrului energetic și pot conduce la un fenotip sub- sau supraponderal. Amigdala răspunde specific atât la stimuli pozitivi, cât și la cei negativi, nucleul accumbens inervat de neuronii dopaminergici din aria tegmentală ventrală oferă motivația pentru a realiza comportamentul fie la nivel habitual automat, prin ganglioni bazali (Kelley *et al.*, 2005), fie conștient, prin cortexul prefrontal (Sgoifo *et al.*, 2009).

Creșterea nivelului de stres perceput de indivizii din societatea modernă afectează comportamentul alimentar (Lattimore și Maxwell, 2004). De fapt, studii recente arată că tristețea favorizează ingestia de alimente cu multe grăsimi sau alimente dulci care aduc o mare recompensă, în timp ce în cursul stărilor de fericire se ingeră mai multe fructe uscate (Garg *et al.*, 2007). Baza pentru acest comportament care duce la obezitate include canale corticale și subcorticale care implică învățarea și memoria recompensei și a plăcerii, la fel ca formarea obiceiului și scăderea controlului cognitiv. Nivelul crescut de hormoni de stres și alimente gustoase poate servi ca feedback care reduce nivelul stresului perceput (Pecoraro *et al.*, 2006) și, prin urmare, consolidează comportamentul de alimentație determinată de stres. Aproximativ 40% dintre oameni cresc ingestia calorică, iar 40% scad ingestia calorică atunci când sunt stresați (Block *et al.*, 2009). Se pare că cei care sunt inițial la limita superioară a normalului sau supraponderali sunt mai înclinați să își crească greutatea când sunt stresați, în timp ce aceia care sunt normali sau subponderali procedează invers (Block *et al.*, 2009).

2.5. Comportamente adictive

Se cunoaște că multe comportamente ce pot afecta circuitele de recompensă din creier conduc la pierderea controlului și la alte simptome de adicție la unele persoane (Love *et al.*, 2015).

În timp ce termenul „adicție” a fost asociat istoric cu problema exagerării consumului de droguri și/sau alcool (White, 1998), cercetarea neuroștiințifică din domeniu a schimbat înțelegerea noastră cu privire la acest fenomen în ultimele decenii. Este evident astăzi că diferite comportamente, care în mod repetat reiau circuitele de recompensă, motivație, memorie, fac parte din boala numită adicție (Leeman și Potenza, 2013).

Mecanismele comune în adicție implică substanțe psihoactive precum alcool, opioide sau cocaină, iar comportamentul patologic cuprinde dependența de jocurile de noroc, folosirea necontrolată a Internetului, jocurile pe Internet, pornografia (Love *et al.*, 2015).

Pe baza dovezilor aduse de studiile neuroștiințifice, Asociația Americană de Medicină Adictivă (ASAM) a extins în 2011 definiția adicției pentru a include atât comportamentele, cât și substanțele: „Adicția este o boală primară, cronică a circuitelor de recompensă, motivație și memorie ale creierului. Disfuncția în aceste circuite conduce la manifestări specifice biologice, psihologice, sociale și spirituale. Acestea sunt reflectate într-un individ

care urmărește în mod patologic recompensa și/sau alinarea (ușurarea) prin folosirea de substanțe și alte comportamente” (ASAM, 2015).

Toate tipurile de abuz afectează canalele mesolimbice de dopamină, ce își au originea în aria tegmentală anterioară și se proiectează în nucleul accumbens. Numit în mod uzual centrul recompensei, nucleul accumbens este intens legat de plăcere, căutarea recompensei, întărirea învățării și impulsivitate. Calea mesolimbică a dopaminei se conectează cu alte trei regiuni-cheie pentru a forma o colecție integrată de circuite numite în mod uzual sistemul de recompensă : amigdala (centrul emoțiilor pozitive și negative, memoria emoțională), hipocampul (procesează memoria de lungă durată), cortexul frontal (coordonează și determină comportamentul). Luat împreună, acest sistem de recompensă și regiunile conexe modulează printre altele plăcerea, recompensa, memoria, atenția și motivația (Volkow *et al.*, 2011).

Ariile nervoase implicate din cadrul cortexului prefrontal cuprind cortexul dorsolateral prefrontal, responsabil de componente-cheie ale funcțiilor cognitive și executive, și cortexul ventromedial prefrontal, responsabil pentru componentele de inhibiție și răspuns emoțional. Canalele mesocorticeale de dopamină afectează componenta cognitivă a sistemului de recompensă (Volkow *et al.*, 2011). Comportamentele naturale precum alimentația și sexul au evoluat astfel încât activează sistemul de recompensă prin faptul că ele consolidează comportamente necesare supraviețuirii (Potenza, 2014).

Grant, Brewer și Potenza (2006) susțin că jocul patologic de noroc, cleptomania, piromania, cumpăratul compulsiv, comportamentul sexual compulsiv sunt exemple de comportamente adictive și că studiile biochimice, de neuroimagică, genetice și de tratament sugerează o puternică conexiune neurobiologică între adicțiile comportamentale și tulburările prin abuz de substanțe. Aceste două tipuri de patologii se suprapun în multiple arii, incluzând comorbiditățile, recăderile cronice, contribuția genetică, neurobiologia, fenomenologia (pofta, intoxicația, retragerea), toleranța și răspunsul la tratament (Grant *et al.*, 2010).

În ceea ce privește transmiterea ereditară a comportamentelor adictive, Lobo și Kennedy (2006) arată că jucătorii de noroc patologici au o probabilitate de trei ori mai mare de a avea un părinte care a fost jucător patologic și o probabilitate de douăsprezece ori mai mare de a avea un bunic în această situație. Blum *et al.* (2012) au arătat că probabilitatea ca urmașii direcți ai alcoolicilor să devină alcoolici la rândul lor este de 50-60%. Ereditatea în funcție de gen pentru adicție la cocaină este de 44% la bărbați și 65% la femei, la marijuana este de 33%, respectiv 79%, la fumat – de 53%, respectiv 62% (Swendsen și Le Moal, 2011).

2.6. Comportamentul de joc pe Internet

Asociația Americană de Psihiatrie (APA) a admis de asemenea fenomenul comportamentului adictiv în DSM-5, în care a fost inclusă și tulburarea jocurilor pe Internet, deoarece „există dovezi că și comportamentul de joc activează sistemele de recompensă în mod similar cu cele activate de consumul de droguri și produce simptome comportamentale comparabile cu cele produse de tulburările declanșate de consumul de substanțe” (APA, 2013). Mai mult, este descrisă și modalitatea de diagnostic a tulburării jocurilor pe Internet, numită Internet Gaming Disorder (IGD). „Studiile sugerează că în momentul în care indivizii sunt preocupați de jocuri pe Internet anumite canale din creierul lor sunt

stimulate în același fel direct și intens ca cel al dependențelor de droguri, în contactul cu acea substanță. Jocul declanșează un răspuns neurologic care influențează senzațiile de plăcere și recompensă, iar rezultatul, în cazurile extreme, se manifestă sub forma comportamentului adictiv.” (APA, 2015)

În ceea ce privește dependența de Internet, studiile neurologice susțin ipoteza că procesele neurale sunt similare celor din adicția la substanțe (Love *et al.*, 2015). Funcțiile executive sunt sisteme de control care ne permit reglarea comportamentului care este planificat, orientat spre scop, flexibil și eficient (Anderson *et al.*, 2008). Aceste funcții sunt strâns legate de părți ale cortexului frontal, în special cortexul prefrontal dorsolateral (Yuan și Raz, 2014). Acest cortex se leagă și de ganglionii bazali (Hoshi, 2013) și astfel se constituie circuite fronto-striatale care se leagă și de nucleul caudat și putamen prin intermediul talamusului. Un alt circuit creat unește structuri limbice, precum amigdala, și structuri legate de aspecte motivaționale ale comportamentului, ca nucleul accumbens, părțile orbito-frontale și ventromediale ale zonei prefrontale a creierului (Alexander și Crutcher, 1990).

În consecință, rezultatele sugerează că în cazul pacienților cu adicții de Internet se ajunge la reducerea controlului prefrontal și a altor funcții executive (Brand *et al.*, 2014). Leeman și Potenza (2013) au arătat similitudini între tulburarea jocurilor pe Internet și dependența de substanțe la nivelul funcționării cerebrale (cortexul frontal, striatul, insula) și neurotransmițătorii implicați (dopamina, serotonina, opioidele, glutamatul, norepinefrina). Brand *et al.* (2014) concluzionează că în dependența de Internet apar modificări structurale și funcționale la nivelul cortexului prefrontal și al structurilor limbice, zona insulei, și subcorticale la nivelul ganglionilor bazali, iar în ceea ce privește neurotransmițătorii, modificările la dependenții de Internet apar în sistemul dopaminergic (Zhu, Zhang și Tian, 2015).

Rezultatele studiilor arată că creierul indivizilor dependenți de astfel de jocuri reacționează prin dorința de a se confrunta cu stimuli specifici mediului online la fel ca creierul subiecților dependenți de substanțe la stimulii legați de acestea (Sun *et al.*, 2012). Sunt de asemenea cunoscute schimbările ce au loc în aria prefrontală legată de reactivitatea la stimuli și nevoia imperioasă de a juca pe care o resimt „gamerii” excesivi (Han *et al.*, 2010, Lorenz *et al.*, 2013). Procesele de condiționare în dependența de jocul pe Internet și dependența de substanțe sunt similare (Robbinson și Berridge, 2001). Atunci când câștigă la jocuri, pacienții cu adicție de Internet, în comparație cu persoanele sănătoase, au o activitate cerebrală mai puternică în girusul frontal inferior, girusul cingular anterior și zona insulară. În cazul în care pierd, activitatea crește în girusul frontal inferior. Cei cu dependență de Internet au o scădere a performanțelor în luarea deciziilor, pentru că depun mai mult efort în funcțiile executive (Dong *et al.*, 2013b).

Alte studii (Kuhn *et al.*, 2011) au arătat că activitatea în striatul ventral este crescută la cei care joacă mult pe Internet, iar schimbările de volum în regiunea striatului ventral stâng poate reflecta sensibilitatea la recompensă a celor care practică frecvent jocuri pe Internet. Substanța cenușie a fost scăzută în mai multe regiuni prefrontale, dorsolateral în cortexul prefrontal (bilateral) și în cortexul orbito-frontal, precum și în cerebel și în cortexul cingular rostral stâng. Modificările în ariile prefrontale sunt corelate cu durata tulburării. Aceste modificări cerebrale pot fi responsabile de tulburări în controlul cognitiv la subiecții cu adicție de Internet și, de asemenea, există similitudini cu modificările din creierul celor cu abuz de substanțe. Reduceri ale substanței cenușii s-au găsit și în cortexul cingular anterior stâng și posterior și în zona insulei (Zhou *et al.*, 2011) și în cortexul

orbito-frontal (Hong *et al.*, 2013a ; Yuan *et al.*, 2013), toate indicând reduceri în procesele de control prefrontale.

La pacienții cu adicție de Internet apar și tulburări în conexiunile care au legătură cu schimbările structurale. Dong *et al.* (2012) au stabilit că există o conectivitate crescută între mai multe arii cerebrale, inclusiv talamusul și cortexul cingular posterior, în timp ce conectivitatea este redusă între ariile precorticale și zonele subcorticale, precum și între zonele parietale și structurile subcorticale, îndeosebi putamenul (Hong *et al.*, 2013b).

Există dovezi care susțin existența unor modificări în sistemul dopaminergic la indivizii cu adicție de Internet și, deoarece cortexul prefrontal dorsolateral este implicat în controlul cognitiv, primind proiecții dopaminergice de la ganglionii bazali și nucleul accumbens, aceste modificări funcționale vor afecta integritatea controlului executiv (Cools și D'Esposito, 2011). De asemenea, ganglionii bazali sunt interconectați între ei și cu talamusul prin proiecții care includ și alte sisteme neurotransmițătoare, schimbările dopaminergice pot cauza disfuncții globale ale circuitelor fronto-striatale, incluzând atât circuitul cognitiv, cât și pe cel limbic (Alexander și Crutcher, 1990). În cele din urmă, aceste modificări ale neurotransmițătorilor pot fi în relație cu pierderea controlului asupra utilizării Internetului.

Studiile arată diferențe în modificările survenite în funcție de vârstă și gen.

Tulburarea jocului patologic de noroc – ludomania (Gambling disorder) – a fost deja acceptată drept comportament adictiv. APA (2013) a introdus în DSM-5 *gamblingul* patologic în tulburările legate de nonsubstanțe, deci l-a catalogat ca fiind o adicție comportamentală.

În concluzie, putem spune că dincolo de identificarea structurilor sistemului nervos, central și periferic, active în comportamentele umane, cea mai importantă aplicabilitate o are cunoașterea implicării și modificării acestor structuri în diversele comportamente. Aceasta ne permite înțelegerea mecanismelor nervoase, mai ales identificarea tehnicilor de intervenție menite să regleze eventualele tulburări comportamentale apărute.

Bibliografie

- Aharon, I., Etcoff, N., Ariely, D., Chabris, C.F., O'Connor, E., Breiter, H.C. (2001). Beautiful faces have variable reward value: fMRI and behavioral evidence. *Neuron*, 32(3), 537-551.
- Alexander, G.E., Crutcher, M.D. (1990). Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. *Trends Neurosci*, 13, 266-271.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing: Arlington, VA, USA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Internet Gaming Disorder. Disponibil la: <http://www.dsm5.org/Documents/Internet%20Gaming%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2015). Public Policy Statement: Definition of Addiction. Disponibil la: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
- Anderson, V., Anderson, P., Jacobs, R. (Eds.) (2008). *Executive Function and the Frontal Lobes: A Life Span Perspective*. New York: Taylor & Francis.
- Arnou, B.A., Desmond, J.E., Banner, L.L., Glover, G.H., Solomon, A., Polan, M.L., Lue, T.F., Atlas, S.W. (2002). Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain*, 125, 1014-1023.

- Aron, A.R. (2011). From reactive to proactive and selective control : Developing a richer model for stopping inappropriate responses. *Biol Psychiatry*, 69(12), e55-68.
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D.J., Strong, G., Li, H., Brown, L.L. (2005). Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 94, 327-337.
- Baird, A.D., Wilson, S.J., Bladin, P.F., Saling, M.M., Reutens, D.C. (2006). Neurological control of human sexual behaviour : Insights from lesions studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 22.
- Barrot, M., Wallace, D., Bolanos, C., Graham, D., Perrotti, L., Neve, R., Chambliss, H., Yin, J., Nestler, E. (2005). Regulation of anxiety and initiation of sexual behavior by CREB in the nucleus accumbens. *Proc Natl Acad Sci USA*, 102, 8357-8362.
- Bartels, A., Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Baxter, M.G., Murray, E.A. (2002). The amygdala and reward. *Nature Reviews Neurosciences*, 3(7), 563-573.
- Beauregard, M., Levesque, J., Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *J Neurosci*, 21, RC165.
- Bianchi-Demicheli, F., Grafton, S.T., Ortigue, S. (2006). The power of love on the human brain. *Social Neuroscience*, 1, 90-103.
- Bjorntorp, P., Holm, G., Rosmond, R., Folkow, B. (2000). Hypertension and the metabolic syndrome : closely related central origin? *Blood Press*, 9, 71-82.
- Block, J.P. et al. (2009). Psychosocial stress and change in weight among US adults. *Am J Epidemiol*, 170, 181-192.
- Blum, K., Chen, A.L.C., Giordano, J., Borsten, J., Chen, T.J.H., Hauser, M., Simpatico, T., Femino, J., Braverman, E.R., Barh, D. (2012). The addictive brain : All roads lead to dopamine. *J Psychoactive Drugs*, 44, 134-143.
- Boutelle, K.N., Wierenga, C.E., Bischoff-Grethe, A., Melrose, A.J., Grenesko-Stevens, E., Paulus, M.P. et al. (2015). Increased brain response to appetitive tastes in the insula and amygdala in obese compared with healthy weight children when sated. *Int J Obes (Lond)*, 39(4), 620-628.
- Bramham, C.R., Alme, M.N., Bittins, M., Kuipers, S.D., Nair, R.R., Pai, B., Panja, D., Schubert, M., Soule, J., Tiron, A., Wibrand, K. (2010). The Arc of synaptic memory. *Exp Brain Res*, 200, 125-140.
- Brand, M., Young, K.S., Laier, C. (2014). Prefrontal control and internet addiction : A theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front Hum Neurosci*, 8, 375.
- Breiter, H.C., Aharon, I., Kahneman, D., Dale, A., Shizgal, P. (2001). Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. *Neuron*, 30, 619-639.
- Breiter, H.C., Gollub, R.L., Weisskoff, R.M., Kennedy, D.N., Makris, N., Berke, J.D., Goodman, J.M., Kantor, H.L., Gastfriend, D.R., Riorden, J.P., Mathew, R.T., Rosen, B.R., Hyman, S.E. (1997). Acute effects of cocaine on human brain activity and emotion. *Neuron*, 19, 591-611.
- Brill, A.A. (1932). Sense of smell in the neuroses and psychoses. *Psychonanalyt Quart*, 1, 7-42.
- Bromberg-Martin, E.S., Matsumoto, M., Hikosaka, O. (2010). Dopamine in motivational control : rewarding, aversive, and alerting. *Neuron*, 68, 815-834.
- Carmichael, M.S., Warburton, V.L., Dixen, J., Davidson, J.M. (1994). Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 59-79.
- Cools, R., D'Esposito, M. (2011). Inverted-U-shaped dopamine actions on human working memory and cognitive control. *Biol Psychiatry*, 69, e113-e125 ; doi : 10.1016/j.biopsych.2011.03.028.
- Cornier, M.A., McFadden, K.L., Thomas, E.A., Bechtell, J.L., Eichman, L.S., Bessesen, D.H. et al. (2013). Differences in the neuronal response to food in obesity-resistant as compared to obesity-prone individuals. *Physiol Behav*, 110-111, 122-128.
- Craig, A.D. (2009). How do you feel - now ? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*, 10, 59-70.

- Damasio, A.R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt Brace.
- de Foubert, G., O'Neill, M.J., Zetterstrom, T.S. (2007). Acute onset by 5-HT(6)-receptor activation on rat brain brain-derived neurotrophic factor and activity-regulated cytoskeletal-associated protein mRNA expression. *Neuroscience*, 147, 778-785.
- Dong, G., Devito, E., Huang, J., Du, X. (2012). Diffusion tensor imaging reveals thalamus and posterior cingulate cortex abnormalities in Internet gaming addicts. *J Psychiatr Res*, 46, 1212-1216; doi : 10.1016/j.jpsychires.2012. 05.015.
- Dong, G., Hu, Y., Lin, X., Lu, Q. (2013). What makes Internet addicts continue playing online even when faced by severe negative consequences? Possible explanations from an fMRI study. *Biol Psychol*, 94, 282-289; doi : 10.1016/j.biopsycho. 2013.07.009.
- Eriksson, T.M., Delagrang, P., Spedding, M., Popoli, M., Mathe, A.A., Ogren, S.O., Svenningsson, P. (2011). Emotional memory impairments in a genetic rat model of depression: involvement of 5-HT/MEK/Arc signaling in restoration. *Mol Psychiatry*; doi : 10.1038/mp.2010.131.
- Everitt, B.J., Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat Neurosci*, 8, 1481-1489.
- Farr, O.M., Li, C.S.R., Mantzoros, C.S. (2016). Central nervous system regulation of eating: insights from human brain imaging, *Metabolism*; doi : 10.1016/j.metabol.2016.02.002.
- Fink, B., Penton-Voak, I. (2002). Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 154-158.
- Fisher, H. (1998). Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature*, 9, 23-52.
- Fisher, H., Aron, A., Brown, L.L. (2005a). Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *J Comp Neurol*, 493, 58-62.
- Fisher, H., Aron, A., Mashek, D., Strong, G., Li, H., Brown, L.L. (2005b). Motivation and emotion systems associated with romantic love following rejection: an fMRI study. Program no. 660.7. Abstract Viewer/Itinerary Planner. Washington, DC: *Society for Neuroscience, Online*.
- Fock, K.M., Khoo, J. (2013). Diet and exercise in management of obesity and overweight. *J Gastroenterol Hepatol*, 4, 59-63.
- Francis, H.M., Stevenson, R.J. (2011). Higher reported saturated fat and refined sugar intake is associated with reduced hippocampal-dependent memory and sensitivity to interoceptive signals. *Behav Neurosci*, 125(6), 943-955.
- Frank, G.K. (2015). Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*, 20, 391-400.
- Garcia-Garcia, I., Horstmann, A., Jurado, M.A., Garolera, M., Chaudhry, S.J., Margulies, D.S. et al. (2014). Reward processing in obesity, substance addiction and non-substance addiction. *Obes Rev*, 15(11), 853-869.
- Garg, N. et al. (2007). The influence of incidental affect on consumers' food intake. *J Mark*, 71, 194-206.
- Georgiadis, J.R., Kortekaas, R., Kulpers, R., Nieuwenburg, A., Pruijm, J., Reinders, A.A. et al. (2006). Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *European Journal of Neuroscience*, 24, 3305-3316.
- Grant, J.E., Brewer, J.A., Potenza, M.N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr*, 11, 924-930.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A., Gorelick, D.A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36, 233-241.
- Han, D., Kim, Y., Lee, Y. (2010). Changes in cue-induced, prefrontal cortex activity with video-game play. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 13, 655-661; doi : 10.1089/cyber.2009.0327.
- Hirsch, A.R. (1990). Smell and taste: how the culinary experts compare to the rest of us. *Food Technology*, 44, 96-102.
- Hirsch, A.R., Schroder, M., Gross, J., Brmelle, C., Zagorski, D. (1999). Scentsational sex – Olfactory stimuli and sexual response in the human female. *The International Journal of Aromatherapy*.

- Holstege, G., Georgiadis, J.R., Paans, A.M.J., Meiners, L.C., van der Graaf, F.H.C.E., Reinders, A.A.T.S. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *The Journal of Neuroscience*, 8, 23(27), 9185-9193.
- Hong, S.B., Kim, J.W., Choi, E.J., Kim, H.H., Suh, J.E., Kim, C.D. *et al.* (2013a). Reduced orbitofrontal cortical thickness in male adolescents with Internet addiction. *Behav Brain Funct*, 9, 11 ; doi : 10.1186/1744-9081-9-11.
- Hong, S.B., Zalesky, A., Cocchi, L., Fornito, A., Choi, E.J., Kim, H.H. *et al.* (2013b). Decreased functional brain connectivity in adolescents with Internet addiction. *PLoS ONE*, 8, e57831 ; doi : 10.1371/journal.pone.0057831.
- Hoshi, E. (2013). Cortico-basal ganglia networks subserving goal-directed behavior mediated by conditional visuo-goal association. *Front Neural Circuits*, 7, 158 ; doi : 10.3389/fncir.2013.00158.
- Karama, S., Lecours, A.R., Leroux, J.M., Bourgouin, P., Beaudoin, G., Joubert, S., Beaugard, M. (2002). Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Hum Brain Mapp*, 16, 1-13.
- Kelley, A.E. *et al.* (2005). A proposed hypothalamic-thalamic-striatal axis for integration of energy balance, arousal, and food reward. *J Comp Neurol*, 493, 72-85.
- Kendrick, K.M. (2000). Oxytocin, motherhood and bonding. *Experimental Psychology*, 855, 1115-1245.
- Komisaruk, B.R., Whipple, B., Crawford, A., Liu, W.C., Kalnin, A., Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury : fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Research*, 1024, 77-88.
- Kuhn, S., Romanowski, A., Schilling, C., Lorenz, R., Mörsen, C., Seiferth, N. *et al.* (2011). The neural basis of video gaming. *Transl Psychiatry*, 15, e53 ; doi : 10.1038/tp.2011.53.
- Lattimore, P.J., Maxwell, L. (2004). Cognitive load, stress, and disinhibited eating. *Eat Behav*, 5, 315-324.
- Lavin, A., Nogueira, L., Lapish, C.C., Wightman, R.M., Phillips, P.E.M., Seamans, J.K. (2005). Mesocortical dopamine neurons operate in distinct temporal domains using multimodal signaling. *J Neurosci*, 25, 5013-5023.
- Ledoux, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York : Simon & Schuster.
- Leeman, R.F., Potenza, M.N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions : An emerging area of research. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, 58, 260-273.
- Lobo, D.S.S., Kennedy, J.L. (2006). The genetics of gambling and behavioral addictions. *CNS Spectr*, 11, 931-939.
- Lorenz, R.C., Krüger, J.K., Neumann, B., Schott, B.H., Kaufmann, C., Heinz, A. *et al.* (2013). Cue reactivity and its inhibition in pathological computer game players. *Addict Biol*, 18, 134-146 ; doi : 10.1111/j.1369-1600.2012.00491.x.
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., Hajela, R. (2015). Neuroscience of Internet Pornography Addiction : A Review and Update. *Review. Behav Sci*, 5, 388-433 ; doi : 10.3390/bs5030388.
- MacLean, P.D. (1954). Limbic system and its hippocampal formation : Studies in animals and their possible application to man. *J Neurosurg*, 11, 29-44.
- MacLean, P.D. (1973). Triune Concept of the Brain and Behavior. *Toronto, University of Toronto*, 14.
- Martin, A.A., Davidson, T.L. (2014). Human cognitive function and the obesogenic environment. *Physiol Behav*, 136, 185-193.
- Mehta, S., Melhorn, S.J., Smeraglio, A., Tyagi, V., Grabowski, T., Schwartz, M.W. *et al.* (2012). Regional brain response to visual food cues is a marker of satiety that predicts food choice. *Am J Clin Nutr*, 96(5), 989-999.
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004). Women's orgasm. In T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury, F. Montorsi (Eds.), *Sexual medicine : Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 783-850). Paris : Health Publications.
- Moles, A., Kieffer, B.L., D'Amato, F.R. (2004). Deficit in attachment behavior in mice lacking the u-opioid receptor gene. *Science*, 304, 1983-1985.

- Molteni, R., Calabrese, F., Chourbaji, S., Brandwein, C., Racagni, G., Gass, P., Riva, M.A. (2010) Depression-prone mice with reduced glucocorticoid receptor expression display an altered stress-dependent regulation of brain-derived neurotrophic factor and activity-regulated cytoskeleton-associated protein. *J Psychopharmacol*, 24, 595-603.
- Monteleone, A.M., Castellini, G., Volpe, U., Ricca, V., Lelli, L., Monteleone, P., Maj, M. (2017). Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa; doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.02.020.
- O'Doherty, J.P., Deichmann, R., Critchley, H.D., Dolan, R.J. (2002). Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron*, 33, 815-826.
- O'Doherty, J., Winston, J., Critchley, H., Perrett, D., Burt, D.M., Dolan, R.J. (2003). Beauty in a smile: The role of medial orbitofrontal cortex in facial attractiveness. *Neuropsychologia*, 41(2), 147-155.
- Papez, J.W. (1995). A proposed mechanism of emotion. (Original work in 1937). *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 103-112.
- Pecoraro, N. et al. (2006). From Malthus to motive: how the HPA axis engineers the phenotype, yoking needs to wants. *Prog Neurobiol*, 79, 247-340.
- Potenza, M.N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addict Behav*, 39, 1-2.
- Robbinson, T., Berridge, K. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96(1), 103-114.
- Rolls, E.T. (2008). Functions of the orbitofrontal and pregenual cingulate cortex in taste, olfaction, appetite and emotion. *Acta Physiol Hung*, 95(2), 131-164.
- Schultz, W. (2000). Multiple reward signals in the brain. *Nat Rev Neurosci*, 1, 199-207.
- Sgoifo, A. et al. (2009). The inevitable link between heart and behavior: new insights from biomedical research and implications for clinical practice. *Neurosci Biobehav, Rev*. 33, 61-62.
- Sipski, M.L., Arenas, A. (2006). Female sexual function after spinal cord injury. *Progress in Brain Research*, 152, 441-447.
- Small, D.M., Veldhuizen, M.G., Felsted, J., Mak, Y.E., McGlone, F. (2008). Separable substrates for anticipatory and consummatory food chemosensation. *Neuron*, 57(5), 786-797.
- Small, D.M., Zatorre, R.J., Dagher, A., Evans, A.C., Jones-Gotman, M. (2001). Changes in brain activity related to eating chocolate: from pleasure to aversion. *Brain*, 124, 1720-1733.
- Stein, E.A., Pankiewicz, J., Harsch, H.H., Cho, J.K., Fuller, S.A., Hoffmann, R.G. et al. (1998). Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: A functional MRI study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1009-1015.
- Støving, R.K., Andries, A., Brixen, K., Flyvbjerg, A., Hørdler, K., Frystyk, J. (2009). Leptin, ghrelin, and endocannabinoids, potential therapeutic targets in anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*, 43, 671-679.
- Sripada, C., Gonzalez, R., Phan, K., Liberzon, I. (2011). The neural correlates of inter temporal decision-making: contributions of subjective value, stimulus type, and trait impulsivity. *Hum Brain Mapp*, 32, 1637-1648.
- Sun, Y., Ying, H., Seetohul, R.M., Xuemei, W., Ya, Z., Qian, L. et al. (2012). Brain fMRI study of crave induced by cue pictures in online game addicts (male adolescents). *Behav Brain Res*, 233, 563-576; doi: 10.1016/j.bbr.2012.05.005.
- Swendsen, J., Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Ann NY Acad Sci*, 1216, 73-85.
- Tanaka, S.C., Doya, K., Okada, G., Ueda, K., Okamoto, Y., Yamawaki, S. (2004). Prediction of immediate and future rewards differentially recruits cortico-basal ganglia loops. *Nature Neuroscience*, 7, 887-893.
- Turk, D.J., Banfield, J.F., Walling, B.R., Heatherton, T.F., Grafton, S.T., Handy, T.C. et al. (2004). From facial cue to dinner for two: The neural substrates of personal choice. *Neuroimage*, 22, 1281-1290.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Tomasi, D., Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci*, 108, 15037-15042.

- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Telang, F. (2008). Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity : evidence of systems pathology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sc*, 363, 3191-3200.
- Wang, D.C., Chen, S.S., Lee, Y.C., Chen, T.J. (2006) Amyloid-beta at sublethal level impairs BDNF-induced arc expression in cortical neurons. *Neurosci Lett*, 398, 78-82.
- Weiss, M.D. (1972). Physiology of human penile erection. *Ana Int Med*, 76, 793-799.
- White, W.L. (1998). *Slaying the Dragon : The History of Addiction Treatment and Recovery in America* (1st ed.). Chestnut Health Systems : Bloomington, IL, USA.
- Willette, A.A., Kapogiannis, D. (2015). Does the brain shrink as the waist expands? *Ageing Res Rev*, 20, 86-97.
- Wise, R.A. (2002). Brian reward circuitry : Insights from unsensed incentives. *Neuron*, 36, 229-240.
- Wolf, C., Linden, D.E.J. (2012). Biological pathways to adaptability – interactions between genome, epigenome, nervous system and environment for adaptive behavior. Review. *Genes, Brain and Behavior*, 11, 3-28.
- Yuan, K., Cheng, P., Dong, T., Bi, Y., Xing, L., Yu, D. *et al.* (2013). Cortical thickness abnormalities in late adolescence with online gaming addiction. *PLoS ONE*, 8, e53055 ; doi : 10.1371/journal.pone.0053055.
- Yuan, P., Raz, N. (2014). Prefrontal cortex and executive functions in healthy adults : a meta-analysis of structural neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav, Rev.* 42C, 180-192 ; doi : 10.1016/j.neubiorev.2014.02.005.
- Zeki, S. (2007). The neurobiology of love. Minireview. *Federation of European Biochemical Societies* ; doi : 10.1016/j.febslet.2007.03.094.
- Zhou, Y., Lin, F.C., Du, Y.S., Qin, L.D., Zhao, Z.M., Xu, J.R. *et al.* (2011). Gray matter abnormalities in Internet addiction : a voxel-based morphometry study. *Eur J Radiol*, 79, 92-95 ; doi : 10.1016/j.ejrad.2009.10.025.
- Zhu, Y., Zhang, H., Tian, M. (2015). Molecular and Functional Imaging of Internet Addiction. *Bio Med Res Int*, e378675.

3. Stadiile dezvoltării psihice

Mihaela Boza

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Viața este un parcurs dinamic, fiecare stadiu de dezvoltare prezintă un nou set de provocări și de oportunități. În calitate de psihologi, consilieri, terapeuți sau diagnosticieni, ne aflăm în poziția unică de a trăi nu doar propria noastră creștere și propria dezvoltare, ci ne putem ajuta și clienții în propriul lor parcurs.

Perspectiva *life-span* include nu numai convingerea că dezvoltarea se petrece de-a lungul întregii vieți, ci și că acesta este un proces multi-dimensional, multi-disciplinar și contextual, multi-direcțional și plastic.

Teoria dezvoltării pe parcursul întregii vieți oferă un cadru general pentru a înțelege cum sunt legate diferitele stadii ale vieții și cum cele trei procese de adaptare, și anume creșterea, menținerea și acceptarea pierderii, fac parte din călătoria individului, de la naștere până la bătrânețe.

În acest capitol sunt prezentate succint principalele achiziții la diferite vârste, urmând liniile principale de dezvoltare: biologic și motor, cognitiv-lingvistic și socioemoțional. La început sunt prezentate toate perioadele vieții, cu principalele caracteristici generale ale dezvoltării biologice, cognitive și afective. Având în vedere că dezvoltarea este foarte accelerată, iar modificările sunt numeroase și în ritm alert, în special în primii ani de viață, această prezentare generală este urmată de un tabel sintetic, care expune principalele achiziții până la 5 ani. În finalul capitolului, un alt tabel sintetic prezintă achizițiile cognitive și socioafective, în diferite etape ale vieții, așa cum au fost ele teoretizate de trei autori clasici ai psihologiei dezvoltării: Sigmund Freud, Erik Erikson și Jean Piaget.

3.1. Principalele etape de dezvoltare pe întreg parcursul vieții

3.1.1. *Sugarii și copiii mici: de la naștere până la vârsta de 2 ani*

Nivel biologic. Înălțimea se dublează și greutatea corpului crește de patru ori (Haywood și Getchell, 2001). Creierul crește datorită conexiunilor neuronale din ce în ce mai numeroase

și procesului de mielinizare al acestora, ceea ce permite o transmitere mai rapidă și mai eficientă a mesajelor la nivel cortical (Payne și Isaacs, 2016). Experiența ne ajută să calibrăm răspunsul creierului la stimuli. Aptitudinile motorii progresează de la reflexe la aptitudini motorii coordonate, precum apucarea obiectelor și mersul. Aptitudinile senzoriale și percepționale se dezvoltă rapid (Folio și Fewell, 2000).

Nivel cognitiv. Structura elementară a limbajului este învățată prin discuțiile bebelușului cu adulții. Într-o primă etapă, comunicarea se realizează prin plâns, bebelușul trecând apoi la găngurit și lalațiune. Aptitudinile lingvistice se dezvoltă: până la vârsta de un an, bebelușul rostește o serie de cuvinte, iar la doi ani este deja capabil să construiască propoziții simple din două cuvinte (Zimmerman și Castilleja, 2005). Bebelușul începe să devină din ce în ce mai conștient de lumea exterioară prin experiențe senzoriale și motorii imediate, care duc la formarea unor reprezentări mintale ale evenimentelor. Gândirea copilului la doi ani include conceptul de permanență a obiectului: el înțelege că obiectul continuă să existe chiar și când nu-l mai putem vedea/percepe sau când nu mai suntem conștienți de el (Goswami, 2010). Începe să se dezvolte aptitudinea de a înțelege categorii conceptuale; până la vârsta de doi ani se dezvoltă numeroase concepte caracteristice stadiului inteligenței senzorio-motorii al lui J. Piaget (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Răspunsurile emoționale se modifică, acoperind o gamă largă, de la reacții de bază până la răspunsuri mai complexe, bebelușul devenind conștient de sine (Bornstein și Lamb, 2011). Comportamentele independente se intensifică în materie de hrănit, îmbrăcat și mers la toaletă, cu încurajarea părinților. Părinții și sugarii comunică, interacționează, își răspund unii altora, sincronizându-și comportamentul (Wilson și Wilson, 2015). Dezvoltarea unor relații de atașament sigure pune bazele explorării din ce în ce mai independente a mediului de către copil (Wilson și Wilson, 2015). Până la sfârșitul acestei perioade apare și abilitatea de a relaționa cu partenerii de joacă (Berk, 2014). Apar trăsături timpurii ale personalității, precum introvertit *versus* extravertit (Halverson, Kohnstamm și Martin, 2014), încredere *versus* neîncredere, autonomie *versus* îndoiială, potrivit teoriei psihosociale a lui Erikson (Poole și Snarey, 2011).

3.1.2. Copilăria timpurie: de la 2 la 6 ani

Nivel biologic. Până la vârsta de 5 ani, creierul atinge 90% din greutatea creierului unui adult, dezvoltându-se mai rapid decât orice altă parte a corpului. Mielinizarea se produce diferențiat în anumite zone ale creierului, acesta având astfel capacități diferite pentru desfășurarea anumitor tipuri de activități (Payne și Isaacs, 2016). Crește forța fizică și proporțiile corpului încep să semene cu cele ale unui adult. Se îmbunătățesc semnificativ aptitudinile atletice, precum alergatul, săritul, săltatul. Abilitățile motorii fine, precum scrisul și desenatul, se dezvoltă încet. Încep să apară diferențele între sexe în ceea ce privește abilitățile motorii (Haywood și Getchell, 2001).

Nivel cognitiv. Începe utilizarea reprezentărilor mintale și a simbolurilor, cum ar fi cuvintele. Părerile despre lume continuă să fie întru câtva lipsite de logică (Goswami, 2010). Copiii învață despre lume prin interacțiunile sociale cu părinții și tovarășii de joacă (Bornstein și Lamb, 2011). Se dezvoltă rapid aptitudinile lingvistice, până la vârsta de 6 ani copiii acumulând în medie un vocabular de aproximativ 14.000 de cuvinte și cunoștințe gramaticale extinse. Se dezvoltă capacitatea de a adapta comunicarea în funcție de interlocutor

(Zimmerman și Castilleja, 2005). Metacogniția, abilitatea de a gândi despre gândire, apare în stadiul numit de Piaget stadiul preoperațional (de la 2 la 7 ani) (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Se joacă de unii singuri sau cu alți copii, iar jocul devine din ce în ce mai complex și mai bogat din punct de vedere al abilităților imaginative. Nivelul sporit de energie favorizează capacitatea de a iniția noi activități, îndeosebi când copilul este lăudat pentru acțiunile sale. Copiii devin conștienți pentru prima dată de rolurile de gen (Bornstein și Lamb, 2011). Crește dorința de independență și de control asupra mediului, ceea ce face ca rolul de supraveghetor al părinților să devină mai dificil. Stilul educațional al părinților influențează dezvoltarea psihosocială a copilului (Wilson și Wilson, 2015). Socializarea în mediul școlar încurajează gândirea despre lume în afara căminului, dând naștere dihotomiilor autonomie *versus* îndoială (1-3 ani), inițiativă *versus* culpabilitate (3-6 ani), potrivit teoriei lui Erikson (Poole și Snarey, 2011).

3.1.3. Copilăria mijlocie: de la 7 la 9 ani

Nivel biologic. Dezvoltarea la nivel biologic a creierului încetinește. Creșterea fizică încetinește, însă mai apar perioade de creștere în înălțime. Dezvoltarea capacității inimii și a plămânilor duce la creșterea rezistenței corpului. Abilitățile atletice și aptitudinile motorii fine devin mai rafinate (Payne și Isaacs, 2016).

Nivel cognitiv. Se dezvoltă capacitatea de a înțelege principiile logice. Crește capacitatea de memorare, se intensifică abilitatea de a utiliza tehnici mnemonice (Bornstein și Lamb, 2011). Metacogniția, capacitatea autoreflexivă a gândirii, permite organizarea stilului propriu de învățare (Goswami, 2010). Utilizarea limbajului devine mai analitică. Copiii pot deveni competenți în utilizarea mai multor limbi, ceea ce duce la bilingvism. Copiii se află în stadiul preoperațional, potrivit lui Piaget (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Apartenența la grup devine importantă, întrucât copiii devin dependenți de prietenii lor în materie de ajutor, loialitate și împărtășire de interese comune (Bornstein și Lamb, 2011). Copiii devin conștienți de ei, se implică din ce în ce mai mult în lumea exterioară, ceea ce duce la intensificarea sentimentului de familie, de apartenență la un grup mai mic sau mai mare (Sigelman și Rider, 2014). Copiii dezvoltă strategii pentru a soluționa probleme și a face față stresului. Se dezvoltă strategii interpersonale care contribuie la înțelegerea comportamentului celorlalți (Bennett, 2015).

3.1.4. Copilăria târzie (preadolescența): de la 10 la 12 ani

Nivel biologic. Începe pubertatea, cu creșterea nivelului hormonal. Începe puseul de creștere la fete, caracterizat prin creșteri în înălțime, greutate și musculatură (Haywood și Getchell, 2001). Apar schimbări fizice specifice sexului: creșterea sânilor la fete și a testiculelor la băieți. În ceea ce privește maturizarea fizică, băieții sunt cu doi ani în urma fetelor, fenomen numit decalaj pubertar (Boyd și Bee, 2015). Variațiile în ceea ce privește declanșarea pubertății afectează dezvoltarea personalității (Bennett, 2015).

Nivel cognitiv. Gândirea logică avansează, copiii fiind capabili să gândească abstract. Se îmbunătățesc aptitudinile de planificare și strategiile care țin de memorie. Baza de cunoștințe pe termen lung crește (Goswami, 2010). Aptitudinile lingvistice se dezvoltă,

incluzând sinonime, categorii, semnificații duble, metafore, umor și structuri gramaticale complexe – stadiul operațional concret al lui Piaget (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Modificările de ordin fizic și sexual, funcționarea cognitivă și modul în care copiii sunt tratați în societate pot duce la conturarea imaginii de sine a acestora (Wilson și Wilson, 2015). Se intensifică conștientizarea conexiunilor dintre norme morale și convenții sociale. Grupurile de covârșnici se împart adesea în găști (Boyd și Bee, 2015). Conștientizarea stereotipurilor de gen continuă să crească (Bornstein și Lamb, 2011). Se intensifică problemele în materie de autonomie, rivalitate între frați, separare de familie (Sigelman și Rider, 2014).

3.1.5. *Adolescența timpurie: de la 13 la 15 ani*

Nivel biologic. Corpul continuă să crească în înălțime și în greutate. Puseul de creștere atinge punctul culminant la fete și abia începe la băieți. Competența motorie sporește treptat și stagnează apoi la fete (Haywood și Getchell, 2001). Fetele au prima menstruație, iar la băieți apare ejacularea, incluzând-o și pe cea involuntară, nocturnă (Santrock, 2010).

Nivel cognitiv. Apar raționamentul bazat pe operațiuni formale, capacitatea de abstractizare și gândirea științifică. Gândirea devine mai orientată către sine, apar idealismul și (auto)critica (Sigelman și Rider, 2014). Se dezvoltă și mai mult metacogniția și autoreglarea (Goswami, 2010). Se extinde vocabularul, acesta incluzând și cuvinte abstracte. Înțelegerea problemelor gramaticale complexe continuă să se îmbunătățească (Rhea și Norbury, 2007). Se dezvoltă abilitatea de a înțelege ironia și sarcasmul (Piaget, stadiul operațional formal) (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Apar probleme referitoare la identitate, care pot duce la crize în legătură cu stima de sine (Halverson, Kohnstamm și Martin, 2014). Începe să se conștientizeze și să se manifeste orientarea sexuală (Bornstein și Lamb, 2011). Pot apărea tulburări psihologice, socioculturale și de adaptare (Bennett, 2015). Dorința de a câștiga autonomie în raport cu familia continuă să crească și pot apărea conflicte părinte-copil (Goldstein și Naglieri, 2011). Prietenii pun accent mai mult pe intimitate și loialitate. Crește conformitatea odată cu presiunea grupului (Bornstein și Lamb, 2011).

3.1.6. *Adolescența târzie: de la 16 la 19 ani*

Nivel biologic. Puseul de creștere la băieți atinge apogeul și, în cele mai multe cazuri, procesul de creștere este finalizat până la sfârșitul acestei perioade. Băieților li se îngroașă vocea, le apare păr pe față, aceștia sunt de obicei mai înalți decât fetele de aceeași vârstă. Fetelor continuă să li se îngroașe șoldurile, dezvoltarea sânilor continuă câțiva ani la rând (Santrock, 2010). Aptitudinile motorii ating punctul culminant la fete și continuă să se îmbunătățească la băieți (Haywood și Getchell, 2001).

Nivel cognitiv. Se îmbunătățește raționamentul prin formularea problemelor în termeni simbolici și utilizarea logicii formale (Goswami, 2010). Până la sfârșitul acestei perioade, inteligența ajunge la un nivel constant, ciclul de dezvoltare a abilității de a face față problemelor și situațiilor noi se încheie (Sigelman și Rider, 2014). Capacitatea de a înțelege și de a include regulile în existența proprie devine baza pentru dezvoltarea caracterului – stadiul operațional formal al lui Piaget (Jansen, 2011).

Nivel psihosocial. Continuă dezvoltarea identității în raport cu lumea adulților. Aceasta este perioada întâlnirilor romantice, începe procesul de dezvoltare și de menținere a relațiilor intime (Wilson și Wilson, 2015). Importanța găștilor scade. Realizarea personală este influențată semnificativ de factori individuali, precum relațiile cu familia și cu colegii și circumstanțele economice și politice (Bornstein și Lamb, 2011). Sporirea agresivității și lipsa disciplinei duc la apariția conflictelor cu părinții (Bennett, 2015). Continuă să se dezvolte și să conștientizeze orientarea sexuală (Goldstein și Naglieri, 2011). Începe familiarizarea cu munca și planificarea carierei (Santrock, 2010).

3.1.7. *Maturitatea timpurie: de la 20 la 40 de ani*

Nivel biologic. Funcționarea fizică crește în jurul vârstei de 20 de ani și atinge punctul culminant în jurul vârstei de 30 de ani, însă poate fi menținută prin exercițiul fizic. Forma corpului se modifică, apar creșteri treptate în greutate, sporirea grăsimii corporale și scăderea masei musculare (Haywood și Getchell, 2001). Eficiența multor sisteme începe să scadă la un ritm de circa un procent pe an. Sexualitatea continuă să fie la un nivel ridicat în cursul acestei perioade, înregistrând o ușoară scădere la bărbați (Santrock, 2010). Aspectul fizic se modifică; spre sfârșitul acestei perioade apar firele albe de păr și ridurile (Boyd și Bee, 2015).

Nivel cognitiv. Gândirea poate deveni mai practică și dialectică, adaptându-se inconsecvențelor și complexității evenimentelor cotidiene. Memoria pe termen scurt atinge punctul culminant. Adulții devin mai înțelepți și mai competenți (Salthouse, 2016). Continuă să se îmbogățească vocabularul și cunoștințele prin interacțiuni la serviciu și rezolvarea problemelor de zi cu zi – stadiul operațional formal al lui Piaget (Jansen, 2011) și stadiul postformal neopiagetian (Demetriou, Shayer și Efklides, 2016).

Nivel psihosocial. Problemele referitoare la identitate și intimitate ating punctul culminant până la vârsta de 30 de ani. Nevoia de afiliere este satisfăcută de prieteni și adesea de căsătorie/partener (Poole și Snarey, 2011). Prietenii devin și mai importante pentru persoanele singure (Berk, 2014). Nevoia de realizare profesională este satisfăcută adesea prin muncă, în funcție de personalitatea și abilitățile proprii (Cavanaugh și Blanchard-Fields, 2014). Este foarte probabil ca trăsăturile de personalitate să se modifice până la vârsta de 30 de ani, procesul de maturizare continuând până la vârsta de 40 de ani (Halverson, Kohnstamm și Martin, 2014).

3.1.8. *Maturitatea mijlocie: de la 40 la 65 de ani*

Nivel biologic. Continuă să apară modificări treptate în ceea ce privește pielea, corpul și forma corpului. Se produc schimbări progresive la nivelul auzului și al văzului, apare prezbitismul, incapacitatea de a percepe obiectele aflate în apropiere. Începe menopauza la femei (Boyd și Bee, 2015). Sănătatea și posibilă declanșare a unor boli depind de comportamentul preventiv, care variază în funcție de clasa socială (Bennett, 2015).

Nivel cognitiv. Inteligența fluidă scade, în timp ce inteligența cristalizată rămâne stabilă sau crește. Aptitudinile intelectuale privind viteza și capacitatea de asimilare a noului scad, în timp ce aptitudinile legate de rezolvarea problemelor cotidiene și vocabularul cresc (Cavanaugh și Blanchard-Fields, 2014). Timpul de reacție și viteza de procesare mintală

scad. Memoria pe termen scurt și memoria pe termen lung rămân relativ stabile (Sigelman și Rider, 2014). Aptitudinile cognitive referitoare la experiență și inteligență sunt în plină dezvoltare, ducând la formarea unui bagaj și mai mare de cunoștințe de specialitate (Salthouse, 2016). Menținerea aptitudinilor cognitive și oportunitățile de dezvoltare intelectuală sunt afectate de clasa socială – stadiul operațional formal al lui Piaget (Jansen, 2011), stadiul postformal neopiagetian (Demetriou, Shayer și Efklides, 2016).

Nivel psihosocial. Criza vârstei mijlocii se produce la un număr mare de persoane, întrucât majoritatea bărbaților și femeilor trec prin anumite schimbări privind modul în care se percep și cum percep relația lor cu lumea (Bornstein și Lamb, 2011). Trăsăturile de personalitate tind să rămână stabile (Halverson, Kohnstamm și Martin, 2014). Prietenia și căsătoria/relațiile continuă să fie sursele principale de afiliere. Satisfacția maritală crește adesea după ce copiii pleacă de acasă, dar asta poate duce și la disoluție familială (Cavanaugh și Blanchard-Fields, 2014). Dorința de consolidare a poziției profesionale sau avansare în carieră poate favoriza cel mai mare nivel de productivitate în muncă, însă poate duce și la epuizare. Este posibil ca individul să se confrunte cu situații de discriminare bazată pe vârstă (Berk, 2014).

3.1.9. *Maturitatea târzie – de la 65 de ani*

Nivel biologic. Creierul devine mai mic din punct de vedere fizic și funcționează mai încet. Continuă să se producă modificări treptate ale aspectului fizic, acestea fiind însoțite de slăbirea organelor de simț și a principalelor organe interne. Continuă să se înregistreze diminuări ale acuității văzului și ale auzului (Boyd și Bee, 2015). Scăderea rezistenței sistemului imunitar și diminuarea forței musculare duc la apariția riscului de dezvoltare a unor afecțiuni acute și cronice (Payne și Isaacs, 2016). Este posibil ca memoria pe termen scurt să scadă, însă exercițiul mental activ și tehnicile de memorare pot contribui la menținerea funcționării capacității mintale (Bennett, 2015). Schimbările produse odată cu vârsta pot afecta funcționarea sexuală, însă nu și plăcerea (Berk, 2014).

Nivel cognitiv. Scad abilitățile de a primi informații, de a le stoca în memorie, de a le organiza și a le interpreta. Scad anumite aptitudini legate de memoria pe termen scurt, însă există metode care pot contribui la compensarea pierderilor de memorie și a gândirii mai lente (Salthouse, 2016). Apar sau se intensifică interesele de ordin estetic, filosofic sau spiritual (Cavanaugh și Blanchard-Fields, 2014). Aptitudinile lingvistice bazate pe memorie și viteză de procesare scad, însă vocabularul continuă să se îmbogățească. Aptitudinile în materie de condus, care depind de viteza de procesare a informațiilor, scad, în timp ce aptitudinile bazate pe experiență cresc (Sigelman și Rider, 2014). Cresc înțelepciunea, soluționarea de probleme pe baza experienței și cunoașterea semantică (Salthouse, 2016).

Nivel psihosocial. Experiența ieșirii la pensie este influențată de clasa socială, de gen și de factori precum venit, sănătate și planificare prealabilă (Bornstein și Lamb, 2011). Abilitățile de a face față stresului, de a reduce emoțiile negative și de a gestiona relațiile personale îmbunătățesc perspectiva de ansamblu asupra vieții. Simțul subiectiv de percepere a stării de bine tinde să fie mai ridicat decât în celelalte perioade ale vieții (Bennett, 2015). Sentimentul de satisfacție personală depinde în mare parte de implicarea familiei. Pierderea soțului/soției, a prietenilor, a familiilor este stresantă, însă majoritatea persoanelor reușesc să integreze pierderea în viața lor la un an după producerea acesteia (Cavanaugh și Blanchard-Fields, 2014).

Tabelul 3.1. *Principalele achiziții, pe domenii de dezvoltare, de la naștere până la 5 ani*

Vârsta	Abilități motorii grosiere	Abilități motorii fine	Discurs-limbă	Abilități cognitive	Abilități socioemoționale
Nou-născut	Reflexul Moro, reflexe primitive de sprijin pozitiv (Haywood și Getchell, 2001) Postură flexată (Payne și Isaacs, 2016)	Apucarea mâinii, reflex primitiv (Haywood și Getchell, 2001)	Suptul, reflex primitiv de bază (Rhea și Norbury, 2007) Se orientează spre sunete (Sax și Weston, 2007) Zâmbește la voci (Sax și Weston, 2007) Preferă fața omului (ochii), contrastul, culorile, vocile cu timbru ridicat (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009)	Lungime focală vizuală ~25 cm (Dixon și Stein, 2006) Se întoarce spre stimuli vizuali (Landy, 2009) Preferă fața omului (ochii), contrastul, culorile, vocile cu timbru ridicat (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009)	Plânge când un alt copil plânge (empatie) (Landy, 2009)
2 luni	Susține capul până la 45° înclinare (Payne și Isaacs, 2016)	Ține zornăitoarea care i-a fost dată (Folio și Fewell, 2000)	Gângurește (Sax și Weston, 2007)	Urmărește arcul orizontal (Folio și Fewell, 2000)	Stă treaz mai mult în timpul zilei (Dixon și Stein, 2006)
4 luni	Reflexul tonic asimetric al gâtului, reflex primitiv (Haywood și Getchell, 2001) Ridică pieptul în poziție înclinată (Payne și Isaacs, 2016)	Aduce mâinile laolaltă la mijloc (Payne și Isaacs, 2016) Îninde brațele drept spre zornăitoare, culcat pe spate (Folio și Fewell, 2000) Se întinde spre zornăitoare și o apucă (Folio și Fewell, 2000)	Gângurește (Sax și Weston, 2007)	Se uită la mâini (Landy, 2009) Explorează mediul, uitându-se împrejur (Landy, 2009) Anticipează rutina (Dixon și Stein, 2006) Se uită după îngrijitor (Dixon și Stein, 2006)	Se calmează când i se vorbește, este luat în brațe, sugă sau privește (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009) Îi place contactul vizual (Landy, 2009) Expresii faciale de bucurie, furie, tristețe, suferință, surpriză (Landy, 2009) Se calmează singur când adoarme (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009)
6 luni	Reflexele primitive au dispărut (Haywood și Getchell, 2001)	Agită zornăitoarea (Folio și Fewell, 2000)	Se uită spre persoana care îi vorbește (Sax și Weston, 2007)	Lovește obiectele unele de altele (Conti-Ramsden și Durkin, 2012)	Program previzibil (Dixon și Stein, 2006)

<p>Stă în șezut (Payne și Isaacs, 2016) Stă în premergător (Payne și Isaacs, 2016)</p>	<p>Ține un cub între cele două mâini, ține câte un cub în fiecare mână, apucare ulnară-palmară (degetele 4 și 5), apucare radială-palmară (degetele 1 și 2) (Folio și Fowell, 2000)</p>	<p>Scoate sunete pentru a răspunde ; råde (Rhea și Norbury, 2007 ; Sax și Weston, 2007)</p>	<p>Rezolvă probleme prin încercare și eroare (Landy, 2009) Se uită după obiectul pe care l-a scăpat (Furono și Parks, 2004)</p>	<p>Zâmbește pentru a iniția interacțiunea și răspunde (Lillas și Turnbull, 2009). Implicare înainte-înapoi prin expresii faciale și contact vizual ; își împărtășește bucuria (priviri vesele) (Lillas și Turnbull, 2009) Preferă oamenii cu care este obișnuit (Landy, 2009) Manifestă interes față de alți copii (empatie), apare frica de străini</p>
<p>Reflexele posturale sunt prezente (Haywood și Getchell, 2001) Se rostogolește în ambele părți (Payne și Isaacs, 2016) Stă bine în șezut (Payne și Isaacs, 2016)</p>	<p>Transferuri, apucare radială-digitală (degetul mare cu degetele 1 și 2, fără palmă), face pa cu degetul, apucare prin prindere (Folio și Fowell, 2000)</p>	<p>Se uită la obiectele familiare numite, se inhibă când aude „nu” (Conti-Ramsden și Durkin, 2012) Scoate sunete pentru a iniția o conversație (Sax și Weston, 2007)</p>	<p>Permanența obiectelor (Landy, 2009) Explorează fața îngrijitorului (Landy, 2009) Caută jucăriile ascuse (Landy, 2009)</p>	<p>Se dezvoltă atașamentul (Landy, 2009) Apare anxietatea de separare (Lillas și Turnbull, 2009)</p>
<p>Stă în șezut (Payne și Isaacs, 2016) Se târâște (Payne și Isaacs, 2016) Se ridică prin tragere (Payne și Isaacs, 2016) Merge ținut de o mână (Folio și Fowell, 2000) Prinde o minge care se rostogolește (Folio și Fowell, 2000)</p>	<p>Reflexul de apucare a unui obiect folosind degetul mare și arătătorul (Folio și Fowell, 2000) Dă drumul unui cub într-un recipient, în mod intenționat (Folio și Fowell, 2000) Ține sticla (Nichols și Case-Smith, 1996)</p>	<p>Se întoarce când aude nume, înțelege instrucțiunile obișnuite (Sax și Weston, 2007), apar elocalia, lalațiunea (Sax și Weston, 2007) sau se exprimă prin mimică intenționat pentru a-și regla comportamentul (cereri : să prindă, să arate, să ridice ; refuz : împinge, se distanțază) și interacțiune socială (caută atenție ; își mișcă brațele și picioarele ; jocuri sociale ; imită bătăutul din palme ; jocuri de reprezentare : face pa (Crais, Watson și Baranek, 2009)</p>	<p>Caută obiecte nevăzute, ascuse (Landy, 2009) Explorarea încercărilor și a erorilor (Landy, 2009 ; Conti-Ramsden și Durkin, 2012) Jucării de tip cauză-efect (apasă butonul pentru a vedea ce apare, sau trage de sfoară pentru a auzi sunete) (Landy, 2009)</p>	<p>Bate din palme ritmic (când ascultă poezii cu rimă) Jocul de-a v-ați ascuselea (inițiat prin punerea unei pături pe cap) (Conti-Ramsden și Durkin, 2012 ; Crais, Watson și Baranek, 2009) Dă lucruri altor copii (empatie) (Landy, 2009) Atenție împărtășită : dă sau arată obiecte (Conti-Ramsden și Durkin, 2012 ; Crais, Watson și Baranek, 2009)</p>

18 luni	Stă în picioare, merge singur (mers îngust la bază, pe călcâie (Folio și Fewell, 2000) Urcă și coboară scările cu balustrade (Folio și Fewell, 2000)	Introduce forme în orificiul corespunzător, pune două până la trei cuburi unul peste altul (Folio și Fewell, 2000) Măzgălește; ține pumnul strâns (Folio și Fewell, 2000) Se hrănește singur (cu degetele) (Nichols și Case-Smith, 1996)	Înmănește instrucțiunile simple, arată șase părți ale corpului (Sax și Weston, 2007; Conti-Ramsden și Durkin, 2012) 15 cuvinte: etichete, cereri combinate cu gesturi (dă mâna, ia mâna pentru a o îndrepta spre un obiect) (Conti-Ramsden și Durkin, 2012; Crais, Watson și Baranek, 2009) Bate din palme de bucurie, îmbrățișează animalul de pluș (reprezentativ), dă din cap negativ (refuz) (Crais, Watson și Baranek, 2009)	Înmănește înlocuirile vizibile (Furono și Parks, 2004) Îmită folosind obiecte reale (mătură, bate cu ciocanul) (Furono și Parks, 2004) Utilizează obiecte funcționale (se pipăiană, împinge mașina de jucărie) (Crais, Watson și Baranek, 2009)	Îmită semenii (Conti-Ramsden și Durkin, 2012) Atenție împărțită: arată spre obiecte pentru a comenta, caută informații (Crais, Watson și Baranek, 2009) Folosește obiecte de tranziție pentru a se calma singur (Landy, 2009) Crise de personalitate (Furono și Parks, 2004)
24 luni (2 ani)	Aleargă, sare, lovește (Folio și Fewell, 2000) Aruncă mingea din umăr la o distanță de 90 de centimetri (Folio și Fewell, 2000) Urcă scările, marchează timpul, nu se folosește de balustradă (Folio și Fewell, 2000)	Copiază liniile verticale (Folio și Fewell, 2000) Pune șase cuburi unul peste altul Folosește lingura, ajută la îmbrăcat (Nichols și Case-Smith, 1996)	50 de cuvinte, fraze cu două cuvinte (Conti-Ramsden și Durkin, 2012) Folosește cuvinte în loc de gesturi Vorbirea este inteligibilă în porție de 50% pentru străini (Rhea și Norbury, 2007) Dă din cap afirmativ, trimite pupici, face „sst”, bate palma (reprezentativ) (Crais, Watson și Baranek, 2009)	Reprezentare simbolică, se prefăce (mătură de jucărie, ceși de jucărie pentru sine/păpușă, împinge mașina pentru a merge la lucru) (Furono și Parks, 2004) Strategii fără repetiție (Furono și Parks, 2004) Încearcă să facă jucăriile să funcționeze (Landy, 2009)	Referințe sociale (Landy, 2009) Îi consolează pe ceilalți (empatie) (Landy, 2009) Atenție împărțită: arată obiectele pentru a clarifica aproximările de cuvinte (Crais, Watson și Baranek, 2009) Joacă în paralel (Landy, 2009) „Nu”, „al meu” (Landy, 2009)
36 luni (3 ani)	Pedalează tricicleta (Furono și Parks, 2004) Coboară scările, marchează timpul, nu are nevoie de balustradă (Folio și Fewell, 2000)	Copiază linii orizontale, cercul (Folio și Fewell, 2000) Pune zece cuburi unul peste altul (Folio și Fewell, 2000)	Urmează instrucțiunile cu două etape (Sax și Weston, 2007) Propoziții cu trei până la patru cuvinte, enunțuri narative secvențiale (Rhea și Norbury, 2007; Sax și Weston, 2007)	Constanța obiectelor (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009), joaca simbolică (folosește bățul pe post de mătură, hrănește păpușa, alimentează mașina, apoi spală geamurile) (Landy, 2009)	Suportă separarea cu ușurință, inițiază interacțiuni cu semenii, împarte lucruri (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009; Conti-Ramsden și Durkin, 2012)

	Urcă scările alternând picioarele, nu are nevoie de balustradă (Folio și Fewell, 2000)	Folosește limba și furculița bine, bea din cană, își poate da jos șosetele și se poate descălța singur, se dezbracă singur, fără ajutor (Nichols și Case-Smith, 1996)	Ce, cine, unde, de ce? (Rhea și Norbury, 2007) Vorbirea este inteligibilă în proporție de 75%	Numește o culoare, numără două obiecte, sortează forme, face puzzle-uri cu trei sau patru piese, compară două obiecte (înțelege care este mai mare) (Conti-Ramsden și Durkin, 2012; Furono și Parks, 2004)	Jocul de rol (jocul de-a casa, de-a doctorul) (Landy, 2009) Înțelege regulile (Landy, 2009)
48 luni (4 ani)	Face salturi (Folio și Fewell, 2000) Coboară scările alternând picioarele, fără balustradă (Folio și Fewell, 2000) Merge înapoi drept (Folio și Fewell, 2000)	Copiază, arată, desenează persoane alcătuite din două până la patru părți (Dixon și Stein, 2006; Folio și Fewell, 2000) Taie hârtia în jumătate Se îmbracă cu haine fără nasturi, nu are nevoie de instrucțiuni (Nichols și Case-Smith, 1996)	Urmează instrucțiunile cu trei până la cinci etape (Sax și Weston, 2007) Propoziții complexe (Rhea și Norbury, 2007) Povestește despre evenimente din trecut, creează roluri imaginare (Rhea și Norbury, 2007) Se joacă cu cuvintele, participă la glume, taclimări (Sax și Weston, 2007)	Teoria minții, conceptul de timp (Landy, 2009) Generalizează reguli (Landy, 2009) Vorbește cu sine pentru a rezolva probleme (Landy, 2009) Numără patru obiecte, înțelege conceptul de perechi opuse (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009)	Prieten preferat (Landy, 2009) Dă dovadă de atenție față de semenii (empatie) (Landy, 2009) Construiește jocuri de imaginație (de exemplu, supererou) (Dixon și Stein, 2006; Landy, 2009) De obicei, este ascultător (Landy, 2009)
60 luni (5 ani)	Prinde mingea (Folio și Fewell, 2000) Își menține echilibrul într-un picior timp de zece secunde (Folio și Fewell, 2000) Stă în picioare (Folio și Fewell, 2000) Face sărituri (Folio și Fewell, 2000)	Copiază pătrate, desenează oameni alcătuiți din zece părți, colorează respectând liniile, ține creionul între degete (Dixon și Stein, 2006; Folio și Fewell, 2000) Se spală și se usucă bine pe mâini (Nichols și Case-Smith, 1996)	Își aduce aminte părți dintr-o poveste (Dixon și Stein, 2006) Poveștile au subiect (Rhea și Norbury, 2007) Timpul viitor (Sax și Weston, 2007) Vorbirea este 100% inteligibilă	Numește patru culori (Dixon și Stein, 2006) Aptitudini de precizie, numărare, scriere : recită poezii (Rhea și Norbury, 2007), numără zece obiecte (Dixon și Stein, 2006), scrie nume (Rhea și Norbury, 2007)	Se joacă departe de părinți, discută despre emoții într-un mod mai complex (Sax și Weston, 2007; Landy, 2009) Insistă asupra regulilor într-un grup (Dixon și Stein, 2006)

Tabelul 3.2. *Stadiile dezvoltării conform teoriilor lui Freud, Erikson și Piaget*

Perioadă	Stadii psihosexuale Freud Yálof (2011)	Stadii psihosociale Erikson Poole și Snarey (2011)	Stadiile dezvoltării cognitive Piaget Jansen (2011)
De la naștere la un an	<p><i>Oral</i>: Noul eu direcționează suptul bebelușului spre sân sau biberon. Dacă nevoile orale nu sunt satisfăcute corespunzător, individul poate să dezvolte obiceiuri precum suptul degetului, rosul unghiilor, rosul creioanelor în copilărie, mâncatul în exces și fumatul mai târziu în viață.</p>	<p><i>Încredere primară</i> versus <i>neîncredere primară</i> Sugarii capătă un sentiment de încredere, de convingere că lumea este bună, ca urmare a îngrijirii pline de afecțiune pe care au primit-o. Neîncrederea apare atunci când sugarii trebuie să aștepte prea mult pentru a primi alinare sau sunt tratați ca asprime.</p>	<p><i>Senzorio-motor</i> (de la naștere la 2 ani) Sugarii „gândesc” acționând cu ajutorul ochilor, al urechilor, al mâinilor și al gurii. În consecință, inventează modalități de a soluționa probleme simple, precum tragera unei manete pentru a asculta sunetul unei cutii muzicale, găsirea unor jucării ascunse, punerea obiectelor în și scoaterea acestora din recipiente.</p>
1-3 ani	<p><i>Anal</i>: Copiii de vârste mici și preșcolarii le place să înă și să elibereze urina și materia fecală. Formarea deprinderii de a merge la toaletă devine o chestiune majoră la nivelul relațiilor părinte-copil. Dacă părinții insistă să antreneze copilul în acest sens înainte ca acesta să fie pregătit sau dacă au prea multe solicitări, pot apărea conflicte legate de controlul anal, care se vor manifesta printr-o tendință exagerată spre ordine și curățenie sau dezordine.</p>	<p><i>Autonomie</i> versus <i>rușine și îndoială</i> Folosind aptitudinile mintale și motorii dobândite, copiii doresc să aleagă și să decidă pentru ei înșiși. Autonomia este favorizată când părinții le permit copiilor să facă alegeri și nu forțează sau culpabilizează copilul. Aici se includ și comportamentele de autonomie: mersul autonom, îmbrăcatul, mâncatul, mersul la toaletă, îmbrăierea, care asigură copilul că este capabil să le facă fără ajutor.</p>	<p><i>1-2 ani senzorio-motor</i> <i>2-3 ani preoperațional/simbolic</i></p>
3-6 ani	<p><i>Falic</i>: Pe măsură ce preșcolarii se bucură de stimularea genitală, apar conflictul lui Oedip la băieți și conflictul Electra la fete, potrivit lui Freud. Copiii simt o dorință sexuală față de părintele de sex opus. Pentru a evita pedeapsa, renunță la această dorință și adoptă caracteristicile și valorile părintelui de același sex. În consecință, se formează supraeul, iar copiii se simt vinovați de fiecare dată când încalcă standardele acestuia.</p>	<p><i>Inițiativă</i> versus <i>culpabilitate</i> Prin jocul imaginar, copiii explorează tipul de persoană care pot deveni. Inițiativa – un sentiment de ambiție și de responsabilitate – se dezvoltă atunci când părinții sprijină noul scop al copilului. Când părinții cer prea mult autocontrol, induc vina excesivă și ulterior lipsa inițiativiei, care este asociată cu eșecul, pasivitatea și neajutorarea.</p>	<p><i>Preoperațional (2-7 ani)</i> Preșcolarii folosesc simboluri pentru a reprezenta descoperirile senzorio-motorii timpurii. Această perioadă este caracterizată prin dezvoltarea limbajului și a jocului imaginativ, a desenului, imitația amănunțită, teoria minții. Totuși, gândirii îi lipsește logica, aceasta fiind sub forma transductivă (de la particular la particular), copilul este egocentric, nonconservativ, gândire precauzală, precategorială.</p>

6-11 ani	<p><i>Latent</i> : Instinctele sexuale se atenuază, iar supraeul continuă să se dezvolte. Copilul dobândește noi valori sociale de la adulții și semenii de același sex din afara familiei.</p> <p>Se dezvoltă mecanismele de apărare cum ar fi refuzarea, negarea, actul ratat, formațiunea reactivă, proiecție, introiecție, raționalizare, sublimare.</p>	<p><i>Sânguință versus inferioritate</i></p> <p>La școală, copiii dezvoltă capacitatea de a munci și de a coopera cu alții.</p> <p>Inferioritatea se dezvoltă atunci când experiențele negative de acasă, de la școală sau din grupul de joacă duc la apariția sentimentului de incompetență.</p>	<p><i>Stadiul operațiilor concrete</i></p> <p>Raționamentul copiilor devine logic. Școlarii înțeleg că o anumită cantitate de limonadă sau de plastilină rămâne neschimbată chiar și după modificarea aspectului său.</p> <p>Organizează obiecte în ierarhii de clase și subclase. Totuși, gândirii îi lipsește eficiența pe care o au adulții. Deocamdată, gândirea nu este abstractă.</p>
Adolescent	<p><i>Genital</i> : Odată cu pubertatea, impulsurile sexuale din stadiul falic reapar. Dacă copilul s-a dezvoltat cu succes în stadiile timpurii, această dezvoltare va duce la căsătorie, maturitate sexuală, la nașterea și la creșterea copiilor. Această etapă se extinde până în perioada de maturitate inclusiv.</p>	<p><i>Identitate versus confuzie de rol</i></p> <p>Adolescentul încearcă să răspundă la întrebarea : Cine sunt și care este rolul meu în societate? Prin explorarea valorilor și a obiectivelor profesionale, tânărul își construiește identitatea personală. Rezultatul negativ este confuzia cu privire la rolul de viitor adult.</p>	<p><i>Stadiul operațiilor formale</i></p> <p>Capacitatea de abstractizare permite adolescenților să găndească cu ajutorul simbolurilor care nu se referă la obiecte din lumea reală din matematica avansată.</p> <p>Adolescenții pot să găsească toate rezultatele posibile ale unei probleme științifice, nu doar pe cele mai evidente.</p>
Maturitate timpurie		<p><i>Intimitate versus izolare</i></p> <p>Tinerii adulți încearcă să stabilească relații intime cu alte persoane. Din cauza dezamăgirilor din trecut, unele persoane nu pot construi relații apropiate și rămân izolate.</p>	
Maturitate mijlocie		<p><i>Productivitate versus stagnare</i></p> <p>Adulții de vârstă medie contribuie la bunăstarea generațiilor prin creșterea copiilor, îngrijirea altora sau muncă productivă.</p> <p>Persoana care eșuează pe acest plan simte o lipsă a realizării personale/stagnare.</p>	
Maturitate târzie		<p><i>Integritatea eului versus disperare</i></p> <p>Bătrânii mediteză la tipul de persoană care au devenit. Integritatea rezultă din sentimentul că a meritat ca viața să fie trăită exact așa cum s-a întâmplat. Persoanele care nu sunt mulțumite de viața lor se tem de moarte.</p>	

Dezvoltarea umană pe parcursul întregii vieți este un proces foarte complex, contextualizat și individualizat. Evaluarea trebuie făcută într-un anumit context economic, sociocultural și istoric, care constituie un cadru al dezvoltării și creează un set de așteptări individualizate în raport cu propria viață, sănătate și satisfacție personală. Chiar în aceleași condiții (de exemplu, în aceeași familie), indivizii se dezvoltă diferit, cu ritmuri diferite și făcând apel la setul propriu, înăscut de abilități. Constantele dezvoltării, care au fost schițate într-o manieră foarte generală în acest capitol, trebuie evaluate în raport cu acest context, care formează cadrul dezvoltării. Această evaluare trebuie să țină cont de variabilitatea interindividuală care este normală și de așteptat chiar și în cazul grupurilor sociale restrânse.

Bibliografie

- Bennett, P. (2015). *Clinical psychology : psychopathology through the lifespan : psychopathology and mental health through the lifespan*. Maidenhead : Open University Press.
- Berk, L.E. (2014). *Development through the lifespan*. Boston : Pearson.
- Bornstein, M.H., Lamb, M.E. (Eds.) (2011). *Cognitive development : an advanced textbook*. Taylor & Francis.
- Boyd, D.R., Bee, H.L. (2015). *Lifespan development*. Boston : Pearson.
- Cavanaugh, J., Blanchard-Fields, F. (2014). *Adult development and aging*. Nelson Education.
- Conti-Ramsden, G., Durkin, K. (2012) Language development and assessment in the preschool period, *Neuropsychology Review*, 22(4), 384-401.
- Crais, E.R., Watson, L.R., Baranek, G.T. (2009). Use of gesture development in profiling children's prelinguistic communication skills. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 18, 95-108.
- Demetriou, A., Shayer, M., Efklides, A. (Eds.) (2016). *Neo-Piagetian Theories of Cognitive Development : Implications and Applications for Education*. Routledge.
- Dixon, S.D., Stein, M.T. (2006). *Encounters with Children – Pediatric Behavior and Development* (4th ed.). Philadelphia : Mosby.
- Folio, M., Fewell, R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales, 2nd Edition – Guide to Item Administration (PDMS-2)*. Austin : pro-ed An International Publisher.
- Furono, S., Parks, S. (2004). *Revised HELP Checklist Birth to Three Years*. Palo Alto : VORT Corporation.
- Goldstein, S., Naglieri, J.A. (2011). *Encyclopedia of Child Behavior and Development*, Springer, US.
- Goswami, U. (2010). *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development*. Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell.
- Halverson, C.F., Kohnstamm, G.A., Martin, R.P. (2014). *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Psychology Press.
- Haywood, K., Getchell, N. (2001). *Life span motor development*. Champaign, IL : Human Kinetics.
- Jansen, J. (2011). Piaget's Cognitive Development Theory. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1104-1106). New York : Springer-Verlag.
- Landy, S. (2009). *Pathways to Competence – Encouraging Healthy Social and Emotional Development in Young Children* (2nd ed.). Baltimore : Paul H Brookes Publishing Co Inc.
- Lillias, C., Turnbull, J. (2009). *Infant/Child Mental Health, Early Intervention, and Relationship-Based Therapies – A Neurorelational Framework for Interdisciplinary Practice* (1st ed.). New York : Interdisciplinary Training Institute LLC and Janiece Turnbull.
- Nichols, D.S., Case-Smith, J. (1996). Reliability and validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Pediatric Physical Therapy*, 8(1), 15-24.

- Payne, V.G., Isaacs, L.D. (2016). *Human motor development : A lifespan approach*. Routledge.
- Poole, S., Snarey, J. (2011). Erikson's Stages of the Life Cycle . In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 599-603). New York : Springer-Verlag.
- Rhea, P., Norbury, C.F. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence – Assessment and Intervention* (3rd ed.). St Louis : Mosby Elsevier.
- Salthouse, T.A. (2016). *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Psychology Press.
- Santrock, J.W. (2010). *A topical approach to life-span development* (5th ed.). Boston : McGraw-Hill Higher Education.
- Sax, N., Weston, E. (2007). Language Development Milestones. www.rehabmed.ualberta.ca/spa/phonology/milestones.pdf (accesat pe 22 aprilie 2017).
- Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2014). *Life-span human development*. Cengage Learning.
- Wilson, R.L., Wilson, R. (2015). *Understanding emotional development : providing insight into human lives*. New York, NY : Routledge.
- Yalof, J. (2011). Psychosexual Stages of Freud. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1193-1196). New York : Springer-Verlag.
- Zimmerman, I.L., Castilleja, N.F. (2005). The role of a language scale for infant and preschool assessment. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 11(3), 238-246.

4. Diagnosticul tulburărilor psihice

Viorel Lupu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca

Rezumat

Având în vedere faptul că prevalența tulburărilor psihice este foarte mare pe plan mondial, este foarte important diagnosticul corect al acestora, care se bazează pe informații obținute din mai multe surse și pe aplicarea unor criterii nosologice fundamentate științific. Se trec în revistă clasificările tulburărilor mintale pe parcursul diferitelor secole, ajungând la cele mai importante, elaborate de APA – seria de DSM-uri, începând cu DSM-I în 1952 și terminând cu DSM-5, în anul 2013 –, precum și cele elaborate de Organizația Mondială a Sănătății, ICD, ultima ediție fiind ICD-10, în 1993. Spre deosebire de DSM, care este multi-axial, ICD este uniaxial și conține criteriile și ghid diagnostic clinic. Evaluarea este un proces dificil și încărcat de responsabilitate atât pentru psihiatru, cât și pentru psiholog, care recurg la interviuri deschise, nestructurate și la examinări psihiatrice informale. În elaborarea diagnosticului de tulburare se caută pentru început semne, simptome și sindroame.

Se arată apoi particularitățile evaluării diagnostice în psihiatria copilului și adolescentului față de evaluarea adultului cu probleme psihice. Se insistă pe un aspect foarte important care va asigura reușita psihoterapiei, și anume asupra faptului că psihoterapeutul trebuie să se racordeze concepțiilor mediului subcultural al copilului și adolescentului și, nu în ultimul rând, familiei acestuia, intrând în „mitologia” lor, atât în procesul de evaluare diagnostică, cât și în cel de terapie propriu-zisă, pentru a fi eficace în demersul terapeutic.

4.1. Introducere

Prevalența tulburărilor psihice pe plan mondial este foarte semnificativă. Astfel, în SUA unu din cinci copii și adolescenți suferă de o tulburare mintală pe parcursul unui an (U.S. Department of Health and Human Services, 1999) și în jur de 50% dintre tulburările psihice ale adulților debutează înainte de vârsta de 14 ani (Kessler *et al.*, 2005).

De obicei, în școlile de medicină se insistă mai mult pe criteriile de diagnostic actuale, incluzând DSM-5 și ICD-10, și mai puțin pe metoda de a pune diagnosticul. Acest proces nu este nici simplu, nici intuitiv și necesită un mod de gândire corect și fundamentat

științific. Diagnosticul corect presupune aplicarea în mod sistematic, logic a anumitor principii bazate pe informații obținute din mai multe surse.

4.2. Clasificările tipurilor de tulburări mintale

Termenul „nosologie” se referă atât la clasificarea tipurilor de tulburări, cât și la ramura științelor medicale care se ocupă cu clasificarea bolilor. În ceea ce privește psihiatria, nosologia se referă la clasificarea sistemelor desemnate cu identificarea, sistematizarea și descrierea acelor condiții care sunt considerate tulburări psihice autentice în relație cu cunoștințele medicale actuale.

Clasificările tulburărilor mintale până în secolul al XIX-lea au fost ne semnificative. În 1840, Census a elaborat ceea ce majoritatea consideră a fi primul sistem de clasificare care lua în considerare prevalența uneia dintre categoriile „idioție/nebunie” și includea șapte categorii de boli :

- mania ;
- melancolia ;
- monomania ;
- pareza ;
- demența ;
- epilepsia ;
- dipsomania.

Asociația Comitetului Regal de statistică medico-psihologică din Marea Britanie a adoptat o schemă de clasificare a tulburărilor psihice care nu a fost însă larg răspândită. Un alt sistem de clasificare a fost propus la Congresul de Științe Mentale de la Paris în 1882.

Asociația superintendentilor medicali din SUA, care a devenit ulterior APA, a propus o revizie a sistemului de la congresul din 1882 din Paris, urmată de alta în 1886 și apoi altele succesive în 1913 și 1917.

După al Doilea Război Mondial, OMS a elaborat pentru prima dată Clasificarea internațională a bolilor (ICD-6), inclusiv a tulburărilor mintale, fiind influențată de Administrația Veteranilor Americani. Alte progrese au apărut doar sporadic până când Asociația Psihiatrică Americană (APA) a elaborat prima ediție a manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-I*) în 1952. După 16 ani a apărut cea de-a doua revizie a DSM-I, respectiv DSM-II, prin care la acea oră erau doar listate tulburările mintale. Glosarul britanic al tulburărilor mintale a încercat să rectifice acea „listare” fără prea mare succes, deoarece nu exista niciun fel de congruență în ceea ce privea simptomele și comportamentele, în ce tip de categorie diagnostică se încadrau, existând diferențe transculturale de gândire psihiatrică și încadrare nosologică ale marilor școli de psihiatrie (germană, engleză, franceză, americană).

Publicarea în 1980 a DSM-III a lărgit semnificativ numărul tulburărilor incluse în nosologia sa. A adoptat o abordare ateoretică a diagnosticului, denumind anumite simptome care erau legate teoretic. De exemplu, fobia, care era inclusă la așa-numitele „nevroze”,

a fost inclusă în cadrul tulburărilor anxioase. Criteriile diagnostice erau specificate cu mare precizie. A fost adoptat pentru prima dată sistemul multi-axial de diagnostic.

DSM-IV a apărut în 1994, iar revizia textului (TR – *text revision*) a fost realizată în 2000. Această revizie a textului încorporează informații științifice extrase din literatura de specialitate pe perioada dintre cele două publicări. Dezvoltarea elementelor din DSM-IV-TR includea elemente asociate, prevalență, cultură, vârstă, sex, evoluție și pattern familial al tulburării mintale. Autorii DSM resping ideea dualismului minte/corp ca anacronic, în ciuda faptului că sintagma „tulburare mintală” implică ca validă o astfel de distincție, afirmând că este mult „somatic” în „tulburarea mintală” și mult „psihic” în „tulburarea somatică”. Tulburările mintale sunt privite în DSM ca sindroame clinice semnificative sau patternuri asociate cu distres sau dizabilități sau cu risc crescut de a provoca moartea, durerea, dizabilități sau pierdere a libertății. Acest sindrom trebuie diferențiat de sancționarea unui răspuns cultural la producerea unui eveniment – de exemplu, reacția de doliu la moartea unei persoane iubite, comportamentul, disfuncțiile psihologice, biologice și simptomatice rezultate dintr-o astfel de situație fiind considerate ca o manifestare normală a individului. Comportamentele și conflictele deviante ale individului și ale societății nu sunt a priori considerate dovada unei tulburări mintale.

Există cinci axe ale DSM, și anume :

- Axa I – toate categoriile diagnostice cu excepția tulburărilor de personalitate și a retardului mintal ;
- Axa II – tulburări de personalitate
 - retard mintal ;
- Axa III – condiții medicale generale ;
- Axa IV – probleme psihosociale și de mediu ;
- Axa V – evaluarea globală a activității (scorul EGA).

Exemple de diagnostice pe axa I :

- Tulburări afective ;
- Tulburări anxioase ;
- Tulburări somatoforme ;
- Tulburări disociative ;
- Schizofrenia ;
- Tulburări legate de consumul de toxice ;
- Tulburările identității sexuale – de exemplu : pedofilie, voyeurism, fetișism.

Exemple de diagnostice pe axa II :

- Tulburări de personalitate ;
- Cluster A ;
- Cluster B ;
- Cluster C ;
- Retard mintal (întârziere mintală) ;
- Ușor ;
- Mediu ;
- Sever.

Exemple de diagnostice pe axa III :

- Cauze somatice, fizice evidente și identificabile în determinismul sau secundarea unei tulburări mintale ;
- Printre condițiile cele mai uzuale ;
- Tulburări infecțioase sau parazitare ;
- Neoplasme (de exemplu, tumori cerebrale) ;
- Tulburări neurologice ;
- Tulburări endocrinologice ;
- Anomalii congenitale ;
- Autoleziuni și intoxicații.

Exemple de diagnostice pe axa IV :

- Probleme psihosociale și de mediu ;
- Probleme cu grupul de suport primar (deces, abuz, separare) ;
- Mediu social (deces sau pierdere, discriminare, singurătate) ;
- Probleme educaționale ;
- Probleme ocupaționale (șomaj, nesiguranță) ;
- Probleme economice (sărăcie) ;
- Probleme de acces la îngrijiri de sănătate ;
- Probleme de interacțiune cu serviciile legale (arest, victimizare) ;
- Altele.

Exemple de diagnostice pe axa V :

- Evaluarea globală a activității (scorul EGA) (GAF) ;
- Ia în considerare funcționarea profesională, socială și psihologică ca un continuum ipotetic dinspre sănătatea mintală spre boala mintală ;
- Evaluarea de 100 de puncte se referă la o persoană cu activitate superioară pe o scară largă de preocupări și activități, care reușește să țină sub control problemele vieții, fiind văzută de alții ca posedând calități pozitive, și nu prezintă simptome ;
- Evaluarea de 10 puncte se referă la o persoană care se află într-un pericol persistent, dezvoltă o inabilitate persistentă de a-și menține igiena personală sau dezvoltă un comportament suicidal.

În anul 2013 a apărut DSM-5. Cea mai semnificativă modificare față de clasificările DSM precedente este schimbarea tipului de clasificare din categorial în dimensional, prin apariția la finalul fiecărei descrieri categoriale a unei scale de severitate. De asemenea, apare recomandarea unificării axelor I, II și III pentru a clasifica tulburările prezentate de pacient, fie că sunt psihiatrice, de personalitate sau somatice.

Cel de-al doilea sistem de clasificare a tulburărilor psihice foarte larg răspândit este ICD-10 (*International Classification of Diseases* – WHO, 1992). Spre deosebire de DSM, care este multi-axial, ICD este uniaxial și conține criteriile și ghid diagnostic clinic.

Evaluarea este un proces dificil și încărcat de responsabilitate atât pentru psihiatru, cât și pentru psiholog, aceștia recurgând la interviuri deschise, nestructurate și la examinări psihiatrice informale (Georgescu, 1998).

4.3. De la semne, simptome și sindroame la tulburări mintale

În elaborarea diagnosticului de tulburare se caută pentru început semne, simptome și sindroame. Noțiunea de semn în limbajul clinic se referă la trăiri obiective observate de clinician (de exemplu, tahicardia, hiperactivitatea motorie). Semnele clasice ale mâniei sunt: expansivitatea, iritabilitatea, fuga de idei, ideile de grandoare, distractibilitatea.

Noțiunea de simptom, în limbajul clinic, se referă la acuzele subiective exprimate de un pacient (de exemplu, relatează ieșirea inimii din piept, gândurile îi zboară altundeva, se simte speriat, inhibat, blocat etc.).

Noțiunea de sindrom reprezintă un grup de semne și simptome ce apar concomitent și constituie o condiție care poate fi recunoscută (de exemplu, tulburare afectivă bipolară, tulburare obsesiv-compulsivă, schizofrenie).

Semnele și simptomele pot fi psihice sau fizice. De exemplu, creșterea frecvenței cardiace – tahicardia – este un semn somatic (fizic), pe când senzația persoanei că își pierde mințile este unul psihic. Cunoștințele legate de limbajul semnelor și simptomelor facilitează comunicarea între persoanele implicate în sistemul de sănătate mintală și ajută în stabilirea unui plan terapeutic.

Cauza unui simptom sau a unui semn este fie de natură pur fizică, fie pur psihică, fie o combinație a celor două. Exemple de semne sau simptome comune ilustrative:

- anxietate;
- idei delirante;
- halucinații;
- iluzii;
- euforie;
- amnezie;
- idee obsesivă;
- compulsie;
- fobie;
- depresie.

Spre deosebire de sindroamele clinice medicale, sindroamele psihopatologice au o evoluție dinamică în cadrul procesului patologic pe care îl exprimă și se deosebesc între ele prin gradul lor de completitudine, se dezvoltă și succed într-un anumit cadru nosologic după o dinamică sindromologică.

În prezent, observațiile clinice recente, precum și rezultatele psihozelor experimentale atestă că aserțiunea unei totale nespecificități a sindroamelor nu mai poate fi acceptată. Sindroamele psihopatologice prezintă deosebiri de intensitate care reflectă natura noxei, modul în care a acționat brusc sau progresiv, singular sau cumulativ, unele aspecte electiv sau localizator cerebrale ale acestei acțiuni, precum și particularitățile terenului. În aceste sindroame există simptome obligatorii și simptome facultative. Simptomele facultative care apar numai în anumite împrejurări și pot fi localizator facultative, apărând prin lezarea unei anumite zone a creierului, și individual facultative, din pricina predispoziției bolnavilor.

În bolile acute se evidențiază două forme distincte de tulburări psihice. În prima formă predomină o „ascuțire” a trăsăturilor personalității și tulburarea de conștiință, până la pierderea acesteia. În forma a doua, tulburarea de conștiință este dominantă, fiind un complex simptomatic obligatoriu al crizei acute. În schimb, în bolile cronice se constată „ascuțirile” sub forma unei exagerări a trăsăturilor personalității. Astfel, în formele grave de ateroscleroză cerebrală, complexe de simptome obligatorii sunt reprezentate de degradarea personalității sub forma scăderii tactului, a politeții, a oscilațiilor fine ale vieții psihice sau demența.

În perioada de trecere de la tulburările acute la cele cronice există sindroamele de tranziție. După tulburările inițiale de conștiință, pot apărea sindroamele de tranziție pe fond de conștiință clară, după care se instalează sindroamele care au ca sindrom cardinal modificările personalității sau intelectului. Ca sindroame de tranziție se citează sindroamele paranoide, schizofrenice, confabulozice, anamnestic etc. (Birt, 2001).

4.4. Particularitățile evaluării diagnostice în psihiatria copilului și adolescentului

Evaluarea diagnostică în psihiatria copilului și adolescentului are anumite particularități față de evaluarea adultului cu probleme psihice. Este utilă respectarea următoarelor îndrumări emise de Penn și Hagino, citați de Goldberg (2001), legate de acest aspect :

1. Se interviează copilul și părinții, atât separat, cât și împreună ; pot fi incluși alți adulți importanți (profesori, educatori, bunici) sau frați, colegi etc. ;
2. Se precizează debutul, dezvoltarea și contextul simptomelor prezente ;
3. Se obțin informații suplimentare de la școală, consilieri sau de la personalul medical care l-a îngrijit anterior ;
4. Se realizează istoricul dezvoltării pe etape de vârstă, medical, școlar și social, precum și istoricul neruropsihiatric al familiei ;
5. Se evaluează familia pentru a detecta eventualele probleme de tipul conflictelor, dificultăților maritale, rolurilor sau interdicțiilor inadecvate și abuzului emoțional, sexual sau fizic.
6. Se elimină tulburările medicale sau neurologice determinate de medicamente sau substanțe psihoactive – alcool, droguri –, efectuând un atent examen fizic și de laborator.

Orice examinare psihiatrică începe cu observația, urmată de anamneză (interviu), examen psihic, examen clinic general, examen neurologic, testarea psihologică, EEG și alte examinări paraclinice care vor facilita punerea atât a diagnosticului pozitiv, cât și a celui diferențial (Iftene, 1999).

Interviul psihiatric este bine să înceapă cu o anamneză atentă a părinților, separat, urmată de anamneza copilului sau adolescentului. Discuțiile trebuie conduse pe un drum cu relevanță pentru simptomatologia prezentată de copil. Se poate utiliza interviul liber sau interviul sistematic prin aplicarea unor chestionare standardizate.

În timpul interviului copilului sau adolescentului se procedează și la efectuarea examenului psihic. Trebuie să se țină seama de mai multe aspecte semnificative legate de particularitățile vârstei. Astfel, în general (cu mici excepții), nu copilul sau adolescentul

este cel care solicită consultul, ci mai degrabă este adus de către părinți la medic, psiholog sau psihopedagog. Pe de altă parte, ambianța cabinetului de consultație trebuie să fie potrivită atât pentru pacienții de vârstă mică, cât și pentru adolescenți, eliminându-se din câmpul vizual al pacienților obiectele care le-ar putea accentua anxietatea. De asemenea, limbajul trebuie adaptat nivelului de vârstă și de dezvoltare cognitivă ale pacientului.

În cazul copiilor mici (antepreșcolari și preșcolari) se recomandă medierea contactului verbal cu ajutorul jucăriilor sau prin examinarea unor fotografii. La copiii școlari mici, interviul trebuie început prin abordarea unor teme indiferente, cu scopul de a le diminua anxietatea, după care se abordează problema cardinală.

În cazul adolescenților, se recomandă o atitudine cât mai tranșantă și directă, evitându-se tonul moralizator. De multe ori specialiștii se pot lovi de negativismul, ostilitatea și rezistența adolescenților, care-l asimilează pe medic cu părinții lor, cu care de cele mai multe ori sunt în conflict deschis (Iftene, 1999).

Examenul psihic propriu-zis se desfășoară pe durata a cel puțin 40 de minute și are ca obiectiv principal evaluarea vieții psihice a copilului sau adolescentului, incluzând nivelul dezvoltării cognitive, al percepțiilor, atenției, memoriei, orientării temporo-spațiale, conștiinței, imaginației, gândirii, afectivității, vieții instinctive, activității, ritmului veghe-somn, personalității actuale. De asemenea, se examinează și aspectul general (ținuta, expresia feței, privirea, atitudinea, gestică, mimica, pantomima) și modalitatea în care copilul sau adolescentul stabilește contactul verbal și afectiv.

După examenul psihic se efectuează cu mare atenție examenul somatic, neurologic și EEG.

Examinarea psihologică ocupă un loc esențial în evaluarea copilului sau adolescentului. Se aplică o serie de teste exploratorii pentru: inteligența copilului (scala Wechsler pentru copii – WISC-R, scala Stanford-Binet, testul Raven simplu și color etc.), atenția copilului (testul de baraj Toulouse-Pieron, proba Zazzo, testul Praga etc.), memorie (auditivă – a cifrelor și cuvintelor), depresie (scala de depresie Hamilton, scala Beck), anxietate (STAI – I și II, HADS etc.), personalitate (testul Rorschach, testul CAT, testul TAT, testul Patte-Noire, testul omulețului, testul copacului – Koch, desenul familiei etc.).

În urma examinărilor complexe citate înainte, se stabilește diagnosticul, incluzând aprecieri și asupra nivelului de adaptabilitate a copilului în plan familial, școlar și social (Iftene, 1999). Pentru a putea face o încadrare diagnostică validă, specialistul pedopsihiatru și echipa sa – formată, ideal, și din psiholog, psihopedagog, asistent social, asistenți medicali – trebuie să compare simptomatologia pentru care copilul sau adolescentul este adus la consultație cu parametrii normali de dezvoltare pe etape de vârstă.

Psihoterapia copiilor și adolescenților diferă de cea a adulților din mai multe puncte de vedere. Una dintre diferențe constă în însăși natura copilăriei, copilul fiind comparat cu o „țintă mișcătoare”, fiind într-un permanent proces de schimbare. Acțiunile și comportamentul său sunt o rezultată a stadiului său de dezvoltare, a situației familiale, a influențelor mediului ambiant și a caracteristicilor individuale (Ronen, 1997).

Psihoterapeuții care se ocupă de această perioadă de vârstă trebuie să cunoască foarte bine sociologia copilăriei, psihologia developmentală, normele de conduită și procesele familiale, înainte de a intra în psihopatologia copilului și în deprinderea tehnicilor psihoterapeutice (Ghiran și Iftene, 1998; Dobrescu, 2003). Psihoterapia copilului este comparată cu abilitatea de a combina mai multe piese ale unui puzzle uriaș, fiind în același timp știință și artă și necesitând talent înnăscut, disponibilitate și creativitate din partea psihoterapeutului în comunicarea cu copiii. Psihoterapeutul trebuie să învețe anumite strategii și metode verbale și nonverbale transpuse la nivelul de înțelegere a copiilor în suferință.

De multe ori, psihoterapeutul trebuie să se racordeze concepțiilor mediului subcultural al copilului și adolescentului și, nu în ultimul rând, familiei acestuia, intrând în „mitologia” lor, atât în procesul de evaluare diagnostică, cât și în cel de terapie propriu-zisă, pentru a fi eficace în demersul terapeutic. Pentru ilustrare, voi prezenta două cazuri rezolvate în acest „spirit”.

Primul caz a fost al unui adolescent de 13 ani, pe nume „Ciprian”, care s-a prezentat în Clinica de Neuropsihiatrie a Copilului și Adolescentului Cluj-Napoca pentru refuz școlar, care data de aproximativ două luni. Printre alte cauze invocate de copil, care avea o structură anxioasă de personalitate, era și o „fobie de pix”. El avea convingerea irațională că în pixul său a „intrat diavolul”. Mediul său familial era încărcat de o serie întregă de superstiții și credințe iraționale. „Ciprian” s-a aflat în terapie cu antidepresive și anxiolitice (Anafranil 3x1 tb. a 25 mg/zi, Xanax 3x1 tb. a 0,25 mg/zi), dar fără rezultate concrete. În acest context, pentru a mă racorda la sistemul său de credințe, i-am spus pacientului că sunt de acord cu el și că, într-adevăr, în pix a pătruns diavolul. Pe de altă parte, i-am spus că, pentru o persoană credincioasă, rugăciunea este foarte puternică și poate „scoate diavolul” din orice lucru sau ființă. Am luat un pix și l-am prins de un capăt, iar celălalt i l-am dat lui să-l țină, spunându-i că vom rosti împreună rugăciunea Tatăl Nostru și astfel pixul va fi eliberat de „spiritele rele”. După rugăciune i-am arătat cât de ușor scrie pixul și l-am invitat să scrie cu el ceea ce-i voi dicta eu: „Ciprian este un băiat curajos. El poate să scrie cu orice: cu pixul, cu stiloul, cu creta. Ciprian se va simți din ce în ce mai bine și va putea merge la școală”. Pacientul a reușit să scrie cu pixul după două luni, afirmând că i-a dispărut subit fobia de pix. După patru zile de la această intervenție, „Ciprian” s-a externat și și-a reluat activitatea școlară fără nicio problemă ulterioară.

Al doilea caz a fost al unei adolescente în vârstă de 14 ani pe nume „Irina”, care s-a internat în clinică pentru a șasea oară. Ea era cunoscută clinicii pentru o serie de manifestări epileptice polimorfe, care au fost în cele din urmă controlate prin medicamente antiepileptice. În ultima vreme însă, prezenta o simptomatologie psihică dominată de anxietate marcată, privire metapsihică, ce apărea intermitent, cu durată de aproximativ trei-patru minute, momente în care îi apăreau halucinații vizuale și auditive sub forma unor „broaște” care vorbeau între ele și făceau comentarii negative la adresa ei și a mamei sale, împreună cu care era internată. Mama și fiica formau un cuplu patologic. Ambele aveau niveluri cognitive liminare și o „mare încărcătură” de credințe iraționale. Ele fuseseră la mai multe „vrăjitoare” și la mai mulți preoți pentru „dezlegarea fetei”, care era „făcută” – conform declarațiilor mamei. Aceste demersuri însă i-au agravat starea. La internare, singura modalitate prin care se liniștea era să înghită apă dintr-o sticlă de plastic de culoare verde pe care o purta în permanență la ea. Bazându-mă pe aceste premise, i-am propus să-i aduc „apă sfințită de la Lourdes”, care face adevărate minuni și care o va putea ajuta și pe ea, dar cu condiția de a-și umezi doar buzele cu ea, nu cum făcea cu apa obișnuită, pe care o consuma în cantități exagerate. Din momentul primirii „apei sfințite”, „crizele” au cedat complet și pacienta s-a liniștit total. De asemenea, și mama ei s-a relaxat, inducându-i de data aceasta o stare de bine, și nu de anxietate, ca înainte.

Evoluția ei a fost favorabilă și s-a externat din clinică fără a reveni, în decurs de câteva săptămâni. Înainte de acest tip de intervenție, mama își aducea fiica la spital la mai puțin de 24 de ore de la precedentele externări.

Așadar, încă un exemplu de „racordare” a terapeutului la nivelul cognitiv și la „universul” credințelor și miturilor personale și familiale, care s-a dovedit foarte eficace în rezolvarea unor stări psihice invalidante.

Pentru a asigura reușita deplină a oricărei psihoterapii, la copii sunt necesare evaluări precise ale situației copilului prin :

- 1) Obținerea unor informații despre copil din mai multe surse :
 - părinți (pentru tulburări de tip „acting out” – neascultare, agresivitate, negativism, hiperactivitate, impulsivitate) ;
 - educatori, profesori, învățători – date privind raportarea copilului la normele corespunzătoare vârstei cronologice (randament școlar, intelectual, abilități sociale de comunicare) ;
 - direct de la copil – pentru înțelegerea emoțiilor sale, aprecierea stimei de sine, depresiei ;
 - observația directă ;
- 2) Compararea acuzelor actuale cu comportamente considerate normale pentru vârsta copilului ;
- 3) Aprecierea dacă tratamentul copilului trebuie inițiat sau dacă sunt șanse ca problemele să se rezolve de la sine.

În tabelul 4.1 sunt prezentate criteriile comportamentale care determină nevoia de terapie, adaptate după Ronen (1997).

Tabelul 4.1. *Criterii comportamentale care determină nevoia de terapie*

Comportament	Necesitatea terapiei
Corespunzător criteriilor de diagnostic pentru o boală (tulburare) – ICD-10, DSM-5	DA
Conform normelor mediului cultural	NU
Conform vârstei cronologice (de exemplu, enurezis)	NU
S-a ameliorat	NU
S-a agravat sau este stabil	DA
Există riscuri pentru viitor	DA
Are un prognostic bun	DA
Există o mare motivație pentru schimbare	DA
Este important pentru copil și familie	DA
A schimbat o situație anterioară	DA
Se poate remite spontan	NU

În aplicarea oricărei forme de psihoterapie individuală cu copilul, terapeutul se poate orienta după următoarele întrebări (Ronen, 1997) :

- Copilul cu probleme se află în stadiul de dezvoltare în care să fie posibilă terapia verbală ?
- Are copilul abilitatea să stea să asculte și să se concentreze ?
- Are copilul motivație pentru terapie sau trebuie aplicată o terapie prin joc, pentru a-i capta atenția și motivația ?
- Are copilul abilități verbale sau este mai performant în artă, muzică sau joc ?

Pentru a ilustra importanța existenței unor abilități plastice în demersul psihoterapeutic, voi prezenta cazul unui adolescent pe nume „Matei”, în vârstă de 15 ani, cu sindrom Asperger.

Deși majoritatea copiilor și adolescenților cu sindrom Asperger sunt neîndemânatici pe fondul eșecului inserției sociale, există și excepții, manifestate printr-o originalitate a gândirii și percepției, care conduce uneori la performanțe extraordinare în unele domenii (matematică, artă etc.). Descrierea inițială a lui Asperger a prognosticat o evoluție mai favorabilă la acei pacienți care-și puteau folosi talentele pentru a obține un „job” sau pentru a se autoîntreține. Adolescentul, în vârstă de 15 ani la data stabilirii diagnosticului de sindrom Asperger, avea abilități plastice excepționale în domeniul picturii și graficii. Pacientul a făcut sute de desene și picturi în cărbune, respectiv tempera, având câteva teme preferate: peisaje, măști, clădiri, interioare, portrete, lumea spectacolului, natură statică etc. El a dovedit o mare sensibilitate artistică, ca urmare a unei percepții particulare asupra lucrurilor, unei memorii vizuale excepționale și unei preferințe pentru contrastul lumină-întuneric. Toate lucrările au fost create după o lună de la introducerea unui tratament cu Prozac, în doză de 20 mg/zi (figurile 4.1, 4.2, 4.3 și 4.4).

Aceste abilități, pe care nu le manifesta înaintea tratamentului, au avut un efect benefic semnificativ asupra capacității de comunicare cu anturajul, fiind dispus să discute pe marginea lucrărilor lui. L-am sfătuit să se înscrie la o clasă de pictură, pe care a absolvit-o la Școala Populară de Arte, fiind cel mai bun din promoția sa. Actualmente are 32 de ani, trăiește alături de mama lui, pe care o ajută la administrarea unei sere de flori dintr-o localitate rurală.

În paralel, a continuat să picteze și recent a vernisat a doua expoziție personală la Cluj-Napoca, după prima, care a avut loc în anul 2000, având și numeroase oferte de achiziționare a lucrărilor sale (Lupu și Lupu, 2000 ; Lupu, 2012).



Figura 4.1. Portrete și măști

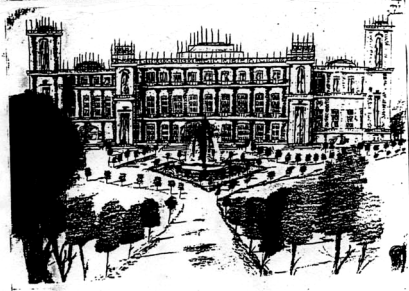
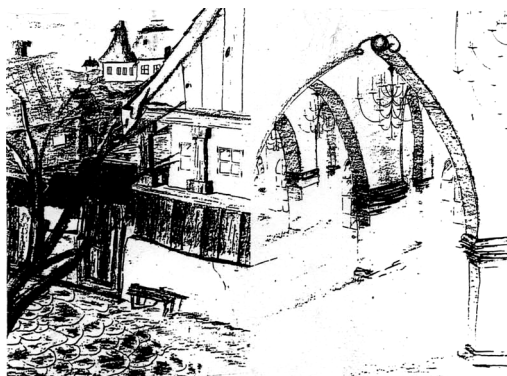


Figura 4.2. Clădiri și interioare

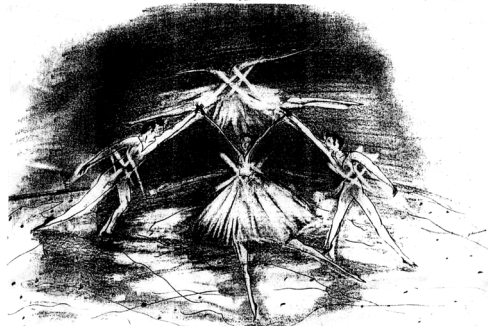


Figura 4.3. Dansuri și balet

Figura 4.4. Copac și cal

Bibliografie

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text rev.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Birt, M. (2001). *Psihiatrie. Prolegomene clinice*. Editura Dacia.
- Dobrescu, I. (2003). *Psihiatria copilului și adolescentului. Ghid practic*. București : Editura Medicală.
- Georgescu, M. (1998). *Psihiatrie, ghid practic*. București : Editura Național.
- Ghiran, V., Iftene, F. (1998). *Aspecte de psihiatrie clinică și socială a copilului și adolescentului*. Cluj-Napoca : Editura Genesis.
- Goldberg, R.J. (2001). *Ghid clinic de psihiatrie*. Editura All Educational.
- Iftene, F. (1999). *Psihiatria copilului și adolescentului*. Cluj-Napoca : Editura Casa Cărții de Știință.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, M.S. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lupu, V., Lupu, D. (2000). *Abilități plastice excepționale la un adolescent cu Sindrom Asperger, după tratament cu Prozac. Academia Română. Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane*. Cluj-Napoca : Editura Argonaut, 176-181.

- Lupu, V. (2012). *Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului* (ed. a treia). Cluj-Napoca : Editura ASCR.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive Developmental Therapy with Children*. New York : John Wiley and Sons.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental health : A report of Surgeon General*. Rockville, MD : National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- *** *Clasification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10). Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1998). WHO. București : Editura All Educational.

5. Calitățile psihometrice ale testelor psihologice

Mihai Marian
Universitatea din Oradea

Rezumat

În prezent, literatura de specialitate psihologică privind testele este generoasă. În selectarea unui test psihologic pentru uz practic sunt necesare reguli clare și un demers în care psihologul joacă rolul de experimentator, dar și de filtru. Psihologul ar trebui să aibă o idee clară în legătură cu ceea ce va fi evaluat, dar și unde și cum va identifica obiectul căutărilor sale. Aspecte esențiale și adesea ignorate, însă abordate în lucrare, sunt orientarea teoretică, aspectele practice și standardizarea. Măsura în care scorurile la teste sunt repetabile și gradul în care sunt independente de erorile de măsurare reprezintă un alt aspect important vizat, numit adesea fidelitate. Estimarea fidelității testelor poate fi implementată prin metoda test-retest, metoda formelor alternative, metoda înjumătățirii și metoda acordului interevaluatori. Testele psihologice valide măsoară ceea ce a fost proiectat să măsoare generând informații utile. În practica clinică curentă este important să cunoaștem măsura în care un raționament făcut pornind de la un test are sens și mai ales în ce măsură este potrivit contextului dat. Cercetarea a consacrat trei categorii ale validității, raportate la conținut, construct și criteriu. În construirea unui test se impun descrierea și evaluarea teoretică ale conceptului, apoi prin itemii componenți să-l măsoare. Estimarea validității face referire la relația dintre test și un eveniment extern independent. Ori de câte ori este utilizată noțiunea de predicție este implicată validitatea predictivă, iar când focalizarea este centrată asupra unui moment definit facem referire la validitatea concurrentă. Considerăm că scopul validității este ca aceste construcții să furnizeze surse valide de informații, care pot fi utilizate pentru a ajuta la rezolvarea problemelor unice cu care se confruntă respondenții.

Distincția dintre testarea psihologică și evaluarea psihologică poate fi cel mai bine reliefată prin prezentarea pe scurt a rațiunilor metodologice pentru dezvoltarea unei abordări psihometrice.

Abordarea psihometrică obiectivă este mai potrivit a fi aplicată testelor de abilități, cum ar fi cele care măsoară inteligența sau aptitudinile motrice. Utilitatea acestei abordări scade când încercăm să evaluăm trăsături de personalitate precum dependența, rebeliunea,

autoritarismul ori anxietatea. Variabilele de personalitate sunt fără îndoială mult mai complexe și necesită a fi validate în context istoric, prin observații comportamentale și în relațiile interpersonale. Când pur și simplu abordarea psihometrică obiectivă este utilizată pentru evaluarea problemelor de viață (inclusiv psihoze), utilitatea este problematică.

Rolul central al psihologului clinician în evaluarea psihologică este de „expert” în comportamentul uman, care adesea conduce spre un proces complex, presupunând înțelegerea și interpretarea scorurilor la teste în contextul de viață al persoanei. Evaluarea clinică este orientată individual, dar întotdeauna are în vedere existența socială. Conștientizând rolul sugerat de evaluarea psihologică, psihologii clinicieni ar trebui să fie familiarizați cu informațiile esențiale privind măsurarea și practica clinică. Acestea includ statistica descriptivă, fidelitatea (inclusiv eroarea de măsurare), validitatea, interpretarea normativă, procedura de administrare, variabile asociate (de exemplu : gen, vârsta, etnie, rasă) etc.

O problemă adesea întâlnită în programele de training este faptul că cei mai mulți psihologi au insuficiente cunoștințe în interpretarea rezultatelor, cu toate că posedă informații relevante din psihologia clinică, psihologia personalității ori psihodiagnostic clinic. Așa cum subliniau Turner, DeMers, Fox și Reed (2001), considerăm că pregătirea și formarea clinicienilor sunt mult prea concentrate pe dezvoltarea competențelor în administrare și scorare, în locul cunoștințelor legate de ceea ce au testat în fapt.

Înainte de utilizarea unui test psihologic, psihologii clinicieni ar trebui să investigheze și să înțeleagă orientarea teoretică a testului, argumentele practice, adecvarea eșantionului de standardizare și, nu în ultimul rând, gradul de acceptabilitate a fidelității și validității.

Utilizatorii testelor ar trebui să fie atenți la literatura științifică care acompaniază manualul. Tabelul 5.1 schițează cele mai importante întrebări la care un manual ar trebui să ofere răspuns. Nu intenționăm să furnizăm explicații comprehensive privind teoria și construcția testelor, având în vedere că există tratate de specialitate consacrate, cum ar fi cele ale lui Anastasi și Urbina (1997), Kaplan și Saccuzzo (2001) etc.

Tabelul 5.1. *Evaluarea unui test psihologic*

Calități psihometrice	Întrebări specifice
<i>Orientarea teoretică</i>	Înțelegerea constructului teoretic pe care se fundamentează testul este sprijinită de măsurare ? Itemii testului corespund descrierii teoretice a constructului ?
<i>Considerații practice</i>	Este lungimea testului una potrivită ? Respondenții au capacitățile solicitate de test, înțeleg ce citesc ?
<i>Standardizarea</i>	Populația care va fi testată este echivalentă ori similară cu populația pe care a fost standardizat ? Mărimea eșantionului pe care s-a implementat standardizarea a fost adecvată ? Cât de adecvate sunt instrucțiunile pentru a încuviința administrarea standardizată ? Normele subgrupurilor specifice au fost stabilite ?
<i>Fidelitatea</i>	Estimarea fidelității este suficient de ridicată ?
<i>Validitatea</i>	Care criterii și proceduri au fost utilizate pentru validarea testului ? În contextul și pentru scopul urmărit, testul utilizat va măsura variabila cu acuratețe ?

5.1. Orientarea teoretică

Psihologii clinicieni, înainte de a aprecia dacă un test este adecvat sau nu, ar trebui să înțeleagă orientarea teoretică a acestuia. Analiza constructului măsurat de test devine esențială, urmată de investigarea felului în care testul se apropie de acel construct. În general, aceste informații esențiale pot fi găsite în manualul de utilizare al testului. Totuși, există situații în care informațiile prezentate în manualul de utilizare al testului sunt insuficiente, motiv pentru care clinicienii ar trebui să consulte literatura de specialitate axată pe constructul măsurat. Clinicienii pot obține informații utile în mod frecvent, privind constructul prin analiza atentă și individuală a itemilor (Groth-Marnat, 2003). De cele mai multe ori, manualul de utilizare oferă o analiză particularizată a itemilor testului, care poate sprijini potențialul aplicant în aprecierea măsurii în care este relevant pentru o anumită trăsătură.

5.2. Considerații practice

O serie de aspecte practice fac referire mai degrabă la contextul și maniera în care testul este utilizat decât la construcția acestuia. Considerăm că testele variază în funcție de nivelul de educație solicitat examinațiilor pentru a înțelege itemii în mod adecvat. Persoanele examinate trebuie să fie capabile să citească, să înțeleagă și să răspundă adecvat. Unele teste, fiind mult prea lungi (număr de itemi mare), pot duce la pierderea raportării ori la frustrarea examinațiilor, uneori excesivă. Administrarea formelor scurte ale testelor ar putea reduce sau chiar elimina aceste probleme doar în cazul în care au fost dezvoltate în mod științific și tratate cu prudența adiacentă. Este necesar ca clinicienii să aprecieze măsura în care au nevoie de training în administrarea și interpretarea instrumentului. În cazul în care trainingul este necesar, un plan privind parcurgerea formării (chiar și online) devine o necesitate.

5.3. Standardizarea

Un aspect central este legat de gradul de adecvare a normelor. Fiecare test are norme care reflectă distribuția scorurilor prin intermediul eșantioanelor standardizate. Punctul de pornire în a da sens scorurilor individuale la test face referire directă la similaritatea dintre individul testat și eșantion. În cazul în care există similaritate între individul testat (sau grupul testat) și eșantionul standardizat, o comparație adecvată poate fi făcută. Pe de altă parte, cu cât este mai diferită persoana față de grupul standardizat (cum ar fi o persoană peste 80 de ani și cu un nivel educațional scăzut), cu atât este mai puțin util testul în evaluarea clinică implementată. Deducem că este necesar ca evaluatorul să consulte literatura de specialitate și să hotărască dacă cercetările care au urmat publicării manualului testului au dezvoltat norme pentru grupuri diferite. Această particularitate este

importantă pentru teste precum MMPI, SCL-90, și Rorschach, în care normele pentru populații tinere au fost publicate.

Considerăm că este necesar ca întrebări concrete legate de adecvarea normelor să primească răspuns. Prima întrebare ar trebui să vizeze măsura în care grupul standardizat este reprezentativ pentru populația vizată de examinator în practica clinică prin utilizarea testului. Manualul testului ar trebui să includă suficiente informații privind reprezentativitatea eșantionului standardizat. Dacă informațiile oferite sunt insuficiente sau, în orice caz, incomplete, se va reduce drastic gradul de încredere cu care clinicienii pot utiliza testul. Practica curentă abordează acest aspect prin utilizarea eșantionării stratificate aleatorii. Totuși, din pricina faptului că această procedură poate fi extrem de costisitoare și consumă mult timp, cele mai multe teste au curențe în această privință. A doua întrebare are în vedere eșantionul standardizat și mărimea acestuia. În cazul în care grupul este restrâns, rezultatele nu pot oferi estimări stabile din pricina mult prea multor fluctuații aleatorii. Un test construit riguros prezintă norme pentru subgrupuri distincte, precum și pentru populația generală (ori norme naționale). Așa cum arăta și Groth-Marnat (2003), informațiile privind normele subgrupurilor oferă clinicienilor examinatori flexibilitate și încredere în contextul în care utilizează testul în examinarea unor subgrupuri similare. Accentuăm aceste particularități importante pentru că subgrupurile produc seturi de scoruri diferite în mod semnificativ față de grupul ori eșantionul standardizat. Subgrupurile la care ne-am referit anterior pot avea ca fundament amplasarea geografică, statusul socioeconomic, mediul rural ori urban, vârsta, sexul, etnia sau nivelul de educație. Cunoașterea acestor norme pentru subgrupuri permite o interpretare adecvată și semnificativă a scorurilor, însă fără a ignora procedurile de administrare.

Un test construit adecvat este necesar să ofere instrucțiuni care să permită clinicianului examinator să-l aplice într-un mod structurat și similar altor examinatori, precum și să poată să mențină această administrare standardizată de la o sesiune de testare la alta. Cercetările (Fuchs și Fuchs, 1986 ; Corcoran, 2000 ; Butcher, Perry și Atlis, 2000) au demonstrat că variația instrucțiunilor de la o examinare la alta poate altera calitatea și tipul răspunsurilor, compromițând astfel și fidelitatea testului.

5.4. Fidelitatea

Fidelitatea unui test se referă la gradul în care acesta prezintă stabilitate, predictibilitate, coerență ori acuratețe. Fidelitatea unui test se adresează de asemenea și măsurii în care scorurile obținute de o persoană examinată sunt aceleași în cazul în care este reexaminată cu același test într-o altă ocazie. La baza conceptului de fidelitate este admis intervalul de eroare sau *eroarea de măsurare* a unui scor. Acesta reprezintă o estimare a rangului unor fluctuații ipotetice aleatorii care pot apărea la scorurile individuale. Subliniem că un anumit grad de eroare este întotdeauna prezent în orice sistem, fiind generat de factori precum interpretarea eronată a itemilor, procedura de administrare sărăcăcioasă ori chiar și schimbarea dispoziției clientului. Dacă înregistrează o mare fluctuație aleatorie a scorurilor, clinicianul examinator nu poate acorda încredere scorurilor individului. Scopul unui cercetător constructor de teste este de a reduce cât mai mult posibil gradul erorii de măsurare și al fluctuațiilor aleatorii. În cazul în care acest lucru este realizat, diferența dintre un scor și altul pentru o caracteristică măsurată este mai probabil să

rezulte din unele diferențe adevărate decât din unele fluctuații aleatorii. Două probleme principale sunt legate de gradul de eroare într-un test. Prima problemă este inevitabilitatea inerentă a variației naturale în performanța umană. În mod obișnuit, variabilitatea este mai mică în măsurarea de abilități decât în măsurarea personalității. Variabilele abilități (aptitudini mecanice, inteligența etc.) arată modificări graduale care rezultă din creșterea și dezvoltarea, în timp ce trăsăturile de personalitate sunt mult mai dependente de factori precum dispoziția. Un exemplu particular în această direcție ar putea fi o caracteristică precum anxietatea.

Variabilitatea umană inerentă și imprecizia testelor fac dificilă sarcina de măsurare. Cu toate că erorile în testare sunt inevitabile, obiectivul esențial în construirea testelor este menținerea erorilor de testare în limite acceptabile. O corelație ridicată în general este peste 0,80, dar fiind variabil măsurată alterează rezistența așteptată a corelației. În plus, metoda de determinare a fidelității testului modifică puterea relativă a corelației. Psihologii clinicieni ar trebui să vizeze corelații de 0,90 ori chiar mai ridicate la testele care sunt utilizate în luarea deciziilor în evaluarea clinică a pacienților, în timp ce o corelație între 0,70 și 0,75 în general ar fi adecvată mai degrabă unor scopuri de cercetare. Scopul fidelității testului este estimarea gradului de varianță cauzat de eroare.

Punctul de pornire este reprezentat de scorurile înregistrate la un test, iar în calculul consistenței interne sunt luați în considerare coeficienții : α Cronbach, I_3 Guttman și r_{20} și r_{21} Kuder Richardson.

Cele patru metode principale în obținerea fidelității implică determinarea următoarelor aspecte :

1. măsura în care testul produce rezultate consistente și consecvente în retestare (metoda test-retest) ;
2. precizia relativă a unui test la un moment dat (forme alternative) ;
3. consistența internă a itemilor (metoda înjumătățirii) ;
4. gradul de acord între examinatori.

Chiar dacă cele patru tipuri sunt consacrate în literatura de specialitate, există un al cincilea tip – Kuder-Richardson (precum metoda înjumătățirii), adică o măsurare a consistenței interne a itemilor testului. Totuși, această metodă este considerată frecvent a fi adecvată doar pentru testele care măsoară o singură variabilă (și dacă itemii testului sunt binari).

5.4.1. *Metoda test-retest*

Fidelitatea prin intermediul acestei metode este determinată prin administrarea testului, urmată de o readministrare ulterioară. Coeficientul de fidelitate este calculat prin corelarea scorului obținut de aceeași persoană la două administrări diferite. Gradul de corelare dintre cele două scoruri indică măsura în care scorurile testelor pot fi generalizate de la o situație la alta. În situația în care corelațiile sunt ridicate, rezultatele sunt mai puțin probabil generate de fluctuații aleatorii ale condițiilor de testare sau mediu. În cazul în care testul este utilizat în practica clinică curentă, psihologul clinician poate fi relativ sigur că diferențele la scoruri sunt rezultatul unei schimbări actuale în trăsătura măsurată și mai puțin probabil rezultatul unor fluctuații aleatorii. O serie de factori este necesar

să fie luați în considerare în evaluarea gradului de adecvare a metodei test-retest. În primul rând, intervalul de timp dintre administrări poate afecta fidelitatea testului. Manualele testelor ar trebui să specifice intervalul de timp (în general este specificat), precum și schimbările semnificative survenite în viața examinaților, cum ar fi consiliere, psihoterapie, schimbarea locului de muncă, probleme somatice etc.

Una dintre dificultățile majore raportate la această metodă este efectul pe care practica și memoria îl au asupra performanței, ceea ce poate duce la o îmbunătățire a rezultatelor de la prima la cea de-a doua examinare. Alte surse ale variației pot fi rezultatele aleatorii, oscilațiile pe termen scurt în examinare sau chiar variația condițiilor de testare.

Metoda de determinare a fidelității de tip test-retest este preferată în cazul în care variabila măsurată este relativ stabilă. În situația în care variabila este înalt flexibilă ori instabilă (cum ar fi anxietatea), această metodă, în mod logic, nu este indicată.

5.4.2. *Forme alternative*

Metoda formelor alternative ocolește multe dintre problemele enunțate la metoda test-retest. Logica fundamentală a formelor alternative este că trăsătura măsurată repetat folosind forme paralele ale testului trebuie să producă rezultate similare. Gradul de similaritate dintre scoruri reprezintă coeficientul de fidelitate al testului. La fel ca în cazul metodei test-retest, intervalul dintre administrări ar trebui inclus în manualul testului, împreună cu o prezentare a oricăror modificări semnificative din viața examinaților. În cazul în care cea de-a doua examinare este implementată imediat după prima, rezultatele nu vor indica o măsurare a fidelității testului, ci o corelație dintre forme paralele. Corelațiile determinate prin testări care au în vedere intervale mari de timp (de exemplu, două luni sau chiar mai mult) furnizează atât o măsurare a relației dintre formele paralele ale testului, cât și gradul în care este stabil temporal.

Metoda formelor alternative elimină multe dintre efectele colaterale, precum evocarea răspunsurilor anterioare ale examinatului la itemi specifici. Unele efecte reziduale pot exista, în sensul că persoana examinată poate învăța și să se adapteze la stilul general al testului chiar și atunci când conținutul specific al itemilor de la o formă a unui test la alta este nefamiliar.

Este posibil ca principala dificultate a formelor alternative să fie determinarea gradului în care cele două forme ale unui test sunt echivalente. Astfel, dacă un test este mai dificil decât forma alternativă, diferența scorurilor obținute ar putea reprezenta diferența prezentă între cele două variante ale testului, și nu diferențe rezultând din fidelitatea scăzută a măsurării. Considerăm că un constructor sau un dezvoltator al unui test are drept țel măsurarea fidelității testului, și nu diferențele între formele alternative, lucru care ar fi neplăcut și cu un coeficient de fidelitate scăzut. Formele alternative sunt construite adesea independent, însă utilizează același set de specificații, incluzând același număr de itemi, același format, aceeași modalitate de administrare și același tip de conținut.

Un dezavantaj specific metodei formelor alternative în stabilirea fidelității testelor este reprezentat de distanța în timp între administrări (a formelor paralele), însă nu pot fi ignorați factori precum fluctuațiile pe termen scurt ale dispoziției și nivelul de stres care afectează rezultatele. Metoda formelor alternative are avantajul de a reduce și de a elimina în parte un set de efecte colaterale și, în plus, conduce spre creșterea încrederii în rezultatele

obținute în cazul evaluării unor programe de tratament (sau în monitorizarea longitudinală a unui pacient) prin administrarea formelor diverse în momente diferite.

5.4.3. Metoda înjumătățirii

Metoda înjumătățirii (*split half*) este considerată cea mai eficientă tehnică de determinare a unei trăsături cu un grad înalt de fluctuație. Deoarece testul este administrat o singură dată, itemii testului sunt împărțiți în jumătate, iar cele două jumătăți obținute sunt corelate.

Metoda înjumătățirii măsoară consistența internă a itemilor testului, și nu stabilitatea temporală a administrărilor diferite ale aceluiași test. În determinarea fidelității prin această metodă, testul este adesea împărțit pe baza itemilor pari și impari (acest procedeu fiind numit și metoda item cu item). Tehnica este eficientă frecvent în cazul testelor în care itemii sunt aranjați în funcție de gradul de dificultate.

Cu toate că în unele cazuri metoda divizării testului într-o primă jumătate și o doua poate fi eficientă, aceasta poate fi de asemenea inadecvată ori chiar eronată din pricina efectelor cumulative (cum ar fi oboseala, plictiseala etc.) care pot conduce spre niveluri diferite de performanță între prima jumătate a testului și cea de-a doua.

Corcoran (2000) și Groth-Marnat (2003) considerau că prin această metodă scade drastic numărul itemilor din fiecare jumătate, ceea ce va duce la o variabilitate largă a răspunsurilor care nu se pot stabili în jurul unei medii. În general, un test cu un număr mai mare de itemi are o fidelitate mai ridicată deoarece numărul mare de itemi compensează modificările minore în răspunsul examenatului la un număr scăzut de itemi. Ca și în cazul metodei formelor alternative prezentate anterior, diferențele în conținut pot exista între prima jumătate și cea de-a doua.

5.4.4. Coeficientul de fidelitate interevaluatori

În unele teste, scorurile au la bază parțial judecata evaluatorului, ceea ce ar putea afecta fidelitatea în mod hotărâtor, mai ales în cazul în care varianța dintre evaluatori este semnificativă. O astfel de situație este înregistrată în cazul testelor proiective ori de aptitudini, unde rezultatele pot fi diferite. Această metodă este utilă în cazul judecăților globale fundamentate pe scorurile la testare, cum ar fi deteriorare cerebrală *versus* normal, sau în cazul unor răspunsuri la testul Rorschach. Deducem că strategia de bază în determinarea fidelității prin această metodă este obținerea unei serii de răspunsuri de la pacient, iar acestea trebuie să fie marcate de doi evaluatori diferiți. În etapa următoare seturile de scoruri pot fi corelate pentru determinarea coeficientului de fidelitate. Utilizarea celei mai bune forme de estimare a fidelității depinde de natura variabilei măsurate și de scopul în care este utilizat testul. Considerăm că fiecare test care presupune chiar și subiectivitate parțială în scorare ar trebui să furnizeze în manualul său informații despre fidelitatea interevaluatori.

În contextul în care o trăsătură sau o aptitudine măsurată este stabilă, metoda test-retest este optimă, însă metoda înjumătățirii este mai potrivită pentru caracteristici înalt fluctuante. Un aspect uneori ignorat este intervalul acceptabil pentru fidelitate, care este legat de formatul testului. Arătam mai sus că testele cu un număr mai mare de itemi au în general

o fidelitate ridicată comparativ cu cele scurte. Formatul răspunsurilor afectează fidelitatea, astfel formatele de tip „adevărat – fals” cel mai probabil au o fidelitate scăzută comparativ cu alegerile multiple (Anastasi și Urbina, 1997 ; Kaplan și Saccuzzo, 2001). De exemplu, la itemi la care formatul de răspuns permite alegeri diverse dintre cinci variante posibile există o posibilitate de doar 20% ca răspunsul să fie corect întâmplător, în timp ce în alegeri dihotomice probabilitatea urcă până la 50%.

În general, testele au un coeficient de fidelitate mai ridicat decât subscalele componente. Examinatorul ar trebui să aibă în vedere, în estimarea încrederii care poate să fie acordată scorurilor interpretate, cea mai scăzută fidelitate a unei subscale. De exemplu, la ASQ cea mai scăzută fidelitate (0,61) este înregistrată la subscala „intern negativ” (Marian, 2010, p. 132). Multe manuale includ un index statistic al erorilor posibile la scorurile testelor și care fac referire la eroarea standard de măsurare.

Eroarea standard de măsurare (ESM) este o modalitate de estimare a intervalului de extindere a erorii. Totuși, intervalul depinde de fidelitatea testului, așadar cu cât este mai ridicată fidelitatea testului, cu atât mai restrâns este intervalul de eroare. ESM este un indicator statistic al modului în care scorurile repetate ale unui individ la un test specific s-ar poziționa în jurul distribuției normale. ESM are o utilitate practică mai mare decât cunoașterea fidelității testului și datorită faptului că această zonă de eroare reprezintă intervalul de încredere. Nivelul acceptabil al fidelității este dificil de identificat, fiind parțial dependent de variabila măsurată. Spre exemplu, aspecte instabile cum ar fi atribuirile interne negative (Marian, 2010) produc un nivel scăzut al fidelității față de trăsături stabile.

Până în acest punct am văzut că metoda formelor alternative este considerată deficitară, în sensul că oferă o estimare inferioară a fidelității testului, în timp ce metoda înjumătățirii furnizează cea mai înaltă estimare. O altă cale în estimarea adecvată a fidelității ar putea fi implementată prin compararea fidelității derivate din alte teste similare. De exemplu, în cazul anxietății, clinicianul este posibil să nu cunoască care este nivelul acceptabil de încredere. O estimare generală poate fi făcută prin compararea fidelității testului analizat cu alte teste care măsoară variabile similare.

Este mai puțin probabil ca clinicienii practicieni să fie interesați de nivelul statistic al fidelității dacă au unele baze cel puțin teoretice pentru a crede că testul este o măsurare validă a stării clientului.

5.5. Validitatea

Am văzut că fidelitatea abordează aspecte legate de consistență, însă aprecierea unui test va trebui să surprindă elemente esențiale privind validitatea sau ceea ce este mai exact acesta. Este indicat ca testele valide pentru evaluarea clinică să măsoare ceea ce au fost proiectate să măsoare și să genereze informații utile pentru clinicieni. Weiner (1996) considera că un instrument clinic de evaluare nu poate fi valid în sens absolut ori în sens abstract, însă din punct de vedere practic testul trebuie să fie valid pentru un grup specific de oameni și într-un anumit context. Chiar dacă un test poate prezenta o fidelitate bună fără a fi valid, opusul acestei afirmații nu poate fi aplicat, în sensul că o condiție necesară pentru validitate este ca testul să fi atins un nivel adecvat de fidelitate. Concluzionând, un test valid este cel care măsoară cu precizie variabila pe care intenționa să o măsoare. American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association

(APA), precum și alte societăți prestigioase recunosc trei metode principale în stabilirea validității, și anume în legătură cu conținutul, criteriul și constructul.

Stabilirea validității unui test poate fi o sarcină dificilă pentru că variabilele de ordin psihologic, în mod uzual, sunt concepte abstracte precum anxietatea, personalitatea sau inteligența. Dat fiind faptul că existența conceptelor este inferată mai degrabă prin mijloace indirecte, conceptualizarea și cercetarea asupra constructelor sunt supuse schimbării, solicitând teste de validare și o permanentă rafinare. În construirea unui test, în primul rând se impune să fie descris și evaluat teoretic conceptul, apoi să fie măsurat prin operațiuni specifice (itemii componenți). Chiar și când un cercetător a urmat cu multă preocupare științifică pașii necesari, uneori întâmpină dificultăți în a afirma cu exactitate ce măsoară testul. Estimarea validității în acest context face referire la relația dintre test și un eveniment extern independent.

5.5.1. *Validitatea de conținut*

În principal, aceasta se referă la reprezentativitatea și relevanța instrumentului de evaluare pentru constructul măsurat. Anastasi (1976) considera că itemii trebuie examinați în mod repetat pentru a verifica măsura în care acoperă o plajă semnificativă din domeniul evaluat prin instrument. Prin urmare, itemii ca parte componentă a testului este necesar să fie reprezentativi pentru ceea ce măsoară.

În faza de selecție inițială a itemilor este necesar să fie luată în considerare aria de cunoștințe și abilități a variabilei care se dorește a fi măsurată. Itemii vor fi generați ulterior pe baza conceptualizării variabilei. Situațional, experții în domeniu sunt utilizați în selecția itemilor, numărul acestor experți (precum și calificările profesionale ale acestora) este necesar să fie notat în manualul testului. În plus, instrucțiunile primite și gradul acordului dintre experți ar fi de dorit să fie prezentate, ceea ce ar crește încrederea potențialilor utilizatori în practica clinică privată.

Un test cu o validitate de conținut ridicată acoperă toate aspectele majore, însă și în proporții corecte. Un concept oarecum legat de validitatea de conținut este *validitatea de aspect*. Termenii nu sunt sinonimi, având în vedere că validitatea de conținut face referire la judecăți emise de către experți, în timp ce validitatea de aspect face referire la judecățile emise de utilizatorii testelor.

În trecut, validitatea de conținut a fost conceptualizată și operaționalizată ca fiind bazată pe raționamente subiective ale cercetătorilor care au dezvoltat testul. Drept urmare, a fost privită ca forma de validitate cel mai puțin atractivă chiar dacă este necesară preponderent în stadiile inițiale ale dezvoltării testului. Utilitatea validității de conținut s-a focalizat în primul rând asupra testelor de realizare și selecție de personal. În ultimele decenii ale secolului trecut a devenit importantă în evaluarea personalității și în evaluarea clinică (Butcher *et al.*, 1990).

5.5.2. *Validitatea de criteriu*

Cea de-a doua abordare relevantă în determinarea validității unui test este validitatea de criteriu, care arată că scorurile sunt raportate sistematic la criterii. Validitatea de criteriu este numită și empirică ori predictivă. În acest caz se impune să menționăm tipul criteriului

pentru care sunt așteptate relațiile, mai ales când testul are în componență mai multe subscale ori subteste. Când este utilizată noțiunea de predicție (orientarea fiind spre viitor) este implicată *validitatea predictivă*, iar când focalizarea este orientată asupra unui moment definit facem referire la *validitatea concurrentă*. În cazuri nu tocmai frecvente raportarea poate fi înspre trecut, moment în care validitatea devine retrospectivă. Relația dintre două măsurări este în mod obișnuit exprimată prin coeficientul de corelație.

Validitatea concurrentă este adesea un substitut pentru validitatea predictivă deoarece este simplă, nu consumă timp și nu este costisitoare. Ca principiu general, decizia favorabilă validității concurente sau predictive este de preferat să fie luată condiționat de scopul testului. Validitatea predictivă este potrivită testelor utilizate în selecția personalului, unde putem include plasarea aplicanților pentru un loc de muncă, poziționarea personalului militar în programe de antrenament sau chiar identificarea categoriilor de populație cu probleme de ordin psihiatric care ar putea beneficia cu o mai mare probabilitate de accesul la tratamente specifice. Situațiile anterioare solicitau ca instrumentele de măsurare să furnizeze o predicție a rezultatelor viitoare. Validitatea concurrentă în contrast este preferabilă în evaluarea statusului actual al clientului. Distincția poate fi rezumată prin întrebări țintite, de exemplu : „Ghiță este inadapabil ?” (validitate concurrentă) sau „Ghiță va deveni inadapabil ?” (validitate predictivă).

Un alt aspect relevant este gradul în care un test specific poate fi aplicat într-un mediu unic. Acest aspect face referire mai degrabă la valoarea socială și la consecințele evaluării decât la validitatea formală prezentată în manualul testului. Evaluatorul trebuie să se raporteze la manualul testului, să aprecieze similitudinea dintre criteriile utilizate pentru stabilirea validității și situația în care ar dori să aplice testul. Tipul acesta de abordare este uneori menționat în literatura de specialitate ca *validitate sintetică* pentru că examinatorii este necesar să integreze ori să sintetizeze criteriile raportate în manualul testului cu variabilele pe care le întâlnesc în mediul clinic. Când un număr mare de variabile nu sunt contorizate, trăsătura poate fi afectată în mod imprevizibil, ceea ce poate crea un grad ridicat de fluctuații în scorurile testelor, scăzând astfel și coeficientul de validitate. Atunci când un clinician evaluează un test de personalitate nu ar trebui să se aștepte la un coeficient înalt de validitate, ca și în cazul testelor de aptitudini ori de inteligență. Nivelul relativ de validitate adesea depinde de calitatea testului construit și de variabilele care au fost studiate. Aici este important să luăm în considerare măsura în care testul poate anticipa un comportament. Prin urmare, o problemă cu care se confruntă validitatea de criteriu este identificarea și definirea unui criteriu fezabil fără a fi biasat. Biasare la rândul ei poate fi considerată drept criteriu de contaminare care se produce atunci când cunoașterea rezultatelor testelor influențează performanța ulterioară a persoanei. Pentru depășirea acestor impedimente, cercetătorii se concentrează frecvent pe o a treia metodă în determinarea validității, numită validitate de construct.

5.5.3. *Validitatea de construct*

Această metodă a fost dezvoltată în cea mai mare parte pentru a corecta inadvertențele și dificultățile întâmpinate în abordările de conținut și criteriu. Validitatea de construct apreciază măsura în care un test măsoară conceptul teoretic ori trăsătura. În primul rând, în construirea testului este necesară o analiză atentă a trăsăturii, urmată de o analiză a modului în care trăsătura ar trebui corelată cu alte variabile și, în final, proiectantul

testului va avea nevoie de alte teste adecvate pentru a demonstra dacă aceste ipoteze privind relaționarea chiar există. De exemplu, scala dominantă din CPI (Gough și Bradley, 1992) ar trebui să prezinte o corelație substanțială cu acceptarea rolului de lider și o corelație scăzută sau chiar negativă cu măsurarea submisivității. Aceste ipoteze sunt verificate prin studii experimentale care au un grad de încredere ridicat. Dacă unele aptitudini este de așteptat să crească odată cu vârsta, atunci și corelațiile este necesar să fie implementate între scorurile la test cu vârsta respondenților. Totuși, abordarea nu este potrivită și aplicabilă pentru măsurări ale personalității, ci doar pentru coordonarea motrică ori altele. În determinarea validității de construct putem măsura efectele experimentale ori ale intervențiilor terapeutice. Spre exemplu, măsurarea posttest după o perioadă de training poate demonstra dacă intervenția a afectat într-o oarecare măsură rezultatele testelor din pretest. De multe ori, corelațiile pot fi făcute cu alte teste care se presupune că măsoară variabile similare. Analiza Factorială (AF) este importantă în validitatea de construct pentru că poate fi utilizată pentru identificarea și evaluarea puterii relative a unor trăsături diferite. AF poate fi utilizată inclusiv în designul testelor (Analiza Factorială Exploratorie – AFE) pentru identificarea factorilor principali ori a factorilor măsurați printr-o serie de teste diferite. Prin AFE reducem numărul de categorii la câțiva factori comuni sau trăsături. Presupunem că în situația în care AF a unei măsurări psihopatologice determină că testul este compus din doi factori care măsoară anxietatea și depresia, testul prin urmare ar putea fi considerat a avea *validitate factorială*. Altă metodă utilizată în validitatea de construct este estimarea gradului în care consistența internă a subscalelor ori a subtestelor corelează cu scorul total la test. Adesea, în studiile de validare a testelor regăsim și aprecierea convergenței sau a puterii corelației cu alte variabile care sunt similare teoretic. Testul ar fi indicat să prezinte nu numai validitate convergentă, ci și *validitate discriminativă*, prin care să demonstreze corelații negative ori scăzute pe cât posibil cu variabile diferite. De exemplu, un interviu clinic structurat ar putea fi sensibil în identificarea a 70% din parafrenici la internarea în spital, însă nu ar putea fi suficient de specific în cazul a 40% dintre pacienții care ar putea fi clasificați ca fiind normali ori cu un alt diagnostic. Dificultatea în determinarea sensibilității și specificității constă în elaborarea unor criterii ferme și obiective larg acceptate pentru categorii precum: diagnosticul psihiatric, trăsăturile de personalitate și chiar inteligența. Cu toate acestea, cu cât sunt publicate mai multe studii experimentale care sprijină testul, cu atât este mai ridicat și nivelul de încredere privind aplicabilitatea testului în practica clinică curentă.

Validitatea de construct este cea mai puternică și sofisticată abordare în construirea testelor, putând considera celelalte abordări drept subcategorii ale acesteia. Deducem că munca de cercetare în validarea de construct este un proces pe termen lung în care noi relații și conexiuni pot fi investigate și verificate.

5.6. Validitatea în practica clinică

Un test poate avea un grad ridicat de validitate în ceea ce privește procesul de construire, însă nu este neapărat necesar ca acesta să prezinte validitate într-o situație specifică sau în cazul unui pacient deoarece în practica clinică multe variabile pot influența rezultatele. Se ridică prin urmare problema generalizării validității, care, în parte, depinde de similitudinea dintre populația utilizată în construirea testului și populația sau situația apărută în practica

clinică. Unele teste prezintă potențial de creștere (validitate incrementală) în măsura în care apar surse privind utilizarea clinică curentă. Validitatea incrementală face referire la capacitatea testelor de a furniza informații despre ceea ce este deja cunoscut. Importante sunt deci abilitatea clinicianului de a genera ipoteze care mai târziu să fie testate, precum și coroborarea ulterioară a datelor derivate într-o imagine coerentă și integrată a persoanei evaluate. Anastasi și Urbina (1997) și ulterior Groth-Marnat (2003) fac referire la validitatea conceptuală deoarece implică crearea unei descrieri conceptual coerente a persoanei.

5.6.1. *Validitatea incrementală*

Un test, pentru a fi considerat util și eficient, trebuie să producă rezultate precise, dar și cu mare ușurință și costuri cât mai reduse. În cazul în care descrierile clinice ar fi exacte și ar putea fi obținute prin intermediul datelor biografice, nu ar mai fi necesare testele psihologice. Un test psihologic și-ar dovedi validitatea prin creșterea proporției diagnosticărilor corecte și scăderea ratei erorilor la 2-3%. Cu toate acestea, cercetările asupra testelor psihologice utilizate în practica clinică curentă demonstrează frecvent că acestea au o validitate incrementală scăzută. Frecvent, psihologii clinicieni încearcă să facă predicții fundamentate pe teste psihologice complexe (cum ar fi MMPI). Predicțiile sunt de cele mai multe ori variabile, însă considerăm că ar fi mult mai simplu și eficient ca psihologii clinicieni să chestioneze clienții pentru a face predicții ulterioare. În anumite circumstanțe, predicțiile clienților au fost mai exacte decât testele psihologice, totuși aceste situații nu pot fi generalizate. În apărarea validității incrementale slabe, multe teste clinice tradiționale sunt neajutorate și fără răspuns la întrebări privind cercetările premergătoare. Relativ puține studii au analizat predicțiile derivate statistic fundamentate pe ecuații de regresie multiplă. Cu toate acestea, în ultimele decenii cercetările și în special testele cum ar fi MMPI, SCL-90, ASQ și CPI au subliniat această abordare. În cele din urmă, așa cum sublinia și Corcoran (2000), nu putem ignora testele care demonstrează o validitate incrementală consistentă atunci când estimează trăsături și comportamente specifice.

5.6.2. *Validitatea conceptuală*

În opoziție cu metodele clasice, cum ar fi validitatea de conținut, validitatea conceptuală se concentrează pe indivizi, pe istoria de viață și comportamentele acestora. Validitatea conceptuală este un mijloc de integrare a datelor obținute cu ajutorul testelor (sau a bateriilor de teste), astfel încât concluziile să fie corecte. În plus, această abordare este preocupată de constructele teoretice, însă de această dată constructele sunt raportate la individ, și nu la testul în sine. Observăm că accentul este pus pe individ într-o situație specifică, iar datele sunt derivate din mai multe surse. Validitatea de conținut a constructelor este fundamentată pe logica internă a datelor și pe consistența lor. Ca o diferențiere față de validitatea de construct, în acest caz constructele sunt produsul ori punctul final. Scopul validității conceptuale este ca aceste construcții să furnizeze surse valide de informații, care pot fi utilizate pentru a ajuta la rezolvarea problemelor unice cu care se confruntă un individ.

Bibliografie

- Anastasi, A. (1976). *Psychological testing*. New York : MacMillan Publishing Co., Inc.
- Anastasi, A., Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., Ben-Porath, Y.S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Perry, J.N., Atlis, M.M. (2000). Validity and utility of computer-based test interpretation. *Psychological Assessment*, 12, 6-18.
- Corcoran, K. (2000). *Measures for clinical practice : A sourcebook*. New York : Free Press.
- Fuchs, D., Fuchs, L.S. (1986). Test procedure bias : A meta-analysis of examiner familiarity effects. *Review of Educational Research*, 56, 243-262.
- Gough, H.G., Bradley, P. (1992). Delinquent and criminal behavior as assessed by the revised California psychological Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 298-308.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Kaplan, R.M., Saccuzzo, D.P. (2001). *Psychological testing : Principles, applications, and issues*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.
- Marian, M. (2010). Chestionarul Stilului Atribuțional : studiu de validare pe populația românească. *Analele Universității din Oradea, Fascicula Psihologie*, XVII, 124-141.
- Turner, S.M., DeMers, S.T., Fox, H.R., Reed, G.M. (2001). APA's guidelines for test user qualifications. *American Psychologist*, 56, 1099-1113.
- Weiner, I.B. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Inkblot method. *Psychological Assessment*, 8, 206-213.

6. Interpretarea scorurilor la testele psihologice

Dragoș Iliescu, Andrei Ion
Universitatea din București

Rezumat

Prezentul capitol discută principii ale interpretării scorurilor la testele psihologice. Tratatul temei pleacă de la diversele tipuri de scoruri și discută cele două clase mari de scoruri standardizate care sunt utilizate frecvent în testele psihologice (transformările liniare și clasele egale), însă și un număr de scoruri mai speciale, precum scorurile fundamentate pe niveluri bazale și scorurile actuariale. Pentru fiecare din aceste tipuri de scoruri sunt oferite repere de interpretare pe diverse niveluri. Ulterior, capitolul tratează scorurile criteriale și modalitatea în care ele pot fi stabilite. În final, capitolul tratează unele aspecte privind procesul de interpretare a scorurilor și un număr de erori frecvente care apar în interpretarea scorurilor la instrumente psihometrice. În această secțiune sunt stabilite avantaje și dezavantaje relative atunci când scorurile sunt interpretate prin prisma teoriei pe care se bazează testul sau scala utilizată, prin prisma dovezilor de validitate de criteriu și predictivă, prin prisma considerentelor statistice ori prin prisma raționamentului clinic.

6.1. Introducere

Pentru a putea interpreta rezultatele testelor sau chestionarelor psihometrice, răspunsurile pe care persoanele care le completează pentru respectivele teste trebuie prelucrate. În următoarea secțiune a acestui capitol vom ilustra modalitatea în care sunt prelucrate răspunsurile participanților, în vederea interpretării acestora. Acest proces de prelucrare diferă fundamental în funcție de paradigma în care a fost construit un instrument. Prin urmare, vom discuta (6.1.1 și 6.1.2) secvențe separate pentru descrierea celor două tipuri de prelucrări, respectiv generări ale scorurilor.

După cum menționam anterior, prelucrarea scorurilor la testele psihologice reprezintă procesul prin care răspunsurile persoanelor sunt asamblate și prin care acestea capătă semnificație psihologică. Generarea scorurilor echivalează cu estimarea nivelului la care se află persoanele evaluate în ceea ce privește constructul sau constructele măsurate de testul sau chestionarul utilizat. Itemii sau stimulii unui test reprezintă variabile observate relevante pentru un anumit construct latent (variabilă latentă). Toți itemii unei scale

reprezintă de fapt un eșantion de posibile manifestări sau expresii ale constructului latent, măsurat cu ajutorul scalei respective. Un exemplu relevant ar fi itemii de mai jos, preluați din *The Job Satisfaction Survey* (Spector, 1997) :

- Consider că sunt plătit(ă) corect pentru munca pe care o fac. (itemul 1)
- Superiorul meu este competent în munca pe care o depune. (itemul 3)
- Îmi plac oamenii cu care lucrez. (itemul 7)
- Sunt mândru de munca pe care o fac. (itemul 27)

Acești itemi reflectă atitudini sau comportamente vizibil diferite, percepția asupra corectitudinii compensațiilor pentru o activitate profesională fiind diferită de percepția asupra competenței superiorului sau de cea asupra colegilor. Prin urmare, niciunul dintre acești itemi considerați separat nu poate fi reprezentativ pentru constructul latent măsurat de scală. Fiecare item reflectă doar o anumită parte, o componentă a constructului latent. O aproximare cât mai corectă a acestui construct poate fi obținută doar prin considerarea concomitentă a mai multor itemi relevanți pentru respectivul construct. Pentru a fi considerat relevant, eșantionul de itemi trebuie să surprindă un număr suficient de mare de componente ale constructului latent. În caz contrar, instrumentul nu va avea validitate de construct, reflectând doar o parte a constructului latent. Această tematică este abordată în detaliu în altă secțiune a acestui volum. Prin urmare, pentru a putea estima nivelul variabilei latente, trebuie să se țină cont concomitent de răspunsurile la întregul eșantion de itemi ai unei scale. Din acest motiv, atunci când există un număr critic de itemi omiși, unele scale nu pot fi scorate, nefiind disponibile suficiente informații pentru a estima constructul latent. Unele instrumente, precum MMPI-2, utilizează scale speciale pentru a cuantifica numărul de răspunsuri lipsă, recomandând ca instrumentul să nu fie scorat atunci când lipsesc prea multe răspunsuri. Scorarea unei variabile atunci când lipsesc informații-cheie este similară cu descrierea Mona Lisei, fără a vedea zâmbetul sau privirea acesteia.

Cele două paradigme psihometrice, Teoria Clasică a Testării (*Classical Test Theory – CTT*) și Teoria Răspunsului la Item (*Item Response Theory – IRT*) conceptualizează diferit relația dintre variabilele observate (adică itemii) și variabilele latente. Deoarece procesul prin care sunt generate scorurile diferă între cele două paradigme, îl vom descrie în două secțiuni distincte.

6.1.1. Scorurile în Teoria Clasică a Testării

Teoria clasică a testării operează cu trei concepte-cheie : scor observat (scorul obținut la test sau chestionar – X), scorul real (R) și eroarea (e) (Hambleton și Jones, 1993). În cadrul CTT, scorul real poate fi derivat din estimarea scorului observat și a erorii, $X = R + e$. Întrucât această ecuație are două necunoscute, CTT operează pe baza unor presupuneri de bază : erorile și scorurile reale nu corelează – cu alte cuvinte variația erorilor nu depinde în niciun fel de scorurile reale ; media erorilor într-o populație este zero – sau erorile sunt distribuite uniform ; erorile formelor paralele nu sunt corelate – adică sursa erorilor rezidă mai degrabă la nivelul instrumentului, și nu la cel al constructului latent măsurat de acesta. Se poate lesne concluziona că scorul real reprezintă de fapt scorul obținut prin intermediul formelor paralele (Hambleton și Jones, 1993). O altă

premisă fundamentală a teoriei clasice a testării este că șansele unei persoane de a răspunde corect (sau, într-un chestionar de personalitate sau atitudini, de a răspunde pozitiv) la un anumit item sunt echivalente sau nu depind direct de nivelul variabilei latente. Cu alte cuvinte, indiferent de nivelul ridicat sau scăzut al satisfacției profesionale, probabilitatea ca o persoană să răspundă pozitiv la oricare dintre itemii ilustrați mai sus este aceeași. Prin urmare, cele mai multe instrumente dezvoltate în cadrul acestei paradigme consideră itemii ca fiind în mod egal relevanți în raport cu variabila latentă. O altă implicație a acestei abordări constă în faptul că eroarea nu este estimată la nivel de item, ci la nivelul întregii scale ($X = R + e$). Detalii suplimentare despre eroarea standard de măsurare pot fi consultate în cadrul capitolului dedicat fidelității și erorii standard de măsurare.

Prin urmare, majoritatea instrumentelor dezvoltate în această paradigmă implică estimarea scorului latent prin simpla însumare a răspunsurilor oferite la fiecare item, fiecare item fiind la fel de relevant în raport cu variabila latentă pe care o măsoară. Utilizând exemplul anterior, scorul observat la satisfacția profesională nu reprezintă altceva decât suma răspunsurilor la itemi (item 1 + item 2 + ... + item n). Există instrumente dezvoltate în cadrul paradigmei CTT care utilizează medii ponderate pentru a genera aceste scoruri compozite. Studiile empirice ilustrează faptul că acești algoritmi mai elaborați de generare a scorurilor compozite nu optimizează semnificativ acest proces (de exemplu, Russell și Huble, 2005).

Așadar, în paradigma CTT analizele prin care este estimată eroarea sau caracteristicile psihometrice ale instrumentului sunt derulate de obicei la nivel de scor (scală), iar aceste scoruri sunt de obicei considerate ca fiind continue, chiar dacă în cadrul procesului de interpretare ele pot fi transformate în scoruri categoriale sau chiar ordinale.

Scorurile obținute în acest fel sunt denumite scoruri brute (*raw scores*). Scorurile brute sunt lipsite de semnificație psihologică sau diferențială. Acestea nu pot spune nimic despre nivelul variabilei latente, întrucât în absența unor repere comparative nu se poate stabili dacă scorul brut al unei anumite persoane diferă față de cel obținut de alte persoane. Cu excepția unor instrumente denumite ipsative (subiect tratat în altă secțiune a acestui volum), procesul de identificare a semnificației scalelor este unul comparativ cu un grup de referință. Semnificația scorurilor implică așadar o comparație, prin urmare un scor devine scăzut sau ridicat în funcție de performanța sau rezultatele înregistrate în cadrul grupurilor de comparație. Din acest motiv instrumentele care utilizează această modalitate de obținere a scorurilor sunt denumite normative. Procesul de generare a scorurilor prin raportare la valorile înregistrate în cadrul unui eșantion normativ este denumit *standardizare*. În accepțiunea extinsă a termenului, „standardizarea” se referă nu doar la generarea scorurilor, ci și la crearea unor proceduri de administrare și interpretare (care și ele trebuie să fie „standard”), însă în sens restrâns standardizarea și normarea sunt sinonime.

6.1.2. Scorurile în Teoria Răspunsului la Item (IRT)

Teoria Răspunsului la Item reprezintă o familie de modele în cadrul cărora este analizată relația dintre răspunsul persoanelor testate la itemii testului și trăsătura latentă pe care itemii respectivi o vizează. Una dintre diferențele fundamentale dintre IRT și CTT constă în conceptualizarea relației dintre itemi și nivelul variabilei latente. În cadrul IRT, șansa sau probabilitatea unei persoane de a răspunde corect la un item depinde de nivelul variabilei latente la care se află respectiva persoană (este așadar o probabilitate condițională,

nu uniformă). Aceasta este denumită funcția răspunsului la item (IRF). De exemplu, la o întrebare dintr-un test de raționament numeric șansa de a răspunde corect depinde și de nivelul abilității latente, adică persoanele cu un nivel ridicat al abilității numerice au șanse mai mari de a răspunde corect la o întrebare comparativ cu persoanele care au un nivel scăzut al respectivei abilități. Raportarea performanței persoanelor la instrumentele psihometrice dezvoltate în cadrul IRT se realizează pe baza acelorași tipuri de scoruri ca și în cazul celor dezvoltate în teoria clasică a testării. În același timp, modul în care este estimat scorul total la variabila latentă diferă. Mai exact, în cadrul IRT scorul total este derivat pe baza unor algoritmi matematici mai sofisticati bazați pe înmulțirea IRF pentru fiecare item individual. Nu doar generarea scorurilor totale diferă, ci și modul în care este conceptualizată eroarea standard a măsurării. Astfel, dacă în cadrul CTT eroarea standard este aceeași indiferent de nivelul variabilei latente, în cadrul IRT eroarea standard poate varia în funcție de nivelul variabilei latente. Atât modul în care sunt calculate scorurile totale, cât și modul de estimare al erorilor standard de măsurare implică prelucrări matematice sofisticate, putând fi derulate doar într-o manieră computerizată.

6.2. Abordări ale interpretării scorurilor

Interpretarea normativă a scorurilor brute obținute la un test se realizează de regulă pe baza a două abordări: transformarea liniară a scorurilor brute (de exemplu, scoruri z) sau transformarea în clase egale ierarhic (de exemplu, centile). Vom discuta în această secțiune logica acestor tipuri de transformări utile în interpretare.

Scorurile brute obținute pe baza operațiilor realizate pe itemii testului (de exemplu, însumări) nu sunt direct interpretabile. Există mai multe motive pentru acest fapt, printre altele, ele țin de lipsa unor unități de măsurare și a unor ancore pentru scalarea acestor unități, care să fie universale, precum și de lipsa informațiilor despre „dificultatea” itemilor cuprinși într-un test.

Nevoia de unități de măsurare (cantități standardizate ale unei proprietăți fizice) și de ancore de scalare universale e o problemă generalizată în știință și este resimțită și de alte ramuri în afară de cea a științelor naturii. Științele naturii au rezolvat această problemă prin intermediul ramurii numite metrologie, inițial prin consens (metrul, secunda, gramul au fost toate stabilite consensual), iar ulterior prin apelul la constante universale (numărul lui Avogadro, constanta lui Faraday, masa protonului etc.).

În științele sociale și comportamentale nu au funcționat nici consensul și nici apelul la mărimi „naturale”: nu avem un consens privind ce este un „extru” pentru măsurarea extraversiei și nici pentru ce este un „cuant de inteligență” pentru măsurarea inteligenței. În lipsa unor astfel de unități de măsurare consensuale, psihologia utilizează unități comparative pentru raportarea măsurării.

Unitățile comparative sunt bazate pe distribuția scorurilor brute într-o populație și pe poziția relativă pe care un anumit scor brut o ocupă în această populație. Așadar, scorurile obținute din evaluarea psihologică și comportamentală nu sunt interpretate niciodată în mod absolut, ci exclusiv comparativ. Comparația se face cu un grup de referință, care poate fi o populație (de exemplu, toți românii de vârstă adultă) sau un grup mai restrâns și clar definit dintr-o populație mai largă (de exemplu, copiii cu probleme cognitive). Grupul de referință nu este niciodată cuprins în totalitatea lui, ci distribuția probabilă a

scorurilor în acest grup este aproximată pe baza unui eșantion de persoane evaluate care fac parte din acest grup de referință. Acest proces se numește „etalonare” sau „normare”, iar eșantionul se numește „eșantion normativ” și este – sau ar trebui să fie – rezonabil de reprezentativ pentru grupul de referință vizat.

Așadar, interpretarea unui scor brut este realizată de obicei în sensul comparației cu o normă – în continuare, această interpretare va fi numită „interpretare normativă”. Interpretarea normativă compară un anumit scor brut, care aparține unei persoane testate, cu media și abaterea standard ale distribuției pe care scorurile brute similare le au în grupul de referință.

Dacă scorul brut X al persoanei focale se află deasupra mediei grupului de referință, este un scor mare, iar dacă se află sub această medie, este interpretat drept un scor mai degrabă mic. De exemplu, în cazul unui test de extraversie, nu avem nicio modalitate robustă, bazată pe consens, de a stabili media scalei de extraversie. În schimb, vom compara scorul unei persoane focale cu media obținută în general de românii de aceeași vârstă. Această medie va stabili limita dincolo de care vom considera că persoana focală poate fi considerată mai extravertă decât este în general grupul de referință sau, dimpotrivă, sub care va fi considerată mai introvertă decât este în general grupul de referință.

Însă, indiferent în ce parte a mediei se află scorul persoanei focale, mai avem nevoie de un indicator, și anume o evaluare a *cât de departe* de medie se află; cu alte cuvinte, nu vrem să știm doar că scorul brut este *mai mare* decât media, ci și *cu cât mai mare* decât media. Pentru aceasta, normele iau în considerare abaterea standard, în lumina căreia putem avea o estimare a *cât de departe* de medie se află un scor.

Acest fel de interpretare normativă plasează așadar scorul brut în distribuția scorurilor grupului de referință, distribuție care este de obicei normală – sau cvasi-normală.

Figura 6.1 ilustrează curba normală și felul în care se poate scala un scor brut pe baza acesteia.

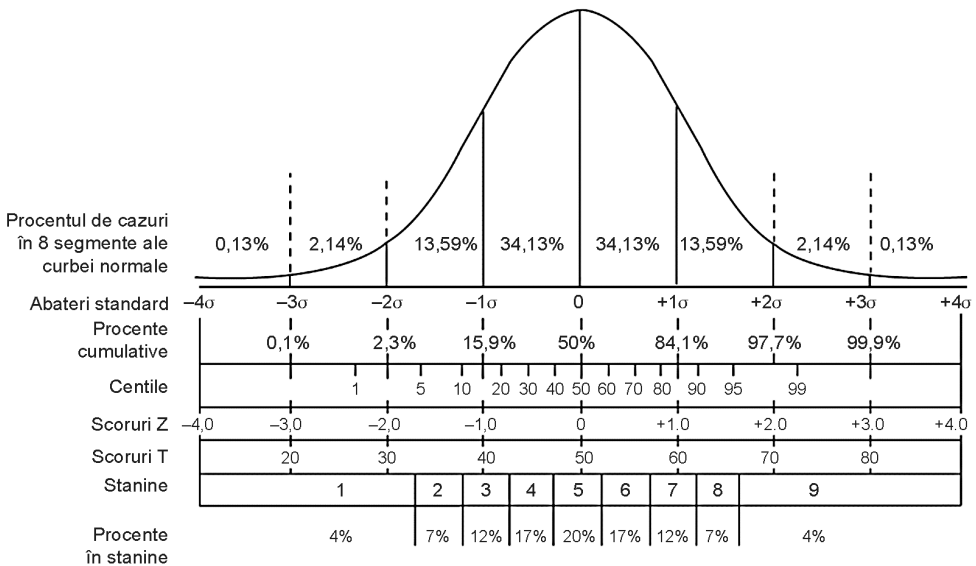


Figura 6.1. Poziția diverselor tipuri de scoruri standardizate pe curba normală

6.3. Tipuri de scoruri

Așadar, transformările scorurilor pot fi liniare sau nonliniare :

1. Transformările liniare implică utilizarea mediilor și abaterea standard și a scorurilor brute. În cazul transformărilor liniare, media și abaterea standard ale scalei respective devin constante, având aceleași valori, indiferent de scorul brut care urmează a fi transformat. Variabila din ecuație este scorul brut. Forma distribuției pentru acest tip de transformare rămâne identică. Altfel spus, forma distribuției scorurilor transformate este la fel ca cea obținută pentru valorile brute.
2. Transformările nonliniare sunt cele care alterează forma distribuției și, implicit, corelațiile constructelor măsurate cu alte dimensiuni sau criterii externe. Cu excepția scorurilor standardizate, toate celelalte categorii de scoruri sunt bazate pe transformări nonliniare (Allen și Yen, 2002).

6.3.1. Transformări liniare

Transformările liniare presupun ca distribuția scorurilor brute în populația de referință să fie relativ normală din punct de vedere statistic. Dacă această condiție este îndeplinită, atunci distanța unui scor brut față de medie poate fi exprimată în procente de abatere standard.

6.3.1.1. Scorurile z

Scorurile z reprezintă cea mai directă transformare a scorurilor brute. Formula prin care sunt derivate scorurile z este $z = (x - m)/SD$, z = valoarea scorului z ; x = scorul brut obținut la instrument ; m = media obținută în cadrul eșantionului normativ ; SD = abaterea standard obținută în cadrul eșantionului normativ. Aceste transformări sunt utilizate deseori în cadrul analizelor statistice pentru a reda coeficienți comparabili între scale cu număr de itemi diferiți sau scale de răspuns diferite, la nivelul cărora mediile și abaterile standard diferă.

Transformarea în scoruri z rezolvă o problemă serioasă, atât de comparație între instrumente diferite, cât și, chiar mai important pentru interpretarea unitară a rezultatelor unui test, de comparație intraprofil.

În primul rând, uniformizează într-o oarecare măsură semnificația unor scoruri obținute cu scale diferite care măsoară același construct. Un scor brut de 18 puncte, obținut la o scală cu zece itemi evaluați fiecare de la 0 la 4, cu o medie de $M = 21,39$ și o abatere standard de $SD = 3,60$, și un al doilea scor brut de 21 puncte, obținut la o scală cu 12 itemi evaluați fiecare de la 1 la 5, cu o medie de $M = 27,81$ și o abatere standard de $SD = 5,10$, ar fi foarte greu de comparat altfel ; după transformarea în scoruri z primul scor este $z = -0,94$, iar al doilea este $z = -1,33$: acum sunt cu ușurință comparabile. Desigur, semnificațiile ușor diferite ale celor două scale care au aceeași etichetă și care afirmă că măsoară același construct trebuie luate în continuare în considerare, dar scorurile sunt acum comparabile.

În al doilea rând, scorurile z fac posibilă comparația intraprofil, ceea ce este de o importanță deosebită pentru chestionarele multi-factoriale, în care scale diferite au uneori număr diferit de itemi și întotdeauna medii și abatere standard diferite. Cum putem să comparăm de exemplu un scor brut de 17 la o scală (să zicem „Dominanță”) care conține 32 de itemi cu răspuns dihotomic (adevărat-fals), care are o medie de $M = 20,01$, o abatere standard de $SD = 5,88$ și un scor brut de 15 la o altă scală (să zicem „Capacitate de statut”) care conține 25 de itemi cu răspuns dihotomic, dar care are o medie de $M = 13,54$ și o abatere standard de $SD = 3,84$? Care dintre cele două trăsături de personalitate reprezintă un punct puternic pentru persoana evaluată? După transformarea în scoruri z cele două sunt comparabile: prima scală are un scor de $z = -0,52$, iar a doua, un scor de $z = 0,38$. Comparativ, pentru persoana evaluată Dominanța este mai scăzută decât media grupului de referință, pe când Capacitatea de statut este mai ridicată.

Scorurile z nu sunt singurele tipuri de transformări liniare. Ele sunt extraordinare pentru aducerea unor scale diverse la același numitor comun, însă au și un număr de minusuri. Cel mai important probabil este unul utilitar: este dificil de dat feedback unui decident sau unei persoane evaluate pe baza unor scoruri care merg de la -3 la $+3$. Este o provocare de exemplu pentru un psiholog să explice cum o persoană poate să aibă IQ de -2 (adică, sigur, $z = -2,00$). De asemenea, un scor z de zero poate fi interpretat ca lipsa caracteristicii măsurate de instrument, deși indică un nivel mediu al respectivei caracteristici.

Au fost propuse așadar o seamă de alte scoruri care sunt bazate pe transformări ulterioare ale aceleiași transformări liniare care a dus la scorurile z . Înmulțind un scor z cu un anumit număr A modificăm abaterea standard a distribuției scorurilor și adunând un anumit alt număr B modificăm media distribuției. Pentru a evita limitările scorurilor z , în psihometrie sunt utilizate alte categorii de transformări liniare, derivate la rândul lor din scorurile z . Cele mai populare astfel de scoruri sunt prezentate în tabelul 6.1 și descrise în paragrafele următoare.

Tabelul 6.1. Scoruri Z și scoruri derivate

Scoruri Z	Scoruri T	Scoruri IQ	Centile	Scor scalat
+3	80	145	99,9	19
+2	70	130	98,0	16
+1	60	115	84,0	13
0	50	100	50,0	10
-1	40	85	16,0	7
-2	30	70	2,0	4
-3	20	55	0,1	1

6.3.1.2. Scorurile T

Acestea nu reprezintă altceva decât scoruri z care au valori convențional stabilite la 50 pentru medie, respectiv 10 pentru abaterea standard. Formula pentru transformarea scorurilor T include scorul z ; $T = 50 + 10z$, T = valoarea scorului T ; z = scorul z

obținut pentru persoana respectivă. Scorurile T pot fi întâlnite în raportarea oricărui tip de instrument psihometric, deși sunt întâlnite mai frecvent în evaluarea personalității sau a preferințelor.

6.3.1.3. Scorurile IQ

Modul în care se calculează scorurile IQ este identic, media și abaterea standard pentru acest tip de scor fiind convențional stabilite la 100, respectiv 15. Formula pentru transformarea scorurilor brute în scoruri IQ este : $IQ = 100 + 15z$, IQ = valoarea scorului IQ ; z = scorul z obținut la instrument. Aceste scoruri sunt utilizate deseori pentru a raporta performanța la testele de abilități și aptitudini.

6.3.1.4. Scorurile STEN

Ca și în cazul scorurilor T, scorurile STEN („standard ten”) reprezintă transformări liniare. Acestea au media (teoretică) la 5,5 și abaterea standard de 2. Atunci când distribuția pe care o reflectă nu este una normală, transformarea în scoruri STEN sunt derivate printr-o modalitate similară celei utilizate pentru generarea scorurilor stanine (descrise mai jos).

Scorurile standardizate, adică întreaga familie de scoruri derivate din scorurile standard z , reprezintă o modalitate directă de interpretare a rezultatelor testelor. Fiind transformări liniare, acestea au avantajul de a respecta întocmai proprietățile distribuției reale a scorurilor brute. De asemenea, pe baza acestor scoruri se pot realiza și alte prelucrări matematice (sume, medii etc.) sau statistice (de exemplu, corelații, regresii). Aceste scoruri au două limitări importante. Prima rezidă în dificultatea de a le interpreta, specialiștii nefamiliarizați cu statistica în general sau cu caracteristicile distribuției normale având dificultăți în interpretarea acestor scoruri, în special când iau valori intermediare, cum ar fi scorul IQ 90, acesta reprezentând două treimi de abatere standard sub medie. Cea de-a doua dificultate intervine atunci când distribuția pe care scorurile standardizate o reprezintă nu este una normală. Astfel, inegalitățile curbei sunt reflectate în neregularități la nivelul scorurilor, alternând semnificația psihologică a acestora, practic, corespondența scoruri standardizate – centile este alterată. În acest caz, înainte de demara procesul de transformare liniară a scorurilor brute, distribuția trebuie normalizată. Pașii care trebuie urmați pentru normalizarea distribuției implică în primul rând conversia scorurilor brute în centile și, ulterior, identificarea corespondenței între centile și scorurilor standard aferente (Allen și Yen, 2002). Cele mai comune scoruri normalizate sunt scorurile T normalizate și staninele. Scorurile T normalizate se interpretează exact în aceeași manieră ca scorurile T descrise anterior.

În genere, interpretarea unor scale exprimate în scoruri z sau derivate ale acestora (T, IQ, STEN etc.) se face tot prin apel la curba normală, împărțind distribuția teoretică a scorurilor în șase categorii (+3 z) sau, pentru mai multă rigoare, în opt categorii (+4 z).

Tabelul 6.2. Etichete și descrieri pentru interpretarea normativă a categoriilor bazate pe scoruri z

Categorie	Etichetă	Procent din grupul de referință	Limite	Interpretare
1	Extrem de ridicat	aprox. 1 din 1.000	$z = [3 \dots]$ $T = [80 \dots]$	Scor extrem de ridicat : arată o preferință extremă pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei
2	Foarte ridicat	aprox. 2 din 100	$z = [2 \dots 3]$ $T = [70 \dots 80]$	Scor foarte ridicat : arată o preferință foarte clar conturată, chiar accentuată, pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei
3	Ridicat	aprox. 14 din 100	$z = [1 \dots 2]$ $T = [60 \dots 70]$	Scor ridicat : arată o preferință clară pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei
4	Mediu-ridicat	aprox. 34 din 100	$z = [0 \dots 1]$ $T = [50 \dots 60]$	Scor mai degrabă mediu : arată o oarecare preferință pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei, dar preferința nu e puternică
5	Mediu-scăzut	aprox. 34 din 100	$z = [-1 \dots 0]$ $T = [40 \dots 50]$	Scor mai degrabă mediu : arată o oarecare preferință pentru constructul aflat în partea stângă a scalei, dar preferința nu e puternică
6	Scăzut	aprox. 14 din 100	$z = [-2 \dots -1]$ $T = [30 \dots 40]$	Scor ridicat : arată o preferință clară pentru constructul aflat în partea stângă a scalei
7	Foarte scăzut	aprox. 2 din 100	$z = [-3 \dots -2]$ $T = [20 \dots 30]$	Scor foarte scăzut : arată o preferință foarte clar conturată, chiar accentuată, pentru constructul aflat în partea stângă a scalei
8	Extrem de scăzut	aprox. 1 din 1.000	$z = [\dots -3]$ $T = [\dots 20]$	Scor extrem de scăzut : arată o preferință extremă pentru constructul aflat în partea stângă a scalei

Notă : Interpretarea este oferită pentru un caz ipotetic de scală de personalitate (de exemplu, Introversie-Extraversie). Interpretarea trebuie nuanțată pentru alte tipuri de scale.

Uneori, interpretarea scorurilor medii, ca fiind plasate de la o abatere standard sub medie până la o abatere standard peste medie, este considerată limitativă : acest interval conține totuși 68% din populație, iar peste o abatere standard nu întâlnim decât 16% din populație. Uneori, cu precădere în cazul testelor clinice, este nevoie de mai multă finețe în interpretare în zona de mijloc a variației scorurilor, caz în care intervalul mediu este limitat la $z = 0,5$ (sau T55). Tabelul 6.3 cuprinde o astfel de interpretare, pentru scala 0/Si (Introversie socială) din MMPI-2 (Butcher *et al.*, 2001).

Tabelul 6.3. *Etichete și descrieri pentru interpretarea normativă a scorurilor în cazul testelor clinice*

Categorie	Etichetă	Limite	Interpretare
1	Foarte ridicat	> T75	Retragere extremă, nesiguranță, nehotărâre
2	Ridicat	T65-T74	Introvertit, supracontrolat emoțional, pasiv, ascultător
3	Moderat	T55-T64	Timid, îi lipsește încrederea în sine, responsabil
4	Mediu	T45-T54	Scor mediu, nu e posibilă o interpretare într-o direcție sau alta
5	Scăzut	< T45	Extravert, sociabil gregar, prietenos

Notă: Interpretarea este oferită pentru cazul scalei 0/Si (Introversie socială) din MMPI-2 (Butcher *et al.*, 2001, p. 31, tabelul 29). Interpretarea trebuie nuanțată pentru alte scale.

6.3.2. Transformări nonliniare

După cum vedem în figura 6.1, scorurile bazate pe transformări liniare mai au o caracteristică ce le face dificil de utilizat în interpretare: nu au o progresie liniară. Distanța de la $z = 0$ la $z = 1$ nu este similară cu distanța dintre $z = 1$ și $z = 2$. Pentru un specialist, aceasta nu este o problemă, însă pentru beneficiarii evaluărilor psihologice și comportamentale, persoane care trebuie să înțeleagă interpretarea și să o integreze în decizii, aceasta poate fi o problemă. Din acest motiv în interpretare se apelează deseori la ierarhii ipotetice de clase egale, adică la centile sau diferite diviziuni ale acestora.

6.3.2.1. Centilele

Centilele reprezintă proporția sau procentul din populație care prezintă valori ale variabilei măsurate de test sub o valoare stabilită. Centilele sunt tot scoruri standardizate – adică sunt obținute prin raportarea la un etalon –, dar nu sunt obținute prin transformare liniară. În schimb, sunt obținute prin raportarea scorului brut la o ierarhie ipotetică de 100 de clase egale. Cu alte cuvinte, dacă am împărți toate scorurile brute obținute de participanții la testare incluși în eșantionul normativ în 100 de clase egale ca volum (primii 1% dintre participanți, următorii 1%, următorii 1% și tot așa de 100 de ori), un anumit scor brut în ce clasă ar include participantul? Centila 27 de exemplu este formată din acel scor brut (sau acele scoruri brute) la care o persoană ajunge atunci când 27% dintre toți participanții incluși în eșantionul normativ au scoruri mai mici decât ea sau egale – evident, 73% au scoruri mai mari.

De exemplu, dacă eșantionul normativ al unui test de inteligență include 1.000 de persoane, iar 700 dintre acestea prezintă scoruri brute mai mici de 129 (suma răspunsurilor corecte, valoare aleasă la întâmplare), atunci acestei valori îi corespunde centila 70. Continuând același exemplu, dacă la aceeași probă sub valoarea 119 sunt situate răspunsurile a 600 de participanți, atunci acestei valori îi corespunde centila 60. Mai departe, este teoretic posibil ca centila 50 (adică 500 de participanți situați sub această valoare) să corespundă valorii 113. Practic, în această situație, diferențele în scoruri brute între centile nu sunt proporționale cu numărul de persoane. Diferențele în scoruri brute între centila 50 și 60, respectiv între centila 60 și 70 sunt inegale.

Centilele pot fi obținute prin două modalități: prima se bazează tot pe caracteristicile curbei normale și a doua ia în considerare exclusiv distribuția scorurilor în eșantionul

normativ. Centilele teoretice sunt obținute pe baza mediei și abaterii standard ale eșantionului normativ și pe baza presupunerii că distribuția acestuia este perfect normală.

Centilele naturale sunt de obicei calculate atunci când distribuția eșantionului normativ este suficient de ne-normală încât postulatul normalității să nu poată fi acceptat sub nicio formă, de exemplu atunci când există distribuții neuniforme, bimodale, sever asimetrice etc. Centilele naturale sunt calculate empiric și țin cont chiar numai de principiul centilării: de exemplu, centila 61 se stabilește chiar numai pe baza progresiei scorurilor și a împărțirii acestora în 100 de clase egale.

Centilele sunt extraordinare pentru raportarea unui scor, căci sunt teribil de intuitive. Spre deosebire de scorurile obținute prin transformare liniară, care necesită pentru interpretare întâi înțelegerea și apoi operarea facilă cu caracteristicile curbei normale, centilele sunt ușor de înțeles și de persoane „neinițiate” în statistica psihologică. Asta le face ideale pentru anumiți psihologi, pentru interacțiunea cu alți specialiști din domeniul sănătății neformați în psihodiagnostic (de exemplu, medici), cu clienți (de exemplu, manageri sau chiar persoanele evaluate, în cadrul procesului de feedback) sau terțe părți cu care psihologul interacționează.

Atunci când pentru interpretarea scorurilor sunt utilizate centile, acestea pot fi împărțite într-un număr de clase interpretative, care pot fi egale sau inegale. Clase egale avem în cazul în care lucrăm cu cvartile (adică patru clase egale ca volum, fiecare conținând 25 de centile) sau cu decile (adică zece clase egale ca volum, fiecare conținând zece centile). Atunci când se lucrează cu clase inegale, de obicei psihologii optează pentru cinci clase după modelul 10-20-40-20-10%.

Tabelul 6.4. Etichete și descrieri pentru interpretarea normativă a cinci categorii bazate pe centile

Categorie	Etichetă	Procent din grupul de referință	Limite	Interpretare
1	Extrem de ridicat	10%	Centila 1-10	Scor foarte ridicat : arată o preferință foarte clar conturată, chiar accentuată, pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei
2	Ridicat	20%	Centila 11-30	Scor ridicat : arată o preferință clară pentru constructul aflat în partea dreaptă a scalei
3	Mediu	40%	Centila 31-69	Scor mai degrabă mediu : arată lipsa unei preferințe clare pentru una din cele două extreme sau capacitatea de a manifesta comportamente asociate cu oricare dintre cei doi poli, în funcție de context
4	Scăzut	20%	Centila 70-89	Scor scăzut : arată o preferință clară pentru constructul aflat în partea stângă a scalei
5	Foarte scăzut	10%	Centila 90-99	Scor foarte scăzut : arată o preferință foarte clar conturată, chiar accentuată, pentru constructul aflat în partea stângă a scalei

Notă : Interpretarea este oferită pentru un caz ipotetic de scală de personalitate (de exemplu, Introversie-Extraversie). Interpretarea trebuie nuanțată pentru alte tipuri de scale.

Centilele sunt considerate a fi scale ordinale, redând poziția anumitor persoane într-un clasament al performanței sau răspunsurilor oferite la diferite instrumente. În esență, centilele reprezintă tabele de frecvență. Principalul avantaj al centilelor este ușurința interpretării, raportarea centilelor devenind practic un standard pentru majoritatea chestionarelor sau testelor psihometrice. Un alt avantaj important al centilelor constă în faptul că acestea nu sunt afectate de normalitatea distribuției. Centilele prezintă și o serie de limitări. Astfel, pe baza centilelor nu se pot derula prelucrări succesive (medii ale centilelor, sume sau înmulțiri/împărțiri). În plus, centilele tind să accentueze diferențe scăzute. De exemplu, atât centila 53, cât și centila 75 sunt situate în intervalul dintre medie și plus o abatere standard. În același timp, diferențele de la capetele distribuției sunt estompate. Spre exemplu, diferența între centila 95 și centila 99 nu pare notabilă, deși surprinde o diferență de peste o abatere standard.

6.3.2.2. Staninele

Aceste scoruri normalizate permit raportarea tuturor claselor de performanță prin utilizarea unor valori cu o singură cifră (de la 1 la 9, „standard nine”). Calcularea acestor scoruri implică împărțirea distribuției în nouă clase. Această împărțire este redată în tabelul 6.5.

Tabelul 6.5. *Staninele*

Clasament	Stanine	Scor z
Cele mai mari 4% din valori	9	Peste 1,75
7%	8	Între 1,25 și 1,75
12%	7	Între 0,75 și 1,25
17%	6	Între 0,25 și 0,75
20%	5	Între -0,25 și 0,25
17%	4	Între -0,25 și -0,75
12%	3	Între -0,75 și -1,25
7%	2	Între -1,25 și -1,75
Cele mai mici 4% din valori	1	Sub -1,75

6.3.3. Scoruri „speciale”

Scorurile standardizate obținute prin transformare liniară, respectiv prin centilare reprezintă cele mai simple modalități de standardizare, fiind în același timp și cel mai des întâlnite. Utilizarea lor în interpretare este relativ simplă și necesită foarte puține cunoștințe de specialitate despre scoruri în sine. Evident, interpretarea acestor tipuri de scoruri este tributară unei înțelegeri corecte a scalei, a caracteristicilor ei de validitate, a constructului țintit etc. Dar, la nivel de scor, utilizarea acestor modalități de standardizare este simplă și clară.

Există însă și scoruri pentru a căror interpretare este nevoie de unele cunoștințe mai complexe despre ce anume reprezintă aceste scoruri și care este progresia intensității lor. Vom discuta aici doar două dintre acestea, și anume scorurile BR (*base rate*) și scorurile

actuariale. Ambele ar putea fi considerate într-o oarecare măsură scoruri criteriale, și nu normative, dar se deosebesc în același timp din alte puncte de vedere de scorurile criteriale „reale”, care vor fi amintite într-o secțiune ulterioară.

6.3.3.1. Scorurile BR

Un tip de scoruri care considerăm că intră în această categorie sunt scorurile bazate pe „incidența de bază” a unei caracteristici. În engleză, acest fenomen se numește *base rate* și scorurile sunt de obicei abreviate ca „scoruri BR”. Unul din testele celebre care utilizează scoruri BR este *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III; Millon *et al.*, 2006a) împreună cu familia sa de teste-satelit, cum ar fi *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon *et al.*, 2006b) sau *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory* (M-PACI; Millon *et al.*, 2005).

Scorurile BR au fost dezvoltate pentru a rezolva una din problemele pe care scalele de personalitate ar putea să le manifeste, în special în context clinic, și care nu este rezolvată de normarea prin scoruri T. În context clinic, scalele sunt deseori foarte asimetrice. Să luăm ca exemplu un scor T70, plasat așadar la două abateri standard peste medie, care ar trebui să marcheze un loc în distribuție peste care este plasat un volum de aproximativ 2% din populație. Scorul T70 este în genere recunoscut ca un scor-limită bun pentru a stabili prezența accentuată a unui simptom sau a unei trăsături de personalitate. Totuși, în cazul unei afecțiuni clinice care cuprinde 10% din populație, scorul T70 va oferi un diagnostic corect doar pentru 2% din populație și va rata restul de 8%.

În trecut fie spus, alte teste utilizează alte abordări pentru a rezolva problema care apare când o parte dintre scale sunt distribuite cvasi-normal, iar altele sunt distribuite asimetric. De exemplu, MMPI (Butcher *et al.*, 2001) utilizează două tipuri de scoruri T: scoruri uniforme (pentru scalele distribuite cvasi-normal) și nonuniforme (pentru scalele distribuite asimetric). Aceste transformări, deși mai complicate, sunt totuși în esență scoruri T și interpretabile ca atare.

Scorurile BR sunt diferite în interpretare de scorurile T sau de centile. În primul rând, un scor BR60 reprezintă mediana – este similar așadar cu un scor T50, care reprezintă media. Scorul BR0 este întotdeauna cel mai mic scor care poate fi teoretic obținut pe scala respectivă, iar scorul BR115 este scorul cel mai înalt care poate fi teoretic obținut pe acea scală. Un scor plasat peste BR75 indică prezența trăsăturii clinice măsurate, iar un scor plasat peste BR85 indică o prezență (și o probabilitate mare de expresie accentuată) a sindromului clinic măsurat.

În mod interesant, scorurile BR, deși sunt dezvoltate prin apel la distribuția scorului (necesitând așadar un eșantion normativ), sunt dezvoltate prin referință la criteriu, și nu prin referință completă la norme; ele sunt considerate scoruri criteriale, și nu normative. Acesta este cazul pentru că normarea în scoruri BR fixează anumite scoruri-limită în funcție de rata de prevalență a sindromului evaluat, ceea ce face ca scorurile BR să fie independente de centile; corespondența cu centilele nu mai poate fi asumată ca în cazul scorurilor T sau z. Un scor BR85 pentru unele scale este relativ apropiat de medie, fiind plasat pe la centila 60-65, pe când pentru alte scale este aproape un scor extrem, plasat la centila 95.

Scorurile BR nu indică, de aceea, cât de comun este un scor, ci cât de prezentă este o trăsătură. Acesta este motivul pentru care scorurile BR trebuie interpretate întotdeauna

și prin referință la prevalența afecțiunii. Pentru afecțiunile cu rată mare de prevalență, pacienții cu o intensitate medie a simptomelor pot totuși obține scoruri BR mai ridicate, pe când în cazul afecțiunilor cu o rată de prevalență mai scăzută un scor BR mare indică simptome exacerbate.

Tabelul 6.6. Etichete și descrieri pentru interpretarea scorurilor BR

Categorie	Etichetă	Procent din grupul de referință	Limite	Interpretare
1	Scor scăzut	50%	BR0-BR60	Scor scăzut, nu are semnificație clinică
2	Scor mediu	Variabil, în funcție de rata de prevalență a constructului măsurat	BR61-BR74	Scor mediu, indică un scor plasat ușor peste medie, dar fără o semnificație clinică specifică
3	Scor ridicat	Variabil, în funcție de rata de prevalență a constructului măsurat	BR75-BR84	Scor ridicat, indică prezența unei trăsături clinice
4	Scor foarte ridicat	Variabil, în funcție de rata de prevalență a constructului măsurat	BR85-BR115	Scor foarte ridicat, cu semnificație clinică puternică, indică prezența unei afecțiuni sau proeminența unui sindrom

Notă: Interpretarea este oferită pentru un caz ipotetic de scală clinică (de exemplu, Depresie). Interpretarea trebuie nuanțată pentru alte tipuri de scale.

6.3.3.2. Scorurile actuariale

Actuarii sunt statisticieni – matematicieni experți în estimarea riscului prin prisma probabilității de apariție a anumitor evenimente. Știința actuarială este utilizată cu precădere în asigurări, însă are o contribuție importantă și în psihologie.

Judecata actuarială este fundamental diferită de cea statistică, utilizată de obicei în psihologie. Judecata actuarială se bazează pe *rata observată de incidență* a unui anumit fenomen. Judecata statistică se bazează de obicei pe teorema limitei centrale, adică pe *probabilitatea de apariție* a respectivului fenomen, sub rezerva aderenței distribuției scorurilor la distribuția teoretică în baza căreia se face estimarea (distribuția normală, distribuția F etc.). Cele două tipuri de judecată sunt fundamental diferite ca principiu și pot fi divergente ca rezultat.

Un exemplu este bine-venit. Toate testele de inteligență care au utilitate și în domeniul clinic contrastează scorurile obținute la probele de performanță cu cele obținute la probele verbale, pentru a oferi un indiciu despre declinul cognitiv. Declinul cognitiv este un fenomen inevitabil, care este caracterizat de reducerea capacităților cognitive, reducere care este mai puternică în domeniul inteligenței fluide (adică scale de performanță, cum ar fi rotațiile mintale) decât în domeniul inteligenței cristalizate (adică scale verbale, cum ar fi vocabularul).

De obicei, contrastarea scorurilor standardizate obținute pentru domeniul performanței și pentru domeniul verbal sunt comparate pe baza teoremei limitei centrale – cu alte cuvinte, sunt supuse unei comparații care în esență este un test t, care oferă un prag de probabilitate statistică pentru semnificația diferenței celor două scoruri. Unul din testele celebre

de inteligență, utilizat intensiv în România, Bateria Multi-dimensională de Aptitudini (*Multidimensional Aptitude Battery – MAB-2*; Jackson, Iliescu și Glinta, 2008), oferă astfel de tabele ajutătoare – dar oferă în același timp și o raportare a procentului efectiv din eșantionul normativ care înregistrează o astfel de diferență (vezi tabelul 5.1 la p. 169).

De exemplu, o diferență de opt puncte între scorul Verbal și scorul de Performanță este semnificativă la $p < 0,05$. Dar știm că o astfel de diferență este tipică pentru 50% dintre adulții aflați între 55 și 64 de ani. O diferență de 24 de puncte este tipică doar pentru 5% dintre adulții din această categorie de vârstă, iar o diferență de 32 de puncte este tipică pentru mai puțin de 1% dintre aceste persoane.

Așadar, simpla judecată statistică ($p < 0,05$) nu este suficientă pentru a judeca amploarea fenomenului și raritatea lui. Pe baza judecății statistice am putea considera un adult de 58 de ani cu un scor VIQ = 102 și un scor PIQ = 94 ca fiind în declin cognitiv, când el este de fapt tipic pentru categoria lui de vârstă. Ar fi îngrijorător însă dacă această persoană ar avea un scor VIQ = 120 și un scor PIQ = 93, căci doar 2% dintre cei de aceeași vârstă înregistrează astfel de diferențe.

Un număr de scoruri sunt bazate nu pe transformări – liniare sau de alt fel – ale scorurilor brute, ci prin referință actuarială, adică prin referință la incidența respectivului scor în cadrul unei populații; interpretarea acestor scoruri ar trebui făcută în același fel.

Exemple pentru astfel de scoruri ar putea fi, în opinia noastră, scorurile care raportează vârsta mintală (*mental age scores* sau *age-equivalent scores*) sau scorurile care raportează echivalența în clase școlare (*grade-equivalent scores*).

Aceste tipuri de scoruri sunt destul de controversate și, deși au fost utilizate intensiv într-o anumită perioadă în dezvoltarea testării psihologice, ar putea fi considerate mai degrabă învechite. Ele sunt totuși în continuare utilizate de specialiști în sănătate mintală, atât în România, cât și în alte culturi, din varii motive, unele dintre ele benigne, cum ar fi simpla obișnuință cu ele sau ușurința cu care se poate face raportarea inteligibilă către terți, altele mai contestabile, cum ar fi utilizarea unor teste învechite (care utilizează astfel de scoruri) ori utilizarea unor forme mai puțin actualizate ale unor teste consacrate (forme care, din nou, utilizează astfel de scoruri).

Scorurile de echivalență cu vârsta sau clasa școlară sunt deosebite de scorurile z și de derivatele acestora, care transformă distribuția scorurilor brute pentru a aproxima o distribuție normală, și sunt diferite și de centile și de derivatele acestora, care transformă distribuția scorurilor brute pentru a reflecta unități egale. Scorurile de echivalență cu vârsta transmit alt tip de informație: și anume cum se compară performanța unei persoane testate cu performanța tipică a vârstei sale sau, mai exact, estimează pentru ce vârstă ar fi tipică performanța persoanei testate. Scorurile de echivalență cu clasa școlară transmit aceeași informație ca și cele de echivalență cu vârsta, dar relativ la clase. De exemplu, un copil de șase ani cu o vârstă mintală de șapte ani și 11 luni a avut la testul respectiv o performanță care este tipică pentru (adică este mediana sau, după caz, media scorurilor obținute de) copiii de șapte ani și 11 luni. Similar, un copil din clasa a șaptea cu un scor de echivalență cu clasa a cincea a obținut o performanță la testul utilizat care este tipică pentru copiii de clasa a cincea.

Aceste scoruri sunt utilizate, ambele, cu precădere în testarea clinică și educațională a copiilor. Ambele scoruri pot fi considerate scoruri actuariale, căci nu se preocupă de distribuția efectivă a scorurilor pentru copiii de aceeași vârstă sau clasă cu copilul testat și de încadrarea scorului brut obținut de acest copil în respectiva distribuție. În schimb, compară performanța copilului cu performanța raportată în tabele actuariale, care rezumă incidența observată a fenomenului urmărit.

Important de menționat, referitor la interpretarea scorurilor de echivalență cu vârsta sau clasa școlară, că sunt deseori interpretate eronat. O seamă de autori au atras atenția asupra acestui fapt, iar criticile vin din două perspective – deși mai mulți autori discută aceste aspecte, ambele au fost admirabil rezumate de Angoff (1984).

Un prim argument este statistic și metodologic: copiii nu sunt comparați pe baza aceluiași test. Cu alte cuvinte, copiii de 11 ani nu dau același test dat de copiii de șapte ani – nu putem așadar ști cu siguranță ce performanță tipică ar avea un copil de 11 ani la testul celor de șapte ani. Grupurile de vârstă (sau clasă școlară) sunt așadar nonechinormale, iar performanțele unui grup la testul dat de alt grup de vârstă sunt doar estimate. Un al doilea argument este conceptual și ține tocmai de înțelesul sintagmei „vârstă mintală”. Dincolo de faptul că această sintagmă este divergentă față de stadiul actual al cunoașterii științifice privitor la dezvoltarea cognitivă a copiilor, vârsta mintală a unui copil nu poate fi estimată doar pe baza unui singur test. De exemplu, un copil de șapte ani care are la un test de inteligență o performanță tipică pentru un copil de zece ani nu va fi însă din alte aspecte ca un copil de zece ani – dezvoltarea în alte aspecte (de exemplu, fizică, socială sau emoțională) nu poate fi inferată pe baza performanței lui la testul de inteligență.

Din toate aceste motive, recomandăm ca interpretarea scorurilor de echivalență cu vârsta sau clasa școlară să fie făcută cu prudență: dacă un copil de șapte ani are un scor echivalent de opt ani și jumătate, acesta ar trebui interpretat în sensul în care copilul de șapte ani are competența măsurată dezvoltată foarte bine pentru un copil de vârsta lui. Similar, dacă același copil de șapte ani are un scor echivalent de cinci ani și jumătate, acesta ar trebui interpretat în sensul în care copilul de șapte ani are competența măsurată foarte slab dezvoltată pentru un copil de vârsta lui.

6.3.4. Scoruri criteriale

Interpretarea criterială nu face apel deloc la distribuția teoretică a scorurilor. Putem vorbi, într-o oarecare măsură, în anumite condiții, de „scoruri criteriale”, însă de fapt instrumentele care se raportează la criteriu mai degrabă decât la normă pentru interpretarea scorurilor sunt mai degrabă „indicatori criteriali”. Vom discuta în continuare două tipuri de scoruri criteriale: cele care fac apel la sau se bazează pe considerente teoretice și care evaluează rezultatul brut al unei persoane testate exclusiv prin apelul la teoria fundamentală, și nu la scorurile obținute de alte persoane, și cele care fac apel la sau se bazează pe considerente diagnostice stabilite consensual.

6.3.4.1. Scoruri criteriale bazate pe convenții diagnostice

Criteriile diagnostice sunt stabilite consensual și reflectă înțelegerea de către comunitatea științifică, la un anumit moment, a realității, precum și „Zeitgeist”-ul respectivului moment (adică integrează și suflul social prevalent la respectivul moment). Sistemele de clasificare utilizate pe scară largă în sănătatea mintală, precum DSM-5 (APA, 2013) sau ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases*; WHO, 2007), oferă nenumărate exemple de astfel de criterii diagnostice.

Criteriile diagnostice sunt deseori absorbite în măsurarea psihologică, în special în evaluarea clinică. Criteriile diagnostice sunt deseori utilizate mai degrabă în interviuri clinice

structurate, cum ar fi Interviu Clinic Structurat pentru DSM (*Structured Clinical Interview for the DSM – SCID*; First *et al.*, 2015) sau Interviu pentru Afecțiuni asociate Autismului (*Autism Disorder Interview, Revised – ADI-R*; Rutter, Le Couteur și Lord, 2003). În acest caz, deși uneori se calculează scoruri de simptom prin însumarea diversilor indicatori și este posibil să existe praguri-limită pentru aceste scoruri, totuși datele obținute sunt interpretate ca în cazul oricărui interviu psihiatric, ca indicatori ai prezenței sau absenței criteriilor diagnostice și în funcție de modalitatea în care conturează un anumit tablou clinic.

Totuși, criteriile diagnostice se regăsesc suficient de des și în teste psihologice, caz în care se reflectă în itemi ai testului.

Atunci când criteriile diagnostice se reflectă în itemi ai testului, interpretarea diagnostică a respectivului test nu se mai face prin apelul la distribuția scorurilor și prin estimarea mărimii unui scor brut obținut de o persoană testată, prin comparație cu restul scorurilor probabile. Dimpotrivă, în aceste condiții probabilitatea sau improbabilitatea unui scor individual nici nu mai este relevantă, dacă sunt îndeplinite criteriile diagnostice prescrise de sistemul de diagnosticare utilizat (de exemplu, DSM-5) pentru afecțiunea respectivă. Cu alte cuvinte, dacă evaluăm un copil cu suspiciune de ADHD pe baza unui chestionar consacrat, de exemplu Conners-3 (Conners, 2008), ne vom raporta la criteriile DSM-5 care sunt în majoritate cuprinse explicit în acest chestionar.

În acest caz sunt cinci criterii : a) patternul de neatenție sau hiperactivitate-impulsivitate care interferează cu funcționarea și dezvoltarea, b) prezența mai multor simptome înaintea vârstei de 12 ani, c) prezența mai multor simptome în două sau mai multe contexte (școală, familie etc.), d) dovada faptului că simptomele interferează cu funcționarea socială, academică sau ocupațională sau îi reduc calitatea și e) excluderea altor afecțiuni ca sursă a simptomelor. Dacă aceste criterii sunt îndeplinite, atunci nu mai este relevant (sau este mult mai puțin relevant) cât la sută din populație mai are acel simptom sau la ce centilă se plasează copilul pe fiecare dintre cele cinci scale.

Uneori este imposibil ca un chestionar să evalueze toate criteriile diagnostice. După cum știm, multe dintre ele pot fi evaluate în mod serios doar coroborând date din surse multiple, care includ un interviu anamnestic cu persoana evaluată sau cu aparținători ai acesteia. De exemplu, momentul apariției unor simptome în evoluția copilului este greu de evaluat în afara unui interviu, iar criteriul de excludere (de exemplu, în cazul ADHD, excluderea schizofreniei, afecțiunilor de anxietate, disociative, de personalitate etc. ca sursă a simptomelor) nu poate fi marcat decât de psihiatru, pe baza judecății profesionale care ține cont de toate aspectele evaluării și de date din surse multiple. În aceste condiții, chestionarele clinice utilizează un obicei care are impact semnificativ asupra evaluării, și anume includerea unor „itemi critici” între itemii chestionarului. Itemii critici sunt incluși atunci când o scală nu poate, din motivele expuse mai sus, să evalueze toate criteriile dorite, dar când se pot culege totuși informații cu impact despre cei mai severi sau îngrijorători indicatori de interes.

De exemplu, Chestionarul de Depresie pentru Copii (*Children's Depression Inventory – CDI*; Kovacs, 2003) nu poate evalua toate criteriile prescrise de DSM-5 pentru depresie, însă conține itemi critici care marchează riscul major, indiferent de scorul normativ obținut de un copil pe scala de depresie. De exemplu, un răspuns afirmativ dat de un copil la itemul „M-am gândit să mă sinucid” este interpretat ca indicator de risc, chiar dacă scorul general la scala de depresie, obținut de copilul evaluat, este relativ redus (din punctul de vedere normativ).

Pentru a rezuma, atunci când un chestionar clinic conține scale întregi care evaluează prezența sau absența unor criterii diagnostice majore, scala nu este interpretată normativ,

ci criterial. Informația normativă poate da un indiciu despre severitatea simptomelor respective, dar până la urmă prezența sau absența criteriilor este relevantă pentru diagnostic. Atunci când o scală clinică nu este complet consonantă cu un criteriu diagnostic specific, ea este interpretată normativ, însă itemii critici sunt interpretați criterial și sunt considerați indicatori ai existenței unui risc iminent pe baza simplului răspuns pozitiv.

6.3.4.2. Scoruri criteriale bazate pe teorie

Scorurile criteriale care se bazează pe o teorie sunt utilizate în acele scale care măsoară constructe discutate la nivel teoretic, dar care nu au întrunit consensul unei comunități relevante pentru a fi ridicate la rang de criteriu obiectiv.

Un exemplu pentru acest caz sunt testele de tipologie temperamentală sau de personalitate, dezvoltate pe teoria lui Carl Gustav Jung.

Jung a postulat inițial trei „funcții” psihologice, ulterior teoria lui fiind completată cu o a patra funcție. Fiecare dintre aceste patru funcții sunt bipolare : Extraversie-Introversie, Senzorialitate-Intuiție, Gândire-Afectivitate și Judicativitate-Perceptivitate. Cele patru funcții pot fi combinate două câte două după o anumită regulă, generând opt tipuri, sau patru câte patru, generând 16 tipologii.

Unele chestionare care urmează această teorie măsoară cele patru funcții direct, altele măsoară direct tipurile rezultante. Numărul de chestionare care a rezultat din această teorie este foarte mare (de exemplu, *Myers-Briggs Type Indicator* – MBTI, Myers, 1962 ; *Gray-Wheelwright's Jungian Type Survey* – GW, Wheelwright, Wheelwright și Buehler, 1942 ; *Singer-Loomis Type Deployment Inventory* – SLTDI, Singer și Loomis, 1984), iar teoria a avut și un oarecare succes ca parte a orientării psihoterapeutice psihanalitice moderne, psihoterapia analitică jungiană. Important este de reținut că, în pofida acestui succes, sistemul tipologic al lui Jung nu este un „criteriu diagnostic” în sensul în care DSM este așa ceva.

Totuși, chestionarele care sunt inspirate de această teorie, în cea mai mare parte a lor, nu fac apel la norme pentru a judeca poziția unei persoane spre unul sau altul dintre poliul unei dimensiuni. De exemplu, nu este îmbrățișată o abordare normativă pentru a stabili dacă o persoană evaluată este extravertă sau introvertă. Dimpotrivă, este adoptată o abordare criterială, bazată pe un principiu ipsativ. Ipsativitatea în aceste chestionare este dată de cadrul intrapersonal luat de evaluare. Adică, un item nu este un comportament la care răspunsul unei persoane evaluate să fie comparat interpersonal (adică cu răspunsurile participanților dintr-un eșantion normativ), ci este o pereche de comportamente, unul tipic pentru un pol al dimensiunii și celălalt tipic pentru celălalt pol al dimensiunii, iar răspunsul este comparat intrapersonal. Cu alte cuvinte, măsurarea nu spune dacă persoana evaluată este mai extravertă decât alți români, ci dacă este mai extravertă decât este introvertă, mai „senzorială” sau mai „afectivă”. Într-un fel, o astfel de abordare decurge logic și din tipul de măsurare preferat, bazat pe itemi dihotomici, cu alegere forțată ; cu adevărat dacă dintre două extreme de tipul (a) îmi place să stau acasă să citesc sau (b) îmi place să merg cu prietenii la o petrecere o persoană alege varianta (a), nu contează câte alte persoane dintr-o populație de referință aleg tot varianta (a), persoana evaluată de noi va fi considerată introvertă.

Interpretarea unui astfel de chestionar este clar tipologică (adică oferă pentru toți cei care sunt incluși în același tip de personalitate aceeași descriere) și este clar criterială

(adică este aderentă la teoria de bază, față de care rezultatele sunt considerate drept indicatori). Cu alte cuvinte, pentru o persoană care face parte din tipul de „Senzorialitate Introvertă”, nu contează ce scor are la Senzorialitate, la Introversie sau la alte scale, nu contează cât de multe alte persoane fac parte din această categorie, ea va fi caracterizată drept o persoană „care își conștientizează profund propriile senzații, atât fizice cât și emoționale; cu capacitatea de a genera imagini interne, de cele mai multe ori, necircumstanțiale, eterne, fără relaționare temporală; formele sunt percepute doar în prezent; gestionează bine rutina ...” (Singer *et al.*, 2010, p. 59) și așa mai departe. Interpretarea este așadar ghidată de criteriu (constituit din teoria pe care se bazează testul) și de normă.

Semnificația scorurilor capătă conotații diferite în funcție de registrul în care se derulează evaluarea. Un scor situat la o abatere standard peste medie are conotații diferite pentru un test sau chestionar clinic, față de unul care măsoară cunoștințele sau inteligența. Un alt aspect relevant poate fi distribuția caracteristicilor vizate de chestionar sau test în populația generală. Este de așteptat ca răspunsurile obținute pentru un eșantion normativ general la o scală care măsoară depresia clinică sau anxietatea clinică să nu urmeze o distribuție normală. Cu excepția instrumentelor care măsoară constructe care nu sunt distribuite normal în cadrul populației, interpretarea rezultatelor celorlalte instrumente presupune raportarea la curba normală. Iată câteva repere utile în interpretarea ariilor de sub curba normală:

- Aproximativ 99,5% dintre cazuri (persoane) sunt cuprinse între ± 3 abateri standard;
- Aproximativ 95% dintre cazuri sunt cuprinse între ± 2 abateri standard;
- Circa 34% dintre cazuri se află între medie și 1 abatere standard peste medie;
- Circa 34% dintre cazuri se află între medie și 1 abatere standard sub medie;
- 68% dintre cazuri se află în intervalul ± 1 abatere standard;
- 50% dintre cazuri se află peste medie;
- 50% dintre cazuri se află sub medie.

Cea mai directă modalitate de a interpreta scorurile la un test sau chestionar este cea bazată pe abateri standard întregi.

Tabelul 6.7. Clasificarea scorurilor în funcție de abateri standard întregi

Interval scoruri z	Clasificare
+ 3 SD	Extrema superioară
+ 2 SD	Peste medie
± 1 SD	Medie
- 2 SD	Sub medie
- 3 SD	Extrema inferioară

Deși reprezintă o modalitate directă și necomplicată de raportare a scorurilor, această abordare a clasificării în funcție de valori întregi ale abaterii standard, prezentată în tabelul 6.7, are o capacitate scăzută de diferențiere a scorurilor situate în intervalul mediu. Practic, 68% dintre cazuri sau cu o mare probabilitate 68% dintre persoanele care completează instrumentul respectiv vor obține același rezultat. Această modalitate de clasificare a scorurilor este recomandată doar pentru situațiile de testare în care scopul testării este identificarea deviațiilor extreme de la medie, cum ar fi identificarea supradotării

sau retardului mintal cu ajutorul unor teste de inteligență. Tabelul 6.8 prezintă o abordare alternativă de clasificare a scorurilor.

Tabelul 6.8. *Clasificarea scorurilor în șapte clase interpretative*

Interval scoruri z	Interval scoruri IQ	Centile	Clasificare
> 2 SD	> 130	> 98	Foarte ridicat
+ 1,34 – + 2 SD	120 – 130	91 – 98	Ridicat
+ 0,67 – + 1,34	110 – 119	75 – 90	Peste medie
+ 0,67 – – 0,67	90 – 109	25 – 74	Mediu
– 0,67 – – 1,34	80 – 89	8 – 24	Sub medie
– 1,34 – – 2 SD	70 – 79	2 – 8	Scăzut
< 2 SD	< 70	< 2	Foarte scăzut

După cum se poate observa, utilizarea celor șapte clase interpretative oferă posibilitatea unei diferențieri mai rafinate în special pentru valorile cuprinse între + 2 și – 2 SD. Astfel, pentru a facilita procesele decizionale bazate pe scorurile la teste, în special atunci când persoanele evaluate fac parte din populația generală, se recomandă utilizarea unor trepte de clasificare care să permită realizarea unor interpretări și extragerea unor concluzii, chiar dacă scorurile nu prezintă o deviație extremă de la medie.

Un alt sistem de clasificare a rezultatelor obținute în urma testării este clasarea (*grading*). Clasarea a fost dezvoltată inițial ca parte a evaluărilor educaționale specifice sistemului anglo-saxon.

Tabelul 6.9. *Clasarea*

Clase	Centile	Clasificare
A	> 90	Superior, semnificativ peste medie
B	90 – 75	Peste medie
C	74 – 25	Medie
D	24 – 10	Sub medie
E	< 10	Scăzut

6.3.5. *Valorile de prag (cut-off scores)*

Scorurile de prag reprezintă puncte ale unei scale care sunt fixate pentru a identifica dacă performanța sau scorul obținut la test de un anumit individ indică faptul că sunt îndeplinite criteriile minimale pentru a considera că există o condiție mintală. Stabilirea unor valori de prag permite inferarea existenței respectivei condiții. De exemplu, pentru o scală de depresie, valoarea de prag indică faptul că există o probabilitate mare ca orice persoană care obține un scor peste respectiva valoare să sufere un episod depresiv major.

Scorurile de prag reprezintă instrumente utile în diverse contexte de evaluare. Acestea sunt utilizate cu succes în psihologia clinică, în psihologia educațională sau în cea ocupațională. În continuare vom detalia care sunt cele mai eficiente metode pentru stabilirea scorurilor de prag, precum și care sunt aspectele esențiale în utilizarea acestor scoruri pentru a fundamenta decizii sau recomandări.

Procedurile prin care sunt stabilite scorurile de prag implică o judecată sau un raționament mai mult sau mai puțin arbitrar despre existența unei anumite condiții. Astfel, se poate considera că nu există nicio modalitate obiectivă pentru stabilirea scorurilor de prag, orice scor de prag presupunând existența unei astfel de judecăți (Zieky și Perie, 2006). Indiferent de contextul de utilizare, scorurile de prag vor reflecta opinia dominantă a experților implicați fie în definirea caracteristicilor condițiilor mintale, fie în stabilirea propriu-zisă a scorurilor de prag. Un aspect deosebit de important în stabilirea scorurilor de prag constă în definirea foarte clară a condițiilor sau criteriilor de limită.

De exemplu, în domeniul supradotării mintale, stabilirea condițiilor de limită înseamnă identificarea aceluși nivel maximal de funcționare mintală care este considerat intelect superior, concomitent cu identificarea nivelului minimal de funcționare mintală care reprezintă genialitate sau supradotare. În cazul unei tulburări anxioase, condițiile de limită se referă la cel mai ridicat nivel al anxietății care este considerat încă funcționare „normală”, respectiv identificarea nivelului minimal al anxietății care indică prezența unei tulburări. O valoare de prag stabilită optim este cea în care cât mai puține persoane care nu întrunesc o condiție de funcționare mintală sunt încadrate ca îndeplinind acea condiție, respectiv cât mai multe persoane care îndeplinesc respectiva condiție sunt identificate ca atare. Din cauza fidelității imperfecte și implicit a erorii de măsurare, oricât de eficient ar fi stabilite scorurile de prag, acestea vor conduce inevitabil la producerea unor erori de încadrare într-o anumită clasă de funcționare.

În funcție de domeniul în care se derulează evaluarea, stabilirea incorectă a valorilor de prag poate avea implicații dramatice. De exemplu, stabilirea unor valori de prag inadecvate în evaluările de tip apt-inapt derulate în domeniul transportului public sau pentru a manipula materiale periculoase poate rezulta în catastrofe. Impactul acestor erori poate fi mai scăzut în context educațional sau ocupațional, de selecție.

O altă decizie importantă în stabilirea scorurilor de prag este aceea între abordarea compensatorie, respectiv autonomă. Abordarea compensatorie permite echivalarea scorurilor obținute la scale sau subscale diferite. De exemplu, dacă la un test educațional care măsoară eficiența în utilizarea limbii engleze o persoană obține un scor scăzut la citire și unul ridicat la vocabular, atunci o parte din scorul la vocabular poate fi realocat către citire; interpretarea psihologică fiind că, deși o anumită dimensiune este mai puțin dezvoltată, acest aspect poate fi compensat prin scorul extrem de mare la altă dimensiune, foarte bine dezvoltată. În cadrul abordării autonome, astfel de compensări nu sunt permise, fiecare subscală sau probă având o valoare minimală care trebuie întrunită astfel încât să fie permisă promovarea respectivului test sau a probei. Printre factorii care trebuie luați în calcul în alegerea uneia dintre cele două metode enumerăm: constructele măsurate de subscale, corelația dintre acestea, efectul performanței foarte scăzute asupra funcționării mintale sau, mai precis, asupra funcționării specifice condițiilor de prag.

În stabilirea cât mai obiectivă a valorilor de prag sunt necesare reprezentări corecte atât despre condițiile de prag, cât și despre analiza datelor normative (Zieky și Perie, 2006). În cadrul unei scale care măsoară simptome specifice tulburării de stres post-traumatic este necesară analizarea frecvenței cu care sunt admise sau aprobate anumite simptome sau manifestări atât în populația generală, cât și în cadrul unui eșantion clinic. În cadrul testelor care examinează funcționarea neuropsihologică, progresul educațional sau aptitudinile pot fi analizate nivelul de dificultate al itemilor, precum și relația dintre aceștia și nivelul variabilei latente, în special pentru persoanele ale căror

scoruri le plasează în una din condițiile de limită (analiză posibilă în cadrul teoriei răspunsului la item).

6.3.5.1. Metode de stabilire a valorilor de prag

Toate metodele de stabilire a valorilor de prag presupun, în esență, definirea foarte clară a condițiilor de limită pentru nivelurile între care respectivele valori de prag ar trebui să facă diferențieri. De asemenea, aceste metode presupun inițial lucrul cu experți care să identifice anumite valori de prag. Ulterior, aceste valori de prag trebuie analizate sau validate prin intermediul unor demersuri empirice. Deoarece aceste demersuri de verificare a scorurilor de prag țin de registrul validității instrumentelor, în cadrul acestei secțiuni vom prezenta doar modalitățile prin care se stabilesc valorile de prag, și nu cele prin care este verificată acuratețea lor.

O condiție preliminară a stabilirii unor valori de prag reprezentative, valide este definirea corectă a condițiilor de limită. Dacă acestea nu sunt definite corespunzător, atunci întreg procesul de stabilire a valorilor de prag poate fi alterat. Întrucât stabilirea condițiilor de limită este o temă complexă care variază de la un domeniu la altul al psihologiei aplicate, nu există rețete sau metode general aplicabile pentru stabilirea condițiilor de limită. Stabilirea unor condiții de limită în domeniul testării educaționale reprezintă un demers fundamental diferit de identificarea acestora în domeniul supradotării sau în cel al psihologiei clinice.

Metodele de stabilire a scorurilor de prag pot fi centrate pe itemi sau pe respondenți. Metodele centrate pe conținutul itemilor implică analize ale itemilor, analize derulate de experți. Metodele centrate pe respondenți presupun încadrarea respondenților în condițiile de limită și, ulterior, analiza performanței sau scorurilor pe care aceștia le obțin la teste.

Majoritatea metodelor de stabilire a valorilor de prag implică analiza experților, având implicit un oarecare grad de subiectivitate. După cum concluzionează și Zieky și Perie (2006), „este imposibil a demonstra că o valoare de prag a fost stabilită corect”. Cu toate acestea, atunci când valorile de prag sunt stabilite pe baza unei metode de lucru relativ standardizate, fiind derulate cu experți familiarizați atât cu instrumentele psihometrice, cât și cu domeniul vizat de instrument, șansele ca acestea să funcționeze eficient sunt ridicate. Trebuie de asemenea să menționăm că identificarea primară a valorilor de prag nu este suficientă pentru a asigura o funcționare optimă a acestora. Procesul de ajustare a valorilor de prag este un demers continuu, valorile fiind ajustate periodic în funcție de rezultatele înregistrate prin utilizarea respectivelor praguri. De asemenea, trebuie menționat faptul că teritoriul constructelor vizate de teste sau instrumente psihometrice este dinamic. De exemplu, evoluțiile din cadrul taxonomiei tulburărilor mintale, cum ar fi ultima ediție a DSM, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), implică modificarea conceptualizării și, implicit, a operaționalizării diverselor tulburări. Astfel, valorile de prag ale diferitelor instrumente clinice stabilite în funcție de clasificări anterioare ale tulburărilor mintale au șanse scăzute de a funcționa optim în raport cu actualele clasificări. Din aceste motive sunt recomandate actualizarea periodică a valorilor de prag și monitorizarea eficienței acestora.

6.4. Procesul de interpretare a scorurilor

6.4.1. Niveluri și principii de interpretare

Există două niveluri în interpretarea clinică a unui test. Primul nivel este cel în care se generează informație pentru decizii diagnostice; acesta este un nivel relativ simplist și care nu este justificat decât în anumite condiții, care vor fi discutate mai jos. Al doilea nivel este unul configurat, mai complex, care va fi de asemenea discutat mai jos.

Atunci când interpretarea este realizată la primul nivel, scopul este, după cum spuneam, generarea de informație pentru decizii diagnostice, iar psihologul este preocupat de prezența sau absența unui construct, sindrom sau diagnostic. Trebuie să accentuăm faptul că deciziile diagnostice realizate exclusiv pe baza testelor, în mod special dacă aceste teste sunt bazate pe autoraportarea de comportamente, atitudini, simptome etc. sau dacă aceste teste sunt relativ scurte, nu sunt de obicei recomandate, căci nu au o bază suficientă.

Deciziile diagnostice în astfel de cazuri sunt justificate doar în trei condiții (Millon *et al.*, 2006a). În primul rând, se justifică utilizarea (chiar exclusivă) a testelor pentru decizii diagnostice atunci când costul și timpul implicate în administrarea și interpretarea testului sau testelor sunt reduse, iar acuratețea măsurării este mare. În aceste condiții, testele sunt utilizate ca metode de evaluare preliminară sau *screening*. În al doilea rând, se justifică utilizarea (din nou, chiar exclusivă) a testelor pentru decizii diagnostice atunci când nivelul de acuratețe al unei astfel de evaluări, demonstrat în studii empirice, este cel puțin egal cu cel al utilizării altor metode, mai costisitoare în termeni de resurse financiare, umane sau temporale. Multe teste au într-adevăr niveluri de sensibilitate-specificitate comparabile sau chiar mai bune decât cele ale unor interviuri psihiatrice structurate. În al treilea rând, se justifică utilizarea testelor de acest tip (scurte sau bazate pe autoraportare) pentru decizii diagnostice atunci când ele adaugă validitate incrementală, adică informație relevantă suplimentară, față de alte metode de evaluare, care sunt de asemenea utilizate în procesul respectiv de evaluare.

La acest nivel de interpretare mai subliniem faptul că informația este foarte grosieră, primară. Psihologul este interesat doar de prezența sau absența unui comportament, simptom, atitudine sau trăsătură (Millon *et al.*, 2006a). Judecata este făcută din acest punct de vedere dihotomic: se consideră dacă dimensiunea căutată este prezentă (pe baza raportării la un criteriu sau pe baza unui scor-limită). Persoana evaluată este astfel „distilată” pentru a determina dacă se încadrează într-un tip anume. Chiar și în cazul chestionarelor multi-fazice, unde luarea în considerare a scorurilor obținute la scale multiple poate genera o imagine mai fină a persoanei evaluate, procesul de evaluare condus la acest nivel primar se rezumă la a detecta absența sau prezența problemei căutate, iar de aceea nivelul exclusiv diagnostic de interpretare este doar o aproximare grosieră a patologiei individului evaluat.

Atunci când evaluarea este realizată la nivelul configurat, obiectivul este altul, și anume înțelegerea integrată a individului și patologiilor sale. În acest sens, psihologul utilizează judecata clinică pentru a integra în interpretare atât raționamentele simpliste, dimensionale, de la nivelul primar, cât și (mai ales) semnificațiile tuturor scalelor sau testelor, integrând informații din surse multiple, apelând la semnificația teoretică a scalelor, dar și la informația privind validitatea de criteriu demonstrată, informația de natură statistică și altele.

Evaluarea configurată recunoaște așadar că pacienții nu sunt simple prototipuri, ci se diferențiază unii de alții nu doar pe baza unor diferențe cantitative, ci și din punct de vedere calitativ. Fiecare test are propriile principii interpretative pentru ca psihologul să poată trece la o interpretare configurată, iar acestea sunt de o diversitate atât de mare, încât nu pot fi toate cuprinse aici. În cazul chestionarelor de personalitate se recomandă de multe ori trecerea la o interpretare configurată, interpretând nu doar scale singulare, ci grupaje de scale (câte două, câte trei sau chiar mai multe) sau interpretând elevațiile (topologia) profilului și jocul dintre (precum și diferențele dintre) scalele cu scoruri mai mari și cele cu scoruri mai mici. În cazul chestionarelor de performanță se recomandă de multe ori interpretarea diferențelor dintre tipurile de performanță implicate de test sau raportarea la diferențe de vârstă, de gen sau de etnie. În cazul chestionarelor de atitudini se recomandă chiar trecerea la interpretarea unor itemi singulari, fie ei critici sau nu. După cum menționam, diversitatea privind felul în care se poate ajunge la interpretarea configurată a unui test este atât de mare, încât nu putem acoperi toate cazurile aici. Trasăm însă patru mari considerente, care sunt într-un fel sau altul prezente în toate recomandările, pentru toate testele.

6.4.1.1. Interpretarea prin prisma teoriei

Teoria pe care se bazează testul este critică pentru interpretarea scorurilor. Acest lucru este deseori uitat, iar psihologii interpretează eticheta unei scale (de exemplu, „dislexie”) ignorând teoria fundamentală pe care construcția scalei s-a bazat.

Teoria care stă la baza unei scale este critică pentru interpretare: ea constituie baza nu doar pentru construct, ci și pentru mecanismul prin care constructul își manifestă efectele. Ambele sunt critice pentru interpretare. De exemplu, un scor obținut la un test de inteligență se interpretează în alt fel dacă testul este bazat pe teoria factorului general de inteligență (*g*), ca, de exemplu, teoria *Cattell-Horn-Carroll* (CHC), și în cu totul alt fel dacă este bazat pe teoria PASS (*Planning, Attention-Arousal, Simultaneous and Successive*). Modelul CHC, probabil cel mai influent model actual al inteligenței, presupune o structură ierarhică a inteligenței, pe straturi succesive de specificitate tot mai mare; diferite componente ale acestor straturi sunt însă puternic corelate între ele, fiind manifestări ale aceluiași factor general (McGrew, 2005). Un test clasic pentru măsurarea inteligenței pe baza modelului CHC este *Woodcock-Johnson IV* (Schrank, Mather și McGrew, 2014). Modelul PASS este procesual, neurologic, bazat pe faptul că creierul este compus din sisteme care, chiar dacă sunt interdependente, sunt totuși separate din punct de vedere funcțional. Modelul PASS întrunește dovezi considerabile din domeniul neuroștiințelor. Un test clasic pentru măsurarea inteligenței pe baza modelului PASS este *Das-Naglieri Cognitive Assessment System* (Naglieri și Das, 1997). Cele două teorii măsoară în parte constructe diferite și prescriu cu siguranță mecanisme diferite prin care aceste constructe își manifestă efectele. Interpretarea unui anumit scor, sau a diferenței dintre două scoruri, este fundamental diferită pentru scoruri obținute la aceste două teste.

Pentru ca scorurile unui test să poată fi interpretate în lumina teoriei sale fundamentale, e nevoie să fie îndeplinite două condiții legate de validitate. În primul rând, este nevoie să existe date robuste privind validitatea teoriei respective. Fără îndeplinirea acestei condiții interpretarea va face referire la concepte și mecanisme care sunt probabil incorecte.

În al doilea rând, este nevoie ca scala care este interpretată să fi demonstrat validitate de construct, adică o bună consonanță cu fundamentul teoretic menționat mai sus. Fără această condiție, interpretarea scorurilor va fi doar o speculație care folosește eticheta scalei fără să nimerască de fapt conținutul vizat.

Interpretarea scorurilor prin prisma teoriei fundamentale a testului este de foarte mare ajutor, căci lărgeste repertoriul de semnificații și predicții al unei scale dincolo de studiile care au fost în mod direct realizate cu acea scală. De exemplu, o scală care măsoară nevrotismul și pentru care există dovezi suficiente privind validitatea de construct (adică o asigurare rezonabilă că scala chiar măsoară nevrotismul) poate fi interpretată pe baza tuturor cunoștințelor pe care le avem despre nevrotism, indiferent dacă aceste cunoștințe au fost obținute cu această scală sau nu.

De exemplu, știm din aproape 100 de ani de studii privind nevrotismul, sau instabilitatea emoțională, că acest construct este un factor major de risc pentru sănătatea mintală (Malouff, Thorsteinsson și Schutte, 2005), că este asociat cu o incidență mărită a emoțiilor negative și cu forme variate de psihopatologie (Costa și Widiger, 2002), precum și cu probleme de sănătate fizică, atât reale (Smith și MacKenzie, 2006), cât și imaginare, pe baza unui mecanism care probabil are la bază simptome somatice nejustificate fiziologic (Costa și McCrae, 1987). Știm că persoanele cu nevrotism înalt au un risc mai mare de evenimente de viață negative (Roberts *et al.*, 2007), resimt stresul în mod mai acut (Kendler, Gardner și Prescott, 2003), manifestă răspunsuri emoționale mai puțin regulate la evenimentele stresante (Cooper, Agocha și Sheldon, 2000) și au mecanisme de coping mai puțin eficiente, precum și un nivel mai scăzut de sprijin social (Finch și Graziano, 2001). Ei au de asemenea o reactivitate hipotalamic-pituitar-adrenală mai ridicată și un răspuns imunitar mai intens, ceea ce duce în timp la o rată mai mare a afecțiunilor cardiace (Smith și MacKenzie, 2006). Și am putea continua în acest fel, indiferent dacă scorul la nevrotism care trebuie interpretat este obținut cu chestionarul NEO (*NEO Personality Inventory Revised* – NEO PI-R; Costa și McCrae, 1992) sau cu alt chestionar.

La acest moment, după 100 de ani de studii sistematice în domeniul celor mai multe constructe ce sunt măsurate de testele psihologice, autori a foarte puține teste mai întreprind cu diligență procesul laborios (și probabil în mare parte inutil) de a valida în cele mai mici detalii scalele lor. După cum spuneam, acest lucru ar fi și inutil: pentru un nou test de inteligență generală nu este nevoie să realizăm 100 de studii privind validitatea lui de criteriu, ca predictor al performanței în muncă: *știm* deja din mii de studii și zeci de meta-analize că inteligența generală este predictivă pentru performanța în muncă. Dacă testul nostru are dovezi privind validitatea de construct, ne putem baza pe studiile realizate pentru constructul de „inteligență generală” și interpreta scorurile testului în acest sens.

Este de remarcat faptul că interpretarea pe baza teoriei fundamentale a testului necesită o oarecare erudiție profesională din partea psihologului: un volum mai mare de cunoștințe despre studii și, de preferat, despre studii recente ajută la o interpretare mai nuanțată a scorurilor. Accentuăm de asemenea că „teorie” în acest caz nu înseamnă speculații, ci un apel exclusiv la studii empirice serioase, care să ofere dovezi robuste privind faptul că, pentru respectivul construct, o anumită interpretare este sau nu adecvată.

6.4.1.2. Interpretarea prin prisma dovezilor de validitate de criteriu și predictivă

Indiferent de considerentele teoretice – care sunt desigur importante în interpretare și care ne dau principalele repere, în special pentru interpretarea configurată –, psihologul nu ar trebui să ignore niciodată dovezile directe de validitate obținute pentru scorurile scalei. Validitatea este înțeleasă la acest moment ca un corp integrat de cunoștințe și dovezi privind relația dintre scorurile testului și interpretare: „validitatea se referă la gradul în care dovezile și teoria sprijină interpretarea scorurilor pentru utilitățile propuse ale testului (AERA, APA și NCME, 2014, p. 11).

Validitatea provine așadar din mai multe surse, care sunt integrate. Sursele de validitate – ceea ce în trecut era discutat sub denumirea „forme de validitate” – sunt multiple, dar cele mai puternice pentru interpretarea scorurilor sunt în continuare considerate cele legate de relaționarea directă cu criteriul țintit și, eventual, relaționarea viitoare cu criteriul țintit (validitatea predictivă). Sunt importante în acest context nu doar dovezile legate de interpretarea directă a sensului scalei, cât mai ales dovezile privind validitatea scorurilor-limită. Ne referim așadar nu la validitatea scalei, ci la validitatea interpretării unor anumite scoruri.

Scorurile-limită, sau scoruri *cut-off*, sunt cele dincolo de care este activată o altă interpretare; de exemplu, scorul dincolo de care o scală are semnificație diagnostică sau un test de *screening* are semnificația de „apartenență la grup de risc”. Interpretarea testelor clinice, în special a celor bazate pe autoraportare, se face de cele mai multe ori fără apelul la scoruri-limită: pe baza unor considerente normative sunt stabilite scorurile dincolo de care se modifică interpretarea; de exemplu, scoruri trecute de T70 sau scoruri peste centila 95. Acestea, în mod evident, nu sunt scoruri-limită în adevăratul înțeles al cuvântului. Scorurile-limită, atunci când sunt indicate de literatura științifică, se bazează de obicei pe studii de senzitivitate-specificitate. Un scor-limită bazat pe un astfel de studiu este exact scorul la care se maximizează valoarea diagnostică a scalei, pentru obiectivul scontat. Nu vom intra aici în detaliile legate de senzitivitatea, specificitatea și randamentul diagnostic general, dar este totuși important să atragem atenția că scorurile-limită indicate în literatură ori în manualele testelor sunt dezvoltate pentru un obiectiv foarte specific și interpretarea lor ar trebui să urmeze explicit acea rută. De exemplu, un scor-limită pentru un test de *screening* va maximiza cu mare probabilitate senzitivitatea testului (aceasta este în natura scalelor de *screening*): va încerca să detecteze toate persoanele care au o probabilitate rezonabilă de a avea diagnosticul urmărit. Riscul unui scor astfel stabilit este că va clasifica drept „pozitiv” și un număr relativ mare de persoane care la o analiză mai atentă (de exemplu, un interviu clinic realizat de psihiatru) se dovedesc a nu fi „pozitive” pentru respectiva afecțiune. Necunoașterea modalității în care a fost dezvoltat un scor-limită va duce la interpretare eronată de către psiholog.

6.4.1.3. Interpretarea prin prisma considerentelor statistice

Considerentele statistice sunt direct asociate cu scala al cărei scor este interpretat și ele sunt de multe ori ignorate în interpretare. Se întâmplă în cazul unor teste sau scale ca un anumit scor brut – sau chiar și un scor standardizat – să nu fie interpretat în exact același

fel pentru toate categoriile de persoane evaluate. Uneori intervin efecte semnificative ale vârstei, genului, statutului socioeconomic, care nuanțează scorul.

Majoritatea testelor moderne oferă dovezi explicite în manualul testului cu privire la posibilele efecte ale acestor variabile. Acestea sunt uneori neglijabile sau restrânse ca efect, însă pot fi uneori extraordinar de serioase.

De exemplu, în cazul *Mini-Mental State Examination* (MMSE-2; Folstein *et al.*, 2010) există diferențe majore ale scorurilor în funcție de vârstă și de educație. De vreme ce MMSE este un test care măsoară problemele de procesare cognitivă fundamentală, declinul cognitiv și demențele degenerative, este de așteptat ca scorurile să demonstreze un trend descendent în funcție de vârstă. Un anumit scor obținut de o persoană de 25 de ani nu are semnificația pe care ar avea-o același scor dacă ar fi obținut de o persoană de 80 de ani. Ceea ce este considerat normal la o persoană de 80 de ani în termeni de procesare cognitivă ar fi probabil îngrijorător în cazul persoanei de 25 de ani. Aceste efecte ale vârstei sunt de așteptat și sunt reflectate în norme, care sunt realizate pentru categorii de vârstă diferite. Însă mai puțin așteptat ar putea fi efectul pe care îl are nivelul de educație asupra scorurilor testului: persoanele cu educație mai înaltă demonstrează semnificativ mai puțin declin cognitiv decât cele cu educație mai redusă. Efectul educației asupra scorurilor MMSE-2 este foarte puternic și este comparabil cu cel al vârstei. Mecanismul prin care educația amortizează efectele declinului cognitiv sunt asociate cu aspectele funcționale și de continuu antrenament cognitiv care sunt mai frecvente în cazul persoanelor cu educație mai înaltă. Din acest motiv, interpretarea unui scor obținut de o persoană trebuie să țină cont și de nivelul de educație al persoanei evaluate sau de variabilele care pot fi subsumate mecanismului respectiv: o viață intelectuală activă.

Interpretarea unui scor trebuie să țină cont de aceste regularități. Uneori, ele sunt conținute în manualul testului, caz în care de obicei, atunci când au un efect semnificativ, ele se reflectă și în norme diferențiate pe diversele categorii. Dar de foarte multe ori literatura de specialitate constată și raportează astfel de efecte, fără ca ele să fie cuprinse în manualul testului – revenim de aceea la necesitatea ca clinicianul care interpretează teste să fie în permanență la curent cu stadiul actual al cunoașterii atât referitor la constructele evaluate, în general, cât și, mai specific, cu privire la studiile realizate cu testul pe care îl utilizează.

6.4.1.4. Interpretarea prin prisma raționamentului clinic

Literatura care ține de evaluarea psihologică face o diferență clară între interpretările sau predicțiile „mecanice” și cele bazate pe „raționament clinic”. Predicțiile și interpretările mecanice sunt predicții statistice, actuariale sau algoritmice, adică se bazează pe ecuații explicite, tabele actuariale și probabilistice sau algoritmi prin care un computer imită raționamentul algoritmic uman. Predicțiile mecanice se bazează pe date și pe legăturile acestora cu evenimente din mediu și sunt complet reproductibile.

Prin contrast, predicțiile și interpretările care se bazează pe raționament clinic (*clinical judgment*) au ca fundament raționamentul profesional al unei persoane care este considerată expertă în domeniul în care se realizează interpretarea sau predicția, care își utilizează experiența, combinând date, dar și interpretări subiective ale acestor date, pe baza unei metode subiective și nereproductibile. Aceasta este metoda de obicei utilizată de psihologi.

Diferența dintre raționamentul statistic și cel clinic a iscat dispute serioase în psihologie, începând cu un studiu faimos al lui Meehl (1954) și neterminându-se nici azi. Studiile

din acest domeniu arată însă în covârșitoarea lor majoritate că raționamentul statistic are o acuratețe mai mare decât cel clinic.

De exemplu, metaanaliza lui Grove *et al.* (2000) demonstrează că în medie predicțiile mecanice sunt cu 10% mai corecte decât raționamentul clinic, că atunci când nu sunt mai corecte sunt la fel de bune, că, în funcție de tipul de analiză (domeniul de realizare a predicției), diferența de calitate este de 33-47% în favoarea predicției statistice și că doar în 6-16% din studiile considerate predicțiile clinice au fost semnificativ mai robuste decât cele statistice. Concluzia acestor autori este că „superioritatea tehnicilor mecanice de predicție a fost consistentă, indiferent de sarcina de raționament, de tipul experților, de nivelul de experiență al experților, de tipul de date care au fost combinate” (p. 19). În mod interesant, „predicțiile clinice au fost interpretate relativ mai puțin bine atunci când predictorii au inclus date obținute din interviuri clinice” (p. 19).

Accentuăm așadar faptul că „flerul profesional”, „al șaselea simț de clinician”, „experiența de viață”, „experiența profesională” sau alte astfel de constructe care fundamentează interpretarea clinică a scorurilor obținute din testarea psihologică incumbă riscuri semnificative cu privire la acuratețea interpretării datelor. Ele nu sunt justificate în absența bazării pe date și pe semnificația lor directă, așa cum este aceasta reflectată în studii și în dovezile de validitate aferente.

Cu alte cuvinte, clinicianul care realizează interpretarea unui scor ar trebui să se bazeze *în primul rând* pe ceea ce din punct de vedere empiric știe că sunt predicții sau interpretări permise ale scorurilor respective, pentru care există dovezi de validitate. Abia ulterior clinicianul ar trebui să atragă date subiective în interpretare. Aceste date subiective ar trebui integrate într-un model de interpretare explicit și ar trebui tratate în orice caz cu prudență. În fine, ele nu ar trebui incluse în decizie sau interpretare pe baza unor raționamente exclusiv subiective sau speculative.

Nu am dori să se înțeleagă că descurajăm utilizarea raționamentului profesional clinic în interpretarea scorurilor testelor. Dimpotrivă, considerăm că raționamentul clinic este una dintre cele mai utile metode aflate la dispoziția clinicianului în interpretarea scorurilor testelor – este în același timp subiectiv, nu poate fi reprodus și, așa cum arată datele, este supus greșelii. El ar trebui ținut sub control în mod continuu pe baza unor considerente explicite privind semnificația scorurilor discutate și exercitat prin includerea în, și nu prin excluderea din raționamentul statistic, pentru a putea beneficia de avantajele sale și a exclude dezavantajele.

6.4.2. *Erori frecvente în interpretarea scorurilor la instrumente psihometrice*

Transformarea corectă a scorurilor sau stabilirea cât mai riguroasă a valorilor de prag nu garantează faptul că deciziile sau recomandările bazate pe rezultatele la respectivele instrumente nu vor fi eronate.

6.4.2.1. Interpretarea centilelor

Deși aparent facilă, interpretarea centilelor atrage două erori frecvente. Prima este interpretarea centilelor ca procente. De exemplu, despre o persoană care prezintă centila 50 la o scală care măsoară inteligența nu putem concluziona faptul că este doar pe jumătate

inteligentă sau că deține 50% din inteligență. Concluzia corectă ar fi că, în raport cu celelalte persoane din grupul de referință, persoana a obținut un scor care o poziționează la mijlocul clasamentului în funcție de performanța la respectiva probă. Cea de-a doua eroare frecvent întâlnită constă în interpretarea diferențelor absolute între centile fără a lua în considerare abaterea standard sau semnificația diferențelor dintre scoruri. De exemplu, centila 55 și centila 75, deși par a fi din clase diferite, se încadrează într-o abatere standard peste medie, în timp ce centila 90 și centila 98, deși par a fi în aceeași categorie, se află la peste o abatere standard distanță. Astfel, raportarea în centile maximizează nejustificat diferențele din jurul mediei și le estompează nejustificat pe cele din extremele distribuției. Cunoașterea distribuției normale și a diferitelor tipuri de scoruri, respectiv a ariilor de sub curbă care corespund diferitelor valori reprezintă o soluție care previne acest tip de eroare în interpretarea scorurilor.

6.4.2.2. Interpretarea scorurilor fără eroarea standard de măsurare

Eroarea standard a măsurării se calculează pe baza fidelității unui instrument, având o relație invers proporțională cu aceasta : cu cât fidelitatea este mai mare, cu atât eroarea standard a măsurării este mai scăzută. Rezultatele obținute prin evaluarea psihometrică, indiferent de tipul sau calitățile psihometrice ale instrumentelor, sunt afectate de eroare. O eroare întâlnită frecvent constă în încadrarea scorului într-o categorie fără a lua în calcul intervalul de eroare. De exemplu, scoruri plasate sub IQ 70 indică prezența retardului mintal. O persoană care obține un scor IQ 70 ar putea fi încadrată în categoria retard mintal moderat. Pe de altă parte, dacă ar fi luată în calcul și o eroare standard de măsurare de 2 scoruri IQ, interpretarea ar fi nuanțată. Mai precis, am putea considera că există aproximativ 99% șanse ca scorul persoanei să fie cuprins între 70 ± 3 erori standard de măsurare. Cu alte cuvinte, ar fi aproximativ 50% șanse ca scorul persoanei să fie în afara ariei care indică retardul mintal și 50% șanse să fie în intervalul care denotă prezența condiției mintale. Prin urmare, doar pe baza acestei evaluări nu s-ar putea trage o concluzie clară cu privire la semnificația scorurilor. Metode de investigație suplimentare ar fi necesare pentru a fundamenta încadrarea într-o clasificare a funcționării cognitive. Luarea în calcul a intervalului de eroare devine importantă și în demersul de comparare a scorurilor. Folosind același exemplu de mai sus, un scor de 72 și un scor de 68 ar putea la fel de bine indica un nivel identic al funcționării mintale, mai ales dacă valoarea erorii standard de măsurare nu ar fi 2 scoruri IQ, ci 4 scoruri IQ, caz în care scorul real al primei persoane ar putea fi încadrat cu o probabilitate de 99% între 60 și 84, iar cel al celei de-a doua persoane – între 56 și 80. Practic, ar exista șanse mai mari ca funcționarea mintală a celor două persoane să fie identică, și nu diferită.

6.4.2.3. Erori de formulare a concluziilor

Una dintre cele mai frecvente erori în interpretare este cea în care scorurile la instrumente psihometrice sunt utilizate în mod eronat pentru a fundamenta concluzii eronate. Exemplul prototipic este cel în care, pe baza unui scor elevat la o scală care măsoară distimia, specialistul care interpretează instrumentul concluzionează că „persoana evaluată suferă de distimie”. Scorul la un instrument psihometric, indiferent de caracteristicile psihometrice

ale acestuia sau de magnitudinea acestuia, nu poate și nu ar trebui să constituie o bază suficientă pentru luarea unor decizii importante, precum stabilirea unui diagnostic. Rezultatele la instrumentele psihometrice trebuie coroborate cu rezultatele obținute prin alte metode de investigație, cum ar fi anamneze, interviuri clinice, observații sau date raportate de alte persoane. Scorurile la instrumentele psihometrice compară răspunsurile date de o persoană cu cele observate în cadrul eșantionului normativ. Pentru acele persoane care obțin scoruri foarte mari sau foarte mici la anumite scale este corect să raportăm „distanța” la care răspunsurile lor se află față de cele din populația generală – sau, cu alte cuvinte, în ce măsură răspunsurile lor sunt tipice sau atipice în raport cu grupul de comparație. Oricât de atipice sau de rare ar fi anumite răspunsuri, aceasta nu constituie în sine o dovadă suficientă pentru a infera existența unei condiții mintale.

6.4.2.4. Erori în compararea scorurilor

Acest tip de eroare implică fie stabilirea unei diferențe semnificative între două scoruri, chiar atunci când diferența nu este semnificativă, fie stabilirea faptului că două scoruri sunt similare chiar și atunci când acestea diferă semnificativ.

Există două modalități prin care se pot stabili corect diferențele dintre două scoruri. Prima modalitate este una bazată pe analiza gradului de întrepătrundere al erorilor de măsurare. De exemplu, o persoană cu un scor IQ de 115, cu un interval de încredere de ± 3 erori standard de măsurare, unde o eroare standard de măsurare are valoarea de 2 scoruri IQ, are aproximativ 99% șanse să aibă un scor real situat între 109 și 121. O altă persoană cu scorul IQ observat 100 la același instrument va avea o scorul real între 84 și 106, mult sub valoarea minimă pe care ar putea-o avea prima persoană. Prin urmare, a concluziona că scorurile sunt situate în clase diferite reprezintă un argument puternic în favoarea existenței unei diferențe între scoruri. Această concluzie nu ar fi validă dacă, spre exemplu, ce-a de-a doua persoană ar fi avut un scor observat de 110, caz în care intervalele de încredere din jurul celor două scoruri observate s-ar fi întrepătruns, prin urmare persoanele ar putea avea același nivel al variabilei latente.

Cea de-a doua metodă este una statistică. În acest caz, pentru multe teste se oferă în manualul testului tabele care identifică acele valori minime ale diferențelor dintre două scoruri dincolo de care diferențele între două scoruri sunt semnificative statistic. Această abordare este utilizată nu doar pentru a compara scoruri obținute de persoane diferite, ci și pentru a măsura progresul, respectiv declinul la nivelul aceleiași persoane. De exemplu, a constata că o persoană a înregistrat un scor mai scăzut la un test care măsoară funcționarea neuropsihologică la un an distanță nu este în sine suficient pentru a susține apariția declinului. Abia atunci când această diferență este atât de mare încât e improbabil să poată fi atribuită șanseii putem considera că a survenit declinul.

6.4.2.5. Raționamente cauzale

Răspunsurile oferite de o persoană la un test, chestionar sau instrument psihometric reprezintă o colecție de dovezi ale modului în care funcționează variabilele vizate de test pentru persoana evaluată, la momentul prezent. Din acest punct de vedere, culegerea informațiilor despre funcționarea unor variabile la nivelul individului este asemănătoare cu designul de cercetare

transversal sau corelațional. Acest tip de investigație nu permite formularea unor interpretări de tip cauzal. Mai specific, analizând scorurile unei persoane la instrumentul MCMI-III (Millon *et al.*, 2009) nu putem concluziona că scorul BR 83 la scala Depresiv a fost cauzat de scorul BR 110 la scala Histrionic. Acest tip de raționament nu poate fi susținut prin simpla interpretare a rezultatelor la un instrument psihometric, demonstrarea cauzalității implicând mai mult decât simpla constatare a faptului că valori mari apar concomitent la diferite constructe. Acest tip de raționament cauzal nu poate fi susținut nici prin aplicarea mai multor instrumente, ci doar prin demersuri investigative mai ample, implicând colectarea unor dovezi prin metode multiple și la diferite momente de timp.

6.4.3. *Recomandări pentru comunicarea rezultatelor*

Conform standardelor etice aplicabile domeniului evaluării psihologice, rezultatele obținute în urma evaluărilor, inclusiv scorurile și interpretările acestora, sunt confidențiale (American Psychological Association, 2010). Psihologii pot divulga aceste date doar cu permisiunea participanților la evaluare. În ultima decadă a crescut presiunea pentru a oferi pacienților și beneficiarilor serviciilor medicale și psihologice acces la informațiile considerate anterior confidențiale, cum ar fi istoricul cuprins în dosarul medical. Această tendință se manifestă și în raport cu rezultatele la evaluările psihologice, beneficiarii dorind să afle cât mai multe informații atât despre rezultatele lor, cât și despre metodele de testare. Metodele de testare nu pot fi divulgate către beneficiari din mai multe motive. În primul rând, acestea intră sub incidența legilor dreptului de autor, iar distribuirea lor în orice condiții ar putea fi problematică. În al doilea rând, specialiștii dețin dreptul de a utiliza instrumentele, nu de a le distribui. Nu în ultimul rând, distribuirea materialelor testării ridică probleme de securitate a testului.

Rezultatele la instrumentele psihometrice pot fi răspunsurile brute, scorurile standardizate, interpretările generate electronic sau automatizat și rapoartele interpretative construite de psihologii sau specialiștii care utilizează instrumentul respectiv. Nu este recomandat ca utilizatorii unui instrument psihometric să comunice scorurile brute, scorurile standardizate sau rapoartele interpretative generate electronic (Groth-Marnat, 2009). Specialiștii trebuie să-și bazeze opiniile pe mai multe categorii de informații și surse de date despre persoane, nu doar pe rezultatele obținute din teste. Date suplimentare despre participanți pot fi obținute din interviuri, analize ale datelor biografice, analiza demograficelor, anamneze sau observații. De asemenea, procesele de evaluare implică deseori administrarea mai multor seturi de probe. Acestea pot genera rezultate contradictorii sau aparent contradictorii. Interpretarea specialistului va integra aceste posibile contradicții. Mai mult, instrumentele psihometrice măsoară deseori mai multe dimensiuni, și nu doar pe cele care sunt relevante în raport cu scopul evaluării. Astfel, specialistul va evita raportarea unor informații potențial irelevante față de scopul sau obiectivul evaluării.

Notă

Ambii autori au contribuit în mod egal la acest capitol. Corespondența privitoare la acest capitol poate fi adresată către dragos.iliescu@fpse.unibuc.ro sau andrei.ion@fpse.unibuc.ro.

Bibliografie

- Allen, M.J., Yen, W.M. (2002). *Introduction to measurement theory*. Long Grove, IL : Waveland Press.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME) (2014). *Standards for Education and Psychological Testing*. Washington, DC : AERA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : APA.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, modificat 1 iunie, 2010).
- Angoff, W.H. (1984). *Scales, Norms, and Equivalent Scores*. Princeton, NJ : Educational Testing Service.
- Angoff, W.H. (1971). *Scales, norms and equivalent scores. Educational Measurements*. Washington, DC : American Council on Education.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 : Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Conners, C.K. (2008). *Conners 3rd Edition : Manual*. Toronto, ON : MHS.
- Cooper, M.L., Agocha, V.B., Sheldon, M.S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors : The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 1059-1088.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, P.T., & Widiger, T.A. (Eds.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Finch, J.F., Graziano, W.G. (2001). Predicting depression from temperament, personality, and patterns of social relations. *Journal of Personality*, 69, 27-55.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Folstein, M.E., Folstein, S.E., White, T., Messer, M.A. (2010). *Mini-Mental State Examination, 2nd Edition : User's Manual*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological Assessment* (5th ed.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc.
- Grove, E.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Hambleton, R.K., Jones, R.W. (1993). An NCME Instructional Module on Comparison of Classical Test Theory and Item Response Theory and Their Applications to Test Development, *Educational Measurement : Issues and Practice*, 12(3), 38-47.
- Jackson, D.N., Iliescu, D., Grinta, F. (2008). *The Multidimensional Aptitude Battery, Second Edition : Technical and interpretative manual for the Romanian version*. Cluj-Napoca : Odiseea.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., Prescott, C.A. (2003). Personality and the experience of environmental adversity. *Psychological Medicine*, 33, 1193-1202.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory*. Toronto, ON : MHS.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders : A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- McGrew, K.S. (2005). The Cattell-Horn-Carroll Theory of Cognitive Abilities. In D.P. Flanagan & P.L. Harrison (Eds.) (2012). *Contemporary intellectual assessment : Theories, tests, and issues* (pp. 151-179). New York : Guilford Press.

- Meehl, P.E. (1954). *Clinical vs. statistical prediction : A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., Grossman, S. (2006a). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III : Manual*. Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., Grossman, S. (2009). *MCMI-III Manual* (4th ed.). Minneapolis, MN : Pearson Education, Inc.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., Grossman, S. (2006b). *Millon Adolescent Clinical Inventory-II : Manual*. Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Millon, T., Tringone, R., Millon, C., Grossman, S. (2005). *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory : Manual*. Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Myers, I.B. (1962). *The Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, Inc.
- Naglieri, J.A., Das, J.P. (1997). *Das-Naglieri Cognitive Assessment System*. Itasca, IL : Riverside Publishing.
- Roberts, B.W., Kuncel, N.R., Shiner, R., Caspi, A., Goldberg, L.R. (2007). The power of personality : The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 313-345.
- Russell, L.B., Hubley, A.M. (2005). Importance ratings and weighting : Old concerns and new perspectives. *International Journal of Testing*, 5(2), 105-130.
- Russell, L.B., Hubley, A.M., Palepu, A., Zumbo, B.D. (2006). Does weighting capture what's important? Revisiting subjective importance weighting with a quality of life measure. *Social Indicators Research*, 75, 146-167.
- Rutter, M., Le Couteur, A., Lord, C. (2003). *Autism Disorder Interview, Revised (ADI-R)*. Torrance, CA : Western Psychological Services.
- Schrank, F.A., Mather, N., McGrew, K.S. (2014). *Woodcock-Johnson IV Tests of Cognitive Abilities Examiner's Manual, Standard and Extended Batteries*. Itasca : Riverside.
- Singer, J., Loomis, M. (1984). *The Singer-Loomis Inventory of Personality Manual*. Gresham, OR : Moving Boundaries, Inc.
- Singer, J., Loomis, M., Kirkhart, L., Kirkhart, E., Iliescu, D., Minulescu, M., Sava, F.A., Țănculescu, L., Ion, A. (2010). *SL-TDI : Indicatorul de manifestare tipologică Singer-Loomis – manual tehnic*. Cluj-Napoca : Sinapsis.
- Smith, T.W., MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.
- Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction : Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Wheelwright, J.B., Wheelwright, J.H., Buehler, J.A. (1942). *Jungian Type Survey (The Gray-Wheelwright Test)*. San Francisco : Society of Jungian Analysts of Norther California.
- World Health Organization (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision*. Geneva : WHO.
- Zieky, M., Perie, M. (2006). *A primer on setting cut scores on tests of educational achievement*. Princeton, NJ : Educational Testing Service, Inc.

7. Analiza statistică a datelor

Adrian Vicențiu Labăr

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Analiza statistică a datelor este o preocupare constantă în psihologia clinică, atât din perspectiva cercetătorului, cât și a specialistului care se documentează din literatura științifică de specialitate. În acest capitol am abordat diferite metode de verificare a datelor și a principalelor asumptii specifice testelor parametrice în general, verificare ce trebuie realizată înaintea realizării analizelor statistice principale. Am discutat apoi despre metodele pe care le avem la dispoziție pentru a continua analizele statistice în cazul existenței unor date problematice, aducând în prim-plan o metodă mai modernă, procedura *bootstrap*, care câștigă tot mai mult teren în ultimii ani. În final, ne-am referit la două dintre cele mai folosite metode în cercetarea din psihologia clinică, tehnicile ANOVA și regresia liniară multiplă, luând în considerare asumptiile specifice acestora și modalitățile de lucru în cazul încălcării unora dintre aceste asumptii.

7.1. Verificarea datelor și a principalelor asumptii specifice testelor parametrice

Înainte de a realiza analizele statistice principale se impun o serie de verificări asupra datelor introduse în baza de date și cu privire la măsura în care sunt îndeplinite principalele asumptii specifice testelor parametrice. Dacă aceste verificări nu sunt realizate, este posibil fie ca în baza de date să existe anumite scoruri aberante sau scoruri extreme, fie ca asumptiile să fie încălcate, iar consecința este că rezultatele obținute în urma analizelor statistice nu sunt corecte, ci contaminate de anumite erori.

7.1.1. Verificarea datelor

Verificarea datelor urmărește două aspecte: verificarea acurateții introducerii datelor în baza de date și verificarea existenței unor valori extreme în date.

Verificarea acurateții datelor. Primul pas după realizarea bazei de date este verificarea acestora cu privire la existența unor valori aberante introduse din greșeală de către

cercetător. Este posibil ca, din grabă sau neatenție, cercetătorul, în loc să introducă două valori consecutive dintr-un chestionar, să introducă o singură valoare formată din cele două valori (de exemplu, 56 în loc de 5 și 6). Prin analiza de frecvență, verificăm dacă datele sunt corect introduse pentru fiecare variabilă. De exemplu, dacă la itemii unui chestionar scala de răspuns este de tip Likert în cinci trepte, de la 1 la 5, verificăm dacă există valori introduse în baza de date care exced aceste valori. Sau, dacă avem variabile categoriale, verificăm dacă există numere care depășesc categoriile prestabilite. Odată identificată o astfel de eroare la una dintre variabile, mergem în baza de date, sortăm descendent variabila respectivă, identificăm valoarea aberantă, notăm la ce subiect apare aceasta (asta doar dacă am fost inspirați și am introdus o variabilă în baza de date notată Numărul_subiecților), căutăm în setul de chestionare subiectul respectiv (după numărul alocat), vedem care este valoarea reală în chestionare la variabila respectivă și înlocuim valoarea aberantă cu valoarea reală din chestionare.

Verificarea existenței unor cazuri extreme (outlieri). Un caz extrem este unul cu o asemenea valoare extremă pentru o variabilă (un scor foarte diferit de restul datelor) (outlier univariat) sau o asemenea combinație ciudată de scoruri în două sau mai multe variabile (outlier multi-variant), încât distorsionează rezultatele obținute la testele statistice.

Identificarea outlierilor, în cazul variabilelor cantitative, se face prin mai multe metode. O primă metodă presupune transformarea variabilelor în scoruri standardizate z (în SPSS, *Analyze – Descriptive Statistics – Descriptives*, apoi *Save as standardized variables*, variabilele fiind astfel salvate în scoruri z în baza de date). Cazurile cu scoruri standardizate foarte mari sunt potențiali outlieri.

Diferiți autori (Hair *et al.*, 2014 ; Pituch și Stevens, 2016) propun ca pentru eșantioane mici, sub 80 de subiecți, scorurile z în valoare absolută peste 2,5 să fie considerate outlieri univariați, iar pentru eșantioane mari să ne raportăm la scoruri z peste 4 în valoare absolută. Tabachnick și Fidell (2013) atenționează că scorurile z peste 3,29 în valoare absolută sunt potențiali outlieri. Trebuie avut în vedere totuși că existența unor scoruri standardizate foarte mari poate depinde de mărimea eșantionului : în eșantioane foarte mari, ne putem aștepta să existe câteva scoruri standardizate peste 3,29.

Metode alternative pentru identificarea outlierilor univariați sunt metodele grafice precum *histograma*, *box plot* sau *normal probability plot*. În cazul histogramei, un outlier e un caz care este separat de restul distribuției. În graficul *box plot* sunt marcate cazurile care sunt extreme. Dacă în histogramă identificăm valoarea extremă, în *box plot* identificăm cazul extrem. Când aceste cazuri extreme sunt izolate, acestea pot fi identificate ușor folosind metodele grafice amintite ; când outlierii sunt mai subtili, identificarea acestora e mai complicată și e mai utilă inspectarea scorurilor z .

7.1.2. Verificarea asumpțiilor de normalitate a distribuției, liniaritate și omogenitate a varianțelor

Pentru aplicarea testelor parametrice, este necesară respectarea anumitor asumpții.

1. *Asumpția de normalitate a distribuției* presupune ca distribuția scorurilor la variabilele cantitative să nu difere semnificativ de o distribuție normală, gaussiană, adică variabilele cantitative să fie normal distribuite. De asemenea, atunci când avem un

predictor categorial, nu normalitatea variabilei criteriu per global ne interesează, ci normalitatea variabilei criteriu la fiecare nivel al predictorului.

Metodele de verificare a normalității distribuției sunt atât statistice, cât și grafice.

Principalii indicatori statistici care ne dau informații despre normalitatea distribuției sunt coeficientul de asimetrie (*skewness*) și coeficientul de boltire (*kurtosis*). Într-o distribuție normală, acești indicatori sunt zero sau foarte aproape de zero (deși în manualele de statistică vom găsi că valoarea *kurtosis* trebuie să fie 3 sau foarte aproape de 3, programele statistice scad 3 din valoarea calculată astfel încât afișează o valoare zero sau apropiată de zero). Dacă valoarea *skewness* este negativă, vorbim de asimetrie negativă (curba distribuției este deplasată la dreapta), iar dacă este pozitivă, vorbim de asimetrie pozitivă (curba este deplasată la stânga). La fel, valorile *kurtosis* pozitive ne spun că distribuția este mai boltită (înalță) decât o distribuție normală, pe când valorile negative ne spun că distribuția este mai aplatizată. Cum decidem dacă o distribuție este normală sau nu, în funcție de valorile *skewness* și *kurtosis*? Există mai multe reguli cu privire la cât de extreme pot fi valorile *skewness* și *kurtosis* și totuși să considerăm că distribuția variabilei nu este diferită semnificativ de o distribuție normală. Lomax și Hahs-Vaughn (2012) arată că, dacă valorile *skewness* și *kurtosis* sunt mai mici decât 2 în valoare absolută, atunci variabila este normal distribuită, un criteriu mai liberal mergând până la valori mai mici decât 3 în valoare absolută. O a doua regulă spune că, dacă valorile *skewness* și *kurtosis* se plasează în interiorul intervalului dat de ± 2 erori standard a *skewness/kurtosis*, atunci distribuția nu diferă de o distribuție normală (Lomax și Hahs-Vaughn, 2012). A treia metodă constă în transformarea celor doi coeficienți (*skewness* și *kurtosis*) în note *z*, astfel :

$$z_{skewness} = \frac{S - 0}{SE_{skewness}}, \quad z_{kurtosis} = \frac{K - 0}{SE_{kurtosis}}$$

Dacă ambele note *z* astfel obținute în valoare absolută sunt mai mici decât 1,96 (pentru $p < 0,05$) sau 2,58 (la $p < 0,01$) sau 3,29 (la $p < 0,001$), atunci distribuția nu diferă de o distribuție normală (Field, 2013). Totuși, acest criteriu (în note *z*) este indicat doar pe eșantioane mici, pe eșantioane mari fiind mai indicat să examinăm forma distribuției vizual (grafic) deoarece erorile standard pentru cei doi indicatori tind să scadă odată cu creșterea eșantionului. Tabachnick și Fidell (2013) arătau că, pe eșantioane mari – peste 200 de subiecți –, chiar dacă obținem valori *z* semnificative pentru *skewness* și *kurtosis*, variabila nu mai deviază semnificativ de la o distribuție normală.

O altă metodă este aplicarea testelor Kolmogorov-Smirnov și Shapiro-Wilk (ultimul fiind considerat mai puternic, Field, 2013). Dacă rezultatele la aceste teste sunt *nesemnificative statistic*, putem afirma că distribuția variabilei analizate nu diferă semnificativ de o distribuție normală. Totuși, rezultatele la aceste teste, pe eșantioane mari, pot fi semnificative chiar și pentru diferențe mici, neimportante față de normalitate, iar pe eșantioane mici au o putere slabă de detectare a încălcării asumției de normalitate. Odată cu creșterea volumului eșantionului, șansele ca o distribuție să fie normală tind să crească, astfel că în eșantioane de peste 100 sau 160 de subiecți normalitatea distribuției nu va mai fi o problemă.

Metodele grafice folosite pentru aprecierea formei distribuției sunt histograma și *P-P plots*. În histogramă, scorurile variabilei ar trebui să urmeze curba normală, gaussiană. În *P-P plots*, dacă punctele sunt în jurul diagonalei principale, atunci variabila este normal distribuită. Dacă însă datele se plasează consistent deasupra sau sub diagonală, asta

înseamnă că valoarea *kurtosis* diferă de o distribuție normală, iar dacă punctele formează un „S”, atunci valoarea *skewness* ar fi diferită de o distribuție normală.

2. *Asumpția de liniaritate* presupune ca între variabile să existe o relație liniară (în cazul testelor statistice bazate pe corelația *r* Pearson). Liniaritatea este apreciată prin intermediul graficului *Scatterplots*. Dacă între cele două variabile există o relație de liniaritate, atunci norul de puncte este orientat de la stânga la dreapta fie crescător, fie descrescător, luând formă ovală.

3. *Asumpția de omogenitate a varianțelor (homoscedasticitate)* presupune că varianța criteriului este egală la diferite valori ale predictorului. Într-un design în care comparăm două sau mai multe grupuri, omogenitatea ar însemna că fiecare eșantion provine din populații cu aceeași varianță. Într-un design corelațional, omogenitatea ar însemna că varianța variabilei criteriu ar trebui să fie stabilă la toate nivelurile variabilei predictor (varianța să nu se schimbe). Când, la unele niveluri ale predictorului, varianța scorurilor criteriului este diferită față de varianța la alte niveluri, vorbim de neomogenitate sau heteroscedasticitate, iar asumția este încălcată. Într-un design în care comparăm mai multe grupuri, verificarea acestei asumții se face cu ajutorul testului *F* Levene, iar rezultatul trebuie să fie nesemnificativ statistic. Dacă rezultatul la testul Levene este semnificativ statistic, atunci asumția este încălcată. Testul Levene este calculat automat în testul *t* pentru eșantioane independente, poate fi selectat în procedurile ANOVA sau poate fi calculat în SPSS pe calea *Analyze – Descriptive Statistics – Explore*, apoi click *Plots*, selectăm *Untransformed* din câmpul *Spread vs. level with Levene test*. În tabel citim pe rândul cu diferențe între scoruri și mediană (e preferabilă în loc de medie, deoarece e mai puțin afectată de outlieri). În ANOVA, e prezentată varianta testului Levene care ia în calcul diferențele între scoruri și medie.

7.2. Metode de corectare a datelor problematice, a valorilor extreme

Field (2013) propune patru soluții în cazul în care identificăm cazuri extreme în variabilele analizate sau unele asumții sunt încălcate :

- Decuparea datelor – aceasta presupune să eliminăm un procent din scorurile extreme ;
- Înlocuirea outlierilor cu valoarea cea mai mare care nu e un outlier ;
- Analiza statistică a datelor folosind metode mai robuste – aceasta implică folosirea testelor neparametrice sau a tehnicii *bootstrap*.
- Transformarea datelor – aceasta presupune aplicarea unor funcții matematice variabilelor cantitative pentru a încerca să corectăm problemele existente.

7.2.1. Decuparea datelor

Această procedură înseamnă ștergerea unor scoruri din extreme și ia mai multe forme. În forma cea mai simplă, aceasta ar însemna pur și simplu ștergerea datelor persoanei care contribuie ca outlier. Eliminarea subiectului din baza de date ar trebui totuși făcută doar dacă putem justifica că acest subiect nu face parte din populația din care am extras

eșantionul. Cel mai adesea, decuparea implică eliminarea a 5%, 10% sau 20% din scorurile cele mai ridicate și cele mai scăzute (jumătate dintre cele mai scăzute și jumătate dintre cele mai ridicate). Acest lucru va conduce la scăderea varianței datelor (varianța devenind mai stabilă), deoarece impactul outlierilor asupra datelor scade.

7.2.2. Înlocuirea

Înlocuirea datelor implică înlocuirea outlierilor cu următorul cel mai apropiat scor care nu este un outlier. Chiar dacă la prima vedere pare o înșelătorie, dacă scorul pe care-l înlocuim e foarte nereprezentativ pentru eșantion și induce erori în calcularea testelor statistice, atunci înlocuirea lui nu mai e o măsluire, ci este o îmbunătățire a acurateții rezultatelor obținute. Se recomandă înlocuirea scorurilor extreme cu scorul aflat la 3 (sau 3,29) deviații standard față de medie (Field, 2013).

7.2.3. Analiza statistică a datelor folosind metode mai robuste

Procedura cea mai bună în situația existenței unor date problematice este folosirea unor metode statistice rezistente la violarea asumpțiilor și outlieri, care nu sunt afectate de către acestea. Testele neparametrice, de exemplu, nu au nevoie de asumpția de normalitate a datelor.

O metodă mai elegantă și disponibilă mai nou în programele statistice (inclusiv SPSS) este *bootstrap*. În *bootstrapping*, eșantionul nostru este considerat o populație din care se extrag mai multe eșantioane mai mici (numite eșantioane *bootstrap*), iar pe fiecare dintre acestea se calculează parametrii statistici care ne interesează (de exemplu, media, diferența de medii, coeficientul de corelație, coeficientul de regresie etc.). Astfel, dacă alegem să aplicăm procedura *bootstrap* pe 1.000 de eșantioane, de exemplu, vom obține 1.000 de estimări ale acestor parametri statistici, câte unul pentru fiecare eșantion. Ulterior, acești parametri sunt ordonați de-a lungul unui interval (de la minim la maxim) și sunt reținuți cei între limitele de 95%. Se construiește astfel un interval de încredere *bootstrap*. În cazul testelor statistice, dacă acest interval *bootstrap* nu conține valoarea zero, atunci rezultatul la testul statistic respectiv este semnificativ statistic. De exemplu, să presupunem că pe un lot de 254 de subiecți am obținut un coeficient de corelație Pearson $r = 0,50$, semnificativ statistic la un $p < 0,001$. Aplicând procedura *bootstrap*, am obține un interval de încredere *bootstrapping* [0,415, 0,600]. Dacă am ales să extragem 1.000 de eșantioane *bootstrap*, acest interval de încredere ne spune că în 95% dintre cazuri coeficienții de corelație obținuți pe fiecare dintre aceste eșantioane *bootstrap* iau valori între 0,415 și 0,600. Cum valoarea zero nu este inclusă în acest interval, rezultă că $r = 0,50$ este semnificativ statistic. Ce s-ar întâmpla însă dacă valoarea zero ar fi inclusă în interval? Acest lucru ar însemna că, la o probabilitate de 95%, ar exista șansa ca r să fie atât negativ, cât și zero sau pozitiv. Altfel spus, ipoteza nulă H_0 care susține că r este diferit de zero nu ar putea fi respinsă și prin urmare ipoteza de cercetare H_1 nu ar putea fi acceptată.

Procedura *bootstrap* poate fi folosită în SPSS în cazul coeficienților de corelație bivariată sau parțială a testelor t , a testelor de contrast sau post-hoc din tehnicile ANOVA, în regresie liniară simplă și multiplă etc.

În cazul testului t pentru eșantioane independente, intervalul *bootstrapping* este calculat pentru diferența dintre medii: dacă intervalul de încredere ar conține valoarea zero, asta ar însemna că diferența dintre medii în populație ar putea fi pozitivă, negativă sau chiar zero. Astfel, ar fi posibil ca diferența adevărată dintre medii să fie zero, adică să nu existe nicio diferență între medii în populație. Același raționament este valabil și în cazul testelor de contrast sau post-hoc din ANOVA.

În cazul testului t pentru un eșantion, intervalul *bootstrapping* este calculat pentru diferența dintre media pe eșantion și valoarea standard fixată. Dacă intervalul ar conține valoarea zero, atunci ar fi posibil ca între media pe eșantion și valoarea standard fixată să nu existe nicio diferență.

În cazul testului t pentru eșantioane perechi, sunt construite intervale *bootstrap* atât pentru coeficientul de corelație r Pearson, cât și pentru diferența dintre medii.

În regresia liniară, sunt construite intervale *bootstrap* pentru coeficienții de regresie nestandardizați. Dacă valoarea zero ar fi inclusă într-un astfel de interval, atunci nu am putea afirma cu o probabilitate de 95% că acest coeficient de regresie este diferit de zero.

În marea majoritate a cazurilor, rezultatul la *bootstrap* este congruent cu pragul de semnificație p afișat pentru fiecare test statistic. Dacă însă rezultatul la *bootstrap* nu este congruent cu pragul de semnificație p, adică, spre exemplu, intervalul *bootstrapping* conține valoarea zero, iar pragul de semnificație p în cazul testului statistic este $\leq 0,05$, atunci vom lua în considerare rezultatul la *bootstrap*, deoarece procedura *bootstrapping* este mai puternică, nefiind afectată de încălcarea asumției de normalitate a distribuției variabilelor sau de outlieri.

Aplicarea procedurii *bootstrapping* în SPSS, pentru fiecare test statistic amintit, se face dând click pe butonul *Bootstrap*, activăm opțiunea *Perform bootstrapping* (aici putem modifica numărul de eșantioane *bootstrap* care ar trebui să fie extrase; opțiunea implicită este 1.000 de eșantioane), iar în câmpul intervalelor de încredere alegem opțiunea *Bias corrected accelerated (BCa)*, aceasta oferind rezultate mai bune decât opțiunea *Percentile*.

7.2.4. Transformarea datelor

Procedura transformării datelor se aplică pentru a corecta problemele legate de încălcarea asumțiilor de normalitate, liniaritate sau varianțe inegale. Asumțiile fiind apoi îndeplinite, vom putea aplica procedurile dorite.

Cele mai frecvente transformări sunt: transformarea prin radical, transformarea prin logaritm, transformarea prin inversare și transformarea prin numărul reflectat (Field, 2013):

- a) *Transformarea prin radical* presupune aplicarea funcției radical pentru scorurile brute ale variabilei care ne interesează. Trebuie să fim atenți ca scorurile brute să fie pozitive. Dacă scorurile brute conțin valori negative, vom aduna mai întâi la variabila analizată o constantă și abia apoi vom aplica funcția radical. Calea în SPSS este *Transform, Compute Variable*, din câmpul *Function group* alegem *Arithmetic*, apoi din câmpul *Functions and Special Variables* alegem *Sqrt* și click pe săgeată în sus. Transformarea prin radical aduce scorurile extreme mai aproape de centru, fiind utilă pentru transformarea distribuțiilor cu asimetrie pozitivă. Această transformare reduce valorile *skewness* pozitiv, *kurtosis* pozitiv, fiind o corecție și pentru cazul varianțelor inegale sau al absenței relației de liniaritate dintre variabile.
- b) *Transformarea prin logaritmare* presupune aplicarea funcției logaritm – $\log(X)$. La fel ca în cazul funcției radical, este necesar ca scorurile brute să fie pozitive. Această

transformare reduce „coada” din dreapta distribuției. Calea în SPSS este similară cu cea din cazul funcției radical, doar că vom alege funcția $Lg10$. Transformarea prin logaritm poate fi utilă și dacă avem probleme cu relația de liniaritate între variabile, putând face ca o relație curbiliniară să devină liniară. Această transformare reduce valorile *skewness* pozitiv, *kurtosis* pozitiv, fiind o corecție și pentru cazul varianțelor inegale sau al absenței relației de liniaritate dintre variabile.

- c) *Transformarea prin inversare* ($1/X$) presupune construirea unei noi variabile prin împărțirea valorii 1 la fiecare scor al variabilei analizate. Prin această transformare se reduce impactul scorurilor mari, numerele foarte mari ajungând aproape de zero. Trebuie să reținem că scorurile foarte mari devin după transformare scoruri mici, iar scorurile mici devin mari. Astfel, se inversează ordinea inițială a scorurilor din variabilă (scorul maxim devine minim, iar cel minim devine maxim). Acest lucru este foarte important în cazul aplicării ulterioare a unor tehnici statistice bazate pe coeficienții de corelație. În cazul corelației, dacă înainte de transformare corelația dintre X și Y era pozitivă, după transformare această corelație devine negativă – și reciproc. Această transformare reduce valorile *skewness* pozitiv, *kurtosis* pozitiv, fiind o corecție și pentru cazul varianțelor inegale.
- d) *Transformarea prin numărul reflectat* se folosește în cazul distribuțiilor cu asimetrie negativă. Toate transformările menționate mai sus pot fi folosite în cazul unor distribuții cu asimetrie pozitivă (*skewness* pozitiv). În cazul distribuțiilor cu asimetrie negativă (*skewness* negativ) se recurge mai întâi la transformarea prin numărul reflectat. Pentru aceasta, vom scădea fiecare scor brut al variabilei din scorul maxim observat la care am adăugat valoarea 1, astfel: $[(X_{\max} + 1) - X]$. În continuare, putem aplica oricare dintre transformările de mai sus (prin radical, logaritm sau inversare). Vom fi atenți la faptul că transformarea prin numărul reflectat conduce la inversarea ordinii scorurilor, la fel ca în cazul transformării prin inversare, urmând consecințele amintite mai sus.

O analiză rapidă a efectului acestor transformări în cazul varianțelor neomogene poate fi realizată prin *Descriptives Statistics – Explore*, unde vom aplica testul Levene activând opțiunea *Transformed* și alegând transformarea dorită din lista afișată.

În cazul în care nicio transformare nu duce la normalizarea distribuției, o soluție la îndemână ar fi dihotomizarea variabilei respective și folosirea ei în analizele statistice ca variabilă dihotomică.

7.3. Metode parametrice folosite frecvent în cercetarea din psihologia clinică

7.3.1. Tehnicile ANOVA

7.3.1.1. ANOVA simplă și factorială

Asumpția de normalitate a distribuției în ANOVA presupune ca distribuția variabilei cantitative în fiecare grup să fie normală. Când grupurile sunt egale, testul F general este relativ rezistent la încălcarea asumptiei de normalitate. Dacă însă grupurile nu sunt egale,

acuratețea rezultatelor la testul F general este influențată de asimetrie, iar diferența semnificativă față de o distribuție normală afectează puterea testului F general. În acest caz, ar trebui adusă distribuția variabilei cantitative la o distribuție normală prin diferite tehnici de transformare (prin radical, inversare sau logaritmare). Încălcarea asumptției de normalitate poate fi un rezultat al outlierilor. Cea mai simplă procedură de detectare a outlierilor e să căutăm scorurile care depășesc 2 sau 3 abateri standard (în plus sau în minus) față de media grupului respectiv.

Omogenitatea varianțelor presupune ca varianțele variabilei cantitative în fiecare grup să fie relativ similare. Verificarea asumptției de omogenitate a varianțelor se face folosind testul F Levene. Dacă rezultatul la acest test este ne semnificativ statistic, atunci asumptția este îndeplinită. Totuși, când eșantionul este mare, mici diferențe între varianțele dintre grupuri pot produce un test Levene semnificativ. De asemenea, reținem că testul F Levene nu este robust la încălcarea asumptției de normalitate.

Încălcarea asumptției de omogenitate e importantă doar când grupurile sunt inegale; dacă grupurile sunt egale, asumptția e irelevantă și poate fi ignorată, testul F general fiind destul de rezistent. Când grupele nu sunt egale, testul F general nu mai este suficient de rezistent. Când grupul cel mai mare are varianța mai mare decât grupul cel mai mic, testul F general tinde să fie conservativ; e foarte probabil să producă un rezultat ne semnificativ când există diferențe în populație. Invers, când grupul cel mai numeros are varianța mai mică decât grupul cel mai mic, testul F general tinde să fie liberal (eroarea de gradul I nu e controlată), putând conduce la un rezultat semnificativ când acesta nu există în populație (Lomax și Hahs-Vaughn, 2012; Field, 2013). Astfel, când grupurile sunt inegale, încălcarea asumptției de omogenitate a varianțelor creează mari probleme și se recomandă aplicarea testului F Welch, care e mai puternic decât testul F general (il putem selecta din „Opțiuni” în SPSS, însă este doar la ANOVA One-Way). Mai mult, Hayes (2005) recomandă folosirea unei duble verificări a rezultatelor la testul F general din ANOVA simplă cu aplicarea simultană și la testul F Welch. Dacă cele două teste dau rezultate diferite, ar trebui să avem mai multă încredere în testul F Welch.

În mod frecvent, testele post-hoc folosite sunt Bonferroni și Tukey: testul Bonferroni este indicat când sunt puține comparații, pe când testul Tukey e mai puternic când se compară mai multe medii.

Testele post-hoc și încălcarea asumptțiilor. Cele mai multe teste post-hoc sunt puternice la mici devieri de la normalitate. Problemele apar atunci când grupurile sunt inegale și varianțele sunt diferite. Când grupurile sunt inegale, se recomandă folosirea testului Gabriel. Când grupurile sunt foarte diferite, folosim testul Hochberg's GT2. Dacă varianțele sunt inegale, se recomandă testul Games-Howel. De asemenea, testul Games-Howell este indicat și atunci când grupurile sunt inegale (Field, 2013).

Dacă în ANOVA factorială asumptția de omogenitate a varianțelor este încălcată, ar trebui să trecem corecția bazată pe aplicarea testului F Welch. Cum însă acest test nu se mai regăsește în SPSS la procedura ANOVA factorială, o soluție practică este să aplicăm procedura *bootstrap* testelor de contrast sau post-hoc.

7.3.1.2. ANOVA cu măsurători repetate

În ANOVA cu măsurători repetate un subiect participă în toate condițiile experimentale (este testat de mai multe ori). Atunci când designul conține o singură variabilă independentă,

metoda presupune compararea a cel puțin trei condiții experimentale (trei variabile-pereche în SPSS).

Condițiile de aplicare ale acestei metode sunt :

1. VD este cantitativă și normal distribuită (în fiecare condiție a VI) ;
2. *condiția de sfericitate*, verificată prin testul W al lui Mauchly, presupune omogenitatea varianțelor atât în cadrul condițiilor experimentale, cât și în cadrul fiecărui diferențe dintre două condiții ;
3. fiecare subiect este testat în fiecare condiție experimentală.

Condiția de sfericitate este destul de rar îndeplinită în studiile din științele sociale, încălcarea acesteia influențând în mod serios rezultatele. Dacă rezultatele la testul W Mauchly sunt *nesemnificative* statistic ($p > 0,05$), condiția de sfericitate este îndeplinită. În cazul încălcării condiției de sfericitate avem două alternative : fie ajustăm gradele de libertate în citirea valorilor lui F din ANOVA (folosind corecțiile Greenhouse-Geisser sau Huynh-Feldt), fie folosim analiza de varianță multi-variata (MANOVA). Pentru ajustarea gradelor de libertate urmărim coeficienții epsilon Greenhouse-Geisser și Huynh-Feldt pentru a hotărî ce ajustare vom alege în citirea testului F general. Dacă coeficienții epsilon sunt $< 0,75$, atunci alegem corecția Greenhouse-Geisser, iar dacă aceștia sunt $> 0,75$ folosim corecția Huynh-Feldt (Field, 2013). După ce am stabilit tipul de corecție, vom citi rezultatele la testul F corespunzătoare acestei corecții și pragul de semnificație p aferent. Dacă rezultatele la testul F sunt semnificative statistic, vom aplica testul Bonferroni pentru a verifica între care condiții experimentale diferențele sunt semnificative statistic. În ANOVA cu măsurători repetate, procedura *bootstrap* nu se mai regăsește.

7.3.2. Regresia liniară multiplă

Regresia liniară analizează în ce măsură există o influență a unor variabile independente (VI) asupra unei singure variabile dependente (VD). VI pot fi atât variabile cantitative (vârsta, IQ, scoruri la un chestionar precum inventarul de depresie Beck etc.), cât și categoriale (transformate în variabile dummy codificate cu 1 și 0, precum sex, categorii de diagnostic, condiții experimentale etc.), în vreme ce VD trebuie să fie cantitativă.

Metoda regresiei liniare este una dintre cele mai frecvent folosite în cercetările din psihologie, aplicarea acesteia putând servi unor scopuri diferite, precum : predicția unei VD pe baza mai multor VI ; explicarea VD pe baza unor VI ; identificarea unui set de VI (dintre mai multe VI) care este mai eficient în estimarea VD ; dorința de a răspunde la întrebarea : „inclusiunea unei anumite VI în model aduce un plus explicativ pentru VD?” ; stabilirea importanței unei VI incluse în analiză, prin comparație cu alte VI incluse în model.

Există mai multe metode care pot fi folosite în regresia multiplă, cele mai frecvent aplicate fiind metoda simultană, metoda ierarhică și metoda celui mai bun set posibil.

Metoda simultană (enter) este folosită atunci când există un număr mic de VI, iar cercetătorul nu are motive a priori (pe baza literaturii de specialitate studiate) să știe care sunt VI care contribuie la cea mai bună explicare (sau predicție) a VD.

Metoda ierarhică este folosită atunci când cercetătorul știe ordinea în care vrea să introducă VI în model și dorește să afle dacă introducerea unor noi VI în model aduce

un plus în explicare sau predicție în ce privește VD. Menținem ca metodă *enter* și după introducerea primului set de VI apăsăm butonul *next* și adăugăm alte VI pe care le avem în vedere pentru al doilea set (se poate continua și cu al treilea set etc.).

Metoda celui mai bun set posibil (stepwise) constă în introducerea tuturor VI care ne interesează și compararea tuturor modelelor posibile. SPSS va selecta modelul cu coeficientul de determinare R^2 ajustat cel mai mare, renunțându-se la VI care au coeficienți de corelație parțială scăzuți.

De departe, metoda cel mai frecvent folosită este cea ierarhică, în acest caz fiind vorba de regresie liniară ierarhică. Argumentele pentru folosirea metodei ierarhice ar pute fi cel puțin patru :

1. Putem controla efectul anumitor variabile de fundal (*background*) (precum sex, vârstă, etnie, una sau mai multe măsurători clinice fundamentale etc.) care ar putea influența relația dintre VI și VD, introducându-le în primul model, urmând ca în următoarele modele să introducem VI care ne interesează de fapt. Dacă creșterea explicativă adusă de VI (notată ΔR^2) pentru următoarele modele este semnificativă statistic, atunci putem afirma că VI care ne interesează (și care au coeficienți de regresie semnificativi statistic) aduc un plus explicativ semnificativ, ținând sub control efectul variabilelor de fundal.
2. Așa cum aminteam mai sus, atunci când din studii anterioare cunoaștem că anumite VI influențează VD (pe acestea le vom introduce în modelul 1), dorim să verificăm dacă adăugarea unor noi VI în model (introduse în modelul 2, 3 etc.) aduce un plus explicativ în ceea ce privește VD. La fel, dacă ΔR^2 este semnificativ statistic, iar coeficienții de regresie pentru noile VI introduse sunt semnificativi, putem spune ce procent explicativ din VD aduc noile VI introduse.
3. Putem testa relații de moderare, atât cu moderatori categoriali, cât și cu moderatori cantitativi, construind o nouă variabilă de interacțiune : dacă în modelul 1 introducem, să zicem, două VI dintre care una este moderator și în modelul 2 introducem interacțiunea, iar dacă ΔR^2 este semnificativ, atunci avem un efect de moderare semnificativ statistic. Un efect de moderare ne spune că efectul unei VI asupra VD este diferit la diverse niveluri ale VI moderator, moderatorul având un efect de întărire sau atenuare a relației dintre VI și VD.
4. Putem testa eventuale relații de mediere : dacă în modelul 1 introducem, de exemplu, o VI despre care știm din cercetări anterioare că are un efect important asupra VD, iar în modelul 2 introducem o nouă VI care ne interesează și vrem să aflăm dacă ea aduce un plus explicativ (și constatăm că acesta este semnificativ statistic), iar coeficientul de regresie al primei VI din modelul 1 scade destul de mult în modelul 2, atunci ne putem întreba dacă ar putea exista un efect de mediere al celei de-a doua VI asupra relației dintre prima VI și VD. Nu ne rămâne decât să verificăm dacă sunt îndeplinite condițiile pentru o relație de mediere propuse de către Baron și Kenny (1986) și să testăm semnificația statistică a efectului indirect prin intermediul testului z al lui Sobel sau prin procedura *bootstrap*.

În regresia liniară, indicatorii care ne dau informații despre efectul VI asupra VD sunt coeficientul de corelație multiplă R dintre VI și VD, coeficientul R^2 (coeficientul de corelație multiplă R ridicat la pătrat, R^2 ne spune ce procent din varianța VD este explicat de VI), testul F ANOVA care ne spune dacă modelul conținând VI are o influență semnificativă asupra VD, coeficienții de regresie nestandardizați (B) și standardizați (Beta) și testarea semnificației statistice a acestor coeficienți de regresie prin intermediul testului t, precum

și coeficienții de corelație semiparțială (iar dacă suntem în cazul regresiei ierarhice, ne mai interesează și ΔR^2). Există de asemenea și un coeficient $R^2_{ajustat}$ afișat în SPSS, acesta fiind un estimator mai corect al lui R^2 în populație. Ajustarea lui R^2 se calculează în funcție de mărimea eșantionului și numărul de predictori, formula de calcul fiind :

$$R^2_{ajustat} = 1 - \frac{(1 - R^2)(N - 1)}{N - p - 1}.$$

Atunci când volumul eșantionului (N) este mare, iar numărul de predictori (p) este redus, ajustarea lui R^2 este destul de redusă. În schimb, atunci când volumul eșantionului este redus, iar numărul de predictori este mare, $R^2_{ajustat}$ va fi mult mai mic comparativ cu R^2 .

Revenind la coeficienții de regresie, dacă pentru o VI aceștia nu sunt semnificativi statistic, atunci acea VI nu are un efect semnificativ asupra VD. Coeficienții de regresie nestandardizați B sunt exprimați în valori ale VI respective (fapt ce nu permite o comparare între ei, ca mărime a influenței/explicației asupra VD). Coeficienții de regresie $Beta$ standardizați în valoare absolută ne permit o ierarhizare a importanței VI din model în explicarea VD, aceștia luând valori între -1 și 1 (sunt asemănători coeficienților de corelație Pearson). Astfel, cu cât un $Beta$ în valoare absolută este mai apropiat de 1 , cu atât VI respectivă are o influență mai mare asupra VD. De asemenea, semnul coeficienților $Beta$ ne indică dacă acea VI are o influență pozitivă sau negativă asupra VD. Să presupunem că într-un model de regresie ne propunem să analizăm în ce măsură umorul, ostilitatea și depresia pot explica starea de bine și obținem că $R^2 = 0,227$, $Beta_{umor} = 0,351$, $Beta_{ostilitate} = -0,244$, iar $Beta_{depresie} = -0,299$. Vom putea spune că umorul, ostilitatea și depresia explică în modelul nostru 22,7% din varianța stării de bine, astfel că subiecții cu umor dezvoltat, ostilitate scăzută și depresie scăzută tind să aibă o stare de bine ridicată. De asemenea, dintre cei trei predictori cel mai important este umorul, urmat de depresie și apoi ostilitate (am considerat $Beta$ în valoare absolută). Totodată, umorul are o influență pozitivă asupra stării de bine, în vreme ce depresia și ostilitatea au o influență negativă asupra stării de bine.

Dacă am activat și procedura *bootstrap*, în SPSS va fi afișat și intervalul de încredere *bootstrap* pentru fiecare dintre coeficienții de regresie nestandardizați : dacă în intervalul *bootstrap* nu este conținută valoarea zero (adică ambele capete ale intervalului sunt fie pozitive, fie negative), atunci respectivul coeficient de regresie nestandardizat este semnificativ statistic, iar VI respectivă are o influență semnificativă asupra VD. Reținem că procedura *bootstrap* nu funcționează dacă în butonul *save* am bifat unele opțiuni.

În SPSS sunt afișați și coeficienții de corelație semiparțială în coloana *Part* din tabelul cu coeficienți, notați r_{sp} ; aceștia reprezintă efectul izolat al unei VI asupra VD. Astfel, r_{sp}^2 pentru o VI ne spune cât la sută din varianța VD explică doar acea VI. Totodată, comparând coeficienții de corelație semiparțială la pătrat pentru două VI, putem spune de câte ori este mai importantă o VI decât o altă VI în explicarea VD.

Indicatorii mărimii efectului în regresia liniară sunt R^2 , acesta reprezentând o mărime a efectului global, în cazul întregului model (a acțiuni combinate a tuturor VI incluse în model), și coeficienții de corelație semiparțială r_{sp} , aceștia fiind indicatori ai mărimii efectului fiecărei VI asupra VD. Cohen (1988, apud West *et al.*, 2013) oferă norme descriptive pentru pătratul corelației multiple ca fiind slabă (0,02), moderată (0,13) sau mare (0,26), pe care le vom folosi și pentru a interpreta corelația semiparțială la pătrat.

7.3.2.1. Asumpțiile (condițiile) necesare pentru aplicarea regresiei liniare multiple

1. VD să fie cantitativă, iar VI să fie cantitative sau dihotomice (variabile dummy – codificate cu 0 și 1); variabilele cantitative trebuie să fie normal distribuite.

2. *Liniaritatea*: relația dintre fiecare VI și VD să fie liniară; verificarea acestei condiții se face prin intermediul graficelor *scatterplot bivariate* și prin intermediul coeficienților de corelație r Pearson între fiecare VI și VD. Dacă o VI nu corelează semnificativ cu VD, atunci introducerea acelei VI în modelul de regresie nu se mai justifică.

3. *Erorile (reziduurile) sunt normal distribuite*. Verificarea acestei condiții se face prin inspectarea grafică a histogramei și a graficului *P-P plot* pentru reziduurile standardizate, prin intermediul testelor de normalitate Kolmogorov-Smirnov sau Shapiro-Wilk aplicate în cazul variabilei nou-create în baza de date *Standardized Residual* (*zre_1*), precum și prin calcularea coeficienților *skewness* și *kurtosis* pentru această variabilă. Unii autori (Judd și Sadler, 2003; Field, 2013) susțin că asumția de normalitate este necesară doar pentru reziduuri, nu și pentru VD sau VI. Încălcarea acestei asumții are efecte asupra invalidării intervalelor de încredere și a testelor de semnificație doar pe eșantioane mici, pe eșantioane mari erorile tinzând a fi normal distribuite. În plus, dacă aplicăm procedura *bootstrap* pentru intervalele de încredere, atunci această asumție nu mai este importantă.

4. *Evitarea multi-coliniarității*: a) să nu existe corelații ridicate între oricare două VI (mai mari de 0,80) sau b) o VI să nu fie o combinație liniară de alte VI. Existența unor corelații ridicate între VI conduce la un coeficient de corelație multiplă R diminuat. Când multi-coliniaritatea crește, cresc și erorile standard ale coeficienților de regresie nestandardizați B , ceea ce înseamnă că aceștia nu sunt stabili pe eșantioane diferite și prin urmare ecuația de regresie nu este stabilă. Predictorii pentru care valorile *Tolerance* sunt mai mici decât 0,1 indică o problemă de multi-coliniaritate. Un indicator complementar al toleranței este indicele VIF; un $VIF > 10$ pentru o VI indică o problemă de multi-coliniaritate (Lomax și Hahs-Vaughn, 2012; Field, 2013).

5. *Evitarea cazurilor extreme (outlieri) și a cazurilor influente*. Un outlier este un caz care diferă substanțial de trendul principal al datelor. Outlierii pot afecta estimările coeficienților de regresie. Outlierii în VD pot fi identificați inspectând reziduurile standardizate sau studentizate: dacă identificăm valori în afara intervalului ± 3 , aceste cazuri sunt extreme și trebuie examinate cu atenție (Pituch și Stevens, 2016). Outlierii în VI pot fi identificați cu ajutorul distanței lui Mahalanobis D^2 , aceasta raportându-se la o distribuție chi-pătrat cu numărul de VI ca grade de libertate. Când D^2 pentru un caz este mai mare decât valoarea tabelară chi-pătrat la un $p = 0,001$, atunci acel caz este un outlier multi-variat (pentru 2 VI ne raportăm la 13,82, pentru 3 VI ne raportăm la 16,27, pentru 4 VI ne raportăm la 18,47 etc.).

Un caz este influent atunci când în urma eliminării lui apar schimbări semnificative în cel puțin unul dintre coeficienții de regresie. Cazurile pentru care distanța lui Cook este mai mare decât 1 sunt influente. Totuși, dacă un caz este outlier semnificativ în VD, dar distanța lui Cook pentru el este mai mică decât 1, nu este necesară eliminarea lui deoarece nu are un efect puternic asupra analizei de regresie (Pituch și Stevens, 2016).

Outlierii în predictorii cresc corelația parțială observată între criteriu și acel predictor, crescând astfel probabilitatea de a face o eroare de tipul I și de a concluziona în mod fals că există o relație între acel predictor și criteriu. Outlierii în criteriu cresc eroarea globală din model, astfel că va crește șansa de a face erori de tipul II. Unii autori recomandă ca, odată outlierii identificați, aceștia să fie eliminați din date (Judd și Sadler, 2003) deoarece scopul nostru este de a oferi o interpretare, o poveste despre relația prezentă în setul de date, iar acești outlieri au potențialul de a altera această poveste rezultată din datele generale. Nu se recomandă însă intrarea într-un proces de ștergere repetată, deoarece unii outlieri ascund în șpatele lor alți outlieri. O altă soluție este să realizăm analiza cu și fără outlieri și să verificăm dacă rezultatele diferă semnificativ în cele două situații.

6. *Homoscedasticitatea*: reziduurile vor avea aceeași varianță pentru fiecare nivel al predictorilor; când varianța este foarte inegală vorbim de *heteroscedasticitate*. Încălcarea acestei condiții conduce la invalidarea intervalelor de încredere și a testelor de semnificație. Verificarea acestei condiții se face inspectând graficul *Scatterplot* cu *ZRESID* și *ZPRED*. În cazul homoscedasticității, punctele din grafic nu urmează un anumit pattern, fiind împrăștiate aleatoriu în jurul valorilor zero.

7. *Evitarea erorilor de măsurare*. Pentru ca variabilele să fie măsurate fără erori trebuie ca acestea să aibă coeficienți de fidelitate cât mai ridicați, cât mai apropiați de 1. Deficitul de fidelitate în VD diminuează coeficientul de corelație multiplă (R). Erori de măsurare în VI conduc la o atenuare a coeficienților de regresie, mai aproape de zero decât ar trebui.

Bibliografie

- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. (2014). *Multivariate data analysis*. Pearson Education.
- Hayes, A.F. (2005). *Statistical methods for communication science*. Routledge.
- Judd, C.M., Sadler, M.S. (2003). The analysis of correlational data. In M.C. Roberts & S.S. Iardi (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 115-137). John Wiley & Sons.
- Labăr, A.V. (2008). *SPSS pentru științele educației*. Editura Polirom.
- Lomax, R.G., Hahs-Vaughn, D.L. (2012). *An introduction to statistical concepts*. Routledge.
- Pituch, K.A., Stevens, J.P. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Routledge.
- Popa, M. (2010). *Statistici multivariate aplicate în psihologie*. Editura Polirom.
- Sava, F.A. (2004). *Analiza datelor în cercetarea psihologică: Metode statistice complementare*. Editura ASCR.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Education, Inc.
- West, S.G., Aiken, L.S., Cham, H., Liu, Y. (2013). Multiple Regression: The Basics and Beyond for Clinical Scientists. In J.S. Comer & P.C. Kendall, *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 227-252). Oxford University Press.

Partea a II-a

Procesul evaluării psihologice în domeniul clinic

8. Repererele actuale ale unei planificări eficiente a evaluării psihologice clinice

Iulia Ciorbea
Universitatea „Ovidius” din Constanța

Rezumat

Capitolul oferă cititorilor câteva repere de actualitate necesare planificării și derulării unui demers de evaluare psihologică clinică valid, având în vedere că întreg procesul poate avea impact direct pentru starea de bine psihologic și pentru calitatea vieții persoanei evaluate. Așadar, vom argumenta necesitatea considerării de către clinicieni a următoarelor repere : a) relația creată cu clientul are prioritate și constituie primul obiectiv al clinicianului ; b) evaluarea efectuată are ca scop esențial beneficiul persoanei ; c) alegerea teoriei (sau teoriilor) care fundamentează afirmațiile despre funcționarea psihologică a clientului ; d) ghidarea întregului demers de evaluare conform modelului *scientist-practitioner* ; e) înțelegerea faptului că demersul de evaluare psihologică clinică este întotdeauna unul individualizat ; f) exercițiul de reflecție profundă asupra tuturor informațiilor culese despre persoană, utilizând raționamentul clinic.

Omul aflat în suferință este cel care se adresează psihologului clinician. Dacă pentru clinician suferința psihică poate avea variate etichete diagnostice, pentru persoana în cauză suferința este o experiență interioară profundă de nesiguranță, tristețe, neîncredere, confuzie care îi afectează calitatea vieții și funcționarea psihologică, socială. Demersul de evaluare clinică vizează evaluarea suferinței umane și a impactului acesteia asupra calității vieții persoanei evaluate, urmată de formularea unui plan individualizat de intervenție. Scopul final al psihologiei clinice, în general, și al evaluării psihologice clinice, în particular, este alinarea suferinței și promovarea sănătății. Obiectivele psihologiei clinice sunt de a descrie sănătatea și tulburările psihice, de a explica mecanismele intrapsihice de menținere a acestora în acord cu asumțiile teoriilor psihologice și cu rezultatele de cercetare despre natura umană, precum și de a identifica determinanții acestor mecanisme în contextul cunoașterii semnificației factorilor biologici, psihologici și sociali ; iar această cunoaștere este baza activității de evaluare psihologică (Cierpiałkowska și Sek, 2016).

Planificarea evaluării psihologice clinice este un demers al psihologului clinician ce se referă la elaborarea, organizarea și coordonarea evaluării psihologice clinice. Am putea afirma că planificarea evaluării este o meta-acțiune a psihologului care precede parcurgerea

etapelor propriu-zise ale unui demers de evaluare (aspect descris pe larg în capitolul următor). Pentru ca fazele procesului de evaluare să fie parcurse eficient, psihologul ar trebui să-și ghideze activitatea de evaluare după criteriile de eficacitate impuse de progresul teoretic și științific al psihologiei clinice.

De asemenea, înțelegerea complexității unui proces de evaluare psihologică clinică înseamnă în primul rând a înțelege că evaluarea este mult mai mult decât testarea psihologică, aspect subliniat de toți teoreticienii de marcă ai domeniului. De exemplu, într-un articol dedicat creșterii competenței de evaluare a psihologilor practicieni, Krishnamurthy *et al.* (2004) enumeră câteva definiții ale evaluării psihologice din care rezultă ușor complexitatea demersului – de exemplu, Groth-Marnat (1999) consideră că evaluarea psihologică implică conștientizarea și aprecierea cauzalității multiple, influențelor interacționale și relațiilor multiple, precum și abilitatea de a identifica și evalua o serie de ipoteze, iar Meyer *et al.* (1998) descriu evaluarea psihologică în termenii formulării de inferențe pe baza informațiilor obținute din surse multiple, plasate în contextul referinței pentru evaluare, istoriei clientului și observațiilor pentru a genera o înțelegere coerentă și comprehensivă a persoanei evaluate. Complexitatea procesului de evaluare impune stabilirea clară a aspectelor ce pot ghida psihologul practician astfel încât să crească eficiența și validitatea evaluărilor.

Astfel, planificarea evaluării clinice înseamnă considerarea atentă de către clinician a *reperelor esențiale* ale acestui proces și ancorarea întregului demers psihologic în acestea.

8.1. A înțelege că evaluarea psihologică în context clinic este un demers individualizat ghidat de modelul *scientist-practitioner*

Conceptualizarea clinică se referă la procesul prin care psihologul clinician organizează informațiile despre funcționarea psihologică a clientului – problemele prezentate, etiologia acestora și intervențiile terapeutice propuse. *Studiul de caz* este esența abordării clinice în psihologie; în mod particular, toate etapele procesului de evaluare psihologică au ca scop final construirea de către clinician a unui caz individual. Informațiile despre persoană culese din surse multiple și prin metode variate sunt integrate de psiholog într-o formulare care să surprindă funcționarea psihologică individuală în contextul particular sociocultural de viață a persoanei, bazată pe explicații și descrieri ale unor procese psihologice și propunerea unor intervenții. Conceptualizarea clinică este considerată o competență centrală a oricărui clinician (de exemplu, Sturmey, 2009; Eells, 2007).

Psihologia clinică a fost acuzată mult timp de subiectivism tocmai din pricina caracteristicilor studiului de caz (*cf.* Pedinielli, apud Ionescu și Blanchet, 2009): *singularitatea* (psihologul se concentrează pe acele aspecte unice care individualizează persoana); *totalitatea* (psihologul se raportează la persoană ca la un întreg biopsihosocial ce nu poate fi înțeles decât în contextul vieții sale); *istoria* (clinicianul dă sens discursului prezent al persoanei prin raportare la trecutul și viitorul acesteia); *întâlnirea* (relația dintre psiholog și persoană este fundația pe care se construiește înțelegerea aspectelor evaluate).

Deși în istoria sa de 100 de ani psihologia clinică a fost (și încă este!) marcată de o scizură între practica clinică și cercetarea științifică, cerința actuală pentru psihologii clinicieni este de a se forma ca specialiști ai domeniului și a-și fundamenta demersurile clinice *în modelul*

scientist-practitioner – un model de practică ce integrează rezultatele cercetărilor științifice. Încă din 1967, Shapiro susținea că psihologia clinică trebuie să fie o știință aplicată. Așadar, conceptualizarea clinică este în esență un demers individualizat care trebuie să integreze în mod coerent teoria, practica și cercetarea științifică pentru a explica valid particularitățile psihologice ale persoanei evaluate și a propune planuri eficiente de intervenție.

Modelul *scientist-practitioner* încorporează practica bazată pe dovezi (*evidence-based practice*, EBP) – un standard de practică clinică adoptat astăzi la nivel internațional. Conform Spring (2007) și Jeffrey (2016), EBP se referă la un proces de luare de decizii clinice care integrează rezultatele cercetărilor, expertiza clinică, dar și preferințele și caracteristicile pacientului, fiind o abordare idiografică care promovează învățarea continuă de-a lungul vieții – model idiografic al EBP propus de Sackett *et al.* (2000) și preluat în 2005 de APA ca standard de practică. Analizând EBP, Spring (2007) descrie pilonii acestui tip de practică clinică și implicațiile sale pentru practicieni. Astfel, psihologul, plecând de la întrebări clar formulate, are rolul de a căuta cele mai relevante studii pentru a răspunde și argumenta științific deciziile sale clinice din procesul de evaluare a persoanei. Expertiza clinică se referă la cerința ca psihologul să dețină competențele specifice necesare practicii sale. Faptul că APA impune luarea în considerare a valorilor și caracteristicilor clientului (adică problemele prezentate, personalitatea, resursele interioare, dorința de schimbare, nivelul de funcționare și existența rețelelor de suport) înseamnă trecerea de la un model paternalist de practică, în care psihologul ia decizii în numele clientului, la unul în care practicianul respectă și ajută persoana să-și clarifice valorile și preferințele astfel încât tot procesul de evaluare să fie în acord cu acestea. Nu în ultimul rând, acest model de practică clinică promovează învățarea continuă de-a lungul întregii vieți, plecând de la constatarea că mulți psihologi profesează bazându-se doar pe ce au învățat în timpul formării – astfel, psihologii trebuie să rămână permanent la curent și să integreze continuu progresul științific.

Pe de altă parte, pentru o bună planificare a procesului de evaluare clinică, trebuie considerat principiul cadrelor multiple de evaluare. Plecând de la constatarea îngrijorătoare că, în practică, ceea ce orientează procesul de evaluare este de fapt ansamblul de metode deținute de clinicieni, și nu scopul și criteriile evaluării individuale (de fapt, parcurgerea scrupuloasă a fiecărei etape necesare unei evaluări valide), Iliescu, Nedelcea și Ion (2015, p. 432) punctează, printre altele, necesitatea utilizării modelului „5 Multi”, care înseamnă că „Principiul evaluării psihologice ... este acela al creșterii validității prin combinarea informațiilor obținute din metode diferite (evaluarea multi-metodă), din surse diferite (evaluarea multi-sursă), prin evaluatori diferiți (evaluarea multi-evaluator), privind trăsături diferite (evaluarea multi-trait), la momente diferite în timp (evaluarea multi-temporală)”. Autorii atenționează că, deși foarte rar se reușește aplicarea completă a acestui principiu, „evaluările comprehensive, realizate pentru decizii cu impact major, ar trebui să fie caracterizate de un efort de a implementa aceste principii în proces” (p. 434).

Iată cum, în virtutea acestor standarde de practică clinică, „Evaluarea psihologică nu este un act gratuit, ci un proces care are toate atributele unui demers științific, urmărind un scop sau scopuri bine precizate”. (Martin, 2015, p. 35).

Din această perspectivă științifică (de exemplu, Hayes, 2000; Sturmey, 2009), conceptualizarea clinică (sau formularea cazului individual/studiul de caz) este un studiu descriptiv detaliat și focalizat – ar trebui să integreze toate informațiile despre persoană (starea actuală, dezvoltarea, menținerea problemelor) într-un set de idei interrelaționate și unitare care ghidează formularea de planuri individuale de tratament. Studiul de caz

implică un element de analiză (Glänzel și Schubert, 2015, p. 1), care se referă la argumente teoretice, integrarea evaluărilor psihometrice sau biopsihosociale și/sau la designul sistematic de tratament (Krampen și Krampen, 2016, p. 174).

Desigur, așa cum punctează Eells (2007), clinicianul trebuie să găsească echilibrul corect între o formulare idiografică a cazului individual și capitalizarea cercetărilor nomotetice disponibile și a teoriilor psihopatologice acceptate. Autoarea menționează și faptul că generalizarea (adusă de studiile cantitative) conduce la stereotipizarea persoanelor în funcție de etnie, vârstă, gen, aspect fizic, statut socioeconomic sau educație, ceea ce, menționăm noi, contravine esenței abordării clinice (și anume, centrarea pe unicitatea persoanei).

Eells (în Sturmey, 2009), sintetizând indicațiile APA din *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (2005) despre practica clinică, afirmă că recomandarea în formularea studiului de caz este *integrarea focalizată pe pacient* a cercetării și expertizei clinice, precum și aplicarea principiilor susținute empiric ale formulării unui caz. Felul în care sunt transpuse de către clinician rezultatele cercetărilor științifice într-o formă idiografică ce respectă unicitatea persoanei evaluate este un aspect ce ține de judecata/raționamentul clinic al psihologului (aspect asupra căruia vom reveni ulterior).

8.2. A situa procesul de evaluare în cadrul teoriilor actuale ale psihologiei clinice

Orice demers de evaluare clinică trebuie fundamentat și ghidat de teoriile actuale ale psihologiei clinice. Teoriile se diferențiază prin mai multe aspecte: concepția despre natura umană, modul de formare și dezvoltare ale personalității, motivația umană, înțelegerea psihopatologică, conceptul de sănătate psihică și modalitățile terapeutice de abordare a problemelor psihice. Cunoașterea aprofundată a abordărilor teoretice care explică apariția și menținerea patologiei psihice este un reper fundamental pentru planificarea unei evaluări psihologice eficiente; teoriile orientează formulările cazului clinic, precum și alegerea metodelor de investigare a aspectelor psihice relevante pentru funcționarea psihică a persoanei evaluate. În centrul conceptualizării unui caz clinic se află ceea ce mai mulți autori au numit *mecanismul explicativ ipotetic* al problemelor clientului (Persons și Tompkins, 2007; Eells, 2007).

Teoriile explicite îi ajută să lămurească de ce oamenii se comportă așa cum o fac, să înțeleagă mai bine felul în care mediul afectează comportamentul, să-și ghideze intervențiile și să prezică ceea ce va rezulta dintr-o intervenție particulară (Fischer, 1981, cf. Greene și De Gruyter, 1999). Practic, teoria ajută la construirea unei hărți conceptuale complexe care organizează judecata clinică asupra problemei prezentate de client – ce informații sunt relevante sau irelevante, ce aspecte psihologice trebuie evaluate, ce metode de evaluare psihologică trebuie selectate și aplicate, ce concluzii pot fi formulate, ce intervenții sunt recomandate.

Clinicienii care au formare într-o abordare psihoterapeutică de obicei aderă la teoria respectivă (de exemplu, abordări cognitiv-comportamentale, umanist-experiențiale sau psihodinamice) pentru construirea strategiilor de evaluare, pentru identificarea mecanismelor explicative ale problemelor clientului și pentru formularea planurilor de intervenție. Astfel, abordarea psihodinamică explică în profunzime dinamica internă ce produce

simptomatologia psihică – conflictualitatea internă, mecanismele de apărare, apariția și manifestarea patternurilor relaționale. Evaluarea clinică se concentrează pe aspecte precum : istoria de dezvoltare, funcțiile adaptative ale eului, profunzimea și consistența relaționării, capacitatea de reglare emoțională etc. (mai multe informații în Magnavita, apud Lebow, 2008).

Adeptii abordării cognitiv-comportamentale explică comportamentele psihopatologice prin analiza funcțională a acestora și prin investigarea nivelului cognitiv al funcționării psihice (mai multe detalii în David, 2006 ; Dafinoiu și Vargha, 2005). În mod tipic, această abordare susține demersul nosologic – încadrarea tabloului clinic al persoanei într-o categorie de tulburări psihice –, utilizând în acest sens DSM.

Abordarea umanist-experiențială accentuează rolul emoțiilor și al semnificațiilor interne pentru experiența subiectivă actuală a persoanei, propune o viziune idiografică în evaluarea clinică, delimitându-se radical de perspectiva nomotetică – se face mai degrabă diagnosticul procesului intern decât diagnosticul persoanei (mai multe detalii în Greenberg, Rice și Elliot, 1993).

Abordarea postmodernă presupune ca practicienii să evite „agățarea” de o singură teorie și să accepte explicații alternative și sensuri multiple ale fenomenelor psihologice, menținând acele aspecte ale teoriei care „se concentrează pe viabilitatea perspectivelor multiple” (Dean, 1993, apud Greene și De Gruyter, 1999). Așa cum menționam într-o altă lucrare (Ciorbea, 2014, p. 89) : „Înțelegerea contribuțiilor incontestabile ale fiecărei abordări teoretice în explicarea etiologiei tulburărilor psihice și a conceptului de sănătate mentală conduc spre ideea adoptării unei atitudini flexibile a psihologilor în fața situațiilor clinice specifice. Fiecare persoană care intră într-un proces de evaluare psihologică se află într-un context intern și extern unic, are o istorie specifică și resurse nealterate. Această unicitate poate fi înțeleasă și abordată adecvat, etic doar prin atitudinea flexibilă a psihologului. Iar flexibilitatea nu este o tehnică. Aplicarea liniară a unor metode de evaluare înseamnă ignorarea persoanei, pe când flexibilitatea menține individul în focusul evaluării”.

În acord cu mișcarea actuală de integrare ce se manifestă și în psihologia clinică, au fost propuse și se utilizează două modele teoretice și practice integrative care să ghideze procesul de evaluare psihologică clinică – modelul biopsihosocial și modelul rezilienței asistate.

Modelul biopsihosocial (Engel, 1977, 1980) susține ideea că orice boală fizică sau mintală este rezultatul interacțiunii dintre componente biologice, psihologice și sociale care afectează funcționarea umană și care trebuie luate în considerare pentru o intervenție eficientă. Sarcina principală a psihologului clinician care folosește acest model este de a cântări ponderea și relevanța factorilor și a adresa adecvat fiecare categorie pentru a putea realiza planuri de evaluare corespunzătoare și a formula planuri de intervenție eficiente. Cambell și Rohrbaugh (2006) au propus o structură foarte clară și comprehensivă de colectare și integrare a datelor clinice bazată pe abordarea biopsihosocială (vezi Cambell și Rohrbaugh, 2006, sau o traducere completă în Ciorbea, Enache și Sălceanu, 2015). Pe scurt, acest model biopsihosocial practic integrează *formularea biologică* a cazului, colectând toate informațiile de tip biologic ce pot avea impact în funcționarea actuală a clientului, cu *formularea psihologică* – cuprinzând o formulare psihologică generală, o formulare psihodinamică, una cognitivă și una comportamentalistă a problemelor prezentate de client –, dar și o *formulare socială* (care consideră influența stresorilor sociali asupra condiției psihopatologice actuale a persoanei, evaluarea factorilor de risc și a factorilor

de protecție sociali). În plus, se oferă detalii despre diagnosticul diferențial, evaluarea riscului de suicid și violență. Toate informațiile colectate sunt apoi corelate și constituie baza formulării unui plan de tratament biopsihosocial și a prognosticului.

Considerăm că această abordare modernă și planul concret de colectare și integrare de informații constituie un standard înalt de practică a evaluării psihologice și un instrument extrem de util de planificare a procesului de evaluare.

O altă abordare modernă de practică clinică este *modelul rezilienței asistate* (Ionescu, 2013), care, prin schimbarea de paradigmă propusă, considerăm că ar trebui să fie fundația întregului proces de evaluare clinică. Punctele de referință ale planificării evaluării psihologice sunt recuperarea psihică și prevenția apariției patologiei psihice, obiectivul supraordonat al evaluării fiind reconstrucția psihică a persoanei. Noțiunea de reziliență asistată propusă de autorul modelului mută accentul clinic (încă actual și excesiv!) de patologizare a persoanelor ca rezultat al evaluărilor psihologice (concret, a diagnosticării psihice) pe accesarea resurselor naturale de recuperare pe care acestea le au. Așadar, adoptarea unei practici clinice bazate pe reziliența asistată are implicații directe în procesul de evaluare psihologică clinică: psihologul evaluează factorii de risc, de protecție și de reziliență ai persoanei și balanța dinamică dintre aceștia; procedurile de evaluare sunt adaptate în mod flexibil la caracteristicile persoanei și situației clinice, delimitându-se de rutina clinică; persoana evaluată devine participant activ (nu pasiv) la propriul proces de evaluare, participând cu înțelegerea pe care o are asupra procesului prin care a ajuns la situația sa psihologică actuală și asupra procesului prin care își poate schimba traseul psihic; prin această atitudine față de persoana evaluată, clinicianul activează factorii de reziliență, îi redă sentimentul competenței și al libertății personale.

În concluzie, menționăm reperatele de formulare a raportului psihologic propuse de Sturmey (2009) în volumul coordonat de el despre conceptualizările clinice, pe care le considerăm eficiente pentru a ghida evaluările clinice spre o practică concentrată pe teorie și cercetare științifică. Așadar, în timpul planificării și apoi derulării etapelor procesului de evaluare clinică, psihologul trebuie să clarifice următoarele aspecte, care apoi vor fi coerent menționate în raportul final de evaluare a persoanei:

- a. Orientarea teoretică utilizată pentru a-și construi formularea cazului, precum și motivația studiului de caz.
- b. Variabilele relevante și irelevante identificate de psiholog și justificarea alegerii acestora. De asemenea, clinicianul trebuie să argumenteze ponderea (importanța) pe care o acordă fiecărei variabile relevante.
- c. Rolul cercetării științifice și al experienței clinice în formularea cazului. Aici trebuie menționate pe scurt studiile care susțin formulările psihologului, dar și rolul experienței sale clinice în afirmațiile lansate.
- d. Formularea concisă a cazului.
- e. Importanța acordată istoriei clientului și semnificației acesteia în conceptualizarea cazului respectiv.
- f. Importanța acordată factorilor actuali din viața clientului și semnificației acestora în conceptualizarea cazului respectiv.
- g. Planul de tratament individualizat care se desprinde din formularea cazului, cu menționarea felului în care acest demers de intervenție se leagă de conceptualizarea cazului.

8.3. A înțelege că evaluarea clinică este un proces bazat pe raționamente/judecăți clinice

Unul dintre cele mai dificile aspecte ale evaluării clinice este judecata clinică pe care psihologul o realizează încă de la primul contact cu clientul și până la ultima fază a redactării raportului psihologic și feedbackului oferit persoanei. Procesul complex al luării deciziilor clinice nu poate fi efectuat după algoritmi decât pentru căutarea unor răspunsuri la întrebări punctuale, și nu pentru conceptualizarea de ansamblu a cazului. Raționamentele clinice se bazează pe teoriile explicative ale psihopatologiei, pe cercetările științifice relevante, dar și pe experiența anterioară și intuiția psihologică a clinicianului. Obiectivitatea formulărilor clinice a fost permanent contestată tocmai din pricina elementelor de subiectivism ce nu pot fi complet evitate într-o evaluare clinică.

Aplicarea unor metode multiple de evaluare din surse diferite (abordarea multi-metodă și multi-sursă) se soldează cu o serie de informații ce necesită a fi procesate, organizate și integrate de către clinician în formulări coerente și semnificative care să permită luarea unor decizii diagnostice și recomandări de tratament. Datele obținute sunt organizate, filtrate, interpretate prin teoriile moderne ce ghidează evaluarea clinică și la care psihologul aderă și prin rezultatele studiilor științifice actuale despre problematica respectivă. Fiind un proces continuu de elaborare cognitivă a informațiilor de la client, judecata clinică permite verificarea și validarea acestor date în termeni de coerență, continuitate și convergență.

Responsabilitatea clinicianului față de concluziile și sugestiile de terapie formulate este imensă, având în vedere că acestea pot avea un impact direct asupra evoluției psihice și sociale a clientului.

Pentru că judecata clinică este un proces bazat pe experiența cumulativă a practicianului ce se soldează cu interpretări (subiective) ale informațiilor și este limitat de capacitatea psihologului de a judeca logic relațiile posibile dintre rezultatele obținute (cf. Grab, apud Graham și Naglieri, 2003), clinicienii au fost acuzați de lipsă de obiectivitate în formulările cazurilor. De aceea, efortul cercetătorilor domeniului s-a concentrat pe identificarea unor modalități de creștere a obiectivității judecății clinice – de exemplu, au fost construite instrumente de evaluare psihologică având calități psihometrice robuste; au fost impuse practica de evaluare bazată pe dovezi științifice și abordarea multi-metodă, multi-sursă.

Cu toate acestea, standardizarea totală a procesului de evaluare clinică, deși îi creează psihologului un sentiment de control și iluzia unei obiectivități totale, nu poate fi realizată deoarece există aspecte ale evaluării psihologice ce rămân neacoperite de aplicarea regulilor statistice și implică în mod inevitabil raționamente clinice din partea practicianului: traducerea acuzelor persoanei într-un limbaj psihologic; decizia privind aspectele psihologice ce vor fi evaluate aprofundat; alegerea metodelor de evaluare clinică adecvate pentru respectivele variabile și a surselor de informații; ghidajul persoanei prin interviul clinic nestructurat și desfășurarea observațiilor comportamentale; decizia despre cât de clare și suficiente sunt informațiile furnizate de clienți; formularea ipotezelor clinice și alegerea modalităților de verificare a acestora; integrarea datelor convergente și divergente obținute din diverse surse sau metode; ponderarea efectelor variabilelor situaționale asupra acuzelor prezentate de client; realizarea diferenței între trăsături cronice de personalitate și simptomatologia curentă a persoanei.

Pe de altă parte, psihologul clinician trebuie să fie conștient de principalele *surse de eroare ce afectează judecata clinică* (de exemplu, Westhoff și Kluck, 2009; Plante, 2005;

Dafinoiu, 2002 ; sau, pentru o descriere pe larg a surselor de eroare, vezi Ciorbea, Enache și Sălceanu, 2015). O parte din sursele de eroare vin din partea clientului : caracterul voluntar sau involuntar al participării la evaluare influențează motivația clientului de a participa la procesul de evaluare ; motivația reală a persoanei pentru evaluare ; așteptările clientului privind procesul de evaluare și utilitatea informațiilor obținute ; subestimarea sau supraestimarea problemelor psihice existente în mod intenționat sau neintenționat ; simularea simptomelor de către client. O altă categorie de surse de eroare provine din partea psihologului : erori cognitive determinate de convingerile implicite sau explicite ale clinicianului (de multe ori influențate de teoriile la care aderă sau/și de rezultatele cercetărilor nomotetice neadaptate persoanei și contextului idiografic, dar și de caracterul selectiv al memoriei și atenției) ; stilul personal al psihologului care are impact asupra eficienței interviului clinic ; erori de interacțiune (de exemplu, presupusa similaritate cu clientul, efectele centrării, efectul de halo) ; complexitatea cognitivă a psihologului manifestată prin capacitatea de a discrimina, diferenția și integra informații, procese transferențiale și contratransferențiale.

Așadar, judecata clinică este cel mai complex proces continuu efectuat de clinician pe parcursul întregului proces de evaluare psihologică. Eficiența deciziilor clinice implică reflectarea și analizarea continue ale datelor obținute despre client și contextul său specific de viață, combinate cu raționamente personale ale psihologului, susținute de argumente teoretice și științifice solide, dar și de expertiza sa clinică.

Pentru a crește validitatea judecăților clinice (minimalizând astfel erorile), Ruscio (2007, cf. Eells, apud Sturmey, 2009) oferă câteva sugestii, pe care noi le completăm cu alte precizări :

- analiza atentă a argumentelor similare, dar și investigarea amănunțită a aspectelor divergente apărute în datele de evaluare ;
- conceptualizarea problemelor în modalități variate (prin prisma mai multor abordări teoretice sau folosind modele teoretice eclecticice, precum modelul biopsihosocial sau cel al rezilienței asistate) ;
- formularea și testarea mai multor ipoteze de lucru, dar și a unor contraipoteze (căutarea continuă de informații ce pot contrazice ipotezele inițiale) ;
- identificarea excepțiilor de la tendința statistică ;
- cunoașterea și conștientizarea celor mai frecvente surse de eroare în judecata clinică și semnelor clinice ale manifestării acestora ;
- toate formulările clinicianului despre caz să poată fi verificate de alți profesioniști ;
- orice aspect psihologic menționat în raportul de evaluare să fie descris și explicat ;
- predicțiile să fie clare și argumentate teoretic și științific ;
- precizarea tipului și puterii relațiilor dintre variabilele investigate ;
- argumentarea solidă a concluziilor și recomandărilor propuse.

Cierpiakowska și Sek (2016) rezumă cercetările actuale (de exemplu, Garb, 2010 ; Barlow și Clark, 2014 ; Tufekcioglu și Muran, 2015) asupra celor mai relevanți factori care măresc validitatea evaluărilor psihologice clinice și identifică doi : a) abilitatea clinicianului de a reflecta și monitoriza desfășurarea procesului evaluării, ceea ce lărgeste conștientizarea de sine și autocontrolul (iar acest aspect ține de raționamentul clinic, *n. a.*), și b) calitatea relației dintre clinician și pacient pe parcursul procesului de evaluare care influențează diversitatea informațiilor pe care clientul le va furniza (nu doar factuale, ci și dinamice, legate de funcționarea sa în diferite domenii ale vieții și contexte sociale).

Dacă despre importanța utilizării judecății clinice am discutat, în continuare vom puncta valoarea alianței de lucru în timpul evaluărilor psihologice.

8.4. A înțelege rolul esențial al psihologului clinician și al alianței de lucru pentru succesul unui proces de evaluare psihologică

Evaluarea psihologică a formelor de suferință umană care afectează funcționarea persoanei în contextul vieții sale este un proces complex, multi-fazic și are ca scop supraordonat beneficiul persoanei. Standardele unei practici clinice concentrate pe modelul *scientist-practitioner*, ghidate de teoriile și cercetările solide ale domeniului clinic creează presiunea unei structurări cât mai intense a procesului de evaluare, astfel încât să se reducă maximal impactul subiectiv al evaluatorului. Cu toate acestea, atât teoreticienii, cât și practicienii din domeniu recunosc faptul că fundația unei evaluări eficiente este stabilirea alianței de lucru (a raportului psihologic) dintre clinician și persoana evaluată – experiență relațională imposibil de standardizat, care depinde în totalitate de personalitatea psihologului. Din păcate, în practica clinică există încă practicieni care consideră că raportul psihologic este o condiție de fundal, un fel de „amabilitate” învățată pe care oricine o poate manifesta, fără să înțeleagă impactul resorțurilor profunde pe care o relație psihologică le activează în client și efectele în derularea procesului de evaluare. „A fi drăguț și amabil” este de multe ori o mască socială după care psihologul se ascunde, nelăsând șansa unei relaționări interumane autentice (nicio altă persoană nu se va dezvălui în fața unei măști, ci își va activa o mască proprie).

Persoana care ajunge într-un proces de evaluare psihologică clinică trebuie să vorbească despre suferințele sale și consecințele acestora cu o persoană total necunoscută, de ale cărei concluzii poate depinde calitatea vieții sale viitoare, iar această condiție esențială a evaluării poate fi (și de cele mai multe ori este) trăită ca o experiență rușinoasă, inconfortabilă sau frustrantă. Relația psihologică se dezvoltă în momentul în care clinicianul acceptă, validează și mărturisește această situație interioară specială în fața clientului – acest lucru înseamnă a transmite de la început înțelegere emoțională (adică empatie). Așa cum menționez și în altă lucrare (Ciorbea, Enache și Sălceanu, 2015, p. 224) „manifestarea autentică a aprecierii pentru disponibilitatea clientului de a participa la o astfel de situație întărește puntea emoțională dintre interlocutori și confortul psihologic al persoanei”.

Pe de altă parte, conexiunea cu persoana începe și atunci când psihologul comunică deschis și onest despre scopurile evaluării și obiectivele vizate de metodele de evaluare ; este esențial pentru derularea tuturor fazelor evaluării ca ceea ce vizează psihologul să fie congruent cu așteptările și scopurile clientului. În felul acesta, persoana este tratată cu respect și considerată un partener egal, activ, fără de care evaluarea nu poate avea loc. De la început, persoana ar trebui încurajată să exprime deschis orice dezacord resimte pe parcursul întregului proces, astfel încât să poată fi negociată o înțelegere comună și mutual acceptată.

Responsabilitatea pentru crearea cadrului relațional ce permite clientului să participe activ și să coopereze în propriul proces de evaluare aparține psihologului, singurul conștient (inițial) de importanța relației și de impactul pe care atât psihologul, cât și persoana evaluată îl au asupra desfășurării evaluării psihologice. Din acest punct de vedere, evaluarea psihologică este concepută ca un proces colaborativ (Finn, 1996).

Atmosfera psihică pe care o creează un raport psihologic bine construit și menținut de psiholog îi asigură persoanei evaluate confortul psihic de a se angaja în explorarea suferințelor

sale. Alianța de lucru este resimțită de client ca o conexiune puternică și securizantă cu psihologul, iar acesta din urmă, prin capacitatea sa de a se adapta emoțional și a se implica activ din punctul de vedere relațional cu persoana, transmite aceste aspecte și sporește motivația persoanei de a se angaja în autoexplorare și dezvoltare de sine. Niciuna dintre etapele de evaluare psihologică (și activitățile specifice fiecărei faze) nu trebuie începută până când nu este creat raportul psihologic solid. De aceea, un clinician competent va acorda timpul necesar pentru construirea acestui cadru relațional și va începe de la primul contact cu clientul (care poate fi la telefon sau în momentul invitării acestuia în cabinet).

Relația psihologică care facilitează un proces de evaluare îl face pe client să se simtă în siguranță, acceptat, respectat în individualitatea sa, încurajat să se implice și să coopereze pentru scopul major al îmbunătățirii funcționării sale biopsihosociale și a calității vieții. Practicienii competenți ai domeniului pricep că o astfel de alianță de lucru implică mecanisme psihologice profunde (și, în majoritate, inconștiente) și știu să le utilizeze. Toate abordările teoretice majore din domeniu au contribuții esențiale privind modul de construire, menținere și utilizare a alianței de lucru securizante.

Cu toate acestea, perspectiva teoretică care are aportul cel mai consistent în acest sens este abordarea umanist-experiențială. Carl Rogers (1951) a explicat și accentuat principalele condiții ale unei alianțe de lucru eficiente: empatia, acceptarea necondiționată și congruența, manifestate ca *atitudini fundamentale autentice* ale personalității psihologului, singurele ce creează acel confort psihic necesar autodezvăluirii și autoexplorării. Empatia a fost definită în mai multe feluri: „a fi împreună” sau „un fel de a fi în relație”, „sensibilitate intelectuală și emoțională a psihologului și disponibilitatea de a o exprima”, „interes profund pentru universul emoțional al clientului” (Mearns și Thorne, 2010); „contact psihic profund și susținut”, „acordaj comunicativ” (Bohart și Greenberg, 2011); „capacitatea de a percepe cadrul de referință al celuilalt, cu acuratețe și cu toate componentele și semnificațiile emoționale care îi aparțin, ca și cum ai fi celalaltă persoană, dar fără a pierde condiția lui «ca și cum»” (Rogers, 1959).

Considerația (acceptarea) pozitivă necondiționată este o „acceptare caldă a fiecărui aspect al experienței clientului, ca fiind parte din acel client” (Rogers, 1957), sau o atitudine prin care psihologul „valorizează profund umanitatea clientului și nu renunță la ea indiferent de comportamentele particulare ale acestuia din urmă” (Mearns și Thorne, 2010, p.163). Este o formă de respect profund, liber de prejudecățile și convingerile personale ale psihologului, pentru client ca om, cu tot ce înseamnă viața acestuia – dificultăți și resurse, valori, caracteristici, alegeri, intenții, dorințe, emoții, convingeri etc.

Congruența a fost definită ca „un fel de a fi al psihologului când reacțiile sale manifestate față de client se potrivesc consecvent cu trăirea interioară pe care o are în relație cu acesta” (Mearns și Thorne, 2010, p. 202). Numită și autenticitate, congruența psihologului înseamnă, pe de o parte, un acordaj intern între emoții, gânduri și acțiuni, iar, pe de altă parte, o abilitate de a revela experiența sa clientului, de a fi transparent (cf. Bohart și Greenberg, 2011) – implică contact conștient și deschis cu propria experiență interioară sau, cum spunea Rogers (1957), a participa cu toată ființa sa.

Atunci când psihologul manifestă (verbal și nonverbal) în mod autentic și constant empatie, respect necondiționat și congruență, există efecte extraordinare în cazul persoanei care le receptează: ea însăși începe să accepte propriile trăiri și se deschide spre a le cunoaște, a le explora mai mult, a le comunica mai detaliat și chiar a le înțelege. Pe de altă parte, toate aceste informații oferite de client (mai ales în timpul interviului și observațiilor) pot fi în mod adecvat înțelese și explicate de psiholog.

Incapacitatea psihologului de a simți și transmite empatie, considerație pozitivă necondiționată și congruență face clientul să se simtă neînțeles, neacceptat, să înceapă să activeze mecanisme defensive și, în consecință, să înceapă să distorsioneze, să simuleze, să selecteze informațiile oferite. Eșecurile empatice, de respect și autenticitate ale psihologului provin din propriile sale vulnerabilități psihice (de exemplu, intoleranța la trăiri intense precum furie, frică, tristețe sau nevoia excesivă de control). De aceea, echilibrul psihic al clinicianului este o sarcină profesională (și personală) ce ar trebui să fie luată în serios și adresată continuu de acesta.

Un alt mecanism esențial ce se manifestă în raportul psihologic din cadrul procesului de evaluare este fenomenul transferului (respectiv al contratransferului). Această dinamică inconștientă, deși de foarte multe ori ignorată, se manifestă oricum în cadrul alianței de lucru și poate avea efecte în derularea procesului evaluării psihice. Studiul perspectivei psihodinamice asupra fenomenelor de transfer și contratransfer, așa cum sunt ele înțelese astăzi, oferă clinicienilor posibilitatea de a înțelege felul în care aceste dinamici emoționale și relaționale au impact asupra relației. Dacă este atent și conștient de aceste fenomene, psihologul are acces direct la patternurile emoționale și relaționale ale persoanei, ceea ce poate contribui la procesul de evaluare prin formularea unor ipoteze despre posibile cauze ale simptomelor actuale (mai ales în cazul tulburărilor nevrotice).

Monitorizarea continuă a alianței de lucru sau a raportului psihologic de către clinician este necesară pentru ca orice aspect ce intervine în sens negativ să poată fi adresat la timp, astfel încât motivația clientului pentru evaluare, implicarea sa activă și cooperarea să fie menținute la niveluri optime.

Insistăm asupra faptului că personalitatea psihologului este un „instrument” principal prin care este construit, menținut și utilizat raportul psihologic securizant necesar derulării eficiente a procesului de evaluare. Capacitatea psihologului de a asculta profund și a rezona empatic cu persoana și lumea sa extrem de complexă, de a se armoniza emoțional, de a calibra stările interne și mai ales schimbările de dispoziție ale persoanei, de a se adapta flexibil la stilul de relaționare și comunicare al clientului, de a-și regla optim emoțiile în momentele dificile, de a avea răbdarea necesară însoțirii persoanei în toate etapele evaluării clinice, de a păstra un nivel de optimism necesar menținerii speranței clientului că situația sa poate fi ameliorată, de a păstra un nivel de activism calibrat ritmului clientului – toate sunt calități personale ale psihologului, capabile să mențină exprimarea onestă a persoanei evaluate.

Pe de altă parte, aceste calități extrem de necesare pentru o bună relaționare trebuie dublate de alte caracteristici ce țin tot de personalitatea psihologului clinician: motivația crescută pentru o pregătire teoretică și științifică continuă, conștiinciozitate și responsabilitate în profesie, rigurozitate în activitățile întreprinse, deschidere față de complexitatea umană și perspective multiple de înțelegere a acesteia. Așa cum menționam și în altă lucrare (vezi Ciorbea, Enache și Sălceanu, în Ciorbea, 2015, p. 229), „a face psihologie” (adică a adera la teorii și tehnici) este diferit de „a fi psiholog”, care înseamnă a conștientiza resursele interioare proprii, a exprima atitudini profund umane, a folosi abilitățile relaționale pentru stabilirea aceluia tip special de relație care facilitează exprimarea clientului și înțelegerea lui dincolo de etichetele diagnostice. Considerăm că acestea sunt atitudinile necesare unui psiholog care lucrează pentru îmbunătățirea stării de bine psihologic a oamenilor și a calității vieții acestora.

Atunci când psihologul trebuie să evalueze funcționarea psihologică a copiilor, deși rămân valabile toate afirmațiile anterioare, situația relațională se complică prin faptul că

alianța de lucru trebuie construită atât cu copilul, cât și cu părinții acestuia, care dețin complet responsabilitatea pentru starea de bine a copilului.

Schroeder și Gordon (2002, p. X) menționează că rolul clinicianului în situația de evaluare a copiilor este multi-fațetat, incluzând rolul de educator, avocat, furnizor de servicii și manager de caz. Astfel, psihologul oferă expertiza sa bazată pe cunoașterea proceselor de dezvoltare și a literaturii științifice despre problemele copiilor. Pe de altă parte, obținerea colaborării cu părinții este condiția esențială pentru ca implicarea copilului în procesul de evaluare să fie facilitată și ca informațiile oferite de aceștia să poată oferi o înțelegere îmbogățită despre problemele actuale ale copilului, să îmbunătățească abilitățile părinților de a îndeplini adecvat sarcinile parentale și să îi ghideze să-și susțină copiii pentru a face față (într-un mod sănătos, menționăm noi) stresului lumii în care trăiesc. Mai departe, aceiași autori (p. 39) accentuează ideea că implicarea parentală în procesul de evaluare și intervenție asupra copiilor este un aspect critic pentru eficiența programelor de prevenire a problemelor acestora.

De foarte multe ori, în practica clinică, părinții își aduc copiii în cabinetul psihologului precum o mașină în service, gata să o lase acolo pentru evaluare și reparații capitale, declinându-și în felul acesta întreaga responsabilitate. Și dacă putem înțelege teama ascunsă a părinților (că e cumva vina și responsabilitatea lor pentru problemele copilului) și dorința de a ieși rapid dintr-o situație care îi depășește și îi epuizează, e nevoie să înțelegem și faptul că rolul părinților în procesul de evaluare a copiilor și eventual de recuperare a acestora este fundamental. Niciun demers de evaluare clinică a copilului nu ar trebui început până când psihologul nu reușește să motiveze părintele pentru implicare totală în acest proces. Cu câteva excepții (de exemplu, ADHD, autism), majoritatea problemelor psihologice ale copiilor reprezintă „simptomul familiei”, adică constituie semne ale dezechilibrelor emoționale și relaționale ale familiei. De aceea, implicarea părinților și motivarea lor pentru cooperarea continuă cu psihologul sunt sarcini profesionale ce preced planificarea evaluării copilului. În caz contrar, rezultatele evaluării și recomandările făcute vor fi în van, acestea neputând fi implementate fără ajutorul părinților.

8.5. A conduce procesul de evaluare în beneficiul persoanei

Până acum am argumentat necesitatea unei practici de evaluare clinică care să se desfășoare în acord cu teoriile și studiile științifice actuale, printr-un demers individualizat bazat pe raționamente clinice continue în cadrul securizant al unei alianțe de lucru care să permită dezvoltarea persoanei. Un ultim aspect pe care dorim să-l accentuăm este că un proces de evaluare psihologică are ca scop final supra-ordonat (menționat oficial în Codul deontologic al psihologului) beneficiul persoanei. Nu știm exact câți psihologi cugetă atent asupra acestui reper al activității lor, dar, în virtutea experienței noastre clinice (ce-i drept, de doar 15 ani), am constatat că nu suficienți. Am primit în cabinetul nostru de-a lungul timpului persoane trecute printr-un proces de evaluare psihologică (uneori și psihiatrică) care au venit complet tulburați de cele aflate, disperați cu privire la propria persoană și posibilitatea recuperării – ca și cum cele aflate în timpul evaluării constituie o secure gata să le reteze speranța de bine și posibilitatea de a-și îmbunătăți calitatea vieții.

În contrast cu practica clinică centrată (doar) pe diagnosticare, practica actuală a evaluării clinice accentuează ideea că procesul de evaluare este colaborativ tocmai pentru ca acesta să fie trăit ca o experiență pozitivă și benefică pentru clienți. Printre promotorii dedicați ai acestei perspective se numără Finn și Tonsager (Finn, 1996 ; Finn și Tonsager, 1997, 2002), care, plecând de la conceptul de *evaluare terapeutică*, au dezvoltat o serie de tehnici și principii menite să mărească eficiența acestui proces. Prin evaluare terapeutică, autorii înțeleg un fel de a conduce procesul de evaluare în așa fel încât să devină o experiență ce poate schimba pozitiv viața persoanelor. Sintetizând principalele perspective teoretice umaniste – ale psihologiei sinelui, a lui Kohut, și ale teoriei intersubiectivității, a lui Stolorow –, autorii au formulat principiul fundamental ce ghidează o astfel de evaluare psihologică cu efect terapeutic : *Cu cât conducem evaluările în cadrul unui model în care clienții participă integral într-un proces colaborativ al cărui scop este de a observa, înțelege și regândi împreună problemele lor, cu atât mai profund sunt afectați acești clienți* (Finn și Tonsager, 2002, p. 12).

Prezentăm și comentăm în continuare pe scurt reperele de practică dezvoltate de Finn și Tonsager (2002), cu speranța că vor fi supuse reflecției de practicieni și vor putem aduce un aport de eficiență în practica clinică a evaluării psihologice :

- *A încuraja clienții să-și stabilească scopuri personale pentru procesul de evaluare.* Acest aspect implică identificarea și explorarea întrebărilor pe care clienții le au despre ei înșiși și viața lor, precum și beneficiile personale pe care le-ar avea dacă ar răspunde la aceste întrebări prin procesul de evaluare psihologică. În felul acesta, personalizând procesul de evaluare, clientul dobândește sentimentul puterii personale, se implică mai mult și anxietatea cu privire la rezultatele obținute se reduce. Procesul de evaluare psihologică poate fi prezentat clientului ca un un proces de autoexplorare ghidată profesionist, ceea ce asigură angajamentul puternic motivat al persoanei – un ingredient esențial al eficienței demersului clinic. Scopurile personale ale clientului și întrebările sale vor deveni calea prin care psihologul poate prezenta informații mai greu de acceptat de către client la finalul evaluării.
- *A utiliza testele psihologice ca „amplificatori ai empatiei”.* Deși testele standardizate se bazează pe norme, acestea nu ar trebui considerate „adevărate” pur și simplu (chiar dacă sunt !). A nu se insista pe validitatea rezultatelor unui test, ci mai degrabă rezultatele să fie prezentate ca o teorie care poate fi modificată, acceptată sau respinsă de client. În procesul evaluării, aceste rezultate ar fi bine să devină subiecte de discuție amănunțită între psiholog și persoană, cu scopul aprofundării autoconștientizării și autoempatiei clientului. Această înțelegere caldă a suferinței are potențialul de a anula rușinea și de a deschide căi noi de sporire a stării de bine și a calității vieții.
- *A împărtăși cu clienții propriile reacții.* Atunci când este relevant (și acest aspect ține de raționamentul clinic), se recomandă ca psihologii să-și exprime reacțiile personale și să recunoască aspectele care pot influența înțelegerea cazului (de exemplu, teoriile la care aderă, experiența lor clinică etc.). Această manifestare umană autentică a psihologului (cu limitele asumate și resursele conștientizate) devine un model de raportare la sine pentru client, ceea ce actualizează propriile resurse, mărește speranța de recuperare/vindecare/ameliorare, scade intensitatea sentimentului de rușine, amplifică sentimentul de autoacceptare.
- *A crede în potențialul de vindecare innăscut.* Întreaga evaluare de tip terapeutic se bazează pe această convingere profund umanistă a psihologului că, dacă persoana este acceptată empatic într-o relație umană de egalitate, de respect autentic în care se angajează

voluntar pentru a atinge obiective de viață personale, atunci aceasta va activa toate resursele rămase neatinsse de procesul patologic pentru a se recupera.

- *A oferi feedback clientului în manieră terapeutică.* Dacă se oferă întâi informațiile potrivite cu imaginea de sine a clientului, acesta devine mai deschis față de cele care intră în conflict cu viziunea despre propria persoană. Pe de altă parte, clienții acceptă mai ușor rezultatele dacă acestea sunt înțelese în legătură cu obiectivele lor personale și cu nelămuririle pe care le au despre ei înșiși – numai în acest fel ei vor deveni motivați să se angajeze în procesul recuperării/ameliorării/vindecării.

Bibliografie

- American Psychological Association (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Washington, DC.
- Barlow, D.H., Clark, J.R. (2014). The future of clinical psychology : Promises, perspectives, and predictions. In D.H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 899-929). New York : Oxford University Press.
- Bohart, A., Greenberg, L. (2011). *Empatia în psihoterapie*. București : Editura Trei.
- Cambell, W.H., Rohrbaugh, R.M. (2006). *The Biopsychosocial Formulation Manual. A Guide for Mental health Professionals*. New York : Routledge.
- Cierpiakowska, L., Sek, H. (2016). Scientific and social challenges for clinical psychology. *Annals of Psychology*, 3, 419-436.
- Ciorbea, I. (coord.) (2005). *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice*. București : Editura Trei.
- Ciorbea, I. (2014). *Evaluarea psihologică clinică. Repere teoretice și metodologice*. București : Editura Universitară.
- Ciorbea, I., Enache, R., Sălceanu, C. (2015). Evaluarea psihologică în context clinic. În I. Ciorbea (coord.), *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice* (pp.137-310). București : Editura Trei.
- Dafinoiu, I. (2002). *Personalitatea. Metode de abordare clinică*. Iași : Editura Polirom.
- Dafinoiu, I., Vargha, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*. Iași : Editura Polirom.
- David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie : Fundamente*. Iași : Editura Polirom.
- Eells, T.D. (2007). Psychotherapy case formulation : history and current status. In T.D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 3-32). New York : Guilford Press.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544.
- Iliescu, D., Nedelcea, C., Ion, A. (2015). Evaluarea psihologică în context organizațional. În I. Ciorbea (coord.), *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice* (pp. 407-564). București : Editura Trei.
- Finn, S.E., Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assesment : Complementary paradigms. *Psychological Assesment*, 9, 374-385.
- Finn, S.E., Tonsager, M.E. (2002). How Therapeutic Assesment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30, 10-22.
- Finn, S.E. (1996). *Manual for using the MMPI-2 as a therapeutic intervention*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Garb, H.N. (2010). The social psychology of clinical judgment. In J.E. Maddux & J.P. Tagney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 297-311). New York : Guilford Publications, Inc.

- Glänzel, W., Schubert, A. (2015). Foreword to the "Case Studies in Scientometrics" special issues. *Scientometrics*, 105, 1-3.
- Graham, J.R., Naglieri, J.A. (Eds.) (2003). *Handbook of Psychology. Assessment Psychology (Vol. 10)*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Greenberg, L., Rice, L., Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York : Guilford.
- Greene, R.R., De Gruyter, A. (1999). *Human Behavior Theory and Social Work Practice*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research. Gathering and analysing data*. Buckingham : Open University Press.
- Iliescu, D., Nedelcea, C., Ion, A. (2015). Evaluarea psihologică în context organizațional. În I. Ciorbea (coord.), *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice* (pp. 407-564). București : Editura Trei.
- Ionescu, S. (coord.) (2013). *Tratat de reziliență asistată*. București : Editura Trei.
- Ionescu, S., Blanchet, A. (2009). *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*. București : Editura Trei.
- Jeffrey, C. (2016). Evidence-Based Practice : Evolution, Challenges, and Current Status. *Electronic International Journal of Education, Arts, and Science*, 2, 23-48.
- Krampen, D., Krampen, G. (2016). Case Studies in Clinical Psychology : Are We Giving up a Publication Type and Methodology in Research on and Teaching of Psychopathology and Psychotherapy? *International Journal of Psychological Studies*, 8(3), 173-184.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N.J. et al. (2004). Achieving competency in Psychological Assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725-739.
- Lebow, J.L. (Ed.) (2008). *Twenty-First Century Psychotherapies. Contemporary approaches to theory and practice*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Martin, N. (2015). Principiile evaluării psihologice. În I. Ciorbea (coord.), *Evaluarea psihologică aplicată. Repere teoretice și practice* (pp. 19-136). București : Editura Trei.
- Mearns, D., Thorne, B. (2010). *Consilierea centrată pe persoană în acțiune*. București : Editura Trei.
- Persons, J.B., Tompkins, M.A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In T.D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 314-339). New York : Guilford Press.
- Plante, T.G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, Kindle Edition (2006). The Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology : A study of a science*. Vol. 3 : *Formulations of the person and the social context*. New York : McGraw Hill.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston : Houghton Mifflin.
- Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine : How to practice and teach EBM* (2nd ed.). New York : Churchill Livingstone.
- Schroeder, C.S., Gordon, B.N. (2002). *Assesment and treatment of childhood problems* (2nd ed.). NY, London : Guilford Press.
- Shapiro, M.B. (1967). Clinical psychology as an applied science. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1039-1042.
- Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology : What It Is, Why It matters ; What You Need to Know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- Sturmey, P. (2009). *Clinical Case Formulation. Varieties of Approaches*. Edited by A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Tufekcioglu, S., Muran, J.C. (2015). Case formulation and the therapeutic relationship : The role of therapist self-reflection and self-revelation. *Journal of Clinical Psychology* ; doi : 10.1002/jclp.22183.
- Westhoff, K., Kluck, M.L. (2009). *Raportul psihologic : redactare și evaluare*. Cluj-Napoca : Sinapsis.

9. Fazele evaluării clinice și selectarea testelor psihologice

Violeta Enea, Iuliana Petrov, Ion Dafinoiu
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Evaluarea și intervenția sunt relaționate, dar, pentru o perioadă îndelungată, în literatura științifică s-a accentuat mai mult necesitatea aplicării unui tratament confirmat științific, omițându-se rolul evaluării validate științific în dezvoltarea și promovarea acestor tratamente. Capitolul abordează scopurile pe care le poate avea evaluarea în tratamentul psihologic : *screening*, diagnostic, prognostic, conceptualizare a cazului, selectare și planificare a tratamentului, monitorizare a tratamentului și evaluare a eficienței tratamentului la sfârșitul intervenției. Indiferent de perspectiva din care a fost conceptualizată evaluarea, ca proces de luare a unei decizii, ca proces de testare a ipotezei sau ca proces trifazic, etapizarea este similară. Întrebarea de referință ghidează abordarea celorlalte etape ale procesului de evaluare. În finalul capitolului menționăm diferite tipuri de erori pe care este indicat ca psihologul clinician să le conștientizeze pentru a le evita sau corecta și facem recomandări pentru îmbunătățirea judecății clinice.

9.1. Introducere

Prevenția, diagnosticul și tratamentul comportamentului anormal constituie componente principale pe care se concentrează psihologia clinică (Cohen și Swerdik, 2010), diferențiindu-se de alte domenii conexe ale sănătății mintale precum psihiatria, psihologia școlară, consilierea psihologică, asistența socială etc. (vezi Plante, 2005). Pentru a aborda și înțelege problemele umane, psihologia clinică utilizează cunoștințele științifice despre comportamentul uman normal și anormal. Evaluarea psihologică este un proces complex care solicită abilitățile psihologului de a accesa, descrie, înțelege și integra într-un tot coerent caracteristicile minții, ale trăirilor emoționale ale clientului și ale factorilor asociați cu problemele acestuia pentru a determina modalitățile cele mai adecvate de intervenție. Înainte de a discuta despre rolul evaluării în tratament și etapele procesului de evaluare, se impun câteva clarificări :

1. „evaluarea psihologică” și „testarea psihologică” sunt concepte diferite. Evaluarea psihologică reprezintă procesul pe care psihologii îl utilizează pentru a colecta și evalua

informații cu scopul de a diagnostica, de a realiza planul de tratament și de a face predicții privind comportamentele viitoare (Plante, 2005). Testarea psihologică se referă la administrarea testelor standardizate, în timp ce evaluarea psihologică implică apelarea la diverse surse și metode multiple de culegere a datelor, testarea psihologică fiind doar o parte din evaluarea psihologică (Weiner, 2003) ;

2. evaluatorul este ghidat în procesul de examinare de paradigma de evaluare psihologică în care operează, cea în care este format ca orientare psihoterapeutică, dar este recomandată o perspectivă biopsihosocială care presupune o abordare multi-disciplinară a evaluării (Cohen și Swerdik, 2010). Paradigma de evaluare psihologică este definită drept un set de credințe, valori, principii, metode și ipoteze referitoare la mecanismele cauzale privind apariția unei probleme, cele mai bune metode de obținere a informațiilor, importanța evaluării pentru tratament și obiectivele evaluării, precum și strategiile de luare a deciziei și interpretare a informațiilor rezultate din evaluare (Haynes și O'Brien, 2002). Spre exemplu, o paradigmă de evaluare psihologică este cea psihodinamic-proiectivă, conform căreia problemele comportamentale nu pot fi în mod direct observabile și nici accesibile în mod conștient clientului, deoarece sunt rezultatul proceselor și conflictelor psihice inconștiente, astfel încât, din această perspectivă, cele mai bune metode de evaluare sunt probele proiective. Un alt exemplu de paradigmă de evaluare psihologică este evaluarea comportamentală, care se caracterizează prin utilizarea instrumentelor de evaluare validate științific și presupune că variabilele sociale și cele cognitive sunt surse importante de variantă a comportamentului. De asemenea, în această paradigmă se pune accent pe evaluarea susținută empiric, prin mai multe metode și din mai multe surse de informație, a comportamentelor observabile și a variabilelor cauzale din mediul natural. Recent, specialiștii au atras atenția asupra faptului că psihologii care poartă lentilele unei orientări psihoterapeutice specifice își vor concentra atenția în evaluare în mod exclusiv asupra problemelor care sunt în concordanță cu lentilele teoretice (Suhr, 2015). În același timp, integrarea strategiilor din diferite paradigme de evaluare poate evidenția abordarea evaluării într-o manieră nesistematică ce reflectă lipsa familiarității cu paradigmele care le susțin (Haynes și O'Brien, 2002). Astfel, este recomandată în evaluare o abordare biopsihosocială, în care psihologul să ia în considerare toți factorii cauzali biologici, sociali, psihologici, culturali și de mediu în cadrul unei evaluări centrate pe problemă. Psihologii care abordează evaluarea clientului doar dintr-o anumită perspectivă ar putea omite informații importante (Suhr, 2015) ;
3. niciun test nu este perfect și nicio măsurare nu este fără eroare. Această asumție nu diminuează însă importanța abilităților de administrare și cotare standardizată a testelor pe care este necesar să le posedă psihologul, fără de care întregul proces al evaluării clinice ar putea fi invalidat. De exemplu, în administrarea MMSE (*Mini-Mental State Examination*, Folstein, Folstein și McHugh, 1975), dacă examinatorul omite să-i specifice pacientului că trebuie să rețină cuvintele pe care le învață, rezultatele testului ar putea fi influențate negativ ;
4. obiectivul diagnosticului nu este de a eticheta corect nosologic clientul, ci de a descrie, cu cea mai mare acuratețe posibilă, funcționarea clientului (Berman și Shopland, 2005), care, deseori, nu este pe deplin conștient de toate aspectele funcționării sale (Wright, 2011) ;
5. este necesară combinarea unor metode multiple de evaluare pentru realizarea unei evaluări comprehensive, în care să se administreze teste obiective, observația clinică,

scafe de autoevaluare și de heteroevaluare, interviuri clinice, anamneza, precum și probe proiective (a căror utilizare este totuși controversată).

9.2. Evaluarea psihologică validată științific

Practica validată științific are ca obiectiv principal asigurarea serviciilor clinice care s-a demonstrat că sunt cele mai eficiente pentru nevoile fiecărui client (Hunsley și Mash, 2010). În ultimii ani, specialiștii accentuează necesitatea extinderii, și în domeniul evaluării psihologice, a utilizării principiilor practicii validate științific, care s-a concentrat inițial – în domeniul psihologiei – mai mult pe tratamentul validat științific, astfel încât să discutăm despre evaluare psihologică validată științific (Bornstein, 2016). Aceasta implică, conform APA (American Psychological Association, 2006), integrarea următoarelor trei componente : 1. cercetarea, 2. expertiza clinică și 3. cultura, preferințele și caracteristicile pacientului.

O abordare a evaluării psihologice bazată pe date empirice presupune utilizarea teoriei și a cercetării pentru selectarea constructelor importante ce vor fi evaluate în fiecare caz, selectarea metodelor și măsurătorilor corespunzătoare și a manierei în care se desfășoară procesul de evaluare (Hunsley și Mash, 2007). Nu avem încă ghiduri clare despre cum ar fi cel mai indicat să evaluăm tulburările psihice, dar s-au realizat liste cu instrumente validate științific pentru evaluarea copiilor și adolescenților, precum și pentru evaluarea pe parcursul vieții (Hunsley și Mash, 2010). Astfel, una dintre cerințele evaluării validate științific este să se utilizeze instrumente de evaluare care au calități psihometrice bune, adică valori consistente ale fidelității, validității, precum și utilitate clinică. Este mai dificil de răspuns la întrebarea : „Care instrument de evaluare s-a dovedit că ar fi cel mai indicat pentru această tulburare ?”, deoarece instrumentele de evaluare sunt utilizate în scopuri diferite (*screening*, diagnostic, conceptualizarea cazului, monitorizarea și evaluarea tratamentului), iar calitățile psihometrice depind deseori de caracteristicile eșantionului și de obiectivul evaluării.

9.3. Scopurile evaluării în tratament

Instrumentele de evaluare au un rol esențial în dezvoltarea și promovarea tratamentelor validate științific, deoarece însăși decizia privind eficiența unui tratament se bazează pe instrumente care să dovedească acest lucru. Mai mult, în practica clinică psihologiei au nevoie de date corecte ale evaluării pentru a determina funcționarea psihologică a clienților, pentru a selecta și planifica tratamentul, precum și pentru a monitoriza eficiența acestuia. Administrarea unui tratament validat științific nu garantează eficiența intervenției, deoarece evaluarea incompletă sau incorectă poate conduce la utilizări inadecvate sau ineficiente ale tratamentelor validate științific (Weisz și Gray, 2008). Pe parcursul tratamentului psihologic evaluarea este implicată în : a) *screening*, b) diagnostic, c) prognostic, d) conceptualizarea cazului, e) selectarea și planificarea tratamentului, f) monitorizarea tratamentului și g) evaluarea tratamentului (McLeod, Jensen-Doss și Ollendick, 2013). Clinicianul va selecta instrumente de evaluare adecvate în fiecare dintre aceste faze.

- a) În faza de *screening*, evaluarea este scurtă și poate fi utilizată în mai multe scopuri : pentru identificarea persoanelor care au o problemă psihologică sau au risc ridicat de a dezvolta o problemă fără intervenție, pentru a determina necesitatea de a urma un tratament, pentru a genera un prognostic, dar și pentru a colecta informații de bază despre severitatea și potențialul factorilor cauzali ai problemei psihologice.
- b) În faza de *diagnostic*, informațiile din evaluare ajută la determinarea îndeplinirii sau neîndeplinirii criteriilor pentru o tulburare psihiatrică. În practica validată științific, diagnosticarea corectă este esențială. Diagnosticul facilitează conceptualizarea cazului, planul de tratament și selectarea tratamentului (McLeod, Jensen-Doss și Ollendick, 2013). În procesul de evaluare a statusului diagnostic al clientului, este important ca psihologul să ia în considerare : *problemele comorbidității*, deoarece aproximativ jumătate dintre pacienți îndeplinesc criteriile pentru două sau mai multe tulburări, prezența unei *condiții medicale* care poate cauza sau exacerba simptomele psihologice, dar și *stadiul dezvoltării psihice* și funcționarea relaționată cu vârsta pentru diagnosticul diferențial corect (Hunsley și Mash, 2010). De asemenea, explorarea factorilor culturali nu trebuie neglijată, deși la noi în țară nu există diversitatea culturală din Londra, de exemplu, unde clientul englez poate fi de naționalitate pakistaneză, indiană, chineză, română ș.a.m.d.

În procesul stabilirii diagnosticului, Suhr (2015) consideră că psihologul clinician utilizează raționamentul inductiv și raționamentul deductiv în modelul procesului dual al luării unei decizii. Conform acestui model, luarea deciziei în context diagnostic are la bază două sisteme, unul intuitiv și unul analitic. La începutul evaluării clinice, luarea deciziei se bazează pe sistemul intuitiv, care necesită efort cognitiv minim, deoarece se realizează la nivel inconștient și este un proces inductiv, automat și rapid. Raționamentul inductiv este un proces explorator care presupune detectarea diagnosticelor potențiale pornind de la simptomele raportate, de la scorurile la teste sau comportamentul observat. Dacă clinicienii ajung la un diagnostic prin utilizarea acestui sistem mai puțin solicitant din punct de vedere cognitiv, vor trece la confirmarea deductivă a diagnosticului. Acest al doilea sistem deductiv, analitic este lent, deliberat, bazat pe reguli, necesitând efort cognitiv și timp (Glockner și Witteman, 2010). Utilizarea raționamentului deductiv presupune ca evaluatorul să înceapă cu un diagnostic ipotetic, să ia în considerare ceea ce ar aștepta să observe dacă diagnosticul ar fi confirmat sau infirmat, după care să colecteze datele relevante pentru a confirma sau infirma diagnosticul ipotetic (Suhr, 2015). Astfel, *modelul procesului dual de luare a unei decizii* presupune că clinicianul stabilește inițial, printr-un raționament inductiv, un diagnostic ipotetic pe baza simptomelor cu care pacientul se prezintă, după care, printr-un raționament deductiv, colectează informații care să confirme sau să infirme diagnosticul ipotetic, luând în considerare ipoteze alternative. Unii evaluatori care utilizează acest sistem de luare a deciziei susțin că, de fapt, oscilează, trecând de la un sistem la altul. Pentru procesul de stabilire a diagnosticului, Berman și Shopland (2005) fac următoarele recomandări care ar fi indicat să fie luate în considerare :

– *Adresează întrebări care vor exclude diagnostice !*

De exemplu, pentru a decide dacă problemele de somn sunt un simptom al depresiei sau este vorba despre insomnie, psihologul trebuie să întrebe „Când au debutat dificultățile de somn?”. Dacă s-au manifestat simultan cu celelalte simptome din depresie înseamnă că dificultățile de somn reprezintă un simptom al depresiei, dar

dacă au existat înaintea celorlalte simptome depresive, diagnosticul pozitiv va fi multiplu : depresie și insomnie.

- *Conștientizează natura limitată a informațiilor tale !*
Stabilirea diagnosticului trebuie să aibă la bază colectarea de către psiholog a unei game largi de informații din surse multiple, deoarece cu cât deține mai multe informații despre client, cu atât diagnosticul poate fi mai corect. Evaluarea doar printr-un interviu de 40 de minute poate reprezenta mai mult o tentativă de stabilire a diagnosticului, pentru că informațiile în acest caz vor fi limitate.
- *Fii strict în utilizarea criteriilor DSM !*
DSM precizează situațiile în care stabilirea unor diagnostice multiple este inadecvată. Specialistul nu doar că nu trebuie să stabilească un diagnostic dacă nu sunt îndeplinite criteriile pentru o tulburare, dar este necesar să țină cont de indicațiile din DSM. De exemplu, când un adolescent îndeplinește criteriile de diagnostic pentru tulburarea de conduită, nu se mai stabilește și diagnosticul de opoziționism provocator. Pot exista și situații, conform DSM-IV-TR (APA, 2000), în care să se acorde un anumit diagnostic din cauza severității și persistenței simptomatologiei, chiar dacă nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru diagnosticul respectiv.
- *Ia în considerare beneficiile și riscurile diferitelor diagnostice !*
Unul dintre beneficiile cunoașterii diagnosticului constă în faptul că ajută pacientul să primească tratamentul adecvat pentru tulburarea pe care o are. În același timp, diagnosticul reprezintă o etichetă nosologică, iar etichetele au puterea de a influența percepțiile celorlalte persoane și de a afecta cursul vieții unei persoane, astfel încât se impune grijă în utilizarea lor.
- *Amintește-ți că clientul nu este un diagnostic !*
Tulburarea psihică pe care o are un client nu îl definește ca om, el este mai mult decât diagnosticul său.
- *Uneori decizia corectă este să nu diagnostichezi !*
Nu de fiecare dată când un client ajunge în situația de evaluare psihologică înseamnă că trebuie să primească o etichetă nosologică, ci vor fi și situații în care se va constata că intensitatea, frecvența și durata problemelor nu sunt anormale, astfel încât decizia corectă este „Niciun diagnostic”.
- *Verifică de două ori judecata clinică !*
Berman și Shopland (2005) argumentează că este important ca psihologul clinician să se asigure, în primul rând, că nu a interpretat eronat influențele sociale, biologice și individuale asupra problemei clientului prin verificarea judecății clinice. Psihologul clinician este cel mai vulnerabil la greșeală atunci când este foarte diferit de client. De aceea, psihologul va conștientiza prejudecățile pe care le are și va analiza în ce măsură diferențele de gen, vârstă, orientare sexuală, credințe religioase îl vulnerabilizează la greșeli în judecata clinică. În al doilea rând, după stabilirea diagnosticului, psihologul caută potențiale surse de eroare în diagnostic și realizează o ultimă verificare din perspectiva clientului. În cazul în care consideră că clientul ar avea o reacție negativă puternică la diagnosticul stabilit, psihologul trebuie să se gândească la implicațiile privind corectitudinea deciziilor sale și să le revizuiască, dacă este adecvat. Clientul este expert în privința vieții lui, nu psihologul, iar clientul trebuie tratat ca un partener în procesul stabilirii diagnosticului (Berman și Shopland, 2005). Psihologul trebuie să țină cont de utilitatea deciziilor sale

diagnostice pentru client, care este important să fie susținute de discuțiile pe care le-a avut cu clientul despre viața lui.

- c) *Prognosticul* se referă la predicția cursului unei tulburări sau a probabilității de a dezvolta o problemă psihologică în prezența factorilor de risc specifici. Evaluarea prezenței factorilor de risc care sunt asociați cu o anumită tulburare psihologică poate indica necesitatea de a urma o intervenție psihologică, pentru a preveni dezvoltarea tulburării.
- d) *Conceptualizarea cazului* este o componentă critică a tratamentului, definită drept un set de ipoteze referitoare la antecedentele, factorii cauzali și de menținere ai comportamentelor-problemă ale pacientului. Evaluarea furnizează informații pentru conceptualizarea cazului, de care depind planul de tratament, selectarea tratamentului, monitorizarea rezultatului și evaluarea tratamentului. Conceptualizarea cazului include, dincolo de orientările teoretice, patru componente principale, conform Eells, Kendjelic și Lucas (1998): simptomele și problemele, evenimentele sau stresorii care au condus la dezvoltarea simptomelor și problemelor, vulnerabilitățile preexistente (evenimentele predispozante sau stresorii de pe parcursul vieții) și mecanismele cauzale ipotetice care leagă toate componentele anterioare pentru a oferi o explicație pentru dezvoltarea și menținerea simptomelor.
- e) *Selectarea și planificarea tratamentului* se va face pe baza conceptualizării cazului, luând în considerare intervențiile terapeutice validate științific pentru fiecare tulburare. Stabilirea unui diagnostic și identificarea tratamentelor adecvate pentru tulburarea respectivă sunt primele etape ale planificării tratamentului, urmate de conceptualizarea cazului, care va oferi informații pentru selectarea tratamentului validat științific adecvat, și apoi de administrarea intervenției individualizate.
- f) *Monitorizarea tratamentului* presupune evaluarea simptomelor centrale, a factorilor cauzali și a proceselor terapeutice pe parcursul tratamentului, cu scopul de a identifica schimbările necesare în planul de tratament, ceea ce are ca efect îmbunătățirea rezultatelor intervenției.
- g) Prin *evaluarea tratamentului* la sfârșitul intervenției se determină impactul pe care l-a avut tratamentul asupra simptomelor pe care acesta s-a concentrat. În această fază este importantă selectarea unor instrumente care au demonstrat că indică schimbările intensității simptomelor.

9.4. Etapele evaluării clinice

Procesul de evaluare psihologică a fost conceptualizat în literatura de specialitate din mai multe perspective, în cadrul cărora s-a pus accent pe abordarea sa ca sarcină de luare a deciziilor într-un proces de rezolvare a problemelor (Suhr, 2015), ca proces de testare a ipotezelor (modelul testării ipotezei al lui Wright, 2011) și ca proces conceptualizat în trei faze: de input al informației, de evaluare a informației și de output al informației (Weiner, 2003).

Suhr (2015) propune abordarea procesului de evaluare din perspectiva evaluatorului ca „detectiv științific”, care știe ce informații relevante trebuie să colecteze, care sunt metodele cele mai adecvate pentru a aduna informațiile relevante și care sunt erorile în luarea deciziei ce pot afecta fiecare stadiu al procesului de evaluare. Pe parcursul

etapelor evaluării este indicat, conform acestei perspective, să se utilizeze modelul biopsihosocial. Astfel, în timpul interviului acest model va ajuta la formularea ipotezelor cu privire la factorii din trecut și prezent care au contribuit la simptomatologia clientului. În timpul colectării datelor, acest model va fi util în a lua decizii privind datele suplimentare care ar putea fi necesare pentru a testa ipotezele generate ca urmare a interviului inițial. În conceptualizarea și interpretarea finală, acest model va ajuta evaluatorul să ia numeroase decizii :

- dacă este adecvată stabilirea unui diagnostic ;
- dacă este indicat ca clientul să fie trimis pentru alte investigații cu scopul excluderii altor factori sugerați de istoria biopsihosocială că ar contribui la tabloul clinic ;
- care este tratamentul recomandat pe baza contextului biopsihosocial în care se manifestă simptomele.

Dintr-o altă perspectivă, procesul evaluării psihologice a fost conceptualizat în trei faze (Weiner, 2003). Prima fază, *de input al informației*, implică colectarea datelor adecvate pentru a răspunde întrebărilor de referință. Faza a doua, *de evaluare a informației*, presupune interpretarea datelor obținute din evaluare, iar faza a treia, *de output al informației*, constă în utilizarea interpretărilor din faza a doua pentru a trage concluzii și a face recomandări ce vor ajuta să se răspundă la întrebările de referință. Întrebarea de referință orientează clinicienii în alegerea caracteristicilor psihologice ce vor fi evaluate, în selectarea instrumentelor de evaluare psihologică, determinând modul de examinare a datelor, precum și evidențierea concluziilor ce vor fi trecute în raportul psihologic, în concordanță cu obiectivele evaluării (Weiner, 2003). Principalul factor al unei evaluări psihologice deficitare este reprezentat de insuficiența clarificării problemei ce urmează să fie evaluată. Cauzele neclarității pot fi abordarea simultană a unor patternuri de comportament complexe și variate, alături de neformularea întrebării de referință în termeni psihologici și specifici. Rolul psihologilor clinicieni este de a analiza cu atenție solicitarea inițială de evaluare, formulând obiectivele în termeni cât mai specifici.

Wright (2011) propune modelul testării ipotezei în care fiecare evaluare individuală este considerată un studiu de cercetare ce propune ipoteze și le testează utilizând metode și teste multiple, ale căror puncte tari sunt utilizate, în timp ce se presupune că fiecare măsurare individuală este defectuoasă. Acest model este construit pe un tipar tradițional al testării, completat cu noi adăugiri. Conform acestuia, evaluarea psihologică implică șase procese :

1. realizarea unui interviu clinic ;
2. alegerea unei baterii de teste ;
3. administrarea, scorarea și interpretarea testelor ;
4. integrarea și conceptualizarea informației colectate din rezultatele testelor, din interviul clinic, observațiile comportamentului și alte surse ;
5. redactarea raportului de evaluare psihologică ;
6. asigurarea feedbackului persoanei evaluate și sursei de referință.

Clientul se poate prezenta pentru evaluare psihologică din proprie inițiativă sau la solicitarea altei persoane (sursa de referință), care poate fi alt specialist (psihiatrul, medicul de familie etc.) sau altă persoană care intră în contact cu clientul și suspectează existența unei probleme de ordin psihologic. Problema cu care se prezintă pentru evaluare sau întrebarea de referință poate viza funcționarea socială și interpersonală, problemele

comportamentale, starea de bine emoțională etc. sau, rareori, nu există o deteriorare în funcționare și clientul este interesat de autocunoaștere.

Primul pas al modelului testării ipotezelor constă în evaluarea clinică, care implică administrarea unui interviu clinic și colectarea altor informații din surse variate cu două obiective: evaluarea *nivelului deteriorării în funcționare* și *generarea ipotezelor*. Interviul clinic va avea următoarele componente: *problema cu care se prezintă și istoricul ei*, *evaluarea simptomatică* și *evaluarea psihosocială*. Problema cu care clientul se prezintă va implica evaluarea următoarelor componente: stresorii din prezent, statusul cognitiv (atenție, memorie, luarea deciziei, rezolvarea de probleme, halucinații, idei delirante), statusul emoțional (dispoziția, neajutorarea, devalorizarea, disperarea, plânsul, simptome maniacale, anxietate, apetit, somnul, nivelul energiei, hobby-uri, libido), *ideație suicidară* (*ideație*, *intenție*, *plan*, *mijloace*), *ideație ucigașă* (*ideație*, *intenție*, *plan*, *mijloace*).

Evaluarea simptomatică, a doua componentă a interviului clinic, va lua în discuție istoricul dezvoltării, istoricul psihiatric, istoricul abuzului de substanțe, istoricul medical, istoricul psihiatric și medical al familiei. Informațiile obținute vor ajuta la înțelegerea problemei curente.

Evaluarea psihosocială va face referire la următoarele componente: istoricul familial, istoricul educațional, istoricul legal, istoricul social și istoricul psihosexual.

Evaluarea funcționării curente va fi evaluată și prin observație clinică, ale cărei rezultate pot fi organizate sub forma *evaluării statusului mintal* (vezi capitolul din acest volum dedicat acestei teme).

Pe baza rezultatelor evaluării clinice se vizează îndeplinirea celui de-al doilea obiectiv, de generare a ipotezelor pentru toate cauzele posibile ale funcționării deteriorate, iar pentru aceasta este necesară cunoașterea psihodiagnosticului. În acest sens, în funcție de ipoteze se vor alege instrumente care să le testeze. De exemplu, dacă un client vârstnic manifestă probleme de memorie, pentru că acestea pot reprezenta un simptom al demenței, această tulburare poate fi o ipoteză viabilă pe care psihologul să o ia în considerare și pe care va trebui să o testeze. În același timp, alte ipoteze pot fi depresia, dar și o caracteristică normală, specifică vârstei. *Ipoteza de nul* în orice evaluare referitoare la funcționarea individului trebuie să fie întotdeauna aceea că aceasta este normativă. În acest punct, Wright recomandă ca psihologul să facă un pas înapoi pentru a înțelege care sunt domeniile în care se manifestă funcționarea deteriorată, după care să enumere toate cauzele posibile. Două ipoteze care trebuie luate în considerare în fiecare evaluare sunt: *abuzul de substanțe* și *condiția medicală generală*.

Cercetarea recentă în psihopatologie evidențiază o schimbare de paradigmă, în sensul că se concentrează mai mult pe înțelegerea etiologiei potențiale care a cauzat simptomele și comportamentele specifice decât pe seturile de simptome și diagnostice, pentru a înțelege ce conduce la psihopatologie și cum poate fi tratată (Insel *et al.*, 2010). Scopul interviului inițial ar trebui să fie dezvoltarea ipotezelor despre cauzele problemelor și simptomelor prezentate de client, și nu a ajunge la un diagnostic (Wittman *et al.*, 2007).

Următorul pas al procesului de evaluare va fi *selectarea unei baterii de teste* care să ajute la aprecierea validității fiecărei ipoteze, pentru a realiza măsurări obiective ale simptomelor constatate la primul pas. Cel mai important factor în selectarea testelor psihologice se referă la *gradul în care acestea corespund obiectivului general al evaluării clinice*. Alegerea bateriei de teste se va realiza pe baza ipotezelor generate în primul pas, avându-se în vedere recomandarea de a utiliza măsurări multiple ale aceluiași

construct. De exemplu, dacă depresia este o ipoteză, se vor utiliza măsurări multiple care vor permite evaluarea ei prin metode diferite, precum scale de autoevaluare cu proprietăți psihometrice bune, precum Inventarul de Depresie Beck (BDI-II – Beck, Steer și Brown, 1996), scale de heteroevaluare, precum Scala de Evaluare a Depresiei Hamilton (HDRS – Hamilton, 1980), ale căror rezultate vor fi ulterior combinate cu datele din interviul clinic și observațiile comportamentale. Evaluările psihologice trebuie să țină cont atât de varietatea metodelor utilizate (teste, interviuri, observații), cât și de orientarea indivizilor spre anumite metode (de exemplu, unele persoane preferă interviurile clinice în detrimentul testelor psihologice din cauza anxietății de evaluare resimțite). Totuși, se recomandă o abordare complementară a metodelor de evaluare, fiecare dintre acestea oferind o perspectivă diferită și valoroasă asupra individului, necesară unei evaluări psihologice profunde (Weiner, 2003). O baterie de teste echilibrată ar trebui să includă instrumente atât de autoevaluare, cât și de măsurare a performanței prin teste, examinatorul obținând în acest mod informații bogate și variate (Acklin, 2002). Cele mai importante surse de informații includ scalele de autoevaluare, testarea psihologică și evaluarea comportamentului (Heilbrun, 2001). Scalele de autoraportare au dezavantajul de a nu dezvălui decât trăsăturile de personalitate și patternurile de comportament conștientizate de client, spre deosebire de instrumentele de evaluare a performanței, care oferă mult mai multe informații (Weiner și Greene, 2007).

Un alt factor esențial este reprezentat de experiența clinicianului, preferințele personale, precum și familiarizarea acestuia cu literatura de specialitate. O problemă semnalată de specialiști este tendința unora dintre clinicieni de a utiliza versiuni scurte ale instrumentelor (Shrauger și Osberg, 1981). Deși multe dintre aceste forme ale testelor sunt valide pentru *screeningul* psihologic, utilizarea lor ca substitute ale versiunilor mai lungi nu este acceptată în evaluare (Kaufman și Lichtenberger, 2002), încercările de a dezvolta versiuni mai scurte ale testelor fiind descurajate de experții în domeniu (Graham, 2000).

În selectarea instrumentelor trebuie să se ia în considerare, pe lângă proprietățile psihometrice ale instrumentelor și factorii procedurali, utilitatea și costul (Newman, Rugh și Ciarlo, 2004). Factorii procedurali vizează ușurința utilizării instrumentului și utilizarea datelor obținute de la surse multiple. Utilitatea se referă la utilizarea măsurării în planificarea și livrarea elementelor serviciului clinic, la ușurința interpretării datelor și la cât de ușor de înțeles sunt acestea pentru neprofesioniști. De asemenea, instrumentele care costă mai puțin vor fi mai accesibile. Astfel, testele psihologice nu trebuie selectate doar pe baza proprietăților psihometrice, ci este nevoie să se ia în considerare compatibilitatea testelor cu schema de tratament ce urmează a fi planificată și aplicată clientului în cauză, deoarece testele sunt utilizate pentru a genera planul de tratament ce trebuie urmat (Beutler, Clarkin și Bongar, 2000 ; Jongasma și Peterson, 1995 ; Maruish, 1999).

Al treilea pas al procesului de evaluare psihologică este testarea, care presupune administrarea, cotarea și interpretarea testelor. Interpretarea testelor se bazează pe asumția că administrarea și cotarea acestora s-au realizat într-un mod adecvat, standardizat. Se va ține cont de vârsta clientului, locul și momentul testării.

Este foarte important ca psihologul să cunoască nu doar calitățile psihometrice ale fiecărui test, ci și limitele acestuia. Evaluările psihologice ar trebui realizate într-un climat de securitate, care să asigure confortul clientului, stimulând spiritul de cooperare. Conform lui Masling (1998), clienții sunt deschiși în oferirea de informații examinatorului, atunci când percep testarea ca o interacțiune respectuoasă din ambele părți, în detrimentul unei atitudini autoritare din partea acestuia.

Al patrulea pas al procesului de evaluare constă în integrarea și conceptualizarea informațiilor colectate din rezultatele testelor, ale interviului clinic, ale observațiilor comportamentale și din alte surse. Procesul de integrare a informațiilor implică mai multe etape: acumularea rezultatelor, identificarea temelor, organizarea datelor și conceptualizarea (Wright, 2011). *În prima etapă*, pe o foaie se notează rezultatele obținute din interviul clinic, testarea funcționării emoționale și a personalității, observația comportamentului, indiferent de aparenta lipsă de importanță, pentru a vedea modul în care acestea se potrivesc împreună, precum piesele unui puzzle. Uneori temele sunt clare și ușor de identificat, alteori sunt mai dificil de categorizat, dar este important ca o temă să fie susținută de rezultate din teste și măsurări diferite, care să o explice. *Temele* uneori decurg din rezultate, din domeniile despre strategiile de adaptare sau despre lumea interpersonală a individului, dar pot fi stabilite și prin identificarea proceselor emoționale sau cognitive ale individului. Tema este descrisă de rezultate. De exemplu, temele pot fi simptome specifice (precum devalorizarea), pot include caracteristici de personalitate (precum dezirabilitatea socială) sau factori de mediu (precum izolarea interpersonală). În funcție de complexitatea evaluării, pot exista câteva teme sau zece teme, fiind important să includem cât mai puține teme care să cuprindă toate rezultatele (Wright, 2011). Ca în cazul analizei tematice, revizuirea temelor poate determina ca o temă inițială să fie împărțită ulterior în mai multe teme, iar rezultatele care nu se potrivesc cu temele stabilite sunt etichetate ca „diverse” și pot constitui o altă temă împreună cu alte astfel de rezultate. Important este ca rezultatele să explice tema, nu doar să fie relaționate cu ea. *Etapă de organizare a rezultatelor* presupune realizarea unui tabel în a cărui primă coloană sunt incluse temele, iar în a doua coloană sunt măsurările individuale (observațiile comportamentale, scalele de autoevaluare) cu rezultatele ce susțin temele. *În etapa de conceptualizare*, temele sunt integrate într-o narațiune care să explice funcționarea persoanei evaluate și să conducă la susținerea unui diagnostic, precum și a recomandărilor de a consulta un psihiatru, de a urma psihoterapie sau alte sugestii adecvate cazului. Această etapă a evaluării va fi abordată detaliat în capitolul denumit „Integrarea și interpretarea informațiilor din evaluare”, din cadrul acestui volum.

Al cincilea pas al evaluării este redactarea raportului de evaluare psihologică. Cunoașterea secțiunilor în care este necesar să fie structurat un raport de evaluare psihologică și a modului în care sunt prezentate informațiile din fiecare secțiune prin asigurarea unui echilibru între limbajul profesional și jargonul psihologic este esențială pentru o comunicare clară și inteligibilă a rezultatelor evaluării. Acest subiect va fi abordat pe larg în capitolul „Redactarea raportului psihologic” al acestui volum.

Ultimul pas al evaluării constă în asigurarea feedbackului privind rezultatele evaluării atât persoanei evaluate, cât și sursei de referință. Rezultatul evaluării clinice trebuie comunicat atât persoanei evaluate, cât și sursei de referință, care a recomandat evaluarea psihologică. Ședințele de prezentare a feedbackului solicită abilitățile clinice în mod deosebit, deoarece este necesar ca psihologul să se adapteze la reacțiile diferite pe care clientul le poate manifesta în momentul comunicării diagnosticului. Astfel, poate fi necesar să explice un concept în diferite moduri sau să consoleze și să empatizeze cu clientul care ar putea fi supărat din cauza diagnosticului. Este important ca recomandările să îmbunătățească viața și funcționarea persoanei.

9.5. Erori în procesul evaluării clinice

Există o serie de erori ce pot interveni în etapele evaluării psihologice, pe care este necesar ca un clinician să le cunoască, pentru a le evita sau corecta. Putem discuta despre erori realizate de examinator și erori realizate de persoana evaluată. Erorile ce țin de examinator se împart în mai multe categorii: competența de a utiliza procedurile respective, alături de modul în care personalitatea clinicianului poate influența răspunsurile la testele psihologice (Weiner, 2003). Calificarea în administrarea testelor nu este asigurată de simpla deținere a licenței de utilizare a testelor, implicând training de specialitate și familiarizarea clinicianului cu versiunile recente ale instrumentelor, precum și cu literatura științifică din domeniu. Este recomandată luarea în considerare a factorilor interpersonal, socioculturali și situaționali, care pot afecta atât culegerea datelor, cât și interpretarea acestora (Sandoval *et al.*, 1990). Mai mult, *bias*-ul în evaluarea informațiilor are loc atunci când clinicianul se bazează pe ideile sale preconcepționate în abordarea clinică, acestea fiind percepute conștient sau nu (Reynolds *et al.*, 1999). De asemenea, există o serie de surse de eroare care pot fi identificate în exercitarea judecății clinice și în procesul de luare a deciziei diagnostice de către clinician (Suhr, 2015):

1. *bias-ul confirmativ* – constă în tendința generală de a căuta și de a acorda atenție dovezilor care confirmă ipoteza de lucru inițială, în timp ce se subvaluează dovezile care o infirmă (Garb, 2000). Este necesar ca evaluatorul să formuleze întrebări în timpul interviului și să administreze nu doar instrumente care confirmă diagnosticul ipotetic, ci și instrumente pentru diagnosticul diferențial pentru a colecta dovezi care infirmă diagnosticul.
2. *bias-ul reprezentativității* – se referă la posibilitatea ca un clinician, pe baza faptului că anumite semne și simptome sunt mai puternic relaționate cu un anumit diagnostic, să diagnosticheze inițial o tulburare considerată ca fiind „reprezentativă” pentru respectivele simptome, ignorând specificitatea simptomelor, iar în procesul raționamentului deductiv să colecteze informații care confirmă raționamentul inițial eronat, fără a lua în considerare ipoteze alternative sau dovezile care infirmă diagnosticul inițial.
3. *bias-ul regretului* – apare când clinicianul supraestimează probabilitatea unui diagnostic cu consecințe severe din cauza regretului pe care anticipează că l-ar avea dacă ar omite diagnosticarea.
4. *bias-ul disponibilității* – se referă la faptul că clinicianul se lasă influențat în decizia sa de cea mai recentă informație (*recency bias*) obținută în timpul testării (de exemplu, rezultatul la testul de inteligență) sau de prima informație (*primacy bias*) prezentată de pacient.
5. *bias-ul retrospectiv* – apare atunci când clinicianul se bazează pe un diagnostic anterior stabilit în diverse situații și supraestimează probabilitatea respectivului diagnostic. O astfel de situație poate fi cea în care clinicianul, de exemplu, omite faptul că scopul unui *screening* nu este de stabilire a diagnosticului și ia în considerare rezultatul unui *screening* drept certitudine privind prezența unui anumit diagnostic. O altă situație poate fi cea în care clinicianul consideră un diagnostic temporar stabilit într-o situație de criză ca fiind un diagnostic confirmat.
6. *bias-ul diagnosticului* – se referă la tendința de a supradiagnostica prin stabilirea unui diagnostic nosologic, atunci când decizia corectă ar fi „niciun diagnostic”.

Pentru a îmbunătăți corectitudinea în judecata clinică, este indicat ca psihologii clinicieni să ia în considerare următoarele recomandări (Wedding și Faust, 1989; Groth-Marnat, 2003):

- a) pentru a-și dezvolta strategiile de obținere a informațiilor și a realiza estimări corecte cu privire la acuratețea judecății clinice, este important ca psihologii clinicieni să se familiarizeze cu literatura științifică referitoare la judecata clinică și să dețină cât mai multe informații cu privire la persoana sau grupul pe care îl evaluează;
- b) este indicată utilizarea unor interviuri cel puțin semistructurate, dacă nu structurate, pentru a nu omite informații esențiale despre pacient, mai ales când se impun decizii clinice urgente (ca în situațiile de criză când persoana reprezintă un pericol pentru sine sau alte persoane);
- c) în timpul interviurilor este recomandată notarea informațiilor și evitarea reactualizării acestora din memorie, pentru a evita posibile erori cauzate de caracterul reconstructiv al memoriei;
- d) în stabilirea psihodiagnosticului, clinicianul ar trebui să se bazeze cu atenție pe criteriile din DSM-5 sau ICD-10 și să fie strict în utilizarea lor pentru a evita atât supradiagnosticarea, cât și subdiagnosticarea.
- e) pentru a reduce posibilitatea de a realiza o serie de erori, precum eroarea de confirmare, clinicienii ar trebui să ia în considerare nu doar datele care susțin ipoteza diagnostică, ci și pe cele care nu o susțin;
- f) Ownby și Walbrown (1983) susțin necesitatea solicitării de către clinician a unui feedback de la sursa de referință referitor la precizia, claritatea, utilitatea informației și a recomandărilor din raportul psihologic, pentru a ajuta la îmbunătățirea corectitudinii și utilității judecății clinice.

Erorile ce țin de respondent se referă la atitudinea acestuia față de examinator, tendința de a da răspunsuri dezirabile social, alături de preferințele personale cu privire la clinician. Efectele managementului impresiilor se referă la încercările participanților de a induce examinatorului o imagine falsă despre ei. Una din cauzele cele mai frecvente se referă la încercările de atragere a atenției, maximizând astfel simptomele. Tentativele de simulare sunt evidente de obicei între părțile aceluiași test, între rezultatele testelor și observațiile realizate în urma interviului, respectiv istoricul personal al pacientului (Berry, Wetter și Baer, 2002). O altă modalitate de inducere în eroare a examinatorului este reprezentată de tendința subiecților de a falsifica conștient răspunsurile oferite, fie prin autoprezentarea în manieră negativă sau prin prezentarea propriei persoane într-o lumină favorabilă. Ambele tendințe se pot situa pe un continuum, de la o ușoară exagerare a calităților sau dificultăților întâmpinate, mergând până la inventarea unor realizări sau probleme ce nu au avut loc niciodată, putând fi depistate prin identificarea inconsistențelor din datele respondenților (Weiner, 2003). Erorile privind gestionarea informațiilor se referă la asigurarea confidențialității datelor provenite de la clienți, fiind o provocare în contextul administrării computerizate a probelor psihologice.

Concluzie

Evaluarea psihologică reprezintă în fond o sarcină de luare a deciziei în care psihologul formulează și testează ipoteze în mod iterativ, având în vedere factorii biologici, psihologici și sociali ce pot explica problema clientului. Înțelegerea comportamentului și a funcționării psihologice a unei persoane prin evaluarea psihologică pe parcursul câtorva ședințe solicită abilitățile, expertiza psihologului și capacitatea sa intelectuală. În evaluare se pot utiliza numeroase metode, dar „instrumentul” cel mai important este însuși psihologul, deoarece deciziile le va lua în urma exercitării judecății sale clinice. În literatura de specialitate se vorbește despre lipsa de putere a psihologului, dar statutul de psiholog clinician reprezintă ipostaza în care psihologul are cea mai mare putere, dacă luăm în considerare modul în care poate influența negativ viața unei persoane prin erorile pe care le poate face. Astfel, conform principiilor practicii validate științific, este important ca psihologii să fie la curent cu descoperirile științifice, să își monitorizeze și evalueze critic cunoștințele, abilitățile, precum și deciziile pe care le iau în asigurarea serviciilor clinice pentru clienți.

Bibliografie

- Acklin, M.W. (2002). How to select personality tests for a test battery. In J.N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment* (2nd ed., pp. 13-23). New York : Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC : Author.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Berry, D.T.R., Wetter, M.W., Baer, R. (2002). Assessment of malingering. In J.N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment* (2nd ed., pp. 269-301). New York : Guilford Press.
- Berman, P.S., Shopland, S. (2005). *Interviewing and diagnostic exercises for clinical and counseling skills building*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Beutler, L.E., Clarkin, I.F., Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York : Oxford University Press.
- Bornstein, R.F. (2016). Evidence-Based Psychological Assessment. *Journal of Personality Assessment* ; doi : 10.1080/00223891.2016.1236343.
- Cohen, R.J., Swerdik, M. (2010). *Psychological testing and assessment : an introduction to tests and measurement* (7th ed.). The McGraw-Hill Companies.
- Graham, J.R. (2000). *MMPI-2 : Assessing personality and psychopathology* (3rd ed.). New York : Oxford University Press.
- Garb, H.N. (2000). Computers will become increasingly important for psychological assessment : Not that there’s anything wrong with that. *Psychological Assessment*, 12, 31-39.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Eells, T.D., Kendjelic, E.M., Lucas, C.P. (1998). What’s in a case formulation ? Development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 144-153.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Glockner, A., Witteman, C. (2010). Beyond dual-process models : A categorization of processes underlying intuitive judgment and decision making. *Thinking and Reasoning*, 16, 1-25.

- Hamilton, M. (1980). Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 21-24.
- Haynes, S.N., O'Brien, W.H. (2002). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York : Kluwer Academic.
- Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York : Kluwer Academic/Plenum.
- Hunsley, J., Mash, E.J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 57-79.
- Hunsley, J., Mash, E.J. (2010). The role of assessment in evidence-based practice. In M.M. Antony, D.H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed., pp. 3-23). New York : The Guilford Press.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heintzen, R., Pine, D.S., Quinn, K. *et al.* (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751.
- Jongsma, A.E., Peterson, L.M. (1995). *The complete psychotherapy treatment planner*. New York : Wil.
- Kaufman, A.S., Lichtenberger, E.O. (2002). *Assessing adolescent and adult intelligence*. Boston : Allyn & Bacon.
- Masling, J.M. (1998). Interpersonal and actuarial dimensions of projective testing. In L. Handler & M.J. Hilsenroth (Eds.), *Teaching and learning personality assessment* (pp. 119-135). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Maruish, M.E. (Ed.) (1999). *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed.). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- McLeod, B.D., Jensen-Doss, A., Ollendick, T.H. (2013). *Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents. A clinical guide*. New York : The Guilford Press.
- Newman, F.L., Rugh, D., Ciarlo, J.A. (2004). Guidelines for selecting psychological instruments for treatment planning and outcomes assessment. In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Vol. 1 : *General considerations* (3rd ed., pp. 197-214). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Ownby, R.L., Walbrown, F.H. (1983). Evaluating school psychological reports. Part I: A procedure for systematic feedback. *Psychology in the Schools*, 20, 41-45.
- Plante, T.G. (2005). *Contemporary clinical psychology* (2nd ed.). New Jersey : John Wiley Sons, Inc.
- Reynolds, C.R., Lowe, P.A., Saenz, A. (1999). The problem of bias in psychological assessment. In T.B. Gutkin & C.R. Reynolds (Eds.), *The handbook of school psychology* (3rd ed., pp. 549-595). New York, NY : Wiley.
- Sandoval, J., Frisby, C.L., Geisinger, K.F., Scheuneman, J.D. (Eds.) (1990). *Test interpretation and diversity*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Shrauger, J.S., Osberg, T.M. (1981). The relative accuracy of self-predictions and judgments of others in psychological assessment. *Psychological Bulletin*, 90, 322-351.
- Suhr, J.A. (2015). *Psychological assessment : a problem-solving approach*. New York : The Guilford Press.
- Wedding, D., Faust, D. (1989). Clinical judgment and decision making in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 233-265.
- Weiner, I.B. (2003). *The Assessment Process*. In J.R. Graham & J.A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Psychology*. Vol. X : *Assessment Psychology*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc.
- Weiner, I.B., Greene, R.L. (2007). *Handbook of Personality Assessment*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc.
- Weisz, J.R., Gray, J.S. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents : Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 54-65.
- Witteman, C.L.M., Harries, C., Bekker, H.L., Van Aarle, E.J.M. (2007). Evaluating psychodiagnostic decisions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 10-15.
- Wright, A.J. (2011). *Conducting psychological assessments : a guide for practitioners*. New Jersey : John Wiley & Sons.

10. Evaluarea statusului mintal

Bogdan Voinescu

Universitatea „Babeş-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Acest capitol prezintă concis componentele examenului de specialitate realizat în mod obișnuit de medicul psihiatru, prin care se observă și se descrie statusul mintal curent al persoanei examinate, începând cu aspectul exterior, comportamentul și vorbirea, continuând cu afectivitatea, gândirea, percepția și cogniția și încheind cu critica bolii. O atenție specială este acordată jargonului medical.

Evaluarea statusului mintal (mai cunoscut în România sub denumirea de examen psihic, examen al stării psihice sau examen al stării mintale) face parte din evaluarea psihiatrică, de obicei în continuarea anamnezei¹ (Cowen *et al.*, 2012), și reprezintă un proces structurat prin care sunt evaluate starea mintală și comportamentul unei persoane la un moment dat (Geddes *et al.*, 2012). Evaluarea statusului mintal este corespondentul examenului fizic sau somatic efectuat de medicul internist sau al altor examinări de specialitate din alte discipline medicale clinice (Sadock *et al.*, 2015). Are un format standard și folosește un limbaj specific.

Scopul evaluării statusului mintal este de a identifica *semnele* (ceea ce se observă) și *simptomele* (ceea ce se declară) unor afecțiuni psihiatrice, prezente în momentul evaluării (Geddes *et al.*, 2012) sau foarte recent și care nu au fost adresate în anamneză (Cowen *et al.*, 2012). Informațiile obținute din anamneză, evaluarea statusului mintal și eventualele examinări paraclinice (de laborator, precum analize sangvine, imagistică cerebrală) sunt folosite pentru a formula un diagnostic și un plan de intervenție și pentru a discuta evoluția, posibilele complicații și prognosticul problemelor de sănătate (Sadock *et al.*, 2015).

Evaluarea statusului mintal se efectuează prin observarea directă a persoanei și adresarea de întrebări specifice și de seturi de întrebări specifice (Black și Andreasen, 2014). Durata examenului variază de la câteva minute – în situații de urgență – la câteva

1. Anamneza are mai multe componente, scopul fiind de a afla informații despre trecutul și prezentul persoanei (și ale rudelor), precum probleme de sănătate din trecut, factori de risc și de protecție, motivele prezentării și istoricul problemelor actuale.

zeci de minute – în situații mai complexe – și poate fi repetat, chiar și de mai multe ori pe zi dacă starea bolnavului o cere. Foarte pe scurt, evaluarea statusului mintal caută să răspundă la cinci întrebări principale despre persoana examinată, enunțate în figura 10.1. Evaluarea statusului mintal nu trebuie confundată cu testul Mini-Mental State Examination (MMSE)², acesta evaluând doar aspecte ale cogniției.

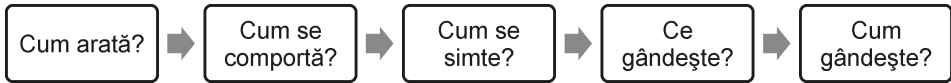


Figura 10.1. Prezentare schematică a evaluării statusului mintal

În mod obișnuit³, evaluarea statusului mintal are mai multe componente (Black și Andreasen, 2014 ; Cowen *et al.*, 2012 ; Geddes *et al.*, 2012 ; Sadock *et al.*, 2015), detaliate de Carlat (2012) și Oyeboode (2015). Figura 10.2 enumeră cele șapte componente principale ale evaluării statusului mintal, care sunt descrise și detaliate în cele ce urmează, cu menționarea cu litere italice a termenilor din jargonul⁴ medical românesc (Predescu și Ionescu, 1976 ; Prelipceanu, 2015).

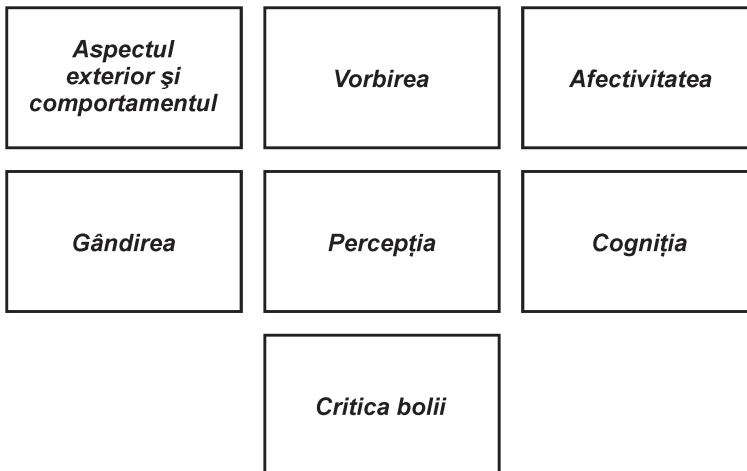


Figura 10.2. Componentele principale ale evaluării statusului mintal (Cowen *et al.*, 2012; Geddes *et al.*, 2012)

2. MMSE a fost introdus de M.F. Folstein, S.E. Folstein și P.R. McHugh (1975), „Mini-Mental State” : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
3. Unii autori, mai ales din țară, prezintă și alte domenii, precum : voința, activitatea, instinctele, ritmul nictemeral sau personalitatea. De asemenea, ordinea în care aceste domenii sunt prezentate variază de la un centru universitar la altul. Autorul a preferat să prezinte evaluarea statusului mintal așa cum apare în cele mai recente publicații de renume din literatura de specialitate din străinătate, menționând și terminologia folosită uzual în țară de către specialiști.
4. Tabelul din anexă prezintă o listă de prefixe și sufixe medicale mai des întâlnite și care pot ajuta la înțelegerea mai ușoară a jargonului psihiatric.

10.1. Aspectul exterior și comportamentul

Această secțiune caută să aducă informații despre :

- *Vârsta aparentă* – se notează dacă persoana examinată pare mai tânără sau mai bătrână decât este așteptat pentru vârsta declarată ;
- *Vestimentația și accesoriile* – se consemnează dacă sunt curate, potrivite pentru vremea de afară sau pentru circumstanțe sau dacă sunt purtate obiecte neobișnuite. Se descrie inadecvarea lor față de vârstă (*cisvestism*) și față de sex (*travestism*) ;
- *Expresia facială* – se apreciază dacă este tristă și puțin mobilă (*hipomimie*) sau bucuroasă și prea mobilă (*hipermimie*), neobișnuită (*paramimie*) și dacă imită intervievatorul (*ecomimie*) ;
- *Igiena și tunsoarea* – poate fi neglijentă, nepieptănată, murdară, excentrică ;
- *Contactul vizual și privirea* – se notează dacă este fixă sau ferită, ușor sau greu de stabilit/menținut ;
- *Atitudinea* – poate fi cooperantă, prietenoasă sau ostilă ;
- *Activitatea psihomotorie*⁵ – se consemnează dacă este absentă (*stupoare*), redusă (*bradikinezie*), crescută (*neliniște*) sau foarte crescută (*agitație*) ;
- *Postura* – apreciem dacă este naturală, neobișnuită (de exemplu, *flexibilitate ceroasă, catalepsie*) ;
- *Mișcările* – notăm dacă sunt voluntare, dar artificiale (*manierism*) sau repetitive (*stereotipie*) ; involuntare și repetitive (*tremur, tic*) ; persoana parcă nu are stare (*acatizie*) ;
- *Comportamentul social* – dezinhibat/inhibat, bizar ;
- *Altele* – se caută dacă există semne de agresiune fizică sau de autovătămare (echimoze, tăieturi, cicatrice), tatuaje.

10.2. Vorbirea

De cele mai multe ori este expresia formei gândirii (a se vedea mai jos) și este evaluată luând în calcul :

1. *Debitul* – absent (*mutism*), parțial (*mutacism*), crescut (*bavardaj*) și excesiv (*logoree*) ;
2. *Ritmul* – poate fi încetinit (*bradilalie* sau *bradifemie*) sau accelerat (*tahilalie* sau *tahifemie*) ;
3. *Promptitudinea* – scăzută sau crescută ;
4. *Volumul* – scăzut sau crescut ;
5. *Tonul* – ironic, prietenos, sarcastic, calm.

10.3. Afectivitatea

Această secțiune evaluează :

1. cum declară că se simte persoana examinată (*dispoziția*) : tristă, bucuroasă, speriată, vinovată, furioasă ;
-
5. Descrie activitatea motorie drept consecință a stării psihice.

2. cum pare să se simtă (*starea afectivă*) persoana evaluată (ce vede examinatorul) – din punctul de vedere al :
 - a) *Tipului* – tristețe până la depresie (*hipertimie negativă*), bucurie până la manie (*hipertimie pozitivă*), tristețe amestecată cu frică (*disforie*), indiferență (*atimie* sau *apatie*), pierderea interesului pentru activități inițial plăcute (*anhedonie*), frică sau normalitate (*eutimie*) ;
 - b) *Constanței* – este influențabilă? Variază de la o zi la alta sau de la o oră la alta? Se descriu *labilitatea emoțională* (cu forma extremă de *incontinență afectivă*), când variaza excesiv, și *aplatizarea afectivă*, când ea este aproape de neschimbat ;
 - c) *Congruenței* – persoana se poate declara tristă, dar să apară bucurioasă (*incongruență afectivă*) ;
 - d) *Adecvare* – este corespunzătoare situației – plânge, deși ar trebui să râdă ?

10.4. Gândirea

În această secțiune, se evaluează :

1. *Fluxul gândirii*, adică cât de repede se schimbă gândurile și cât de multe și de variate sunt ele. Se descriu *presiunea gândirii* (când ele sunt rapide, abundente și diverse), *sărăcirea gândirii* (când ele sunt încete, puține și similare) și absența gândurilor (*anideație*).
2. *Forma gândirii*, adică cum sunt formulate, organizate și exprimate gândurile (se stabilește prin evaluarea limbajului) :
 - *Fuga de idei* – gândurile se mută brusc de la o idee la alta ;
 - *Asocierile insolite* – cuvintele sunt alese mai degrabă pentru că sună la fel sau rimează decât pentru că au sens ;
 - *Relaxarea asocierilor* (derapaj) – cuvintele sunt înțelese separat, dar nu și propoziția formată de ele ;
 - *Salata de cuvinte* (*schizofazie, incoerență*) – cuvintele și propozițiile nu au sens ;
 - *Perseverarea* (*verbigeratia*) – repetarea de cuvinte, propoziții și idei, ieșite din context ;
 - *Fadingul mintal* – gândirea se întrerupe treptat ;
 - *Barajul de idei* – gândirea se oprește brusc ;
 - *Circumstanțialitatea* – se oferă detalii irelevante ;
 - *Tangențialitatea* – se evită subiectul ;
 - *Neologismul* – cuvânt creat de către persoana examinată ;
 - *Paralogismul* – cuvânt cu sensul schimbat de către persoana examinată.
3. *Conținutul gândirii*
 - a) *Ideea dominantă* – gând recurent, dar care poate fi suprimat cu un grad de efort. Poate lua forma preocupărilor sau a îngrijorărilor.
 - b) *Ideea morbidă* – lipsă de speranță, neajutorare, autovictimizare, vinovăție, tendințe suicidare.
 - c) *Ideea obsesivă* – gând nedorit, repetitiv și intruziv, care invadează mintea în ciuda eforturilor de a-i rezista. Este recunoscută ca aparținând persoanei și ca fiind lipsită de logică și cauzatoare de frică și suferință, adică este *egodistoncă*. Conținutul ei poate fi legat de :

- contaminare – murdărie, praf, detergent, microbi ;
 - agresiune – ideea că va face rău cuiva sau îi va adresa cuvinte nepotrivite ;
 - sex – legat de activități sexuale considerate dezgustătoare sau inadecvate ;
 - religie – este pusă la îndoială existența divinității sau divinitatea este hulită ;
 - starea de sănătate – infecție sau boală ;
 - ordine – lucrurile trebuie aranjate într-un anumit fel sau acțiunile trebuie efectuate într-o anumită succesiune.
- d) *Ideea prevalentă*⁶ – credință izolată și fixă, care preocupă până la a domina viața persoanei. Pe de o parte, se aseamănă foarte mult cu ideea delirantă (în care poate de altfel progresa), în sensul că este de obicei greșită (deși are un grad de adevăr), dar nu este la fel de fixă (persoana acceptă că s-ar putea înșela) sau de ciudată. Pe de altă parte, se deosebește de ideea obsesivă prin faptul că este conformă cu principiile persoanei (adică este *egosintonică*) și apare de obicei pe fondul unei personalități anormale. Varianta lor „normală” este reprezentată de convingeri religioase sau politice fervente.
- e) *Ideea delirantă* – credință fixă, greșită, neinfluențată de argumente logice sau de dovezi contrare și care nu poate fi explicată de religia, cultura sau educația persoanei (de exemplu, cineva poate crede că este supravegheat de cineva care stă ascuns într-un camion negru ; dacă acceptă să verifice camionul și nu găsește nimic, acest lucru va fi folosit drept argument că acele persoane, urmărindu-l, știau că va verifica camionul și l-au părăsit cu puțin timp înainte). Uneori, credința poate fi reală, dar raționamentul din spatele ei este lipsit de logică (de exemplu, când cineva crede că este urmărit pentru motivul că nu plătește cu cardul).

Ideea delirantă poate să fie *primară* (rareori), când apare din senin, la cineva fără probleme medicale cunoscute, sau *secundară* (cel mai adesea), consecutivă unei halucinații, unei schimbări a stării afective sau altei idei delirante (în acest caz, dacă se bazează una pe alta, vorbim de idei delirante *sistemizate*).

Există câteva situații particulare, precum ideea delirantă *indusă* (în *folie à deux*), când cineva începe să creadă ideile delirante ale altei persoane sau când alte fenomene psihice încorporează termenul „delirant”, deși ele nu sunt „delirante” *per se*. De exemplu, vorbim de *percepție delirantă*, când este interpretată greșit semnificația a ceva ce este perceput în mod normal (cineva care crede că este urmărit, văzând o anumită mașină parcând, devine convins că au sosit urmăritorii), sau de *memorie delirantă*, când este reinterpretată greșit amintirea unor evenimente reale.

După tematică, ideea delirantă poate fi :

- de *persecuție* sau de *urmărire*, când cineva crede că oameni sau organizații caută să-i cauzeze prejudicii materiale sau fizice sau să-i distrugă reputația. De menționat că nu este sinonimă cu ideea „paranoidă”⁷ ;
- de *referință*, când cineva crede că lucruri, evenimente sau acțiuni ale altor persoane au o semnificație aparte pentru ea (de exemplu, cineva crede că i se transmit mesaje la televizor) ;

6. Pentru o analiză detaliată asupra conceptului, a se vedea D. Veale (2002), Over-valued Ideas : a Conceptual Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 383-400.

7. Termenul include idei de persecuție, de grandoare, de gelozie, de dragoste și ipohondrice.

- de *grandoare* (de *autoimportantă*), când cineva crede că este foarte bogat, are abilități neobișnuite sau este special ;
- de *vinovăție* (*autoacuzare*), când cineva crede că a făcut ceva rușinos sau păcătos ;
- *nihilistică*, când cineva crede că lumea, persoana sa sau părți din persoana sa nu mai există ;
- *ipohondrică*, când cineva crede că este bolnav ;
- de *gelozie*, când cineva crede că este înșelat ;
- de *dragoste* (*erotomană*), când cineva crede că este iubit de către o persoană (de obicei cu un nivel sociocultural superior) și căreia îi atribuie sentimente de dragoste față de sine ;
- *religioasă* (*mistică*) ;
- de *control* sau de *pasivitate*, când cineva crede că gândurile sau acțiunile sale sunt controlate de o forță externă ;
- de *posedare*, când cineva crede că forțe externe i-au inserat sau i-au furat gânduri ori îi pot citi gândurile ;
- *somatică*, când cineva crede că organele sau corpul sunt bolnave, modificate sau anormale.

10.5. Percepția

Percepția este procesul prin care conștientizăm senzațiile *exteroceptive* (*vizuală, auditivă, olfactivă, gustativă, tactilă*), *interoceptive* sau *visceroceptive* (corespunzătoare organelor interne) și *proprioceptive* (legate de mișcare și poziție). Aceste senzații sunt percepute ca reale, spre deosebire de cele percepute în vis sau prin imaginație.

După intensitate, percepția poate fi mai accentuată (*hiperestezie*), mai redusă (*hipoestezie*) sau abolită (*anestezie*).

După tip, vorbim de :

1. *Iluzie* sau percepția greșită a unui stimul real, prin modificarea condițiilor de percepție (de exemplu, iluzii geometrice), a mediului perceptual (de exemplu, întuneric parțial) sau a condițiilor interne (în atenție deficitară, frică, modificarea stării de conștiință) ;
2. *Halucinație* sau percepția unui stimul inexistent. În mod obișnuit, halucinația este *psihosenzorială*, adică este însoțită de convingere (este trăită ca reală) și este localizată în câmpul de percepție (este receptată de un analizator). Dacă experiența este recunoscută ca fiind anormală și este criticată, vorbim de *halucinoză* (lipsește convingerea), iar dacă reprezentarea este lipsită de percepție, vorbim de *halucinație psihică* sau *pseudohalucinație* (cineva vede cu ochiul minții, aude cu urechile minții).

Halucinațiile pot să apară în orice modalitate senzorială, dar cele mai frecvente sunt cele auditive și vizuale. În prima categorie, se descriu *halucinații la persoana a II-a* (când vocile se adresează persoanei), *halucinații la persoana a III-a* (când vocile vorbesc între ele) și *ecoul gândirii* (o voce repetă ce gândește persoana).

În mod obișnuit, halucinațiile sunt considerate patologice, dar există și câteva excepții, cum ar fi *halucinațiile hipnagogice* și cele *hipnapompice* (apar la trecerea din starea de veghe în starea de somn, respectiv la trecerea din starea de somn în starea de veghe).

10.6. Cognația

- Starea de veghe

Se descriu *confuzia*, *somnolența*, *obnubilarea* (stare de somnolență cu reacție incompletă la stimuli, atenție și memorie reduse, gândire încetinită), *stupoarea* (persoana este mută, imobilă, nu răspunde la apeluri, deși pare trează, stă cu ochii deschiși și poate urmări cu privirea) și *coma* (nu răspunde la niciun stimul).

- Orientarea

Se referă la orientarea în timp (oră, zi, an), spațiu (locul prezent, localitate) și persoană (sine și cei din jur : *autopsihică*, respectiv *allopsihică*).

- Atenția

Din punct de vedere cantitativ, se descriu limitarea atenției (*hipoprosexie*) și accentuarea ei (*hiperprosexie*).

Din punct de vedere calitativ, se descriu de obicei patru aspecte :

- *atenția focalizată* sau *concentrarea*, adică capacitatea de a ne concentra pe anumiți stimuli sau idei, în timp ce suprimăm alții. De obicei este testată prin numărarea descrescătoare din 7 în 7 începând de la 100 (dacă persoana are dificultăți matematice, se poate apela la numirea zilelor săptămânii în sens invers) ;
- *atenția susținută* sau *vigilența*, adică capacitatea de a menține atenția pentru o perioadă mai lungă de timp ;
- *atenția distributivă*, adică capacitatea de a ne menține atenția asupra mai multor sarcini în același timp ;
- *atenția alternantă* sau *mobilitatea*, respectiv abilitatea de muta atenția de la o sarcină la alta.

- Memoria

Din punct de vedere cantitativ, memoria poate fi pierdută (*amnezie*), limitată (*hipomnezie*) sau crescută (*hipermnezie*). Acestea pot fi limitate la o anumită temă (*selective*) sau globale.

După direcția temporală, se descriu amintirile dinaintea unui anumit moment din timp (memoria *de evocare*, *retrogradă*, *retrospectivă*) sau după un anumit moment în timp (memoria *anterogradă*, *prospectivă* sau *de fixare*).

După tipul de procesare a informației, există memoria *senzorială* (de durată foarte scurtă, până la o secundă), de *scurtă durată* (*de lucru*, cu o durată de până la 20-45 de secunde) și de *lungă durată* (teoretic nelimitată). După tipul de informație, memoria de lungă durată poate fi *declarativă* (*explicită*) – conștientă – și *procedurală* (*implicită*) – inconștientă.

Din punct de vedere calitativ, se descriu mai multe tipuri de *paramnezii* :

- *iluzii mnezice* de tipul *falselor recunoașteri* (recunoașterea a ceva ce de fapt nu a fost niciodată trăit – *déjà vu* sau *deja văzut* –, cu o variantă particulară, *criptomnezia* – o amintire uitată este recunoscută ca fiind nouă) și al *falselor nerecunoașteri* (nerecunoașterea a ceva deja trăit – *jamais vu* sau *niciodată văzut*) ;

- *confabulația* sau *halucinația mnezică*: evenimente imaginare sunt reproduse ca fiind amintiri reale.

În practică, se testează:

- memoria de scurtă durată (imediată), prin prezentarea unei adrese, a unor cuvinte fără legătură sau a unor seturi de cifre și repetarea lor de către persoana evaluată;
- memoria recentă, prin repetarea de către persoana evaluată a cuvintelor/numerele folosite la testarea memoriei de scurtă durată cu câteva minute mai devreme (persoanei examinate îi este subliniat că trebuie să le țină minte). O altă posibilitate este de a întreba despre evenimente recente și verificabile din viața persoanei sau în general;
- memoria de lungă durată, prin întrebarea despre evenimente personale (data nașterii, numele părinților) sau bine-cunoscute din trecut (politice, culturale).

- **Limbajul**

Se evaluează capacitatea persoanei de a recunoaște și a numi obiecte, de a înțelege instrucțiuni verbale și scrise și de a scrie un text simplu.

Se descrie pierderea capacității de:

- a recunoaște obiecte, persoane, fețe (*agnozia*);
- a înțelege limbajul (*afazie senzorială*);
- a se exprima (*afazie motorie*);
- a scrie (*agrafie*);
- a citi (*alexie*);
- a efectua calcule (*acalculie*).

- **Abilitatea vizuo-spațială**

Se poate testa informal, prin observarea modului prin care persoana examinată se orientează în încăpere, sau formal, prin a-i solicita persoanei evaluate să copieze figuri geometrice sau, o variantă mai complicată, să deseneze un orologiu care indică o oră specificată.

- **Gândirea abstractă**

Se evaluează prin interpretarea sensului unor proverbe cunoscute și prin identificarea de asemănări între obiecte.

- **Judecata**

Caută să evalueze capacitatea persoanei de a lua decizii și de a acționa corespunzător. În mod special, ne interesează dacă persoana este capabilă să identifice și să evalueze corect situațiile care ar putea-o pune în pericol sau dacă este capabilă să se autoîngrijească.

10.7. Critica bolii

Se referă la modul în care persoana își explică și interpretează simptomele, problema de sănătate și eventualul tratament. Critica bolii poate fi absentă (persoana nu acceptă că ar

fi bolnavă), parțial prezentă (crede că este mai mult/puțin bolnavă decât este sau recunoaște unele probleme, dar nu și altele) sau prezentă.

Evaluarea ei este importantă pentru a stabili gradul de compliantă față de un posibil plan de intervenție și pentru a stabili diferențele dintre punctele de vedere ale persoanei evaluate și ale terapeutului.

În mod obișnuit, se caută informații despre gradul de :

- conștientizare a fenomenelor pe care ceilalți le consideră anormale ;
- recunoaștere a fenomenelor considerate anormale de către alții ;
- acceptare că aceste fenomene pot fi cauzate de o problemă de sănătate ;
- conștientizare a nevoii unui tratament ;
- acceptare a tipului de tratament.

Pentru o mai bună înțelegere, figura 10.3 prezintă un exemplu al unei posibile evaluări a statusului mintal.

<p>Aspectul exterior și comportamentul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoană îmbătrânită • Vestimentație adecvată • Facies trist, hipomimie • Igienă precară • Contact vizual bun, privire fixă • Atitudine parțial cooperantă • Bradikinezie • Postură normală • Tremur ușor al extremității cefalice și al membrelor superioare • Echimoză discretă la nivelul antebrațului drept
<p>Vorbirea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bradilalie, promptitudine scăzută, volum scăzut
<p>Afectivitatea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispoziție tristă • Hipertimie negativă cu anhedonie • Incontinență afectivă
<p>Gândirea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sărăcirea gândirii • Perseverare, circumstanțialitate • Lipsă de speranță, neajutorare • Idei delirante de persecuție • Percepție delirantă • Fără idei suicidare
<p>Percepția</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halucinații vizuale complexe

Cogniția
<ul style="list-style-type: none"> • Conștiință clară • Deorientare temporo-spațială și allopsihică • Marcată hipoprosexie, concentrare și vigilență scăzute • Amnezie anterogradă, iluzii mnezice, hipomezie de scurtă durată și recentă • Agnozie de obiecte și de persoane, afazie senzorială și motorie, acalculie • Abilitate vizual-spațială diminuată marcat • Dificultăți marcate de abstractizare • Incapacitate de a se autoadministra și autoîngriji
Critica bolii
<ul style="list-style-type: none"> • Absentă

Figura 10.3. Exemplu al unei evaluări a statusului mintal la o persoană diagnosticată cu demență mixtă și cu episod depresiv mediu

Anexă

Prefixe	Sufixe
<ul style="list-style-type: none"> • A(n)- – fără • Bradi- – mai lent • Dis- – dificil • Eco- – care repetă • Eu- – normal • Hiper- – mai mult • Hipo- – mai puțin • Neo- – nou • Para- – anormal • Tahi- – mai rapid 	<ul style="list-style-type: none"> • -bulie – voință • -estezie – percepție • -fazie – exprimare • -gnozie – recunoaștere • -kinezie – activitate motorie • -lalie – pronunțare • -mimie – mimică • -mnezie – memorie • -praxie – efectuarea de mișcări • -prosexie – atenție • -psihie – activitate psihică • -timie – afectivitate

Prefixe și sufixe folosite în psihiatrie

Bibliografie

- Black, D.W., Andreasen, N.C. (2014). Interviewing and Assessment. In *Introductory Textbook of Psychiatry* (6th ed., pp. 17-56). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Carlat, D. (2012). *The Psychiatric Interview: A Practical Guide* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Cowen, P., Harrison, P., Burns, T. (2012). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Geddes, J., Price, J., McKnight, R., Gelder, M.G., Mayou, R., Gelder, M.G. (2012). Conducting the Assessment. In *Psychiatry* (4th ed., pp. 27-43). Oxford: Oxford University Press.

- Oyebode, F. (2015). *Sims' Symptoms in the Mind : an Introduction to Descriptive Psychopathology* (5th ed.). Edinburgh : Elsevier Ltd.
- Predescu, V., Ionescu, G. (1976). Semiologia. In Predescu, V. (Ed.), *Psihiatrie* (pp. 89-224). București : Editura Medicală.
- Prelipceanu, D. (2015). *Psihiatrie clinică*. București : Editura Medicală.
- Sadock, B., Sadock, V., Ruiz. P. (2015). Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination. In *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed., pp. 192-210). Philadelphia : Wolters Kluwer.

Bibliografie recomandată

- Azam, M., Qureshi, M., Kinnair, D. (2016). *Psychiatry : a Clinical Handbook*. Banbury : Scion Publishing Ltd.
- Burton, N.L. (2010). *Psychiatry* (2nd ed.). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Stringer, S. (2009). *Psychiatry P.R.N. : Principles, Reality, Next Steps*. Oxford : Oxford University Press.

Resurse video (în limba engleză)

- Understanding the Mental State Examination (MSE) : a basic training guide* (2011). [DVD] Subiaco : Perth Co-occurring Disorders Capacity Building Project Consortium.

11. Integrarea și interpretarea informațiilor din evaluare

Cătălin Nedelcea
Universitatea din București

Rezumat

Capitolul, focalizat asupra integrării și interpretării datelor în evaluarea psihologică clinică, este structurat în cinci părți. În prima parte sunt argumentate importanța interpretării ca parte a activității de evaluare psihologică și rolul esențial al acesteia, fiind identificate două direcții principale de argumentare: relevanța interpretării pentru validitatea evaluării și etica profesiei de psiholog. Aceste două direcții sunt în continuare detaliate în cea de-a doua parte a capitolului, în care sunt analizate principalele erori care apar în faza de integrare-interpretare a datelor sau care pot avea un impact decisiv asupra acesteia și este realizată o conexiune între apariția acestor erori și respectarea cerințelor exprimate prin standardele etice aplicabile în activitatea de evaluare psihologică. Cea de-a treia secțiune a capitolului este dedicată schițării structurii unui proces de evaluare rațional și poziționării activităților de integrare și interpretare ale datelor în cadrul procesului de evaluare. A patra parte se concentrează pe analiza activității de interpretare, trecând în revistă problematicile relevante care apar în cadrul acesteia și furnizând totodată un set de repere pentru interpretarea corectă a datelor, bazat pe strategiile de interpretare progresivă și corelativă a datelor. În sfârșit, cea de-a cincea și ultima parte a capitolului abordează problema integrării datelor din surse multiple în activitatea de interpretare și explică modul în care principiul cadrelor multiple în evaluarea psihologică poate fi utilizat ca instrument de lucru în integrarea informațiilor.

11.1. Definirea problemei sau „Ce importanță are interpretarea”

Interpretarea datelor recoltate în cadrul evaluărilor psihologice, respectiv a rezultatelor obținute de persoanele evaluate reprezintă componenta activității de evaluare care poartă în cea mai înaltă măsură și în mod intrinsec atributul de „psihologică”, restul componentelor activității de evaluare solicitând în mai mare măsură competențe tehnice decât competențe

psihologice. Așadar, componenta de interpretare este cea care face ca activitatea de evaluare psihologică să devină responsabilitatea profesională a psihologilor, și nu a altor profesii, iar asta într-o măsură infinit mai mare decât o face utilizarea testelor psihologice, așa cum mulți pot fi înclinați în mod eronat să creadă. Să recunoaștem, administrarea de teste, calculul scorurilor și generarea de profiluri sau rapoarte standardizate sunt activități care pot fi derulate corect și de persoane fără pregătire psihologică, dar cu o pregătire tehnică adecvată, precum și de computere. Acest fapt este în mod implicit recunoscut în practica internațională prin faptul că multe instrumente psihometrice pot fi utilizate și de persoane care nu sunt psihologi (APA, 1950, 2000), în baza unui proces de training și licențiere, cum ar fi cazul testelor de categorie B (APA, 1950). În consecință, nu în aceste activități se poate regăsi esența evaluării psihologice, ci, dacă există așa ceva, ea poate fi doar componenta interpretativă a acesteia, în sensul celebrei devize a lui Szondi conform căreia *Face mai mult un psiholog fără teste decât un testolog fără psihologie*.

Mai mult, integrarea informațiilor recoltate despre persoana evaluată și interpretarea psihologică a acestora reprezintă două componente critice ale procesului de evaluare psihologică, cu impact decisiv asupra validității concluziilor extrase și a recomandărilor formulate pe baza acestora. În economia internă a unui proces de evaluare psihologică, integrarea informațiilor recoltate în activitatea de evaluare reprezintă un demers esențial pentru validitatea și calitatea interpretărilor, motiv pentru care este tratată cu atenție în prezentul capitol. Preocuparea pentru integrarea datelor de evaluare se înscrie într-un curent mai larg de schimbare a paradigmei generale de lucru în evaluarea psihologică. Acest curent, amplu resimțit în literatura ultimilor 15 ani, propune reconceptualizarea și lărgirea semnificației conceptului de validitate, prin considerarea surselor de eroare care se pot manifesta pe parcursul procesului de evaluare (Urbina, 2004; Nedelcea și Ion, 2014). Astfel, la momentul prezent validitatea nu mai este tratată exclusiv ca o caracteristică a instrumentului de evaluare, ci ca o caracteristică a rezultatelor obținute în urma evaluării, respectiv a concluziilor extrase pe baza acestora prin interpretare. Din această perspectivă, identificarea și controlul surselor de eroare care se pot manifesta pe parcursul procesului de evaluare trebuie să devină o prioritate pentru psihologul evaluator, în vederea asigurării unor concluzii cât mai valide.

Rațiunea din care izvorăște necesitatea acestei prioritizări în activitatea evaluatorilor este dublă: impactul potențial pe care decizia luată pe baza rezultatelor îl poate genera asupra persoanelor și miza existentă în situația de evaluare a evaluării (*stake*), care este cel mai frecvent menționată în literatură. Atragem atenția asupra faptului că atât impactul potențial al deciziilor bazate pe evaluare, cât și miza evaluării pot viza persoane multiple, aspect pe care psihologul evaluator trebuie să-l aibă în vedere în majoritatea situațiilor de evaluare.

Un exemplu relevant poate fi cel al evaluărilor realizate în context clinic, având drept scop stabilirea unui diagnostic. De regulă, stabilirea unui diagnostic psihiatric atrage implicit după sine anumite decizii privind tratamentul (APA, 2013) – cum ar fi administrarea de medicație –, iar acestea se răsfrâng direct asupra pacientului și a mai multor persoane din rețeaua sa de relații sociale. În principiu, consecința unui diagnostic eronat poate fi ori faptul că pacientul nu este tratat pentru ceea ce suferă, ori faptul că acesta este tratat pentru ceva de care nu suferă, ambele situații fiind la fel de dezavantajoase. În principiu, consecințele unei astfel de situații pot fi împărțite în două categorii largi: prelungirea sau agravarea unei suferințe sau tulburări și suportarea efectelor adverse ale unor tratamente nonnecesare. Este ușor de înțeles, sper, în ce fel oricare dintre aceste situații poate afecta terțe persoane, în primul rând familia pacientului.

Problematica acurateții sau validității interpretărilor realizate de psihologi pe baza informațiilor de evaluare este totodată una de natură etică, fapt care întărește necesitatea semnalată mai sus. Practic, orice decizie luată de psiholog în altă direcție decât cea de a depune toate eforturile necesare pentru asigurarea unor evaluări cât mai valide intră în mod direct în contradicție atât cu unele principii, cât și cu o serie de standarde definite de etica profesională. Întrucât codul de etică al Asociației Psihologilor Americani (APA, 2010, 2016) este probabil cel mai reprezentativ cod etic al profesiei de psiholog la nivel mondial, mă voi raporta la acesta pentru susținerea afirmațiilor făcute. Codul etic al APA definește un număr de cinci principii etice generale, cu valoare inspirațională, și 11 standarde etice pentru activitatea de evaluare psihologică, din care decurg responsabilități specifice și potențiale sancțiuni. După caz, orice decizie voluntară sau involuntară a psihologului care are drept consecință omiterea, neîndeplinirea sau îndeplinirea deficitară a uneia dintre acțiunile posibile în sensul creșterii validității interpretărilor realizate poate conduce potențial la încălcarea unuia sau mai multor principii dintre cele cinci definite de cod și a unuia sau mai multora dintre cele nouă standarde etice aplicabile în activitatea de interpretare.

11.2. Erori în interpretarea rezultatelor la evaluările psihologice sau „Care sunt gropile în care putem să nu cădem”

Odată stabilită importanța interpretării datelor de evaluare în raport cu validitatea concluziilor extrase, următorul pas logic este identificarea erorilor care se pot manifesta în această activitate, dat fiind faptul că nu poate exista o situație de evaluare fără erori. Cum spațiul de față nu permite o analiză amănunțită a tuturor surselor de eroare și a erorilor posibile în activitatea de evaluare, în paragrafele următoare am reținut câteva dintre cele mai importante erori care se pot manifesta în integrarea și interpretarea datelor de evaluare. În funcție de sursa erorilor, acestea pot fi grupate în trei categorii largi: erori care țin de instrument, erori care țin de persoana evaluată și erori care țin de contextul de evaluare. În funcție de momentul apariției, vom constata că o parte dintre aceste erori apar în activitățile efective de integrare și interpretare a informațiilor, în timp ce alte acțiuni sau decizii eronate ale evaluatorului au rol într-o etapă premergătoare interpretării rezultatelor, dar au un impact direct asupra validității interpretărilor. În plus, o parte dintre erorile asociate direct sau indirect cu interpretarea rezultatelor ne sunt semnalate prin intermediul celor nouă standarde etice aplicabile pentru activitatea de interpretare (dintre cele 11 definite pentru activitatea de evaluare psihologică) și vor fi identificate ca atare în cele ce urmează prin mențiunea [Standard etic]. În mod evident, toate aceste tipuri de eroare sunt generate sau perpetuate până în etapa de interpretare chiar de evaluator, deci toate aceste tipuri de eroare țin în mod implicit de evaluator, el fiind cel care ia decizia de utilizare a unui instrument, cel care are responsabilitatea de a aprecia starea internă și motivația persoanei evaluate și cel responsabil de a asigura un context de evaluare adecvat.

11.2.1. *Erori tipice în interpretarea datelor*

În principiu pot fi menționate trei erori principale care apar în mod frecvent în etapa de interpretare a datelor: suprainterpretarea, subinterpretarea și supraevaluarea rapoartelor generate computerizat.

Suprainterpretarea [3 Standarde etice] este probabil eroarea predilectă a psihologilor din România și totodată cea mai frecventă eroare de acest tip. În esență, suprainterpretarea înseamnă extinderea concluziilor (psihologice) extrase dincolo de posibilitățile reale oferite de datele disponibile. Cele trei standarde etice aplicabile aici ne atrag atenția asupra următoarelor aspecte: necesitatea de a avea informații suficiente pentru susținerea oricărei concluzii extrase, necesitatea de a limita interpretările realizate dacă nu poate fi satisfăcută condiția informațiilor suficiente și necesitatea ca interpretările să nu depășească cadrul general al dovezilor empirice existente cu privire la posibilitățile oferite de respectivul instrument.

Soluția practică pentru evitarea acestui tip de eroare ține de ancorarea în modelul *scientist-practitioner*, mai concret, de calitatea și profunzimea documentării psihologului evaluator cu privire la instrumentele folosite într-o situație de evaluare, în special cu privire la studiile de validitate de criteriu și predictivă. Cunoașterea nuanțată a posibilităților oferite și limitele prezentate de instrumentele de evaluare folosite reprezintă responsabilitatea etică și profesională a psihologului, putând preveni apariția acestui tip de eroare.

Subinterpretarea [1 Standard etic] rezultă de regulă dintr-o integrare deficitară a informațiilor recoltate prin evaluare, fie prin omiterea unor informații existente, fie printr-o interpretare limitată și lacunară pricinuită de lipsa unei cunoașteri adecvate a instrumentului utilizat și a posibilităților interpretative pe care le oferă acesta în contextul evaluării. Oricare ar fi calea prin care se ajunge la subinterpretarea datelor existente, acest fapt poate pune psihologul în situația de a nu dispune de suficiente informații pentru a-și susține concluziile extrase și recomandările formulate. Nu de puține ori, interpretarea rezultatelor este confundată în practică cu calculul scorurilor, raportarea lor la norme și trasarea profilurilor de scoruri standardizate, situație care ilustrează cât se poate de elocvent acest tip de eroare.

Un exemplu ilustrativ ar putea fi cazul în care o persoană obține la primul subtest administrat dintr-o baterie multi-dimensională de aptitudini un scor semnificativ mai scăzut decât media scorurilor la celelalte subteste, în condițiile în care între acestea din urmă nu există diferențe notabile de scoruri. Dacă psihologul evaluator se va limita în etapa de interpretare să afirme un nivel mai scăzut al abilității măsurate prin primul subtest din baterie pe baza diferenței de scoruri constatate, acesta se află în mod evident în situația de subinterpretare, din moment ce nici măcar nu încearcă să identifice semnificația psihologică a unei astfel de diferențe și se limitează la interpretarea formală în sensul existenței unei diferențe între nivelul de dezvoltare a respectivei aptitudini și restul aptitudinilor măsurate. În realitate, în situațiile de acest tip scorul mai scăzut obținut la primul subtest dintr-o baterie indică cel mai adesea un nivel înalt al anxietății de testare, tendința spre perfecționism sau pur și simplu superficialitatea persoanei în raport cu informațiile furnizate prin instructajul testului. Oricare dintre aceste trei explicații, după cum

este cazul în situația concretă de evaluare, poate aduce un aport informațional mult mai consistent și valid decât interpretarea în sensul unei diferențe de dezvoltare a aptitudinilor.

Un alt exemplu ilustrativ de subinterpretare ar putea fi cazul unui psiholog care folosește bateria de inteligență WAIS IV în context clinic și se limitează la interpretarea semnificației scorului general IQ, fără a discuta semnificația psihologică a scorurilor compozite de tip index (Înțelegere verbală, Raționament perceptual, Memorie de lucru și Viteză de procesare), care pot aduce un aport informațional suplimentar pentru înțelegerea cazului.

O altă eroare destul de frecventă în practica psihologilor din România constă în *supraevaluarea rapoartelor generate computerizat*. Odată cu dezvoltarea tehnologiei informației, în domeniul evaluării psihologice au început să apară tot mai multe soluții computerizate pentru scorarea și/sau pentru administrarea instrumentelor psihometrice standardizate, astfel încât la momentul curent destul de multe dintre testele utilizate în practică dispun de astfel de facilități. Dincolo de beneficiile evidente aduse de informatizarea scorării testelor (timp redus și acuratețe în calcularea scorurilor), aceasta a atras după sine și un fenomen paradoxal, confruntând utilizatorii de teste cu o ispită a facilului. Astfel, din rațiuni de marketing, comercianții de teste sunt permanent preocupați de dezvoltarea acestor soluții, în special prin generarea computerizată a unor rapoarte interpretative cât mai elaborate, de natură a simplifica într-o măsură semnificativă nu doar munca de scorare, ci și pe cea de interpretare a scorurilor. Din diferite motive, printre care pot fi suspectate comoditatea și o insuficientă înțelegere a psihometriei, mulți psihologi se pot limita la utilizarea interpretărilor generate computerizat în formularea concluziilor evaluării sau chiar pot lua interpretările generate computerizat drept concluzii ale evaluării. O astfel de practică reprezintă o eroare masivă din mai multe motive, cum ar fi că în practică rareori vom avea situații de evaluare bazate exclusiv pe instrumente standardizate sau faptul că un software, fie el cât de evoluat, se bazează pe algoritmi și nu poate realiza efectiv integrarea semnificației informațiilor recoltate prin metode multiple, necesară unei interpretări adecvate.

11.2.2. *Erori asociate instrumentului*

Ca început al discuției privind erorile de evaluare datorate instrumentului sau instrumentelor utilizate, aș vrea să atrag atenția asupra faptului că ea se bazează pe un set dublu de coordonate. În primul rând, este vorba despre utilizarea unor instrumente învechite, cu proprietăți psihometrice deficitare sau necunoscute, cu norme deficitare, sau a unor instrumente în orice alt fel neadecvate scopului evaluării, situații care vor conduce în mod inevitabil și implicit la recoltarea unui set de informații deficitar și la apariția de erori în interpretarea acestora. În cel de-al doilea rând, trebuie să acceptăm faptul că, în mod esențial, eroarea majoră în această direcție provine din decizia psihologului evaluator de a utiliza un instrument inadecvat [5 Standarde etice], indiferent dacă această decizie eronată este intenționată sau nu, informată sau nu. Cele cinci standarde etice aplicabile în decizia de selecție/utilizare a testelor ne atrag atenția asupra următoarelor aspecte care pot conduce la erori în faza de interpretare a rezultatelor : a. dacă există neclarități cu privire la caracteristicile psihometrice ale testelor utilizate, interpretările realizate pe baza rezultatelor obținute la acestea vor trebui limitate în consecință ; b. interpretările realizate

de psihologi nu trebuie să se bazeze pe rezultate la teste care sunt depășite în raport cu scopul curent al evaluării; c. concluziile și recomandările psihologilor nu trebuie să se bazeze pe teste învechite și în consecință inutile pentru scopul curent al evaluării; d. psihologii trebuie să selecteze serviciile de scorare și interpretare utilizate (inclusiv soluțiile de scorare computerizată) pe baza dovezilor existente cu privire la validitatea acestora; e. psihologii sunt responsabili pentru utilizarea adecvată a instrumentelor de evaluare (inclusiv interpretarea rezultatelor).

Majoritatea acestor erori, deși se manifestă efectiv într-o etapă anterioară interpretării în derularea unui proces de evaluare rațional, vor avea un impact direct asupra validității interpretărilor realizate și de aceea sunt menționate aici. Principala soluție disponibilă pentru evitarea apariției acestor erori ține de o documentare adecvată, atât cu privire la scopul evaluării, cât și cu privire la instrumentul care se dorește a fi utilizat, pentru a asigura cerința ca datele recoltate cu ajutorul instrumentului să răspundă în mod adecvat scopului evaluării. Așadar, controlul erorilor care țin de utilizarea unor instrumente de evaluare inadecvate scopului evaluării nu se va putea realiza niciodată în faza de interpretare a rezultatelor, ci în etapele anterioare ale procesului de evaluare, respectiv definirea scopului și selecția instrumentelor utilizate.

11.2.3. *Erori asociate persoanei evaluate*

O altă sursă de eroare care va impacta interpretarea rezultatelor ține de persoana evaluată, mai precis de starea subiectivă de moment și de motivația acesteia, asociată situației de evaluare. Atât starea subiectivă de moment, cât și motivațiile persoanei vor afecta rezultatele obținute și în consecință interpretările realizate pe baza acestora. De exemplu, o persoană care se prezintă pentru o evaluare multi-dimensională a aptitudinilor cognitive într-o stare de oboseală accentuată va obține aproape cu certitudine o performanță mai slabă decât în situația în care răspunde la aceleași teste fiind odihnită. Motivațiile persoanei evaluate sunt legate în mod direct de miza percepută a evaluării, fiind necesară o evaluare nuanțată a acestora din partea clinicianului. De exemplu, există o categorie de persoane caracterizate de tendința de a obține aprobarea sau aprecierea clinicianului, aceste persoane dând destul de frecvent răspunsuri dezirabile la instrumentele de tip *self-report*. De asemenea, răspunsurile pacienților pot fi distorsionate de starea subiectivă subsecventă tulburării de care suferă, motiv pentru care controlul acestor distorsiuni reprezintă o preocupare critică în evaluarea clinică. Erorile de evaluare datorate unei motivații/stări particulare a respondentului vor afecta în primul rând rezultatele la instrumentele de tip *self-report*, însă nu se limitează la acestea, ci pot afecta inclusiv rezultatele evaluărilor bazate pe sarcini rezolutive. De exemplu, o persoană evaluată în context judiciar pentru stabilirea discernământului poate „eșua” în mod voluntar la unele sarcini dintr-un test de aptitudini în tentativa sa de a demonstra lipsa de discernământ.

Soluțiile propuse pentru controlul acestui tip de eroare merg în direcții multiple, de la construcția de scale de validare și până la gestionarea relației cu persoana evaluată sau limitarea interpretărilor în situațiile în care există suspiciuni privind existența unor răspunsuri distorsionate. Existența, în cadrul instrumentului utilizat, a unor scale sau a altor modalități formale de detecție a distorsiunilor datorate respondentului reprezintă o condiție preliminară pentru realizarea unei etape importante în interpretarea rezultatelor

la instrumentele de tip *self-report*, respectiv verificarea validității răspunsurilor. Lipsa acestor modalități formale de verificare a distorsiunilor introduse în mod voluntar sau involuntar de către respondenți în răspunsurile date va face pentru psihologul evaluator aproape imposibilă sarcina de a aprecia în ce măsură se poate baza sau nu în interpretare pe setul de răspunsuri date de respondent. În consecință, având în vedere caracteristicile populației evaluate, nu este recomandabilă utilizarea în contexte clinice a instrumentelor care nu permit un control suficient de bun asupra distorsiunilor introduse în mod voluntar sau involuntar de respondenți. Construirea unei bune relații comunicaționale cu persoana evaluată definește o altă cale prin care poate fi redusă rata de apariție a acestui tip de eroare, în sensul că o relație de comunicare empatică îi va permite clinicianului să realizeze aprecieri nuanțate asupra stării subiective a persoanei evaluate, a atitudinii sale în situația de testare sau pur și simplu asupra capacității acesteia de a răspunde la teste. În sfârșit, este recomandabil ca psihologii să-și limiteze interpretările și să relativizeze concluziile extrase despre persoana evaluată în orice situație în care există o suspiciune cu privire la manifestarea acestui tip de invaliditate.

11.2.4. *Erori asociate contextului evaluării*

Contextul mai larg în care se află persoana evaluată poate reprezenta de asemenea o sursă de eroare în integrarea și interpretarea rezultatelor evaluării [1 Standard etc]. Astfel, psihologii trebuie să ia în calcul în interpretarea datelor orice aspecte contextuale care pot să aibă impact asupra validității interpretărilor, cum ar fi condițiile obiective ale evaluării, situația socială, familială sau personală a persoanei evaluate, diferențele lingvistice sau culturale. Lipsa unei aprecieri corecte a evaluatorului asupra acestor factori și a impactului lor asupra rezultatelor va duce la distorsionarea concluziilor extrase în urma interpretării rezultatelor, motiv pentru care psihologii au responsabilitatea etică și profesională de a indica explicit orice limitare semnificativă existentă în datele recoltate și interpretările realizate pe baza lor. Unul dintre cele mai simple exemple în această direcție este legat de contextul fizic al evaluării, în sensul că în practica reală evaluările se pot derula inclusiv în condiții fizice improprii, care pot avea impact asupra rezultatelor obținute, cum ar fi un spațiu foarte mic, existența zgomotului, prezența mai multor persoane în sala în care se derulează evaluarea. Un alt exemplu relevant poate fi cazul în care nu este luat în considerare contextul mai larg de viață al persoanei evaluate, în sensul că rezultatele evaluării pot fi semnificativ afectate de stresul și problemele existente în viața persoanei. Figura 11.1 prezintă profilul de scoruri NEO PI-R obținute de o persoană de gen masculin, cu vârsta de 32 de ani, cu tulburare de anxietate generalizată. Este evident că scorurile obținute sunt în mod sensibil influențate de manifestarea tulburării, fiind contrastante cu aprecierile bazate pe biografia obiectivă a persoanei, caracterizată prin succes profesional și social. În consecință, utilizarea acestor scoruri într-un scop diagnostic mai larg concentrat pe înțelegerea cazului (evaluare de tip comprehensiv) nu ar putea conduce decât la concluzii eronate.

Dincolo de soluțiile menționate în paragrafele de deasupra, în literatura domeniului au fost formulate câteva soluții mai largi pentru creșterea validității, respectiv eliminarea și controlul erorilor de evaluare. Dintre acestea, două au o relevanță specială pentru problematica discutată în acest capitol și sunt expuse la punctele următoare, mai precis principiul cadrelor multiple în evaluarea psihologică sau structura procesului de evaluare.

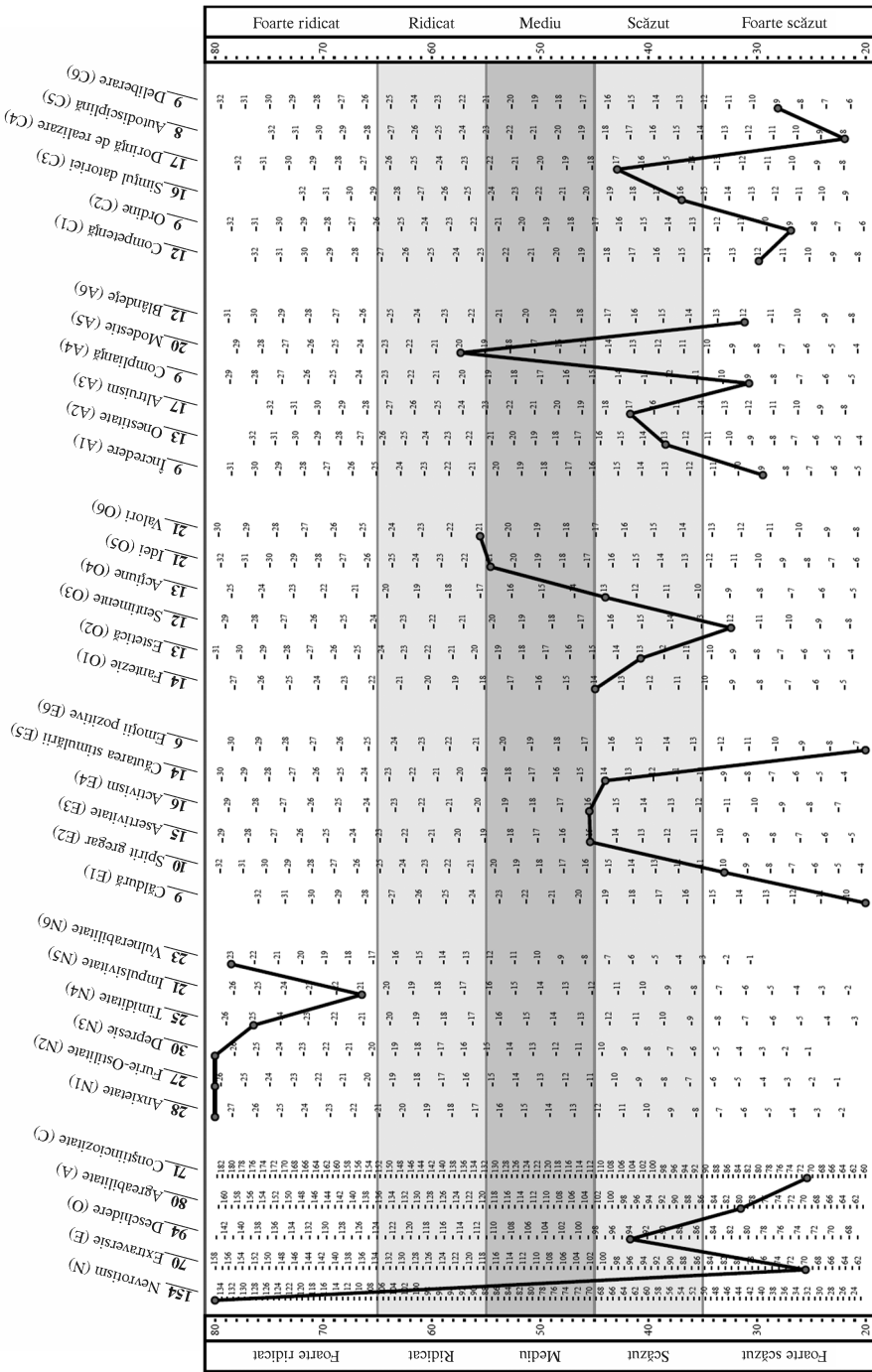


Figura 11.1. Scorurile NEO PI-R obținute de o persoană cu anxietate generalizată

11.3. Procesul de evaluare psihologică sau „Cum putem găsi drumul printre gropi”

Așa cum arătam mai sus, integrarea informațiilor recoltate despre persoana evaluată și interpretarea psihologică a acestora sunt componente critice ale procesului de evaluare, cu impact decisiv asupra validității concluziilor formulate. În continuare voi schița structura unui proces de evaluare corect, adică o succesiune rațională de etape care cuprind activități și cerințe specifice, menită să conducă la un rezultat valid/minimizarea erorii totale de evaluare. După cum se poate observa în caseta 11.1, interpretarea datelor, etapă în care se realizează de asemenea integrarea informațiilor recoltate, este plasată la finalul acestei desfășurări și va „beneficia” de toate erorile apărute în etapele anterioare. Din acest motiv, în fiecare etapă sunt punctate atât aspectele esențiale, cât și erorile care pot afecta interpretarea datelor. Bineînțeles, psihologul clinician are responsabilitatea profesională să cunoască și să respecte această succesiune de pași, în vederea obținerii unor rezultate valide.

Caseta 11.1. Structura unui proces de evaluare

1. Definirea scopului evaluării

(a. stabilirea unui diagnostic, b. înțelegerea cazului, c. evidențierea progresului/evoluției)

2. Identificarea criteriilor

(tulburările/sindroamele/simptomele suspectate de clinician care vor face obiectul evaluării)
Omiterea unor criterii relevante

3. Identificarea predictorilor

(caracteristicile psihologice, psihopatologice și comportamentale care vor fi măsurate/evaluate)
Omiterea unor predictorii relevanți

4. Alegerea metodelor de evaluare

(psihometrică, interviu, observație, tehnici proiective, teste situaționale)
Metode nepotrivite scopului

5. Alegerea instrumentelor de evaluare

(testele, interviul, tehnica proiectivă etc., care vor fi utilizate în evaluarea cazului)
Teste inadecvate scopului, teste vechi, teste cu norme vechi sau inadecvate, teste cu proprietăți psihometrice dubitabile sau necunoscute

6. Derularea evaluării

(stabilirea unei relații comunicaționale cu persoana, administrarea instrumentelor, scorarea)
Aprecierea eronată a stării/motivațiilor/contextului de viață al persoanei, comunicarea deficitară cu persoana, nerespectarea recomandărilor de utilizare a instrumentelor

7. Interpretarea rezultatelor

(integrarea informațiilor, corelarea acestora și înțelegerea semnificației psihologice)
Suprainterpretare, subinterpretare, supraevaluarea rapoartelor computerizate

8. Raportarea datelor

(feedback pentru persoana evaluată, redactarea raportului de evaluare)

11.4. Interpretarea rezultatelor evaluării sau „Cum dăm sens informațiilor culese”

Chiar dacă interpretarea este o activitate esențială a psihologului clinician, nu există o înțelegere comună asupra a ceea ce înseamnă interpretarea rezultatelor, de exemplu, unii confundând interpretarea cu determinarea scorurilor standardizate. În sensul utilizat în activitatea de evaluare psihologică, interpretarea poate fi definită ca proces de extragere a informațiilor psihologice din datele recoltate sau ca proces de relevare a semnificației psihologice a datelor recoltate, precum și de corelare a acestor semnificații cu criteriile urmărite, respectiv cu scopul general al evaluării. Interpretarea presupune integrarea datelor provenind de la metode și din surse diferite și consolidarea tuturor acestora într-o concluzie unică.

Aceasta se va concretiza prin realizarea de inferențe pe baza datelor recoltate. Atragem atenția în acest punct asupra faptului că inferențele realizate se pot baza principial fie pe intuițiile evaluatorului, fie pe date empirice și concepte. A nu se înțelege de aici că aș susține că intuiția nu este o abilitate necesară și importantă a clinicianului, însă intuițiile trebuie susținute și verificate prin datele de evaluare sau validate prin apelul la concepte relevante. Intuiția clinică poate facilita mult activitatea de interpretare a rezultatelor, însă orice concluzie extrasă în urma interpretării trebuie să se bazeze pe date.

Totodată, interpretarea poate fi ghidată de regularitatea statistică (bazată pe formule și algoritmi) sau de raționamentul clinic (bazat în principal pe experiența clinică), fiecare perspectivă prezentând anumite avantaje. Dacă o interpretare bazată pe regularitatea statistică aduce un caracter obiectiv, cuantificabil și facilitează operarea cu variabile clare, distincte, una bazată pe raționamentul clinic, deși subiectivă, poate contribui decisiv la înțelegerea funcționării individului și în multe cazuri surprinde elemente omise de algoritmică statistică. Prima va accentua o perspectivă nomotetică asupra evaluării, în timp ce cealaltă se va plasa într-una idiografică. În practica clinică se recomandă utilizarea ambelor perspective într-o manieră integrată, cel mai adesea clinicienii pornind de la date pentru a dezvolta ipoteze explicative asupra cazului și întorcându-se înapoi la date pentru a-și verifica ipotezele emise.

11.4.1. *Interpretarea progresivă*

Interpretarea progresivă reprezintă demersul esențial în interpretarea datelor de evaluare clinică și are în vedere integrarea treptată, într-o perspectivă unitară asupra persoanei evaluate, a datelor provenite din surse, metode sau de la evaluatori multipli. Pe măsură ce psihologul clinician identifică semnificația psihologică a unităților de date recoltate (de exemplu, scoruri la scale, date de interviu), el trebuie să integreze aceste semnificații într-o perspectivă unitară, într-o imagine unică asupra persoanei evaluate. Putem astfel înțelege procesul interpretării ca un proces decizional progresiv și gradual, în care fiecare nouă piesă de informație adăugată poate modifica decizia anterioară de interpretare (Westhof și Kluck, 2009). Caracterul progresiv al interpretării în evaluarea clinică rezultă ca urmare a scopului fundamental al psihologiei clinice, preocupată de studiul, evaluarea și tratamentul persoanelor cu probleme sau tulburări psihice (Pomerantz, 2011).

11.4.1.1. Pași în interpretarea rezultatelor

1. Verificarea validității rezultatelor

Așa cum arătam la punctul 11.2 al acestui capitol, distorsiunile introduse în mod voluntar sau involuntar de respondent pot afecta semnificativ validitatea interpretărilor și se pot manifesta atât asupra rezultatelor la instrumentele de tip *self-report* (chestionare și interviuri), dar și asupra rezultatelor la teste sau a observațiilor clinice. În consecință, primul pas în procesul interpretativ va fi întotdeauna verificarea prin toate modalitățile disponibile a validității protocoalelor de date. În această etapă, clinicianul trebuie să ia în primul rând decizia dacă datele culese sunt interpretabile sau nu, cum ar fi cazul unor răspunsuri considerabil inconsistente la nivelul persoanei sau date aleatorii. În cazul unei decizii afirmative, va trebui să decidă dacă este cazul ca respectivul set de date să fie interpretat într-o cheie particulară. De exemplu, un set de răspunsuri la un instrument de tip *self-report* afectat de tendința de răspuns social dezirabil va trebui interpretat în sensul reducerii semnificației pozitive a scorurilor. Pentru o decizie corectă în această privință, psihologul trebuie să aibă o perspectivă mai largă asupra persoanei evaluate și a contextului în care se plasează aceasta.

2. Înțelegerea semnificației psihologice a fiecărei unități de informație recoltată

Înainte de a putea înțelege semnificația psihologică a ansamblului de date cules într-un proces de evaluare, este necesar să înțelegem semnificația psihologică a datelor care compun ansamblul, adică a fiecărei unități de informație disponibilă. După caz, în funcție de natura datelor culese, acest demers poate îmbrăca două forme tipice. Dacă datele sunt scoruri standardizate obținute la instrumente psihometrice, acestea vor trebui în primul rând interpretate în funcție de nivelul de intensitate a scorurilor. Reperul fundamental pentru interpretare vor fi media și abaterea standard a scorurilor constatate într-o populație de referință, care stau la baza definirii intervalelor din distribuția normală. Un astfel de demers ne va permite să poziționăm relativ exact persoana evaluată într-o populație de referință, din perspectiva variabilelor investigate. Un scor egal cu valoarea mediei + valoarea abaterii standard (IQ 115 sau T 60) ne indică suficient de obiectiv faptul că, din punctul de vedere al caracteristicii măsurate, persoana se plasează peste media populației, mai precis la percentila 84 (echivalentul scorului T 60 sau IQ 115), ceea ce înseamnă că ne putem aștepta ca aproximativ 84% din populație să obțină un scor mai mic și doar 16% unul mai mare. Cel mai adesea, scorurile cu valoare informativă sunt cele care se abat suficient de mult de la medie, acestea contribuind la „amprenta individuală” a persoanei. Scorurile medii, prin contrast, de regulă ascund persoana în marele anonim al majorității statistice. Dacă datele interpretate provin din utilizarea unor instrumente calitative, cum ar fi datele de interviu, de observație sau din tehnici proiective, atunci și interpretarea va avea un caracter predominant calitativ și va trebui ghidată conceptual, pentru a ajunge la un set de observații coerente și plauzibile.

3. Interpretarea corelativă

Acest tip de interpretare, central în domeniul clinic, se bazează pe competența de integrare a informațiilor din surse multiple. Interpretarea corelativă înseamnă a pune împreună semnificațiile scorurilor de la scale diferite sau a informațiilor recoltate prin metode diferite, la momente diferite sau de persoane diferite. Scopul unui astfel de demers

este de a construi o imagine cu sens asupra funcționării persoanei (înțelegerea) sau de a răspunde unor întrebări specifice ale evaluării. Studiile de validitate empirică sau predictivă existente pentru instrumentul pe care-l utilizăm pot fi foarte utile în acest scop, furnizând grupaje de scale cu semnificație diagnostică. De asemenea, manualele testelor utilizate pot furniza direcții relevante pentru interpretarea corelativă. Astfel, rezultă faptul că interpretarea corelativă trebuie să aibă la bază o muncă de documentare foarte serioasă cu privire la problematica evaluată, instrumentele folosite, posibilitățile oferite de acestea.

Dintr-o altă perspectivă, trebuie menționat faptul că instrumentul central utilizat de evaluator într-un demers de interpretare corelativă a datelor recoltate într-o evaluare este reprezentat de construirea și testarea de ipoteze cu valoare explicativă pentru configurațiile de scoruri/date constatate. Pornind de la semnificația rezultatelor obținute de o persoană evaluată, pe baza raționamentului și a intuiției clinice, psihologul are sarcina de a emite ipoteze cu caracter explicativ asupra persoanei. În principiu, acesta ar trebui să emită toate ipotezele posibile asupra cazului, pentru ca în pasul următor să se poată concentra pe testarea lor. Testarea acestor ipoteze explicative se realizează de asemenea cu ajutorul datelor recoltate, psihologul trebuind să se întoarcă înapoi la date și să răspundă următoarelor întrebări: Există suficiente indicații în ansamblul datelor culese care să susțină ipoteza emisă? Uneori, verificarea acestor ipoteze nu este posibilă exclusiv cu ajutorul datelor recoltate în evaluare, putând fi necesară culegerea unor informații noi – de exemplu, printr-un interviu sumar sau chiar în cadrul discuției de feedback cu persoana evaluată. În sfârșit, o modalitate destul de eficientă de verificare a ipotezelor interpretative emise despre persoană este chiar discuția de feedback cu persoana evaluată, în cadrul căreia psihologul își poate completa tabloul informațiilor despre persoană.

11.4.1.2. Recomandări în interpretarea datelor

O primă recomandare pe care aș formula-o în ceea ce privește activitatea de interpretare a rezultatelor evaluării psihologice ar fi ca psihologul să se raporteze la orice concluzie extrasă în urma evaluării ca fiind relativă. Considerăm o astfel de poziționare mult mai productivă și mai puțin vulnerabilă a fi afectată de un nivel înalt al erorii. O astfel de poziționare aduce prudență în susținerea concluziilor extrase și protejează psihologul de erorile rezultate din entuziasmul unor concluzii categorice. Așadar, oricât de laborios ar fi procesul de interpretare și oricât de mult efort ar fi fost depus în direcția controlului erorilor, în orice evaluare va exista întotdeauna eroare și ca atare orice concluzie trebuie relativizată. De asemenea, aș recomanda ca psihologii evaluatori să întreprindă măsurile necesare pentru verificarea concluziilor extrase în urma interpretării prin toate modalitățile disponibile, chiar dacă asta presupune o anumită abatere de la principiul economiei.

11.5. Cadrele multiple – reper esențial pentru integrarea informațiilor sau „Cum ne construim harta gropilor”

Integrarea informațiilor care provin din surse multiple se poate dovedi dificilă, informațiile având formă sau natură diferită, referindu-se la diverși predictorii, putând fi culese de evaluatori diferiți, la momente diferite. Informația poate fi integrată statistic, de regulă prin agregarea

datelor recoltate într-un scor unic. O astfel de procedură poate fi utilizată în clinică în evaluările de tip *screening*, însă nu este utilă în evaluările de tip comprehensiv. În evaluările clinice având ca scop diagnosticarea sau înțelegerea cazului, informația necesită o integrare calitativă, această procedură fiind mai dificilă și destul de laborioasă (Ciorbea, 2014).

Principiul cadrelor multiple în evaluarea psihologică (sau cei cinci multi) reprezintă probabil cel mai relevant cadru de tip comprehensiv pentru integrarea informațiilor de evaluare și totodată un bun instrument de lucru pentru psihologul evaluator. În toate procesele de evaluare cu miză înaltă/de tip comprehensiv, psihologul clinician ar trebui să utilizeze rețererele formulate prin intermediul acestor cadre ca ghid pentru orientarea deciziilor sale și să urmărească în mod sistematic acoperirea dacă nu a tuturor, măcar a cât mai multora dintre cerințele formulate prin intermediul acestora. În mod esențial, cei cinci multi ne subliniază faptul că orice evaluare (validă) ar trebui să fie una de tip: 1. multi-trăsătură, 2. multi-metodă, 3. multi-sursă, 4. multi-evaluator și 5. multi-temporală.

1. Evaluarea multi-trăsătură are relevanță în evaluarea clinică în special din necesitatea de a face diagnosticul diferențial al tulburărilor, dată fiind existența fenomenului de comorbiditate între tulburările psihice (Angold, Costello și Erkanli, 1999). De exemplu, anxietatea și depresia au atât unele simptome comune (de exemplu, insomnia), cât și o comorbiditate înaltă (Matthew *et al.*, 2011; Merikangas *et al.*, 2010), manifestându-se simultan într-un număr destul de mare de cazuri. Sarcina clinicianului într-o astfel de situație va fi în primul rând de a verifica în ce măsură ambele tulburări suspectate (ca diagnostice potențiale) întrunesc criteriile specifice de diagnostic (APA, 2013), iar acest lucru nu este posibil decât prin intermediul unei evaluări multi-trăsătură. În psihoterapie, de exemplu, un psiholog poate avea ca scop înțelegerea comportamentului social al unui client, acesta fiind un domeniu important de manifestare a dificultăților acuzate. Chiar dacă trăsăturile de personalitate care condiționează în mod direct comportamentul social al unei persoane sunt extraversia și agreabilitatea (Costa și McCrae, 1992; Costa *et al.*, 2008), nu ne putem limita doar la evaluarea acestora două pentru atingerea acestui scop. Pentru o bună înțelegere a comportamentului social al unei persoane este necesar să înțelegem de asemenea modul în care este nuanțat de celelalte trăsături de personalitate (nevrotism, deschidere către experiență și conștiinciozitate), dar și de alte variabile în afară de trăsăturile de personalitate, cum ar fi inteligența generală, prezența unei simptomatologii sau un istoric personal încărcat în traume relaționale. Toate acestea presupun atât evaluarea unor trăsături, variabile sau constructe multiple, cât și integrarea tuturor acestor informații într-o imagine cu sens asupra persoanei și a suferinței acesteia. Pe scurt, o abordare multi-metodă în evaluarea psihologică presupune evaluarea nu doar a trăsăturii-țintă definită pornind de la scopul evaluării, ci și a celorlalți predictorii ce pot avea relevanță în raport cu scopul evaluării. Mai mult, aceasta presupune integrarea informațiilor despre trăsăturile evaluate într-o interpretare cu sens psihologic și validitate.

2. Necesitatea evaluării multi-metodă rezultă dintr-o caracteristică implicită oricărei metode sau oricărui instrument de evaluare, mai precis din existența erorilor. Dacă orice instrument are în mod implicit erori, atunci nivelul total al erorii asociate instrumentului de evaluare poate fi redus prin utilizarea de metode și instrumente multiple. Un clinician interesat în a înțelege anxietatea unei persoane, de exemplu, va constata că există cel puțin patru tipuri de instrumente psihometrice utilizate în acest scop: scale de anxietate trăsătură (de exemplu, STAI – T, NEO PI-R – N1, CPI – Anx), scale de anxietate stare (de exemplu, STAI – S), scale clinice de anxietate (de exemplu, BAI, Hamilton, CAS) și interviuri

clinice destinate evaluării tulburărilor de anxietate (de exemplu, SCID). La aceste categorii largi se adaugă o serie de scale care evaluează diferite forme situaționale ale anxietății, cum ar fi anxietatea socială, anxietatea de testare, de matematică sau de statistică. Întrebarea este cum ar trebui să procedeze psihologul atunci când decide ce instrumente va folosi? Cu certitudine, utilizarea unui singur instrument, oricare ar fi acela, nu-i va permite să-și atingă scopul de a înțelege anxietatea unei persoane, deci acesta se va afla implicit în situația de a alege o opțiune multi-metodă.

Un argument suplimentar pentru necesitatea evaluării multi-metodă se bazează pe distincțiile obiectiv-subiectiv și cantitativ-calitativ, utilizate drept criterii pentru clasificarea metodelor și instrumentelor de evaluare psihologică, fiecare categorie generală prezentând atât erori, cât și avantaje specifice. O perspectivă cantitativă (de tip etică impusă sau bazată pe o abordare nomotetică) va fi în mod implicit limitată prin focalizarea pe constructe general umane, în timp ce una calitativă poate fi prea mult afectată de subiectivitatea evaluatorului. Prima perspectivă aduce precizie și posibilitatea de a compara persoana cu alte persoane, dar pierde din vedere individul, iar cea de-a doua este mai puțin precisă, dar poate contribui în mod esențial la înțelegerea individualului, care este esențială în situațiile clinice. Pentru un psihoterapeut poate avea mult mai mult sens înțelegerea unei tulburări (interviu clinic structurat) în contextul biografiei persoanei (interviu anamnestic) și cunoscând intensitatea de manifestare a simptomelor (scale clinice). Evaluarea multi-metodă este utilizată având ca scop integrarea perspectivelor teoretice din spatele acestor metode, precum și a informațiilor recoltate prin intermediul lor. În practica clinică, în mod special se recomandă integrarea unei perspective cantitative cu una calitativă în deciziile privind utilizarea instrumentelor și în interpretarea rezultatelor.

3. Evaluarea multi-sursă are în vedere integrarea informațiilor din toate sursele relevante disponibile despre persoana evaluată. În orice situație de evaluare există surse de informații despre persoană suplimentare datelor culese în mod direct prin intermediul evaluării, identificarea și utilizarea acestora fiind sarcina evaluatorului. În clinică, una dintre sursele adiționale importante de informații poate fi istoricul psihiatric al persoanei. Astfel, dacă persoana evaluată are un istoric psihiatric, consultarea ei poate furniza informații importante pentru înțelegerea cazului, modul de manifestare a tulburării și evoluția acesteia în timp. La fel, pentru o bună înțelegere a cazului clinic și ajustarea intervențiilor în vederea obținerii unei eficiențe maxime, poate fi important ca psihologul să aibă o imagine de ansamblu atât asupra manifestării simptomatologiei în principalele contexte de viață ale persoanei (familie și carieră), cât și asupra modului în care aceste arii ale vieții sunt afectate de prezența simptomelor. În esență, această abordare are la bază o perspectivă sistemică de gândire asupra persoanei și necesită capacitatea de gândire sistemică din partea psihologului.

4. Utilizarea unei abordări multi-evaluator este recomandabilă în special în situațiile de evaluare bazate (predominant) pe metode și instrumente calitative, în general considerate mai vulnerabile la distorsiunile pricinuite de subiectivitatea evaluatorului. De exemplu, este destul de probabil ca, dacă doi evaluatori observă aceleași comportamente ale unui pacient, interpretările lor asupra acestor comportamente observate să fie considerabil diferite. Întrebarea care apare în acest caz este care dintre cele două aprecieri este (mai) corectă? Cel mai probabil, aceea cu care ambii evaluatori sunt de acord. Utilizarea de evaluatori multipli sau triangularea evaluatorului reprezintă una dintre principalele modalități de creștere a nivelului de obiectivitate în evaluările calitative. În practică, acest principiu

poate îmbrăca forme multiple, de exemplu corelarea evaluărilor a doi specialiști diferiți care lucrează într-o echipă clinică (de exemplu, psiholog-psihiatru, clinician-psihoterapeut) sau culegerea de informații despre persoana evaluată de la mai multe persoane, cum poate fi cazul în evaluarea copiilor, unde părinții sau educatorii sunt adesea utilizați ca evaluatori. Multe instrumente pentru evaluarea copiilor (de exemplu, BASC) dispun de forme diferite pentru evaluatori multipli. În evaluarea copiilor, dezvoltarea formelor pentru evaluatori multipli ale testelor este argumentată în special prin faptul că aceștia nu pot (din pricina nivelului de dezvoltare) să ofere destule informații suficient de relevante pentru un diagnostic corect. În sfârșit, aflarea opiniei unui alt specialist despre persoana evaluată poate ajuta psihologul clinician să-și nuanțeze propria opinie și de multe ori chiar să sesizeze aspecte neglijate anterior.

5. Necesitatea evaluării multi-temporale, în special în clinică, rezultă din caracterul dinamic al motivațiilor și comportamentului uman, al dispozițiilor și stărilor emoționale. Până și cele mai stabile constructe ale psihologiei, cum ar fi aptitudinile cognitive sau trăsăturile de personalitate, cunosc variații semnificative în intensitatea cu care se manifestă de-a lungul unei perioade de timp, așa încât orice evaluare realizată la un moment unic are puține șanse să răspundă unui scop comprehensiv, adică să conducă la o înțelegere (nuanțată) a cazului. În clinică, multe informații relevante, care pot schimba esențial conceptualizarea cazului, devin accesibile abia după o perioadă de la primul contact cu persoana. De exemplu, o tânără pe care am asistat-o terapeutic a putut preciza motivul real care a determinat-o să caute ajutor abia în a patra ședință de psihoterapie. Aceasta fusese victima unui abuz sexual major produs în circumstanțe agravante și a avut nevoie de acest timp pentru a-și depăși sentimentul de jenă și pentru a verifica dacă poate avea încredere în psihoterapeut. Implicit, orice conceptualizare anterioară asupra cazului nu a mai avut vreo relevanță majoră pentru formularea strategiei terapeutice după adăugarea acestei informații. Evaluarea multi-temporală reprezintă de asemenea unica modalitate reală pentru a înțelege evoluția cazurilor în timp sau pentru a pune în evidență progresul ori schimbarea personală apărută în urma unei intervenții terapeutice. Un model particular al evaluării multi-temporale, care se impune în măsură din ce în ce mai mare ca standard în practica bazată pe dovezi empirice, este evaluarea ecologică momentană (van der Krieke *et al.*, 2017).

11.5.1. *Erori tipice în integrarea datelor*

Principala eroare ce poate fi constatată în activitățile de integrare a datelor recoltate în evaluările psihologice este limitarea asumată sau neasumată (conștientizată sau nu) a surselor de informații despre persoana evaluată. Motivele unei astfel de limitări a surselor de informații utilizate în evaluare sunt cel mai adesea economice, putând fi reduse la timp și bani, cum ar fi cazul utilizării instrumentelor disponibile psihologului evaluator (pentru care are deja o licență de utilizare) sau al utilizării instrumentelor familiare evaluatorului (nu mai necesită timp pentru învățare).

O altă eroare importantă în integrarea datelor este reprezentată de utilizarea preferențială a unor surse de informații, ceea ce va conduce la lipsa integrării sau la o integrare deficitară a celorlalte surse disponibile. Majoritatea psihologilor au preferințe personale care le modelează deciziile de utilizare a unui test sau a altuia sau de utilizare sau nonutilizare a unei metode. De exemplu, mulți psihologi cu o orientare cantitativă consideră tehnicile

proiective ca fiind neștiințifice și ca atare nu le vor utiliza principial în evaluarea persoanelor, după cum există mulți psihoterapeuți cu o atitudine de superioritate suverană față de orice formă de evaluare cantitativă, care nu vor utiliza niciodată teste în evaluarea cazurilor cu care lucrează.

Un alt tip de eroare este integrarea aparentă sau de fațadă a datelor provenind din surse multiple sau din instrumente multiple. Simpla alăturare a semnificației unor scoruri obținute la o baterie de inteligență și la un inventar de personalitate într-o prezentare nu înseamnă integrare. Integrarea înseamnă în acest caz a înțelege cum interacționează cele două categorii de variabile măsurate și cum se răsfrânge această interacțiune asupra comportamentului. Două persoane cu inteligență similară pot fi în realitate inegal adaptate/productive în funcție de nivelul nevrotismului sau de istoria personală de viață. Așadar, dacă semnificația comportamentală și adaptativă a interacțiunii variabilelor măsurate nu este înțeleasă, nu se produce de fapt nicio integrare a datelor.

11.5.2. *Recomandări în integrarea datelor*

În primul rând, este important ca identificarea tuturor surselor de informații relevante despre persoana evaluată să reprezinte o preocupare implicită pentru clinician în toate contextele de evaluare cu miză înaltă. Acesta ar trebui să aibă în vedere câteva întrebări cu caracter principial și implicit: ce nu știu, ce am omis, ce informații sunt necesare pentru a lua cea mai bună decizie, de unde/cum pot afla informații noi. De asemenea, este important ca psihologul să fie preocupat permanent de corelarea semnificației datelor recoltate despre cazuri, dincolo de înțelegerea secvențială a semnificației fiecărui set de date.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (1950). Ethical standards for the distribution of psychological tests and diagnostic aids. *American Psychologist*, 5, 620-626.
- American Psychological Association (2000). *Report of the Task Force on Test User Qualifications*; <http://www.apa.org/science/programs/testing/qualifications.pdf>.
- American Psychological Association (2010, 2016). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*; <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity, *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEOPI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., McCrae, R.R., Iliescu, D., Minulescu, M., Nedelcea, C., Ispas, D. (2008). *NEO PI-R. Manual tehnic*. Cluj-Napoca: Sinapsis.
- Ciorbea, I. (2014). *Evaluarea psihologică clinică. Repere teoretice și metodologice*. București: Editura Universitară.
- Matthew, A.R., Petit, J.W., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R, Roberts, R.E. (2011). Comorbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychol Med*, 41, 2023-2034.

- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents : Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Nedelcea, C., Ion, A.G. (2014). *Evaluarea psihologică : Introducere în evaluarea psihologică. Evaluarea psihologică a personalității*. Craiova : Sitech.
- Nedelcea, C., Iliescu, D., Ion, A.G. (2015). *Evaluarea psihologică în context organizațional*. In I.D. Ciorbea (coord.), *Evaluarea psihologică aplicată*. București : Editura Trei.
- Pomerantz, A. (2011). *Clinical Psychology. Science, Practice and Culture* (2nd ed.). New York : Sage.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing*. Hoboken : John Wiley & Sons.
- van der Krieke, L., Blaauw, F.J., Emerencia, A.C., Schenk, H.M., Slaets, J.P., Bos, E.H., de Jonge, P., Jeronimus, B.F. (2017). Temporal Dynamics of Health and Well-Being : A Crowdsourcing Approach to Momentary Assessments and Automated Generation of Personalized Feedback. *Psychosomatic Medicine*, 79(2), 213-223.
- Westhoff, K., Kluck, M.L. (2009). *Raportul psihologic : redactare și evaluare*. București : D & D/ TestCentral.

12. Redactarea raportului psihologic

Violeta Enea

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Ședința de acordare a feedbackului referitor la rezultatele evaluării este considerată punctul culminant al procesului de evaluare și, dacă este realizată cu profesionalism, poate avea valențe terapeutice. Capitolul abordează scopurile, criteriile generale de redactare a unui raport de evaluare psihologică și propune un model de structurare a acestuia. De asemenea, sunt abordate situații particulare când psihologul clinician este în situația de a da clientului feedback negativ sau când clientul a dat în timpul evaluării răspunsuri care nu sunt credibile.

12.1. Scopurile raportului de evaluare

Informarea clientului cu privire la rezultatul evaluării psihologice reprezintă o cerință stipulată în codul etic al psihologilor. Rezultatul evaluării psihologice se comunică clientului într-o ședință de acordare a feedbackului sub forma unui raport de evaluare psihologică în care se răspunde la întrebarea de referință, adică motivul pentru care a fost trimis la evaluare de către sursa de referință sau pentru care clientul s-a prezentat din proprie inițiativă. Sursa referinței/sesizării/recomandării poate fi părintele sau un specialist din diferite domenii și niveluri de expertiză (psihiatrul, medicul de familie, consilierul școlar, învățătoarea etc.), astfel încât raportul trebuie să răspundă atât nevoilor clientului, cât și nevoilor sursei care face sesizarea (Kellerman și Bury, 2007). Concluziile și, mai ales, recomandările psihologului clinician vor fi susținute în raportul de evaluare de argumente clare, cuprinzătoare, prezentate într-un mod coeziv și obiectiv. Raportul psihologic îndeplinește mai multe scopuri generale: de a răspunde la întrebarea de referință; de a asigura sursei de referință informații adiționale; de a înregistra evaluarea pentru utilizări viitoare; de a recomanda intervențiile (Ownby, 1997). Mai exact, cu privire la tipurile de întrebări formulate de sursa de referință obiectivele principale ale rapoartelor de evaluare sunt: de a răspunde la întrebările de referință, de a descrie persoana evaluată, de a interpreta și a integra datele, de a recomanda intervenții adecvate (Ownby, 1997).

Acordarea feedbackului cu privire la rezultatele evaluării s-a constatat că poate avea efecte terapeutice. Unele cercetări au indicat îmbunătățirea stimei de sine și diminuarea stresului

cauzat de simptome (Newman și Greenway, 1997), speranță crescută (Finn și Tonsager, 1992), alianță terapeutică îmbunătățită (Hilsenroth, Peters și Ackerman, 2004), implicare crescută în tratament (Michael, 2002) și respectarea mai mult a recomandărilor tratamentului (Ougrin, Ng și Low, 2008). O metaanaliză recentă realizată de Poston și Hanson (2011) a constatat însă un efect mic spre mediu al acordării feedbackului privind evaluarea.

12.2. Criterii generale de redactare a unui raport psihologic

Cea mai dificilă sarcină în redactarea unui raport constă în echilibrarea limbajului utilizat, astfel încât să fie ușor de înțeles de către toți cei care îl citesc, dar fără să se renunțe la termenii tehnici, profesionali. Mai exact, raportul trebuie să îndeplinească criteriile referitoare la *claritate, sens și sinteză* (Kellerman și Bury, 2007). Claritatea este o cerință fundamentală pentru asigurarea înțelegerii documentului pe care clientul îl va citi. Adoptarea unui stil care să faciliteze comunicarea ideilor presupune evitarea utilizării afirmațiilor care sunt prea generale (de tip efect Barnum) și exprimarea în fraze mai scurte și clare. Principiile care trebuie respectate pentru o exprimare concisă constau în (Lichtenberger *et al.*, 2004) :

- *evitarea redundanțelor* – prin evitarea repetării aceluiași cuvânt, aceleiași fraze sau idei ; prin combinarea propozițiilor ce au conținut paralel într-o singură frază (în loc de „Lua valium pentru anxietate. Amitriptilina era recomandată de psihiatru pentru melancolie” este recomandat ca exprimarea să fie : „Clienta lua valium pentru anxietate și amitriptilina pentru melancolie.”) ;
- *menținerea unui echilibru între propozițiile lungi, care sunt dificil de urmărit, și cele scurte.*

Pentru a avea sens, raportul va fi organizat logic atât la nivel global, cât și în cadrul secțiunilor și al paragrafelor. Astfel, este important să nu se integreze în mod eronat o anumită informație într-o altă secțiune (de exemplu, recomandările în secțiunea de sumarizare a informațiilor) și ca în cadrul fiecărei secțiuni informația să fie organizată în funcție de temă. De exemplu, toate informațiile referitoare la istoricul medical vor fi integrate în paragraful referitor la această temă.

Este posibil ca un părinte să nu înțeleagă un raport redactat pentru un psihiatru și nici psihiatrul să nu fie mulțumit de informațiile dintr-un raport întocmit pentru părintele nespecialist. Pentru că și psihiatrul, și părintele vor citi același raport, va fi nevoie să se explice sensul termenilor tehnici utilizați (de exemplu, sensul termenului *inteligentă*). De cele mai multe ori, motivul sesizării este comportamentul simptomatic pe care persoana îl manifestă. Realizarea unei sinteze relevante implică plasarea acestui comportament-problemă într-un context care evidențiază detaliile relaționate cu problema.

O altă cerință constă în asigurarea *obiectivității și transparenței* raportului, care se referă la descrierea comportamentului prin enunțuri formulate într-un mod corect față de client, precizându-se sursa informației și scorurile standard pe care se bazează interpretarea rezultatelor (Westhoff și Kluck, 2009).

12.3. Secțiunile raportului de evaluare psihologică

Nu există un singur mod de structurare a rezultatelor evaluării în raportul psihologic, ci, de cele mai multe ori, rămâne la latitudinea psihologului dacă optează pentru un model sau altul. Unii specialiști se raportează la procesul de evaluare psihologică ca la o investigație științifică empirică. Din această perspectivă și raportarea rezultatelor trebuie să respecte rigorile unei lucrări științifice structurate în : obiective (întrebările clientului), ipoteze (întrebările psihologice), metode (planul de evaluare), rezultate (secțiunea de date), discuții (răspunsul la întrebările clientului și recomandările ce decurg din concluzii), bibliografie (referințe), anexe (analize detaliate ale testelor administrate) și semnătura cercetătorului (semnătura psihologului responsabil) (Westhoff și Kluck, 2009). Deși rapoartele psihologice pot să difere, de exemplu, în măsura în care concluziile se bazează pe o procedură sau alta de evaluare și pe specificitatea concluziilor, unele elemente sunt comune celor mai multe rapoarte clinice.

Unele secțiuni ale raportului vor fi mai lungi sau mai scurte, în funcție de complexitatea evaluării, de natura întrebării de referință și de stilul de redactare al evaluatorului. Una dintre regulile importante este de a nu prezenta informațiile dintr-o secțiune de la sfârșitul raportului la începutul acestuia, de exemplu, să se specifice diagnosticul în secțiunea de rezultate, deși informațiile dintr-o secțiune de la început pot fi integrate într-una de la sfârșit (Lichtenberger *et al.*, 2004).

Redăm mai jos structura unui raport de evaluare psihologică (Wright, 2011) cu exemplificarea din cazuistica personală a redactării doar a unor secțiuni considerate mai complexe.

12.3.1. *Informații pentru identificarea clientului*

În această secțiune vor fi incluse informații esențiale pentru identificarea clientului, precum numele și prenumele, sexul, vârsta, data nașterii și ocupația. Tot aici se includ informațiile referitoare la numele psihologului clinician, al supervisorului său (dacă este cazul), data redactării raportului și data sau datele (dacă evaluarea s-a desfășurat pe parcursul mai multor ședințe) când a avut loc evaluarea.

12.3.2. *Sursa recomandării și întrebările pentru care s-a solicitat recomandarea*

Redactarea tuturor secțiunilor raportului se va realiza având în minte scopul evaluării, care va ghida întregul demers de evaluare psihologică. În această secțiune se va specifica sursa referinței care a recomandat evaluarea, în cazul în care clientul nu a apelat la evaluare din proprie inițiativă, precum și motivul pentru care se solicită evaluarea. Se vor preciza problemele curente pe care persoana le are. O evaluare a comportamentului unui elev din școala primară va presupune observarea copilului la școală, utilizarea unor grile și scale de evaluare, pe lângă interviurile cu părinții, copilul și învățătoarea, în timp ce preocuparea privind rezultatele academice slabe va implica teste standardizate pentru măsurarea inteligenței, teste de achiziție, precum și examinarea evaluărilor de la clasă și a temelor pentru casă.

Deseori, este necesar ca psihologul clinician să clarifice întrebarea de referință și să înțeleagă contextul mai amplu al evaluării. Unii specialiști recomandă reformularea întrebării cu care se prezintă clientul, în timp ce alții solicită specificarea ad litteram a cuvintelor acestuia. Întrebările la care trebuie să răspundă psihologul clinician, în general, nu sunt globale, ci specifice, motiv pentru care este importantă contactarea sursei de referință în diferite etape ale procesului de evaluare (Groth-Marnat, 2003). Formularea întrebării de referință trebuie să fie clară. La întrebarea sursei de referință este posibil să adauge și clientul alte întrebări care îl preocupă și care își dorește să fie abordate în evaluare. Obiectivele pe care le poate viza evaluarea în practica clinică sunt (Hersen, 2004) :

- diagnostic și/sau evaluarea motivului pentru care clienții caută tratament ;
- conceptualizarea cazului ;
- planificarea tratamentului ;
- monitorizarea răspunsului clientului la tratament ;
- schimbarea comportamentului sau a cognițiilor clienților prin creșterea autoconștientizării ;
- evaluarea unui program de intervenție.

Deseori, obiectivul evaluării clinice este de a diagnostica tulburările mintale.

Caseta 12.1. Exemplu pentru precizarea sursei recomandării și a întrebărilor de referință

Sursa referinței și întrebările de referință

Doamnei Popescu i-a fost recomandată evaluarea psihologică de către medicul psihiatru, care o tratase de depresie în urmă cu trei ani. Aceasta s-a întors din Italia, unde muncise timp de două luni ca menajera unui bărbat de 73 de ani cu demență Alzheimer, manifestând iritabilitate, insomnie, dispoziție depresivă, lentoare psihomotorie și anxietate. Medicul psihiatru solicită evaluarea funcționării emoționale curente a doamnei Popescu în vederea luării deciziei privind tratamentul.

În funcție de natura problemei, evaluarea psihologică poate conduce la intervenție terapeutică, la evaluare neurologică sau analize medicale aprofundate.

12.3.3. *Instrumente administrate*

Fiecare metodă de evaluare va fi precizată inițial cu denumirea integrală, apoi va fi prezentată în paranteză abrevierea. Se includ interviurile clinice, testele și alte instrumente care au fost aplicate, fie în ordine alfabetică, fie în ordinea în care au fost administrate, fie tematic, mai întâi interviurile, apoi testele care au măsurat nivelul cognitiv și la sfârșit testele de personalitate și cele care măsoară funcționarea emoțională. Greșelile care se pot face în această secțiune constau în selectarea inadecvată a instrumentelor corespunzătoare întrebării de referință. La noi în țară, deseori psihologul clinician este limitat din motive pecuniare în selectarea instrumentelor psihologice pe care le administrează în primul rând de absența accesului la testele și scalele de care ar avea nevoie pentru realizarea unei evaluări psihologice adecvate. De cele mai multe ori, psihologul își permite să achiziționeze doar câteva teste cu licență, dar care nu pot fi administrate pentru orice problemă ar putea avea un client. Această stare de fapt poate genera erori precum cele de mai jos, care, deși sfidează logica, se pot regăsi în rapoartele unor psihologi începători.

Tabelul 12.1. *Exemple de greșeli care trebuie evitate în secțiunea de instrumente administrate*

<i>Greșeli de evitat</i>	<i>Explicații</i>
– nu există nicio legătură între întrebarea de referință și instrumentele administrate. De exemplu, întrebarea de referință vizează funcționarea emoțională și se aplică instrumente ce măsoară funcționarea intelectuală ;	– caracteristicile psihologice care se evaluează trebuie să decurgă în mod logic din întrebarea de referință pentru a putea obține informațiile care să îl ajute pe psiholog în luarea deciziei și formularea răspunsului la întrebarea de referință ; mai mult, psihologul nu trebuie să evalueze decât caracteristici care au legătură cu întrebarea de referință ;
– se evaluează doar unele simptome și se omite evaluarea altora (de exemplu, clientul se prezintă cu simptome depresive și consum de alcool, dar se evaluează doar depresia) ;	– tulburările afective pot fi induse de o substanță, iar ignorarea acestei informații este o eroare gravă ;
– se încadrează în această secțiune ședințe de consiliere ;	– deși evaluarea se poate realiza pe parcursul unei intervenții psihologice, ședințele de consiliere nu sunt instrumente de evaluare ;
– administrarea unor scale ce măsoară caracteristici psihologice a căror evaluare nu este solicitată în întrebarea de referință (de exemplu, se aplică un inventar de ostilitate fără ca întrebarea de referință să solicite acest lucru sau se adresează întrebări ce vizează viața sexuală a clientului când întrebarea de referință se referă la funcționarea cognitivă) ;	– este contraindicată administrarea unor instrumente de evaluare ce măsoară caracteristici psihologice a căror evaluare nu este necesară în luarea unei decizii clinice și formularea răspunsului la întrebarea de referință ; evaluarea nu are ca obiectiv satisfacerea curiozității psihologului în privința unor aspecte ale vieții clientului și se impune respectarea codului etic ;
– este omis diagnosticul diferențial, adică excluderea altor tulburări care au prezente unele caracteristici similare cu tulburarea respectivă. De exemplu, trebuie făcută o distincție între comportamentul disruptiv care rezultă din neatenție și impulsivitate în tulburarea hiperactivitate/dificultăți de atenție și comportamentul opoziționist din tulburarea opoziționismului provocator. Pentru a realiza acest lucru este nevoie să se formuleze întrebări cu acest scop în interviul clinic sau să se administreze instrumente standardizate de evaluare pentru ambele tulburări. Judecata clinică ar putea decide stabilirea ambelor diagnostice, în cazul în care sunt îndeplinite criteriile pentru ambele tulburări, care survin concomitent, sau ar putea consta în decizia de a nu stabili niciun diagnostic ;	– este indicat să nu se tragă concluzii pripite privind un diagnostic sau altul, fără a formula întrebări care să ajute la excluderea unor diagnostice cu simptomatologie asemănătoare. De cele mai multe ori, comorbiditatea este regula, nu excepția. În plus, se impune atât evitarea supra-diagnosticării, cât și a subdiagnosticării ;
– se specifică informații teoretice despre testele/scalele utilizate ;	– pacientul nu este interesat de istoria construirii unui test psihologic sau de proprietățile sale psihometrice ; este sarcina psihologului să selecteze cele mai adecvate instrumente pentru fiecare caz particular, fără a aduce argumente în raport.
– se specifică în această secțiune teste care nu au fost administrate sau se omite includerea unora care au fost aplicate.	

12.3.4. *Descrierea clientului*

Scopul acestei secțiuni este de a-i oferi celui care citește raportul o imagine vizuală a persoanei evaluate. Este important să se evite limbajul evaluativ, astfel încât, dacă clientul citește propria descriere, *să nu se simtă lezat*. Se vor descrie cât se poate de obiectiv tonul vocii, atitudinea pacientului și modul în care este îmbrăcat.

12.3.5. *Prezentarea problemei*

În această secțiune se vor preciza în câteva paragrafe problemele, simptomele curente ale clientului, precizând sursele de unde a fost colectată fiecare informație.

12.3.6. *Informații generale*

Pentru înțelegerea problemei cu care pacientul s-a prezentat sunt necesare informații relevante pentru funcționarea individului, precum cele ce se obțin din *istoricul problemei prezentate, evaluarea simptomelor și evaluarea psihosocială*. În cazul în care vor exista mult mai multe informații, se vor selecta doar acelea care sunt utile pentru clarificarea istoricului problemei și a simptomelor prezentate. Factorii care îl vor ajuta pe clinician să decidă dacă informația este relevantă pentru a fi inclusă în raport sunt următorii :

- a) dacă informația este relevantă pentru concluziile finale ce vor fi trase, reținându-se faptul că absența unui simptom poate fi importantă pentru concluzia finală ;
- b) dacă persoana care va primi raportul ar putea avea nevoie de acea informație ;
- c) dacă o informație colectată în procesul evaluării, ce pare irelevantă pentru problemele specifice ale clientului, are potențialul de a leza clientul (Suhr, 2015).

Pentru ca raportul să fie inteligibil este necesar să se acorde atenție timpului verbal în care sunt precizate informațiile în această secțiune. Astfel, este indicat ca ceea ce pacientul a raportat că s-a petrecut în trecut să se redacteze la timpul trecut, dar dacă ceea ce a raportat încă are loc este indicat să se precizeze la timpul prezent. Foarte important este să se indice cu corectitudine sursa fiecărei informații, iar afirmațiile și opiniile precizate să fie susținute de dovezi. Spre exemplu, în loc de „*Nu există un istoric de abuz sexual*” exprimarea ar trebui să fie „*Clienta nu a raportat un istoric de abuz sexual*” sau în raportarea simptomelor în loc de „*Clienta nu are cogniții iraționale*” exprimarea ar fi indicat să fie „*Clienta neagă că ar avea cogniții iraționale...*” (Wright, 2011). Psihologul clinician va specifica inclusiv informațiile care sunt contrare concluziei, iar în secțiunea de integrare a tuturor datelor se vor discuta atât informațiile convergente, cât și cele divergente. Această secțiune va clarifica contextul problemelor curente, durata problemelor clientului și va specifica detaliat gândurile pe care le are atunci când se manifestă simptomele.

12.3.6.1. Istoricul problemei prezentate

Istoricul problemei pentru care se realizează evaluarea va ajuta la asigurarea unui context care să explice funcționarea curentă. În cadrul unui interviu clinic se vor solicita durata de când persistă problema, istoricul dificultăților similare, evoluția problemei pe parcursul timpului, dacă a fost continuă sau intermitentă și cognițiile pe care persoana le are la apariția problemei. Obținerea perspectivei clinicianului care a realizat eventualele evaluări anterioare este un aspect important.

12.3.6.2. Evaluarea simptomelor

Evaluarea simptomatică urmărește clarificarea conținutului funcționării curente a individului. Întrebările interviului vor viza :

- a) diferite diagnostice psihiatrice relaționate cu problema prezentată și se vor solicita informații care vizează din acest punct de vedere *istoria familială, istoria medicală și istoria consumului de substanțe* ;
- b) *istoria dezvoltării* va implica întrebări despre eventuale probleme în timpul sarcinii, la naștere, traume și probleme comportamentale din timpul copilăriei ;
- c) *istoria psihiatrică*, cu informații despre spitalizări, tratamente și simptome psihiatrice anterioare este elocventă pentru a înțelege problemele actuale ale pacientului. Pentru că alcoolul, chiar și atunci când are funcție socială, poate afecta funcționarea pacientului, este important să se exploreze atât consumul în prezent, cât și în trecut, specificându-se circumstanțele în care a debutat consumul, durata și care a fost tipul de impact pe care l-a avut în viața clientului ;
- d) *istoria medicală* presupune investigarea statusului medical trecut și prezent, a medicamentelor care i-au fost prescrise și evidențierea relațiilor dintre schimbările în istoria medicală și schimbările în simptomatologie. De asemenea, este importantă istoria medicală și psihiatrică a familiei, având în vedere influența pe care ereditatea și mediul familial o pot avea atât în cazul bolilor medicale, cât și al celor psihiatrice.

12.3.6.3. Evaluarea psihosocială

Prin evaluarea psihosocială se vizează înțelegerea contextului în care funcționează individul, astfel încât se vor aprofunda :

- a) *istoria familială*, care va presupune colectarea informațiilor referitoare la structura familiei de origine, frați, calitatea relației și evenimente familiale semnificative din copilărie, dar și despre structura familială curentă ;
- b) *istoria educațională*, ce conține următoarele componente care vor fi evaluate : nivelul educațional cel mai înalt atins, istoricul școlar cu informații despre tulburări de învățare, probleme de atenție, hiperactivitate la școală, probleme comportamentale și emoționale, locul de muncă curent și cele din trecut, perioadele de timp cât a ocupat o anumită funcție, calitatea și nivelul de mulțumire cu privire la locurile de muncă, precum și aspirațiile privind cariera ;

- c) *istoria problemelor legale* pe care individul le-a avut în trecut este necesară în special dacă individul în timpul evaluării simptomelor indică un potențial ridicat de a-și face rău sieși sau altor persoane ;
- d) *istoria socială*, care implică întrebări referitoare la numărul prietenilor, calitatea relației cu aceștia, relația romantică prezentă, tipurile de rețele sociale și activitățile sociale la care individul a participat pe parcursul dezvoltării sale ;
- e) *istoria psihosexuală* include istoricul comportamentului sexual și romantic, atitudinile față de sex, orientarea sexuală, istoria dezvoltării sexuale, dacă există istoric de violență sexuală sau molestare ca victimă, martor sau autor.

12.3.7. *Evaluarea statusului mintal*

Într-un paragraf se va sintetiza rezultatul evaluării statusului mintal, care este aproape integral bazată pe observația clinică a psihologului clinician. Se vor avea în vedere și punctele tari, iar când comportamentul nu va fi disfuncțional se va preciza că un domeniu al funcționării se încadrează „în limite normale”. Pentru evaluarea statusului mintal vezi capitolul cu același titlu din acest volum.

12.3.8. *Observații comportamentale*

În această secțiune se vizează consemnarea în detaliu a comportamentelor pe care pacientul le-a manifestat *în timpul procesului de testare și interviuare*. Este important să se detalieze prin precizarea comportamentelor concrete termenii care pot avea înțelesuri diferite în funcție de cititor. De exemplu, exprimarea „băiatul a fost *neastâmpărat* în timpul testării” ar putea lăsa loc la interpretări în funcție de ceea ce înțelege fiecare dintre cei care citesc raportul prin termenul *neastâmpărat*. Se vor specifica, în schimb, comportamentele exacte : „băiatul se ridică de pe scaun la fiecare câteva minute și mergea la fereastră cu intenția de a o deschide”.

12.3.9. *Interpretarea rezultatelor evaluării*

În această secțiune sunt specificate rezultatele evaluării și, în funcție de întrebarea de referință, funcționarea personalității și cea emoțională pot fi abordate în secțiuni separate, iar funcționarea vocațională va fi inclusă în raport doar dacă întrebarea de referință vizează evaluarea aspectelor legate de muncă și interesele profesionale. Lichtenberger *et al.* (2004) disting între trei niveluri ale interpretării clinice :

- a) *nivelul mecanic* – interpretarea rezultatelor la acest nivel implică concentrarea pe diferențele dintre scorurile la un factor și subteste, precum și dezvoltarea concluziilor pe baza diferențelor dintre scorurile obținute ;
- b) *nivelul concret* – psihologii clinicieni care interpretează rezultatele scorurilor la teste la acest nivel se concentrează pe descrierea scorurilor obținute și nu trag concluzii dincolo de acestea ;
- c) *nivelul individualizat* – formularea concluziilor explicative pe baza integrării informației generale, a comportamentului și scorurilor, incluzând și informații calitative.

Rapoartele mai utile sunt considerate cele redactate la nivel individualizat.

Deși numeroși evaluatori realizează o prezentare și interpretare a rezultatelor test cu test, în care rezultatele fiecărui test sunt descrise pe rând în detaliu, mai recent specialiștii sugerează necesitatea concentrării asupra persoanei, a constructelor evaluate, asupra plasării testelor în context, nu asupra testelor în sine (Wright, 2011 ; Suhr, 2015). Raportarea rezultatelor test cu test are avantajul că, fiind simplă, se pot face mai puține greșeli, dar are dezavantajul că îi lipsesc coerența și puterea explicativă pentru susținerea concluziilor (Wright, 2011). Integrarea informațiilor rezultate din surse multiple și variate într-o imagine coerentă a pacientului evaluat solicită într-o mai mare măsură cunoștințele despre psihodiagnostic și funcționarea personalității.

Deciziile și concluziile din secțiunea de rezultate se redactează fără conotații modale (ca de exemplu : „ în opinia mea”, „evident”), pe cât se poate de obiectiv și la timpul prezent (Westhoff și Kluck, 2009).

Tabelul 12.2. *Exemple de greșeli care trebuie evitate în secțiunea de rezultate a raportului*

<i>Greșeli de evitat</i>	<i>Explicații</i>
– prezentarea în detaliu a modului de calcul al scorurilor, cu precizarea itemilor inverși, a discrepanțelor etc. ;	– clientul și/sau sursa de referință se așteaptă la un răspuns cu privire la întrebarea de referință, nu sunt interesați de modul de scorare ;
– se precizează scorurile standard la teste, dar fără interpretare ;	– dacă scorul la un test se încadrează în clasa I, dar nu se explică faptul că reprezintă un rezultat foarte slab, clientul ar putea să înțeleagă că este un scor foarte bun. Pentru eliminarea ambiguității este important să se interpreteze rezultatul ;
– cele mai multe teste psihologice produc scoruri brute, însă atunci când există un etalon al testului este eronat să se interpreteze scorul brut, fără conversiunea lui în scor standard conform etalonului ;	– pentru că afirmațiile pe care le putem face folosind scorurile brute sunt limitate, depinzând de nivelul de măsurare al scorului (nominal, ordinal, de intervale egale și de raport), convertim scorurile brute în unități standard de măsurare pentru a conferi mai mult înțeles scorurilor individuale și pentru a putea face comparații ;
– se interpretează rezultatul, dar fără a indica scorurile ;	– absența precizării scorului standard pe care se bazează interpretarea poate fi interpretată drept subiectivism în interpretare ;
– se prezintă atât scorul brut, cât și scorul standard, conform etalonului.	– prea multe cifre pot bulversa clientul care nu este familiarizat cu scorarea și etalonarea testelor psihologice ; este sarcina psihologului să raporteze corect scorul brut la etalon.

12.3.9.1. Funcționarea cognitivă

Rezultatele obținute la funcționarea cognitivă vor releva *punctele tari și punctele slabe* ale funcționării individului din acest punct de vedere. Din întrebarea de referință va reieși dacă evaluarea se va centra *în principal* pe funcționarea cognitivă, dacă aceasta este un *obiectiv secundar* și dacă va include *screening neuropsihologic*. În cazul în care *evaluarea funcționării cognitive este obiectivul central*, ca în cazul evaluării pentru o tulburare de învățare, este important să se realizeze o comparație între ceea ce individul ar trebui să

fie capabil să achiziționeze și ceea ce, de fapt, achiziționează în domeniul școlar. Astfel, această secțiune va face referire la trei aspecte majore în această situație: *abilitatea cognitivă*, *achiziția academică* și *rezumatul funcționării cognitive*. În rezumat se pot preciza concluziile preliminare privind probabilitatea prezenței sau absenței unei tulburări de învățare, deși și alți factori precum oportunitatea educațională și deteriorarea senzorială trebuie luați în considerare în stabilirea diagnosticului.

Când funcționarea cognitivă este un *obiectiv secundar al evaluării* și nu se administrează decât un test de aptitudini (de exemplu, WAIS-IV) și câteva instrumente de *screening* neuropsihologic (de exemplu, Bender-2), paragraful introductiv va conține o defalcare generală a domeniilor largi de funcționare care au fost evaluate. Rezultatele pentru fiecare subtest vor fi menționate în paragrafe în ordine descrescătoare, începând cu acele domenii care reprezintă punctele tari și terminând cu punctele slabe. De exemplu, dacă clientul obține o performanță bună la memoria cifrelor comparativ cu alții de aceeași vârstă, dar performanța la înțelegerea verbală este mai slabă, ordinea va fi: rezultate la memoria cifrelor, apoi rezultate la înțelegerea verbală. Frazele pot avea următoarea structură: descrierea a ceea ce sarcina solicită individului; abilitățile evaluate de sarcină; rezultatul obținut (Wright, 2011). Într-o altă frază se va explica de ce se consideră că s-a obținut rezultatul respectiv. Ultimul paragraf al acestei secțiuni va fi un rezumat al rezultatelor importante care va conține și posibile explicații ale rezultatelor la subscale.

În situația în care întrebările de referință implică administrarea unei *baterii de screening neuropsihologic*, structura acestei secțiuni va cuprinde:

- un prim paragraf despre dovezi privind *declinul cognitiv*, care implică:
 - a) evaluarea indicatorilor funcționării cognitive curente (WAIS-IV);
 - b) estimarea nivelului premorbid de funcționare;
 - c) comparația între a și b; există un declin în funcționarea cognitivă dacă funcționarea cognitivă curentă este semnificativ mai scăzută decât estimarea funcționării premorbide;
- paragrafe referitoare la motivație (în ce măsură motivația scăzută sau disimularea a afectat performanța), orientare (măsurată, de obicei, cu *Mini-Mental State Exam* – MMSE, Folstein *et al.*, 2010), atenție, funcționarea motorie, viteza de procesare, memorie, limbaj, funcționarea vizuo-spațială și funcționarea executivă;
- un paragraf final care va sintetiza punctele generale tari și cele slabe prezentate în paragrafele anterioare, precum și posibile explicații ale acestora, incluzând implicațiile pentru diagnostic, prognostic și tratament (Wright, 2011).

12.3.9.2. Funcționarea emoțională și a personalității

În paragraful inițial se vor anunța subsecțiunile ulterioare ce vor fi formate din temele prin care se caracterizează funcționarea curentă a individului. Spre exemplu, dacă din rezultatele testelor reiese că izolarea socială și stima de sine scăzută au condus la depresie, următoarele paragrafe vor avea ca teme: izolarea socială, stima de sine scăzută și depresia. Paragrafele vor preciza tema sub forma unui subtitlu și vor începe printr-o frază generală despre aceasta, urmată de dovezi din testele administrate care să susțină tema respectivă. Trebuie să se precizeze clar din ce test reiese fiecare informație și se vor prezenta atât aspectele pozitive, cât și cele negative. De asemenea, observațiile comportamentale și cele din interviul clinic, dacă sunt relaționate cu tema, pot fi utilizate secundar pentru

susținerea afirmațiilor din această secțiune. Rezultatele din testele de personalitate vor fi prezentate sintetic și cu scopul de a explica motivul comportamentelor care au fost observate sau raportate. Atunci când clinicianul nu este foarte convins de o anumită interpretare sau concluzie, este indicat să utilizeze termeni precum „*este posibil*”, „*explicația ar putea consta în...*”.

Caseta 12.2. *Exemplu de integrare a informațiilor în teme*

Funcționarea emoțională și a personalității

Rezultatele evaluării clienței sugerează că dna Popescu în momentul plecării în străinătate era o persoană vulnerabilă psihic, care nu deținea resursele adecvate pentru a se adapta la condițiile de muncă din străinătate. Mai exact, șocul cultural produs de schimbarea domiciliului la familia de italieni unde era menajera unui bărbat cu demență Alzheimer, izolarea și lipsa de inițiativă socială au condus la sentimente de singurătate și depresie. Cu toate că membrii familiei comunicau săptămânal cu ea, nu a fost suficient pentru a împiedica recurența sentimentelor de tristețe pe fondul dorului de casă.

Vulnerabilitatea. Faptul că clienta a fost sub tratament medicamentos pentru depresie cu trei ani înainte de a pleca în străinătate arată că este o persoană extrem de vulnerabilă ce poate fi cu ușurință copleșită de eventuale schimbări majore din viață. Interviu clinic a relevat că dna Popescu nu deține abilitățile de adaptare necesare unui loc de muncă ce presupune comunicarea într-o limbă străină, pe care nu o înțelege. Clienței i-au lipsit atât resursele personale, cât și sprijinul adecvat din partea celor apropiați, pentru că nu comunica cu membrii familiei decât săptămânal. Nivelul ridicat de disfuncționalitate în atitudini relevat de scorul la DAS, situat în Clasa IV, a generat probleme psihologice de intensitate clinică. De asemenea, nivelul ridicat de nevrotism (percentila 85) la FF-NPQ indică o persoană cu nevoie crescută de sprijin din partea celorlalți, dependentă și cu tendință spre deprimare.

Izolare și lipsă de inițiativă socială. Clienta locuia într-un sat din Italia la familia unde lucra ca menajeră și pleca din localitate doar o dată pe săptămână pentru a discuta cu membrii familiei. În rest, nu cunoștea alte persoane de naționalitate română cu care să socializeze, nu vorbea limba italiană și înțelegea cu dificultate ceea ce îi solicita să facă femeia care o angajase pentru a avea grijă și de soțul său bolnav de demență. Scorul scăzut la factorul extraversie al FF-NPQ (percentila 3) relevă o persoană care tinde să evite interacțiunile sociale, este timidă, retrasă, distantă și introvertită.

Depresia. Ca rezultat al izolării sociale și al vulnerabilității crescute, clienta a devenit depresivă. Recurența depresiei severe a fost relevată de scorul 24 pe care l-a obținut la Chestionarul Beck pentru Depresie. Observația clinică a evidențiat la clientă postura unei persoane depresive, cu o expresie facială tristă, cu comisura gurii lăsată și umerii aplecați în față. Chestionarul Gândurilor Automate a indicat un nivel ridicat (Clasa IV) al gândurilor automate disfuncționale. Mai exact, clienta se simte neajutorată, nu îi vine să se apuce de nimic, nu îi mai place nimic, viitorul îl percepe cenușiu, manifestă intoleranță la frustrare și consideră că nu poate duce nimic până la capăt. Un aspect pozitiv este reprezentat de faptul că, atât în interviu, cât și în chestionarele administrate, clienta neagă că ar avea gânduri de suicid și episoade maniacale.

12.3.9.3. Funcționarea vocațională (dacă este cazul)

Evaluarea vocațională, atunci când este solicitată în întrebarea de referință, presupune sintetizarea rezultatelor evaluării a patru aspecte : interesele vocaționale, aptitudinile cognitive,

preferințele stilului de muncă și funcționarea personalității. Conform rezultatelor obținute, se vor face recomandări pentru locuri de muncă în care individul ar putea să aibă succes.

12.3.10. *Sumarizare*

Această secțiune din raport are ca scop precizarea răspunsului la întrebarea de referință. Un prim paragraf va conține câteva cuvinte referitoare la descrierea individului, problemele prezentate și întrebarea de referință. În al doilea paragraf se vor menționa cele mai importante rezultate referitoare la funcționarea cognitivă, iar al treilea paragraf va face referire la funcționarea emoțională și a personalității.

Tabelul 12.3. *Exemple de greșeli care trebuie evitate în secțiunea de sumarizare a raportului*

<i>Greșeli de evitat</i>	<i>Explicații</i>
– ignorarea întrebării de referință ;	– evitarea răspunsului concret la întrebarea de referință se poate datora faptului că evaluarea nu a generat răspunsuri concludente ; în loc să se ignore întrebarea de referință, este indicat să se specifice : „Rezultatele sunt neconcludente” ;
– adăugarea unor informații care nu au fost precizate anterior în celelalte secțiuni ale raportului ;	– adăugarea la final a unor afirmații care nu decurg din instrumentele de evaluare psihologică utilizate denotă subiectivism ; de multe ori persoanele interesate citesc direct această secțiune care trebuie să sintetizeze informațiile importante precizate în secțiunile anterioare din raport ;
– afirmațiile din această secțiune de sumarizare sunt contrare celor din secțiunile anterioare.	– modificarea afirmațiilor care au rezultat din administrarea testelor este exclusă (nu se poate afirma inițial că performanța este slabă, iar în secțiunea de sumarizare să se contrazică această afirmație).

12.3.11. *Diagnostic*

În clasificarea multi-axială a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) erau incluse cinci axe (Axa I – Tulburările clinice și Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice, Axa II – Tulburările de personalitate, retardarea mintală, Axa III – Condițiile medicale generale, Axa IV – Problemele psihosociale și de mediu, Axa V – Evaluarea globală a funcționării). În DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) a fost inclus un sistem de evaluare nonaxial, în care Axa III a fost combinată cu Axele I și II. Dacă există un diagnostic clar, care va ajuta clinicianul să realizeze un plan de tratament, să determine prognosticul și rezultatele tratamentului potențial, se va specifica în această secțiune.

12.3.12. *Recomandări*

În secțiunea de recomandări vor fi descrise concret soluțiile la problemele identificate, obiectivele care pot fi atinse prin direcțiile de acțiune descrise și consecințele care pot urma din fiecare soluție propusă (Westhoff și Kluck, 2009). Chiar dacă unele persoane

evaluate nu vor îndeplini pe deplin criteriile pentru o tulburare mintală, asta nu înseamnă că nu li se va putea recomanda tratament sau îngrijire (DSM-5, 2013). Este indicat să se evite formularea unor recomandări pe care clientul nu le poate urma sau care nu au la bază rezultatele obținute în evaluare. Psihologul clinician se va asigura că recomandările au fost înțelese de către client și îi va solicita feedback acestuia cu privire la ele.

Ultimele secțiuni ale raportului sunt *semnătura evaluatorului*, care atestă autenticitatea raportului, și *anexele* în care sunt incluse toate rezultatele.

12.3.12.1. Structura unei ședințe de acordare a feedbackului privind evaluarea

Ședința de acordare a feedbackului presupune anticiparea modului în care clientul va fi afectat de concluziile evaluării și este considerată un hibrid între o ședință de evaluare și una de terapie (Wright, 2011). Există mai multe versiuni de structurare a unei astfel de ședințe în literatura de specialitate, dar niciuna nu este considerată optimă și adecvată pentru absolut toți clienții evaluați. Suhr (2015) consideră că, pentru ca un client să beneficieze din acordarea feedbackului și prezentarea rezultatelor evaluării să aibă cu adevărat efecte terapeutice, este necesar să se aibă în vedere :

- a) *crearea unui cadru pentru ședința de acordare a feedbackului privind evaluarea.*
Aceasta presupune reformularea obiectivului evaluării din stabilirea diagnosticului, de exemplu (dacă acesta era obiectivul vizat de întrebarea de referință), în identificarea cauzelor care au generat problema clientului pentru a putea face cele mai bune recomandări. Psihologul își va arăta disponibilitatea de a răspunde clientului la orice nelămurire. În organizarea ședinței de acordare a feedbackului, psihologul clinician va fi necesar să ia în considerare vârsta și nivelul de dezvoltare ale persoanei evaluate. Astfel, când clientul este copil, în funcție de vârsta acestuia, feedbackul se va acorda în mod diferit (Wright, 2011). Când copilul este mic, strategia cea mai adecvată presupune să se acorde feedbackul părinților mai întâi, în absența copilului, iar ulterior să fie invitat și copilul, căruia să i se dea feedbackul în prezența părinților. Procedându-se astfel, pe de o parte părinții vor ști modul în care să discute cu copilul despre problema acestuia, iar copilul va fi mai puțin anxios în prezența părinților. Cu preadolescenții și adolescenții se va adopta altă strategie. Pentru a înlătura teama acestora că părinții vor primi alte informații de la psihologul clinician, este indicat mai întâi să se acorde feedbackul adolescentului, iar ulterior să fie invitați în încăperea pentru feedback și părinții. Mai mult, pentru a da adolescentului senzația de control se poate stabili împreună cu el modalitatea cea mai bună de prezentare a concluziilor pentru părinți încât să fie înțelese, iar adolescentul să nu se simtă trădat de către psiholog.
- b) se recomandă o *abordare integrativă a concluziilor*, de la nivelul caracteristicilor evaluate, și nu prezentarea fiecărui scor individual al bateriei de teste. Psihologul clinician poate alege să explice concluziile evaluării fie prin integrarea într-o ordine cronologică a descrierii cauzelor care au condus la problema curentă a clientului, fie va începe cu concluziile pe care le va susține cu dovezi exprimate prin rezultatele evaluării. O situație particulară este atunci când *feedbackul este negativ*, adică atunci când concluziile evaluării sunt contrare față de ceea ce clientul dorește să audă (Suhr, 2015). Faptul că un străin, după o evaluare de câteva ore, pretinde că știe despre

funcționarea clientului lucruri pe care acesta nu le conștientizează poate provoca clienților sentimente ce pot varia de la ambivalență la sentimente negative puternice (Wright, 2011). Chiar pentru psihologul clinician sarcina de a da „vești rele” clienților poate produce disconfort, pentru că anticipează că feedbackul poate produce ostilitate sau supărare clientului, cum ar fi în cazul unor diagnostice referitoare la consumul de substanțe, abuz, probleme sexuale, ideea suicidă, o tulburare psihotică sau absența unui diagnostic la un client convins că este bolnav. Inclusiv recomandările din literatura de specialitate reflectă varietatea modului de acțiune în aceste situații. De exemplu, Berman și Shopland (2005) subliniază necesitatea revizuirii diagnosticului de către psihologul clinician dacă clientul este marcat negativ, cu argumentele că acesta este expertul în propria viață și că este important ca decizia psihologului să aibă la bază discuția cu clientul. De altfel, unii specialiști consideră diagnosticul ca fiind stigmatizant, în timp ce alții iau în considerare valoarea sa informativă și administrarea unor tratamente adecvate și validate științific pentru tulburarea respectivă (Wright, 2011). Există situații când un diagnostic poate fi dăunător clientului, iar pentru că psihologul este important să se ghideze după principiul etic „do no harm” o soluție este să i se dea clientului feedbackul doar oral, fără o copie a raportului scris (Wright, 2011).

Pe de altă parte, Finn (2007) recomandă o prezentare treptată a rezultatului evaluării, în care să se înceapă cu ceea ce confirmă modul în care clienții gândesc despre ei înșiși, apoi să se abordeze ceea ce modifică ușor modul în care gândesc despre ei înșiși și doar în final să se prezinte informațiile care reflectă discrepanțele față de modul de a gândi despre ei înșiși. Argumentul pentru această abordare rezidă în tendința clienților de a crede feedbackul care confirmă ceea ce deja cred despre sine, afirmațiile generale de tip efect Barnum care îi determină să se creadă similari cu alte persoane, precum și feedbackul care le crește stima de sine și îi determină să creadă că alții vor gândi de bine despre ei (Suhr, 2015). Acest proces al acordării feedbackului reprezintă o provocare ce solicită abilitățile psihologului clinician deoarece pe parcursul evaluării este improbabil să se stabilească o alianță terapeutică fermă cu clientul, astfel încât eficiența feedbackului rezidă mai mult în *procesul* de acordare a feedbackului decât în *conținutul* acestuia (Wright, 2011).

Un aspect central al evaluării este stabilirea validității datelor prezentate de client, al cărei rezultat poate genera o altă situație dificilă, când psihologul clinician trebuie să acorde feedbackul unui client care *a dat în timpul evaluării răspunsuri ce nu sunt credibile*. Aceste răspunsuri pot fi date în mod conștient sau inconștient în instrumentele de autoevaluare, în teste de performanță și în raportarea simptomelor în interviu prin prezentarea într-o lumină negativă sau una pozitivă. De asemenea, se poate constata o simulare selectivă (Nelson *et al.*, 2007), în sensul că clientul :

- răspunde într-o manieră care nu este credibilă la autoevaluarea simptomelor, dar se comportă credibil la măsurătorile cognitive ;
- răspunde neverosimil cu privire la simptomele unei tulburări, dar raportează corect alte simptome ;
- raportează neverosimil răspunsurile la măsurătorile cognitive, dar le raportează corect la autoevaluare ;
- se comportă neverosimil la măsurarea unui construct cognitiv, dar corect la altele.

Răspunsul neverosimil nu este o trăsătură a clientului, ci se poate comporta conștient în acest mod pentru diverse avantaje. Astfel, clientul s-ar putea prezenta în lumină pozitivă când, în postura de părinte, este evaluat pentru custodia copilului sau într-o

lumină negativă atunci când ar putea dori obținerea unei pensii pe caz de boală psihică sau când este depresiv și se autodevalorizează. Regretabil este faptul că multe dintre măsurătorile prin autoraportarea simptomelor psihologice nu includ scale prin care să se verifice tendința de disimulare. Identificarea unui astfel de pattern de răspunsuri neverosimile indică faptul că testul nu poate fi interpretat și este invalidat. Clientului nu i se va explica modul în care a fost determinat răspunsul neverosimil pentru a nu putea fi utilizat de către acesta în cazul altor evaluări viitoare.

- c) *relaționarea concluziilor cu recomandările* reprezintă un alt aspect important al asigurării unui feedback terapeutic. Uneori evaluarea se finalizează cu decizii diagnostice clare, dar alteori concluziile ridică mai multe întrebări și implică investigații aprofundate și referințe către alți specialiști. Evaluatorul este important să explice și să clarifice întrebările pe care clientul le poate avea, precum și utilitatea recomandărilor.
- d) *evaluarea răspunsului clientului la feedback* presupune luarea în considerare a reacției afective a clientului la feedback și opinia sa cu privire la relevanța concluziilor. Corectitudinea înțelegerii concluziilor și recomandărilor se poate verifica prin solicitarea repetării sau parafrazării acestora de către client. Vor exista întrebări la care psihologul clinician va fi nevoie să răspundă în situația în care așteptările clientului privind diagnosticul și recomandările nu vor coincide cu cele indicate de evaluator.

Alte variante de structurare a ședinței de feedback pot fi cele propuse de Wright (2011), care presupun fie organizarea întregii ședințe pornind de la recomandări, fie prezentarea rezultatelor prin respectarea formatului unui raport de evaluare psihologică. Recomandarea se comunică imediat după rezultatul relaționat cu aceasta atunci când psihologul anticipează că clientul ar manifesta rezistență la recomandări sau s-ar simți copleșit în momentul precizării tuturor rezultatelor. Când clientului i se asigură o copie a raportului, ședința se poate baza pe această structură. Mai întâi se vor prezenta secțiunile principale ale raportului, după care se va relua secțiune cu secțiune, se va explica conținutul și se va răspunde la întrebări.

Concluzii

Modul de redactare a rapoartelor psihologice diferă de la psiholog la psiholog, dar, indiferent de stilul personal al fiecăruia, organizarea și prezentarea rezultatelor trebuie să genereze o narațiune coerentă din care să se înțeleagă ce se întâmplă cu clientul. Susținerea afirmațiilor cu dovezi, ca în orice studiu științific, menționarea atât a punctelor slabe, cât și a punctelor tari este posibil să convingă clientul să fie de acord cu explicațiile psihologului privind cauzele deteriorării în funcționare și să crească probabilitatea de a urma recomandările acestuia. Cert este că redactarea raportului de evaluare psihologică și ședințele de feedback privind rezultatele evaluării solicită intens abilitățile clinice ale psihologului și dau măsura profesionalismului său.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text. rev.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC : Author.
- Berman, P., Shopland, S. (2005). *Interviewing and diagnostic exercises for clinical and counseling skills*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Finn, S.E. (2007). *In our clients' shoes : Theory and techniques of therapeutic assessment*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Finn, S.E., Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- Folstein, M.E., Folstein, S.E., White, T., Messer, M.A. (2010). *Mini-Mental State Examination* (2nd ed.). *User's Manual*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources.
- Hersen, M. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment, personality assessment*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment : Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
- Kellerman, H., Bury, A. (2007). *Handbook of psychodiagnostic testing. Analysis of personality in the psychological report* (4th ed.). New York : Springer.
- Lichtenberger, E.O., Mather, N., Kaufman, N.L., Kaufman, A.S. (2004). *Essentials of assessment report writing*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Michael, D.M. (2002). Psychological assessment as a therapeutic intervention in patients hospitalized with eating disorders. *Professional Psychology : Research and Practice*, 33, 470-477.
- Nelson, N.W., Sweet, J.J., Berry, D.T.R., Bryant, F.B., Granacher, R.P. (2007). Response validity in forensic neuropsychology : Exploratory factor analytic evidence of distinct cognitive and psychological constructs. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 440-449.
- Newman, M.L., Greenway, P. (1997). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service : A collaborative approach. *Psychological Assessment*, 9, 122-131.
- Ougrin, D., Ng, A.V., Low, J. (2008). Therapeutic assessment based on cognitive-analytic therapy for young people presenting with self-harm : Pilot study. *Psychiatric Bulletin*, 32, 423-426.
- Ownby, R.L. (1997). *Psychological reports : a guide to report writing in professional psychology* (3rd ed.). New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Poston, J.M., Hanson, W.E. (2011). Building confidence in psychological assessment as a therapeutic intervention : An empirically based replay to Lilienfeld, Gard, and Wood (2011). *Psychological Assessment*, 23, 1056-1062.
- Suhr, J.A. (2015). *Psychological assessment : a problem-solving approach*. New York : The Guilford Press.
- Westhoff, K., Kluck, M.L. (2009). *Raportul psihologic : redactare și evaluare*. Trad. : Dragoș Iliescu, Mihaela Minulescu, Cătălin Nedelcea, Ion Andrei. Cluj-Napoca : Sinapsis.
- Wright, A.J. (2011). *Conducting psychological assessments : a guide for practitioners*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.

13. Probleme etice în evaluarea psihologică

Cornelia Măirean

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Fiecare psiholog trebuie să își desfășoare activitatea sa profesională în acord cu standardele științifice actuale și cu normele etice de practicare a profesiei. Conform diferitelor coduri de etică profesională, o serie de principii etice trebuie cunoscute și respectate de fiecare practician. Aceste principii, referitoare la urmărirea beneficiilor și a nonprejudiciului, fidelitate și responsabilitate față de client și societate, integritate, respectarea drepturilor și demnității persoanelor, justiție și corectitudine, sunt prezentate în a doua secțiune a acestui capitol. Problemele etice care apar pe parcursul practicării profesiei trebuie anticipate și rezolvate în acord cu aceste principii. Pot să apară însă situații problematice în care codurile de etică nu oferă răspunsuri clare și soluții unice. În a treia secțiune a capitolului sunt prezentate problemele și dilemele etice cu care psihologul se poate confrunta în diferite etape ale realizării evaluării psihologice. Înainte de a începe evaluarea, psihologul trebuie să stabilească o relație profesională cu clientul și să rezolve eventuale probleme pe care le implică relațiile multiple, din punct de vedere al confidențialității și al conflictelor de interese. Prin intermediul consimțământului informat trebuie comunicate informațiile cu privire la respectarea confidențialității și la riscul de invazie a intimității. Tot înainte de a începe evaluarea, psihologul trebuie să aleagă cu competență instrumentele de evaluare psihologică. Problemele etice cu care psihologul se poate confrunta în timpul realizării evaluării derivă din modul de administrare și interpretare a testelor, precum și din modul în care realizează raportul psihologic. La final, psihologul practician trebuie să comunice rezultatele testării și să asigure securitatea păstrării acestora. Aceste aspecte vor fi discutate pe parcursul paginilor următoare.

13.1. Introducere

Evaluarea psihologică reprezintă o activitate complexă, realizată în vederea descrierii trăsăturilor, atitudinilor, valorilor personale, abilităților și aptitudinilor, precum și a predicției comportamentului uman în diferite situații concrete de viață (Koocher și Rey-Casserly, 2003 ; Mukherjee și Kumar, 2016). Prin intermediul rezultatelor evaluării,

psihologul are acces la informații personale ale clientului și astfel, în funcție de scopul evaluării, poate influența viața acestuia, fie în mod pozitiv, fie în mod negativ. Din acest motiv, este imperativ ca psihologul să urmărească respectarea riguroasă a procedurilor și standardelor științifice care guvernează aplicarea și interpretarea instrumentelor de diagnostic psihologic, pentru a asigura precizia și validitatea concluziilor pe care le stabilește în urma aplicării acestora. Însă, în încercarea de a oferi evaluări valide din punct de vedere științific, psihologii se pot confrunta adesea cu diferite probleme și dileme etice, pe care le vom discuta în cadrul acestui capitol. Acestea pot să apară în diferite etape ale activității de evaluare psihologică, atât în momentul planificării acestei activități, cât și pe parcursul desfășurării acesteia sau la final, în momentul în care psihologul trebuie să comunice rezultatele testării (Mukherjee și Kumar, 2016). Dincolo de principiile etice generale, pe care le vom prezenta mai jos, pot exista situații în care experiența și abilitatea psihologului reprezintă aspecte cruciale în procesul de luare a unor decizii profesionale valide atât din punct de vedere științific, cât și etic.

13.2. Principii etice în activitatea de evaluare psihologică

Practicarea etică a profesiei presupune respectarea unor standarde minime și principii de conduită, care sunt impuse ca parte a codurilor etice. De-a lungul timpului, o serie de orientări etice au apărut și evoluat continuu, pentru a asigura respectarea unor proceduri profesionale adecvate, în practica psihologică clinică. În acord cu conținuturile codurilor de etică profesională, psihologul trebuie să cunoască și să respecte următoarele principii etice, în activitatea de evaluare psihologică :

1. *Principiul beneficiului și al evitării prejudiciului.* Conform acestui principiu, psihologii trebuie să protejeze bunăstarea și drepturile persoanelor cu care interacționează, în context profesional. În acest scop, ei trebuie să planifice activitatea de evaluare psihologică astfel încât, prin procedurile utilizate, să urmărească promovarea bunăstării clienților cu care lucrează, pentru a evita rănirea acestora și posibilele daune sau pentru a le minimaliza, atunci când acestea sunt inevitabile, dar previzibile (Allan, 2015).
2. *Principiul fidelității și responsabilității.* Psihologii practicieni trebuie să stabilească și să prezinte clienților în mod clar rolurile și obligațiile lor profesionale, prin intermediul consimțământului informat (Bellesheim, 2016). Fidelitatea implică, de asemenea, datoria profesioniștilor de a fi loiali și de încredere, prin utilizarea corespunzătoare și competentă a cunoștințelor de specialitate și a abilităților lor și, implicit, prin evitarea folosirii necorespunzătoare sau incompetente a cunoștințelor psihologice, în activitatea de evaluare psihologică. În vederea respectării acestui principiu, psihologul trebuie să cunoască limitele sale profesionale și să nu își asume sarcini care depășesc nivelul său de competență. Fidelitatea unui psiholog este o obligație nu numai față de client, ci și față de profesie și societate, în general (Beauchamp și Childress, 2009 ; Mukherjee și Kumar, 2016).
3. *Principiul integrității.* Principiul etic al integrității se referă la obligația profesioniștilor de a fi cinstiți, corecți și deschiși în relațiile cu persoanele cu care interacționează, precum și cu instituțiile cărora le oferă serviciile (Beauchamp și Childress, 2009). În contextul evaluării psihologice, menținerea integrității implică angajamentul psihologului de a asigura bunăstarea clientului, prin evitarea angajării în activități de fraudă sau în activități

- care implică anumite conflicte de interese. De asemenea, psihologul nu trebuie să își asume angajamente pe care nu le poate respecta (Allan, 2015 ; Mukherjee și Kumar, 2016).
4. *Respectarea drepturilor și demnității persoanelor.* În activitatea de evaluare psihologică, profesioniștii trebuie să respecte drepturile și demnitatea persoanelor, indiferent de rasă, gen, etnie, religie, cultură, vârstă, orientare sexuală, dizabilitate sau statut social-economic. De asemenea, respectarea acestui principiu etic presupune respectarea demnității individului, indiferent de faptele comise (de exemplu, ucigași în serie *versus* victime nevinovate) sau de scopul evaluării (Allan și Davidson, 2013).
 5. *Principiul justiției și corectitudinii* impune ca profesioniștii să trateze oamenii în mod corect, drept și echitabil, cu grijă și consecvență, evitând discriminarea pe baza oricărui criteriu (Allan, 2013 ; Mukherjee și Kumar, 2016).

Respectarea acestor principii etice presupune utilizarea adecvată a științei pentru a lua decizii corecte, în condițiile recunoașterii depline a limitelor profesiei și a drepturilor oamenilor ale căror vieți sunt influențate de consecințele acestor decizii (Koocher și Rey-Casserly, 2003). Activitatea de evaluare psihologică se poate dovedi o sarcină complexă, chiar și pentru un profesionist calificat și competent, deoarece psihologii se pot confrunta cu diferite dileme și probleme etice, care nu sunt în totalitate reglementate prin codurile de conduită și pentru care, adesea, nu există o rezolvare unică și clară, indiferent de contextul evaluării (Mukherjee și Kumar, 2016 ; Routledge, 2015). În astfel de situații, care vor fi descrise mai jos, psihologii trebuie să-și folosească cunoștințele și abilitățile profesionale, în vederea rezolvării problemelor cu care se confruntă și a efectuării unor evaluări psihologice utile și corecte (Drogin *et al.*, 2010).

13.3. Probleme etice în diferite etape ale evaluării psihologice

O serie de probleme de natură etică ar putea să apară înainte, în timpul sau imediat după realizarea evaluării psihologice. Aceste probleme sunt reprezentate de riscul de invazie a vieții private și nerespectare a confidențialității, de folosirea testelor psihologice în contexte necorespunzătoare sau utilizarea testelor care nu respectă standardele psihometrice, de prezența unor prejudecăți culturale, de securitatea păstrării datelor obținute în urma testării etc. (Groth-Marnat, 2009). În cadrul acestei secțiuni vom prezenta câteva aspecte care pot reprezenta probleme etice cu care psihologul se confruntă înainte de a începe evaluarea psihologică, în timpul ei și după realizarea acesteia (Koocher și Rey-Casserly, 2003 ; Mukherjee și Kumar, 2016).

13.3.1. Înainte de realizarea evaluării

13.3.1.1. Stabilirea unei relații profesionale între psiholog și client

Evaluarea psihologică trebuie efectuată în contextul existenței unei relații profesionale clar definite, ale cărei natură, scop și condiții sunt discutate și convenite de ambele părți – psiholog

și client. Informațiile relevante pentru stabilirea acestei relații sunt furnizate de psiholog prin intermediul consimțământului informat, citit, asumat și semnat de client, înainte de a începe activitatea de evaluare psihologică. Obținerea consimțământului informat reprezintă o obligație etică și legală (Lasser și Gottlieb, 2017), fiind necesar, cu excepția cazului în care evaluarea este solicitată de instanță (Kalmbach și Lyons, 2006). Acesta se bazează, în principal, pe recunoașterea drepturilor persoanelor la alegeri și decizii autonome. Informațiile transmise clientului, prin intermediul acestui consimțământ, includ și aspecte referitoare la respectarea confidențialității, precum și cerințele financiare (Groth-Marnat, 2009). De asemenea, este important ca psihologii să fie conștienți de limitele procedurilor de evaluare pe care le folosesc și să discute aceste proceduri și limite cu clienții, precum și procedurile alternative care ar putea exista (Koocher și Rey-Casserly, 2003). Consimțământul trebuie să fie oferit fără coerciție, iar persoana care îl semnează trebuie să aibă capacitatea legală și mintală de a lua la cunoștință și a accepta informațiile prezentate.

Un aspect care poate conduce la dileme etice este reprezentat de existența unor relații multiple. Acestea apar atunci când alte părți terțe, precum potențiali angajatori, instanțe judecătorești etc., pot fi implicate în activitatea de evaluare psihologică. Atunci când psihologul este un practician independent sau angajat al unei instituții, interesul terțului poate fi de a utiliza rezultatele evaluării psihologice într-un proces de decizie (de exemplu, selecție profesională). Deși relațiile multiple nu sunt întotdeauna lipsite de etică, responsabilitatea practicianului este de a identifica și rezolva orice conflict care provine din relațiile potențiale dăunătoare pentru interesul membrilor implicați în procesul de evaluare psihologică (Bellesheim, 2016). Astfel, este esențial ca psihologii să înțeleagă în mod clar care sunt obligațiile lor și să le reprezinte cu exactitate față de toate părțile implicate în activitatea pe care o desfășoară. Clientul trebuie să fie informat de la început cu privire la persoanele care vor avea acces la rezultatele evaluării sale și trebuie să își ofere acordul, prin intermediul consimțământului informat. Rezolvarea unor potențiale conflicte de interese, dintre client și instituția sau persoana căreia psihologul are obligația de a-i oferi rezultatele evaluării psihologice, trebuie să aibă loc înainte de a începe evaluarea (Mukherjee și Kumar, 2016). Prin urmare, obținerea consimțământului informat al clientului reprezintă o soluție destul de facilă pentru rezolvarea posibilelor probleme etice derivate din existența relațiilor multiple.

13.3.1.2. Confidențialitate și încălcare a intimității

Înainte de a începe evaluarea psihologică, psihologul trebuie să discute cu clienții toate detaliile referitoare la confidențialitate și la riscurile de încălcare a intimității (Koocher și Rey-Casserly, 2003). Fără încrederea că propria intimitate va fi respectată, clienții nu vor putea furniza informații veridice în timpul evaluării psihologice, care pot fi, în anumite situații, necesare și utile pentru succesul unor posibile intervenții ulterioare (Jones, 2003). Vorbim despre o invazie a intimității atunci când clientul se poate simți presat să dezvăluie informații personale, prin intermediul testelor psihologice, deoarece aspiră la o anumită poziție (de exemplu, în contextul selecției profesionale). Astfel, el nu poate refuza oferirea răspunsului la anumiți itemi din cadrul testelor, deși poate să nu fie de acord cu privire la dezvăluirea informațiilor solicitate. Tot despre o invazie a intimității vorbim și atunci când clientul dezvăluie informații personale, intime, în necunoștință de cauză, ca urmare a existenței unor întrebări subtile, deghizate, în cadrul testelor psihologice, de personalitate.

Întrebări referitoare la credințe personale, viața sexuală, tabuuri etc. pot produce anxietate, deoarece îi determină pe oameni să devină mai conștienți de anumite gânduri deviate sau de amintiri neplăcute reprimite. Astfel, în urma aplicării unui test psihologic, examinatorul ar putea afla aspecte caracteristice ale clientului pe care acesta ar dori să le păstreze secrete.

Prezentarea formatului și scopului testării, înainte de începerea evaluării psihologice, reduce în mod semnificativ posibilitatea ca clientul să perceapă situația de testare ca pe o invazie a intimității. Acest lucru nu presupune însă prezentarea, în prealabil, a scelerelor testelor utilizate și a aspectelor investigate prin intermediul lor, deoarece există riscul ca persoana testată să răspundă la itemi, bazându-se pe stereotipuri populare, destul de eronate. În acord cu diferite stereotipuri, o persoană ar putea avea tendința de a oferi răspunsuri nesincere la itemi, astfel încât să creeze o anumită impresie despre propria persoană, pe care o consideră dezirabilă din punct de vedere social sau adecvată pentru scopul testării (Groth-Marnat, 2009).

Respectarea confidențialității testării presupune faptul că informațiile despre client, obținute de psiholog, pot fi divulgate numai cu permisiunea clientului. Atunci când lucrează cu mai multe persoane, în cadrul unor relații multiple, practicienii trebuie să fie deosebit de atenți pentru a evita încălcarea confidențialității, deoarece există risc crescut de eliberare neconcordanță a informațiilor confidențiale în rândul membrilor implicați în procesul de evaluare (Bellesheim, 2016). În anumite situații, atunci când clienții ar putea constitui un pericol pentru ei înșiși sau pentru cei din jur, apar deseori întrebări cu privire la posibilitatea de dezvăluire a anumitor informații, precum și la măsura în care anumite dezvăluiri încalcă etica desfășurării profesiei. De exemplu, atunci când un client prezintă un risc de suicid, psihologul ar putea fi nevoit să dezvăluie informații confidențiale, pentru a se putea lua măsuri adecvate de protecție. Efectuarea unei evaluări cuprinzătoare este esențială, pentru a se determina dacă clientul prezintă un risc de sinucidere suficient de mare pentru a justifica divulgarea informațiilor confidențiale, atunci când nu există consimțământul acestuia (Bongar și Stolberg, 2009). Clinicianul se poate confrunta cu astfel de dileme de etică și atunci când lucrează cu cazuri care implică violență domestică sau abuzul asupra copilului (McLaughlin, 2017). Deși există orientări generale privind modul și măsura în care informațiile personale pot fi divulgate, gestionarea adecvată a problemei dreptului unui individ la viață privată implică o explicație clară a relevanței testării și obținerea consimțământului informat (Groth-Marnat, 2009). Dacă se explică limitele confidențialității, la începutul sesiunii de evaluare psihologică, clientul va putea să ia decizii informate cu privire la momentul în care va dezvălui clinicianului anumite informații.

Dilemele apar atunci când nu există consimțământul informat al clientului pentru a dezvălui informații personale despre acesta, iar psihologul trebuie să decidă dacă respectarea confidențialității este mai importantă decât prevenirea situației în care viața cuiva este amenințată grav. Dacă avem în vedere principiile etice prezentate la începutul capitolului, psihologul trebuie să urmărească în permanență maximizarea beneficiilor și evitarea prejudiciilor sau daunelor potențiale pentru un client. Se pune întrebarea dacă se poate respecta acest principiu, atunci când dorința clientului este contrară. Codurile de etică nu oferă răspunsuri și soluții definitive la astfel de situații problematice. Anumite studii au încercat să determine care sunt condițiile în care psihologii ar încălca confidențialitatea și care sunt factorii care influențează aceste decizii. Rezultatele au arătat că, pe măsură ce intensitatea, durata și frecvența unui comportament de risc crește, crește și tendința

de a încălca confidențialitatea rezultatelor evaluărilor psihologice. Însă, cu excepția unor scenarii extrem de riscante, cum ar fi o încercare de sinucidere, psihologii și consilierii care au participat la aceste studii nu au fost de acord cu privire la cazurile în care o încălcare a confidențialității este lipsită de etică (Duncan, Hall și Knowles, 2015 ; Rae *et al.*, 2009).

13.3.1.3. Alegerea competență a instrumentelor de evaluare psihologică

Psihologii au o responsabilitate etică de a-și cunoaște competențele și de a-și practica profesia numai în limitele acelor competențe. Problema competenței este cel mai bine subliniată de principiul etic al beneficiului și nonprejudiciului. Pentru maximizarea beneficiilor și minimalizarea prejudiciilor, psihologul trebuie să se asigure că nu practică profesia într-o zonă în care nu este format și că nu face rău clientului sau societății, prin acțiunile sale profesionale (Campbell, 2010 ; Jones, 2003).

Înainte de a începe procesul de evaluare psihologică, psihologul trebuie să stabilească obiectivele evaluării și să evalueze critic valabilitatea științifică și adecvarea testelor psihologice, în raport cu obiectivele stabilite și cu scopul evaluării. De asemenea, psihologul trebuie să evalueze gradul de adecvare culturală și lingvistică a unui test sau instrument de evaluare, în raport cu caracteristicile clientului, și să se asigure că utilizează versiuni adecvate și actualizate ale testelor (Koocher și Rey-Casserly, 2003). Administrarea nediscriminatorie a instrumentelor de evaluare psihologică este lipsită de etică. În cel mai bun caz poate să fie doar inutilă și consumatoare de timp, iar în cel mai rău caz poate să conducă la obținerea unor informații false, prejudiciabile, care pot afecta negativ clientul. Evaluarea etică implică faptul că evaluatorul este familiarizat cu teoria testelor și cu metodele de construcție a acestora, având informații cu privire la proprietățile psihometrice, influențele culturale, punctele forte și limitele testelor care sunt alese pentru evaluare (Mukherjee și Kumar, 2016). Se consideră că studierea acestor aspecte ar trebuie să fie o obligație etică care trebuie respectată în cadrul tuturor programelor de studiu în psihologie (Frick, Barry și Kamphaus, 2010).

Pregătirea adecvată pentru administrarea corectă a unui test psihologic include acumularea de cunoștințe de specialitate, combinată cu o experiență profesională, acumulată prin practica profesiei sub supervizare. De asemenea, psihologul trebuie să cunoască informațiile prezentate în manualul fiecărui test utilizat, precum și datele cercetărilor relevante atât pentru aspectul psihologic pe care testul îl măsoară, cât și pentru evoluția testului de la publicarea acestuia până în momentul prezent. Pe lângă formarea generală, oferită de programele de studii parcurse de psihologi, administrarea diverselor teste psihologice presupune acumularea unor informații și formarea unor competențe specifice. Acestea includ abilitatea de a evalua punctele forte și limitele unui test, cunoașterea aspectelor referitoare la fidelitate, validitate și interpretarea rezultatelor, precum și o apreciere a modului în care instrumentul poate fi aplicat în diferite contexte sau cu indivizi diferiți, din medii culturale diferite. Formarea este deosebit de importantă pentru testele de inteligență administrate individual și pentru majoritatea testelor de personalitate (Groth-Marnat, 2009). În cazul în care nu au fost dezvoltate teste adecvate pentru o anumită populație, psihologii care utilizează testele standardizate existente pot adapta procedurile de administrare și interpretare numai dacă adaptările au o bază științifică solidă. Psihologii au o

responsabilitate etică de a se documenta în legătură cu astfel de adaptări și de a stabili impactul lor probabil asupra rezultatelor evaluării (Koocher și Rey-Casserly, 2003).

În contextul evaluării psihologice, putem distinge între competența profesională bazată pe abilități și competența relațională. Competențele bazate pe abilități implică formare, educație, supervizare și experiență profesională, în timp ce competența relațională implică înțelegerea interpersonală, judecata și apropierea emoțională, în relația cu clientul (Campbell, 2010). După finalizarea studiilor superioare în domeniul psihologiei, absolvenții pot demonstra competențe pe bază de abilități, deși încă se află în procesul de dobândire a cunoștințelor despre domeniu (Brown, 2016). Astfel, după absolvirea studiilor superioare, educația profesională continuă și supervizarea sunt cele mai eficiente strategii pentru dezvoltarea și evaluarea propriilor competențe. Studenții care administrează teste psihologice ca parte a unei cerințe didactice nu sunt încă instruiți pe deplin pentru a administra teste și pentru a interpreta rezultatele acestora. Din acest motiv, rezultatele evaluării realizate de studenți au valabilitate discutabilă, iar aceștia ar trebui să-și informeze în mod clar persoanele testate că evaluarea psihologică se realizează numai pentru scopuri didactice, de formare (Groth-Marnat, 2009). În mod similar, dacă psihologii stagiați administrează teste psihologice, un psiholog instruit corespunzător ar trebui să fie disponibil în calitate de consultant sau supervizor, pentru a asigura validitatea rezultatelor evaluării.

13.3.1.4. Păstrarea securizată a testelor psihologice

Dacă materialele necesare pentru testare ar fi disponibile pe scară largă, ar fi ușor pentru diferite persoane să rezolve testele anterior ședințelor de evaluare psihologică, să învețe răspunsurile și să răspundă în funcție de impresia pe care ar dori să o facă. Chiar unele site-uri de Internet furnizează exemple de itemi, care sunt asemănători celor întâlniți în teste clasice utilizate pentru evaluare psihologică (Frick, Barry și Kamphaus, 2010). În situațiile descrise mai sus, răspunsurile oferite nu mai reprezintă indicatori reali ai modului obișnuit de a gândi, de a se comporta sau de a simți al clientului, iar evaluarea își pierde validitatea. Pentru a evita acest lucru, psihologii ar trebui să depună toate eforturile rezonabile pentru a se asigura că materialele utilizate de ei pentru testare sunt sigure. Acestea trebuie păstrate într-un loc sigur și nu ar trebui să se permită niciunei persoane neinstruite să le utilizeze. A permite unor persoane care nu au competențele necesare să utilizeze teste psihologice reprezintă o încălcare a principiului etic cu privire la maximizarea beneficiilor și evitarea prejudiciilor. În plus, orice material protejat prin drepturi de autor nu trebuie multiplicat, iar datele brute din teste nu ar trebui să fie eliberate clienților sau altor persoane care ar putea să le interpreteze greșit. Cu toate acestea, clienții au dreptul la rapoarte de evaluare, în cazul în care le solicită (Groth-Marnat, 2009).

13.3.2. În timpul realizării evaluării

13.3.2.1. Asigurarea unui mediu favorabil pentru testare

În activitatea de evaluare psihologică, examinatorii trebuie să fie conștienți în permanență de condițiile care influențează răspunsurile clientului și care afectează performanța

acestui. Asigurarea unui mediu favorabil pentru testare implică asigurarea confortului fizic și emoțional al clientului, monitorizarea aspectelor motivaționale, a încercărilor de a falsifica rezultatele testării, precum și analiza implicațiilor etice ale prezenței unui observator extern în timpul evaluării, având în vedere impactul pe care acesta îl poate avea asupra performanței clientului la testul psihologic administrat (Koocher și Rey-Casserly, 2003).

Rezultatele evaluării psihologice pot fi afectate de starea emoțională a clientului. Pentru a preveni acest risc, este necesar să se evalueze nivelul general de emotivitate și anxietate al clientului. În anumite situații, psihologul poate decide să întrerupă testarea, atunci când constată că stările emoționale situaționale pot influența semnificativ rezultatele testării psihologice. Ca alternativă pentru întreruperea testării, psihologul ar trebui să ia în considerare posibilele efecte ale factorilor emoționali asupra rezultatelor evaluării și să le includă în concluziile rapoartelor realizate după evaluare. Dacă clientul este anxios sau emotiv în timpul administrării unui test de inteligență, de exemplu, este foarte posibil ca rezultatul obținut să nu fie un indicator real al nivelului său intelectual, ci să fie afectat de factorii situaționali (Groth-Marnat, 2009). În vederea respectării principiului etic cu privire la justiție și corectitudine, psihologii trebuie să elaboreze concluzii precise și pertinente, pe baza unor cunoștințe generale despre diversitatea comportamentului uman.

13.3.2.2. Aplicarea și interpretarea competență a instrumentelor de evaluare psihologică

Psihologul trebuie să respecte procedurile standard de administrare a testelor psihologice și să evalueze dacă un test psihologic a fost interpretat corect în raport cu contextul în care s-a realizat evaluarea psihologică (Groth-Marnat, 2009; Koocher și Rey-Casserly, 2003). Interpretarea răspunsurilor la testele psihologice implică utilizarea unor norme, dar și luarea în considerare a caracteristicilor unice ale persoanei, a contextului în care se realizează evaluarea, combinate cu aspecte caracteristice ale testului în sine. Deși datele oferite de testele psihologice contribuie în mod semnificativ la realizarea interpretării finale, evaluarea nu poate fi uneori făcută exclusiv pe baza acestor date. Evaluarea psihologică implică realizarea de inferențe și luarea unor decizii holistice despre client, prin combinarea datelor extrase din mai multe surse (precum interviuri, observații) (Mukherjee și Kumar, 2016). Integrarea informațiilor provenite din mai multe surse sau de la o baterie de teste într-o interpretare globală a caracteristicilor persoanei evaluate este dificil de realizat, mai ales atunci când există contradicții între diferite interpretări. Psihologul clinician trebuie să evalueze aceste contradicții pentru a dezvolta interpretările cele mai potrivite, corecte și utile. O problemă poate să apară atunci când normele de testare și materialele utilizate devin, la un moment dat, depășite. Ca urmare, interpretările bazate pe aceste teste pot deveni inexacte. În vederea respectării principiului etic cu privire la maximizarea beneficiilor și la minimalizarea prejudiciilor, psihologii clinicieni trebuie să fie mereu la curent cu rezultatele cercetărilor și cu noile versiuni ale testelor, pentru a le utiliza în acord cu datele empirice actuale legate de normele de notare și interpretare (Groth-Marnat, 2009). Astfel, este necesar ca psihologii să se bazeze mereu pe informații științifice, pentru a asigura corectitudinea și imparțialitatea interpretărilor oferite (Mukherjee și Kumar, 2016). Aceste aspecte descriu un alt principiu etic pe care trebuie să-l respecte psihologii, referitor la justiție și echitate în activitatea lor profesională.

O altă problemă de natură etică este reprezentată de utilizarea tehnologiei computerizate sau asistate de Internet. Progresele în tehnologia informatică și integrarea continuă a acestei tehnologii în practica clinică au schimbat modul în care clinicienii efectuează evaluări psihologice (Jones, 2003). De exemplu, computerele pot fi utilizate pentru administrarea testelor, cotarea răspunsurilor, transformarea scorurilor, interpretarea testelor și stocarea datelor, precum și pentru redactarea rapoartelor psihologice (Schulenberg și Yutrzenka, 2004). Testele computerizate pot avea diverse avantaje, precum fidelitatea, standardizarea și obiectivitatea utilizării, prin faptul că se administrează în același mod de fiecare dată. Computerele reduc, de asemenea, erorile de cotare a răspunsurilor și prezintă capacități sporite de prelucrare statistică a datelor, în vederea oferirii unor interpretări complexe și reprezentări grafice ale rezultatelor evaluării (Maddux și Johnson, 1998). Testarea computerizată le permite, de asemenea, clinicienilor să colecteze și alte tipuri de date, utile în stabilirea diagnosticului psihologic, cum ar fi înregistrări ale timpului scurs între prezentarea unui item și răspunsul oferit (denumit latență de răspuns). Cu toate acestea, atunci când se analizează problema eticii în cazul administrării computerizate a testelor, există multe aspecte care ar putea fi discutate, printre care modul de construire și administrare a acestora, precum și gradul de anxietate al clientului sau atitudinile acestuia față de tehnologie (Montalto, 2014).

Unii autori au raportat faptul că persoanele care iau parte la evaluări psihologice computerizate tind să accepte aceste proceduri și în unele cazuri pot fi mai dispuse să furnizeze informații sensibile și personale, comparativ cu situația de testare clasică (Olson, 2001). Cu toate acestea, ideea conform căreia prin intermediul computerului se pot oferi mai ușor informații sensibile, personale nu este uniform acceptată (Locke și Gilbert, 1995). În plus, s-a emis și ipoteza conform căreia mediul online pentru administrarea testelor psihologice facilitează apariția răspunsurilor necinstite. Acestea apar atunci când indivizii își modifică în mod intenționat răspunsurile pentru a crea o imagine diferită a propriei persoane, comparativ cu cea reală (Grieve și Mahar, 2010).

În vederea evitării încălcării principiilor etice cu privire la respectarea drepturilor clienților, asigurarea bunăstării acestora și a corectitudinii testării, există mai multe recomandări care pot ajuta psihologii care utilizează evaluarea computerizată în practica lor. Acestea includ oferirea posibilității clientului de a refuza o administrare computerizată a testelor, asigurarea confidențialității datelor colectate, cunoașterea proprietăților psihometrice ale testelor computerizate și dezvoltarea unor competențe necesare pentru administrarea testelor psihologice computerizate (Schulenberg și Yutrzenka, 2004). De asemenea, în cazul utilizării testării online, psihologul trebuie să furnizeze o interpretare profesională a scorurilor generate de un program computerizat, care să permită descrierea impactului anumitor condiții de mediu și contextuale, precum și a factorilor umani asupra rezultatelor evaluării (Koocher și Rey-Casserly, 2003). În cele din urmă, orice interpretare sau recomandare oferită unui client reprezintă responsabilitatea psihologului care realizează evaluarea.

13.3.2.3. Pregătirea unui raport scris

La finalul administrării unor teste, pe baza interpretărilor realizate, psihologul trebuie să redacteze un raport de evaluare. În această etapă, o problemă etică poate fi reprezentată de tendința de etichetare a persoanelor, în cadrul raportului psihologic realizat. Atunci când indivizii primesc un diagnostic pentru afecțiuni fizice, stigmatele sociale sunt de

obicei inexistente sau relativ ușoare, spre deosebire de cele specifice multor diagnostice psihologice de natură patologică. Atribuirea unor etichete poate avea consecințe negative diverse, printre care discriminarea realizată de membrii societății, acceptarea acestora de către client și modificarea imaginii de sine sau folosirea acestor etichete pentru a nega responsabilitatea pentru comportamentul lor. Acest sentiment de neputință poate servi la scăderea capacității unor persoane de a face față în mod eficient unor situații noi, provocatoare. Astfel, psihologii trebuie să fie sensibili la potențialul efect negativ pe care etichetarea ar putea-o avea (Groth-Marnat, 2009). În acord cu principiul etic al respectării drepturilor și demnității persoanelor, dar și al corectitudinii și justiției, psihologii trebuie să recunoască demnitatea și drepturile tuturor oamenilor (Allan și Davidson, 2013) și să evite ridiculizarea, hărțuirea, discriminarea sau depersonalizarea oamenilor, prin utilizarea unor etichete diagnostice în rapoartele de evaluare psihologică (Allan și Grisso, 2014).

13.3.3. *După finalizarea evaluării*

Responsabilitatea unui psiholog nu se încheie odată cu efectuarea evaluării și pregătirea raportului de evaluare (Mukherjee și Kumar, 2016). După finalizarea evaluării, el trebuie să comunice rezultatele ei și să asigure păstrarea sigură a acestora.

13.3.3.1. Comunicarea rezultatelor testelor

Furnizarea feedbackului oral și/sau scris, inclusiv o copie a raportului de testare, către client reprezintă o obligație etică a psihologului, cu excepția cazului în care contextul de testare exclude această cerință (de exemplu, în testarea medico-legală). În situațiile în care există limitări în ceea ce privește furnizarea de feedback clientului, este necesar ca aceste limitări să îi fie explicate la începutului evaluării (Koocher și Rey-Casserly, 2003).

Dacă rezultatele evaluării nu sunt comunicate în mod eficient, obiectivul evaluării nu este atins în totalitate. Psihologii ar trebui să ofere clientului feedback cu privire la rezultatele evaluării, folosind un limbaj uzual, de zi cu zi, clar și inteligibil pentru client (Lewak și Hogan, 2003). Astfel, în furnizarea feedbackului eficient, clinicianul trebuie să ia în considerare caracteristicile personale ale receptorului, cum ar fi nivelul său general de educație, cunoștințele relative privind testarea psihologică și posibilele răspunsuri emoționale la informațiile primite (Groth-Marnat, 2009). Reacția emoțională este deosebit de importantă atunci când un client află informații despre punctele sale forte sau despre deficiențe personale. În cazul în care este necesar, ar trebui să existe facilități suplimentare pentru consiliere. Dacă este oferit corect, feedbackul nu este doar informativ, ci poate servi la reducerea stresului simptomatic și la creșterea stimei de sine (Lewak și Hogan, 2003).

13.3.3.2. Asigurarea securității rezultatelor evaluării

Rezultatele evaluării trebuie menținute într-un loc sigur, în care numai clientul și psihologul ar trebui să aibă acces la ele, cu excepția situației în care sunt implicate și terțe persoane. Eliberarea datelor testării către o terță parte pentru reevaluare ar trebui să se realizeze după ce s-a stabilit clar competența și dreptul părții terțe de a avea acces la date. În

conformitate cu normele etice acceptate, psihologii trebuie să fie precauți și să se asigure că numai persoanele competente și calificate au acces la datele de testare (Frick, Barry și Kamphaus, 2010 ; Mukherjee și Kumar, 2016). În cazul utilizării tehnologiei computerizate în practica clinică, clinicienii ar putea încălca standardele etice referitoare la confidențialitate, în cazul în care accesul la rezultatele testelor pe calculator nu ar fi protejat (McMinn *et al.*, 1999). Securitatea materialelor generate de calculator este o responsabilitate a utilizatorilor rapoartelor (Butcher, 2003). Stocarea informațiilor confidențiale despre clienți pe hard disk sau într-o rețea poate compromite confidențialitatea în anumite situații, cum ar fi cazul în care computerul necesită service la un tehnician.

Concluzii

Evaluarea psihologică reprezintă nucleul practicii profesionale în majoritatea domeniilor psihologiei. Pentru a oferi servicii credibile, psihologul trebuie să realizeze activitatea de evaluare psihologică în acord cu cele mai înalte standarde științifice, în vederea asigurării preciziei și validității interpretărilor psihologice pe care le realizează. Prin aplicarea corectă a diferitelor teste de evaluare psihologică, psihologul are acces la datele personale și sensibile ale clientului. Dincolo de respectarea rigorilor științifice în aplicarea și interpretarea testelor psihologice, psihologul trebuie să-și asume un angajament puternic față de principiile etice care reglementează activitatea sa profesională. Respectarea eticii profesionale implică stabilirea și prezentarea condițiilor evaluării, realizarea acesteia după obținerea consimțământului informat, asigurarea confidențialității răspunsurilor, selecția, aplicarea și interpretarea competentă a testelor psihologice, precum și comunicarea eficientă a rezultatelor evaluării și păstrarea în condiții sigure a acestora. Sunt situații însă în care codurile de etică nu oferă direcții clare de comportament sau de decizie, precum atunci când psihologul trebuie să stabilească dacă este etic sau nu să încalce principiul confidențialității rezultatelor evaluării, în vederea asigurării siguranței clientului sau a celor din jur. Se consideră că niciun cod de etică nu poate fi suficient de cuprinzător pentru a clarifica nenumăratele dileme de decizie care apar în cursul practicii profesionale. În astfel de situații, psihologul trebuie să utilizeze competențele, abilitățile și experiența profesională de care dispune pentru a servi cel mai bine interesului clientului și societății. Aprecierea particularităților contextului în care se realizează evaluarea psihologică și înțelegerea nevoilor și intereselor clientului – împreună cu o cunoaștere aprofundată și asumarea eticii profesionale – pot să faciliteze luarea unor decizii profesionale corecte.

Bibliografie

- Allan, A. (2013). Ethics in correctional and forensic psychology: Getting the balance right. *Australian Psychologist*, 48, 47-56 ; doi : 10.1111/j.1742-9544.2012.00079.x.
- Allan, A. (2015). Ethics in Psychology and Law : An International Perspective. *Ethics & Behavior*, 25(6), 443-457.
- Allan, A., Davidson, G.R. (2013). Respect for the dignity of people : What does this principle mean in practice ? *Australian Psychologist*, 48, 345-352 ; doi : 10.1111_ap.1201.

- Allan, A., Grisso, T. (2014). Ethical principles and the communication of forensic mental health assessments. *Ethics & Behavior*, 24(6), 467-477.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York : Oxford University Press.
- Bellesheim, K.R. (2016). Ethical Challenges and Legal Issues for Mental Health Professionals Working With Family Caregivers of Individuals with Serious Mental Illness. *Ethics & Behavior*, 26(7), 607-620.
- Bongar, B., Stolberg, R. (2009). Risk management with the suicidal patient. *The Register Report*, 8-16.
- Brown, C.E. (2016). Ethical Issues When Graduate Students Act as Mentors. *Ethics & Behavior*, 26(8), 688-702.
- Butcher, J.N. (2003). Computerized psychological assessment. In J.R. Graham & J.A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology : assessment psychology* (pp. 141-163). New York : John Wiley & Sons.
- Campbell, L. (2010). *APA ethics code commentary and case illustrations*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Drogin, E.Y., Connell, M., Foote, W.E., Sturm, C.A. (2010). The American Psychological Association's revised „record keeping guidelines” : Implications for the practitioner. *Professional Psychology : Research and Practice*, 41(3), 236-243 ; doi : 10.1037/a0019001.
- Duncan, R.E., Hall, A.C., Knowles, A. (2015). Ethical dilemmas of confidentiality with adolescent clients : Case studies from psychologists. *Ethics & Behavior*, 25(3), 197-221.
- Frick, P., Barry, C., Kamphaus, R. (2010). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. New York : Springer Science.
- Grieve, R., Mahar, D. (2010). The emotional manipulation–psychopathy nexus : Relationships with emotional intelligence, alexithymia and ethical position. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 945-950.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. New-Jersey : John Wiley & Sons.
- Jones, S. (2003). Ethical Issues in Clinical Psychology. In G. Stricker & T. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology, Clinical psychology* (pp. 497-510). New Jersey : John Wiley & Sons.
- Kalmbach, K.C., Lyons, P.M. (2006). Ethical issues in conducting forensic evaluations. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3), 261-290.
- Koocher, G.P., Rey-Casserly, C.M. (2003). Ethical issues in psychological assessment. In J. Graham & J. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 165-180). New Jersey : John Wiley & Sons.
- Lasser, J., Gottlieb, M.C. (2017). Facilitating Informed Consent : A Multicultural Perspective. *Ethics & Behavior*, 27(2), 106-117.
- Lewak, R.W., Hogan, R.S. (2003). Integrating and applying assessment information : Decision making, patient feedback, and consultation. *Integrative assessment of adult personality*, 356-397.
- Locke, S.D., Gilbert, B.O. (1995). Method of psychological assessment, self-disclosure, and experiential differences : A study of computer, questionnaire, and interview assessment formats. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(1), 255.
- Maddux, C.D., Johnson, L. (1998). Computer-assisted assessment. In H.B. Vance (Ed.), *Psychological assessment of children : best practices for school and clinical settings* (2nd ed.) (pp. 87-105). New York : John Wiley & Sons.
- McLaughlin, K.D. (2017). Ethical considerations for clinicians treating victims and perpetrators of intimate partner violence. *Ethics & Behavior*, 27(1), 43-52.
- McMinn, M.R., Buchanan, T., Ellens, B.M., Ryan, M.K. (1999). Technology, professional practice, and ethics : Survey findings and implications. *Professional Psychology : Research and Practice*, 30(2), 165.
- Montalto, M. (2014). The ethical implications of using technology in psychological testing and treatment. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 16(2), 127-136.
- Mukherjee, S., Kumar, U. (2016). Ethical Issues in Personality Assessment. In U. Kumar (Ed.), *The Wiley Handbook of Personality Assessment* (pp. 415-426). New York : John Wiley & Sons.

- Olson, K.R. (2001). Computerized psychological test usage in APA-accredited training programs. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 727-736.
- Rae, W.A., Sullivan, J.R., Razo, N.P., de Alba, R.G. (2009). Breaking confidentiality to report adolescent risk-taking behavior by school psychologists. *Ethics & Behavior*, 19(6), 449-460.
- Routledge, C.H. (2015) Ethical standards in clinical psychology ; Maintaining integrity, record keeping and confidentiality. *Journal of Applied Psychology and Social Science*, 1(1) 15-27.
- Schulenberg, S.E., Yutrzenka, B.A. (2004). Ethical issues in the use of computerized assessment. *Computers in Human Behavior*, 20(4), 477-490.

14. Cercetarea în psihologia clinică

Loredana R. Diaconu-Gherasim

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Știința este definită ca o acumulare sistematică de noi cunoștințe, ca urmare a utilizării sistematice și controlate a diverselor metode de cercetare. Cercetarea științifică descrie, explică și prezice fenomene sau relații dintre fenomene și are ca scop testarea teoriilor existente și construirea unor modele teoretice complexe care să permită o mai profundă cunoaștere a lumii înconjurătoare. Cercetătorii pot descrie și explica experiențele umane prin intermediul a două abordări diferite – calitative și cantitative – ce pot fi folosite pentru colectarea și explicarea datelor. Metodele calitative de cercetare se concentrează asupra evenimentelor într-un context specific și se bazează pe semnificație și proces. Metodele cantitative de cercetare sunt deductive și folosesc un plan dezvoltat anterior derulării cercetării. Acestea permit verificarea atât a relațiilor de tip diferență, cât și a celor corelaționale între variabile (inclusiv a relațiilor mai complexe de moderare, mediere sau cauzale). În final, contextul cultural poate ghida cercetările în domeniul psihologiei clinice.

14.1. Definirea metodei științifice

Progresele științifice se datorează cercetării sistematice, din acest motiv cercetarea este considerată a fi principalul instrument pentru extinderea frontierelor cunoașterii din aproape toate domeniile științifice. Cercetarea permite descrierea, explicarea evenimentelor sau relațiilor dintre fenomene, precum și predicția evenimentelor viitoare, toate aceste obiective contribuind la extinderea cunoștințelor dintr-un domeniu (Morgan, Gliner și Harmon, 2006). În principal, cercetarea are ca scop testarea teoriilor, construirea unor modele teoretice din ce în ce mai complicate care să permită o mai profundă cunoaștere a mediului, care să permită formularea și testarea ulterioară a ipotezelor. Aceasta este cercetarea de bază (sau cercetarea pură) care are rolul este a dezvolta un domeniu științific (Patton, 2002). Scopul cercetării poate fi îndreptat spre o utilizare specifică, practică, cum ar fi tratamentul, învățarea sau evaluarea (Gliner, Morgan și Leech, 2009). Cercetarea de bază este rară în psihologia clinică deoarece aceasta este o disciplină aplicată. De exemplu, cercetarea aplicată în domeniul psihologiei clinice poate viza o înțelegere mai

profundă a tulburărilor psihologice sau poate stabili dacă o anumită intervenție este eficientă pe un anumit grup de pacienți (Barker, Pistrang și Elliott, 2016). Toate cercetările au un cadru teoretic sau conceptual și descriu modul în care rezultatele studiului se potrivesc cu literatura existentă, chiar dacă scopul principal este aplicativ (Coolican, 2009). În practică, metodele utilizate de cercetarea pură și cea aplicată se suprapun, rezultatele cercetării pure fiind adesea aplicate în cercetarea clinică (Barker, Pistrang și Elliott, 2016). Multe dintre cercetările clinice se află între cercetarea pură și cea aplicată. De exemplu, cercetarea efectelor psihoterapiei adresează întrebări atât pentru teorie, cât și pentru aplicații.

Știința poate fi definită ca o acumulare metodologică și sistematică de noi cunoștințe obținute în baza observațiilor și utilizării sistematice și controlate ale diverselor metode de cercetare (Coolican, 2009). Astfel, oamenii de știință pot formula concluzii valide, care se bazează pe dovezi empirice obiectiv obținute în condițiile utilizării unui design de cercetare atent proiectat (Kazdin și Bass, 1989 ; Shaughnessy, Zechmeister și Zechmeister, 2012). Metoda științifică oferă o perspectivă globală asupra modului în care ar trebui să se realizeze investigațiile științifice. Reprezintă un set de principii și metode convenite pentru colectarea, evaluarea și raportarea informațiilor obținute în cadrul unei cercetări (Morgan, Gliner și Harmon, 2006).

Unul dintre principiile care caracterizează știința este cel inductiv (Vadum și Rankin, 1998). Acesta presupune observarea atentă a faptelor, în baza acestor observații fiind formulate ulterior teoriile (mergând de la particular la general). De exemplu, Freud a folosit inducția, formulând teoria psihanalitică în baza observării cu atenție a unui număr de pacienți. Utilizarea inducției ca principiu director al cercetării ridică însă problema imposibilității de a face observații pure, deoarece ceea ce constatăm și modul în care facem asta se bazează, implicit sau explicit, pe teorie (Barker, Pistrang și Elliott, 2016). De asemenea, teoriile pot fi doar temporar verificate, adevărurile obținute fiind mai curând probabiliste decât necesare (Chalmers, 2013). Din aceste motive se recomandă utilizarea deducției sau principiului falsității pentru a obține informații complementare (Barker, Pistrang și Elliott, 2016).

Deducția este opusul inducției și presupune trecerea de la teorie la o predicție testabilă cunoscută ca ipoteză (Vadum și Rankin, 1998). Această abordare este utilă atunci când avem o teorie bine dezvoltată, în baza căreia se pot formula noi predicții în legătură cu ceea ce ar trebui să se întâmple în noile situații în care teoria ar trebui să se aplice (Christensen, 2001). Testarea acestor predicții reprezintă o verificare a valorii teoriei. Conform lui Popper (1963), o știință trebuie să fie în măsură să formuleze ipoteze care să poată fi respinse în urma verificării empirice sau care se pot dovedi false. O teorie oferă posibilitatea formulării mai multor ipoteze care pot fi respinse în urma verificării empirice. Totuși, teoriile trebuie să fie considerate ca tentative de explicare a fenomenelor, fiind posibil ca o teorie la un anumit moment să fie respinsă și înlocuită cu alta (Gilbert și Irons, 2005). Popper (1963) recomandă cercetătorilor să formuleze teorii îndrăznețe care să permită predicții clare și riscante, dar și să fie pregătiți să renunțe la aceste teorii în fața unor dovezi contradictorii. Criteriul respingerii ipotezei sau falsității plasează în afara granițelor științei domeniile care se bazează exclusiv pe metode explicative post-hoc (cum ar fi psihanaliza ; Barker, Pistrang și Elliott, 2016). Cu toate acestea, nicio teorie nu explică complet apariția evenimentelor, deoarece chiar dacă există inconsistențe acestea ar putea fi explicate fie de erorile de măsurare, fie de deficite de proiectare a studiilor, iar astfel teoria ar putea fi păstrată (Gilbert și Irons, 2005).

14.2. Crearea și testarea teoriilor

Cercetarea susține formularea și dezvoltarea modelelor teoretice despre fenomene și semnificația relațiilor dintre fenomene. O teorie reunește concepte interdependente, definiții și presupuneri care oferă o imagine sistemică a fenomenului și identifică relațiile dintre variabile (Gilbert și Irons, 2005). De exemplu, diferite teorii explică apariția depresiei. Astfel, teoria neajutorării învățate se concentrează pe lipsa speranței, care reprezintă așteptarea că în viitor se vor întâmpla evenimente negative și credința în imposibilitatea de a influența apariția acestor evenimente (Abramson, Metalsky și Alloy, 1989). Teoria cognitivă a depresiei formulată de Beck susține că triada cognitivă, gândurile negative despre viitor, alături de o perspectivă negativă despre sine și despre lumea înconjurătoare, are un rol important în activarea și menținerea simptomelor de depresie (Beck *et al.*, 1979). Teoriile sunt explicații intermediare ale apariției fenomenelor, dar nu pot explica toate situațiile și toate formele în care fenomenul poate să apară.

O bună teorie poate fi testată și poate duce la formarea de ipoteze despre evenimente și crearea de situații pentru a vedea dacă aceste ipoteze sunt susținute de rezultatele empirice. Popper (1963) susține faptul că o știință progresează doar prin teorii mai bune; teoriile vechi sunt înlocuite de teorii noi, cu putere explicativă mai mare. O teorie este cu atât mai bună cu cât explică apariția fenomenului în cât mai multe situații posibile (Christensen, 2001). Științele comportamentului, cum este și psihologia, progresează prin dezvoltarea unor teorii mai bune. La rândul lor, teoriile ghidează noile observații, acest proces fiind în mare parte determinat de ceea ce teoriile sugerează că ar trebui observat (Christensen, 2001).

Deși cercetătorii sunt ghidați de teorie și ipoteze atunci când analizează datele, ei sunt atenți la apariția rezultatelor neașteptate, putând să își modifice ideile atunci când rezultate noi sunt obținute datorită șansei sau testelor specifice folosite (McGuigan, 1997). Din această perspectivă, cercetarea este un act de creație. Analizăm datele și deodată realizăm ceva la care nu ne-am gândit înainte. Datele ghidează teoria, așa cum teoria ghidează culegerea datelor. Chiar dacă teoria ghidează culegerea datelor, trebuie să fim deschiși la rezultate neașteptate (Gilbert și Irons, 2005).

Deoarece există întotdeauna observații inexplicabile sau contradictorii într-un domeniu științific, apare întrebarea când o teorie poate fi respinsă și înlocuită cu alta. Kuhn (1970) a propus conceptul de paradigmă, care semnifică un set de credințe însoțite de metode specifice care împreună ghidează modul în care este planificată și realizată o cercetare. Paradigmele nu reprezintă strict o metodologie, ci sunt mai curând o filosofie care ghidează modul în care ar trebui efectuată cercetarea (Coolican, 2009). O paradigmă determină tipul problemelor de cercetare și contextul în care vor fi interpretate rezultatele. De exemplu, abordarea cognitiv-comportamentală sau psihodinamică poate fi considerată paradigmă concurentă a psihologiei clinice (Barker, Pistrang și Elliott, 2016). Cercetătorii sunt încurajați să își asume riscuri intelectuale și să pună la îndoială asumțiile paradigmei cu care lucrează, acumularea deficiențelor din cadrul unei paradigme putând duce la înlocuirea ei cu alta, ceea ce Kuhn (1970) etichetează ca fiind o revoluție științifică.

14.3. Metode de cercetare

Sarcina cercetătorului de a descrie și explica comportamentele și experiențele umane este limitată de repertoriul metodologic folosit. Două abordări, calitative și cantitative, sunt utilizate pentru colectarea și explicarea datelor.

Metodele calitative de cercetare se concentrează asupra evenimentelor într-un anumit context, bazându-se pe semnificație și proces. Informațiile sunt colectate în condiții reale de viață și concentrate asupra contextului în care se găsesc participanții. Aceste metode sunt inductive, în sensul că un cercetător poate construi teorii, explicații și conceptualizări din informațiile furnizate de un singur participant (Gliner, Morgan și Leech, 2009). Cercetătorii nu pot face abstracție de experiențele, percepțiile și prejudecățile proprii. Datele calitative sunt mai subiective, ceea ce indică faptul că ar putea fi interpretate diferit de oameni diferiți. Creswell (2009) enumeră cinci strategii de realizare a cercetărilor calitative: cercetările narative, studii fenomenologice, studii etnografice, studii de caz și teoria fundamentată empiric (grounded theory studies). Abordarea calitativă, deși este mai puțin structurată, presupune parcurgerea mai multor etape: perspective filosofice sau teoretice; scop și probleme de cercetare; colectarea datelor; analiza datelor; scrierea raportului; standarde de calitate și verificare (Creswell, 2009). În studiile calitative, datele sunt stocate sub formă de text pentru analiza tematică, fără ca cercetătorii să încerce să cuantifice percepțiile subiective. Analiza calitativă a datelor implică diferite metode de codificare a temelor și atribuirea de semnificație. Aceste studii folosesc de obicei statisticile descriptive și foarte rar statistici inferențiale.

Metodele cantitative de cercetare sunt deductive și folosesc un plan care structurează cercetarea și care este dezvoltat înaintea începerii studiului (Trochim și Land, 1982). În cadrul acestor metode, cercetătorul face abstracție de propriile experiențe și prejudecăți pentru a asigura obiectivitatea concluziilor formulate. Aceste metode se bazează pe teoria probabilității în testarea ipotezelor statistice, inferențele făcute pe baza ipotezelor statistice ducând la concluzii generale cu privire la caracteristicile unei populații. Aceste metode încearcă să maximizeze obiectivitatea, replicabilitatea și generalizarea rezultatelor. Un design cantitativ de cercetare implică mai multe faze:

- 1) perspective teoretice;
- 2) probleme și ipoteze de cercetare;
- 3) perspective sau modele teoretice;
- 4) metoda ce include eșantionarea (și o evaluare a validității externe), instrumente (plus o evaluare a validității de construct), designul de cercetare (include o evaluare a validității interne și a colectării datelor), precum și analiza datelor (include o evaluare a validității statistice a concluziilor);
- 5) raportarea rezultatelor;
- 6) concluzii și implicații (Creswell, 2009).

Metodele de cercetare cantitative se împart în trei categorii generale: experimentale, nonexperimentale și descriptive (Coolican, 2009; Shaughnessy, Zechmeister și Zechmeister, 2012). Metodele experimentale conțin o variabilă independentă manipulată (cum ar fi intervenția sau tratamentul) și, în funcție de gradul de control pe care cercetătorul îl are asupra distribuției participanților în grupe, se împart în experimente propriu-zise și

cvasi-experimentale (în ultima categorie de metode nu există o distribuție aleatorie a participanților în grupele de intervenție și de comparație). Metodele nonexperimentale folosesc ca variabile independente atribute preexistente ale participanților (nu sunt manipulate) și, în funcție de nivelurile variabilei independente, se împart în comparative (variabila independentă are mai puțin de cinci niveluri/valori) și asociative (variabilele independente au mai mult de cinci niveluri sau sunt variabile continue). În cadrul metodelor nonexperimentale, variabilele independente și dependente sunt măsurate pe același grup de participanți. Abordarea descriptivă nu conține variabile independente, ci doar descrie răspunsurile unui eșantion fără a folosi statistici inferențiale. Datele cantitative sunt obiective și sunt colectate de obicei cu ajutorul unor instrumente standardizate (de exemplu, teste, dispozitive fiziologice sau chestionare). Analiza datelor cantitative presupune analiza inferențelor statistice specifice tipului de metodă și designului folosit. În prezent, experimentele propriu-zise cantitative reprezintă cea mai potrivită metodă pentru a verifica eficiența unei intervenții sau a unui tratament nou. Un mare avantaj al abordării cantitative este că rezultatele mai multor studii pot fi combinate pentru a aduce mai multe dovezi ce pot răspunde la probleme de cercetare la care nu se poate răspunde într-un singur studiu (Coolican, 2009).

O practică tot mai frecvent întâlnită în domeniul psihologiei clinice constă în utilizarea abordărilor cantitative și calitative într-o singură cercetare (Onwuegbuzie și Leech, 2005). Când cele două abordări sunt combinate astfel încât una pregătește cadrul pentru cealaltă, avem de-a face cu o metodă mixtă. Cercetările efectuate folosind acest tip de abordare folosesc metode confirmative și exploratorii (în loc de metode calitative și cantitative), care cresc opțiunile cercetătorilor în ceea ce privește metodele de colectare și analiză a datelor și interpretarea acestora. Când cele două abordări sunt incluse în același studiu și sunt discutate separat, nu se folosește o metodă mixtă.

14.4. Dovezi empirice

Putem folosi diferite metode de cercetare pentru a culege dovezi empirice în sprijinul unei teorii. Să presupunem că dorim să aplicăm o nouă intervenție pentru a ajuta persoanele care suferă de anxietate. Putem măsura simptomele (cum ar fi o listă de simptome posibile care pot varia ca intensitate) pentru a surprinde modificările apărute ca urmare a aplicării intervenției, în baza cărora o persoană ar putea fi diagnosticată ca având o tulburare de anxietate. Să presupunem că avem un pacient care prezintă toate simptomele unei anumite tulburări de anxietate și că îi administrăm intervenția. Să presupunem altă situație, în care administrăm intervenția unui număr de 20 de persoane și măsurăm simptomele cu ajutorul unei scale pentru a surprinde eficiența intervenției. Scorurile mai mici, exprimate ca media scorurilor, obținute la instrumentul care măsoară simptomele pot indica o îmbunătățire a simptomelor după intervenție, dar pot ascunde o altă variabilă – variabilitatea răspunsurilor (Gilbert și Irons, 2005). Dacă ne uităm doar la schimbarea scorurilor, fără să luăm în considerare variabilitatea răspunsurilor, putem considera că intervenția a fost eficientă. Putem astfel considera intervenția benefică pentru pacienți când de fapt doar 50% dintre ei s-au simțit mai bine după intervenție, în timp ce restul de 50% nu s-au simțit mai bine sau chiar s-au simțit mai rău după intervenție. Analizarea mediei scorurilor face astfel de variații să dispară. În această situație, diferențele individuale (de exemplu, credințele pacienților) ar putea explica de ce unii oameni reacționează bine la intervenție,

iar alții nu. Din acest motiv înainte de aplicarea intervenției trebuie să știm cât mai multe despre pacienți, nu doar dacă se îmbunătățește starea acestora, ci și care sunt indicatorii în funcție de care unii oameni reacționează mai bine, iar alții mai rău (Gilbert și Irons, 2005). Cercetările pot fi planificate în așa fel încât să descoperim acești factori care pot explica răspunsurile diferite ale participanților la intervenție.

Este posibil ca o parte dintre participanții la care apar efectele negative ale intervenției să părăsească cercetarea. În anii anteriori o practică comună presupunea înlocuirea pacienților care plecau cu alți participanți. În prezent, această practică nu mai este acceptată deoarece după o perioadă de timp este posibil să eliminăm din cercetare toți participanții la care au apărut efecte negative. Acest lucru înseamnă că rezultatele ar fi determinate doar de pacienții la care nu au apărut efecte negative sau care nu au renunțat din alte motive. În prezent, cercetătorii utilizează intenția de participare, o procedură concentrată pe eșantionul cu care s-a început cercetarea, nu doar pe cei care au trecut prin toate etapele intervenției (Gilbert și Irons, 2005).

Fidelitatea și validitatea reprezintă un alt aspect important al calității dovezilor științifice pe care le colectăm. Unii autori consideră că scalele de autoraportare au niveluri scăzute de validitate și fidelitate și din acest motiv nu pot fi folosite pentru stabilirea diagnosticului de tulburare, cercetătorii recomandând metoda interviului (Santor, 2005). Aceste tipuri de raportări sunt întotdeauna influențate de faptul că unii pacienți nu vor face raportări exacte, exagerând sau negând simptomele, deoarece fie doresc să facă pe plac cercetătorului, fie doresc să le ascundă, fie vor să uite sau să nu spună anumite lucruri (Coolican, 2009). Din aceste motive, mulți investigatori preferă să observe simptomele sau să le evalueze cu ajutorul interviului clinic. În acest caz este necesară verificarea fidelității interevaluator (Gilbert și Irons, 2005).

Deși fidelitatea test-retest este importantă, permițând verificarea gradului în care măsurarea este consistentă în timp, sunt situații în care psihologii clinicieni nu sunt interesați de acest tip de fidelitate (Hempel, 2005). Atunci când urmărim să reducem simptomele în timp ca urmare a intervenției, sperăm să obținem scoruri mai mici la instrumentele care măsoară simptomele (Gilbert și Irons, 2005). În aceste situații este mai importantă consistența internă a scalelor.

14.5. Formularea problemelor de cercetare

Cercetarea începe cu o problemă de cercetare sau o idee interesantă pentru cercetător, care vizează fie testarea unei predicții în baza unei teorii, fie o problemă practică. Problema de cercetare determină tipul metodei de cercetare care trebuie folosită. Dacă suntem pur și simplu curioși în legătură cu ceea ce pacienții consideră ca fiind important, putem folosi o metodă calitativă. Aceste metode de cercetare permit înțelegerea fenomenelor din perspectiva participanților, definind fenomenul în termenii semnificației trăite și variațiilor observate (Elliott, Fischer și Rennie, 1999). Putem fi interesați de diferențele dintre grupuri sau de relația dintre variabile. În acest caz trebuie să folosim metode cantitative de culegere a datelor cantitative (cum ar fi scorurile la teste sau chestionare).

14.5.1. *Căutarea diferențelor*

Să presupunem că vrem să studiem dacă schimbarea intervenției ar putea avea efecte benefice asupra tulburărilor emoționale ale pacienților. Dacă avem un singur grup de pacienți disponibili pentru noua intervenție, vom face aplica măsurătorile și vom verifica test-retest dacă apar diferențe între măsurători în interiorul grupului. În acest tip de design de cercetare este posibil să apară un efect al timpului, oamenii putând să se simtă mai bine datorită trecerii timpului, și nu datorită intervenției (Gilbert și Irons, 2005). Putem controla acest efect comparând grupul care primește intervenția (grup experimental) cu alt grup (de control), care nu primește intervenția. Astfel, putem măsura în ambele grupuri schimbările datorate trecerii timpului. Pentru a verifica dacă diferențele dintre grupuri sunt aleatorii sau se datorează intervenției trebuie folosite metode statistice cantitative care ne vor spune dacă aceste diferențe sunt semnificative (Vadum și Rankin, 1998).

Trebuie făcută o distincție între ipoteza de cercetare și cea de nul. Ipoteza de cercetare reprezintă relația prezisă dintre variabilele investigate, în timp ce ipoteza de nul reprezintă o afirmație cu privire la lipsa relației dintre variabile (Christensen, 2001). În orice studiu este testată ipoteza de nul, de aceea pentru a susține o ipoteză de cercetare, trebuie să obținem dovezi care să ne permită să respingem ipoteza de nul. În consecință, ipoteza de cercetare este susținută indirect, prin respingerea ipotezei de nul. Motivul pentru care se testează mai întâi ipoteza de nul este de natură statistică: teoria statistică de testare a ipotezei (Vadum și Rankin, 1998). Este necesară testarea ipotezei de nul pentru a obține dovezi care să permită respingerea sau, indirect, acceptarea ipotezei de cercetare.

Cercetătorii trebuie să decidă care sunt analizele statistice potrivite pentru analiza datelor obținute, testele statistice fiind determinate de tipul datelor colectate (Vadum și Rankin, 1998). Pe baza acestora putem determina dacă diferențele dintre grupuri sunt reale (fundamentate statistic) sau accidentale (datorate întâmplării) (Christensen, 2001 ; McGuigan, 1997). Dacă obținem diferențe demne de încredere între grupuri putem considera că aceasta se datorează tratamentului, deoarece rezultatele au fost prezise de ipoteză, iar ipoteza a fost susținută de date. Când o ipoteză este susținută de date, crește probabilitatea ca ipoteza să fie confirmată (aceasta este probabil adevărată). Dacă diferențele dintre grupuri nu sunt semnificative sau au alt sens decât cel acceptat, ipoteza nu este susținută de date și putem concluziona că nu este confirmată (este probabil falsă). După analiza datelor, cercetătorii trebuie să interpreteze rezultatele și să specifice exact semnificația acestora.

Problemele de cercetare care vizează diferențe presupun compararea scorurilor obținute de două sau mai multe grupuri diferite compuse din persoane care corespund nivelurilor variabilei/variabilelor independente (Coolican, 2009). Aceste probleme urmăresc să demonstreze că grupurile nu sunt la fel în ceea ce privește răspunsurile. Pentru exemplul de mai sus, în care investigăm dacă noua intervenție are efecte benefice asupra tulburărilor emoționale ale pacienților, problema de cercetare ar putea fi: Există diferențe între grupul experimental și cel de control în ceea ce privește scorurile la instrumentul ce măsoară tulburările emoționale? Problemele de cercetare pot fi mai complexe dacă studiul examinează efectul a două variabile independente considerate împreună. În aceste situații putem formula probleme de cercetare care să vizeze impactul separat al fiecărei variabile independente, dar și o problemă de cercetare care să vizeze interacțiunea dintre cele două variabile (Christensen, 2001). Să presupunem pentru exemplul anterior că a doua variabilă ar fi eficiența în timp a terapiei, problema de cercetare ar fi următoarea: Există o

interacțiune între tipul intervenției și eficiența în timp a terapiei (pre – posttest – follow-up) în ceea ce privește nivelul tulburărilor emoționale ?

14.5.2. Căutarea corelațiilor

Dacă suntem interesați de corelațiile dintre variabile, cum ar fi asocierea între atitudinea față de viitor și depresie, metoda asociativă ne permite să analizăm în ce măsură există o corelație între variabile. Dacă am fi comparat grupul participanților cu atitudine pozitivă față de viitor cu grupul celor cu atitudine mai puțin pozitivă față de viitor în ceea ce privește nivelul depresiei nu am fi aflat prea multe despre natura și puterea relației dintre variabile (Gilbert și Irons, 2005). Pentru exemplul nostru, problema de cercetare ar fi: Există o asociere între scorurile obținute la atitudinea față de viitor și nivelul simptomelor de depresie ?

De asemenea, putem să ne gândim la alți factori care ar putea avea legătură cu creșterea depresiei, dar și cu orientarea spre viitor. De exemplu, stilul parental (acceptare și control parental) este asociat cu scăderea depresiei (Middleton, Scott și Renk, 2009), dar și cu o atitudine pozitivă față de viitor (Kerpelman, Eryigit și Stephens, 2008). Folosind regresia multiplă putem analiza corelația dintre fiecare factor și depresie, interrelațiile dintre factori, precum și aceste interrelații care determină natura relațiilor dintre fiecare factor și depresie (Cohen *et al.*, 2003), în cazul nostru, dintre atitudinea față de viitor, stil parental și depresie. Această metodă ne permite să evaluăm cât de bine aceste variabile, împreună, contribuie la predicția depresiei, dar și cât de bine fiecare variabilă este legată de depresie (controlând interrelațiile cu celelalte variabile) (Cohen *et al.*, 2003). În cazul abordării asociative în care analizăm relația dintre mai multe variabile independente, putem formula probleme de cercetare mai complexe. Pentru exemplul nostru anterior, problema de cercetare ar putea fi: Cât de bine scorurile obținute la atitudinea față de viitor, acceptare și control parental prezic depresia ?

Dacă două variabile sunt legate cu o a treia, putem analiza modul în care tipul relației dintre acești factori o determină pe a treia (Gilbert și Irons, 2005). Astfel, putem analiza relațiile de moderare și mediere (Baron și Kenny, 1986). Un moderator poate fi descris ca o variabilă care afectează puterea legăturii sau direcția relației dintre alte două variabile. Să presupunem că ne interesează dacă atitudinea față de viitor poate influența relația dintre stilul parental (control) și depresie. Este posibil ca persoanele care percep un nivel ridicat al controlului parental, care au o atitudine mai puțin favorabilă față de viitor să aibă un nivel mai ridicat de depresie, în timp ce persoanele care percep un nivel ridicat al controlului parental, dar au un nivel ridicat al atitudinii față de viitor să prezinte un nivel mai scăzut al simptomelor de depresie. În acest caz, atitudinea față de viitor poate fi considerată ca moderator al relației dintre controlul parental și depresie. În cazul medierii, o variabilă (în cazul nostru, atitudinea față de viitor) este parte a unui proces în care un alt factor (controlul parental) duce la apariția răspunsului (în cazul nostru, depresia) (Diaconu-Gherasim *et al.*, under review). Astfel, controlul parental duce la o atitudine mai negativă față de viitor, care, la rândul ei, determină un nivel ridicat al simptomelor de depresie. În acest caz putem spune că atitudinea față de viitor mediază relația dintre controlul parental și simptomele de depresie.

Putem imagina și alte designuri complexe prin care să investigăm relația de cauzalitate între variabile, cum ar fi studiile longitudinale. Aceste studii presupun să investigăm în timp pacienții și să vedem dacă modificări ale orientării spre viitor sunt urmate imediat de creșterea sau scăderea depresiei.

Dincolo de problemele și metodele de cercetare, trebuie să atragem atenția asupra contextului cultural în care se realizează cercetările în domeniul clinic. Valorile sociale și culturale influențează ceea ce se cercetează și modul în care oamenii reacționează la rezultatele cercetărilor (Rogler, 1999 ; Shaughnessy, Zechmeister și Zechmeister, 2012). De exemplu, definirea comportamentului anormal poate varia de la o cultură la alta. Din acest motiv, cercetătorii propun ca cercetarea din domeniul psihologiei clinice să fie inclusă într-un model biopsihosocial, care ia în considerare relația dintre factorii sociali și starea de sănătate (de exemplu, sărăcie sau violență comunitară ; Gilbert și Irons, 2005).

Concluzii

Metoda științifică construiește și testează teorii, definite ca explicații posibile ale apariției fenomenelor sau relațiilor dintre fenomene. Teoriile sunt importante, ghidând demersul de cercetare prin intermediul ipotezelor formulate. O serie de cercetători, precum Popper și Kuhn, au încercat să caracterizeze esența metodei științifice. Acest capitol a încercat să caracterizeze procesul de cercetare din perspectiva cercetătorului, dar și din cea a practicianului, evidențiind rolul psihologiei clinice aplicate. În încercarea de a înțelege fenomenele și factorii care sunt responsabili de apariția acestora, metoda științifică se bazează pe dovezi empirice. Este important ca cercetătorii să înțeleagă problemele de cercetare și să fie capabili să stabilească interrelații între proces și fenomen sau, cu alte cuvinte, să deruleze o cercetare. Cercetătorii trebuie să formuleze ipoteze cu privire la fenomene pe care ulterior să le verifice empiric. Aceste ipoteze trebuie să poată fi testate. Cel mai adesea, ipotezele derivă din teorii. Cercetătorii trebuie să folosească diferite strategii, precum definirea operațională a conceptelor, utilizarea unor instrumente cât mai precise care să aibă niveluri satisfăcătoare de validitate și fidelitate, cu scopul de a raporta date cât mai obiective, care nu sunt influențate de propriile credințe. De asemenea, realizarea cercetării poate implica înțelegerea unor modele statistice complexe (de exemplu, analiza *path*). În viitor, psihologii clinicieni și metodologii ar trebui să aibă mai multe oportunități de a lucra împreună în planificare și derularea cercetărilor.

Bibliografie

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression : A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Barker, C., Pistrang, N., Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology* (3rd ed.). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beck, A.T., Ruch, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Chalmers, A.F. (2013). *What is this thing called science ?* (4th ed.). Maidenhead : Open University Press.
- Christensen, L.B. (2001). *Experimental Methodology* (8th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., Aiken, L.S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for behavioral sciences* (3rd ed.). New York : Lawrence Erlbaum Associates.
- Coolican, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology*. London : Hodder Education.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks : Sage.
- Diaconu-Gherasim, G.L., Bucci, C.M, Giuseppone, K.R., Brumariu, L. (under review). Parenting and Adolescents' Depressive Symptoms : The Mediating Role of Future Time Perspective. *Journal of Psychology : Interdisciplinary and Applied*.
- Elliott, R., Fischer, C.T., Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Thinking about research. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods in Clinical Psychology & Health Psychology* (pp. 1-15). New York : Oxford University Press.
- Gliner, J.A., Morgan, G.A., Leech, N.L. (2009). *Research methods in Applied Settings. An Integrated Approach to Design and Analyses*. New York : Talyor and Francis.
- Hempel, S. (2005). Reliability. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods in Clinical Psychology & Health Psychology* (pp. 193-204). New York : Oxford University Press.
- Kazdin, A.E., Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kerpelman, J.L., Eryigit, S., Stephens, C.J. (2008). African American adolescents' future education orientation : Associations with self-efficacy, ethnic identity, and perceived parental support. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 997-1008.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions, Second Edition*, Chicago : University of Chicago Press.
- McGuigan F.J. (1997) *Experimental Psychology : Methods of Research* (7th ed.). New Jersey : Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Middleton, M., Scott, S.L., Renk, K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development*, 18(4), 323-336.
- Morgan, G.A., Gliner, J.A., Harmon, R.J. (2006). *Understanding and evaluating research in applied and clinical settings*. New Jersey : Psychology Press.
- Onwuegbuzie, A.J., Leech, N.L. (2005). On becoming a pragmatic researcher : The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(5), 375-387.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Popper, K.R. (1963). *Conjectures and refutations : The growth of scientific knowledge*. London : Routledge & Kegan Paul.
- Rogler, L.H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54, 424-433.
- Santor, D. (2005). Using and evaluating psychometric measures : Practical and Theoretical considerations. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods in Clinical Psychology & Health Psychology* (pp. 95-110). New York : Oxford University Press.
- Shaughnessy, J.J., Zechmeister, E.B., Zechmeister, J.S. (2012). *Research Methods in Psychology* (9th ed.). New York : McGraw Hill.
- Trochim, W., Land, D. (1982). Designing designs for research. *The Researcher*, 1(1), 1-6.
- Vadum, A.C., Rankin, N.O. (1998) *Psychological research : Methods for discovery and validation*. Boston : McGraw Hill.

Partea a III-a

Metode de evaluare

15. Instrumente de autoevaluare

Silvia Măgurean
Universitatea de Vest din Timișoara

Rezumat

Instrumentele de autoevaluare reprezintă metodele cel mai frecvent folosite atât în cercetare, cât și în practica psihologică. Aceste instrumente sunt mai folosite în mod uzual pentru evaluarea unor trăsături, a stării de moment, a unor preferințe, opinii, experiențe trecute și sunt mai puțin adecvate pentru evaluarea abilităților și a competențelor.

Obiectivul capitolului de față este de a face o scurtă prezentare a instrumentelor de autoevaluare, ca metode folosite în evaluarea psihologică. Vom descrie principiile și caracteristicile instrumentelor de autoevaluare, vom aborda calitățile unui bun instrument de autoevaluare și vom prezenta ce trebuie să știe psihologul despre instrumentele pe care le folosește, iar în final vom analiza avantajele și dezavantajele acestora.

15.1. Ce sunt instrumentele de autoevaluare?

Instrumentele de autoevaluare se prezintă cel mai frecvent sub forma unor chestionare/inventare și fac parte din categoria *testelor psihologice* (Urbina, 2009). Testele psihologice sunt definite ca proceduri sistematice prin care se obțin eșantioane de comportamente relevante pentru funcționarea cognitivă sau afectivă și prin care aceste eșantioane de comportamente sunt evaluate și cotate (Urbina, 2009).

Așadar, instrumentele de autoevaluare conțin un eșantion de comportamente/atribute reprezentative pentru conceptul vizat, iar respondentul are sarcina de a evalua în ce măsură acestea îi sunt caracteristice. Instrumentele de autoevaluare pot solicita răspunsuri sub forma unei scale Likert, sub formă dihotomică (acord/dezacord), sau prin alegere forțată între mai multe alternative. Fiecărei opțiuni de răspuns i se alocă o valoare numerică reprezentativă pentru conceptul studiat, ceea ce permite calcularea unui scor final prin combinarea (adunarea) răspunsurilor la toți itemii (întrebările).

O caracteristică importantă a instrumentelor de autoevaluare este *standardizarea* acestora, care are în vedere menținerea constantă a tuturor factorilor care pot fi controlați de cel care aplică testul, așa încât toți respondenții să fie evaluați în același fel. Astfel de factori standardizați sunt instructajul, itemii (eșantionul de comportamente), modalitatea de răspuns, calcularea scorului și interpretarea rezultatului. O componentă esențială a

standardizării este raportarea rezultatului obținut de un individ (scorul) la niște scoruri standard (norme/etaloane). Aceste etaloane sunt obținute din date empirice prin testarea unui grup de indivizi în momentul dezvoltării testului (Urbina, 2009). În felul acesta, scorul obținut de un individ la un test este raportat mereu la scorul altor indivizi similari (aceeași categorie de vârstă, gen), așa încât scorul unui individ este considerat scăzut sau ridicat în comparație cu scorul altor persoane similare. Standardizarea instrumentelor de autoevaluare are un rol important în protejarea rezultatelor testării de influența subiectivității examinatorului.

În caseta de mai jos folosim un exemplu concret pentru a ilustra elemente de standardizare ale unui instrument de autoevaluare.

Caseta 15.1. Standardizarea instrumentelor de evaluare – Exemplu

IPIP-50 e un instrument de autoevaluare a personalității ancorat în teoria Big Five (Goldberg, 1990, 1992). Acesta a fost inclus într-un proiect colaborativ numit International Personality Item Pool (ipip.ori.org), dezvoltat de Goldberg (1999), și poate fi utilizat gratuit. IPIP-50 a fost validat în România folosind un eșantion de studenți (Rusu *et al.*, 2012). Având în vedere limitele de spațiu, vom prezenta mai jos ca exemplu una din scalele IPIP-50, respectiv Agreabilitatea. Pentru mai multe informații despre întregul instrument consultați ipip.ori.org sau articolul de validare a instrumentului în România (Rusu *et al.*, 2012).

În tabelul de mai jos sunt prezentați itemii inventarului IPIP-50 – dimensiunea agreabilitate. Instrucțiunile primite de toți participanții este :

Vă prezentăm mai jos propoziții care descriu comportamentul oamenilor. Vă rugăm să folosiți scala de mai jos pentru a descrie gradul în care vă caracterizează fiecare afirmație. Descrieți cum sunteți în general, acum, nu cum ați dori să deveniți în viitor. Descrieți într-un mod sincer : cum vă vedeți pe dumneavoastră, cum vă vedeți în relațiile cu persoanele cunoscute, de același sex și de aproximativ aceeași vârstă. Pentru a vă putea descrie cu onestitate, răspunsurile voastre vor fi absolut confidențiale. Vă rugăm să citiți fiecare afirmație cu atenție și apoi marcați cu un X căsuța care corespunde opțiunii dumneavoastră.

Fiecare opțiune de răspuns are alocată o valoare numerică, în așa fel încât răspunsul reprezentativ pentru agreabilitate ridicată are valoarea cea mai mare. Cu scop ilustrativ în tabelul de mai jos am adăugat în *italic* valorile numerice corespunzătoare fiecărei variante de răspuns pentru toți itemii (când participantul completează testul, valorile numerice nu apar, așa încât participantul poate marca un X în căsuța goală corespunzătoare opțiunii sale).

Nr.	Itemi	Dezacord total	Dezacord parțial	Nici acord, nici dezacord	Acord parțial	Acord total
1	Sunt puțin preocupat(ă) de alții.	5	4	3	2	1
2	Îmi plac oamenii.	1	2	3	4	5
3	Jignesc oamenii.	5	4	3	2	1
4	Înțeleg sentimentele altora.	1	2	3	4	5
5	Nu mă interesează problemele altora.	5	4	3	2	1
6	Am o inimă caldă.	1	2	3	4	5
7	Nu sunt chiar interesat(ă) de ceilalți.	5	4	3	2	1
8	Îmi fac timp pentru alții.	1	2	3	4	5
9	Simt emoțiile celorlalți.	1	2	3	4	5
10	Fac oamenii să se simtă liniștiți.	1	2	3	4	5

Calcularea scorului

Observați că unii itemi (1, 3, 5 și 7) sunt formulați invers, în așa fel încât răspunsul care indică agreabilitate ridicată (și implicit are valoarea numerică mai mare) este dezacordul total cu afirmația. Să presupunem că Maria a completat acest chestionar și a ales răspunsurile care sunt subliniate în tabelul de mai sus. Pentru a afla scorul Mariei la agreabilitate trebuie să adunăm valorile numerice alocate răspunsurilor ei (cum se caracterizează ea). Maria are un scor total al agreabilității de 28. Acest scor este o reprezentare a modului în care Maria își descrie propriul comportament specific trăsăturii agreabilitate. Știm că răspunsurile Mariei primesc o valoare mai mare dacă sunt mai reprezentative agreabilității, respectiv cu cât scorul ei este mai mare, cu atât ea are nivelul agreabilității mai ridicat. Dar ce înseamnă scorul de 28 obținut de Maria? Are ea agreabilitate scăzută, medie sau ridicată? Deși în cercetarea psihologică nu este necesar răspunsul la această întrebare, deoarece se lucrează predominant cu scorurile brute obținute de indivizi, în practica psihologică este necesar să putem afla răspunsul la această întrebare.

Raportarea la etalon

Scorul obținut de fiecare individ este raportat la un etalon (standard) construit anterior în funcție de răspunsurile celorlalți indivizi similari. Există diferite forme de etaloane, ne vom raporta în continuare la unul dintre cele mai folosite, respectiv etalonul cu cinci clase (sau cinci niveluri ale trăsăturii: foarte scăzut, scăzut, mediu, ridicat, foarte ridicat). Este foarte important să rețineți că aceste etaloane se construiesc pe baza datelor empirice (a răspunsurilor unui eșantion mare de participanți), NU în funcție de scorul minim sau maxim posibil, mai ales în cazul instrumentelor de autoevaluare (care nu includ criterii de performanță). Pentru a clarifica acest aspect, vom continua cu exemplul scorului obținut de Maria și vom ilustra cum se interpretează scorul de 28 dacă folosim etalonul pe baza datelor empirice sau categorii egale în funcție de scorul minim și maxim posibil.

Pentru scala de agreabilitate, scorul minim posibil este 10 (dacă o persoană alege pentru toți cei 10 itemi răspunsul cu valoarea numerică 1), iar scorul maxim posibil este 50 (dacă o persoană alege pentru toți cei 10 itemi răspunsul cu valoarea numerică 5). Dacă împărțim acest interval (10-50) în cinci niveluri aproximativ egale vom obține categoriile din coloana din partea stângă a tabelului de mai jos. În coloana din partea dreaptă a tabelului sunt prezentate cele cinci clase ale etalonului construit de Rusu *et al.* (2012) pe baza răspunsurilor a 747 de studenți. În cazul etalonului construit pe baza datelor empirice, nivelul mediu (III) reprezintă modul în care se descriu majoritatea indivizilor (aproape 70%), iar un participant care are o agreabilitate de nivel mediu este similar cu majoritatea indivizilor, în timp ce un individ care are o agreabilitate de nivel scăzut este mai puțin agreabil decât ceilalți oameni. În coloana din partea dreaptă aveți atât intervalele scorurilor reprezentative pentru fiecare nivel, cât și procentul din populația de studenți care a obținut scoruri în acel interval.

5 niveluri egale în funcție de scorul minim și maxim posibil	Clasa (nivel)	5 niveluri în funcție de datele empirice (n=747 de studenți)
10-18	I (foarte scăzut)	< 32 (2,14%)
19-26	II (scăzut)	32-37 (13,59%)
27-34	III (mediu)	38-42 (68,26%)
35-42	IV (ridicat)	43-47 (13,59%)
43-50	V (foarte ridicat)	> 47 (2,14%)
Așa NU		Așa DA

Să revenim la scorul Mariei. Observați că, dacă raportăm scorul de 28 la cele cinci niveluri egale stabilite în funcție de scorul minim și maxim posibil, acesta se încadrează în nivelul trei (intervalele corespunzătoare sunt *subliniate cu italice* în tabel). Prin urmare, dacă vom raporta la „standardul greșit”, vom concluziona că Maria are un nivel mediu de agreabilitate. Dar dacă raportăm scorul Mariei la „etalonul corect” construit pe baza datelor empirice, vom observa că scorul Mariei este unul foarte mic, mult mai mic decât al celorlalți studenți. Dacă nu ținem cont de etalonul corect în evaluarea rezultatelor unui test, vom interpreta greșit rezultatele testării.

Pentru mai multe informații despre cum se construiesc diferite tipuri de etaloane, puteți citi articolul scris de Opariuc-Dan (2011).

NU raportați scorul unui individ la scorul minim și maxim posibil al chestionarelor de autoevaluare! Raportați scorul individului la scorul altor indivizi pe baza etaloanelor empirice. Imaginați-vă consecințele raportării la standarde greșite, ale interpretării greșite a testului atunci când acesta este folosit în scop decizional!

Folosirea unor valori numerice ne permite să aducem împreună informații despre mai multe comportamente, atribute reprezentative pentru conceptele pe care le urmărim (în loc să urmărim întrebare cu întrebare un instrument care are peste 50 de itemi, spre exemplu). De asemenea, ne permite să uniformizăm procesul de obținere de informații, așa încât putem compara rezultatele mai multor persoane știind că ele au fost evaluate la fel.

Este de înțeles că valoarea numerică obținută de o persoană la un instrument de autoevaluare nu este nivelul „real” ale trăsăturii urmărite, ci este mai degrabă o estimare sau apreciere a manifestărilor observabile ale trăsăturii în cauză, care este latentă. De exemplu, trăsătura agreabilitate nu are caracteristici fizice care să permită măsurarea obiectivă, dar se manifestă prin comportamente care pot fi observate. Evaluând comportamentele agreabile sau frecvența de apariție a acestora putem face aprecieri asupra a ceea ce se află în spatele lor : trăsătura latentă agreabilitate. Aceasta este o premisă importantă în teoria răspunsului la itemi sau teoria trăsăturii latente (în engleză, *item response theory – IRT* sau *latent trait theory*). Această teorie oferă modalități de evaluare a măsurii în care itemii surprind diferențe interindividuale cu privire la un construct psihologic și stă la baza multor instrumente psihologice recente (Steinberg și Thissen, 2013).

Deși chestionarele de autoevaluare ne oferă informații importante despre persoana evaluată, rezultatele acestora nu sunt exacte, ele sunt mai degrabă estimări ale trăsăturilor pe care le urmărim. *De aceea este important să folosim instrumentele de autoevaluare alături de alte metode în procesul complex al evaluării psihologice.* Nicio evaluare psihologică (în special în scop decizional) nu ar trebui să aibă la bază o singură metodă, indiferent care este aceasta.

15.2. Ce calități ar trebui să aibă un bun instrument de autoevaluare?

Atunci când folosim chestionare de autoevaluare pentru a obține informații pe baza cărora urmează să luăm decizii, ne dorim să avem încredere în instrumentele utilizate. De exemplu, dacă o evaluăm pe Maria cu ajutorul unui inventar de personalitate și aflăm

despre ea că este foarte conștiincioasă, e important să avem încredere în acuratețea acestor informații. Nu ne dorim să aflăm din alt chestionar de personalitate consacrat că Maria este de fapt puțin conștiincioasă. Primul lucru pe care trebuie să îl reținem este că nu toate instrumentele de autoevaluare pe care le găsim pe Internet sau în cărți sunt de încredere. Toate instrumentele de evaluare trebuie să demonstreze științific că au anumite calități care le oferă un nivel mai ridicat de încredere.

Rezultatele evaluărilor psihologice nu sunt exacte, ele pot fi afectate de o serie de erori și pot fi imprecise. În cazul instrumentelor de autoevaluare, rolul celor care le dezvoltă este de a reduce cât mai mult posibil erorile de măsurare, așa încât să avem instrumente cât mai exacte în care să avem încredere (Urbina, 2009). Spre exemplu, ne dorim ca instrumentele folosite să măsoare comportamentul sau trăsăturile într-un mod consistent, iar dacă o persoană completează chestionarul de două ori, să obțină rezultate similare (de exemplu, conștiinciozitatea fiind o trăsătură stabilă, ne așteptăm ca ori de câte ori e completat un chestionar de către aceeași persoană nivelul de conștiinciozitate să fie aproximativ același). De asemenea, ne dorim să știm că instrumentul folosit măsoară într-adevăr conceptul care ne interesează (de exemplu, conștiinciozitatea) sau că rezultatele obținute la acel instrument pot să prezică comportamentul individului (de exemplu, performanța la locul de muncă). Aceste calități ale unui instrument de autoevaluare sunt fidelitatea (consistența) și validitatea.

Fidelitatea unui test se referă la măsura în care un „instrument este stabil, consistent, predictibil și exact” (Groth-Marnat, 2009, p. 12). Dacă un individ parcurge instrumentul de autoevaluare în mai multe momente, ne așteptăm ca persoana să obțină rezultate similare. Putem face o paralelă cu măsurarea greutateii. Dacă ne cântărim de mai multe ori în zile consecutive, vom observa că greutatea noastră oscilează într-o oarecare măsură (atât din cauza instrumentului de măsurare, cât și din cauza modificărilor fiziologice). Dar dacă ne cântărim dimineața și avem 60 de kilograme, iar la o cântărire de după masă cântarul ne arată 73 de kilograme, probabil vom concluziona că acel cântar nu este suficient de exact. Și în cazul instrumentelor de autoevaluare este normal să apară un oarecare nivel de oscilații în rezultate (atât din cauza instrumentelor, cât și a persoanelor care le completează). Dar, dacă vrem să măsurăm un concept stabil și observăm că obținem rezultate foarte diferite la evaluări făcute în momente diferite, vom concluziona că instrumentul nostru nu este suficient de bun, stabil pentru a surprinde conceptul de interes. Cu cât un instrument este mai puțin afectat de erorile de măsurare, cu atât fidelitatea lui este mai mare.

Dar de unde știm cât de mare este fidelitatea unui instrument? În mod obișnuit autorii instrumentului trebuie să prezinte aceste informații în manualul testului. Există mai multe metode de a afla fidelitatea unui instrument. Groth-Marnat (2009) rezumă patru metode de identificare a fidelității, respectiv (a) dacă testul produce rezultate consistente la reevaluare (test-retest), (b) dacă utilizarea a două forme alternative ale testului conduce la rezultate similare, (c) consistența internă a itemilor (consistența de la un item la altul) și (d) măsura în care doi examinatori diferiți obțin rezultate concordante în urma testării. Detalierea modalităților de identificare a fidelității depășește obiectivul capitolului de față. Dacă sunteți interesați să aflați mai multe despre cum se analizează fidelitatea unui instrument, puteți consulta alte cărți dedicate testelor standardizate (cum ar fi Urbina, 2009).

Important de reținut este că se recomandă un nivel minim de 0,70 al fidelității unui instrument utilizat în cercetare, în timp ce în practica psihologică este de dorit un coeficient de 0,90 (Groth-Marnat, 2009).

Validitatea unui instrument se referă la măsura în care dovezile acumulate sprijină interpretarea scorurilor la test, așa cum a fost propusă pentru scopul vizat (Urbina, 2009). Un instrument valid este cel în care avem încredere că măsoară cu acuratețe ceea ce își propune să măsoare.

Dar de unde știm dacă testul măsoară ceea ce își propune? Dacă aflăm că a fost dezvoltat un nou instrument care măsoară personalitatea conform teoriei Big Five, de unde știm că acele întrebări care compun scala de neuroticism măsoară într-adevăr neuroticismul, și nu un alt concept similar? Cum procedează autorii testului pentru a demonstra că acesta este valid?

Există mai multe metode pentru a verifica validitatea unui instrument. Vom descrie pe scurt câteva dintre acestea, doar cu scopul de a înțelege mai bine ce fel de dovezi trebuie să furnizeze cei care dezvoltă un instrument de autoevaluare. Ca psihologi practicieni sau cercetători care utilizăm instrumente de autoevaluare, avem responsabilitatea de a înțelege și a evalua calitatea instrumentelor pe care le utilizăm.

Validitatea de conținut este măsura în care instrumentul este relevant și reprezentativ pentru conceptul evaluat și cuprinde toate aspectele constructului în cauză (Groth-Marnat, 2009). Spre exemplu, un instrument care își propune să măsoare conștiinciozitatea ar trebui să cuprindă itemi specifici pentru toate fațetele. Dacă acest instrument nu are itemi care să surprindă și fațetele de autodisciplină și simțul datoriei, putem spune că acesta nu este reprezentativ pentru întregul concept pe care dorește să îl măsoare. Principalele argumente care sprijină validitatea de conținut a instrumentelor sunt aduse de către evaluările făcute de experți (experți în domeniul respectiv evaluează în mod independent itemii instrumentului pentru a nota reprezentativitatea și relevanța acestora) pentru construct, așa cum a fost acesta definit în teoria în care este ancorat instrumentul (Groth-Marnat, 2009).

Alte tipuri de dovezi pentru validitatea unui instrument se bazează pe demonstrarea unor patternuri convergente și divergente (Urbina, 2009). Acestea contribuie la consolidarea validității de construct. Autorii unui nou instrument care măsoară un concept ar trebui să demonstreze că acesta este convergent cu factorii care sunt asociați aceluși concept. Spre exemplu, un nou instrument care evaluează conștiinciozitatea ar trebui să coreleze puternic cu alte instrumente consacrate care măsoară același concept. De asemenea, scorul la acest nou instrument ar trebui să coreleze cu alte concepte asociate conștiinciozității. Aceste patternuri convergente de corelații oferă argumente în favoarea validității convergente. În ce privește validitatea divergentă/discriminativă, aceasta presupune identificarea unor corelații nesemnificative între instrumentul nostru și concepte cu care conștiinciozitatea nu ar trebui să fie asociată. Putem avea o încredere mai mare într-un instrument de autoevaluare dacă știm că acesta oferă rezultate comparabile cu alte instrumente similare și nu reflectă asocieri cu concepte cu care nu ar trebui să existe astfel de asocieri.

Atunci când folosim un instrument de autoevaluare în evaluarea psihologică ne dorim ca instrumentul respectiv să aibă validitate de criteriu, adică rezultatul la acest test să fie corelat cu anumite criterii sau comportamente pe care le folosim în luarea deciziei (Urbina, 2009). În evaluarea psihologică avem nevoie deseori să facem predicții cu privire la comportamentul individului evaluat, pornind de la rezultatele metodelor de evaluare folosite. Criteriile sunt foarte diferite în funcție de scopul evaluării, iar ca psihologi este necesar să selectăm criterii adecvate și, mai ales, să ne asigurăm că instrumentele utilizate au validitate cu privire la criteriul pe care noi îl utilizăm. Studiile care analizează validitatea de criteriu presupun evaluarea constructului de interes cu ajutorul instrumentului de

autoevaluare și corelarea lui cu criteriul care e măsurat fie în același moment (validare concurrentă), fie ulterior (validare predictivă). Spre exemplu, în contextul selecției de personal, dacă vrem să verificăm că instrumentul nostru de autoevaluare (de exemplu, conștiinciozitatea) prezice performanța în muncă a angajaților (criteriul), vom putea face un studiu în care să evaluăm conștiinciozitatea candidaților pe parcursul procesului de selecție. Ulterior, după șase luni sau un an, putem să obținem evaluarea performanței lor în muncă și să analizăm în ce măsură conștiinciozitatea lor prezice performanța în muncă. În acest fel putem observa dacă instrumentele utilizate prezic criteriul pe care noi îl folosim în luarea deciziilor (în acest caz, a deciziei de angajare a candidaților).

Studiile pe grupuri contrastante sunt alte dovezi care pot fi aduse în sprijinul validității de criteriu. Spre exemplu, dacă avem un nou instrument care măsoară anxietatea, putem să comparăm scorurile acestui test la un grup de persoane diagnosticate cu anxietate generalizată cu scorurile unui grup fără diagnostic. Dacă observăm că nu există diferențe între cele două grupuri în ce privește scorul la noul test de anxietate, ne vom întreba cu siguranță dacă testul respectiv măsoară într-adevăr anxietatea. Un instrument care dă dovadă de validitate de criteriu în acest caz va surprinde diferențele de anxietate între grupul clinic și cel nonclinic.

Ca specialiști, nu avem ocazia de fiecare dată să desfășurăm studii pentru a valida instrumentele utilizate pentru criteriile care ne interesează. Totuși, indicatori cu privire la validitatea de criteriu ar trebui să se regăsească în manualele testelor pe care le folosim, dar și în literatura de specialitate. Dacă utilizăm în evaluarea psihologică cu scop decizional instrumente de autoevaluare care nu prezic criteriile utilizate de noi în procesul de luare a deciziei este ca și cum am verifica temperatura de afară pentru a decide dacă investim într-o afacere sau nu.

În figura de mai jos prezentăm într-o formă schematică tipurile de validitate discutate.

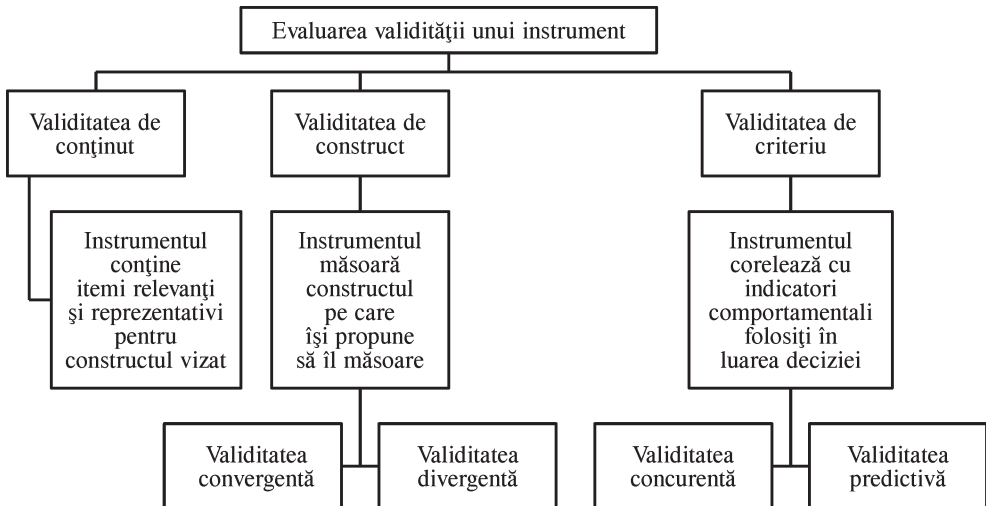


Figura 15.1. Evaluarea validității instrumentelor de autoevaluare

Informațiile despre validitate prezentate mai sus reprezintă o sinteză scurtă a tipurilor de validitate și a metodelor frecvent întâlnite. Întregul proces de validare a unui instrument

de autoevaluare este foarte complex. Dacă doriți mai multe informații despre această temă, puteți consulta Urbina (2009).

15.3. Ce ar trebui să știe psihologul despre instrumentul de autoevaluare pe care îl folosește?

Alegerea unui instrument de autoevaluare potrivit e o chestiune de responsabilitate profesională. Dacă vom folosi pentru luarea deciziilor instrumente care măsoară concepte care nu au legătură cu criteriile noastre sau instrumente care nu au calitățile necesare pentru a fi de încredere, atunci deciziile noastre se vor baza pe informații inexacte sau irelevante. În acest caz, există șanse mari să luăm decizii *greșite*, care ar putea fi evitate.

Utilizarea unui instrument de evaluare presupune o foarte bună cunoaștere a acestuia, a teoriei pe care se bazează, a informațiilor despre validitatea și limitele acestuia și a modului de interpretare a rezultatelor. Pentru aceasta, citirea manualului testului este esențială. În caseta de mai jos sunt prezentate o serie de întrebări de evaluare a instrumentelor psihologice adaptate după Groth-Marnat (2009). Este recomandat ca psihologii care doresc să folosească un test de autoevaluare să răspundă la aceste întrebări cu privire la test înainte de a-l folosi.

Caseta 15.2. *Evaluarea unui test psihologic* (adaptare după Groth-Marnat, 2009)

Orientarea teoretică

- Înțelegeți în mod adecvat constructul teoretic pe care testul își propune să îl măsoare ?
- Itemii testului corespund cu descrierea teoretică a constructului ?

Considerații practice

- Dacă respondentul trebuie să citească itemii, abilitățile lui/ei sunt potrivite pentru nivelul necesitat de test (cunoașterea limbii, nivel educațional) ?
- Cât de potrivită e lungimea testului, având în vedere situația de testare ?

Standardizarea

- Populația pe care urmează să o testați este similară cu populația care a fost folosită pentru dezvoltarea etalonului ?
- Etalonul a fost dezvoltat pe un eșantion suficient de mare ?
- Au fost dezvoltate etaloane pe subgrupe specializate (de exemplu, gen, vârstă, educație) ?
- Instrucțiunile testului permit administrarea standardizată a acestuia ?

Fidelitate

- Indicatorii de fidelitate sunt suficient de mari (în jur de 0,90 pentru decizii clinice și în jur de 0,70 pentru cercetare) ?
- Ce implicații au stabilitatea trăsăturii, metoda de calculare a fidelității și forma testului asupra nivelului fidelității raportat de autori ?

Validitate

- Ce proceduri și criterii au fost folosite pentru a valida acest test ?
- Testul acesta va oferi o evaluare exactă, având în vedere contextul și scopul pentru care intenționați să îl folosiți ?

15.4. Avantaje ale instrumentelor de autoevaluare

Unul dintre principalele avantaje ale instrumentelor de autoevaluare este că acestea pot oferi informații care nu sunt accesibile altor persoane, cum ar fi experiența sexuală anterioară, plăcerea de a consuma anumite alimente, practicarea meditației sau a rugăciunii etc. Instrumentele de autoevaluare pot oferi o perspectivă unică asupra lumii interioare a individului.

Dar există și trăsături sau aspecte care sunt accesibile și celorlalți, nu doar propriei persoane (de exemplu, comportamentele sociale). În ce măsură propria părere despre noi este convergentă cu părerea celorlalți despre noi? Vazire și Mehl (2008) au raportat autoevaluările unor indivizi și heretoevaluări despre aceiași indivizi la comportamente zilnice înregistrate obiectiv (cu ajutorul dispozitivelor de înregistrare audio activate electronic, în engleză *electronically activated recorder – EAR*). Ei au arătat că atât individul, cât și ceilalți apropiați pot oferi perspective la fel de exacte asupra propriei persoane, iar această acuratețe variază foarte mult de la un comportament la altul (atât pentru autoevaluări, cât și pentru heteroevaluări). Mai important este că în cazul multor comportamente, autoevaluarea și heteroevaluarea au prezis comportamentul în mod independent, astfel încât fiecare tip de evaluare oferă o perspectivă unică asupra comportamentului. Acesta este un argument puternic pentru a folosi mai multe surse de informare în contextul evaluării psihologice pentru a obține o imagine cât mai cuprinzătoare asupra individului evaluat.

Părerea unui individ despre propria persoană este importantă și prin prisma efectului pe care îl are asupra comportamentului său, a modului în care se prezintă celorlalți sau a credințelor despre cum este perceput de ceilalți (Paulhus și Vazire, 2009). Dacă o persoană se consideră foarte capabilă, indiferent dacă dovezile obiective susțin sau nu acest lucru, această imagine despre sine este parte din identitatea persoanei și este important să fie luată în considerare în cadrul unei evaluări psihologice.

Un alt argument în favoarea utilizării instrumentelor de autoevaluare este că sunt eficiente și relativ ieftine. Acestea pot fi utilizate pentru a testa mai multe persoane în același timp și nu necesită instrumente sau aparaturi speciale (cum ar necesita, de exemplu, colectarea de date fiziologice). Deși utilizarea testelor comercializate presupune anumite costuri, ele oferă un nivel mult mai ridicat al încrederii (autorii au investit în validarea și etalonarea acestora) și economisesc timpul care ar fi necesar utilizării altor forme de evaluare (cum ar fi interviul unu la unu).

15.5. Dezavantaje ale instrumentelor de autoevaluare

Orice metodă de evaluare are limitările ei, iar instrumentele de autoevaluare nu fac excepție. Unul dintre cele mai mari dezavantaje ale instrumentelor de autoevaluare are în vedere percepția practicienilor asupra credibilității acestor instrumente. Întrebările care apar frecvent sunt dacă putem avea încredere în test și în ce măsoară el și dacă putem avea încredere în ceea ce declară participanții despre ei înșiși. Încrederea în test și ceea ce el măsoară este dată de dovezile cu privire la validitate, așa cum am menționat anterior. Dacă avem un test consistent (fidel), care a demonstrat în studii repetate că măsoară conceptul respectiv și mai ales că prezice criteriile care sunt relevante pentru decizia

noastră, avem suficiente motive pentru a avea încredere în instrumentul folosit. În ceea ce privește încrederea în răspunsurile oamenilor, situația este puțin mai complicată, având în vedere că instrumentele de autoevaluare pot fi afectate de distorsiuni intenționate sau neintenționate. Dacă evaluăm un candidat în procesul de selecție, acesta poate fi motivat să distorsioneze răspunsurile pentru a se prezenta într-o lumină favorabilă (distorsiune intenționată sub forma dezirabilității sociale). Dar, chiar dacă un individ nu este motivat să se prezinte într-o lumină favorabilă, imaginea sa despre sine poate fi una distorsionată (distorsiune neintenționată). Ambele forme de distorsiune au beneficiat de atenția cercetătorilor pentru a înțelege mai bine cum și când apar și mai ales cum pot fi identificate pe parcursul evaluării psihologice (Paulhus, 2002).

Să nu uităm că nu doar instrumentele de autoevaluare pot fi afectate de astfel de distorsiuni, ci și alte metode, precum interviul. În cazul instrumentelor de autoevaluare există o serie de măsuri care pot fi luate pentru a identifica situațiile în care indivizii se prezintă într-o manieră distorsionată, respectiv includerea în instrumentele de autoevaluare a unor scale de evaluare a dezirabilității sociale (Paulhus, 2002). Aceste scale permit evaluatorilor să identifice persoanele care manifestă tendințe de distorsionare a răspunsurilor din perspectiva dezirabilității sociale.

Instrumentele de autoevaluare mai pot fi afectate de tendința de a răspunde sistematic într-un anumit fel, de exemplu, tendința de a aproba afirmațiile din test, indiferent de conținutul acestora, tendința de a oferi răspunsuri extreme sau selectarea răspunsurilor aleatoriu (Paulhus și Vazire, 2009). Aceste tendințe de răspunsuri pot afecta validitatea rezultatului evaluării cu ajutorul instrumentelor de autoevaluare. Și pentru aceste neajunsuri au fost identificate soluții pentru a reduce șansele ca respectivele tendințe să se poată manifesta (chiar prin modul de a structura instrumentul) și pentru a identifica astfel de situații atunci când ele apar (pentru mai multe informații vezi Paulhus și Vazire, 2009). Unele instrumente de autoevaluare disponibile pe piața din România au integrate modalități de semnalare a tendințelor de distorsionare a rezultatelor sub diferite forme. Prin aceste măsuri „de siguranță” crește nivelul de încredere pe care îl putem avea în rezultatele evaluărilor bazate pe instrumente de autoevaluare.

O altă critică adusă instrumentelor de autoevaluare este că acestea nu surprind foarte bine comportamentul individului, deoarece comportamentul variază în funcție de situație și de moment (Mischel, 1968). Analizând studiile publicate în ultimele decenii, Fleeson și Nofle (2008) prezintă o nouă perspectivă asupra comportamentului ca rezultat al interacțiunii între persoană și situație, integrând atât perspectiva personalității ca determinant al comportamentului, cât și perspectiva situației ca determinant al comportamentului uman. Această perspectivă se bazează pe studii precum cele desfășurate de Fleeson (2001), care avansează ideea că trăsăturile ar trebui concepute ca întregi distribuții de comportamente. Ca orice distribuții, acestea au o medie stabilă a comportamentului și o oarecare variabilitate în jurul acelei medii. Deși comportamentul pare a fi instabil (variază mult de la un moment la altul), studiile lui Fleeson (2001) au arătat că media acestei distribuții de comportamente rămâne stabilă de la o săptămână la alta. Acest lucru explică faptul că, deși observăm o variabilitate în comportamentele oamenilor în funcție de situație, nivelul mediu al comportamentului/trăsăturii are o consistență ridicată (rămâne stabil). Așadar, instrumentele de autoevaluare pot surprinde acest nivel stabil și consistent al comportamentului evaluat, fără a avea pretenția de a putea explica sau prezice comportamentul indivizilor în orice moment sau situație.

Instrumentele de autoevaluare continuă să fie o parte importantă a evaluărilor psihologice. De aceea este recomandat să știm cât mai multe despre acestea, să putem distinge între un instrument care s-a dovedit a fi de încredere și unul care nu a furnizat încă suficiente dovezi, să selectăm instrumentele potrivite pentru a evalua conceptele care ne interesează în raport cu criteriile urmărite și să fim conștienți de limitările acestor instrumente atunci când le utilizăm în luarea deciziilor. Pentru o evaluare psihologică „sănătoasă”, folosiți mai multe metode de evaluare, nu vă bazați concluziile și deciziile pe o singură metodă, indiferent care ar fi aceea.

Bibliografie

- Fleeson, W. (2001). Toward a structure and process-integrated view of personality : Traits as density distributions of states. *Journal of personality and social psychology*, 80(6), 1011-1027.
- Fleeson, W., Nofle, E. (2008). The end of the person-situation debate : An emerging synthesis in the answer to the consistency question. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1667-1684.
- Goldberg, L.R.(1990). An Alternative „Description of Personality” : The Big-Five Factor Structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Goldberg, L.R. (1992). The Development of Markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment*, 4(1), 26-42.
- Goldberg, L.R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt & F. Ostendorf (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, Vol. 7 (pp. 7-28). Tilburg, The Netherlands : Tilburg University Press.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. New Jersey : John Wiley & Sons.
- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. New York, NY: Wiley.
- Opariuc-Dan, C. (2011). Crearea etaloanelor pentru testele psihologice. *The „Black Sea” Journal of Psychology*, 2(3), 101-109.
- Paulhus, D.L (2002). Socially desirable responding : The evolution of a construct. In H. Braun, D.N. Jackson & D.E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 67-88). New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Paulhus, D.L., Vazire, S. (2009). The self-report method. In R.W. Robins, R.C. Fraley & R.F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 224-239). New York : Guilford.
- Rusu, S., Maricuțoiu, L.P., Macsinga, I., Virgă, D., Sava, F.A. (2012). Evaluarea personalității din perspectiva modelului Big Five. Date privind adaptarea chestionarului IPIP-50 pe un eșantion de studenți români. *Psihologia Resurselor Umane*, 10(1), 39-56.
- Steinberg, L., Thissen, D. (2013). Item response theory. In Comer & Kendall (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 336-373). New York : Oxford University Press.
- Urbina, S. (2009). *Aspecte esențiale ale testării psihologice*. București : Editura Trei.
- Vazire, S., Mehl, M.R. (2008). Knowing me, knowing you : the accuracy and unique predictive validity of self-ratings and other-ratings of daily behavior. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1202.

16. Evaluarea prin interviuri

Adrian Luca

Universitatea din București

Rezumat

Evaluarea psihologică a devenit un proces tot mai complex, indiferent de domeniul aplicativ în care se realizează (clinic, industrial organizațional, educațional etc.), de categoria de clienți vizată, chiar dacă se realizează în spectrul larg a ceea ce considerăm normalitate sau vizează diferite tulburări sau patologii. Orice evaluare psihologică este direcționată de un scop, care în sens larg poate viza: diagnoza, intervenția, decizia și cercetarea. Problemele importante care derivă dintr-un astfel de proces sunt legate de obținerea unor informații suficiente, relevante, discriminative, fidele și valide în raport cu scopul urmărit.

În încercarea de a răspunde cât mai bine caracterului tot mai complex al evaluării psihologice au fost dezvoltate metodologii multi-metodă (pentru a depăși limitările inerente unei singure metode de evaluare), multi-evaluator (atunci când există un risc crescut de eroare care poate fi generat mai ales ca urmare a subiectivității evaluatorului) sau mixte multi-metodă/multi-evaluator (forma cea mai frecventă fiind *assessment center* – centru de evaluare).

Chiar dacă, așa cum am sintetizat, evaluarea psihologică este un fenomen complex, interviul este aproape întotdeauna parte a oricărui tip de evaluare individuală, realizată de către un clinician sau consilier, fiind folosit ca un standard pentru evaluarea problemelor, formularea ipotezelor și concluziilor. Dacă în situația clinică, de exemplu, interviul poate fi utilizat în scop diagnostic pentru a stabili direcții de intervenții terapeutice sau pentru a stabili riscul de a-și produce sieși sau altora daune, într-o situație de consiliere interviul este folosit pentru a-l ajuta pe client să descopere lucruri noi despre sine, pentru a lua o decizie cu privire la carieră, pentru a face o alegere în context profesional, familial sau în viață (Cohen și Swerdlik, 2005). În acest context, interviul este mult mai mult decât formularea unei serii de întrebări pentru a aduna date. Acesta implică și crearea unei alianțe de lucru, identificarea punctelor critice, atitudinii, credințelor, ascultarea cu atenție (activă), observarea comportamentului verbal/nonverbal, explorarea unor aspecte sensibile, critice pentru client, elaborarea unor ipoteze de lucru și a unui plan de intervenție ca parte a unui întreg proces, focalizat pe nevoile clientului și găsirea celor mai bune soluții.

Deși există diferite forme de interviu, cu aplicabilitate în diverse domenii, în contextul de față, din motive practice, vom încerca să abordăm interviul mai ales din perspectiva

funcțiilor sale de diagnoză și de intervenție. Ca urmare, în cele ce urmează vom detalia următoarele puncte :

1. Aspecte psihometrice și potențiale erori care intervin într-un interviu (foarte importante mai ales din perspectiva diagnostică) ;
2. Abilitățile interviewerului și alianța de lucru – esențiale mai ales din perspectiva funcției de intervenție, puterea alianței fiind cel mai bun predictor al rezultatelor intervenției, indiferent de tipul de tratament sau de severitatea problemei cu care vine clientul (Blatt *et al.*, 1996 ; Krupnick *et al.*, 1996, apud Durnescu și Luca, 2015, p. 8) ;
3. În final, pentru a oferi practicianului și un reper, un exemplu, dar și pentru a integra cele două funcții menționate (diagnostică și de intervenție), vom prezenta un studiu de caz.

16.1. Aspecte psihometrice și diferiți factori care pot interveni într-un interviu

16.1.1. *Fidelitate și validitate*

Aș dori să începem cu un comentariu. Poate vă gândiți, ca practicieni, că aveți nevoie să vă raportați la caracteristicile psihometrice ale instrumentelor psihologice mai ales în situația de cercetare sau atunci când intenționați să dezvoltați un test, o scală etc. Aceasta este doar o parte din munca noastră, dar cel mai important este faptul că lucrăm cu oameni zi de zi, iar când decidem să facem o evaluare, întotdeauna o facem cu un motiv bine întemeiat. În consecință, trebuie să cunoaștem aceste lucruri pentru a putea selecta cel mai bun test în acord cu scopul testării, cel mai bun test pentru a putea face cea mai bună predicție, cel mai bun test pentru a lua o decizie, să putem aprecia care sunt limitele sale și să putem oferi cea mai bună interpretare a rezultatelor obținute. Cam la fel sunt lucrurile și dacă vorbim despre interviu.

Este un principiu general valabil că metodele folosite într-o situație de evaluare trebuie să fie fidele și valide pentru a putea fi utilizate și, similar altor instrumente diagnostice, calitățile psihometrice ale diferitelor forme de interviu trebuie analizate pentru a putea aprecia meritele variatelor strategii de interviu (Rogers, 2001). Aceste aspecte sunt cu atât mai importante cu cât evaluarea este folosită pentru a lua decizii importante care afectează viața multor oameni (Sue, 2005).

Un prim aspect, formatul de interviu trebuie să aibă o fidelitate adecvată și să fie replicabil. În mod ideal, maximul fidelității unui instrument este atins atunci când eroarea este zero – în practică vorbim despre o varianță a erorii care poate afecta rezultatele, cât mai mică (Cone, 1998).

Fără stabilirea fidelității, încrederea acordată observațiilor clinice este inacceptabilă. Replicabilitatea rezultatelor se referă la : o concordanță între rezultatele obținute de către observatori independenți (fidelitatea interevaluatori) și obținerea unor rezultate similare de-a lungul unor intervale de timp relativ scurte (fidelitatea test-retest). În cazul unui interviu, fidelitatea poate fi evaluată la câteva niveluri : al simptomelor individuale, al grupului de simptome și la nivel diagnostic. Fidelitatea test-retest este diferită de „stabilitatea temporală

(în timp)", nu este de așteptat ca simptomele să rămână identice pentru o perioadă lungă de timp, este probabil ca simptomele să se schimbe datorită evoluției naturale a tulburării, ca răspuns la tratament sau ca rezultat al schimbărilor mediului. Intervalul de timp pentru fidelitatea test-retest este stabilit de obicei la 1-4 săptămâni, în timp ce „stabilitate temporală” se referă la cronicitatea tulburării, un interval lung de timp fiind, de exemplu, 6-12 luni, perioadă în care nu apar schimbări în manifestările clinice (Rogers, 2001, pp. 6-7).

Cu privire la nivelul de analiză, există două modalități majore pentru a evalua fidelitatea unui interviu: interevaluatori sau acordul între interviuatori independenți, fiind forma cea mai frecventă (Rogers, 2001; Summerfeldt și Antony, 2002), și test-retest (Sattler, 1992; Mash și Terdel, 1997; Rogers, 2001, apud Hersen și Turner, 2003, p. 48). Pentru a stabili fidelitatea interevaluatori, în timp ce se derulează un interviu cu un client într-o anumită situație, acesta este urmărit de către doi clinicieni independenți care formulează propriile concluzii diagnostice bazate pe răspunsurile clientului. Fidelitatea test-retest este stabilită prin derularea unui interviu de către doi clinicieni independenți, în două ocazii diferite, de obicei la distanță de 1-4 săptămâni. Aceasta are un caracter mai stringent deoarece:

- a) presupune un interval de timp, potențial generator de eroare, ceea ce se poate reflecta într-un coeficient de fidelitate mai scăzut (Summerfeldt și Antony, 2002);
- b) apare un efect de atenuare care se referă la tendința interviuatorului de a raporta la reevaluare mai puține simptome (Shaffer, Fischer și Lucas, 1999, apud Hersen și Turner, 2003, p. 48).

La aceste forme de fidelitate, dacă ne referim și la nivelul itemilor, putem vorbi și de consistența internă, exprimată uzual prin coeficienții Kuder-Richardson și Cronbach Alfa.

Ca o concluzie generală privind analiza fidelității sub diverse forme, aceasta este foarte importantă deoarece permite estimarea erorii care poate afecta rezultatele, iar din punct de vedere aplicativ, oferă practicianului informațiile necesare pentru selectarea celei mai potrivite strategii de interviu, precum și pentru interpretarea datelor colectate.

Ca atare, fidelitatea este absolut necesară, este o condiție necesară, dar nu și suficientă. De aceea se impune completarea acestui demers cu aspecte privind validitatea strategiilor privind interviul.

Definiția cea mai cunoscută și acceptată privind noțiunea de validitate se referă la calitatea unui instrument de a măsura ceea ce spune că măsoară și la cât de bine face acest lucru (Anastasi, 1998).

Rogers (2001) invocă două modalități principale pentru a evalua validitatea strategiilor de interviu, și anume: validitatea referitoare la criteriu și validitatea de construct. Validitatea referitoare la criteriu încearcă să stabilească cât de bine informațiile obținute prin interviu corespund cu un criteriu independent. Dificultatea care rezidă în acest proces este legată de stabilirea unui criteriu bine validat prin intermediul căruia să se măsoare formatul de interviu. În practică, deși imperfect, este folosit pe scară largă drept criteriu interviul diagnostic condus de către un clinician foarte experimentat (Hersen și Turner, 2003, p. 49). Validitatea de criteriu implică studiul validității predictive (măsura în care pe baza informațiilor obținute se poate prezice cursul tratamentului sau rezultatele așteptate) și al validității concurente – măsura în care informațiile obținute pe baza interviului corespund informațiilor obținute prin altă metodă de investigare, desfășurată simultan (Rogers, 2001; Sattler, 1992, apud Hersen și Turner, 2003).

Pentru stabilirea validității de construct (instrumentul – interviul – măsoară ceea ce își propune să măsoare, Anastasi, 1998) este necesar studiul variilor forme de validitate,

adică vor fi derulate o serie de studii pentru a verifica dacă rezultatele obținute sunt consonante cu definiția, cu natura psihologică a constructului (Kline, 2000), adică prin variatele tipuri de validitate se evaluează relațiile care există între informațiile obținute prin diverse metode de evaluare (interviu, scale, teste, evaluarea realizată de către alții etc.).

Dat fiind că interviul este utilizat de către clinicieni, consilieri, profesioniștii care se ocupă de sănătatea mintală ca un standard, fiind metoda cea mai folosită, dar și cea mai importantă de colectare a datelor într-o evaluare (Watkins *et al.*, 1995), este esențial ca acesta să aibă utilitate clinică, adică să maximizeze numărul adevăraților pozitivi și negativi și să-l minimizeze pe cel al falșilor pozitivi și negativi. Putem concluziona că, la fel ca pentru oricare instrument diagnostic, este necesar să fie analizate calitățile psihometrice ale diferitelor strategii de interviu, în strânsă legătură cu scopul urmărit, aceasta aducând atât valoare, cât și utilitate.

16.1.2. *Diferiți factori care pot interveni într-un interviu*

Interviul este o interacțiune dinamică care se realizează între cel puțin două persoane. Este un proces care implică construirea unei alianțe de lucru, în care atât clinicianul, cât și clientul au un profil unic sub aspectul unor variabile precum: gen, vârstă, mediu de proveniență, credințe, valori, abilități personale, acești factori putând afecta răspunsul clientului în cursul interviului (Grantham, 1973). Comunicarea interpersonală este afectată de variabile precum statutul socioeconomic, etnia și diferențele rasiale, folosirea limbajului și stilul de comunicare, caracteristicile necesare situației de interviu, așteptările fiecărei persoane cu privire la natura și scopul interviului (Zuckerman, 2005). De exemplu, clienții pot să nu raporteze aceleași informații în prezența unor interviuitori diferiți (Hubert *et al.*, 1982). De asemenea, starea emoțională influențează raportarea unor informații (Kolko, Kazdin și Meyer, 1985). Unele aspecte precum consumul de substanțe, informații legate de comportamente sexuale, de abuz sau de alte probleme sensibile sunt diferit raportate de către pacienți în funcție de varii circumstanțe (Sue, 2005). În esență, interviuitorul este expus la emoții, gânduri, acțiuni, stiluri interpersonale variate din partea clienților, putând influența cursul interviului, de aceea practicianul are nevoie să manifeste flexibilitate pentru a putea răspunde nevoilor diverse ale clienților (Berman și Shopland, 2005).

Dacă ar fi să sintetizăm, putem spune că natura oricărui interviu poate fi influențată de o serie de factori (Cohen și Swerdlik, 2005), precum:

- scopul interviului;
- contextul și cadrul în care se derulează (clinic, detenție, cabinet etc.);
- natura și calitatea informațiilor biografice la care practicianul are acces;
- diverse constrângeri (timp, spațiu sau orice alți factori limitativi);
- experiența practicianului în situații similare;
- motivația, bunăvoința și abilitățile clientului, dar și ale practicianului;
- aspecte culturale.

De aceea, pentru a răspunde cât mai bine nevoilor clienților, dar și pentru a depăși o serie de limitări care pot afecta acuratețea datelor obținute, este necesar să acționăm pe cel puțin două direcții, și anume:

- *selectarea tipului de interviu care se potrivește cel mai bine cu scopul urmărit* (de exemplu, în scop de cercetare putem apela la interviul clinic de tip structurat precum SCID, ajuns în prezent la ediția a V-a [SCID-5], bazat pe DSM-5 sau pe alt sistem de clasificare [ICD-10, OPD-2], care oferă mai multă precizie și acuratețe, dar mai puțină flexibilitate, în timp ce, în scop de intervenție, putem apela la interviu nestructurat [eventual semistrukturat] care oferă posibilitatea clinicianului de a se concentra pe nevoile individuale ale clientului, de a personaliza experiența și de a fi în lumea acestuia). Cel mai nou model este taxonomia ierarhică a psihopatologiei (HiTOP), care abordează sănătatea mintală ca un spectru, problemele de sănătate mintală fiind dificil de categorizat, ele aflându-se de fapt pe un continuum între patologie și normalitate (Kotov *et al.*, 2017); detalii despre modelul ierarhic al psihopatologiei (HiTOP) pot fi găsite la adresa: <http://www.apa.org/pubs/highlights/spotlight/issue-88.aspx>;
- *dezvoltarea abilităților de interviu și de diagnostic, folosirea feedbackului și supervizarea*. Clinicianul trebuie să fie capabil să înțeleagă nevoile și obiectivele clientului, eficiența intervenției nu înseamnă aplicarea mecanică a unor abilități, fiecare interviu este unic și presupune folosirea abilităților care se potrivesc cel mai bine persoanei și calibrarea interviului pentru a răspunde cât mai bine posibil unicității clientului. Organizațiile profesionale precum American Psychological Association consideră că este o datorie care ține atât de etica profesională, cât și de competența profesională ca practicienii să învețe să-și adapteze serviciile în acord cu experiența și nevoile unice ale clienților (Berman și Shopland, 2005). Pentru a putea face inferențe profunde despre lumea clientului, este vital ca practicianul să aibă cunoștințe ample, o înțelegere autentică a clientului. Dacă ar fi să sintetizăm, o problemă, posibil fundamentală, cu care practicianul se poate confrunta în procesul de intervenție este să fie conștient într-un mod profund și să recunoască faptul că expertul în problemele unice cu care se confruntă este clientul însuși (!) – dacă practicianul își dă seama de faptul că clientul este purtătorul unei experiențe unice, întinzându-se pe un număr uneori considerabil de ani, va putea să-și dea seama, în același timp, că această experiență face clientul mai competent decât oricine pentru a determina o linie de conduită compatibilă cu nevoile, dorințele, valorile și capacitățile sale (Rogers, 1965, apud Luca, 2000).

16.2. Abilitățile intervievatorului și alianța de lucru

Rezultatele studiilor meta-analitice evidențiază faptul că relația dintre consilier/terapeut și client este critică pentru succesul intervenției, dar în același timp alianța de lucru nu este în mod direct terapeutică, mărirea efectului acesteia fiind $d\text{-Cohen}=0,57$, fiind mai degrabă un mecanism care îl face pe client ascultător (Bordin, 1979). Pe lângă alianță, mai sunt evidențiați următorii factori importanți pentru succesul intervenției: colaborarea/consensul cu privire la scopul, obiectivele și sarcinile intervenției ($d=0,72$), empatia ($d=0,63$), atitudinea pozitivă ($d=0,56$) și congruența/autenticitatea ($d=0,49$). O dimensiune care dă continuitate congruenței se referă la încrederea, credința („allegiance”) specialistului/clinicianului (consilier, terapeut) în tratamentul pe care îl oferă, studiile arătând că un tratament furnizat de un clinician care crede în eficiența tratamentului va da rezultate mai bune decât un tratament oferit de un clinician care nu are o asemenea credință (Wampold și Imel, 2015). Analizând interacțiunea directă client-terapeut,

Rogers a remarcat că acei clinicieni care nu obțineau rezultate pozitive lucrau fără vreo angajare personală, comportându-se mai degrabă ca un „ecran neutru”, aveau un comportament de circumstanță, adoptau un rol și chiar s-a dovedit că aveau convingeri contrare a ceea ce încercau să promoveze (Rogers și Kinget, 1965). Ca urmare a diversității clienților, în acord cu sine și cu problematica clientului, clinicianul este în situația de a practica abilitățile de intervievare care derivă dintr-o varietate de orientări teoretice, inclusiv comportamentale, cognitive, dinamice, umaniste, trans-teoretice și eclecticice. Clienții sunt diferiți sub aspecte multiple (vârstă, gen, naționalitate, educație, statut socioeconomic, religie, resurse, mediu de proveniență etc.), ceea ce implică din partea clinicianului o anumită „atenție”, prezență, pentru a învăța să răspundă într-un mod flexibil la nevoile acestora.

În consecință, ne vom referi în continuare la o serie de abilități care au impact în procesul de interviu (Berman și Shopland, 2005) :

- a) comportament participativ : însoțește, acompaniază verbal și nonverbal ;
- b) abilitatea de a utiliza întrebări deschise, specifice (*open-ended*), închise ;
- c) ascultarea activă ;
- d) sumarizarea ;
- e) comportamentul empatic ;
- f) confruntarea suportivă.

16.2.1. *Comportamentul participativ (attending behavior)*

Implicarea, participarea, „ascultarea”, însoțirea verbală și nonverbală arată străduința clinicianului de a asculta și înțelege profund ceea ce spune clientul, ajutându-l să aibă încredere, să se deschidă și să se implice într-un proces de explorare profund și relevant pentru viața lui.

Ascultarea/participarea verbală vizează tonul și expresivitatea vocii, ritmul vorbirii, interjecțiile și cuvintele de legătură folosite (aha, mda, mhh, și, deci, așadar), oftatul, arată interes și-l încurajează pe client să continue să vorbească. Reflectarea, sumarizarea, comentariile empatică, reformularea și sintetizarea indică o ascultare atentă, prezentă și acordarea de importanță relatării clientului.

Însoțirea/acompanierea nonverbală include contactul vizual, expresia facială, postura, gesturile, poziția corpului în raport cu clientul, ținuta, precum și reacțiile neurofiziologice (ritmul respirator, bătăile inimii etc.). Clientul este sensibil și reacționează la comportamentul nonverbal al intervievatorului – când tonul vocii și comportamentul nonverbal indică căldură, autenticitate, acceptare, raportul se îmbunătățește deoarece clientul se simte în siguranță, simte că este respectat și valorizat. Dacă însă există incongruență, atunci clientul tinde cel mai probabil să acorde încredere mesajului nonverbal. De exemplu, dacă intervievatorul exprimă plictiseală, clientul nu are cum să se simtă încurajat, apreciat, oricâtă grijă ar fi exprimată prin mesajul verbal. Ca urmare, este foarte important ca orice practician să lucreze pentru a deveni conștient de propriul comportament, de cum poate fi influențat de celălalt. Este important să fie discutate cu clienții orice diferențe care ar putea exista în comportamentul nonverbal, înainte ca orice neînțelegeri să intervină.

În general, oglindirea nonverbală este un comportament care poate ajuta, care transmite înțelegere din partea clinicianului, iar când se întâmplă așa, cresc siguranța și confortul

clientului, iar relația devine mai profundă. Dacă însă oglindirea nu este experimentată de către client ca fiind autentică și ar putea fi percepută, de exemplu, ca batjocoritoare, atunci poate provoca alienarea clientului. Putem întâlni o altă situație atunci când clientul folosește un comportament nonverbal pentru a minimaliza ceva, de exemplu, râde când vorbește despre un moment serios. Dacă intervievatorul ar reflecta acest comportament ar transmite mesajul că minimalizarea este adecvată, când, de fapt, discutarea incongruenței verbale-nonverbale ar fi mai potrivită decât oglindirea. Astfel, clientul conștientizează, poate ajunge la o înțelegere mai profundă a experienței, la deblocarea și activarea unor resurse adaptative.

Este util de menționat că comentarea comportamentului nonverbal ajută clienții să identifice sentimentele, să conștientizeze ce se petrece cu ei și astfel să se reconecteze la experiența lor emoțională. Copiii, având puțină experiență în recunoașterea și identificarea emoțiilor lor, au nevoie de ajutor pentru a învăța să conecteze comportamentul nonverbal cu trăirile lor.

Important de reținut este faptul că relația se îmbunătățește numai dacă clientul apreciază comportamentul clinicianului ca respectuos, valorizant și grijuliu. La rândul lor, învățând să conștientizeze semnele lor corporale, gândurile și emoțiile, clienții pot dobândi o înțelegere mai profundă despre ei înșiși.

16.2.2. *Abilitatea de a utiliza întrebări deschise, specifice/focalizate (open-ended), închise*

Abilitatea de a pune întrebări într-o formă potrivită este fundamentală pentru orice relație de intervenție psihologică. Motivele pentru care practicienii pun întrebări sunt diverse : pentru a cunoaște și înțelege evenimentele care au dus la situația prezentă (anamneză), pentru a pune un diagnostic, pentru a descoperi atât punctele tari, cât și punctele slabe ale clienților, precum și pentru a înțelege care sunt problemele cu care se confruntă, preocupările pe care le au, obiectivele și orice alte aspecte care trebuie explorate în profunzime. Întrebările bine puse, la momentul oportun și în ritmul potrivit, pot consolida alianța de lucru și aprofunda explorarea. Însă întrebările pot avea „darul” de a distruge o relație de lucru, dacă au cursul unui interogatoriu în care clienții nu se simt ascultați, nu se simt înțeleși din propriile cadre de referință, dacă nu au o anumită coerență, dacă sunt prea intruzive, dacă abundă sau dacă practicienii tind să îi controleze pe clienți și să îi lipsească de putere (Nelson, 2009).

16.2.2.1. *Utilizarea întrebărilor deschise, specifice/focalizate/țintite (open-ended)*

Întrebările deschise oferă clientului posibilitatea să se exprime în mod liber, cel mai probabil vizează informații detaliate și complexe, putându-se referi la emoții, sentimente, reacții fizice, gânduri, modul de a comunica, comportamente, orice alte evenimente relevante pentru situația în care se află.

Întrebările deschise, țintite pot oferi structura de bază pentru anamneză, pentru un interviu preliminar/inițial, de admisie într-un serviciu de suport. De exemplu, pentru a

obține o perspectivă amplă asupra vieții unui client, întrebările deschise pot viza : motivele pentru care clientul solicită un serviciu psihologic, preocupările sale, istoricul său educațional, cel al angajării și cel medical.

Există mai multe niveluri de deschidere legate de întrebări. Unele întrebări deschise pot fi foarte largi, precum : „Spune-mi despre viața ta”. Altele pot fi mai specifice, cum ar fi : „Ce s-a întâmplat azi?”. De obicei, discuția despre un eveniment poate începe printr-o întrebare deschisă, dar bine direcționată, urmată de altele mai concentrate care îl ajută pe client să se implice tot mai mult, tot mai profund în experiența sa. Dacă ar fi să folosim o metaforă, ne putem imagina cercurile concentrice generate de o piatră aruncată în apă, doar că sensul nu este dinspre interior spre exterior, ci este dinspre exterior către centru, adică întrebările tind să se focalizeze tot mai mult pentru a atinge în cele din urmă miezul problemei.

Dacă, de exemplu, practicianul este interesat să obțină informații despre consumul de alcool, întrebările deschise pot fi de forma : „Ce puteți să îmi spuneți despre rolul pe care alcoolul îl are în viața dumneavoastră?”. Apoi întrebările pot deveni, în funcție de răspunsul oferit, mai focalizate, dar deschise, precum : „Ce s-a întâmplat de ați ajuns să vă refugiați în consumul alcool?” ; „Ce înseamnă un consum exagerat pentru dumneavoastră?” ; „Cum v-ați simțit după ce ați băut cu prietenii?” ; „În cel fel consumul de alcool vă ajută să vă relaxați?” ; „În cel fel vă afectează consumul de alcool relațiile cu familia? Dar la locul de muncă?”.

16.2.2.2. Utilizarea întrebărilor închise

Întrebările închise sunt utile atunci când practicianul urmărește să obțină o informație clară, specifică în legătură cu un comportament. De exemplu, dacă investigăm abuzul și dependența de alcool, întrebările vizează: frecvența consumului de alcool, cantitatea consumată cu o anumită ocazie, tipurile de alcool, vârsta la care au apărut primele probleme legate de consumul de alcool, vechimea simptomelor, reacții fiziologice apărute în urma consumului, timpul necesar pentru recuperare după consumul de alcool, afectarea sănătății fizice și mintale etc. De asemenea, sunt utile și în cazurile în care clientul are tendința de a eluda unele răspunsuri, de a răspunde evaziv sau atunci când oferă o mulțime de detalii, nu neapărat necesare. În astfel de situații, întrebările închise refocalizează dialogul pe aspectele esențiale ale intervenției. În cazul în care practicianul dorește să exploreze aspecte profunde, întrebările închise trebuie evitate.

În practica clinică există riscul să fim furiați de o poveste, să ne revoltăm, să ne implicăm prea mult, să judecăm clientul și atunci să „ne pierdem” abilitatea de ascultare activă și să fim excesiv concentrați pe a pune întrebări. În astfel de situații este important să ne reamintim și să devenim conștienți de faptul că, atunci când construim climate sigure din punct de vedere emoțional, clienții vor dezvălui mai multe informații și mai profunde, uneori nefiind nevoie să li se pună întrebări. Pentru a nu-i pune pe clienți în situația de a se simți interogați, practicienii pot să domolească ritmul de adresare, să respecte pauzele, să vadă dacă respectivii clienți doresc să continue să răspundă și apoi să reflecteze la fiecare răspuns. Împietirea întrebărilor cu ascultarea activă oferă avantajul de a ne asigura că practicienii verifică acuratețea înțelegerii lor (Nelson, 2009).

16.2.3. *Ascultarea activă*

Ascultarea activă a fost pentru prima dată menționată de Carl Rogers și este o abilitate fundamentală pentru orice tip de intervenție psihologică, indiferent de modalitatea de abordare și de problematica cu care vine clientul. A asculta activ presupune un efort conștient, înseamnă a atribui semnificații mesajelor, implică a încuraja, a stimula conversația, a răspunde adecvat, a arăta că mesajul este înțeles. Este ancorată în prezent, în „aici și acum”. A fi prezent presupune ca practicianul să fie cu totul în relație, cu corpul, cu mintea, cu emoțiile, cu o atitudine de acceptare, ceea ce favorizează o atitudine nonevaluativă (clientul și comportamentele sale nu mai sunt privite prin prisma dihotomiei bine-rău).

Din punctul de vedere al comunicării verbale, ascultarea activă presupune reflectarea, repetiția pe un alt ton sau cu umor uneori, amplificarea, reformularea prin inversiunea figură-fond (clarificatoare), reformularea de tip sinteză (sumarizarea). Ceea ce este cel mai important în această manieră de comunicare nu este a se face din dialog o comunicare caricaturală, teatrală, ci a simți ceea ce clientul transmite și a-l însoți în demersul său lăuntric, uneori foarte dureros și anevoios, într-o manieră totală, autentică, plină de afecțiune și sensibilitate (Luca, 2012).

De exemplu, un răspuns reflectiv concentrează atenția clientului asupra gândurilor sau sentimentelor pe care le aduce în discuție. Un răspuns reflectiv rămâne foarte aproape de informațiile pe care clientul tocmai le-a relatat. Poate reflecta pur și simplu ceea ce a spus clientul sau poate conecta emoțiile, gândurile exprimate sau ipotetice pe care clientul le trăiește cu informațiile dezvăluite. În evidențierea sentimentelor într-un răspuns reflectiv, practicianul nu trebuie să facă interpretări privitoare la motivul pentru care clientul are o emoție sau un gând. Pur și simplu reflectă ceea ce a spus clientul. Acest tip de răspuns le demonstrează clienților că sunt ascultați. Când faceți o reflectare, comentariul practicianului poate include sentimentele exprimate de client, gândurile sau ambele. Dacă un client exprimă mai mult de un sentiment sau exprimă sentimente ambivalente, atunci răspunsul de tip reflectare ar putea face același lucru (Berman și Shopland, 2005).

Pentru a reuși într-un astfel de demers, respectul față de ființa umană, congruența verbal-nonverbal și a privi lumea din cadrul intern de referință al clientului sunt esențiale.

16.2.4. *Sumarizarea*

Deși poate fi abordată ca o fază a ascultării active, am ales să tratăm sumarizarea separat, deoarece aceasta presupune o dimensiune integrativă, presupune abilitatea de înțelegere a procesului, de analiză, de reorientare și concentrare pe proces.

Este folosită pentru a face o sinteză, o clarificare, o revizuire a informațiilor pe care clientul le-a transmis. Este un prilej ca practicianul să ceară feedback de la client, iar acesta are ocazia să spună dacă a fost înțeles, iar dacă nu, să clarifice. Acest mod de interacțiune creează și consolidează relația, deoarece clienții observă că sunt ascultați în ceea ce au spus și există o dorință reală de a-i înțelege cât mai bine.

Rezumarea poate fi utilă pentru a demonstra ascultarea, pentru a evidenția temele relatate de client, pentru a face trecerea de la o temă la alta și pentru a reduce din

intensitatea emoțională care este prea mare pentru o funcționare eficientă a clientului (Berman și Shopland, 2005).

În rezumat, nu repetați exact ceea ce a spus clientul ! Acest lucru ar putea fi interpretat ca o bătaie de joc față de client ! Când rezumați, acoperiți punctele-cheie ale clientului într-o manieră succintă, convingătoare și empatică.

16.2.5. Comportamentul empatic

Comportamentul empatic se traduce prin reacții, intervenții din partea consilierului care arată clientului că cineva este acolo, lângă el, că este înțeles, că-i pasă cuiva. Prin comentarii empaticе, practicianul transmite în mod direct clientului că perspectiva lor asupra propriei situații este înțeleasă și apreciată. Comentariile empaticе oferă sprijin emoțional clientului și depășesc cadrul unei reflecții, adăugând ceva în plus pentru a demonstra că ascultătorul simte și înțelege semnificația din spatele cuvintelor clientului. Această înțelegere mai largă provine din contextul a ceea ce a spus clientul, din cuvintele pe care le-a folosit și din comportamentul nonverbal al acestuia.

În mare, putem vorbi de trei roluri principale ale comentariilor empaticе : care arată clienților că sunt înțeleși ; care validează experiența lor ; care ajută clientul să-și recapete controlul emoțional.

16.2.5.1. Comentarii empaticе care arată clienților că sunt înțeleși

În acest caz, comentariul empatic comunică pur și simplu clientului că într-adevăr practicianul înțelege semnificația din spatele cuvintelor.

De exemplu, o clientă al cărei soț a murit luna trecută spune cu o voce tristă : „El a murit luna trecută, trebuie să îmi trăiesc propria viață, într-un fel trăiesc, iar în alt fel sunt moartă, nu vreau să-l trădez, dar nu pot merge mai departe fiind pe jumătate moartă”.

Ținând cont de ceea ce tocmai a spus clientul, de comportamentul său nonverbal pe măsură ce face această declarație și de comentariile ei anterioare, credeți că, în plus față de durerea pe care o trăiește, se străduiește să decidă dacă are dreptul să continue să trăiască fără soțul ei. Comentariile empaticе ar putea să-i transmită clienței că-i înțelegeți durerea, pierderea, precum și dilema pe care o trăiește în timp ce încearcă să-și construiască o viață fără soțul ei.

Exemplu de răspuns : „El a fost cel care a murit, nu tu, dar e greu să mergi mai departe. Simți nevoia să-ți dovedești că ai dreptul să trăiești, chiar dacă el este mort”.

Să presupunem că, mai degrabă decât a simți îndurerare, clienta încearcă să facă față pierderii recente a soțului său prin minimalizarea pierderii. Poate încearcă să pună capăt prematur sau să evite doliul și dorește doar „să-și continue viața”. În acest caz, să presupunem că a răspuns la comentariul empatic exprimat mai sus astfel : „Ei bine, poate sunt puțin dărâmată de moarte”. Ați putea să faceți un comentariu empatic suplimentar ca răspuns la acest lucru, cum ar fi : „Nu doriți să vă simțiți devastată de ceea ce s-a întâmplat, doriți doar să fiți puțin dărâmată pentru că altfel cum ați putea să vă descurcați cu viața dumneavoastră ?”. Acest lucru îi spune clienței că înțelegeți ce încearcă să facă, dar, schimbând cuvintele de la „puțin dărâmată” la „devastată”, o puteți ajuta să se

întoarce și să fie în contact cu realitatea din interiorul ei. În acest fel, comentariile empaticе pot sprijini emoțional această clientă și, de asemenea, o pot ajuta să dezvolte o nouă înțelegere sau o nouă semnificație din experiența cu care se confruntă.

16.2.5.2. Comentariile empaticе care confirmă experiența clienților

O a doua utilizare a comentariilor empaticе este validarea reacțiilor clienților legate de experiențele pe care le trăiesc ca fiind acceptabile, normale sau de înțeles. O validare spune clientului că reacția lor este „normală” sau „de așteptat” sau „adecvată” în lumina experienței cu care se confruntă. Pentru a face un comentariu confirmativ pentru situația de mai sus, ați putea răspunde la comentariul ei „puțin dărâmată” astfel: „Pentru majoritatea oamenilor, pierderea unui soț este una dintre cele mai dificile situații cu care se confruntă în viață și poate dura doi ani sau mai mult pentru ca o persoană să se poată adapta cu adevărat la acest tip de pierdere”. Acest tip de comentariu empatic îi oferă clientului validarea că nu este nefiresc, anormal să aibă nevoie de mult mai mult de o lună pentru a face față pierderii unui soț.

16.2.5.3. Comentariile empaticе pentru a sprijini controlul emoțional

În cele din urmă, observațiile empaticе pot fi folosite pentru a ajuta clienții să-și recapete controlul emoțiilor atunci când se simt copleșiți. Să presupunem că, mai degrabă decât încercarea de a-și controla emoțiile, femeia îndurerată de mai devreme a petrecut numai luna trecută plângând în singurătate. În cursul sesiunii cu ea, a spus: „Nu pot să trec peste asta. Viața mea este zdruncinată pentru totdeauna. Nimeni nu poate înțelege cât de devastată sunt. Familia mea mă împinge constant să mă ocup de mine. Sunt incapabilă să iau măsuri pentru a mă ajuta. Simt că mă prăbușesc. Poate că aș putea face și altceva în câteva săptămâni”.

Un răspuns empatic care arată că ați înțeles complexitatea experienței ei, că s-ar putea simți mai sprijinită și mai puțin copleșită, ar fi: „Te simți imobilizată și cuprinsă de durere și vrei ca oamenii să înțeleagă acest lucru și să nu încerce să te facă să te descurci. Te simți atât de copleșită, încât ai pierdut toată speranța. Nu simți că poți găsi o cale de ieșire din lumea ta extrem de traumatizantă. Trebuie să fii spulberată pentru o vreme. Ai putea să te readuni... în cele din urmă... dacă oamenii doar s-ar opri din a te presa” (Berman și Shopland, 2005).

Pentru a exprima cu adevărat empatie, toate aceste afirmații, trebuie să fie făcute folosind un ton autentic, emoțional și congruent al vocii.

16.2.6. Respectarea tăcerii și redirectionarea

Chiar și în viața de zi cu zi, probabil, fiecare dintre noi ne-am întâlnit cu situații când cineva care ne povestea o experiență cu încărcătură emoțională a trecut prin unul sau mai multe momente de tăcere, timp în care, dacă am fost atenți, am putut observa cum, poate, persoana respectivă făcea eforturi să-și controleze plânsul ori o izbucnire de furie, cum, poate, se afunda într-un scaun, cum nu-și mai găsea cuvintele, cum căuta neliniștit ajutor,

cum ruga stăruitor din privire și alte asemenea manifestări nonverbale, complexe. Ce facem când astfel de momente apar și uneori tind să se prelungească, iar noi nu găsim pentru moment reacția potrivită? Ce ne face să trecem, ca practicieni, prin astfel de momente de blocaj și, mai ales, cum le putem depăși? Poate că uneori am spus primul lucru care ne-a venit în minte, precum „lasă, o să vezi că trece” (într-o încercare de liniștire și încurajare) sau „au mai trecut și alții prin asta” (încercare de normalizare). Sigur, dacă astfel de intervenții sunt spuse cu înțelegere, autentic, cu un ton potrivit al vocii, pot avea un mic efect pozitiv, dar, ce credeți, sunt cele mai potrivite reacții? Dacă, de exemplu, ne referim la încercarea de normalizare, am putea presupune că la client ar ajunge un mesaj de tipul: experiența ta nu este singulară, sunt atâția oameni care s-au confruntat cu ceva similar și, uite, acum sunt bine (include și o validare). Dar oare clientul simte că este înțeles? Simte că acum el contează, se simte acceptat cu experiența lui, așa cum este la acest moment, în prezent? Probabil că nu! Iar dacă afirmația „au mai trecut și alții prin asta” este spusă repede (ca și cum eu, practicianul, aș vrea să trec cât mai grabnic peste acest moment), dacă tonul folosit nu arată niciun pic de compasiune și sună cam așa: „ei, au mai trecut și alții prin asta”, atunci se obține un efect total contrar, antiterapeutic, clientul putându-se simți nu doar neînțeles, ci chiar ușor ironizat (sigur, gândește așa și se poate simți enervat, furios, dezamăgit, disperat etc.).

Ce putem face în aceste situații? În primul rând, este important să respectăm câteva momente tăcerea clientului, să nu ne grăbim să răspundem pentru a masca neliniștea, jena, emoția, frica noastră. E nevoie să lăsăm să existe acel spațiu interior în care clientul intră în contact cu sine, iar practicianul are la rândul său timp să simtă și apoi să facă un mic pas înapoi, să-și regăsească echilibrul, dacă a fost puțin atins, și apoi să poată să intervină printr-un comportament empatic autentic, de susținere, confirmativ și/sau plin de înțelegere, în acord cu nevoia reală a clientului din prezent.

Pe de altă parte, putem să ne „confruntăm” cu o altă reacție, și anume clientul care vorbește neîncetat, fără întrerupere. În acest caz, poate practicianul reușește cu greu să urmărească șirul vorbelor, să înțeleagă miezul problemei. Sau poate fi vorba de un client care oferă multe detalii, însă acestea sunt tangențiale fondului problemei. Ce facem?

În astfel de situații, întreruperea fluxului clientului și abilitatea de a redirecționa și refocaliza discuția sunt nu doar necesare, ci și critice. În primul rând, redirecționarea și refocalizarea trebuie să înceapă cu un comentariu respectuos și de susținere emoțională, înainte de a schimba direcția conversației. Dacă, de exemplu, întrebați un client cât de mult a băut la petrecerea cu prietenii și răspunde afirmând cât de mult i-a plăcut petrecerea, ați putea să-i spuneți: „Te-ai bucurat cu adevărat de timpul petrecut împreună cu prietenii” (mesaj de susținere) și apoi să adăugați: „Cât ai băut la petrecere?” (redirecționarea înapoi la tema de îngrijorare). Redirecționarea poate fi ofensatoare dacă mesajul de susținere lipsește. Un exemplu negativ de redirecționare ar fi: „Nu mi-ai răspuns când am întrebat cât de mult ai băut. Acum, spune-mi cât de mult ai băut la petrecere”. Acest tip de redirecționare poate fi perceput ca o critică sau ostilitate. Atunci când clienții percep intervievatorul ca fiind critic sau ostil, aceasta poate dăuna relației terapeutice și poate provoca chiar rău psihologic clientului (Beutler, Machado și Neufeldt, 1994). Calitatea, autenticitatea și atitudinea de compasiune a intervievatorului sunt esențiale pentru construirea unei alianțe terapeutice eficiente (Beutler, Machado și Neufeldt, 1994; Whiston și Sexton, 1993). Astfel, chiar și atunci când întrerupeți un client, trebuie să vă mențineți o atitudine grijulie. Redirecționarea poate fi folosită: pentru a clarifica ceea ce spune un client care poate furniza o mulțime de informații amestecate; pentru situațiile

în care clientul tinde să evite un subiect important pentru el sau vorbește despre un subiect tangențial în loc să rămână concentrat pe tema principală care-l preocupă; în situațiile în care clientul trece cu ușurință de la un subiect la altul, este vorbăreț și furnizează o mulțime de detalii, uneori despre teme mai puțin importante (Berman și Shopland, 2005).

Indiferent de motivul care stă la baza ei, redirecționarea sau refocalizarea pe tema principală a conversației trebuie făcută într-o manieră respectuoasă, care arată înțelegere, validează o experiență și/sau este suportivă.

16.2.7. Confruntarea suportivă

Cu siguranță au existat în viața noastră momente când ne-am îmbolnăvit sau măcar am avut o răceală ușoară, o gripă, ceea ce ne-a pus la pat pentru o vreme, cu temperatură, iar cineva apropiat a fost în jurul nostru, grijuliu, gata să răspundă la aproape orice nevoie am fi avut. Parcă, dincolo de suferința provocată de boală, cu toții am devenit conștienți de beneficiile secundare ale stării noastre și ne-am bucurat de atenția constantă, de disponibilitatea cuiva și, de ce nu, de dragostea necondiționată. Da, cu siguranță v-a plăcut, nu-i așa? Totuși, un client care „refuză” să se facă bine este necesar să fie ajutat să conștientizeze nevoia lui de atenție, de afecțiune și să schimbe comportamentul problematic, redevenind autonom. O relație care presupune confruntarea clientului cu comportamentul său dezadaptativ poate genera reacții diverse: conștientizare, urmată de dorința de schimbare sau, deși conștientizează, dacă nu există și o motivație pentru schimbare, clientul poate să evite o relație cu consilierul. Pentru a preîntâmpina o astfel de situație este nevoie ca acest proces de confruntare să fie făcut atunci când există o bună alianță de lucru, de o persoană pe care clientul o respectă, în care are încredere și care este investită cu autoritate profesională.

Pe de altă parte, clienții ar putea fi pregătiți pentru a putea asculta punctul de vedere al practicianului, înainte de a li se cere să facă schimbarea. De exemplu, practicianul poate să recunoască faptul că schimbarea poate fi stresantă și dreptul clientului de a decide să se schimbe. Când clienții sunt sprijiniți în dorințele lor de a-și continua comportamentul problematic, aceștia ar putea fi mai liberi să se gândească cu adevărat la motivele pentru care schimbarea ar putea fi utilă. Pe lângă comentariile de validare și de susținere, o confruntare suportivă include și observații care atrag atenția clienților asupra consecințelor negative ale comportamentului lor. Confruntarea de susținere poate avea un impact mai mare dacă atât comentariile suportive, cât și confruntările sunt specifice și concrete (Berman și Shopland, 2005).

De exemplu, un pacient seropozitiv ar putea să spună că s-a săturat să ia pastile zilnic, că dorește să plece în vacanță și să se distreze cu prietenii, să fie liber. Un răspuns pe care l-ar putea da clinicianul ar fi: „Înțeleg că este dificil pentru tine să iei pastile zilnic și văd cât te bucuri la gândul de a fi liber, în vacanță, împreună cu prietenii tăi, fără grija medicamentelor” (este recunoscută dificultatea, este validată așteptarea, în termeni concreți). Acum urmează mesajul confruntativ, dar grijuliu: „Totuși, uite: ultimele analize arată că imunitatea ta este tare scăzută, ceea ce te face ușor vulnerabil la infecțiile oportuniste. Dacă nu îți vei lua doza zilnică, riști să te îmbolnăvești și să fii nevoit să fii spitalizat” (destul de specific în contextul infecției cu HIV/SIDA – și apoi ilustrarea consecințelor).

O confruntare suportivă poate fi necesară atunci când clienții sunt implicați într-un comportament periculos, cum ar fi sexul neprotejat, conducerea sub influența alcoolului,

comportamentul la limită al părintelui care ar putea deveni abuziv sau neglijent și așa mai departe. Mai poate fi necesară și atunci când clienții sunt implicați într-un comportament care, deși nu este periculos, a condus la consecințe negative grave în trecut și este probabil să continue să ducă la consecințe grave în viitor, dacă continuă – spre exemplu : pierderea locului de muncă, divorțul, pierderea proprietății, exmatricularea de la școală și așa mai departe. Confruntarea suportivă este necesară deoarece sunt clienți care fie nu conștientizează comportamentele nocive, fie nu anticipează consecințele negative ale acțiunilor pe care le fac, fie reprezintă un pericol iminent pentru sine sau pentru cei din jur. În acest ultim caz, chiar dacă nu există o alianță stabilită, primează nevoile de siguranță, ceea ce implică neapărat o reacție din partea practicianului (Berman și Shopland, 2005).

16.2.8. Concluzii

În orice interviu întâlnim două niveluri : unul referitor la conținut, care vizează tema abordată în interviu, celălalt referitor la procesul care are loc între intervievator și client. În cursul unui interviu atenția se poate concentra pe conținut, se poate comuta pe proces, pe modul în care clientul transmite ceva sau pe modul în care intervine practicianul.

Pentru a trece de la conținutul interviului la procesul interviului, Teyber (1997, apud Berman și Shopland, 2005) recomandă ca :

- a) practicianul să descrie, să întrebe, să aducă la cunoștință tot ceea ce se poate întâmpla la nivelul procesului într-un moment al interviului ;
- b) intervievatorul să încurajeze clientul să exploreze semnificația procesului interpersonal, să facă comentarii despre proces.

Comentariile despre proces făcute împreună cu clienții îi ajută pe aceștia să se concentreze asupra lor, să descopere lucruri noi, să dea o semnificație mai profundă experienței cu care se confruntă, ceea ce poate provoca schimbări constructive în viața lor.

16.3. Structura generală a unui interviu

Folosirea unui interviu structurat, semistrukturat sau nestructurat depinde de scopul acestuia. Dintre formele de interviu cele mai structurate și mai utilizate în practica clinică în scop diagnostic menționăm : Interviul Clinic Structurat bazat pe DSM-IV (APA, 1994) – SCID-4, aflat în prezent la versiunea a cincea, DSM-5 (APA, 2013) – SCID-5, Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Sugarului, Copilului și Adolescentului (KID-SCID), Interviul bazat pe Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mintale și de Comportament (ICD10, WHO, 1992, 1993), Interviul bazat pe Diagnosticul Psihodinamic Operaționalizat (OPD-2, 2006) și ultima – și cea mai nouă – clasificare, Taxonomia Ierarhică a Psihopatologiei (HiTOP, 2017).

Chiar dacă informațiile obținute în cadrul unui interviu clinic depind în mare măsură de scopul acestuia, există o serie de informații generale, relativ standard, care sunt solicitate clientului :

- informații demografice și de identificare (nume, vârstă, gen, data nașterii, naționalitate, adresă, status marital, nivelul de educație, ocupație) ;

- cine a făcut recomandarea pentru serviciul psihologic și din ce motive ;
- motivul principal și problemele cu care se confruntă clientul (lista de manifestări) ;
- istoricul medical și psihiatric, precum și tratamentele utilizate (în prezent și în trecut) ;
- istoricul educațional ;
- istoricul familial ;
- date despre istoria și ruta profesională ;
- date autobiografice (date despre naștere, copilărie, dezvoltarea personală) ;
- date despre istoria sexuală (experiențe sexuale, orientarea sexuală) ;
- date despre experiențe adverse (traume, abuz, neglijare, accidente) ;
- obiectivele și așteptările actuale legate de intervenție.

Interviul este un proces complex care necesită multă pregătire, exersare în condiții variate, cu clienți diferiți, sub îndrumarea unui supervisor până la dobândirea măiestriei de a intervieva. Apoi, pentru că orice om are limitele lui, pentru că lucrul cu suferința umană poate duce la epuizare, orice clinician are nevoie de cercul lui profesional pentru a face schimb de experiență, pentru a se descărca emoțional, pentru a fi asistat la nevoie sau pentru a se consulta.

Am încercat în capitolul de față să surprind aspectele pe care le-am considerat poate cele mai importante pentru un practician care vrea să înceapă de undeva, să se informeze și să se formeze în arta interviului. Pentru a aprofunda cunoașterea, recomandăm cu stăruință parcurgerea cărții lui Berman și Shopland (2005), *Interviewing and diagnostic exercises for clinical and counseling skills*, care, pe lângă informațiile teoretice foarte pertinente, oferă o serie de studii de caz structurate după criteriul diagnostic (*cf.* DSM-IV), grupate pe tipuri de probleme abordate (agresivitate, confidențialitate, dezvoltare etc.) și pe abilități de interviu (comentarii empatică, comportament nonverbal, folosirea întrebărilor, însoțire/participare nonverbală, focalizare etc.).

În final, pentru a oferi și o mică experiență practică, am ales să vă prezint un studiu de caz, Cazul Lisa (tradus și adaptat după Berman și Shopland, 2005). Am selectat o poveste în care unii vă veți regăsi, ca studenți netradiționali (și poate veți pactiza cu Lisa – dacă este așa, știți ce aveți de făcut), alții veți avea ocazia să conștientizați ce gândește și simte un coleg student atipic, dar și să vă simțiți ca un tânăr intervievator/consilier/clinician, cum veți fi cu adevărat curând sau ați fost cândva.

16.3.1. Studiu de caz – Cazul Lisa

1. Date biografice

Numele tău este Lisa și ești student european-american, netradițional, în primul semestru, cu vârsta de 45 de ani, ești căsătorită, soțul fiind patronul unei afaceri locale. Aveți doi copii de 25 și respectiv 23 de ani care au absolvit colegiul și un copil mai mic, de 18 ani, care a intrat la un alt colegiu în acest semestru. Astfel, tu și soțul tău sunteți singuri în casa voastră pentru prima dată de când ați întemeiat o familie. V-ați căsătorit și v-ați făcut o familie imediat după liceu. Nu te-ai gândit niciodată serios să urmezi un colegiu până când cel mai mic copil a venit acasă cu informații de la universitate. Nu te-ai gândit niciodată că ești în stare să urmezi un colegiu, dar copiii tăi te-au încurajat să mergi, așa că ai făcut-o. Soțul tău a terminat colegiul și nu a obiectat să mergi să-ți

continui studiile, dar au apărut însă câteva resentimente în ultima vreme, când nu ai avut timp să pregătești cina sau să ai grijă de casă ca de obicei. Acum ești interviuată în centrul de consiliere al colegiului.

2. *Cum te porți în cadrul interviului ?*

Ești îmbrăcată în mod obișnuit, dar elegant și îngrijit. Ai un contact vizual bun și colaborezi cu intervievatorul. Răspunzi la întrebări pe deplin și deschis, dar te scuzi ocazional, ca și când nu știi dacă ceea ce împărtășești este cu adevărat interesant sau important pentru intervievator. Conștiința de sine, legată de „mă potrivesc” sau de a fi judecată de ceilalți, că „nu-i locul meu aici” sau că „nu aparțin acestui loc/grup”, poate apărea dacă ești întrebată despre relațiile cu alți studenți (cei mai mulți sunt mai mici decât tine) sau cu profesorii (o parte dintre ei sunt de vârsta ta).

Când ai fost întrebată ce te-a adus la cabinet, inițial te-ai concentrat pe ideea de consiliere, ca oportunitate de creștere personală, disponibilă gratuit pentru că ești studentă. În cazul în care intervievatorul explorează suplimentar motivele venirii, recunoști că revenirea la școală a însemnat o mulțime de schimbări în modul tău de viață și că tu și soțul tău încă „vă adaptați” și sperați să primiți ajutor pentru a face această ajustare cât mai lin. Deși în adâncul sufletului ești puțin îngrijorată și te întrebi dacă ai sau nu calitățile necesare pentru a reuși în școală după toți acești ani, nu recunoști ușor acest lucru în fața intervievatorului. În orice caz, poți fi puțin jenată să recunoști că ai aceste temeri, mai ales dacă intervievatorul pare mult mai tânăr decât tine.

Dacă ești întrebată despre starea psihică, nu manifesti nicio confuzie, gânduri neobișnuite sau gândire delirantă. Cu toate acestea, îți exprimi un disconfort considerabil dacă ți se pun întrebări care par a măsura inteligența sau abilitățile academice (de exemplu, șapte serii sau întrebări de memorie), te scuzi în prealabil că ai fi într-un fel „ruginită” în acest domeniu sau că ai „un creier învechit, puțin cam neexersat” și alte comentarii similare. Negi sentimentele de depresie sau anxietate, dar admiti unele dificultăți de somn, în special noaptea, înainte de examenele grele. Dacă ești întrebată despre consumul de droguri sau de alcool, spui că nu bei mai mult de un pahar de vin ocazional, atunci când ieși masa împreună cu soțul. Nu ai nicio istorie de consum de droguri sau de alcool și te simți confortabil când spui acest lucru, deși poți face o glumă ciudată despre modul în care intervievatorul probabil că „vede o mulțime de situații la bobocii de colegiu tipici”.

3. *De ce ești interviuată ?*

Studiezi un curs introductiv de psihologie și profesorul tău a spus că studenții au dreptul la servicii gratuite în centrul de consiliere al colegiului. Nu te-ai gândit să cauți consiliere sau psihoterapie până acum, însă, studiind psihologia, ai devenit curioasă în legătură cu această profesie și, din moment ce încerci acum o mulțime de lucruri noi în viața ta, te-ai gândit că ar fi o ocazie bună să înveți câteva lucruri despre tine. De asemenea, ai crezut că nu ar fi rău să primești un pic de ajutor cu unele dintre aspectele mai stresante ale ipostazei de student „atipic”, netraditional.

4. *Cum te simți ?*

Trăiești un amestec de entuziasm legat de toate experiențele noi pe care le ai și o teamă, gândindu-te dacă vei reuși sau nu din punct de vedere academic. Te bucuri și absorbi noi informații și idei de la curs și din manuale, dar te simți străină de toți „tinerii” și te întrebi ce gândesc ei despre tine. Dacă intervievatorul este mai tânăr decât tine, s-ar putea să te întrebi și ce crede el despre tine. De asemenea, te simți puțin inconfortabil

în legătură cu tensiunile care se dezvoltă acasă din pricina schimbărilor de roluri din viața de familie.

5. *Ce crezi ?*

Gândurile tale sunt coerente și te exprimi destul de clar. Nu prezinți deloc halucinații sau idei delirante. Cu toate acestea, ești foarte preocupată de modul în care ceilalți te percep, iar acest lucru te face să fii îngrijorată de modul în care intervievatorul te va evalua. Te aștepti ca alții să înțeleagă cu greu de ce ai vrea să te întorci la facultate în acest moment din viața ta și încă nu te-ai gândit foarte mult la ceea ce vei face dacă și după ce vei absolvi. O mare parte din timp, oricum, nu ai crezut cu adevărat că vei absolvi, așa că nu te aștepti ca alții să te ia în serios. Știi că soțul tău a fost confuz și supărat de schimbările de rol apărute și crezi că ești responsabilă pentru găsirea unei modalități de a ușura atât adaptarea lui, cât și pe a ta. La urma urmei, el se apropie de pensionare și înțelegi de ce nu vede lucrurile din punctul tău de vedere, acum, când începi o carieră în această etapă a vieții, pe care o trăiți împreună.

6. *Ce crezi despre tine însăși ?*

Ești mândră de copiii tăi și simți că ai făcut o treabă bună investind în ei. Nu regreti că ai stat acasă în timp ce creșteau și simți asta pentru că au reușit atât de bine. Ai fost întotdeauna o persoană care a avut grijă de ceilalți și pentru prima dată în viață ai ales să faci ceva pentru tine însăși. Ești mândră de această decizie și de faptul că ai obținut note bune la câteva proiecte recente (deși te simți într-un fel vinovată și te încercă o nesiguranță că ai fi „egoistă”).

7. *Cum te descurci la locul de muncă ?*

Această întrebare nu este relevantă pentru acest client.

8. *Cum a fost în școală ?*

Ai obținut note decente până acum și ai media „B”. Ai fost plăcut surprinsă de comentariile pozitive făcute de profesori asupra unora dintre lucrările tale. Adesea ai idei sau comentarii pe care dorești să le faci în clasă, dar de obicei nu intervii pentru că nu dorești să atragi atenția asupra ta. Ești îngrijorat de proiectele viitoare care presupun să faci o prezentare în fața clasei sau să lucrezi într-un grup mic cu alți studenți. Iți este teamă că ceilalți studenți nu vor dori să lucreze cu tine și că ideile tale li se vor părea „depășite”.

9. *Cum stai cu sănătatea ?*

Sănătatea ta este în general bună. Cu toate acestea, în ultima vreme ai fost conștientă de unele simptome perimenopauzale : bufeuri, transpirații nocturne, creștere în greutate și cicluri neregulate. Nu ai menționat aceste simptome medicului tău și s-ar putea să te simți oarecum jenată pentru a le discuta cu intervievatorul. Unul dintre comentariile mai dureroase ale soțului tău a fost cel în care a dat vina pe decizia de a te întoarce la școală pentru faptul că „hormonii tăi au luat-o razna”. Ai observat că starea ta de spirit poate trece de la a fi încântată și bucuroasă de ceva ce ai învățat în clasă la a fi nervoasă, iritabilă și „cazi în butoiul cu melancolie” când trebuie să te confrunți cu un viitor examen sau o sarcină provocatoare. Observi, de asemenea, că pari să devii iritabilă în relația cu soțul tău mai mult ca altădată și uneori te întrebi dacă are dreptate cu privire la „hormoni”.

10. *Cum relaționezi cu ceilalți ?*

Ești aproape de copiii tăi și te bucuri vorbind cu ei la telefon, în mod regulat. Păstrezi legătura cu părinții tăi și cu sora ta care locuiește la aproximativ o oră de mers cu mașina de la casa ta. Cercul tău de prieteni de până acum a fost format în principal din alte femei care au fost mame, ca tine, ce au stat acasă, iar acum te simți straniu în aceste relații, pentru că atunci când vă întâlniți nu pare să mai aveți prea multe lucruri în comun. Nu ai avut prea mult timp sau șansa de a dezvolta noi relații la școală, în parte pentru că este abia primul semestru și, locuind acasă, faci naveta, dar și din cauza diferenței de vârstă față de mulți dintre colegii tăi.

Căsătoria ta a fost confortabilă până în prezent, cu o împărțire destul de tradițională a rolurilor, a unor interese și hobby-uri comune (amândoi vă bucurați de ieșirile în aer liber și sunteți activi în comunitatea de la biserica locală). Și asta pare că se schimbă acum. Când vii acasă de la ore ești obosită și nu simți nevoia să gătești, mai ales că acum sunteți doar voi doi. Ai prefera să luați masa în oraș sau să mâncați un sandwich și să petreci seara studiind, dar soțul tău încă se așteaptă la o masă gătită acasă. El și-a exprimat un anumit resentiment atunci când l-ai rugat să aspire covoarele sau să aibă grijă de cumpărăturile curente, sarcini pe care în trecut le-ai făcut tu întotdeauna. În concluzie, simți că toate relațiile tale se schimbă în același timp și că într-adevăr nu ai nicio persoană care pare să înțeleagă sau să se raporteze la toate experiențele pe care le ai în prezent. Pentru cineva care este obișnuit să fie acolo pentru alții și să găsească multă satisfacție în a fi de folos este o experiență nouă să te simți singură și să ai nevoie tu însăși de sprijin.

11. *Cum îți vezi viața ?*

Opinia ta despre viața ta în acest moment este că seamănă cu a te da într-un trenuleț de distracții (*roller coaster, montagnes russes*) : ești încântată de călătorie, dar ții la viața ta plăcută. Sau spui că pare să se întâmple așa cum se întâmplă cu imaginea când rotești un caleidoscop : tot ce a fost familiar se descompune și, deși îți plac culorile pe care le vezi, te întrebi ce nou model va urma. Nu ai renunța la decizia de a te întoarce la școală, dar dorești să găsești o modalitate de a face călătoria un pic mai netedă și mai puțin aspră pentru tine și soțul tău.

16.3.2. *Exerciții pentru intervievator*

16.3.2.1. Exercițiul 1: Stabilirea unui diagnostic pentru Lisa

A. Ce criterii îndeplinește Lisa pentru a stabili o tulburare pe Axa I și/sau probleme din etapa actuală de viață? Numește alte două diagnostice pe Axa I pe care ai putea sau ai dori să le excluzi pentru Lisa și indică ce informații suplimentare ar putea fi necesare pentru a face diferența între opțiunile de diagnostic pentru ea. Există alte diagnostice pe Axa I pe care ai vrea să le excluzi pentru Lisa? Dacă da, ce informații suplimentare ar putea fi necesare ?

B. Îndeplinește Lisa criteriile pentru o tulburare pe Axa II, în cazul în care un diagnostic este amânat sau nu este necesar ?

- C. Ce ați putea raporta pentru Lisa pe Axa III (condiții medicale generale care sunt potențial relevante pentru tulburarea mintală a unui client)?
- D. Listează toate categoriile relevante de factori psihosociali și de mediu provocatori de stres pentru Lisa și specifică exemple pentru fiecare pe Axa IV. Indică dacă fiecare factor de stres este slab, moderat sau sever.
- E. Care este evaluarea ta generală asupra Lisei cu privire la funcționarea pe Axa V (actuală, cea mai înaltă în ultimul an)?
- F. Verifică de două ori opțiunile de diagnosticare pornind de la Axa V la Axa I și invers, pentru a determina dacă ai supraestimat sau subestimat impactul factorilor psihologici situaționali, biologici sau individuali asupra funcționării actuale în viața de zi cu zi pentru Lisa. Ar trebui să schimbi ceva? Descrie în detaliu de ce ar trebui sau de ce nu ar trebui efectuate schimbări.
- G. Reevaluează încă o dată posibilele diagnostice din punctul de vedere al Lisei. Sunt acestea susținute de discuțiile pe care le-ai avut cu ea? Ar putea să o afecteze în vreun fel? Discutați în special de ce o afectează sau de ce nu.

16.3.2.2. Exercițiul 2: Practică aprofundarea interviului cu Lisa

A. Lisa a făcut o serie de comentarii pe parcursul discuției care par să reflecte o îngrijorare cu privire la „a se potrivi” sau a fi considerată „diferită”. De asemenea, a făcut și câteva remarci care denotă frica referitoare la faptul că a făcut o greșeală prin a se întoarce la școală „atât de târziu în viață”. În cele din urmă, ea a făcut câteva comentarii care sugerează că se confruntă cu un conflict între rolul său anterior de îngrijitor al celorlalți și concentrarea în prezent asupra propriei dezvoltări. Rezumatul declarațiilor care leagă mai multe idei sau exemple exprimate de client îl poate ajuta pe acesta să simtă că intervievatorul îi acordă cu adevărat atenție și-l ajută să se concentreze pe procesul de conștientizare care vizează diferite teme ce adună diverse îngrijorări. Pentru fiecare grup de afirmații de mai jos, identifică mai întâi tema care leagă exemplele între ele, iar apoi creează un rezumat care să o ajute pe Lisa să simtă că ai fost atent la îngrijorările sale și că o ajuți să devină conștientă de aceste teme. În continuare poți urmări un exemplu.

Lisa : „Studentii din clasa mea par drăguți, dar nu am ajuns să-l cunosc pe niciunul dintre ei. Majoritatea locuiesc în campus, iar eu fac naveta. De asemenea, ei probabil preferă să iasă cu alți studenți de vârsta lor”. Mai târziu, ea mai spune : „Am o mulțime de idei în clasă, dar de obicei îi salvez de la temele scrise. Cred că nu vreau să atrag atenția asupra acestei «doamne în vârstă» din clasă sau ca ceilalți studenți să creadă că am același nivel de pregătire cu profesorul (chiar dacă acesta îmi este apropiat ca vârstă)”. În final, ea mai spune : „Când mă întâlnesc cu prietenele mele acasă, nu pare să mai avem multe în comun. Suntem toate mame care am stat acasă, făcând o gramadă de activități sportive cu copiii noștri și așa mai departe, dar acum nu mai iau parte la toate acestea. Totuși, nu

prea cred că vor să audă despre cursurile mele sau despre ceea ce învăț, lucruri pe care aș dori să le pot împărtăși cu cineva”.

Care este tema reflectată de aceste afirmații ?

Lisa se simte „diferită” sau „exclusă” și acasă, și la școală.

Rezumatul afirmațiilor :

Te aud spunând că, indiferent dacă ești acasă cu prietenii sau cu alți studenți în clasă, pur și simplu nu te simți conectată cu niciunul dintre grupuri. Este ca și cum nu te integrezi nicăieri.

Lisa : „Probabil că va fi nevoie să fiu răbdătoare cu acest creier învechit cu aceste întrebări matematice. Sunt un pic ruginită după acești ani fără școală”. Mai târziu spune : „Am fost foarte mulțumită cu notele mele de până acum, dar nu sunt sigură că voi putea ține pasul atunci când vine vorba despre examene dificile și sarcini de lungă durată. Probabil aș fi putut când tocmai terminasem liceul, dar asta a fost acum mult timp”. În final, ea zice : „Cea mai mare parte dintre studenții din clasa mea au un plan destul de bun în legătură cu ceea ce vor face după facultate. Eu nu știu nici măcar ce voi face când voi absolvi – sau, mai bine, ar trebui să spun : dacă voi absolvi”.

Care este tema ? _____

Rezumatul declarațiilor : _____

Lisa : „Mă simt foarte mândră de felul în care au reușit copiii mei. Nu regret că am rămas acasă cu ei, chiar dacă ar fi fost frumos să merg la facultate când eram mai tânără. Îmi place să simt că am reușit să fiu acolo pentru ei și că le-am dat ce au avut nevoie”. Mai târziu, spune : „Soțul meu se simte puțin împins/forțat când seara sunt prea obosită să gătesc sau când îi cer să facă cumpărăturile de la băcănie. Nu-l pot învinui. La urma urmei, el se pregătește să se retragă și aici totul este întors pe dos față de cum era el obișnuit”. În final, ea spune : „Mă bucur atât de mult când mă pricep la o idee nouă pe care o descopăr în lecturi sau în ceva ce spune profesorul. Apoi vin acasă și încerc să-i spun soțului meu despre asta și el o primește cu un fel de răceală. Cred că mă simt puțin egoistă pentru că depun atât de multă energie pentru cursurile mele și atât de puțină energie în treburile gospodărești sau în căsnicia mea”.

Care este tema ? _____

Rezumatul declarațiilor : _____

B. Lisa este îngrijorată de modul în care alții o percep. Ea își va face griji cu privire la modul în care interviewerul o va percepe, mai ales dacă este mai tânăr decât ea, a făcut diferite alegeri în viață sau dacă are valori diferite față de cele ale ei. Poți să-i atragi atenția Lisei asupra acestor sentimente și să o inviți să le exploreze împreună cu tine, făcând o schimbare de conținut în proces, sub forma unor întrebări sau comentarii despre ceea ce se întâmplă în interacțiunea prezentă. Aceste observații ar trebui formulate în mod atractiv, ca o invitație pentru Lisa de a împărtăși riscul mai deschis, mai degrabă decât să pară o acuzație sau o judecată din partea interviewerului. Pentru fiecare dintre afirmațiile

Lisei de mai jos, folosiți comentariile pentru proces pentru a-i atrage atenția Lisei asupra sentimentelor ei despre relația de tratament în sine. Vezi exemplul următor.

Lisa : „Cred că nu sunt foarte interesată de interviu atunci când vine vorba de droguri sau alcool. Probabil că vedeți așa ceva mult mai mult la acei studenți «obișnuiți» cu care lucrați la facultate”.

Comentariul procesului :

Sună ca și cum ai fi puțin îngrijorată dacă preocupările tale vor fi interesante pentru mine sau dacă chiar aș vrea să lucrez cu cineva ale cărui probleme nu sunt cele „tipice” ale studenților.

Lisa : „Nu știu cât de multe știți despre hormoni sau chestia asta cu «schimbarea în viață». La urma urmei, probabil că sunt destul de mare ca să fiu mama dumneavoastră. Aveți mulți ani înaintea dumneavoastră până la a vă face griji pentru asta”. (Dacă ești de o vârstă cu Lisa sau mai în vârstă decât ea, schimbă conținutul ultimelor două propoziții. Presupui că Lisa consideră că ai trecut cu ușurință prin această schimbare în viață, știind întotdeauna exact cum să te ocupi de ea, în timp ce Lisa trebuie să lupte și să treacă prin ea fiind confuză.)

Lisa : „Probabil, pentru majoritatea oamenilor, se pare că sunt de modă veche că am hotărât să stau acasă cu copiii mei și să amân școala atât de mult timp. Nu arătați destul de în vârstă ca să aveți copii, dar tocmai ați absolvit!”. (Dacă ești de aceeași vârstă cu Lisa sau mai în vârstă decât ea, schimbă conținutul. Să presupunem că Lisa consideră că ai făcut alegeri foarte diferite față de ale ei și consideri că alegerile ei sunt inferioare.)

16.3.2.3. Exercițiul 3

Întrebări legate de Lisa

A. Pune-te în situația de a fi un intervievator și scrie ceea ce crezi că ar putea fi cel mai dificil pentru a stabili o relație cu Lisa, în raport cu vârsta, etnia, sexul, statutul socioeconomic, orientarea sexuală, religia, caracteristicile fizice și stilul de personalitate. Ce s-ar putea întâmpla în mod special ?

B. Există ceva ce ai putea face pentru a-ți îmbunătăți capacitatea de a stabili o relație de lucru eficientă cu Lisa ? Folosește detalii exacte în descrierea ideilor tale.

C. Ia în considerare propriile valori și așteptări cu privire la rolurile de gen. Cum ar putea atitudinile și experiențele tale cu privire la carieră *versus* familie și roluri tradiționale *versus* egalitate în căsătorie să afecteze abilitatea ta de a empatiza și de a stabili o alianță de lucru cu Lisa? De asemenea, dacă soțul Lisei ar veni cu ea pentru sesiuni maritale, cum ar putea atitudinile și valorile tale să-ți afecteze capacitatea de a stabili un raport cu el?

D. Având în vedere faptul că Lisa pare să prezinte ceea ce ar putea fi simptome perimenopauzale, cât de important ar fi ca evaluarea ta să includă și consultarea unui medic și cum ai putea să-i sugerezi acest lucru Lisei? (Ea este sensibilă în legătură cu acest subiect din cauza tendinței soțului ei de a spune că „hormonii ei au luat-o razna”). Ce comentariu specific ai putea să faci cu privire la asta?

E. Ai vreo opinie/credință cu privire la existența unor caracteristici generale ale femeilor aflate în perimenopauză sau menopauză? Fii cât mai specific în legătură cu ceea ce sunt aceste convingeri și în articularea lor. Cum ar putea aceste credințe să influențeze munca ta cu Lisa?

Bibliografie

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Anastasi, A. (1998). *Psychological testing* (6th ed.). New York : Macmillan.
- Berman, P.S., Shopland, S. (2005). *Interviewing and diagnostic exercises for clinical and counseling skills*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Beutler, L., Machado, P., Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. Bergin & G. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York : Wiley.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D.M., Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression : Further analyses of the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260.
- Cohen, R.J., Swardlik M.E. (2005). *Psychological Testing and Assessment : An Introduction to Test and Measurement* (6th ed.). New York : The McGraw-Hill Companies.
- Cone, J.D. (1998). Psychometric consideration : Concepts, contents, and methods. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment : A practical handbook* (5th ed.). Boston : Allyn & Bacon.
- Durnescu, I., Luca, A. (coord.) (2015). *Program de optimizare personală destinat femeilor private de libertate*. Craiova : Editura Sitech.
- Grantham, R.J. (1973). Effects of counselor sex, race, and language style on black students in initial interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 553-559.
- Hersen, M., Turner, S.M. (2003). *Diagnostic interviewing* (3th ed.). New York : Springer Science & Business Media, LLC.
- von Huber, Bern (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung von Arbeitskreis OPD*.
- Hubert, N., Wachs, T.D., Peters-Martin, P., Gandour, M. (1982). The study of early temperament : Measurement and conceptual issues. *Child Development*, 53, 571-600.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.). New York : Routledge.

- Kolko, D.J., Kazdin, A.E., Meyer, E.C. (1985). Aggression and psychopathology in childhood firesetters : Parent and child report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 377-385.
- Kotov, R., Waszczuk, M.A., Krueger, R.F., Forbes, M.K., Watson, D., Clark, L.A. et al. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477; DOI: 10.1037/abn0000258.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome : Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Luca, A. (2000). Carl Rogers și terapia centrată pe persoană. În I. Mitrofan (coord.), *Orientarea experiențială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală*. București : Editura SPER.
- Luca, A. (2012). *Formarea și dezvoltarea aptitudinilor pentru practica intervenției în grup experiențial : „Prezența” – dimensiune integrativă a personalității terapeutului* (lucrare de doctorat). Universitatea din București.
- Mash, E.J., Terdel, L.G. (1997). Assessment of childhood disorders (3th ed.). NY: Guilford Press.
- Nelson, R.J. (2009). *Manual de consiliere – Învăță ce spui ca să ajuți*. București : Editura Trei.
- Rogers, C.G., Kinget, G.M. (1965). *Psychothérapie et relations humaines – Théorie et pratique de la thérapie non-directive*. Paris : Publications Universitaires de Louvain.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. New York : The Guilford Press.
- Sattler, J.M. (1992). *Assessment of children* (revised and updated, 3th ed.). San Diego, CA : Jerome M. Sattler.
- Shaffer, D., Fischer, P.W., Lucas, C.P. (1999). Respondent-based Interviews. In D. Shaffer, C.P. Lucas, & J.E. Richters (Eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology*. NY: Guilford Press.
- Sue, S. (2005). Assessment I : Interviewing and Observing Behavior. In T.G. Plante, *Contemporary Clinical Psychology* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Summerfeldt, L.J., Antony, M.M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. In A.M. Antony (Ed.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Teyber, E. (1997). *Interpersonal process in psychotherapy : A relational approach* (3rd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate : the evidence for what makes psychotherapy work*. New York : Routledge Taylor & Francis Group.
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologist. *Professional Psychology : Research and Practice*, 26(1), 54-60.
- Whiston, S., Sexton, T. (1993). An overview of psychotherapy outcome research : Implications for practice. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(1), 43-51.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : 1992. Reprinted 1993, 1994, 1995, 1998, 2000, 2002, 2004.
- Zuckerman, E.L. (2005). *Clinician's Thesaurus* (6th ed.). The Guide to Conducting Interviews and Writing Psychological Reports. New York, NY: The Guilford Press.

17. Observația clinică

Adela Moldovan, Raluca Anton
HOLO – Psychology for Community

Rezumat

Unul dintre cele mai importante tipuri de evaluări este observarea comportamentală. Aceasta ajută nu doar la procesul de evaluare, ci și la calibrarea intervenției terapeutice. Observația pornește de la ceea ce un specialist, o persoană din mediul pacientului sau pacientul însuși poate să descrie referitor la reacțiile proprii. Observația trebuie raportată la obiectivele intervenției sau evaluării și la disponibilitatea pentru observație a comportamentului-țintă, dar și a observatorului în situațiile când monitorizarea nu este realizată de către specialist. Există mai multe tipuri de observație, printre care se numără : înregistrările narrative, înregistrările pe intervale de timp, înregistrarea comportamentului, evaluarea comportamentului. Observația clinică este însă adesea extrem de diferită de la un specialist la altul, interpretarea reacțiilor și comportamentului fiind profund subiectivă. Din acest motiv, unii specialiști caută metode de a standardiza într-o oarecare măsură acest proces, de a oferi o grilă care să ducă la un mai mare consens între specialiști și să asigure o mai bună performanță a psihologilor începători în utilizarea observației clinice. Aceste metode sunt, de asemenea, discutate la finalul capitolului.

În momentul în care aducem în discuție judecata clinică, aceasta e nevoie să aibă la bază o serie de date culese din aplicarea de chestionare, istoricul tulburării, jurnalul pacientului, dar și observații verbale și nonverbale ale comportamentului. Astfel, o analiză complexă și completă este nevoie să le includă pe marea majoritate dintre acestea, iar unul dintre cele mai importante tipuri de evaluări este observarea comportamentală. Când ne referim la judecata clinică nu ne gândim doar la stabilirea unui diagnostic, ci și la calibrarea intervenției psihoterapeutice. În cazul acestui ultim aspect, observarea comportamentului poate avea un rol esențial pentru că aceasta se continuă cu decizia psihoterapeutului de a păstra sau modifica intervenția pe care o aplică în cazul unui pacient, observația clinică putând avea astfel și un caracter reflexiv. Această observație pornește de la ceea ce un specialist, o persoană din mediul pacientului sau pacientul însuși poate să descrie referitor la reacțiile proprii. Astfel, încă de la început am vrea să subliniem faptul că privim observația clinică dintr-o perspectivă standard (cea în care ne interesează strict evaluarea

comportamentului în termeni de monitorizare a acestuia) și apoi dintr-o perspectivă a procesului terapeutic (cea în care construim inferențe pe baza a ceea ce monitorizăm și în funcție de aceste inferențe efectuăm acțiuni asupra intervenției).

Când vine vorba de observarea directă a comportamentului, Shapiro și Skinner (1990) afirmă că aceasta este similară cu evaluarea comportamentală din două motive : termenul direct implică observarea comportamentului fără ca acesta să fie trecut prin filtrul percepțiilor ; prin observarea directă a comportamentului putem evalua și contingentele din mediul în care apare comportamentul, acestea având ca rol esențial producerea, menținerea sau intensificarea lui. Acest ultim punct se referă la analiza funcțională a comportamentului care evaluează antecedentele și consecințele unui comportament și reprezintă o unealtă extrem de valoroasă în procesul terapeutic, mai ales în ceea ce privește intervențiile în cazul copiilor (Sturmey, 1996) :

ANALIZA FUNCȚIONALĂ A COMPORTAMENTULUI		
Antecedente	COMPORTAMENT	Consecințe
Un alt copil i-a luat jucăria	Copilul mușcă	Mama merge și îi ia jucăria celuiilalt copil oferindu-i-o lui
SAU		
Sunt trist	Joc de noroc	Cât am jucat am uitat de tristețe

Din păcate, aceste evaluări standardizate directe pot fi destul de mari consumatoare de timp și resurse și atunci, de multe ori, specialiștii preferă să folosească o evaluare narativă în care, de exemplu, timp de 20 de minute monitorizează comportamentul unui copil în interacțiune cu ceilalți și notează tot ceea ce observă, urmând ca, mai apoi, să extragă informațiile care sunt relevante pentru el. Ce se întâmplă în această situație este că, spre deosebire de ce am amintit mai sus, acest tip de observație implică inferențe pe care evaluatorul le realizează cu privire la importanța sau lipsa importanței unor comportamente pe care clientul le-ar efectua.

Astfel, observarea comportamentului este un instrument valoros în evaluarea clinică și în practica psihoterapeutică. În unele cazuri, observarea comportamentului poate fi cea mai valoroasă strategie de evaluare, în special atunci când nu putem obține informații verbale (de exemplu, în cazul copiilor foarte mici, copiilor cu deficiențe mintale etc.), când ne confruntăm cu o lipsă a cooperării (de exemplu, clienți de neclintit care nu vin la evaluare sau terapie din proprie inițiativă) sau atunci când ne punem problema onestității informațiilor declarate verbal (de exemplu, în evaluările psihologice în cazuri de divorț și stabilirea domiciliului copilului). Mai mult, înregistrarea comportamentelor ne scoate în evidență o serie de tipare care pot avea o foarte mare însemnătate din punct de vedere clinic (de exemplu, se pot observa și monitoriza situațiile în care se consumă o cantitate mai mare de alcool și astfel se pot descoperi situațiile care potențează apariția consumului de substanțe sau, în cazul terapiei de cuplu, când apar perspective disonante în legătură cu același subiect).

Observarea comportamentului poate fi realizată fie de către un specialist în cadrul sedințelor de evaluare, consiliere psihologică sau în vizite la domiciliu, deplasare în diverse contexte, fie de către o persoană din mediul pacientului instruită de clinician în acest sens (Groth-Marnat, 2003). În psihoterapie, pacientul este adesea instruit de terapeut să își observe anumite comportamente pentru a putea evalua progresul terapiei. Similar, un părinte sau un membru al familiei poate realiza o astfel de monitorizare, observare a unor

comportamente relevante, în special în situațiile în care nu ne putem baza doar pe autoevaluare (de exemplu, în cazul copiilor mici, al clienților de neclintit etc.).

În psihoterapie facem adesea distincția între comportament, gând și emoție (Ellis, 1957). În sensul larg al cuvântului, însă, comportamentul se referă la orice activitate pe care o persoană o realizează, cu condiția ca aceasta să fie observabilă și măsurabilă. Așa cum menționam și mai sus, din ceea ce putem observa și măsura putem face inferențe, judecăți clinice asupra emoțiilor și gândurilor unei persoane.

Skinner (1953), în cartea în care abordează comportamentul uman din perspectiva științei, ne oferă câteva elemente esențiale atunci când vine vorba de observarea comportamentului. În primul rând, acesta subliniază faptul că măsurarea comportamentului este un lucru dificil pentru că reprezintă un proces complex, fluid, în continuă schimbare, și nu un lucru fix, motiv pentru care observarea acestuia nu este facilă și necesită o serie de elemente, să spunem, tehnice. Practic, orice comportament are anumite caracteristici care pot fi observate și măsurate (numărate): frecvența, durata, latența, intensitatea. Frecvența se referă la numărul de repetări ale unui comportament raportat la un anumit interval de timp (pe oră, pe zi, pe săptămână). Durata unui comportament se referă la intervalul de timp dintre inițierea și încetarea acestuia. Latența se referă la timpul scurs între stimulul sau cerința de realizare a unui comportament și momentul în care acesta începe efectiv să fie realizat. Intensitatea este un indicator subiectiv, mai dificil de măsurat, care se referă la mărimea/volumul/magnitudinea cu care se manifestă un comportament.

Pentru a utiliza corect observația comportamentală, primul pas constă în selectarea unor comportamente-țintă relevante, care pot varia de la răspunsuri singulare (de exemplu, lovește, consumă alcool, joc de noroc) până la unități complexe de comportament (comportament agresiv: lovește, înjură, țipă) (Groth-Marnat, 2003). Comportamentul-țintă se referă la problemă în sine, la obiectivul evaluării sau psihoterapiei sau la un alt comportament care este relevant pentru obiectiv. Subliniem faptul că, pentru a obține date relevante și valide, este important să fie bine definite comportamentele-țintă în termeni operaționali, adică să fie ușor de monitorizat și de măsurat și să nu fie prea multe comportamente de urmărit (Groth-Marnat, 2003). O grilă de observare prea stufoasă, ce necesită mult timp pentru notare și are o complexitate ridicată poate fi dificil de completat și de către un clinician, cu atât mai mult de către un aparținător sau de către pacient în sine și, așa cum menționam și anterior, acestea reprezintă motive suficiente pentru a nu mai fi folosită observația clinică în procesul terapeutic. În concluzie, grila de notare e nevoie să includă exemple clare de comportamente și noncomportamente-țintă (Groth-Marnat, 2003) pentru a putea ajuta observatorul să decidă asupra situațiilor de graniță (ce înseamnă și ce nu înseamnă un comportament agresiv, de exemplu). Grilele de observație pot să fie de tipul hârtie/creion sau pot fi realizate pe diferite dispozitive tehnice (tabletă, telefon inteligent), importantă fiind accesibilitatea mare cu scopul de a asigura o observare cât mai fidelă.

Există mai multe abordări în observarea comportamentului: înregistrările narative, înregistrările pe intervale, înregistrarea evenimentelor și evaluarea comportamentelor (Groth-Marnat, 2003).

1. *Înregistrările narative* presupun simpla notare a comportamentelor-țintă. Pennebaker (1993) inițiază studiul conceptului de narațiune, fiind primul care subliniază că aceasta este utilă nu doar în procesul de monitorizare, ci are un rol esențial și în intervenția terapeutică. Mergând mai departe, Baerger și McAdams (1999) susțin faptul că o narațiune coerentă este asociată cu o stare de bine din punct de vedere emoțional. Practic, aceste

înregistrări narative îi ajută pe clienți la integrarea experiențelor disparate într-un întreg, marea majoritate a persoanelor care apelează la procesul terapeutic având o imagine fragmentată în legătură cu ei înșiși și experiențele lor de viață. Mai exact, dacă luăm în calcul, de exemplu, monitorizarea nivelului de anxietate înainte de un examen, clienții pot face acest lucru zilnic folosind narațiunea. Ce se întâmplă prin intermediul acestui proces este faptul că pacienții oferă un sens experienței lor emoționale.

Tehnica este relativ simplă, nu include necesitatea unei pregătiri prea complicate, însă observațiile pot fi puternic contaminate cu inferențe și evaluări personale asupra comportamentului-țintă. În psihologia cognitivă, facem distincția între trei tipuri de cogniții: descrieri, inferențe și evaluări (Dryden și DiGiuseppe, 2003). De exemplu, descrierea unui eveniment este „Copilul a ajuns acasă la ora 16”. Inferența este „Copilul a întârziat, deoarece orele sale se termină la ora 14, iar durata drumului este de 30 de minute”, iar evaluarea este „Copilul a întârziat în mod nejustificat”. Într-o simplă notare narativă aceste elemente se amestecă adesea și putem găsi într-o grilă de observare a comportamentului o formulare de tipul: „8 aprilie: Copilul iar nu a ajuns la timp acasă”. În primul rând, o astfel de afirmație nu ne oferă informații despre cât de des se întâmplă asta – utilizarea adverbului „iar” ne indică o repetitivitate, dar acesta este vag. În plus, nu ne indică cât de mare a fost întârzierea (comparativ cu situația în care se notează descriptiv ora), dacă întârzierea a fost sau nu justificată și raportat la ce s-a evaluat această întârziere. Desigur, înregistrările pot avea un format mai simplu ca cel exemplificat mai sus sau pot lua o formă diferită în care clientul folosește exprimări mai complexe.

Exemplul de mai sus se referă la înregistrările pe care le face o persoană din exterior (părintele monitorizează comportamentul unui copil), dar se pot realiza astfel de înregistrări narative și în cazul terapiei de cuplu. Un exercițiu ar fi cel în care ambii parteneri își notează într-un jurnal sau într-o notiță pe telefonul mobil care au fost momentele plăcute pe care partenerii le-au petrecut împreună de-a lungul săptămânii. Acest exercițiu discutat în timpul ședinței de terapie fie poate fi validant pentru cuplu pentru că îi poate oferi un sens („suntem împreună pentru că uite prin câte momente trecem împreună”), fie poate scoate în evidență discrepanțe pe care partenerii le observă la felul în care funcționează cuplul lor („eu nu am văzut lucrurile așa!”, „pentru mine acel moment nu a fost unul atât de plăcut” etc.).

NOTAȚI ZILNIC MOMENTELE PLĂCUTE PE CARE LE-AȚI PETRECUT ÎN CUPLU	
Luni	
Marti	
Miercuri	
Joi	
Vineri	
Sâmbătă	
Duminică	

În concluzie, această metodă are atât avantaje, cât și dezavantaje. Avantajele acestei metode includ: potențialul de a descoperi comportamente relevante pentru problema-țintă, posibilitatea de a analiza detaliat comportamentele observate, nu necesită echipamente sau pregătire complexă, de regulă se colectează informații bogate asupra cărora se pot elabora multiple ipoteze. Dezavantajele metodei se referă la dificultatea de a cuantifica observațiile, validitatea limitată a datelor colectate și dependența calității datelor colectate de priceperea observatorului.

2. *Înregistrările pe intervale de timp* se folosesc pentru a urmări comportamente fățișe de o frecvență moderată care nu au o durată clar determinată, adică atunci când e greu pentru observator să determine începutul și încetarea comportamentului (Groth-Marnat, 2003). Exemple de comportamente ce se pretează pentru o observare pe bază de interval ar fi mersul, joaca, cititul etc. Pentru a folosi astfel de înregistrări, clinicianul trebuie să decidă durata de timp pentru fiecare înregistrare (de exemplu, 30 de secunde), durata de timp între observări (de exemplu, 10 minute), metoda de înregistrare (scrisă, audio etc.) și durata perioadei de observație (o zi, o săptămână etc.). Toate acestea depind în mare măsură de caracteristicile comportamentului-țintă.

Avantajele acestei metode se referă la eficiența timpului alocat observării, concentrarea pe comportamente specifice bine definite și potențialul de a măsura aproape orice comportament. Dezavantajele se referă, în principal, la neajunsurile în ceea ce privește calitatea comportamentelor-țintă, deoarece metoda nu prea suprinde antecedentele ce declanșează comportamentul sau consecințele, din moment ce înregistrarea se face strict pornind de la intervalul de timp. Din aceleași motive se pot rata anumite aspecte relevante legate de comportamentul-țintă. De asemenea, uneori observatorii percep metoda ca fiind artificială (Groth-Marnat, 2003).

3. *Întregistrarea evenimentelor* se face în funcție de ocurența comportamentului, spre deosebire de metoda anterioară, care surprinde ocurența unui comportament în funcție de intervalele de timp. Această metodă presupune înregistrarea observațiilor comportamentale cât de curând în timpul sau după observarea manifestării comportamentului. De regulă se notează frecvența, durata sau intensitatea comportamentului. Această metodă este potrivită pentru comportamente care au o frecvență mai redusă și este foarte potrivită pentru a suprinde modificările comportamentului pe o perioadă mai lungă de timp. Este o metodă mai puțin adecvată pentru comportamentele care nu au un început și un final clar și presupune un nivel ridicat al atenției din partea observatorului pentru a nu rata manifestarea comportamentului și înregistrarea observațiilor sale (Groth-Marnat, 2003).

4. *Evaluările comportamentelor* se folosesc atunci când scopul observării este obținerea unor impresii generale despre diverse dimensiuni ale comportamentului, iar aceste impresii corespund unor gradații ale unei grile de observație. Astfel de măsurători au un caracter mai general, mai global și de asemenea mai abstract (Groth-Marnat, 2003). În mod obișnuit, pentru a putea face o astfel de grilă de observație este necesară o examinare inițială a comportamentelor-țintă (de tip narativ sau pe intervale de timp, de exemplu). După această perioadă inițială de observare, să spunem brută, se generează o grilă de evaluare a unor dimensiuni ale comportamentului de interes. De exemplu, evaluarea pe o scală de la 1 la 5 a satisfacției unei zile de muncă este un exemplu al acestei metode de observație.

O astfel de evaluare poate fi făcută, de exemplu, în cazul comportamentelor asociate jocului patologic de noroc, folosindu-se o grilă similară cu următoarea :

Jurnal zilnic de monitorizare (notează de la 1 la 10 cât de intense au fost situațiile de mai jos, unde 1 = foarte puțin intens și 10 = foarte intens)							
	L	M	M	J	V	S	D
In ce măsură simt că am control asupra comportamentului de a juca ?							
Cât de tare îmi doresc să joc azi ?							
În ce măsură consider că sunt capabil să mă abțin de la a juca ?							

De asemenea, în cazul episoadelor depresive poate fi folosită o grilă simplă de înregistrare a prezenței comportamentelor care au ca scop activarea comportamentală :

Jurnal zilnic de monitorizare (notează cu X dacă într-una din zile au apărut comportamentele amintite mai jos și lasă spațiu liber dacă comportamentul lipsește)							
	L	M	M	J	V	S	D
Schimbatul din pijama în haine de casă							
Dușul							
Plimbare de minimum 15 minute							
Mersul până la magazin să cumpăr pâine							
Telefonat o persoană apropiată							
Citit minimum 15 minute							

Avantajele metodei includ posibilitatea de a fi utilizată pe o gamă largă de comportamente. În plus, datele colectate pe o astfel de grilă pot fi cu ușurință supuse unor analize statistice. Dezavantajele includ posibilitatea unui acord interevaluatori redus din pricina subiectivității evaluării, informații puține referitoare la antecedente și consecințe, posibile evaluări lipsite de acuratețe, în special dacă trece o perioadă semnificativă de timp între observarea comportamentului și evaluarea sa (Groth-Marnat, 2003).

Dincolo de aceste strategii, terapeutul poate realiza însă o grilă de observare a pacientului personalizată sau în funcție de comportamentul-țintă și alte informații care ar trebui surprinse, în special în procesul terapeutic. Acest lucru nu face decât să sublinieze versatilitatea acestei strategii atât în evaluarea terapeutică, cât și în calibrarea intervenției.

17.1. Importanța observației clinice în evaluarea psihologică, consiliere și psihoterapie

Informațiile ce pot fi adunate din observarea comportamentului, reacțiilor clienților în timpul unor ședințe de evaluare sau psihoterapie sunt adesea extrem de relevante pentru concluziile pe care le putem formula sau pentru prognosticul pe care îl putem anticipa.

Observația trebuie raportată la obiectivele intervenției sau evaluării și la disponibilitatea pentru observație a comportamentului-țintă, dar și a observatorului în situațiile când monitorizarea nu este realizată de către specialist. De asemenea, în ședințele de evaluare sau cele terapeutice se pot provoca anumite situații sau propune anumite jocuri de rol pentru a avea oportunitatea de a observa anumite comportamente care nu ies la iveală în timpul interviului sau desfășurării tipice a unei ședințe.

Pe măsură ce psihologul dobândește experiență, crește ușurința cu care observă detalii importante în timpul unui interviu sau al unor ședințe și, de regulă, validitatea acestor informații este tot mai sporită. Concluziile observației clinice pot veni să completeze, să întărească informația colectată prin interviu sau scale clinice, să o nuanțeze sau chiar să o contrazică.

În consilierea de cuplu, spre exemplu, terapeutul își poate da seama relativ ușor de ostilitatea dintre parteneri urmărind modul în care aceștia se așază pe canapea și distanța

fizică pe care o adoptă. Membrii cuplurilor cu un nivel ridicat de ostilitate, spre exemplu, tind să se așeze la o distanță cât mai mare unul față de celălalt, stau cumva cu spatele unul la altul, se ignoră reciproc și păstrează contactul vizual exclusiv cu terapeutul, făcând eforturi să nu privească spre partener chiar și atunci când partenerul face referire la el/ea. În schimb, cuplurile unde sunt probleme, dar ostilitatea nu este atât de mare, se așază relativ aproape unul de celălalt, fără să își arate spatele, și se mai urmăresc unul pe celălalt pe parcursul ședinței, chiar se țin de mână în unele momente. Evident, cu primul cuplu va fi mult mai mult de lucru, acolo trebuie să se verifice în mod explicit și repetat, separat și împreună cu ambii parteneri disponibilitatea de a lucra pe relație, în timp ce în cazul celui de-al doilea cuplu aceasta este mai mult o formalitate, cel mai probabil cuplul dorind să salveze relația. În terapia de cuplu sau terapia de familie observarea clinică este esențială întrucât anumite sentimente pe care o persoană le poate avea față de soțul sau copilul său pot fi în disonanță cognitivă cu ceea ce persoana știe că „ar trebui” să simtă sau ceea ce se așteaptă social să declare despre copilul sau soțul său. Vedem adesea în timpul evaluărilor psihologice sau al psihoterapiei de familie părinți care declară că au răbdare cu copiii și le înțeleg nevoile. Însă atunci când copilul se foiește pe canapea în timpul interviului se văd reacții de ostilitate ale părintelui deranjat puternic de acest comportament.

Desigur, concluziile trase pe baza observației nu sunt niciodată certitudini absolute, ele trebuie verificate cu pacienții în procesul terapeutic sau cu alți specialiști (colégi) în procesul de evaluare, însă este important și modul în care acestea sunt comunicate, în special dacă vorbim de un proces terapeutic. O persoană care declară ceva și afișează altceva poate să aibă dificultăți, iar terapeutul trebuie să găsească momentul potrivit și modalitatea asertivă pentru a scoate în evidență această contradicție. În cazul în care terapeutul aduce în discuție prea devreme o astfel de contradicție, pacientul poate reacționa defensiv, nefiind gata să accepte încă adevăratele sale sentimente și atitudini – situație în care relația terapeutică și întregul proces terapeutic pot fi în pericol, pacientul putând conchide că terapeutul este rău intenționat sau slab pregătit profesional și fiind posibil să renunțe la terapie. În procesul de psihoterapie, observațiile clinice se prezintă ca ipoteze de discutat împreună cu pacientul, ele neputând fi prezentate ca fiind concluzii certe ale specialistului (spre deosebire de modul în care pot fi prezentate în cadrul unei evaluări psihologice, într-un raport scris).

Ca o concluzie, până aici, informațiile adunate în procesul observării clinice pot fi extrem de valoroase atât pentru un demers de evaluare psihologică, cât și pentru unul terapeutic. În demersul terapeutic însă sunt cu atât mai importante momentul și modul comunicării informațiilor extrase din observarea reacțiilor și comportamentului persoanei.

17.2. Limitele metodei

Observația clinică este însă adesea extrem de diferită de la un specialist la altul, interpretarea reacțiilor și comportamentului fiind profund subiectivă. Din acest motiv, unii specialiști caută metode de a standardiza într-o oarecare măsură acest proces, de a oferi o grilă care să ducă la un mai mare consens între specialiști și să asigure o mai bună performanță a psihologilor începători în utilizarea observației clinice. O astfel de metodă este predicția

actuarială propusă de Meehl (1954), care se bazează pe interpretarea standardizată, mecanică (având la bază, de regulă, statistici ale unor cazuri similare) a datelor observate, eliminând astfel interpretarea subiectivă, caracteristică observației clinice. Meehl a argumentat încă de la început superioritatea acestei metode față de observația clinică, cel puțin în situațiile decizionale, cum ar fi, de exemplu, decizia de a elibera sau nu un deținut cu un istoric violent, calculul probabilității de a dezvolta un anumit diagnostic, riscul de suicid sau interpretarea unor simptome ce indică sau nu un traumatism cranio-cerebral. O meta-analiză din 2000 (Grove *et al.*, 2000) a confirmat o superioritate medie de 10% față de predicția clinică (bazată pe observația și judecata clinică, subiectivă a specialistului). La o analiză mai profundă a datelor însă, nu putem vorbi de o superioritate uniformă. Majoritatea studiilor cuprinse în meta-analiză au indicat faptul că predicția clinică a fost aproximativ la fel de bună ca cea mecanică (actuarială), unele studii indicând chiar o superioritate a predicției clinice față de cea actuarială. Însă avantajul principal al predicției actuariale este independența acurateții concluziilor față de experiența și pregătirea intervievatorului. Cu alte cuvinte, dacă predicția clinică este realizată de un specialist cu experiență și o bună pregătire, ea este la fel de validă ca cea actuarială, poate chiar superioară. Predicția actuarială asigură însă o mai mare acuratețe a concluziilor, în special în cadre unde decizia vizează o situație de viață sau moarte și, de asemenea, poate fi mai eficientă din punctul de vedere al costurilor în cazurile în care decizia clinică bazată pe interpretarea subiectivă este realizată de o echipă extinsă sau o comisie (Grove *et al.*, 2000).

Bibliografie

- Baerger, D.R., McAdams, D.P. (1999). Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69-96 ; <https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. (2003). *Ghid de terapie rațional-emoțională și comportamentală*. Editura ASCR.
- Ellis, A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical Versus Statistical Prediction*. University of Minnesota.
- Meehl, P.E. (2013). *Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*. Echo Point Books & Media.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539-548.
- Shapiro, E.S., Skinner, C.H. (1990). Best practices in observation and ecological assessment. *Best practices in school psychology-II*, 507-518.
- Skinner, B.F. (1953). *Science And Human Behavior*. Simon and Schuster.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology* (vol. XIII). Oxford, England: John Wiley & Sons.

18. Evaluarea personalității și a psihopatologiei prin metode proiective

Mihaela Minulescu

Școala Națională de Studii Politice și Administrative, București

Rezumat

Capitolul își propune o trecere în revistă a modalităților specifice de evaluare, prin metoda proiectivă, a structurii și dinamicii psihice, la nivelul global al personalității și al derapajelor și blocajelor psihopatologice.

Când ne referim la metoda proiectivă includem atât testele, cât și tehnicile ample care includ cadrul major al intervenției psihoterapeutice. De asemenea, punem accent pe utilizarea acestor metode în majoritatea zonelor de impact aplicativ, dar și de cercetare în psihologie: în consilierea vocațională și educațională, în psihologia organizațională, precum și în psihologia clinică și psihoterapie. Câmpul aplicativ este vast pentru că ele aduc informații legate de structura și de dinamica energiei psihice, ceea ce permite o perspectivă de adâncime în toate situațiile unde o asemenea viziune este esențială pentru înțelegerea condiției psihice a persoanei evaluate.

18.1. Caracteristici ale evaluării și psihodiagnosticului proiectiv: mecanismele proiective și niveluri de acces și interpretare în evaluarea condiției psihice. Condiția tehnicilor proiective

Metoda proiectivă este explorată și se constituie ca o cale de cercetare și evaluare în cadrul evoluției psihologiei clinice, odată cu explorarea aspectelor de adâncime ale simptomatologiei psihice. Jung este primul care își pune întrebarea ce anume se ascunde în spatele latențelor, comportamentelor bizare și aparent inconștiente, sau al dificultăților de a realiza sarcina simplă de a răspunde cu un cuvânt cuvântului-stimul benign. În cadrul spitalului de psihiatrie se constituie primul experiment complex, folosind aparate care pot să demonstreze că, deși persoana nu este conștientă, fiziologic se manifestă un comportament

ca răspuns emoțional și astfel se probează experimental existența psihicului inconștient, modul în care sunt structurate conținuturile psihice, complexe, caracterul general al acestora și, în același timp, unic individual.

Încercând să simplifice fenomenul extrem de complex al funcționării energiei psihice, Lawrence Frank (1939) definește specificul metodei proiective în raport cu capacitatea eului de a răspunde unei condiții de nedeterminare. Astfel, atunci când oamenii încearcă să înțeleagă stimuli vagi sau ambigui, nestructurați, interpretarea pe care o produc va reflecta nevoile, sentimentele, trăirile, condiționările anterioare, procesele lor de gândire. Se referă la o largă varietate de tehnici și materiale folosite pentru a obține de la persoană ceea ce nu poate sau nu vrea să spună, cel mai adesea pentru că nu se cunoaște pe sine și nu este conștient de ceea ce relevă despre sine prin proiecții. În acest sens, prin tehnicile proiective proiecția se manifestă atunci când conținuturi psihice, ținând de experiența intrapsihică, sunt trăite în lumea exterioară, în relație cu alte obiecte.

Conținuturile proiectate nu sunt numai repetări ale celor reprimite, ci pot consta și din material nou, creativ – produs în ordinea procesului de individualizare –, indicând care zone psihice au nevoie vitală de conștientizare (Jacobi, 1984).

O principală dificultate a tehnicilor proiective, dificultate care se repercutează asupra capacității de a răspunde cerințelor de psihometrie, este faptul că prin ele nu se explorează o dimensiune lineară a personalității, altfel spus, o singură variabilă, ci explorează și prezintă persoana în termenii unei scheme dinamice de variabile, ele însele intercorelate (Anzieu și Chabert, 1992 ; Minulescu, 2001). În acest caz însă putem observa că validarea unei astfel de probe psihologice egalează procesul de validare al unui set de ipoteze științifice printr-o cercetare științifică autentică. Anzieu subliniază în acest sens că un test proiectiv implică transformarea unei mase de date cantitative într-o formă manipulabilă, astfel încât fiecare sistem de interpretare a testului se leagă în fapt de un sistem de clasificare a răspunsurilor care nu va avea sens decât prin interpretarea pe care o legitimează.

Principalele limite (Anzieu și Chabert, 1992) sunt psihometric legate de acest proces complex al standardizării, normării și evidențierii fidelității și validității probelor (Minulescu, 2001).

Dintre dificultățile care contravin standardizării, înțeleasă în termeni clasici, sunt subliniate aspecte de administrare care conduc la faptul că o variabilitate datorată chiar unor ușoare schimbări în setul de instrucțiuni, ca urmare a intervenției aleatorii a psihologului sau chiar a unor caracteristici ale stimulului, poate influența decisiv calitatea trăirilor și răspunsurilor subiectului. O dificultate legată de cotare este faptul că variabilele care trebuie cotate nu sunt adesea cuantificabile pentru că sunt aspecte calitative.

Din perspectiva standardizării interpretării și normării, se consideră că există o prea mare imprecizie la unele tehnici în scorarea și mai ales interpretarea datelor brute. Adepții preciziei extreme au desfășurat studii de restructurare a cotării și interpretării cantitative chiar pentru unele tehnici care aveau deja un sistem cantitativ bine exprimat, precum Rorschach. Importanța expertizei, a nivelului formării și a experienței clinice a psihologului format pentru a lucra cu o anumită tehnică rămâne însă un deziderat principal pentru autenticitatea interpretării.

Majoritatea studiilor de validare se adresează validării concurente prin criteriu, bazându-se pe performanțe ale unor grupe contrastante. Există și studii privind validarea predictivă, mai ales privind succesul în formarea specializată, în performanțe sau răspunsul la terapie.

De asemenea, sunt studii comparative adresate validării de construct. Există eșecuri multiple în contravalidare și în validarea semnelor diagnostice clinice.

O cercetare românească a urmărit validitatea de construct prin interpretarea în orb a rezultatelor tehnicilor de desen (Testul Persoanei, Testul Arborelui și Testul Familiei) *versus* interpretările pentru aceeași subiecți obținute prin aplicarea unor probe psihometrice (chestionarele CPI-260, Gough, 2006, FPI-R, Fahrenberg, Hampel și Selg, 2007, NPQ, Paunonen, Jackson și Ashton, 2005 și STAXI-2, Spielberger, 2006) pe un eșantion total de aproximativ 800 de persoane. A fost confirmată capacitatea tehnicilor de desen proiective de a surprinde date semnificative consistente cu interpretarea prilejuită de scalele corespunzătoare ale chestionarelor (Minulescu și Iliescu, 2009).

Vom reda în cele ce urmează o prezentare a tehnicilor și a testelor proiective pornind de la paradigma nivelului de acces: capacitatea unor sarcini proiective să surprindă niveluri primare ale condiției/traumei psihice (de exemplu, nivelurile presimbolice și preverbale (Bucci, 1985), comparativ cu tehnicile care surprind niveluri mai avansate ale dezvoltării care includ accesul la simbolizare, respectiv accesul la verbalizare.

Anzieu și Chabert (1992) consideră că sunt două categorii mari de tehnici proiective: tematice și structurale. Cele tematice au ca prototip „Testul de a percepție tematică” al lui Murray, unde subiectul poate proiecta ceea ce crede sau ar vrea să creadă, ceea ce refuză să fie, ceea ce alții sunt sau ar trebui să fie în raport cu el. Exemplu: jocuri dramatice, desenele, povestirile libere și de completat, interpretarea imaginilor sau fotografiilor. Ele relevă conținuturile semnificative ale unei personalități privind natura conflictelor, dorințele fundamentale, reacțiile față de anturaj, momentele-cheie din propria viață trăită.

Tehnicile structurale, care au ca prototip „Testul petelor de cerneală” Rorschach, permit o relevare a structurii, a sistemului de personalitate a subiectului, informând despre echilibrul sau atitudinile sale prevalente, lumea sa de forme, despre interrelațiile dintre eu-sine-supraeu.

Interpretările psiholingvistice aduc o confirmare a acestei sistematizări, în sensul psihanalizei contemporane, când atribuie testelor tematice caracteristica sintagmatică a sarcinii, iar celor structurale, caracteristica paradigmatică.

Funcția paradigmatică este un cod, o încorporare de sens într-o structură unitară care poate fi codificată și decodificată (de exemplu, traducerea unui cuvânt dintr-o limbă în alta).

Funcția sintagmatică conduce la emiterea unui mesaj, la o punere în relație ordonată a unor sensuri pentru a construi un mesaj. Relevă două niveluri diferite ale dezvoltării mintale. Codificarea cere mecanisme psihologice de selecție și substituție prin similitudine. Funcția sintagmatică mai complexă este cea prin care se organizează mesajul într-un lanț în care contează o serie de reguli de compatibilitate lingvistică, în funcție de care sunt înlănțuiți termenii unul după altul. Pentru o prezentare detaliată a tehnicilor, precum și a reperelor istorice ale evoluției acestora, trimitem la volumul dedicat, *Tehnici proiective* (Minulescu, 2001).

18.2. Tehnica asociativ-verbală în evaluarea psihopatologiei complexelor inconștiente și a dinamicii intrapsihice

18.2.1. Modelul experimental al lui Jung

Jung pornește în studiul asociațiilor în perioada cercetărilor de la spitalul Burghölzli, anii 1902-1907, cu scopul de a determina o corelație între grupe de asociații și sindroame psihopatologice: boli specifice conduc spre asociații specifice? Centrul de interes al investigațiilor se schimbă destul de repede spre așa-numitele „erori” sau reacții tulburate în cadrul experimentului AV (problematică lăsată deoparte în cercetările anterioare). Jung determină că „erorile” sunt întotdeauna încărcate puternic emoțional și aduc la suprafață conținuturi care au o importanță anume pentru înțelegerea subiectului/pacientului. Observă că există anumiți indici care scot în evidență un anumit blocaj al subiectului în asociere. Nu cumva acești indici relevă altceva decât, de exemplu, un defect de memorie? Folosește pentru validarea rezonanței emoționale indicatori psihofiziologici.

Experimentul se desfășoară în trei etape: cu o primă ședință în care intervin primele două etape.

Experimentatorul citește lista de cuvinte-stimul, iar persoana trebuie să răspundă cât mai repede printr-un singur cuvânt indus. Se cronometrează timpul de reacție. Important este ca subiectul să răspundă cu primul cuvânt care-i vine în minte. Subiectul trebuie să încerce să repete, să-și aducă aminte cuvintele prin care a răspuns inițial cuvântului-stimul. În a doua ședință, la interval de aproximativ o săptămână, intervine etapa a treia: cererea de asociații pentru stabilirea analizei de context.

Interpretarea se bazează pe indicatorii de complex. Aceștia scot în evidență o tulburare a funcționării conștiinței. Această tulburare se datorează faptului că ceva din cuvântul-stimul, deși a fost auzit clar de eul conștient, a activat, a energizat un conținut inconștient asociat unui complex.

Prima evaluare a testului cere identificarea cuvintelor care prezintă indici de complex. Evaluarea mai cuprinde considerarea formei și considerarea conținutului în termenii unor ipoteze generate de aceste perspective posibile (Kast, 1984).

Timpul de reacție: relația dintre media timpului pentru prima jumătate și jumătatea a doua a testului. Care este cel mai frecvent tip de indicator de complex? Cum este revenirea după indicatorul de complex? Care este stilul asociațiilor – factual sau egocentric?

Odată stabilite cuvintele încărcate de indicatori de conflict, devine importantă evaluarea contextului. În prezent, Experimentul AVb se utilizează: pentru a stabili un diagnostic de lucru la începutul terapiei; pentru strategia terapeutică; în cazul în care persoanele nu-și conștientizează problemele – cazurile psihosomatice, copiii; controlul avansului terapiei; activarea inconștientului – când materialul furnizat este sărac.

18.2.2. Alte teste verbale de completare

Testele de completare reprezintă o dezvoltare a metodei asociative în sensul materialului-stimul – mai bogat decât un singur cuvânt – și/sau al consemnelor care permit subiectului să formuleze un lanț asociativ. Diferiți autori au construit probe în care prezintă subiectului un fragment ambiguu de frază, text sau imagine, cerându-i completarea acestuia cu asociații înlănțuite de cuvinte, respectiv povestiri. Se presupune că în aceste completări subiectul își proiectează atitudinile, motivațiile, conflictele, tipurile recurente de reacții personale.

Testul de completare de propoziții Stein cuprinde 50 de începuturi de fraze cu conținut ambiguu. Proba se desfășoară în scris și poate fi aplicată colectiv. Consemnele cer subiectului să completeze fiecare frază incompletă cu primul lucru care îi apare în minte. A doua secvență cuprinde ancheta individuală și anamneza subiectului. Temele sau conținuturile manifeste vizează șase aspecte : trecutul personal, interese personale, nemulțumiri, situații sociale problematice, probleme de autoritate, atitudini față de viitor.

Testul de completare de fraze Rotter (1950) – proba este alcătuită din 80 de începuturi de fraze inductoare, care trebuie completate de subiect cu ceea ce, în mod spontan, îi vine în minte citindu-le. Conținuturile inductoare ale frazelor se referă la șapte arii tematice codificate pentru cotearea răspunsurilor astfel : imaginea despre sine, autoaprecierea personală (P, eul) ; relația cu colegii, părerea despre oameni, viață, reflexii exterioare (M, mediul) ; copilăria, perioada de formare a personalității și familia de origine (O, origine) ; felul în care a trăit în trecut (T, trecut) ; familia proprie, atitudinea față de soț, copii, orientarea afectivă față de aceștia (F, familie) ; trăirea afectivă a condiției de boală, a mediului de spitalizare, încrederea/neîncrederea în tratament (N, boală) ; acestor categorii li se adaugă existența sau inexistența unor răspunsuri ilogice, stereotipe sau interpretativ-paranoide (D, dilogie) ; răspunsuri fără raportare directă la subiect (G, generalități).

Testul fabulelor Düss este dedicat copiilor, iar interpretarea este în registru clasic psihanalitic. Este prezentată o scurtă situație, iar soluția este cerută copilului. În funcție de situație, la unele povestiri, se alege una dintre variantele posibile prezentate. Fabulele au fost concepute pentru a furniza o tehnică simplificată și rapidă de examinare a problematicei intrapsihice într-o perspectivă psihanalitică ortodoxă. Interpretarea se face în funcție de conținutul latent ce are legătură cu temele specifice etapelor de dezvoltare elaborate în teoria psihanalitică, legate de organizarea fantasmei și libidoului în cadrul relațiilor din familie.

18.3. Testul Rorschach și dinamica conflictelor intrapsihice; acces la nivelul preverbal

Ideea de a face un test de „pete de cerneală” este mult mai veche. Binet și Henri publică în 1895 în *L'année psychologique* o astfel de idee, indicându-l pe Leonardo Da Vinci ca sursă și considerând-o o probă de imaginație.

Testul Rorschach urmează tehnicii asociației verbale puse la punct de Jung și, spre deosebire de materialul verbal, se sprijină pe un material nonverbal, aparent lipsit de

semnificații verbale – petele de cerneală. Important este faptul că atitudinea cerută de consemne subiectului este „semantică” : i se cere să formuleze semnificații, unele sugerate chiar de configurația planșelor. În acest sens, abordarea tradițională a testului distinge două tipuri de atitudini : atitudinea perceptivă și atitudinea imaginativă. Testul pune astfel în joc capacitatea subiectului de a slăbi controlul conștient și a permite atitudinea creativă.

Originalitatea deosebită a testului Rorschach constă în transformarea probei din diagnoza imaginației în diagnoza structurii personalității, descoperind cheia unei noi interpretări a răspunsurilor la petele de cerneală : respectiv faptul că răspunsurile care se referă la mișcare exprimă introversivitatea subiectului, iar cele în care culoarea este aspectul declanșator, extratensivitatea. Cei doi termeni și teoria lui Rorschach nu acoperă perfect conceptele introduse în psihologie de către Jung încă din 1908, respectiv complex, arhetip, introversie și extraversie.

După Rorschach, materialul chinestezic se proiectează de pildă în simbolurile visului, în halucinația reflexă în psihoză, în răspunsurile tip mișcare la petele de cerneală, în activitățile creatoare. Acest proces caracterizează introversia creativă. Individul chinestezic sau introversiv este descris de autor în următorii termeni : închis în sine, stângaci și timid ; își inhibă mișcările reale ; inteligența sa este individualizată ; e capabil să imagineze și să creeze ; are o viață interioară intensă și reacții afective stabile ; relațiile cu ceilalți sunt mai degrabă profunde decât numeroase ; are o bună conștiință de sine. Putem înțelege că chinestezia se reflectă în interiorizarea vieții emoționale.

Răspunsurile declanșate de culoare, complementar, exprimă exteriorizarea vieții emoționale. Extratensivul, sensibil la culoare, este descris ca având o inteligență reproductivă, adaptabil și îndemânic, activ, cu reacții afective abundente, dar relații superficiale cu oamenii și obiectele lumii. Are ideea de a lega culoarea roșu de impulsivitate și culoarea albastru de autocontrol.

Introversivitatea creativă și extratensivitatea reproductivă sunt complementare, nu diferențiază două tipuri de constituții, ci două funcții psihice ce coexistă în grade diferite de dilatare sau concentrare. Rorschach indică „tipul de rezonanță intimă” care exprimă proporția specifică pentru fiecare persoană, între cele două funcții. Introversivitatea este considerată de autor ca fundament pentru cultură, iar extratensivitatea, fundament pentru acțiunea implicată în civilizație umană.

Materialul testului cuprinde zece planșe, care reprezintă fiecare o pată simetrică față de un ax central. Materialul îndeplinește două scopuri fundamentale pentru tehnica proiectivă și pentru autor : pata este suficient de nestructurată, de ambiguă pentru a permite o „interpretare liberă” și suficient de simplă și obișnuită pentru a putea fi definită pur și simplu ca pată.

Petele diferă din perspectiva culorilor. Planșele I, IV, V și VI sunt caracterizate de școala franceză, Chabert, 1997, prin planurile de griuri, ca aparținând clarobscurului, planșele II și III sunt tricolore, alb, negru și roșu, planșa a VII-a este gri relativ compact, iar celelalte, VIII, IX și X, cuprind mai multe culori în nuanțe pastel.

Planșele se prezintă subiectului în ordine, într-o poziție determinată. Subiectul este invitat să exprime tot ceea ce îi evocă sau îi amintesc aceste pete : „Ce ar putea fi aceasta ?”. Există o serie de standarde/reguli de lucru în administrarea testului care asigură obiectivitatea.

Analiza răspunsurilor are o dimensiune cantitativă și una calitativă, începând cu demersul de cotare a localizării, determinantului răspunsului, conținutului acestuia și caracterului de șoc al unora dintre conținuturile planșelor. Atât interpretarea cantitativă,

cât și cea calitativă sunt susținute prin cercetări clinice care aparțin autorului, iar ulterior și diferitelor școli de interpretare psihanalitice sau comportamentale dezvoltate de-a lungul secolului XX. Aceste rigori de interpretare asigură coerența și sensul ce poate fi extras din analiza datelor. Pentru fiecare dintre aceste școli, pentru realizarea specifică și corectă a cotării și interpretării dinamice este necesară o formare specială a psihologului diagnostician.

Anziu accentuează importanța unei interpretări dinamice sau temporale a planșelor, prin care se reiau răspunsurile în ordinea dată de subiect pentru a le studia interacțiunea și a stabili tabloul de ansamblu al personalității. Acest proces analitic se realizează inițial în interiorul fiecărei planșe, apoi legând între ele planșele, de la una la alta. Se notează felul în care variază și se succed localizările, determinanții, conținuturile, numărul de răspunsuri, comentariile, timpii de latență și timpul de răspuns, inversarea planșelor, comportamentul subiectului și atitudinea sa față de examinator.

Se pot astfel degaja dinamica zonelor conflictuale și diferitele fațete ale personalității. De asemenea, există modalități prin care se pot diagnostica clinic anumite structuri psihopatologice, în diagnosticul diferențial clinic.

Perspectiva psihanalitică reprezintă și în cazul testului Rorschach un model teoretic care permite interpretări de profunzime, care depășesc ancorarea semnificațiilor răspunsurilor subiectului la nivelul structurii personalității, adăugând dimensiunea conținuturilor semnificative.

Sarcina subiectului este abordată astfel în funcție de conținutul manifest, configurația perceptivă a petei, dar și în funcție de solicitările implicite, conținutul latent articulat în jurul celui manifest. Diferențierea între manifest și latent permite interpretări nuanțate ale răspunsurilor pentru că ceea ce spune subiectul este în legătură nu numai cu un obiect concret, ci și cu un obiect simbolic care are semnificații afective și/sau fantasmice.

Testul Rorschach poate fi privit drept obiect tranzițional, în sensul dat de Winnicott acestui termen în 1975, obiect real investit de individ cu semnificații subiective. În acest fel, el devine un obiect dublu determinat (Chabert, 1997).

Ca obiect real, el solicită cuvinte ce exprimă o serie de imagini articulate plecând de la o realitate imaterială. În acest sens, apelul la percepție îi permite subiectului acroșarea la real, adică fundamentul înscrierii individului în mediul ambiant. „Distanța” stabilită între subiect și materialul testului va fi, din acest motiv, bogată în semnificații.

Ca obiect potențial, imaginat – datorită absenței unei configurații distincte a materialului –, Rorschach permite o elaborare a percepției în funcție de preocupările esențiale ale subiectului, de modalitățile sale de relaționare cu obiectele, de fantezmele și afectele care sunt susținute prin cuvintele-imagini pe care le oferă subiectul.

Testul facilitează astfel mișcări regresive și proiective, solicitând totodată mecanismele proiective și de adaptare la real.

Analiza discursului subiectului se face în funcție de conceptele psihanalizei; se analizează distincțiile posibile dintre intern și extern și calitatea proceselor defensive, respectiv modalitățile de apărare care intervin și modul lor de funcționare.

Din perspectiva jungiană, Robert McCully a încercat să deceleze în interiorul materialului oferit de planșele Rorschach două surse posibile de stimulare a conținuturilor inconștiente: sursele personale, respectiv arhetipale. Sursa unui răspuns nu este întotdeauna constituită de arhetip. Materialul testului Rorschach poate evidenția probleme personale, atitudini ale eului, chiar conținuturi reprimite de eu, dar stimulii care suscită complexe personale nu activează obligatoriu și sursele colective (și invers).

Pornind de la observarea unor corespondențe între arta paleolitică și calitățile structurale și senzoriale ale planșelor Rorschach, McCully propune un simbolism propriu asociat fiecărei planșe. Conținutul arhetipal simbolic al fiecăreia dintre planșe verifică o anumită stadializare în raport cu formarea și dezvoltarea filogenetică și ontogenetică a psihismului uman, de la formele fundamentale în care psihicul se exprimă în și prin funcția maternală a nașterii la formele de individuare ale eului care presupun ieșirea din dependențele paternale, rezolvarea autonomiei și corespondența matură a eului cu sinele.

În prezent s-a constituit un sistem integrativ standardizat de administrare, cotare și interpretare, odată cu constituirea fundației americane Rorschach Research Foundation, care a urmărit ca toate calitățile psihometrice să fie calculabile. În forma sa actuală, sistemul permite o paletă largă de date despre organizarea și funcționarea psihologică a subiectului, permițând o administrare completă, o cotare adecvată, o interpretare formală fondate pe principii logice. La această operă au contribuit, ne spune autorul principal, John E. Exner Jr., peste 1.000 de cercetători, asistenți, directori de proiecte.

Unii dintre psihologii care utilizează testul Rorschach consideră interpretările prilejuite de sistemul Exner la fel de sensibile și profunde ca și cele ocazionate de interpretarea clasică sau de cea de profunzime, dinamică și psihanalitică (Lis, 1999).

18.4. Tehnica percepției tematice în evaluarea condiției eului. Testul TAT, Testul CAT, Testul PN

Studiul experimental al personalității începe odată cu anii '30, împreună cu Christian Morgan, influențat de Jung.

TAT apare în 1935 într-o primă formă semnată de ambii autori, dar abia după trei ani, în 1938, rezultatele preliminare sunt integrate teoriei generale a personalității, dezvoltată de Murray în cadrul clinicii psihologice Harvard, în cartea *Explorări ale personalității*. Forma definitivă, a treia, este publicată în 1943, odată cu manualul testului.

Proba este construită pornind de la funcționarea mecanismelor de apărare descrise de Freud, conform ecuației proiecției, respectiv a atribuirii altuia a impulsurilor care tulbură eul. În TAT, proiecția se face asupra unuia dintre personajele imaginii din planșă : iar pacientul relevă o parte din el însuși pentru a explica imaginea, apoi psihologul poate releva o parte din sine când compune o formulare pentru a explica povestea pacientului (Murray, 1968).

Conform teoriei asupra personalității a lui Murray, există trei variabile fundamentale ale personalității : motivațiile, factorii interni și anumite trăsături generale.

Există un set de 30 de planșe cu imagini alb și negru pentru care persoana să construiască o istorie care să prezinte situația existentă și deznodământul. Organizarea planșelor în diferite seturi se face și în funcție de vârsta persoanei, cercetarea unor aspecte specifice, dar, în general, se utilizează câte 19 imagini, plus o planșă albă.

Analiza conținuturilor se face după cinci aspecte. De exemplu, se analizează motivația, factorii interni și trăsăturile generale ale eroului sau ale eroilor multipli. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când există un conflict interior/scindări ale imaginii de sine. Prima sarcină a examinatorului este să găsească printre personaje eroul cu care se identifică subiectul ; urmează detalierea acțiunilor. Acțiunile exprimă motivațiile eroului. E vorba de trebuințe profunde, latente, care sunt sursa comportamentului manifest.

În final se realizează o interpretare sinteză, iar indicatorii de interpretare ai lui Murray cuprind ca reguli : povestirile trebuie privite și decodificate ca reprezentând un aspect al situației de viață prezente, trecute sau viitoare a subiectului ; povestirile pot fi raportate la amintiri, sentimente și dorințe actuale, elemente inhibitate despre care subiectul își imaginează că le-ar fi putut face, tendințe elementare inconștiente sau fantasme infantile ; nu e de așteptat ca proiecția să fie directă și veritabilă în toate povestirile.

În urma cotărilor rezultă o listă de variabile (nevoi, emoții, presiuni) și o listă de teme și consecințe și observații dificil de prins în scheme conceptuale. Integrarea datelor se face în cadrul teoretic propus de Murray. Atributele eroului (nevoi, stări afective, sentimente) reprezintă tendințe ale personalității subiectului – actuale, potențiale, trecute, viitoare. Presiunile mediului reprezintă forțe din mediul subiectului (trecute, prezente, viitoare). Presiunile reprezintă modul în care subiectul percepe lumea.

Modul pacienților de gândire și verbalizare este modificat sub aspect formal de caracteristicile patologiei specifice. Se pot face evaluări privind labilitatea afectivă (de exemplu, persoana prezintă reacții afective disproporționate în raport cu stimulul, sub forma explicațiilor, criticilor, descrierilor încărcate afectiv etc.) ; depresia (prin evaluarea restricționării activității ideative, conținutului eliptic, răspunsuri monosilabice) ; obsesii compulsive ; agresivitate puternic reprimată ; indicații paranoide (teme de suspiciune, spionaj, atac pe la spate, moralizarea excesivă a personajelor, distorsiuni perceptive flagrante) ; procese schizoide ; șoc și jenă etc.

Asemenea metodei Rorschach, și în metoda testelor aperceptive există variante ulterioare, tributare școlilor psihanalitice, care fac referință la conținutul manifest și cel latent ale imaginilor diferitelor planșe.

- *TAT pentru adolescenți*, Symonds, 20 de planșe cu personaje cu trăsături adolescente, teste care se administrează și se interpretează în maniera clasică a TAT.
- *SAP, Testul de a percepție pentru vârstnici*, L. Bellak, 1973, 1985.
- *TFT, Test tematic prin film*, Cohen-Seat, Bremont Richard, 1955.
- *ORT, Tehnica relației cu obiectul*, H. Philippon, 1955, imaginile sunt simple jocuri de umbre și lumină evocând vag siluete umane.
- *Diagnosticul caracterului*, E. Boesch, 1949, testul este inspirat din imaginile lui Epinal, foaia este împărțită în șase căsuțe. Primul exemplu reprezintă un băiat plimbându-se, în dreapta este o pădure, în stânga, o casă, în fundal, un lac. Subiectului i se cere să conceapă desenul ca un început de povestire și să deseneze urmarea în celelalte spații. Se pot crea variante, în funcție de problemele particulare ale fiecărui copil.
- *VAT, Test de a percepție vocațională*, R. Ammons și colaboratorii, 18 planșe care prezintă o autoritate profesională definită, dar atitudinea și fața personajului rămân ambigue. Testul comportă ca indici (5) : atitudinea generală față de profesie, motivații, conflicte, rezolvarea acestora, deznodământul povestirii. McLelland și Atkinson studiază reușita profesională, iar V. Kragh studiază adaptarea la aviatori : planșele TAT sunt prezentate la tahistoscop ; subiectului i se cere să deseneze, iar diferențele dintre imagini se consideră a releva organizarea defenselor precognitive ale subiectului.

Dintre testele tematice construite special pentru problematica copilului, cele mai puternice și utilizate sunt : CAT, testul tematic pentru copii, pentru cei de la 4 la 10 ani ; Patte Noir sau testul familiei de purceluși cu eroul Lăbuță neagră ; ORT, tehnica relației obiectuale, ca instrument proiectiv pentru studierea tipologiei și nivelului de relație obiectuală, conform teoriei psihanalitice asupra dezvoltării a lui Fairbairn, 1953, Klein, 1948, 1960.

18.5. Tehnica Rosenzweig și evaluarea reacției la frustrare și stres

În 1935, Rosenzweig prezintă acest *Studiu al frustrării prin imagine*, PF. Baza teoretică a testului îi aparține autorului, în sensul că definește o teorie generală a frustrării (1934) pe care o constituie și întemeiază pe psihanaliza experimentală. Este o reformulare (Pichot, Danjon, 1964) a concepției psihanalitice ținând cont de posibilitățile de experimentare. Inițial, își definește metoda ca un procedeu restrâns destinat relevării tipurilor de reacție la stresul vieții cotidiene.

Mulți teoreticieni consideră PF la jumătatea drumului între testul asociativ-verbal și TAT (se aseamănă cu TAT pentru că utilizează desenele ca stimul și se deosebește de TAT pentru că desenele au o tematică uniformă și se cer răspunsuri simple ca dimensiune și conținut ; asemănarea cu testul asociativ-verbal constă în faptul că are loc o completare de dialog, operând o restricție asupra stimulului care constă în contextul desenului, ceea ce permite un grad mai ridicat de obiectivitate în aprecierea răspunsului). Toleranța la frustrare este definită prin aptitudinea unei persoane de a suporta o frustrare fără să-și piardă adaptarea psihobiologică, deci fără a face apel la moduri de reacție inadecvate. În sensul acestei paradigme, planșee sunt organizate în jurul unei imagini schițate, relativ simplu de interpretat, în care eroul face sau i se întâmplă ceva, iar organizarea frustrării implicite urmărește să surprindă tipuri de reacții la frustrare și de manifestare a agresivității. Sunt 24 de desene în care dialogul între persoane se desfășoară într-o situație de frustrare, descrisă fragmentar ; fizionomia și expresiile faciale nu sunt clare pentru a facilita prin ambiguitate proiecția de identificare. În fiecare desen sunt prezentate două personaje principale, deasupra unuia dintre personaje este trasat un pătrat în care este scris ceea ce spune, descriindu-și fie propria frustrare, fie pe cea a interlocutorului. Subiectului i se cere să scrie, în protocolul de răspuns, ce s-ar putea afla în spațiul gol ce există deasupra personajului al doilea, respectiv modul cum acesta răspunde.

Astfel, din perspectiva direcției agresiunii, reacția de răspuns a persoanei poate fi clasificată ca extrapunitivă, în care agresivitatea este dirijată spre exterior, intrapunitivă, în care subiectul se autoacuză, sau nonpunitivă, când situația frustrantă este minimalizată și responsabilitatea oricui este negată.

Din perspectiva combinată a direcției agresivității și a tipului de reacție putem deosebi : reacții de dominare a obstacolului, OD, când persoana insistă pe situația frustrantă ; reacții de apărare a eului (articulate întregii personalități), ED, subiectul insistă pe ceea ce simte el ; reacții de persistență a trebuinței, PT, când accentul se pune pe încercarea de soluționare pe orice căi.

Administrarea este standardizată, cotarea este facilitată de ancore comportamentale, se obțin o cotare cuantificabilă și un profil al principalilor indicatori care asigură o rigoare a obiectivității în modul de scorare : etalonarea se va raporta atât la reacțiile din interiorul unei anumite culturi, cât și la normalitatea acestora. Dar, observă Anzieu și Chabert (1992), se referă doar la un segment al personalității, nu la personalitate ca întreg. Avantajul constă în posibilitatea de a construi imagini adecvate segmentului de personalitate sau populației pe care vrem să o studiem. Inconvenientul constă în faptul că testul prezintă o anumită dificultate în ceea ce privește capacitatea de a diferenția în acest segment

al personalității care este dispoziția fundamentală și ce variază odată cu situația sau dispoziția subiectului.

18.6. Metoda diagnozei destinului pulsional, Szondi

Diagnosticul experimental al pulsionilor a fost pus la punct în 1937, dar apare în 1939 ca o comunicare publicată în al treilea volum al *Tratatului de psihologie*.

Leopold Szondi nu s-a gândit să-și denumească tehnica „test”, astfel că, în situația în care Rapaport, în 1941, se referă la „testul Szondi”, protestele sale vor fi vehemente. În context, singura denumire corectă nu este nici test, nici tehnică proiectivă. Analiza destinului este o metodă, asemenea psihanalizei freudiene și analizei jungiene, care privește o direcție particulară a psihologiei profunde. Putem confrunta subiectul cu conținuturile inconștientului numai în contextul situației psihoterapeutice.

Autorul își subliniază apartenența la viziunile teoretice asupra inconștientului. Astfel, dacă domeniul psihanalizei freudiene se circumscrie inconștientului individual care cuprinde ceea ce a fost refulat în copilărie, iar domeniul psihologiei analitice introduce în special inconștientul colectiv al arhetipurilor, domeniul caracteristic pentru ceea ce studiază psihologia pulsionilor este inconștientul familial în care aspirațiile pulsionale familiale, latente și oprimate, își continuă acțiunea lor dinamică, generatoare a unui anumit pericol pulsional.

Din perspectiva definirii sistemului pulsional, criteriile pentru un sistem pulsional ideal sunt : globalitatea, posibilitatea de a analiza ierarhia factorilor pulsionali, excluderea influenței structurii proprii a cercetătorului, excluderea influenței spiritului epocii, precum și fuziunea celor trei sisteme pulsionale distincte din punct de vedere cronologic.

Ipoieza fundamentală a lui Szondi este că genele constituie sursa pulsionilor, iar acțiunile pulsionale sunt determinate de gene specifice, „genele pulsionale”.

Pulsiunea nu este un proces unitar, în care energia provine dintr-o singură sursă. Pulsiunea apare ca un compus a cel puțin patru forțe pulsionale polare. Tensiunea pulsională rezultă astfel din polaritatea aspirațiilor și trebuințelor și apare ca un elan pulsional a cărui mărime depinde de forța diferenței dintre genele care condiționează ansamblul ereditar. Această tensiune este cea care asigură dinamismul tuturor acțiunilor pulsionale.

Din această perspectivă, maladiile mintale diferă, în termeni cantitativi, nu calitativi, de condiția omului sănătos. Maladiile mintale sunt considerate, în esență, boli pulsionale, iar dezintegrarea și transformările eului și ale ansamblului personalității, precum și perturbările intelectului legate de acestea sunt forme particulare ale mecanismelor de apărare ce intervin pentru protejarea de trebuințele pulsionale periculoase.

Pornind de la cele patru grupe pulsionale patologice ereditare, Szondi consideră că există patru pulsioni corespunzătoare, denumite „vectori pulsionali” : vectorul S, pulsiunea sexuală, vectorul P, pulsiunea paroxismală, de surpriză sau de protecție, vectorul Sch, pulsiunea Eului, vectorul C, pulsiunea de contact, în fiecare manifestându-se două trebuințe pulsionale specifice denumite factori pulsionali. Astfel, cele opt maladii psihice care formează cele patru grupe ereditare, constituindu-se două câte două într-un cuplu, sunt : maladiile domeniului sexual, homosexualitatea, h, și sadismul, s ; maladiile paroxismale, epilepsia, e, și isteria, hy ; maladiile schizofrene, respectiv schizofrenia catatonică, k, și schizofrenia paranoică, p ; maladiile circulare, respectiv poziția depresivă, d, și poziția maniacală, m.

Metoda analizei destinului pulsional explorează constituțiile și mecanismele pulsionale individuale.

Un profil pulsional complet poate rezulta în urma a zece aplicări succesive. În cadrul aplicării, persoana este implicată în alegerea dintre opt imagini de purtători caracteristici ai pulsunii (există șase seturi de câte opt imagini), a celor care îl atrag, respectiv îi displac.

Metoda cantitativă pusă la punct de autor permite decelarea unor elemente esențiale pentru diagnosticul destinului individual. Reperle fundamentale pentru interpretare sunt : analiza pofilelor pulsionale, separat și comparativ ; analiza reacțiilor radicale, a reacțiilor premanifeste și a celor manifeste ; analiza profilului de culisă experimentală ; analiza comparativă a profilului de prim-plan și a profilului culisei experimentale ; analiza intrafactorială ; analiza intravectorială : trebuințele pulsionale din interiorul unei pulsuni ; calculul și interpretarea coeficientului tensiunii tendințelor ; stabilirea formulei pulsionale constituite pe baza raportului dintre factorii simptomatici și cei rădăcină și analiza pofilelor subiectului ; gradul de latență, ce prezintă factorul cu cea mai mare semnificație dinamică din interiorul vectorului ; stabilirea clasei pulsionale, pe baza gradului de latență. Clasa pasională este acel vector ce constituie forța pulsională cea mai dinamică, o veritabilă *cheie* pentru înțelegerea personalității subiectului.

Școala szondiană contemporană a produs noi abordări. Dintre cele mai semnificative, școala belgiană, reprezentată prin J. Melon și J. Schotte, a dezvoltat, pornind de la proba inițială, teoria circuitelor pulsionale, prin care propune o viziune dialectică în interiorul structurii pulsionale descrise de Szondi.

18.7. Testul culorilor Lüscher și analiza psihopatologiei funcțiilor vitale

Testul culorilor și metoda de terapie bazată pe studierea semnificației alegerilor sunt rodul cercetărilor lui Max Lüscher (1972). Numeroși autori s-au ocupat de semnificația culorii în raport cu personalitatea umană, de înțelesurile asociate culorilor. De exemplu, Goethe, încă din secolul al XIX-lea, vorbea despre funcția de apel de tip biologic, despre existența unor culori pozitive, precum roșu, oranj, galben, cu proprietăți de excitare, și negative, precum albastru sau purpuriu, care induc anxietate, tandrețe.

Lüscher creează un sistem interpretativ original al personalității. Forma standard permite evaluarea normalității sau a dezechilibrului între diferite funcții ale personalității.

Cărțile sale, *Psihologia și psihoterapia ca cultură*, 1955, și *Psihologia antropologică a funcțiilor*, 1962, oferă imaginea comportamentului uman sănătos, culturalizat. Sarcina psihologiei destinului este de a-l forma pe om pentru cultură, iar pe omul sănătos, care prin sub- sau supraaprecierea funcțiilor s-a blocat pe acest drum, să-l readucă pe calea desfășurării armonioase a funcțiilor și prin aceasta să-l îndrume în sensul împlinirii sale raționale.

Principiul de la care pornește este că atracția sau repulsia pentru o culoare provine din structura personalității, și anume din straturile inconștiente ale psihismului. Alegerea culorilor prezintă o constantă temporală, în măsura în care personalitatea este o constantă și nu se schimbă asemenea dispozițiilor. Atâta vreme cât personalitatea s-a constituit într-o

ecuație, aceasta va fi întâlnită în fiecare dintre alegerile subiectului. Modul cum subiectul alege culorile exprimă felul său de a experimenta viața și starea sa fiziologică, respectiv tonusul neurovegetativ și nivelul reglării hormonale.

Structura comportamentului uman se poate diferenția astfel în funcție de două axe de semnificații: direcția dominantă în relația personalitate-mediul și determinismul acestei relații.

Situația în care subiectul este în relație cu un obiect exterior lui este denumită de Lüscher relație de tip eterocentric. Reversul acesteia, situația în care subiectul este în relație cu un obiect interior, a cărui funcție este sinele, este denumită relație de tip autocentric.

Dacă subiectul este cel care determină forma relației cu obiectul, Lüscher vorbește de relație de tip autonom. Dacă subiectul se integrează într-o relație și se lasă determinat de obiect, relația este definită de tip eteronom. Cele patru categorii de relații sunt opuse, polare și sunt denumite categorii psihologice fundamentale.

În psihic, cele patru funcții se organizează în structuri în funcție de direcționare și determinism. Cele patru categorii ale psihologiei structurale a funcțiilor sunt (Lüscher, 1969): autocentric-eteronomă, prin trăirea propriei persoane; autocentric-autonomă, prin autodefinire; eterocentric-autonomă, când actul este definitiv pentru alteritate; eterocentric-eteronomă, când implicarea este prin empatizare.

Lüscher integrează relațiile dintre cele patru funcții într-o dinamică a personalității umane, definind personalitatea ca sistem cu autoreglare în care structurile acestor orientări fundamentale se organizează într-o unitate funcțională. Autoreglarea personalității se explică prin trei tipuri de relații funcționale reciproce: relații armonioase, cele patru funcții intră în relații armonioase; dacă una dintre funcții rămâne subdezvoltată sau dacă mai multe funcții sunt în această situație; dacă o funcție este exacerbată (exacerbarea se face pe seama alteia), aceste ultime tipuri de relații conduc la apariția unor tulburări inhibitorii în funcționarea armonioasă a personalității și devine necesară sarcina psihoterapeutică de a elibera funcția deformată din fixația rigidă în care se află și aducerea ei la nivelul corespunzător.

Principiul de bază al testului constă în faptul că subiectul alege cea culoare al cărei efect psihic și fiziologic este trăit ca plăcere. Prin această selecție, subiectul își dezvoltă o trebuință psihică. Lüscher, în 1965, insistă în legătură cu acest principiu, pe necesitatea de a separa clar între două perspective: semnificația obiectivă a diferitelor culori și atitudinea, orientarea sau setul subiectiv față de cea culoare în registrul simpatie, antipatie, indiferență. Structura obiectivă a culorii, din perspectiva formei de apariție, este aproape identică la toți oamenii, în sensul că denumirea unei culori, de exemplu albastru, semnifică pentru toți liniște, indiferent de reacția persoanei. Funcția „culorii” – orientarea – este foarte variabilă în funcție de fiecare individ în parte.

În testul de bază avem opt culori, dintre care patru sunt definite ca culori ce reprezintă funcții vitale (albastru, verde, roșu și galben), iar celelalte culori exprimă condiția afectivă instabilă (violet), condiția organică (maro-ocru), condiția de neutralitate-neimplicare (gri), condiția de negare (negru). Pentru o personalitate echilibrată, culorile vitale trebuie să stea în primele cinci poziții. Dacă una dintre culorile fundamentale stă în ultimele trei poziții (respectiv pozițiile 6, 7, 8) înseamnă că, conștient sau inconștient, subiectul respinge o funcție vitală care determină un anumit grad de anxietate.

Această anxietate trebuie compensată într-un grad sau altul prin culoarea ce se găsește pe primul loc. Atunci când o funcție vitală este diminuată, cel puțin una dintre celelalte

funcții, cea aflată pe locul I, este exacerbată, amplificată. Compensarea înseamnă exaltarea funcției și ea va funcționa la fel de dereglat ca cea respinsă. Exacerbarea înseamnă amplificarea ei nevrotică.

Aplicarea completă a testului înseamnă de fapt un material format din șapte planșe. Caracterul conștient al actului de alegere este determinat de faptul că trebuie să aleagă între diferite calități cromatice sau între diferite tonuri ale aceleiași calități. De asemenea, este explorat concomitent numărul de posibilități date. Reacțiile de alegere ale subiectului față de diferite planșe dau posibilitatea unor delimitări foarte nuanțate. Se obține un patralater de interinfluențe, denumit pătratul de funcție, care ne dă baza structurii caracterului.

Symbolismul culorilor i-a atras și pe alți creatori de probe proiective. Ca dezvoltări ale teoriei proiecției pe culoare, sunt dezvoltate astfel de teste și de alți autori. Shaw, în 1930, pune la punct *Testul de pictură cu degetele*, subiecții având la dispoziție culorile albastru, verde, roșu, galben, maro și negru.

Testul de symbolism al culorilor, Osonai și Matsuoka, 1956, prezintă 41 de cuvinte-stimul ce evocă impresii afective precum încrederea în sine, regretul, destinul, viitorul, prima întâlnire, rușinea, oboseala etc. Prezintă o planșă cu culori, 16 pătrate colorate, doi pe trei centimetri în patru rânduri de patru pătrate.

Pfister, în 1946, inventează *Testul piramidei culorilor*, care va fi pus la punct în 1951 de Heiss și Hiltman. Piramida culorilor are cinci etaje și cuprinde 15 spații pătrate. Subiectul primește pătrate de hârtie cu 24 de nuanțe diferite care derivă din zece culori fundamentale. Sunt considerate astfel culori ale extraversiei roșu, portocaliu și galben; culorile introversiei, albastru și violet; culorile reglării, verde; culorile psihismului de profunzime, alb, maro, gri, negru. Se cere subiectului să compună trei piramide succesive. Heiss și Hilman, perfecționând testul, cer subiectului să construiască și trei piramide urâte care exprimă tendințele inconștiente refulate de subiect. De asemenea, diminuează diversitatea nuanțelor de la 24 la 14, păstrând culorile fundamentale, dar reținând doar două nuanțe pentru roșu, verde, albastru, violet.

18.8. Tehnica desenului: testul arborelui, testul familiei, testul persoanei

Desenul, ca modalitate de expresie, îi permite omului să se exprime prin imagine, fără cuvinte, să dea sens lumii sale interioare fără să traducă în concept, îi permite să vorbească lumii, existenței, celui alt și sieși, despre sine, cel de acum și cel de totdeauna, printr-o modalitate care reușește să rețină în concretul desenului, sunetului sau mișcării atât ceea ce este exprimabil verbal, cât și înțelesuri trăite, dar inexprimabile prin cuvinte. Desenul este o astfel de organizare și ordonare în care eul reușește să dea sens unor conținuturi adesea iraționale, fără a pierde prea mult din ceea ce, acum și aici, nu reușește să descifreze, îi rămâne misterios, nelămurit, dar foarte real, atâta vreme cât pentru propria ființă există (Minulescu, 2001).

Utilizarea desenului pentru a putea studia și trata problemele emoționale ale adultului și ale copilului a fost introdusă de Carl Gustav Jung. De-a lungul vieții și practicii sale terapeutice, Jung a continuat să deseneze și să ceară subiecților să deseneze, uneori pentru a-și exprima visele, alteori pentru a exprima ceea ce era dificil de surprins prin descrierea

în cuvinte a lumii interioare pline de imagini puternic încărcate afectiv. Multe dintre desenele libere ale persoanelor cu probleme emoționale vor exprima teme implicând polaritatea sau opoziția pe care o trăiesc ca insurmontabilă în viața lor conștientă, căreia nu-i găsesc nicio soluție rațională.

Analizând funcția desenului ca tehnică proiectivă și terapeutică pentru copii, Widlocher (2005) distinge patru niveluri în exprimarea caracterului și afectivității: valoarea expresivă a desenului, gestul grafic, modul în care copilul tratează suprafața albă a colii, alegerea formelor și culorilor care exprimă aspecte ale stării emoționale; valoarea proiectivă propriu-zisă, prin stilul general al figurii, care exprimă anumite dispoziții fundamentale ale modului cum trăiește lumea și relația cu obiectele acesteia; valoarea narativă a desenului; prin desen copilul își dezvăluie centrele de interes, tensiunile, grijile, gusturile; valoarea simbolică, prin intervenția unor procese și mecanisme defensive care relevă natura temelor inconștiente.

18.8.1. *Testul persoanei*

În 1949, Karen Machover publică lucrarea *Proiecția personalității în desenarea figurii umane*, sistematizând observațiile proprii și ale altor autori și standardizând în bună măsură modul de administrare pentru copii și pentru adulți, precum și ipotezele interpretative.

William Urban, în 1963, publică un *Catalog de analiză interpretativă pentru testul „Desenați o persoană”*, sintetizând modalitățile de interpretare a indicilor testului pentru copii și adulți, pentru aspecte de normalitate și diferite modalități patologice.

Examinatorul va observa comportamentul subiectului, înregistrând reacțiile verbale spontane în protocol, precum și timpul de execuție. Se insistă pentru a se obține desenul unui om în întregime. După ce prima figură este desenată, examinatorul îl roagă pe subiect să deseneze o persoană de sex opus.

În varianta pentru copii, Machover le cere copiilor să răspundă la un număr de întrebări privind cele două siluete, chestionar care poate fi completat și de întrebări suplimentare. Această etapă este înlocuită pentru adult cu o anchetă privind cele două desene, care stabilește reperele mintale ale subiectului, posibilele sale identificări.

În varianta Machover, se realizează o analiză formală și o analiză de conținut. Analiza formală include observarea mărimii desenului, amplasarea în pagină, precizia trăsăturii, realismul, gradul de finisare, simetria, modul de desenare a liniei și perspectivei, proporțiile, realizarea umbrelor, adăugirile.

Analiza de conținut se poartă asupra temei desenului, atitudinii personajului, realizării fundalului și solului și relația personajului cu acestea, precum și asupra diversității și exactității diferitelor părți ale corpului, îmbrăcămintei, accesoriilor, expresiei faciale și posturii.

În interpretare, ipoteza generală este că desenul persoanei exprimă imaginea corporală a subiectului, cu traumele și conținuturile nevrotice asociate.

Ipoteza psihanalitică consideră că asupra corpului sunt proiectate trebuințele sociale, aspirațiile intelectuale, tendința de control rațional, precum și procesele de elaborare mintală ale subiectului. În sensul acestei ipoteze, imaginea de sine proiectată în test suportă omisiunile și deghizările în funcție de părțile vulnerabile ale personalității celui ce desenează.

Interpretarea clinică și simbolică va încerca să utilizeze detaliile semnificative din această perspectivă. În interpretarea indicilor este esențială interrelaționarea celor patru zone corporale. Examinatorul ia în considerare mediul subiectului, structura familială, principalele nemulțumiri, descrierea desenelor și comentariile spontane. Pune în relație reacțiile subiectului la problemele sale cu ipotezele de lucru din desen. Interpretarea se rafinează odată cu observarea detaliilor și semnificațiilor oferite de catalogul interpretativ Urban. Sinteza ipotezelor în tabloul personalității este necesară, dar dificilă. Testul permite în bună măsură diagnoza calitativă și funcțională a unor conținuturi ale personalității, în special a celor legate de imaginea de sine sau, în sens psihanalitic, de coeziunea și dificultățile imaginii corporale.

18.8.2. *Testul familiei*

Testele *Desenați o familie* și *Desenați o casă, un copac, o persoană* sunt considerate variații ale temei fundamentale a desenării omului.

Testul a fost publicat de Louis Corman, sub denumirea *Testul desenului familiei în practica medico-pedagogică*, în 1967. Testul implică interpretări ale tuturor figurilor desenate, ale amplasamentului acestora, ale relației dintre erou, părinți și frați.

Analiza se realizează de asemenea în planul formal și în cel de conținut. Elementele formale ale desenului sunt împărțite în două categorii: trăsături izolate și structuri de ansamblu. Există astfel trei niveluri ale interpretării standardizate de Corman: nivelul grafic, nivelul structurilor formale și nivelul conținutului.

Analiza la nivel grafic se referă la: modul de desenare a liniilor, calitatea și forța acestora și la zona de plasare.

Analiza structurilor formale include gradul de perfecționare a desenului, structura formală a grupului de personaje cu interacțiunea reciprocă dintre acestea, diferențiind între tipul de personalitate rigid și cel senzorial.

Analiza la nivelul conținutului introduce ipoteza diferenței dintre situația în care copilul, renunțând la imaginație și fantezie, ne prezintă propria familie, prezentând în desen ordinea ierarhică a vârstelor și importanței, și situația când intervenția factorilor interiori subiectivi îl va conduce spre proiectarea în desen a dorințelor.

Se pot explora prin desenul familiei conflictele fraternalle infantile, reacțiile agresive, reacțiile depresive, precum și complexul oedipian. Testul exprimă activitatea imaginativă a copilului în registrul ei conștient, dar și în cel al fantazării pasive. Autorul insistă în acest sens asupra faptului că psihologia relațiilor interpersonale nu poate fi înțeleasă fără permanente referințe la cadrul conceptual psihanalitic.

În planul dezvoltării psihice, testul poate studia, alături de celelalte tehnici de desen menționate, maturizarea psihomotorie și intelectuală, precum și nivelul de diferențiere în identitatea personală între cele două genuri.

18.8.3. *Testul arborelui*

În 1949, elvețianul Carl Koch, în urma unui studiu sistematic și statistic, introduce *Testul Arborelui*, standardizat ca administrare, cotare și interpretare a indicilor. Studii ulterioare

au făcut obiectul unor interpretări ale testului ca probă de dezvoltare a personalității și stadiialității intelectuale la copil.

Koch (1952) consideră că arborele are o mare valoare simbolică. Date din cultura diverselor popoare demonstrează faptul că simbolul arborelui este foarte vechi și răspândit în practic toate culturile omenirii. Arborele este purtătorul simbolului omului, în principal al verticalității, al creșterii și fecundității, al puterii și misterului. Desenarea unui arbore va purta proiecția conținuturilor inconștiente ale imaginii de sine, în toate dimensiunile ei, structurală – relația dintre nivelurile psihismului –, dar și a gradului de organizare a acestor instanțe, a defenselor, a atitudinii în fața alterității, vieții și morții, a relației între zona pământescă (rădăcini) și zona celestă.

Administrarea cere să se deseneze un arbore fructifer, cât de bine se poate; persoana poate folosi întreaga pagină. După terminarea desenului i se poate cere să deseneze un alt arbore.

Diferențe semnificative de aplicare apar în tehnica dezvoltată de Renée Stora (1964). În administrarea autoarei se dau patru desene. Instrucțiunile indică: Desenați un arbore fructifer, indiferent care, dar nu un brad. Pentru desenul II: Un alt arbore, indiferent care, dar nu un brad. Desenul III: Desenați un arbore din vis, din imaginație, un arbore care nu există în realitate. Desenul IV: Desenați un arbore, indiferent care, dar închizând ochii.

Desenele comportă două niveluri de analiză. Un prim nivel, formal, centrat pe indici cu rol de semn, simptom. Specificitatea acestor indici se relevă însă în planul analizei corelative, contextuale. Interpretarea continuă cu analiza calitativă, contextuală și a simbolurilor apărute în desen.

Koch și discipolii săi aplică testul arborelui mai ales pe copii, realizează studii statistice pentru diferiți indici și tabele de frecvență pentru 58 de indici, în funcție de vârsta subiectului.

Ca regulă fundamentală, analiza se poartă succesiv asupra următoarelor aspecte: plasamentul desenului în pagină; mărimea desenului; prezența sau absența tridimensionalității, perspectiva; calitățile liniei; tratarea diferențiată (exprimarea unei atenții relativ neobișnuite pentru unele părți ale desenului); impresia generală pe care o face desenul.

În continuare, interpretarea se va axa pe elementele componente ale copacului, distingând între un nivel stabil – scheletul copacului: rădăcini, trunchi, coroană și ramuri – și elementele de decorare – frunze, fructe, peisaj.

Arborele, ca suport al traumelor existențiale, a permis interpretarea indicelui Wittgenstein. Premisa teoretică constă în faptul că înălțimea arborelui, adică distanța de la baza desenului la vârful coroanei, conține istoria de viață a subiectului. Înălțimea arborelui desenat (H) este calculată în milimetri, de la baza desenului până în punctul său cel mai de sus. Această dimensiune se împarte la vârsta desenatorului, calculată în ani și luni (V). Acest raport numeric, H/V, reprezintă indicele care va face posibilă descoperirea vârstei la care a avut loc trauma. Se asociază acest indice cu înălțimea zonei unde apar pe trunchi indicii de traumă (scorbură, despicare, ramură tăiată etc.). Cu ajutorul indicelui W se pot decela pe desen anumite aspecte ale istoriei individuale, în parte uitate, dar care au lăsat urme în psihismul subiectului.

Cadrul interpretativ general este constituit plecând de la schema grafică a lui Max Pulver, conform căruia se disting semnificații diferite ale diferitelor zone ale hârtiei. Dispoziția arborelui, echilibrarea diferitelor părți, situarea predominantă în una sau alta dintre aceste zone orientează spre ipoteze diferite privind maturitatea afectivă, relația dintre interior și exterior, atitudinea dominantă etc.

O serie de cercetări ale lui Koch, Stora, și Kellog (1957) se referă la dimensiunea interpretativă legată de nivelul de dezvoltare psihică, punând în evidență modalități de a diagnostica nivelul de dezvoltare mintală. Cercetând cei peste 50 de indicatori din perspectiva frecvenței la diferite niveluri de vârstă, de la 5 la 16 ani, Koch descrie 17 trăsături ca deosebit de diagnostice, conducând spre standardizarea interpretării testului. S-au desprins o serie de indici, denumiți „forme primare”, a căror apariție poate trasa o etapizare a evoluției psihice de-a lungul miciei copilării, până în perioada adolescenței. Astfel de forme apar pe rând și sunt înlocuite treptat cu forme mai evolute. Apariția lor la alte vârste decât cele ale copilăriei este un indiciu al regresiei sau retardării.

18.8.4. *Desenul serial*

Este o tehnică terapeutică în care terapeutul se întâlnește cu copilul într-un număr de ședințe și îi cere acestuia să deseneze. În decursul acestor ședințe, se formează o relație, problemele sunt exprimate simbolic prin proiecția care are loc în desen și poate să apară o rezolvare a conflictelor interioare și poate fi pus în joc un proces de vindecare.

Această abordare serială a desenului a fost prima dată comentată de Jung, prin comparație cu analizarea unui singur desen sau a două desene realizate într-o singură ședință. Această serie de ședințe de exprimare prin desen activează potențialul de vindecare interioară, natural, blocat până în acel moment, și dă posibilitatea unei dinamici transformative în care conflictele sunt exprimate și rezolvate, iar terapeutul își poate forma o imagine din ce în ce mai clară asupra activității inconștiente intrapsihice. Caracteristică pentru această tehnică este dinamica între proiecție ca atare și transfer și contratransfer, pe de altă parte.

Desenul este o tehnică proiectivă care apelează la spontaneitate, provoacă exprimarea sentimentelor și dinamica interioară fără a recurge la cuvinte, restrângând acțiunea constrângătoare a intenționalității conștiente.

Bibliografie

- Anzieu, D., Chabert, C. (1992). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.
- Bucci, W. (1985). Dual coding : A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 571-607.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod.
- Düss, L. (1971). *La méthode des fables en psychanalyse infantile*. Paris : l'Arche.
- Düss, L. (2009). *Testul fabulelor*. București : Editura Trei.
- Frank, L.K. (1939). Projective methods for the study of personality. *The journal of psychology*, 8, 389-414.
- Hall, M.H. (1968). The psychology of personality : A conversation with Henry A. Murray. *Psychology Today*, 2(4), 56-63.
- Jacobi, M. (1984). *Întâlnirea analitică : Transfer și relație interumană*. Inner City Books.
- Kast, V. (1980). *The association experiment in therapeutically practice*. Kusunacht : C.G. Jung Institut.
- Kast, V. (1984). Paare : Beziehungphanasien oder wie Götter sich in Menchen spiegeln, Buchreihe Symbole. Kreuz.
- Kellog, R. (1957). *Child Art Collection*. Washington, DC : Microcard Editions Inc.

- Koch, C. (1952). *The tree test. The tree drawing test as an aid in psychodiagnosis*. Berna : Hans Huber.
- Lis, A. (1998). *Tecniche proiettive per l'immagine della personalità*. Bologna : Il Mulino.
- Lüscher, M. (1969). *Lüscher Color Test* (1st ed.). Random House.
- Lüscher, M. (1972). „*The Lüscher Colour Test*”, *Remarkable Test That Reveals Your Personality Through Color*. Pan Books.
- Minulescu, M. (2001). *Tehnici proiective*. București : Editura Titu Maiorescu.
- Minulescu, M., Iliescu, D. (2009). *Construct validation of projective drawing tests : tree, person, family*. The 10th Conference of the European Association of Psychological Assessment, Ghent.
- Pichot, P., Danjon, S. (1964). *Manuel de frustration de Rosenzweig*. Paris : CPA.
- Rotter, J.B., Rafferty, J.E. (1950). *The Rotter Incomplete Sentences Blank. Manual, College Form*. New York, NY: The Psychological Corporation.
- Stora, R. (1964). La personnalité à travers le test de l'arbre. *Bulletin de psychologie*, 17(1/224 ; 2/224), 1-181.
- Urban, W. (1963). *Draw-A-Person Catalogue for Interpretative Analysis*. Western Psychological Services.
- Widlocher, D. (2005). *Traite de psychopathologie*. Paris : PUF.

19. Instrumente psihologice pentru evaluarea preșcolarilor

Florinda Golu
Universitatea din București

Rezumat

În demersul de evaluare, problemele copilului trebuie abordate în contextul reperelor de dezvoltare, potrivit standardelor fiecărei vârste (Golu, 2015). Astfel, chiar dacă, între anumite limite de vârstă, profilul psihic al copiilor este asemănător, conținutul dezvoltării psihice, direcția și tempoul ei sunt diferite, în funcție de zestia genetică și variațiile factorilor de mediu și de educație.

Capitolul de față își propune să ofere o analiză sistematică și o perspectivă unitară în ceea ce privește demersul de evaluare psihologică a copiilor preșcolari, evidențiind modalitățile și instrumentele de evaluare cele mai frecvente, recente și adecvate acestui nivel de vârstă. Analiza literaturii de specialitate a relevat faptul că evaluarea preșcolarilor copiilor este un demers amplu și complex, bazat pe multiple surse de informare și pe abordarea mai multor arii/domenii de dezvoltare: fizică/motorie, cognitivă, lingvistică, socioemoțională, adaptivă/comportamentală.

19.1. Scopul, necesitatea și specificul evaluării copilului preșcolar

Performanțele și manifestările preșcolarului sunt mediate de numeroase variabile psihologice (trebuințe, interese, disponibilități, abilități, structuri tipologice, emoționalitate, achiziții anterioare), care acționează ca o grilă de recepție selectivă, imprimând o notă de specificitate individuală proceselor de învățare și conduitelor copilului (Golu și Golu, 2003). Concomitent însă, acționează și legea aderenței personalității individuale la tabloul de valori medii al caracteristicilor psihice induse de apartenența mai multor copii la același stadiu de dezvoltare psihică.

În contextul preșcolarității, specialiștii evaluează frecvent copiii care prezintă dificultăți în cadrul sistemului de învățământ preșcolar. Astfel, sunt evaluate natura și dimensiunile dificultăților de învățare, nivelul dezvoltării intelectuale, problemele comportamentale. Pe baza acestor măsurători, se pot realiza planuri educaționale individualizate, poate fi

estimată responsivitatea copilului la intervenție, pot fi creionate recomandări specifice (Sattler, 2001, apud Groth-Marnat, 2003). Planurile educaționale vor include interacțiunile dintre abilitățile copilului, trăsăturile lui de personalitate, caracteristicile educatorului, nevoile și așteptările părinților.

Potrivit datelor oferite de Evangelista și Rezek (1999), în general, evaluarea copilului preșcolar include: evaluarea dezvoltării (evaluarea sistemului familial, evaluare bazată pe joc, interviuri), evaluarea cognitivă standardizată (evaluare bazată pe curriculum, evaluare ecologică, evaluare bazată pe arhive), evaluarea dinamică (scale de evaluare, observații sistematice și naturale). De aceea, remarcă autorii menționați, o evaluare complexă se realizează în echipe multi-disciplinare, incluzând clinicieni, psihologi școlari, educatori, părinți/îngrijitori, medici.

Pornind de la premisa că testarea individuală a copilului furnizează o cantitate limitată de informații, este necesară analiza comportamentului copilului în condiții naturale, prin evaluarea mediului grădiniței (interacțiunile copilului cu educatorii, cu ceilalți copii, cu colectivul, stilurile educaționale și comunicaționale ale educatorului) și evaluarea mediului familial (interacțiunile copil-părinte, părinte-părinte, copil-frați/surori, copil-alți membri ai familiei, stilurile parentale, conflictele maritale). După cum subliniază Groth-Marnat (2003), în lipsa evaluării unor contexte mai ample în care trăiește și se dezvoltă copilul, demersul de evaluare psihologică ar fi incomplet și chiar inefficient.

Evaluarea preșcolarilor parcurge două faze (Department of Education, 2010). Prima fază evaluează *contextul educațional*, mai exact natura și calitatea mediului de învățare al copilului. Dacă preșcolarul nu este expus la un proces instrucțional adecvat și de calitate, performanțele lui vor fi scăzute. A doua fază presupune aplicarea unui *screening general* și a unei *baterii de evaluare*, incluzând probe pentru evaluarea senzorio-motorie, nivelului intelectual, comunicării și limbajului, abilităților preacademice, comportamentului adaptiv și socioemoțional.

Un aspect semnificativ îl constituie *evaluarea contextului familial*, acest demers urmărind evaluarea tipurilor și nivelurilor de funcționalitate/disfuncționalitate din sistemul familial: patternurile implicate în declanșarea, întreținerea sau agravarea problemelor copilului, deficiențele de comunicare, schimburile emoționale, rolurile familiale. Necesitatea diagnosticului familial este explicată prin faptul că reacțiile sau simptomele copilului sunt, de cele mai multe ori, mecanisme de apărare patologică sau de protest în dinamica familială (Vladislav, 2015).

Similar etapelor consacrate ale evaluării clinice, în evaluarea copiilor preșcolari sunt stabiliți următorii pași: clarificarea problemei/motivului evaluării; informarea specifică pe problematica identificată; colectarea informațiilor din surse multiple (prin aplicarea de teste, observații comportamentale, fișe medicale, interviu cu părinții ori educatorii); interpretarea datelor obținute prin prisma factorilor predispozanți, precipitatori, de menținere, etiologici (Groth-Marnat, 2003).

19.2. Metode, tehnici și instrumente de evaluare a copiilor preșcolari

Evaluarea este un demers integrativ, prin corelarea rezultatelor furnizate de testele psihologice cu datele obținute în urma observației, interviului, analizei produselor activității.

Utilizarea acestora depinde însă de scopul evaluării, de natura problemelor evaluate, de caracteristicile copilului. Principalele preocupări ale specialiștilor în evaluare psihologică se reflectă în componentele evaluate, calitatea instrumentelor utilizate, condițiile de evaluare și modul în care vor fi utilizate rezultatele.

19.2.1. Tehnici anamnestice și de interviu

Investigarea istoriei personale și a istoriei dezvoltării copilului poate fi realizată sub forma listării unor dimensiuni tip *checklist*, urmărind o serie de coordonate (Groth-Marnat, 2003) :

- *Istoricul problemei* : descrierea problemei ; cadrul inițial ; modificările în frecvență ; antecedente și consecințe ; intensitate și durată ; tratament anterior ; tentative de soluționare.
- *Istoricul familial* : nivel socioeconomic ; ocupațiile părinților ; istoricul medical și/sau emoțional ; statutul marital al părinților ; constelația familială ; starea actuală de sănătate a părinților ; relațiile intrafamiliale ; mediul de proveniență (urban/rural).
- *Istoricul personal* : copilăria timpurie (reper de dezvoltare ; climatul familial ; contactele cu părinții ; istoricul medical timpuriu) ; preșcolăritatea (adaptarea la mediul preșcolar ; achiziții academice ; hobby-uri, preferințe, interese ; relațiile cu covârșnicii și cu părinții ; schimbări de viață semnificative).

O modalitate prin care se pot obține date semnificative despre copil este *interviul*. Acesta vizează obținerea de informații preliminare, stabilirea relației cu copilul, evaluarea punctelor tari ale copilului, evaluarea nivelului adaptiv, identificarea naturii problemei, identificarea istoriei personale și familiale, stabilirea direcțiilor generale de intervenție. Indiferent dacă optăm pentru interviuri nestructurate, semistructurate sau structurate, acestea permit plasarea rezultatelor ulterioare ale copilului într-un context mai amplu, util în predicția viitoarelor comportamente, precum și centrarea exclusivă pe copil, în comparație cu concentrarea pe ceea ce copilul face sau nu face comparativ cu grupul normativ, specifică testelor standardizate (Groth-Marnat, 2003).

19.2.1.1. Interviul cu copilul

a. Obiective ale interviului :

- Să stabilească un raport adecvat cu copilul ;
- Să identifice perspectiva copilului cu privire la funcționarea sa ;
- Să stabilească problema ce necesită intervenție ;
- Să identifice punctele tari și competențele copilului, ce se pot utiliza ca resurse în intervenție ;
- Să identifice perspectiva copilului cu privire la diferitele modalități de intervenție ;
- Să permită observarea directă a comportamentelor, trăirilor și stilurilor interacționale ale copilului.

b. Arii tematice :

Activități și interese : activitățile preferate, sporturi, hobby-uri, jocuri („Cum îți place să-ți petreci timpul liber ?” ; „Faci vreun sport ?” ; „Care este emisiunea ta preferată de la televizor/desenul tău animat preferat ?” „Ce-ți place la acesta/acestea ?”).

Grădiniță și activități : aspecte plăcute și neplăcute referitoare la grădiniță, calificative, atitudini față de educatori, îngrijorări cu privire la grădiniță, activități („Ce-ți place cel mai mult să faci la grădiniță?”; „Ce nu-ți place?”; „Cum ești apreciat, ce fel de bulinuțe/calificative iei?”; „Participi și la alte tipuri de activități?”; „Care dintre educatori îți plac mai mult? Ce-ți place la aceștia?”; „Care dintre educatori nu îți plac? Ce nu-ți place?”; „Îți faci griji cu privire la grădiniță?”; „Care sunt motivele tale de îngrijorare?”; „Dacă ai putea schimba ceva cu privire la grădiniță, ce ai schimba?”).

Prieteni și relațiile cu covârșnicii : numărul de prieteni, activitățile desfășurate, covârșnicii agreeți și neagreeți, probleme sociale, strategii de coping („Câți prieteni ai? Crezi că numărul este suficient? Sunt băieți sau fete? Ce vârste au?”; „Cum vă petreceți timpul?”; „Spune-mi despre o persoană pe care o plăci. Ce-ți place la această persoană?”; „Spune-mi despre o persoană pe care nu o plăci. Ce nu-ți place la această persoană?”; „Ai probleme în relațiile cu ceilalți copii? Ce fel de probleme? Ce ai încercat să faci în privința aceasta?”; „Te simți uneori singur sau dat la o parte? Ce faci atunci când se întâmplă lucrul acesta?”; „Intri uneori în certuri sau bătăi cu ceilalți copii? Cum se termină de obicei acestea?”; „Cum ai putea rezolva aceste probleme, în afară de certuri sau bătăi?”).

Situația familială și relațiile intrafamiliale : membrii familiei, reguli și pedepse, relațiile cu părinții, cu frații, relațiile dintre părinți („Hai să discutăm despre familia ta. Cine sunt membrii familiei tale?”; „Care sunt regulile din casa ta? Cine le face? Ce se întâmplă atunci când copiii încalcă regulile?”; „Ce simți în legătură cu aceste reguli?”; „Ce fel de pedepse se aplică la tine acasă? Cine dă aceste pedepse? Ce simți în legătură cu acestea?”; „Primești sarcini acasă?”; „Copiii primesc vreo recompensă specială atunci când fac ceva bine?”; „Cum te înțelegi cu membrii familiei tale? Cu cine te înțelegi cel mai bine? Cu cine nu te înțelegi deloc?”; „Cum se înțeleg părinții tăi?”).

Conștiință de sine și trăiri : trei dorințe; scopuri pentru viitor; dorința de a schimba ceva acasă; trăiri; griji; gânduri neadecvate („Dacă ți-ai pune trei dorințe, care ar fi acestea și care ar fi motivele tale?”; „Cum ți-ai dori să fie lucrurile când vei fi mare?”; „Dacă ai putea schimba ceva la tine, ce ai schimba?”; „Vorbește-mi despre tine. Ce te face fericit? Ce te întristează? Ce te enervează/ce te înfurie? Ce te înfricoșează? Ce faci atunci când ești fericit/trist/enervat, furios/înfricoșat?”; „Ce te îngrijorează?”) (McConaughy, 2005).

Marea majoritate a specialiștilor recomandă să se înceapă cu întrebări deschise și, pe parcurs, observând răspunsurile copilului, să fie introduse și întrebările directe (Beutler și Groth-Marnat, 2003; apud Groth-Marnat, 2003). Întrebările deschise vor facilita comentariile, clarificările, exprimarea deschisă și liberă. Vor fi observate și notate, pe parcurs, informații legate de gradul de asertivitate, tonul vocii, nivelul de energie, eventualele ezitări, fluența verbală. Adițional, pot fi adresate întrebări suplimentare – „Spune-mi mai multe despre...”, „Ai putea să-mi dai mai multe detalii despre...”, „Ai putea să-mi dai un exemplu...? – ori pot fi utilizați indicatori nonverbalii de încurajare, precum contactul vizual sau a da din cap aprobator. Afirmările de tip empatic facilitează, de asemenea, autodezvăluirea: „Trebuie să fi fost dificil pentru tine...”. Ulterior, întrebările închise pot fi utilizate pentru a completa lacunele din declarațiile copilului. Examinatorul va revizui, în final, *checklistul* inițial pentru a stabili gradul de acoperire al tuturor ariilor (Vladislav, 2015).

În ceea ce privește utilizarea întrebării „de ce”, aceasta activează defensivitatea copilului. Această întrebare conține note acuzatoare și critice, forțând astfel copilul să se simtă răspunzător pentru comportamentul său. Astfel, acesta va deveni rațional, disociindu-se de planul emoțional. Sunt de preferat întrebările de tipul „Cum înțelegi situația X?”, „Cum de s-a întâmplat să...?”, care vor genera mai degrabă descrieri, nu justificări, permițându-i copilului să fie mai focusat pe propriile emoții (Vladislav, 2015).

19.2.1.2. Interviu cu părintele

a. *Obiective ale interviului :*

- Să stabilească un raport adecvat cu părintele ;
- Să identifice principalele preocupări ale părintelui cu privire la copil ;
- Să identifice problema specifică ce necesită intervenție ;
- Să identifice punctele tari și competențele copilului, ce se pot utiliza ca resurse în intervenție ;
- Să permită obținerea de date despre istoricul dezvoltării copilului ;
- Să identifice eventualele intervenții anterioare ;
- Să evalueze eficiența intervențiilor anterioare ;
- Să evalueze fezabilitatea intervențiilor ulterioare.

b. *Arii tematice :*

Preocupări cu privire la copil

Probleme comportamentale și/sau emoționale : specificul problemei, priorități pentru intervenție, antecedente și consecințe ale problemei, eventuale probleme în alte arii.

Funcționarea socială : prieteni, probleme sociale, bătaii și agresivitate, anxietate și depresie.

Funcționarea preșcolară : calificative, activități, educatori, teme, probleme de învățare, probleme comportamentale, alte preocupări.

Istoricul medical și al dezvoltării

Relațiile intrafamiliale și situația familială : compoziția familiei, mediul familial, relațiile dintre membri, reguli și pedepse, sarcini și recompense (McConaughy, 2005).

19.2.1.3. Interviu cu cadrul didactic

a. *Obiective ale interviului :*

- Să identifice principalele preocupări ale cadrului didactic cu privire la copil ;
- Să identifice problema specifică ce necesită intervenție ;
- Să identifice punctele tari și competențele copilului, ce se pot utiliza ca resurse în intervenție ;
- Să permită obținerea de date despre istoricul dezvoltării educaționale a copilului ;
- Să identifice eventualele intervenții anterioare ;
- Să evalueze eficiența intervențiilor anterioare ;
- Să evalueze fezabilitatea intervențiilor ulterioare.

b. *Arii tematice :*

Preocupări cu privire la copil

Probleme comportamentale preșcolare : specificul problemei, priorități pentru intervenție, antecedente și consecințe ale problemei, eventuale probleme în alte arii.

Performanțe academice : calificative, activități, cadre didactice, teme.

Strategii educaționale : strategii de predare, strategii de memorare.

Intervenții la nivel educațional

Servicii de specialitate (McConaughy, 2005).

19.2.2. Screeningul dezvoltării

Instrumentele de tip screening nu au rol diagnostic, ci indică acei copii cu risc înalt pentru anumite probleme și care necesită o evaluare riguroasă. Acestea cuprind anumite expectații privind diferitele dimensiuni ale comportamentului copilului, pentru o anumită vârstă (Bedford, Walton și Ahn, 2013).

DDST II – Denver Developmental Screening Test, elaborat de Frankenburg *et al.* în 1967 (Black și Powell, 2004), se adresează copiilor de la 0 la 6 ani, permițând identificarea potențialelor probleme de dezvoltare. Cei 125 de itemi vizează evaluarea performanței copilului la un număr de sarcini potrivite vârstei, comparându-se apoi performanța copilului cu cea a altor copii de aceeași vârstă. Sunt evaluate patru arii : Personal-Social (interacțiunea cu alte persoane și capacitatea de a avea grijă de propriile nevoi, 25 de itemi) ; Motor Fin-Adaptativ (coordonare ochi-mână, manipularea obiectelor mici și rezolvarea de probleme, 29 de itemi) ; Limbaj (auz, înțelegerea și utilizarea limbajului, 39 de itemi) ; Motor Grosier (statul jos, mersul, săritul, mișcărilor care implică mușchii mari ai corpului, 32 de itemi). Testul include și 5 itemi de comportament în timpul testării. Instrumentul este adaptat pe populația românească de Test Central (www.testcentral.ro).

Scalele Bayley pentru nou-născuți și copii mici (Bayley Scales of Infant and Toddler Development, third edition, 2005) se utilizează de la o lună la 42 de luni. Scalele Bayley III acoperă cinci domenii ale dezvoltării : cognitiv, motor și limbaj (itemi adresați copilului), interacțiuni, socioemoțional și comportament adaptiv (itemi adresați părinților). Itemii sunt aranjați în ordinea vârstei de plasare a copilului, adică vârsta la care 50% dintre copiii testați reușesc la un item dat. De aceea, pentru fiecare item sunt indicate vârsta de plasare, precum și limitele de vârstă între care itemul este trecut de 5% și 95% dintre copiii ce au făcut parte din lotul de standardizare. În cazul în care copilul prezintă probleme în dezvoltare, se recomandă să se înceapă cu un nivel mai scăzut. Testul prezintă caracteristici psihometrice bune și corelații puternice cu WPPSI (Bedford, Walton și Ahn, 2013).

Chestionarul vârstelor și stadiilor (Ages and Stages Questionnaires – ASQ-3, 2009) este utilizat în screeningul întârzierilor în dezvoltare, de la o lună la 66 de luni (5 ani și jumătate). Conține 21 de seturi de întrebări specifice vârstei. Fiecare set cuprinde și o secțiune demografică și 30 de întrebări cu privire la dezvoltarea copilului, divizate în cinci domenii, cu răspunsuri de tip „da”/„câteodată”/„deocamdată nu”. Părinților li se recomandă să realizeze diferite activități cu copilul și să se asigure că acesta este odihnit și hrănit înainte de desfășurarea lor. Exemple de întrebări : comunicare („Fără a-i arăta,

copilul dumneavoastră identifică corect un anumit element din imaginea prezentată ? ”); motricitate grosieră („Copilul sare de pe podea cu ambele picioare în același timp ? ”); motricitate de finețe („Copilul duce lingura la gură în așa fel încât mâncarea să nu se verse ? ”); rezolvare de probleme („Dacă își dorește un obiect la care nu poate să ajungă, copilul se folosește de un scaun sau o cutie pentru a reuși ? ”); personal și social („Copilul imită activități precum pieptănat, spălat, bărbierit ? ”). Suplimentar, se pot adresa părinților întrebări cu răspuns deschis, cu privire la preocupările acestora : „Aveți anumite îngrijorări cu privire la comportamentul copilului ? Dacă da, explicați”. Chestionarul oferă un scor pentru fiecare arie, comparat cu scorul *cut-off* de pe foaia de scorare, precum și un scor global. Scorurile situate sub scorul *cut-off* indică necesitatea unor evaluări suplimentare, scorurile apropiate indică monitorizarea, iar cele situate peste scorul *cut-off* indică dezvoltarea normală potrivit vârstei (Bedford, Walton și Ahn, 2013).

Evaluarea statusului dezvoltării de către părinți (Parents' Evaluation of Developmental Status – PEDS, 1997) surprinde preocupările părinților cu privire la dezvoltarea și sănătatea copilului, de la 0 la 8 ani, permițând screeningul și evaluarea dezvoltării, pentru următoarele domenii : global/cognitiv, limbaj expresiv și articulare, limbaj receptiv, motricitate de finețe și motricitate grosieră, comportament, socioemoțional, deprinderi de autoservire, școală. Se începe cu un item general : „Listați toate preocupările cu privire la dezvoltarea, comportamentul și învățarea copilului”, urmat de opt întrebări scurte, pentru surprinderea preocupărilor părinților pentru fiecare arie de dezvoltare. Exemple de itemi : „Vă preocupă modul în care copilul își mișcă mâinile și picioarele ? ” ; „Vă preocupă modul în care se comportă copilul ? ”. Răspunsurile sunt de tipul : „nu”/„da”/„puțin (detaliați)”. Scorarea se realizează conform ghidului de administrare și scorare ; formularul de scorare conține coloane pentru fiecare medie de vârstă (ceea ce permite urmărirea progreselor copilului în timp) și evidențiază acele preocupări care prezic problemele. PEDS prezintă calități psihometrice bune pentru fidelitatea interexaminatori, consistență internă, validitate predictivă și validitate concurentă moderată (Ringwalt, 2008 ; Bedford, Walton și Ahn, 2013).

Scalele comportamentale pentru preșcolari, ediția a doua (Preschool and Kindergarten Behavior Scales, second edition – PBKS-2 ; Merrell, 2002) – includ 34 de itemi pentru Scala abilităților sociale (incluzând cooperare socială, interacțiune socială, independență socială) și 42 de itemi pentru Scala problemelor comportamentale (incluzând externalizare și internalizare). Aceste scale au fost dezvoltate pentru screeningul preșcolarilor, în vederea stabilirii unor planuri de intervenție. Forma pentru părinți (*Parent Form, PKBS-2-P*), cu 72 de itemi, și Forma pentru cadre didactice (*Teacher version, PKBS-2-T*), cu 76 de itemi, subsumează Scalele privind problemele copilului (probleme comportamentale generale, internalizare, externalizare) și Scalele adaptive sau privind competențele copilului (abilități sociale generale, cooperare socială, interacțiune socială, independență socială). Scalele au consistență internă și validitate concurentă bune, fidelitate interexaminatori moderată (Ringwalt, 2008).

Inventarul de screening timpuriu – revizuit (Early Screening Inventory – Revised, ESI-R) permite identificarea copiilor care necesită servicii educaționale de specialitate, prin evaluarea abilităților copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 6 ani în ariile vizuală, motorie, adaptivă, limbaj și dezvoltare cognitivă. Utilitatea acestui instrument se reflectă în posibilitatea de a dezvolta programe educaționale individualizate întârzierilor în dezvoltare, problemelor ori blocajelor de învățare, pregătirii pentru școală. Au fost raportate

caracteristici psihometrice bune pentru fidelitatea interexaminatori, test-retest și validitate predictivă (Ringwalt, 2008).

19.2.3. *Principalele arii ale dezvoltării și evaluarea dezvoltării generale*

Bedford, Walton și Ahn (2013) subliniază faptul că evaluarea nivelului de dezvoltare presupune evaluarea abilităților copiilor și raportarea acestora la nivelul copiilor de aceeași vârstă, în termeni de sarcini de dezvoltare pe care aceștia le pot îndeplini. În acest demers, specialiștii (Black și Powell, 2004 ; Bedford, Walton și Ahn, 2013) au concluzionat asupra principalelor domenii/arii ale dezvoltării evaluate la copil :

- *Domeniul fizic și motor* : motricitate grosieră și de finețe, incluzând control muscular, control corporal, locomoție, manipularea obiectelor, comutarea poziției.
- *Domeniul cognitiv* : discriminare perceptuală, retenția de informații, raționament verbal și nonverbal, rezolvarea de probleme, înțelegerea și aplicarea acestora în practică.
- *Domeniul lingvistic* : limbaj articulat, receptiv și expresiv.
- *Domeniul socioemoțional* : abilități și caracteristici care îi permit copilului să se angajeze în interacțiuni sociale pozitive și semnificative cu adulți și covârșnici, exprimarea trăirilor, conceptul de sine, coping, roluri sociale, responsivitate socială.
- *Domeniul adaptiv* : abilități și deprinderi de autoservire, care îi conferă copilului independență în activitățile cotidiene, precum și abilități raportate la sarcină, de tipul menținerii atenției asupra stimulilor, asumarea responsabilității pentru propriile acțiuni, inițierea de activități cu scop.

Dintre cele mai cunoscute și larg utilizate instrumente de evaluare a ariilor de dezvoltare generală la copiii preșcolari menționăm :

Bateria de evaluare neuropsihologică la copii Nepsy-II (Korkman, Kirk și Kemp, 2007) permite evaluarea mai multor arii specifice ale dezvoltării neuropsihologice a copilului cu vârste cuprinse între 3 și 12 ani, oferind informații cu privire la tulburările specifice ale copilăriei, vizând : percepția socială, funcțiile executive/atenția, limbajul, memoria și învățarea, funcționarea senzorio-motorie, procesarea vizuo-spațială. Bateria permite evaluarea funcțiilor executive, printr-o mare varietate de subteste adecvate nevoilor copilului, furnizând repere diagnostice relevante pentru dezvoltarea normală și cea atipică și facilitând astfel stabilirea unor planuri ulterioare de intervenție. Instrumentul prezintă calități psihometrice bune pentru fidelitate și validitate, precum și senzitivitate clinică, subtestele fiind etalonate și validate pe populația din România de Cognitrom (www.cognitrom.ro).

Platforma de evaluare a dezvoltării (PEDa) este un sistem computerizat ce permite evaluarea dezvoltării copiilor de 3-6/7 ani, a nivelului de pregătire pentru școală și a eventualelor tulburări din sfera sănătății mentale. Sunt incluse o serie de scale de evaluare a competențelor copiilor preșcolari, de tip cognitiv, emoțional și social, temperament, autonomie personală, motric, pregătire pentru școală, precum și o mare varietate de scale de screening psihiatric pentru tulburările specifice copilăriei, cu forme pentru părinte și educator. Scalele sunt etalonate și validate pe populația din România de Cognitrom (www.cognitrom.ro).

Scalele McCarthy pentru abilitățile copiilor (McCarthy Scales of Children's Abilities – MSCA), construite în scopul evaluării cognitive și motorii a copiilor de 2-4 ani, până la 7-8 ani, conțin șase subscale : scala verbală (înțelegerea și procesarea stimulilor vizuali și exprimarea gândurilor), scala de performanță perceptuală (coordonare vizuo-motorie și raționament nonverbal), scala cantitativă (operarea cu numere și înțelegerea conceptelor cantitative), scala de memorie (memoria de scurtă durată, evaluată prin stimuli vizuali și auditivi), scala motorie (coordonare motorie grosieră și de finețe) și scala cognitivă generală (raționament, formarea conceptelor și memorie în rezolvarea de probleme verbale și numerice și în manipularea obiectelor) (Health & Psychology Catalogue, 2016).

19.2.4. *Evaluarea cognitivă*

În evaluarea cognitivă, pornim de la premisa că unul din punctele forte ale testelor de inteligență îl constituie acuratețea în predicția comportamentelor viitoare. S-a dovedit că testele de inteligență constituie predictorii puternici ai achizițiilor academice (Gregory, 1999, Mackintosh, 1998, apud Groth-Marnat, 2003), ai performanțelor profesionale (Schmidt și Hunter, 1998, Wagner, 1997, apud Groth-Marnat, 2003) și ai prezenței deficitelor neuropsihologice (Groth-Marnat, 2002, Groth-Marnat, Gallagher, Hale și Kaplan, 2000, apud Groth-Marnat, 2003).

Scala de inteligență Wechsler pentru copii preșcolari și școlari (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – WPPSI) a fost publicată de David Wechsler inițial în 1967, revizuită în 1989 (WPPSI-R) și în 2002 (WPPSI-III). Fiind o extensie a WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*), scala a constituit primul instrument complex de evaluare cognitivă a copiilor cu vârste între 4 și 6 ani și 6 luni (versiunea din 1967) și 3 și 7 ani și 3 luni (versiunea din 1989). Scala cuprinde subteste verbale (informații, vocabular, aritmetică, similitudini, înțelegere, propoziții) și subteste de performanță (casa/cuiele animalului, completarea imaginii, labirinturi, desen geometric, cuburi, asamblarea obiectului, acesta din urmă fiind adăugat la revizia din 1989), în urma cărora rezultă trei tipuri de IQ : IQ verbal, IQ performanță și IQ total. Scala prezintă caracteristici psihometrice bune și corelații puternice cu scala Stanford-Binet (Health & Psychology Catalogue, 2016).

Scala Wechsler pentru abilități nonverbale (Wechsler Nonverbal Scale of Ability – WNV ; Wechsler și Naglieri, 2006) se adresează vârștelor de 4 ani – 21 de ani și 11 luni, în special persoanelor cu probleme lingvistice ori vorbitori de alte limbi. Subtestele includ : matrici, asamblarea obiectului, coduri, recunoaștere, deschidere spațială, aranjarea imaginilor. Subtestele se selectează și se aplică în conformitate cu vârșta copilului/adolescentului (Health & Psychology Catalogue, 2016).

Matricile Progressive Color (CPM), elaborate de John C. Raven, permit măsurarea proceselor intelectuale ale copiilor cu vârște între 4 și 11 ani, urmărind inteligența nonverbală. Testul este alcătuit din 36 de itemi organizați în trei serii, fiecare a câte 12 itemi : A, Ab și B. În realizarea sarcinilor sunt implicate elemente perceptiv ce trebuie comparate și clasificate, detalii, forme și poziții în schema de alegere, alegere analitică abstractă, organizare a câmpului perceptiv, identificare de similitudini, analogii, permutări, descompunerea figurilor în elemente. Reușita la test depinde de abilitatea de a completa

patternurile continue, pentru seria A, abilitatea de a percepe figuri discrete ca întreguri relaționate spațial, de a alege figura care completează modelul/întregul, pentru seria Ab, și abilitatea de a realiza analogii, pentru seria B. Testul este disponibil și la noi în țară, fiind adaptat cultural pe populația românească de un colectiv de autori coordonat de prof. Anca Dobrean, RTS Cluj (www.rtscluj.ro).

Testul cuburilor Kohs (The Block Design Test), elaborat de S.C. Kohs, reprezintă un instrument de screening al abilităților cognitive nonverbale ale copiilor și adolescenților cu vârste de 4-19 ani, însă poate fi utilizat și în cazul adulților. Sunt incluși 17 itemi nonverbalii (desene-stimuli), concepuți în baza teoriei asupra măsurării inteligenței ca raport între vârsta mentală și vârsta cronologică, solicitându-i copilului gândirea spațială, gândirea analitică și sintetică. Se cotează reușita, exactitatea, timpul, numărul de mutări. Testul este adaptat pe populația românească de Test Central (www.testcentral.ro).

19.2.5. Evaluarea limbajului și comunicării

Investigarea Kaufman a abilităților academice și lingvistice timpurii (Kaufman Survey of Early Academic and Language Skills – K-SEALS), instrument elaborat de A.S. Kaufman și N.L. Kaufman, se adresează copiilor de 3 – 6 ani și 11 luni, permițând evaluarea pregătirii pentru școală, evaluarea dezvoltării timpurii a copilului, precum și identificarea copiilor înzestrați și evaluarea eficienței unor programe. Instrumentul conține subteste separate : vocabular, numere, litere și cuvinte, evaluarea articulării (Health & Psychology Catalogue, 2016).

Evaluarea diagnostică a articulării și fonologiei (Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology – DEAP), instrument elaborat în anul 2002 de B. Dodd *et al.*, permite identificarea și diferențierea problemelor de articulare, fonologiei întârziate și tulburării fonologice, la copiii de 3 – 6 ani și 11 luni. Acest instrument conține itemi ce includ sunete, cuvinte, vocale și consoane, foneme și simboluri (Health & Psychology Catalogue, 2016).

Scala de limbaj pentru preșcolari, ediția a cincea (Preschool Language Scale, fifth edition – UK, PLS-5UK ; Zimmerman, Pond și Steiner, 2014), permite evaluarea complexă a dezvoltării limbajului la copiii cu vârste cuprinse între 0 și 7 ani și 11 luni, cuprinzând itemi preverbalii, bazați pe abilități interacționale, dar și verbali, de tipul : utilizarea limbajului, alfabetizare și fluentă verbală (Health & Psychology Catalogue, 2016).

19.2.6. Evaluarea funcționării socioemoționale

Dezvoltarea abilităților sociale și emoționale ale copiilor influențează modul în care aceștia înțeleg și asimilează realitatea proprie și realitatea mediului social, prin prisma abilităților de reglare emoțională, a spectrului variat de emoții resimțite și exprimate, a relațiilor securizante de atașament, a interesului de explorare a mediului (Golu, 2015). Studiile arată că, pe măsură ce copiii se maturizează socioemoțional, devin din ce în ce mai încrezători și competenți în construirea de noi relații, în rezolvarea de probleme, în adaptarea la mediu (Parlakian, 2003, apud Halle și Darling-Churchill, 2016), iar dezvoltarea timpurie a competențelor socioemoționale se află în strânsă legătură cu

performanțele lor academice (Blair și Diamond, 2008, Konold și Pianta, 2005, apud Halle și Darling-Churchill, 2016). Literatura de specialitate abordează ca subdomenii ale dezvoltării socioemoționale: competența socială, competența emoțională, adaptarea și problemele comportamentale, autoreglarea (Halle și Darling-Churchill, 2016). Există un interes din ce în ce mai crescut față de evaluarea corectă a acestor domenii, pentru a putea urmări starea de bine a copilului în timp și a determina eficiența intervențiilor.

Sistemul de screening comportamental și emoțional (Bess Behavioral and Emotional Screening System – BASC-3 BESS; Kamphaus și Reynolds, 2015) este un sistem bazat pe multiple surse de evaluare: de la 2 ani la 18 ani și 11 luni, versiunile pentru părinți și cadre didactice, iar de la 8 ani la 18 ani și 11 luni se adaugă și versiunea de autoevaluare. Sistemul permite evaluarea rapidă a funcționării comportamentale și emoționale, identificarea copiilor și adolescenților care necesită sprijin suplimentar, evaluarea acelor probleme care pot afecta succesul în mediul școlar și social. Sunt incluse trei forme, care pot fi utilizate separat ori în diferite combinații: formele pentru cadre didactice (pentru preșcolari de la 3 la 5 ani și pentru copii și adolescenți de la 5 la 18 ani); forma de autoevaluare (pentru copii și adolescenți de la 8 la 18 ani); formele pentru părinți (pentru preșcolari de la 3 la 5 ani și pentru copii și adolescenți de la 5 la 18 ani), fiecare formă conținând un număr de 25-30 de itemi. Sistemul permite evaluarea unei palete largi de comportamente, precum probleme de internalizare și externalizare, probleme școlare, abilități adaptive (Health & Psychology Catalogue, 2016).

Chestionarul comportamentului social al copiilor (Children's Social Behaviour Questionnaire – CSBQ) este un instrument de 49 de itemi, ce evaluează simptomele tulburării pervazive de dezvoltare FAS (fără altă specificație), distribuit în șase subscale: emoții/comportamente inadecvate situației, tendința de retragere în situații sociale, nevoia scăzută de contact, probleme de orientare, dificultăți în înțelegerea și semnificarea informațiilor sociale, comportament stereotip, teama de schimbare. Părinții evaluează comportamentul copiilor lor pe o scală de 3 puncte, unde 0 semnifică lipsa totală a comportamentului, iar 1 semnifică prezența frecventă a comportamentului (Nauta, 2005).

Chestionarul vârstelor și stadiilor pentru domeniul socioemoțional (Ages & Stages Questionnaire: Social-Emotional; Squires, Bricker și Twombly, 2003) reprezintă o versiune a Chestionarului vârstelor și stadiilor, prezentat anterior. Acest instrument este utilizat în evaluarea socioemoțională a copiilor de la 6 la 60 de luni, vizând autoreglarea, complianța, comunicarea, funcționarea adaptivă, autonomia, afectul, interacțiunile cu ceilalți. Chestionarul este completat de părinți ori alți adulți. Exemple de itemi: „Copilul privește spre dvs. atunci când îi vorbiți?”, „Copilul se liniștește după o perioadă de activare intensă?”, „Copilul este interesat de lucrurile din jurul său (oameni, jucării, obiecte)?” (Nauta, 2005).

Scalele socioemoționale Vineland pentru copilăria timpurie (Vineland Social-Emotional Early Childhood Scales, Vineland SEEC Scales; Sparrow, Balla și Cicchetti, 1998) identifică punctele tari și vulnerabilitățile socioemoționale ale copiilor de la 0 la 5 ani și 11 luni, fiind o versiune a Scalelor Vineland pentru comportamentul adaptiv. Instrumentul se prezintă sub forma unui interviu semistructurat cu părintele sau îngrijitorul, cu mai multe subscale: relaționare interpersonală (44 de itemi care descriu abilitatea copilului de a comunica în contexte sociale, de a stabili și menține prietenii, de a exprima și

recunoaște în mod adecvat emoțiile); joc și timp liber (44 de itemi care evaluează modul în care copilul se joacă cu obiecte și cu alți copii); abilități de coping (34 de itemi care evaluează abilitățile copilului de a fi manierat, de a respecta regulile, de a-și gestiona impulsurile și trăirile) (Nauta, 2005).

De-a lungul dezvoltării, copiii experimentează tranzitoriu diferite faze ori niveluri de anxietate. Teama și frica capătă forma unei tulburări de anxietate atunci când sunt conectate excesiv cu o anumită situație, când nu pot fi îndepărtate rațional, când scapă controlului voluntar, când duc la comportamente de evitare, când sunt persistente în timp, devenind dezadaptative (Ollendick și Francis, 1988, apud Nauta, 2005). Copiii cu tulburări de anxietate prezintă un nivel scăzut de funcționare adaptativă, având dificultăți în interacțiunile cu covârșnicii, stimă de sine scăzută, probleme comportamentale și școlare (Strauss, Frame și Forehand, 1987, apud Nauta, 2005).

Evaluarea anxietății copilului se poate realiza prin interviuri diagnostice și prin instrumente standardizate de evaluare, adresate atât copilului, cât și părintelui.

Planul de interviu diagnostic pentru tulburările de anxietate (Anxiety Disorder Interview Schedule – ADIS-C/P; Silverman și Nelles, 1988) este un interviu semistructurat bazat pe clasificările DSM-IV, cu forme adresate separat părintelui și copilului. Interviul evaluează atât tulburările de anxietate din copilărie (fobia socială, anxietatea de separație, fobia școlară, fobia specifică, anxietatea generalizată, panica, agorafobia, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic), cât și alte tulburări specifice copilăriei și adolescenței, precum hiperactivitatea cu deficit de atenție, tulburarea opoziționismului provocator, tulburarea de conduită, depresia, distimia. Interviul are și rolul de screening al simptomelor tulburărilor pervazive de dezvoltare, al schizofreniei, al mutismului selectiv, al enurezisului și al problemelor de învățare (Nauta, 2005).

Inventarul anxietății stare-trăsătură pentru copii (State-Trait Anxiety Inventory for Children – STAIC), elaborat de Spielberger, cuprinde două chestionare ce măsoară anxietatea-stare și anxietatea-trăsătură. Anxietatea ca stare se referă la starea prezentă a copilului („Mă simt liniștit acum”), în timp ce anxietatea ca trăsătură se referă la trăirile generale ale copilului („Mă tem să nu fac lucruri greșite”). Fiecare subscală conține 20 de itemi, scorați pe o scală de la 1 la 3. Consistența internă și fidelitatea test-retest s-au dovedit satisfăcătoare (Spielberger, 1970, apud Nauta, 2005).

Scala Spence a anxietății copiilor (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS) evaluează simptomele tulburărilor din spectrul anxietății, potrivit DSM-IV. Forma pentru copii conține 44 de itemi, cotați pe o scală de 4 puncte, unde 0 înseamnă niciodată, iar 3 semnifică întotdeauna. Scala permite calcularea unui scor total, dar și a șase scoruri la subscalele sale: panică/agorafobie, anxietate de separație, anxietate socială, anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, temeri privind leziuni fizice. Forma pentru părinți (SCAS-p) conține 38 de itemi formulați în corespondență cu versiunea pentru copii: „Îmi este teamă”/„Copilul meu se plânge că îi este teamă”. Scala prezintă consistență internă înaltă, fidelitate test-retest satisfăcătoare, precum și validitate convergentă și discriminatorie (Spence, 1998, Muris, Merckelbach, Ollendick, King și Bogie, 2002, apud Nauta, 2005).

19.2.7. Evaluarea copiilor cu ADHD

În ceea ce privește evaluarea și diagnoza copiilor cu ADHD, acest demers se axează pe următoarele coordonate (Barkley și Edwards, 2006):

- a) Preocupări cu privire la copil (interviu nestructurat);
- b) Istoricul acestor preocupări (interviu semistrukturat);
- c) Diferențierea de alte tulburări (interviu structurat bazat pe DSM, scale comportamentale standardizate, interviu semistrukturat pe arii de dezvoltare);
- d) Simptome (criteriile de diagnostic din DSM, scale comportamentale standardizate);
- e) Comorbiditate (interviul structurat bazat pe DSM, testarea inteligenței, testarea abilităților achiziționate);
- f) Deficiențe (interviuri cu părinții, educatorii, fișe medicale și școlare, scale de funcționare adaptativă);
- g) Adaptarea psihologică a părinților (evaluarea relațiilor maritale, evaluarea stresului parental);
- h) Punctele tari ale copilului și părinților (interviul semistrukturat);
- i) Resurse comunitare (interviul semistrukturat, servicii comunitare).

Potrivit autorilor menționați, *interviul cu părintele* se concentrează pe evaluarea problemelor copilului acasă și în alte medii, urmărind interacțiunile părinte-copil, jocul copilului (solitar și/sau colectiv), programul de masă, deprinderile copilului, comportamentul copilului în diferite situații (când părintele vorbește la telefon, când merg în vizite, când copilul se uită la televizor, când copilul are de efectuat diferite sarcini, când merg cu mașina, când este lăsat în grija altei persoane etc.). În cazul în care sunt identificate eventuale probleme, se adresează întrebări suplimentare: „Ce anume face copilul în această situație?”, „Ce anume vă deranjează la acest aspect?”, „Cum reacționați în această situație?”, „Cum reacționează copilul ca răspuns la reacția dumneavoastră?”, „Cum se finalizează de obicei această situație?”, „Cât de des apar astfel de probleme?”, „Apreciați severitatea acestei probleme pe o scală de la 1 la 10” (Barkley și Edwards, 2006).

Scalele de evaluare Conners, a treia ediție (Conners 3), pot fi utilizate în evaluarea tulburărilor de deficit de atenție și de hiperactivitate și a problemelor și dezechilibrelor frecvent asociate, în rândul copiilor și adolescenților. Scalele sunt destinate copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani, având drept utilitate luarea deciziilor în diagnosticul clinic și stabilirea eligibilității educaționale, planificarea și monitorizarea intervențiilor. Scalele au forme de tipul „multiple-informant” (părinți, profesori și autoevaluare). Scalele au fost adaptate pe populația românească de Test Central.

Scalele Conners pentru copilăria timpurie (Conners Early Childhood™, Conners EC™) reprezintă o versiune a Scalelor Conners-3, adaptate pentru intervalul de vârstă 2-6 ani. Evaluează preocupările părinților și cadrelor didactice/îngrijitorilor cu privire la copil, pe câteva domenii fundamentale, precum abilități adaptive, comunicare, abilități motorii, joc și preacademic/cognitiv, facilitând astfel identificarea timpurie a problemelor comportamentale, sociale și emoționale (Health & Psychology Catalogue, 2016).

19.2.8. Evaluarea copiilor cu tulburări de spectru autist

Un obiectiv major în evaluarea copiilor cu tulburări de spectru autist îl reprezintă identificarea ariilor comportamentale afectate, ca potențiale direcții ulterioare de intervenție: probleme la nivelul comunicării, la nivelul interacțiunilor sociale, la nivelul jocului, comportamente stereotipe, agresive și autoagresive.

Interviul de evaluare funcțională (The Functional Assessment Interview – FAI; O’Neill et al., 1997) include întrebări privind frecvența, coincidența, durata, locația și intensitatea problemelor comportamentale, antecedentele și consecințele problemelor, comportamentele prosociale, modalitățile prin care copilul își comunică nevoile și dorințele, întăririle utilizate, încercările anterioare de intervenție. Interviul oferă o diagramă ce sumarizează informațiile, utilizată în scopul identificării relațiilor funcționale ale copilului, însă nu ca criteriu diagnostic (Furniss, 2009).

Scalele de evaluare a spectrului autist (Autism Spectrum Rating Scales – ASRS) pot fi utilizate în stabilirea unui diagnostic, în deciziile care trebuie luate pentru planificarea tratamentului, în monitorizarea răspunsului la intervenție și în evaluarea programului în care a fost inclusă persoana cu tulburări de spectru autist (TSA). Scalele sunt construite pentru a măsura comportamente asociate TSA, apărute în cazul copiilor și tinerilor cu vârste cuprinse între 2 și 18 ani. Subscale: social/comunicare, comportamente neobișnuite, autoreglare, socializare, reciprocitate socială/emoțională, limbaj atipic, stereotipii, rigiditate comportamentală, sensibilitate senzorială, atenție (Furniss, 2009).

Profilul psihoeducațional (Psychoeducational Profile, third edition – PEP-3) se adresează copiilor cu vârste de la 6 luni la 7 ani, fiind conceput pentru a evalua punctele forte și limitele inegale ce caracterizează TSA. Instrumentul cuprinde itemi interactivi și itemi verbali comportamentali, oferind informații cu privire la nivelul de dezvoltare al abilităților, diagnosticul și severitatea afectării, ceea ce facilitează planificarea programelor educaționale și de monitorizare. Instrumentul este adaptat pe populația românească de Test Central (www.testcentral.ro).

19.3. Evaluarea comportamentală tip multi-metodă

Datorită variabilității comportamentului copilului, una dintre cele mai indicate modalități de evaluare a acestuia o reprezintă evaluarea de tip multi-metodă (Achenbach și McConaughy, 1997, Kratochwill și Shapiro, 2000, Merrell, 2003, Stanger, 2003, apud McConaughy, 2005).

Evaluarea comportamentală de tip multi-metodă permite surprinderea comportamentelor copilului în contexte variate, prin multiple modalități de evaluare și din diferite surse de informare. Toate acestea surprind o serie de aspecte relevante cu privire la interacțiunile, schimbările fiziologice, cognițiile, comportamentele, trăirile copilului. Astfel, precizează Groth-Marnat (2003), evaluarea comportamentală complexă descrie nu numai anumite probleme specifice, ci mai ales modul în care o anumită problemă afectează alte arii ale dezvoltării, prin prisma factorilor predispozanți, moderatori și determinanți ai problemelor

copilului. Analizând specificul evaluărilor comportamentale de tip multi-metodă, specialiștii au ajuns la concluzia că acestea implică un set complex de proceduri (Haynes și O'Brien, 2000 ; Ramsay, Reynolds și Kamphaus, 2002 ; Merrell, 2003) :

- a. Variate metode de obținere a informațiilor (observații naturale și structurate, interviuri, scale de evaluare comportamentală, înregistrări, evaluări sociometrice, inventare de autoevaluare, automonitorizare, monitorizări fiziologice) ;
- b. Variate contexte în care informațiile sunt obținute (acasă, la grădiniță/școală, în mediul clinic, în timpul jocului, în comunitate) ;
- c. Variate surse de informare (copilul însuși, părinți, alți membri ai familiei, covârșnici, cadre didactice, alți specialiști).

Sistemul de evaluare comportamentală BASC-2 (Behavior Assessment System for Children – 2 ; Reynolds și Kamphaus, 2004) este un sistem multi-dimensional și multi-metodic, utilizat în evaluarea comportamentului copiilor și tinerilor de la 2 la 25 de ani. Sunt incluse trei variante (2-5 ani, 6-11 ani și 12-25 ani), mai multe forme – pentru cadre didactice (*Teacher Rating Scales – TRS*), pentru părinți (*Parent Rating Scales – PRS*), forme de autoevaluare (*Self-Report of Personality – SRP*), precum și un interviu structurat, referitor la istoricul dezvoltării (*Structured Developmental History – SDH*) și o foaie de observație (*Student Observation System – SOS*). Sistemul permite stabilirea diagnosticului diferențial și realizarea de clasificări educaționale pentru o mare varietate de tulburări emoționale și de comportament, sprijinind astfel întocmirea planurilor de intervenție (McConaughy, 2005). *Forma pentru părinți (Parent Rating Scales – PRS*, de la 134 la 160 de itemi) și *Forma pentru cadre didactice (Teacher Rating Scales – TRS*, de la 100 la 139 de itemi) includ Scalele privind problemele copilului (Indexul simptomelor comportamentale, Externalizare, Internalizare, Hiperactivitate, Agresivitate, Probleme de comportament șpentru 6-18 ani, Anxietate, Depresie, Somatizare, Probleme de atenție, Probleme atipice, Retragere) și Scalele adaptive sau privind competențele copilului (Scorul compozit pentru abilități adaptive, Adaptabilitate, Abilități sociale, Abilități de lider șpentru 6-18 ani, Activități curente/Activități de studiu, Comunicare funcțională). *Forma de autoevaluare (Self-Report of Personality, SRP)* cuprinde de la 139 la 185 de itemi ce aparțin următoarelor scale : Consum/abuz de alcool, Anxietate, Probleme de atenție, Atitudinea față de școală, Atitudinea față de cadre didactice, Atipicalități, Depresie, Hiperactivitate, Relaționare interpersonală, Locul controlului, Relațiile cu părinții, Inadaptare școlară, Stimă de sine, Încredere în sine, Căutarea de senzații, Simțul inadecvării, Stres social, Somatizare (McConaughy, 2005).

O serie de studii au evidențiat faptul că BASC-2 constituie un instrument valid în identificarea ADHD (Jarratt, Riccio și Siekierski, 2005, Manning și Miller, 2001, Ostrander, Weinfurt, Yarnold și August, 1998, apud Brock, Jimerson și Hansen, 2009), scala Probleme de atenție fiind un predictor semnificativ pentru diagnosticul ADHD (Ostrander *et al.*, 1998, apud Brock, Jimerson și Hansen, 2009). Sistemul a fost adaptat pe populația românească de Test Central.

Sistemul Achenbach al evaluării bazate empiric (ASEBA) (Achenbach și Rescorla, 2000, 2001) permite evaluarea competențelor, a funcționării adaptative și a problemelor copiilor și adolescenților cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani, obținându-se descrieri individualizate ale comportamentului acestora. Categoriile de probleme evaluate sunt : Anxietate/Depresie (I), Însingurare/Depresie (II), Acuze somatice (III), Probleme de relaționare socială (IV), Probleme de gândire (V), Probleme de atenție (VI), Neatenție,

Hiperactivitate/Impulsivitate, Comportament de încălcare a regulilor (VII), Comportament Agresiv (VIII). Acestea acoperă un spectru larg de tulburări descrise de DSM : tulburări afective, tulburări anxioase, tulburări somatice, ADHD, tulburări de tip opoziționist, tulburări de conduită (McConaughy, 2005). Fiind un sistem multi-metodă, ASEBA cuprinde forme adresate părinților (pentru preșcolari și elevi), cadrelor didactice (pentru elevi) și forme de autoevaluare (pentru elevi). Formele de evaluare a elevilor (6-18 ani) includ următoarele componente : Inventarul comportamentelor copilului (*Child Behavior Checklist – CBCL* ; 6-18 ani), ce le permite părinților să evalueze problemele și competențele copilului ; Forma pentru cadre didactice (*Teacher's Report Form – TRF*), ce permite cadrelor didactice să evalueze performanțele academice, funcționarea adaptivă și problemele școlare ale copilului ; Forma de autoevaluare (*Youth Self-Report – YSR*), adresată elevilor, pentru autoevaluarea problemelor și competențelor proprii. Sistemul include și : Interviu clinic semistructurat pentru copii și adolescenți (*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents – SCICA*), ce conține forme de evaluare a observațiilor asupra comportamentelor copilului în timpul interviului și forme de autoevaluare pentru copii ; Fișa de observație în timpul testării (*Test Observation Form – TOF*), ce îi permite examinatorului să evalueze problemele copilului în timpul sesiunilor de evaluare ; Fișa de observație directă (*Direct Observation Form – DOF*), pentru notarea observațiilor asupra copilului în contextul clasei (McConaughy, 2005).

Forma de evaluare a preșcolarilor (Child Behavior Checklist – C-TRF, 1½ – 5 ani, Achenbach și Rescorla, 2000), adresată părintelui, îngrijitorului sau cadrului didactic, conține 100 de itemi, ce investighează următoarele arii problematice : probleme generale, internalizare, externalizare, reactivitate emoțională, anxietate/depresie, acuze somatice, retragere, probleme de somn, probleme de atenție, comportament agresiv, probleme emoționale, probleme de anxietate, probleme pervazive de dezvoltare, deficit atenție/ hiperactivitate, probleme de opoziționism provocator (McConaughy, 2005).

Sistemul de evaluare ASEBA prezintă caracteristici psihometrice bune pentru fidelitatea test-retest, interexaminatori, consistență internă, validitate concurentă și predictivă (Ringwalt, 2008). O serie de studii au relevat valoarea predictivă a CBCL pentru ADHD (Biederman *et al.*, 1993, Chen, Faraone, Biederman și Tsuang, 1994, Ostrander *et al.*, 1998, Vaughn, Riccio, Hynd și Hall, 1997, apud Brock, Jimerson și Hansen, 2009). Sistemul a fost adaptat în România de un colectiv de autori coordonat de prof. Anca Dobrean, RTS Cluj.

Sistemul de evaluare ABAS II (Adaptive Behavior Assessment System II – ABAS II, Harisson și Oakland, 2015) oferă o evaluare comprehensivă a abilităților adaptive ale copiilor și adulților, de la nou-născut până la 89 de ani, pe trei intervale : 0-5 ani, 5-21 de ani, adult. Sunt incluse forme pentru părinte sau îngrijitor (0-5 ani, 5-21 de ani), pentru profesor sau educator (2-5 ani, 5-21 de ani), pentru adult (16-89 de ani). Sistemul este compatibil cu DSM-5 și permite evaluarea deprinderilor adaptive, a autonomiei personale, diagnosticarea și clasificarea anumitor dizabilități sau tulburări, identificarea punctelor tari și a limitelor, sprijinind documentarea și monitorizarea progresului, pe următoarele arii : comunicare, utilizarea resurselor comunității, funcționalitate preșcolară, viața în școală/familie, sănătate și siguranță, timp liber, autoîngrijire, autodirecționare, social, motricitate, muncă (Health & Psychology Catalogue, 2016). ABAS II a fost adaptat pe populația românească de Test Central.

19.4. Evaluarea disponibilității pentru școală a copiilor

Potrivit mai multor specialiști, au fost identificate cinci arii ale dezvoltării copilului preșcolar asociate succesului școlar: dezvoltare motorie și stare de sănătate bună, dezvoltare socioemoțională, atitudinea față de învățare, dezvoltare lingvistică, cogniție și cunoștințe generale (Kagan, Moore și Bredekamp, 1995, apud Maxell și Clifford, 2004; Black și Powell, 2004). Astfel, determinarea eficienței programelor pentru copiii preșcolari este în strânsă corelație cu nivelul pregătirii copilului pentru școală. Dacă un copil se prezintă ca nefiind pregătit pentru a intra la școală, educatorii și specialiștii educaționali identifică nevoile speciale ale copilului și dezvoltă strategii pentru a le îmbunătăți și pentru a veni în întâmpinarea expectanțelor școlare.

Acest nivel al pregătirii pentru școală este de cele mai multe ori evaluat prin teste de achiziție ori prin instrumente de tip screening al dezvoltării. Se pot utiliza și teste standardizate, cu itemi clari, aplicați în condiții standardizate; teste raportate la norme, prin compararea performanțelor copilului cu performanțele unui grup specific; teste raportate la criteriu, care descriu performanța unui copil potrivit unui anumit standard; baterii de evaluare, care permit obținerea de scoruri la diferite subteste, determinând astfel ariile în care copilul are performanțe înalte și ariile în care copilul întâmpină dificultăți (Black și Powell, 2004).

Scalele de evaluare a competențelor academice – Forma pentru cadre didactice (Academic Competence Evaluation Scales/Teacher Form, ACES; DiPerna și Elliott, 2000) cuprind 73 de itemi ce alcătuiesc Scalele adaptive sau privind competențele copilului (scorul total al facilitatorilor academici, abilități interpersonale, angajament, motivație, abilități de studiu, scorul total al abilităților academice, citit/limbaj, matematică, gândire critică). Normele permit aplicarea la vârstele de 2 ani, 3-5 ani, 6-8 ani și 9-12 ani (Ringwalt, 2008).

Bateria de evaluare a copilului preșcolar „Gata pentru școală”, elaborată de A. Clinciu în anul 2016 (www.testcentral.ro), permite evaluarea și/sau monitorizarea nivelului de dezvoltare motorie, cognitivă și psihosocială a preșcolarului, reprezentând o metodă validă de diagnostic psihologic al nivelului dezvoltării psihomotorii a preșcolarului. Bateria este compusă din două componente: Metoda de determinare a nivelului de dezvoltare a preșcolarului și Fișa standardizată de observare psihopedagogică a preșcolarului, acestea putând fi utilizate atât separat, cât și combinat. Metoda de determinare a nivelului de dezvoltare a preșcolarului vizează domeniul motric (motricitate de finețe și grosieră) și domeniul cognitiv (desen, calcul aritmetic, limbaj și comunicare). Fișa standardizată de observare psihopedagogică include domeniul socioafectiv, cu probe pentru trăsăturile stabile de personalitate (temperament și caracter) și pentru cele dinamice în timp (adaptarea la condițiile din grădiniță; limbaj și comunicare; joc, integrare și comportament prosocial). Bateria este un instrument de tip multi-metodă, oferind date psihometrice stabile și consistente (www.testcentral.ro).

În marea majoritate a sistemelor educaționale, vârsta este principalul criteriu al eligibilității copilului pentru școală, urmată de abilitățile ori competențele copilului (Saluja, Scott-Little și Clifford, 2000, apud Maxell și Clifford, 2004). În România, evaluarea disponibilității copilului pentru școală se realizează prin *evaluarea psihosomatică*,

realizată în scopul identificării abilităților și disponibilităților copilului pentru intrarea în mediul școlar. Testul de evaluare este aplicat de către specialiștii psihoeducaționali, sub forma unor seturi de 20 de întrebări pentru copii care vor să se înscrie la clasa 0 și 25 de întrebări pentru clasa I. Itemii vizează realizarea de analize comparative, similarități, vocabular, logică, analogie. Reușita la test presupune obținerea unui procent de 75%.

19.5. Alte modalități de evaluare

- a. În ceea ce privește evaluarea copilului prin *tehnicele proiective*, sunt de menționat unele aspecte. Acestea se disting de testele standardizate prin ambiguitatea materialului prezentat, prin libertatea răspunsurilor la stimuli slab structurați, ambigui, capabili să activeze zone profunde ale psihismului infantil. Distrăgând atenția subiectului de la el însuși, ele reduc apărările și anxietatea, fiind mai puțin susceptibile de falsificări. Avantajul major al tehnicilor proiective constă în faptul că majoritatea probelor pot fi aplicate pe copii cu aptitudini verbale reduse sau defavorizați cultural (Minulescu, 2001). Cele mai multe tehnici proiective au însă caracteristici psihometrice relative și sunt mari consumatoare de timp în administrare, scorare, interpretare. În plus, variabilele care trebuie cotate nu sunt adesea cuantificabile și există o prea mare imprecizie la unele tehnici în scorarea și interpretarea datelor brute, determinând astfel o serie de erori și incertitudini. Prin urmare, subliniază Kamphaus *et al.* (2000, apud Groth-Marnat, 2003), sunt necesare tehnici și metode standardizate de evaluare psihologică.
- b. Din categoria de *instrumente adresate părinților*, incluse în demersul de diagnoză familială, menționăm :
 - *Inventarul relației părinte-copil (Parent-Child Relationship Inventory*; Gerard, 1994) evaluează atitudinile părinților cu privire la abilitățile lor parentale și cu privire la atitudinea față de copil. Constă în 78 de itemi adresați mamelor sau taților copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 15 ani, cotați pe o scală tip Lickert cu 4 puncte. Itemii sunt grupați pe următoarele subscale : suport parental, satisfacție și parenting, implicare, comunicare, stabilirea limitelor, autonomie, orientarea rolului.
 - *Indexul stresului parental (Parenting Stress Index, third edition*; Abidin, 1983, 1995) evaluează principalele surse de stres parental : stresul asociat caracteristicilor copilului (adaptabilitate, dispoziție, solicitări, distractibilitate-hiperactivitate), stresul asociat caracteristicilor părintelui (sentimentul competenței în rolul de părinte, depresia, atașamentul parental, relația cu partenerul, izolarea socială, starea de sănătate, restricționarea rolului), stresori de viață (decesul unui membru al familiei, pierderea slujbei, divorț etc.).
- c. *Evaluarea transdisciplinară bazată pe joc (Transdisciplinary Play-Based Assessment, second edition – TPBA-2*; Linder, 2008) este o modalitate complexă de evaluare a patru domenii critice ale dezvoltării (senzorio-motor, emoțional și social, comunicare, cognitiv) și se realizează prin intermediul observării jocului copilului cu membri ai familiei, alți copii ori specialiști. Acest tip de evaluare permite monitorizarea progreselor, printr-o abordare holistă a copilului de la 0 la 6 ani, prin identificarea punctelor tari ale copilului, a nevoilor sale și a principalelor arii de preocupare.

- d. În cadrul grădiniței, specialiștii educaționali utilizează ca instrument de cunoaștere și evaluare a copilului *fișa de caracterizare psihopedagogică*, ce oferă o imagine detaliată asupra dezvoltării generale a copilului și asupra particularităților sale psihoindividuale și de conduită. Sunt incluse mai multe secțiuni :
- Determinări obiective de tip anamnestice, privind mediul familial, coordonatele fizice și medicale ale dezvoltării copilului ;
 - Particularități ale debutului preșcolarității, privind diferite abilități practice și mintale ale copilului, și unele aspecte ale conduitei lui adaptive la mediul grădiniței ;
 - Rezultatele activității independente a copilului ;
 - Procesele cognitive și stilul de muncă intelectuală ale copilului (caracteristici ale funcției senzorio-perceptive, inteligenței, memoriei, imaginației și limbajului) ;
 - Conduita copilului (în grădiniță, la activități, conduita de grup și integrarea socială) ;
 - Trăsături de personalitate (manifestări temperamentale, emotivitate, dispoziție afectivă predominantă, însușiri aptitudinale, atitudini față de muncă, față de alții, față de sine) (Golu și Golu, 2003).
- e. O altă metodă de cunoaștere și evaluare a copilului este *analiza produselor activității* (Golu și Golu, 2003) : lucrări de muncă independentă sau colectivă, construcții, desene, picturi, obiecte modelate, colaje, compoziții. Acestea oferă informații despre universul interior al copilului, despre imaginația și creativitatea lui, despre modul în care acesta își reprezintă realitatea înconjurătoare, abilitățile, interesele și înclinațiile.
- f. *Evaluările performanțiale* se realizează prin urmărirea copiilor în cursul activităților cotidiene, de-a lungul unei anumite perioade de timp. Cadrul didactic completează notițe, foi de observație, arhivează produse ale activității copiilor, obținându-se astfel o perspectivă unitară asupra copilului, în cadrul căreia se reliefează obiceiurile, abilitățile, cunoștințele copilului (Riley-Ayers și Barnett, 2015).

Concluzii

În final, dorim să subliniem faptul că, din marea varietate de posibilități de evaluare a copilului preșcolar, specialiștii trebuie să selecteze acele metode, tehnici și instrumente care răspund cel mai bine scopului și obiectivelor evaluării, raportate la specificul vârstei copilului, la nevoile și disponibilitățile lui. Demersul modern de evaluare a copiilor ține cont de interacțiunile contextuale de mediu și de determinanții situaționali ai manifestărilor și comportamentelor copiilor (Ramsay, Reynolds și Kamphaus, 2002 ; Groth-Marnat, 2003 ; Reitman, 2006), care induc variații semnificative în funcționarea copilului și în abilitățile lui. Astfel, obiectivul fundamental al evaluării copiilor este *realizarea unui profil al dezvoltării*, care plasează copilul într-un context normativ de dezvoltare.

Utilizarea exclusivă a instrumentelor psihometrice nu ne informează exhaustiv asupra dinamicii interioare a copilului, acestea reflectând mai degrabă latura cantitativă a variabilelor psihologice investigate. Potrivit lui Black și Powell (2004), scorul copilului la test reprezintă doar o mostră de comportament într-o situație de testare structurată, și nu unicul determinant al competențelor ori achizițiilor ulterioare ale copilului. Deoarece dezvoltarea copilului preșcolar este rapidă și inegală, iar dezvoltarea este puternic influențată de factori externi, autorii recomandă ca rezultatele la teste să fie interpretate prin prisma

istoricului cultural, familial și social. De aceea, evaluarea copilului trebuie completată și cu alte metode și tehnici, cu rol de edificare asupra laturii calitative a prestațiilor copilului.

Specialiștii din domeniul educațional sunt încurajați să utilizeze instrumente de evaluare bazate pe caracteristicile copilului și pe tipurile de informații necesare în serviciile educaționale, precum observațiile, instrumentele raportate la criteriu, evaluările bazate pe curriculum. Progresele copilului, în termeni de cunoștințe, abilități, comportamente, trebuie evaluate sistematic, la intervale regulate, datorită variabilității copiilor în ceea ce privește dezvoltarea, maturizarea, achiziția de abilități (Department of Education, 2010).

Bibliografie

- Abidin, R.R. (1983). *The Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1995). *Parenting stress index manual* (3rd ed.). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Barkley, R.A., Edwards, G. (2006). Diagnostic Interview, Behavior Rating Scales, and the Medical Examination. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed., pp. 337-368). New York : Guilford Press.
- Bedford, H., Walton, S., Ahn, J. (2013). *Measures of Child Development : A review. Policy Research Unit in the Health of Children, Young People and Families*. Centre for Paediatric Epidemiology and Biostatistics, UCL Institute of Child Health ; disponibil la : <http://www.ucl.ac.uk/cpru/publications>.
- Black, M.M., Powell, D. (2004). *Commonly used Assessment and Screening Instruments*. Dept. of Child and Family Studies. USA : University of South Florida.
- Brock, S.E., Jimerson, S.R., Hansen, R.L. (2009). *Identifying, Assessing, and Treating ADHD at School*. New York : Springer.
- Department of Education (2010). *Catalog of Screening and Assessment Instruments for Young Children* (2nd ed.). USA : Ohio.
- DiPerna, J.C., Elliott, S.N. (2000). *The Academic Competence Evaluation Scales (ACES K-12)*. San Antonio, TX : The Psychological Association.
- Evangelista, N., Rezek, L. (1999). *Guidelines for Preschool Psychological Assessment in New York State*. New York Association of School Psychologists (NYASP).
- Furniss, F. (2009). Assessment Methods. In J.L. Matson (Ed.), *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders* (pp. 33-66). New York : Springer.
- Gerard, A.B. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) : Manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Golu, P., Golu, I. (2003). *Psihologia educațională*. București : Editura Miron.
- Golu, F. (2015). *Manual de psihologia dezvoltării. O abordare psihodinamică*. Iași : Editura Polirom.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New Jersey : John Wiley & Sons.
- Halle, T.G., Darling-Churchill, K.E. (2016). Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 8-18.
- Harrison, P.L., Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System* (3rd ed.). Torrance, CA : Western Psychological Services.
- Haynes, S.N., O'Brien, W.H. (2000). *Principles and Practice of Behavioral Assessment*. New York : Plenum Publishers.

- Health & Psychology Catalogue (2016). Disponibil la: www.pearsonclinical.co.uk.
- Kamphaus, R.W., Reynolds, C.R. (2015). *Behavior Assessment System for Children – Third Edition (BASC-3): Behavioral and Emotional Screening System (BESS)*. Bloomington, MN: Pearson.
- Korkman, M., Kirk, U., Kemp, S. (2007). *NEPSY* (2nd ed.). The Psychological Corporation, San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Linder, T.W. (2008). *Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA)* (2nd ed.) (TPBA-2). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.
- Maxwell, K.L., Clifford, R.M. (2004). School Readiness Assessment. *Beyond the Journal: Young Children on the Web*, 1-10.
- McConaughy, S.H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents. Assessment to Intervention*. New York: Guilford Press.
- Merrell, K.W. (2002). *School Social Behavior Scales* (2nd ed.). Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources.
- Merrell, K.W. (2003). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Minulescu, M. (2001). *Tehnici proiective*. București: Editura Titu Maiorescu.
- Nauta, M.H. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. Netherlands: Febodruk.
- O’Neill, R.E., Horner, R.H., Albin, R.W., Sprague, J.R., Storey, K., Newton, J.S. (1997). *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Ramsay, M.C., Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2002). *Essentials of behavioral assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Reitman, D. (2006). Overview of Behavioral Assessment with Children. In M. Hersen (Ed.), *Clinician’s Handbook of Child Behavioral Assessment* (pp. 3-24). New York: Elsevier Academic Press.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riley-Ayers, S., Barnett, W.S. (2015). *State approaches to evaluating preschool programs*. New Brunswick, NJ: Center on Enhancing Early Learning Outcomes.
- Ringwalt, S. (2008). *Developmental screening and assessment instruments with an emphasis on social and emotional development for young children ages birth through five*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute, National Early Childhood Technical Assistance Center.
- Silverman, W.K., Nelles, W.B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 772-778.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., Cicchetti, D.V. (1998). *Vineland Social-Emotional Early Childhood Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Squires, J., Bricker, D., Twombly, E. (2003). *The ASQ-SE user’s guide: for The Ages & Stages Questionnaires, social-emotional*. Baltimore, MD, Paul H. Brookes Pub.
- Vladislav, E.O. (2015). *Ghid aplicativ de evaluare clinică a copiilor și adolescenților*. București: Editura Sper.
- Wechsler, D., Naglieri, J.A. (2006). *Wechsler nonverbal scale of ability*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Zimmerman, I.L., Steiner, V.G., Pond, R.E. (2002). *Preschool Language Scale* (4th ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- *** www.cognitrom.ro.
- *** www.rtscluj.ro.
- *** www.testcentral.ro.

20. Evaluarea psihologică computerizată

Ana-Maria Cazan
Universitatea „Transilvania” din Braşov

Rezumat

Calculatoarele și mediul online sunt folosite în administrarea testelor, în stocarea datelor și chiar în interpretarea rezultatelor și realizarea raportului de evaluare. Urmând reguli stricte, programele computerizate generează profiluri pe baza răspunsurilor clienților, fără ca această activitate să fie considerată o activitate de luare de decizii. Este de remarcă gradul ridicat de fidelitate între deciziile luate de computer și cele luate de decidenți umani (clinicieni). Un pas important în evaluarea psihologică îl reprezintă dezvoltarea unor probe care nu sunt posibile decât în format electronic sau online. În ceea ce privește echivalența probelor online și offline, literatura de specialitate a evidențiat că cele două modalități de testare sunt echivalente și că nu poate fi stabilită o ierarhie privind superioritatea uneia dintre modalități. Folosirea computerului și a Internetului în evaluarea psihologică a adus în discuție și aspecte etice specifice cercetării cu participanți umani. Încă de la primele utilizări ale acestor modalități de evaluare, au existat controverse privind măsura în care computerele duc la o „dezumanizare” a evaluării psihologice, dar și privind securitatea datelor colectate despre respondenți.

Tehnologia și Internetul au devenit parte integrantă a vieții noastre, schimbând în mod considerabil felul în care comunicăm, ne desfășurăm activitatea sau ne petrecem timpul liber. Evoluția tehnologiei și integrarea acesteia în domeniul psihologiei au dus la dezvoltarea unor noi modalități de realizare a evaluării psihologice. Astfel, calculatoarele și mediul online sunt folosite în administrarea testelor, în stocarea datelor și chiar în interpretarea rezultatelor și realizarea raportului de evaluare. Această infuziune a tehnologiei în domeniul practicii clinice a facilitat expansiunea evaluării psihologice și crearea unor tehnici și metode noi de evaluare, prin creșterea gradului de acuratețe în colectarea datelor și facilitarea administrării probelor, dar, pe de altă parte, a generat controverse și puncte de reflecție referitoare la securitatea datelor, aspectele de natură tehnică ce pot compromite testarea, dar și aspectele de natură etică implicate de cercetarea cu participanți umani. Dincolo de aceste controverse, noile tehnologii au făcut posibilă extinderea granițelor psihometriei, prin oportunitățile pe care le-au pus la dispoziția practicienilor.

20.1. Folosirea Internetului și a computerului în evaluarea psihologică

Computerul poate fi folosit în testarea psihologică în două modalități: administrarea, scorarea și interpretarea testelor și crearea unor noi probe și măsurători ale unor abilități inaccesibile prin metodele clasice (Kaplan și Saccuzzo, 2005). Prima utilizare a computerului în evaluarea și consilierea psihologică datează din anul 1966, când a fost creat un program de calculator numit Eliza care imita comportamentul unui psihoterapeut. Eliza îi încuraja pe clienți să vorbească despre propriile experiențe, clienții fiind, la rândul lor, foarte încântați de această relație care le crea stări afective pozitive. Acest lucru a contrazis așteptările celui care a creat programul, cercetătorul Joseph Weizenbaum, a cărui ipoteză a fost că interacțiunea om-computer este superficială și inefficientă în terapie. Astfel, Eliza a trecut testul Turing și a marcat începutul folosirii computerului în testarea psihologică. Ulterior, similar programului Eliza, au fost dezvoltate și alte softuri folosite pentru evaluarea depresiei, fobiilor, riscului de suicid sau abuzului de substanțe (Epstein și Klinkenberg, 2001). O primă utilizare a computerului în evaluarea psihologică a constat în scorarea probelor aplicate, urmată de administrarea computerizată a testelor și de interpretarea acestora, una dintre primele probe implementate fiind Inventarul Multi-fazic de Personalitate Minnesota (MMPI). Primul program de testare psihologică asistată de calculator a fost creat în anii '60 la Clinica Mayo din Minnesota, ca urmare a necesității de a testa un număr mare de clienți cu resurse umane limitate. Programul a fost dezvoltat astfel încât să scoreze 14 scale ale MMPI, transformând scorurile brute în note standard și printând, pe baza lor, un raport cu descrieri ale pacienților în funcție de scorurile obținute. Deși programul inițial era destul de rudimentar, nefiind capabil să identifice patternuri rezultate din combinația scalelor, s-a dovedit a fi eficient și pe baza lui au fost dezvoltate versiuni mult mai complexe care au eliminat neajunsurile probelor construite inițial, astfel că la începutul anilor '80 erau deja disponibile versiuni electronice pentru inventare precum 16PF (Inventarul celor 16 factori ai personalității) sau Inventarul de Personalitate California (CPI) (Domino și Domino, 2006).

Deși testarea computerizată a generat numeroase controverse, ea a pătruns în toate domeniile psihologiei, de la evaluarea educațională până la psihopatologie și psihologie clinică. Modalitatea computerizată permite, în primul rând, obținerea datelor de la clienți, având avantajul economiei de timp în colectarea datelor și scorarea răspunsurilor și al flexibilității față de modalitatea tradițională de testare creion-hârtie. Modalitatea computerizată permite, de exemplu, gestionarea mai facilă a întrebărilor-filtru și adaptarea la caracteristicile clientului, toate acestea în condițiile unor indicatori psihometrici similari celor obținuți în cazul administrării în formatul clasic. Cercetările realizate cu MMPI-2 au arătat că scorurile obținute de participanți ca urmare a aplicării inventarului în forma clasică și computerizată sunt similare (Butcher, 2013). Urmând reguli stricte, programele computerizate generează profiluri pe baza răspunsurilor clienților, fără ca aceasta să fie considerată o activitate de luare de decizii. Un astfel de sistem este *Minnesota Personnel Screening Report*, în cadrul său computerul fiind programat să urmeze o serie de reguli de decizie prin care să aleagă variabilele cele mai adecvate pentru scorurile obținute. Rezultatele au arătat un grad ridicat de fidelitate între deciziile luate de computer și cele luate de decidenți umani (clinicieni) (Butcher, 2013).

În afara testelor adaptate pentru formatul computerizat, au fost dezvoltate și multe alte probe care nu sunt posibile decât în format electronic sau online. Un exemplu îl reprezintă folosirea realității virtuale pentru testarea psihologică a fobiilor, în scopul expunerii clienților la imagini cu conținut anxiogen și cu măsurarea concomitentă a răspunsurilor fiziologice (rezistența electrică a pielii, temperatura corporală, numărul de bătăi ale inimii pe minut etc.) prin intermediul altor echipamente conectate la computer (Wiederhold *et al.*, 2002). Cercetările au arătat că expunerea la realitatea virtuală are aceleași efecte cu expunerea clienților la situații reale, ducând la desensibilizare și, implicit, la reducerea fobiilor, efectele pozitive fiind întărite de sentimentul de siguranță pe care îl trăiește clientul, de diminuarea stărilor de jenă sau de încrederea clientului că deține controlul. Efectele pozitive au fost identificate nu numai în cazul fobiilor, dar și în cazul tulburărilor de stres posttraumatic, autismului, comportamentelor obsesiv-compulsive, deficitului de atenție etc. (Kaplan și Saccuzzo, 2005). Expansiunea probelor computerizate a fost susținută și de necesitatea de a crea modalități de evaluare care nu sunt accesibile în formatul tradițional, un exemplu în acest sens fiind reprezentat de domeniul psihofizicii și de sarcinile de detecție a semnalului. Probele pentru detecția semnalului folosesc zgomotul alb (*white noise*), pe fundalul căruia este inserat semnalul. Semnalul este stimulul prezentat persoanei, zgomotul este reprezentat de toți ceilalți stimuli din mediul în care se află persoana. Pentru că semnalul este slab, de foarte multe ori el poate fi confundat cu zgomotul. Zgomotul generează alarme false, persoana declarând că este vorba despre semnal, dar în realitate este vorba despre zgomot (Goldstein, 2014). Astfel de probe pot fi implementate numai computerizat, având un grad ridicat de acuratețe și efectul de examinator fiind mult diminuat.

Tipurile de evaluare computerizată posibile au fost detaliate de către Comisia Internațională de Testare și presupun niveluri diferite de control și testare. Modul deschis nu presupune niciun contact direct și nicio formă de supervizare cu administratorul testului pe parcursul testării, un exemplu în acest sens fiind probele disponibile online. Modul controlat nu presupune nicio supervizare directă în timpul sesiunii de evaluare, dar respondenții sunt cunoscuți, parcurgerea probei fiind condiționată de autentificarea pe baza unui utilizator și a unei parole care, de obicei, funcționează pentru o singură aplicare. Modul supervizat presupune supravegherea din partea celui care administrează proba. În această situație, identitatea respondentului poate fi cunoscută, iar administratorul poate confirma că parcurgerea probei a fost realizată adecvat. Modul controlat presupune un nivel ridicat de supervizare și control, evaluarea realizându-se în centre de testare specializate care asigură controlul accesului, securității, calificării personalului și calitatea specificațiilor tehnice ale echipamentului (International Test Commission, 2013).

Folosirea tehnologiilor informatice a permis construcția testelor computerizate adaptive. În cazul lor, după fiecare răspuns calculatorul estimează abilitățile celui care completează proba și pe baza acestei estimări selectează itemii care urmează să fie parcurși, limitând astfel numărul de itemi necesari pentru evaluare. De exemplu, pentru un test de vocabular cu 100 de itemi, de la cei mai simpli la cei mai dificili, se începe cu un anumit item în funcție de nivelul abilităților clienților (dacă participanții sunt absolvenți de studii superioare, proba nu va începe cu un item extrem de ușor, ci cu unul mai dificil; dacă răspunsul participantului este corect, se trece la un item mai dificil, dacă răspunsul este greșit, se trece la un item mai ușor). Principala dificultate în acest caz constă în selecția sau construcția unui eșantion de itemi suficient de mare și de discriminativ (Domino și Domino, 2006). Aceste tipuri de probe sunt folosite în context educațional, pentru evaluarea

inteligenței generale, în psihologia muncii, pentru evaluarea psihologică a personalului etc. (Kaplan și Saccuzzo, 2005).

20.2. Echivalența probelor format creion-hârtie și a probelor computerizate

Introducerea testării computerizate a generat numeroase controverse despre echivalența probelor în format creion-hârtie și în format electronic. Transpunerea unei probe într-un alt format aduce în discuție aspecte care pot genera diferențe între cele două modalități de testare. De exemplu, metoda de prezentare poate fi mai clară în formatul creion-hârtie. Cerințele sarcinii pot fi diferite, astfel că, dacă în formatul clasic respondentul poate reveni asupra unor itemi pentru a-și revizui răspunsurile, în formatul electronic nu este întotdeauna posibil acest lucru. În plus, formatul creion-hârtie permite respondentului să sară peste anumite întrebări mai dificile sau să revină dacă dorește să își modifice răspunsul, aceste opțiuni nefiind posibile în versiunea computerizată. Modalitatea de răspuns poate fi diferită: dacă în cazul formatului tradițional respondentul poate ignora întrebări, în formatul electronic softul poate fi setat în așa fel încât să nu permită omiterea răspunsurilor (Domino și Domino, 2006). Interpretările generate de computer pot fi generale și cu un grad scăzut de specificitate, ceea ce le scade valoarea practică. Pe de altă parte, oamenii pot resimți stări de anxietate sau lipsă de confort în operarea pe calculator, acestea ducând la cenzurarea răspunsurilor, timpul de reacție mai lent, onestitatea mai scăzută, tendința de a da răspunsuri extreme generate de lipsa contactului interpersonal cu administratorul testului (Butcher, 2013). De asemenea, evaluarea computerizată poate genera dificultăți pentru persoanele cu nivel scăzut de educație (Funke, Reips și Thomas, 2011). În ceea ce privește anxietatea generată de folosirea computerului, studiile au arătat că femeile sunt mai anxioase decât bărbații, nivelul anxietății fiind cu atât mai ridicat cu cât respondenții au experiență mai redusă în operarea pe calculator (Chua, Chem și Wong, 1999). Alți cercetători au evidențiat faptul că folosirea computerului în testarea psihologică poate crea o atmosferă pe care respondentul o percepe ca fiind mai puțin amenințătoare și mai confidențială, reducând astfel inhibițiile și tendința spre dezirabilitate socială. În aceste situații, un factor care pare să influențeze răspunsurile respondenților este proximitatea față de alți respondenți sau față de examinatori, studiile arătând că posibilitatea ca o altă persoană să vadă răspunsurile a generat un grad mai scăzut de onestitate din partea respondenților (Vereecken și Maes, 2006). În ceea ce privește probele administrate online, pot să apară următoarele erori: apariția unor răspunsuri deja selectate în lista de răspunsuri posibile; spațiul alocat răspunsurilor la întrebările deschise este prea mare sau prea mic; lipsa opțiunii pentru nonrăspunsuri (de exemplu, *Nu vreau să răspund* sau *Nu știu*); dezvăluirea neintenționată a unor informații confidențiale despre participanți din cauza setărilor de securitate ale site-ului (Reiss și Reips, 2010).

Atunci când probele creion-hârtie sunt adaptate în format electronic, sunt analizate două tipuri de indicatori pentru a stabili echivalența celor două forme: mediile scorurilor obținute pentru ambele modalități de administrare a probelor și corelațiile dintre cele două seturi de scoruri. Uneori, acestor două tipuri de analize li se adaugă estimarea validității predictive sau a validității convergente și divergente. Variantele computerizate ale probelor

psihologice par să fie mai eficiente pentru probele cu timp-limită de răspuns, pentru că bifarea răspunsului adecvat prin apăsarea unei taste este mult mai rapidă decât încercuirea pe o foaie de răspuns a variantei corecte. Alte aspecte problematice țin de echivalența computerelor folosite, precum rezoluția și mărimea ecranului, culorile, dispunerea tastelor, care pot constitui surse de eroare (Domino și Domino, 2006). În privința evaluării personalității, studiile recente nu au evidențiat diferențe rezultate obținute prin aplicarea computerizată sau creion-hârtie (Salgado și Moscoso, 2003).

Alte aspecte de care evaluarea psihologică computerizată trebuie să țină cont se referă la interpretarea rezultatelor obținute de la respondenți. Aceleași scoruri obținute la o probă pot fi interpretate diferit în funcție aspectele sociodemografice, de exemplu, un scor ridicat la o scală care măsoară paranoia va fi interpretat diferit pentru un client cu vârsta de 50 de ani și pentru un alt client cu vârsta de 20 de ani. În timp ce clinicianul ține cont de aspectele particulare ale clientului, computerul este programat într-o manieră nomotetică, de exemplu, dacă respondentul are peste 28 de ani este încadrat într-o categorie generală de vârstă și interpretarea va ține cont de caracteristicile categoriei, fără să fie luate în calcul și alte aspecte particulare. Cu toate acestea, validitatea rapoartelor generate de clinicieni pare să fie mai scăzută, deoarece aceștia nu sunt constanți în modul în care fac evaluările, spre deosebire de computer, care folosește algoritmi bine definiți. Pentru a evalua validitatea interpretărilor oferite de programele computerizate, ar trebui evaluate afirmațiile și regulile de decizie care duc la aceste interpretări, dar cercetările pe această temă sunt sporadice (Domino și Domino, 2006).

Deși generarea automată a interpretării probelor este mult mai facilă și presupune economie considerabilă de resurse, există riscul ca rapoartele generate să fie folosite de persoane care nu sunt specializate în testarea psihologică sau să fie folosite în mod necritic de către specialiști, ducând la interpretări vagi și generale. Efectul Barnum (tendința de a accepta interpretări vagi și generale despre personalitate ca fiind caracteristice propriei persoane) reprezintă un alt risc. Un exemplu tipic de manifestare a acestui fenomen este următorul: unui grup de studenți le-a fost administrat Inventarul 16PF, după care le-a fost oferită interpretarea computerizată a probei. O parte dintre studenți au primit o interpretare computerizată și o interpretare foarte generală (construită astfel încât să reflecte efectul Barnum), în timp ce restul au primit împreună cu versiunea computerizată și altă versiune, despre care li se spunea că a fost generată de un grup de experți, această versiune incluzând și termeni specifici jargonului clinic. Studenții au fost rugați să evalueze care dintre evaluări li se pare că este cea mai exactă, rezultatele arătând, în mod surprinzător, că evaluarea construită după principiul efectului Barnum a fost considerată cea mai bună (O'Dell, 1972, apud Domino și Domino, 2006).

20.3. Avantaje și dezavantaje ale evaluării psihologice computerizate

Principalul avantaj al evaluării psihologice computerizate îl reprezintă economia de timp în colectarea datelor, scorarea și interpretarea rezultatelor. Totodată, scade foarte mult durata de timp dintre administrarea probei și obținerea interpretării și a profilului, ceea ce duce la creșterea satisfacției clientului, feedbackul fiind adesea imediat. Totodată,

aplicarea computerizată presupune mai puține restricții decât cea tradițională, fiind posibile atât aplicarea individuală, cât și cea colectivă. Pe de altă parte, în condițiile în care examinatorul nu este prezent, pot să apară neclarități legate de modul de lucru sau chiar de onestitatea respondentului (cel care completează este chiar persoana vizată, răspunsurile pe care le oferă sunt construite individual sau primește ajutor din partea altor persoane?). Totodată, apar probleme legate de contextul testării, mai ales în cazul administrării online a probelor: este posibil ca respondentul să completeze probele la o oră neadecvată testării, într-un mediu cu distractori (zgomot, prezența altor persoane, conexiune slabă la Internet etc.). Un alt avantaj este acuratețea mai mare în scorare și interpretare față de scorarea și interpretarea manuale, dată și de posibilitatea softurilor de a folosi concomitent o varietate de reguli de decizie. Totodată, gradul de standardizare a procedurilor de testare și de interpretare a probelor este mai mare, iar erorile care pot fi atribuite comportamentului examinatorului sunt mult reduse. Un dezavantaj major îl reprezintă imposibilitatea de a observa comportamentul clientului pe parcursul testării, care este adesea o sursă importantă de informații privind atitudinea sa, gradul de înțelegere a probei, implicarea în sarcină, raportarea la sarcina de lucru, ritmul de lucru etc.

Pentru a contracara dezavantajele evaluării computerizate, Comisia Internațională de Testare a elaborat o serie de reglementări pentru cei care creează, publică sau folosesc teste, aceste reglementări fiind accesibile pe plan internațional. Reglementările se referă la aspecte de natură tehnologică (cerințele hardware și software ale probelor, robustețea lor, aspectele de natură etică implicate de prezentarea materialelor în format electronic, adaptarea probelor la cerințele persoanelor cu dizabilități, oferirea de sprijin, informații și itemi de exersare), aspecte de natură calitativă (folosirea competentă a probelor computerizate, analiza calităților psihometrice ale probelor, echivalența probelor computerizate cu cele creion-hârtie, scorarea, analiza și interpretarea rezultatelor cu acuratețe), asigurarea supervizării necesare utilizării adecvate a testului și asigurarea securității datelor (International Test Commission, 2013).

20.4. Aspecte etice în evaluarea psihologică computerizată

Folosirea computerului și a Internetului în evaluarea psihologică aduce în discuție aspecte etice specifice cercetării cu participanți umani. Încă de la primele utilizări ale acestor modalități de evaluare, au existat controverse privind măsura în care computerele duc la o „dezumanizare” a evaluării psihologice, dar și privind securitatea datelor colectate despre respondenți. Onestitatea respondenților a fost un alt aspect amplu dezbătut în cercetările pe această temă. Aspectelor etice generale implicate de cercetarea cu participanți umani li se adaugă cerințe specifice ale utilizării tehnologiilor informatice. Abilitatea cercetătorilor și a respondenților de a-și asuma anonimatul în mediul online, obținerea consimțământului informat, problemele generate de securitatea cibernetică și limita neclară dintre public și privat în mediul online pot genera probleme etice care trebuie identificate și contracarate. O cercetare realizată asupra studiilor online a arătat că numai 10% dintre acestea prezentau explicit avantajele și dezavantajele participării la cercetare, iar 76% erau postate pe site-ul unor organizații și se adresau membrilor organizației fără să fie

oferite informații clare despre proiect, despre cercetători sau despre siguranța și confidențialitatea datelor culese (Gurau, 2007). Asociația Psihologilor Americani a dezvoltat nu numai standarde generale despre folosirea testelor în general, dar și în mod specific, pentru folosirea unor categorii aparte de probe, cum sunt probele computerizate (American Psychological Association, 2010).

Accesibilitatea computerelor și oferta tot mai variată de instrumente de evaluare computerizată pot să conducă la situații de folosire neetică a acestora, principalele cauze fiind competențele reduse ale celor care le folosesc și aspectele de natură tehnologică. Nu este necesar ca psihologul să cunoască și să înțeleagă algoritmi care stau la baza softurilor de evaluare psihologică, dar este absolut necesar să dovedească o cunoaștere aprofundată a probei de evaluare folosite și a factorilor care pot influența modalitatea de testare. Practicienii care nu sunt familiarizați cu modelele teoretice care stau în spatele probelor de evaluare și folosirii tehnologiei în practică, care nu cunosc calitățile psihometrice ale probelor sau modalitățile de administrare, scorare și de interpretare a răspunsurilor, atât pentru probele creion-hârtie, cât și pentru cele computerizate, sau aspecte generale privind operarea pe calculator își depășesc aria de competență, ceea ce reprezintă încălcarea normelor de natură etică. Folosirea deficitară a rapoartelor de evaluare generate de computer reprezintă un alt aspect etic care trebuie evitat. Suprasimplificarea rapoartelor poate duce la iluzia clinicienilor că pot folosi probe pe care nu le cunosc suficient de bine. Sarcina psihologului este de a adapta și de a prezenta raportul psihologic obținut în lumina celorlalte informații pe care le deține despre client, evitând prezentarea unor rapoarte generale, vagi și impersonale (Butcher, 2013).

Acomodarea la particularitățile clientului reprezintă un aspect de natură etică care trebuie respectat, în acest fel devenind posibilă identificarea factorilor de natură individuală care pot compromite evaluarea. Atitudinea față de computer și Internet și sentimentele de aversiune față de acestea din partea respondenților pot duce la erori. Atitudinea respondentului față de evaluarea computerizată explică gradul de acceptare și de implicare în completarea probelor, onestitatea răspunsurilor oferite. Deși s-a pus problema dezumanizării evaluării psihologice prin folosirea probelor computerizate, există cercetări care au demonstrat că respondenții oferă mai ușor informații sensibile despre propria persoană atunci când evaluarea se realizează computerizat. Aversiunea față de computer sau anxietatea pot influența performanța individului la probele de evaluare. De exemplu, cei care trăiesc stări de disconfort generat de folosirea computerului obțin scoruri mai mari la scalele care măsoară emoții negative (Butcher, 2013). Problematika lipsei de onestitate a respondenților în evaluarea psihologică computerizată a început să fie tot mai mult dezbătută în literatura de specialitate. De exemplu, a fost investigată măsura în care modul de administrare a unei probe de evaluare (online sau offline) influențează tendința spre a trișa a respondenților. Rezultatele cercetării au arătat că atitudinea favorabilă față de lipsa de onestitate și nivelul ridicat al percepției controlului asupra sarcinii pot prezice tendința respondenților de a răspunde într-o manieră dezirabilă social sau de a oferi răspunsuri care nu îi caracterizează, dar, contrar așteptărilor cercetătorilor, această tendință a fost similară atât în cazul evaluărilor online, cât și în cazul celor offline (Grieve și Elliott, 2013), participanții prezentându-se într-o manieră favorabilă atât în cazul evaluărilor trăsăturilor de personalitate, cât în cazul simptomelor depresive (Grieve și De Groot, 2011).

Securitatea și siguranța datelor culese și materialelor generate electronic constituie responsabilitatea celor care folosesc probele computerizate. Stocarea datelor pe un hard sau într-o rețea poate compromite confidențialitatea informațiilor și, așadar, nerespectarea

condițiilor de participare la testare. În aceste situații, se recomandă stocarea datelor într-o zonă sigură, accesul fiind limitat la evaluatori care dețin modalități securizate de a accesa datele. O altă modalitate este reprezentată de folosirea numerelor sau a altor coduri în locul numelor reale ale respondenților. În cazul în care alte persoane ajung în situații prin care pot fi identificate date confidențiale despre clienți (de exemplu, personalul care oferă suport pentru întreținerea și utilizarea sistemelor electronice și a programelor computerizate folosite), se recomandă semnarea unui acord privind păstrarea confidențialității cu persoanele implicate în managementul echipamentelor și softurilor (Schulenberg, Yutzenka și Dakota, 2004).

Evaluarea computerizată reprezintă un domeniu promițător atât pentru clinicieni, cât și pentru cercetători, dar care continuă să genereze contradicții și să ridice întrebări importante privind aspectele etice implicate. Dincolo însă de limitele menționate, evaluarea computerizată are nenumărate beneficii, deschizând calea spre modalități tot mai avansate și mai complexe de evaluare, cu un grad ridicat de fidelitate și de validitate.

Bibliografie

- American Psychological Association (2010). *American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct*. Disponibil la : <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>.
- Butcher, J.N. (2013). Computerized personality assessment. In J. Graham & J. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology : Assessment psychology* (pp. 142-165). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Chua, S., Chem, D., Wong, P. (1999). Computer anxiety and its correlates : A meta analysis. *Computers in Human Behavior*, 14, 559-577 ; [https://doi.org/doi.org/10.1016/S0747-5632\(99\)00039-4](https://doi.org/doi.org/10.1016/S0747-5632(99)00039-4).
- Domino, G., Domino, M.L. (2006). *Psychological testing : An introduction*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Epstein, J., Klinkenberg, W.D. (2001). From Eliza to Internet : A brief history of computerized assessment. *Computers in Human Behavior*, 17, 295-314 ; [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(01\)00004-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(01)00004-8).
- Funke, F., Reips, U.-D., Thomas, R.K. (2011). Sliders for the Smart : Type of Rating Scale on the Web Interacts With Educational Level. *Social Science Computer Review*, 29(2), 221-231 ; <https://doi.org/10.1177/0894439310376896>.
- Goldstein, E.B. (2014). *Sensation and perception*. Wadsworth : Cengage Learning.
- Grieve, R., De Groot, H.T. (2011). Does online psychological test administration facilitate faking ? *Computers in Human Behavior*, 27, 2386-2391 ; <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.08.001>.
- Grieve, R., Elliott, J. (2013). Cyberfaking : I can, so I will ? Intentions to fake in online psychological testing. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(5), 364-369 ; <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0271>.
- Gurau, C. (2007). The ethics of online surveys. In R.A. Reynolds, R. Woods, & J.D. Baker (Eds.), *Handbook of research on electronic surveys and measurements* (pp. 112-119). London : Idea Group Reference.
- International Test Commission (2013). *International guidelines on Computer-Based and Internet Delivered Testing*. Accesat pe : www.intestcom.org.
- Kaplan, R.M., Saccuzzo, D.P. (2005). *Psychological testing : Principles, applications, and issues* (5th ed.). Belmont : Thomson Learning.
- Reiss, S., Reips, U.F. (2010). Online assessment. In S. Gosling & J. Johnson (Eds.), *Principles and Methods of Test Construction : Standards and Recent Advances* (pp. 120-131). Washington, DC : American Psychological Association.

- Salgado, J.F., Moscoso, S. (2003). Internet-based personality testing : Equivalence of measures and assesses' perceptions and reactions. *International Journal of Selection and Assessment*, 11(2/3), 194-205 ; <https://doi.org/10.1111/1468-2389.00243>.
- Schulenberg, S.E., Yutrzeuka, B.A., Dakota, E. (2004). Ethical issues in the use of computerized assessment. *Computers in Human Behavior*, 20, 477-490 ; <https://doi.org/10.1016/j.chb.2003.10.006>.
- Vereecken, C.A., Maes, L. (2006). Comparison of a computer-administered and paper-and-pencil-administered questionnaire on health and lifestyle behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 426-432 ; <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.10.010>.
- Wiederhold, B.K., Jang, D.P., Kim, S.I., Wiederhold, M.D. (2002). Physiological monitoring as an objective tool in virtual reality therapy. *Cyberpsychology & Behavior : The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 5(1), 77-82 ; <https://doi.org/10.1089/109493102753685908>.

Partea a IV-a

Aplicații speciale ale evaluării psihologice în domeniul clinic

21. Evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților

Oana David, Alina Ioana Cîmpean
Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Acest capitol prezintă principalele tendințe și abordări ale evaluării psihologice a copiilor și adolescenților, accentuând importanța evaluării validate științific și natura colaborativă a procesului de colectare a informațiilor relevante pentru evaluare și psihodiagnostic. De asemenea, sunt detaliate avantajele și dezavantajele evaluării bazate pe diagnostic și ale evaluării funcționale, etapele procesului de evaluare și principalele caracteristici și componente ale acestuia. În final, capitolul descrie tipurile de instrumente utilizate de către clinicieni și oferă câteva exemple de instrumente valide de evaluare a problemelor emoționale și comportamentale ale copiilor și adolescenților.

21.1. Introducere

Evaluarea psihologică reprezintă, înainte de toate, un proces de testare a unor ipoteze, în care se utilizează un spectru larg de proceduri, cu scopul de a înțelege problemele cu care se confruntă copilul/adolescentul sau un anumit grup social (vezi Reitman, Christiansen și Snyder, 2007). Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici specifici copilului/adolescentului, cu relevanță pentru sănătate și boală (David, 2006/2012a, 2006/2012b). Perspectiva tradițională asupra evaluării tratează acest proces ca fiind în principal unul de culegere a informațiilor, cu scopul de a obține o încadrare exactă a simptomatologiei pacientului într-o categorie de diagnostic (Finn, 2002). Acest lucru are menirea de a facilita comunicarea între profesioniști și de a ghida o bună planificare a intervenției și a evaluării eficienței intervenției. După Hunsley și Mash (2007), evaluarea clinică face apel la o serie de strategii de rezolvare de probleme pentru a conferi o mai bună înțelegere legată de factorii implicați în tulburările copiilor și adolescenților, strategii care fac apel la evaluarea funcționării comportamentale, emoționale, cognitive, dar și la evaluarea rolului pe care îl joacă factorii de mediu în influențarea acestora.

Evaluarea psihologică validată științific se referă la metode și procese de evaluare care au un suport empiric atât din punctul de vedere al validității, cât și din punctul de

vedere al utilității clinice pentru populația căreia i se adresează (Mash și Hunsley, 2005 ; Reitman, Christiansen și Snyder, 2007). Conceptul de evaluare validată științific este adesea asociat cu practici din domeniul sănătății bazate pe date științifice, expertiză clinică și preferințe sau alegeri ale pacientului (American Psychological Association [APA], 2005). În prezent, evaluarea validată științific reprezintă o tendință generală în literatură, dată fiind evoluția intervențiilor psihologice înspre tratamente validate științific, generată de decalajul dintre practicile de evaluare utilizate în cercetare și evaluarea realizată în practica clinică (Mash și Hunsley, 2005).

Abordările mai recente asupra evaluării psihologice (de exemplu, Tharingen, Gentry și Finn, 2013) subliniază tranziția spre o evaluare colaborativă, în care pacientul participă activ la stabilirea scopurilor evaluării împreună cu clinicianul, oferă informații în plus care să transfere semnificație rezultatelor evaluării sau participă la formarea raportului final, adăugând informații care să ajute la construirea imaginii de ansamblu asupra problemei. De asemenea, atitudinea clinicianului este de respect, empatie, compasiune și deschidere, elemente esențiale ale formării relației terapeutice.

21.2. Evaluarea bazată pe diagnostic *versus* evaluarea funcțională a copiilor și adolescenților

Evaluarea psihologică contemporană a fost abordată pe baza a două perspective distincte, dar complementare : abordarea bazată pe *psihodiagnostic clinic nosologic* și abordarea bazată pe *analiza funcțională* (Ollendick și Hersen, 1984 ; Reitman, Christiansen și Snyder, 2007 ; Reitman, 2006), fiecare fiind însoțită de o serie de avantaje și dezavantaje (vezi Simonsen, 2010). În plus, psihodiagnosticul clinic are la bază doua modele principale : *modelul categorial* și *modelul dimensional*.

În ceea ce privește *abordarea categorială*, aceasta are rolul, pe lângă cel de a facilita schimbul de informații între profesioniști, de a colecta informații cu scopul stabilirii unui diagnostic, de a fundamenta alegerea unui tratament și de a facilita estimarea probabilității unui rezultat grosier în urma unei intervenții (Reitman, Christiansen și Snyder, 2007). Astfel, simptomatologia pacientului poate fi inclusă într-o categorie specifică de diagnostic (Mash și Wolfe, 2005), ceea ce conduce la o serie de avantaje : informațiile incluse în categorii clare sunt mai ușor de raportat și de reținut de către clinician ; facilitează procesul de luare a deciziei privind cursul tratamentului (medicație sau psihoterapie), facilitează o perspectivă și o abordare unitară a tulburărilor mintale (ceea ce simplifică înțelegerea factorilor etiologici, cursul intervenției și rezultatul acesteia). Nu în ultimul rând, începând cu introducerea *Manualului pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mintale*, ediția a III-a (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition* – DSM-III ; American Psychiatric Association, 1980), evaluarea categorială reprezintă o abordare validă. Pe de altă parte, deși clasificarea simptomatologiei reprezintă o abordare utilă pentru coordonarea și concentrarea observațiilor clinice, aceasta are dezavantajul de a fi supusă reificării (Simonsen, 2010). Altfel spus, conceptele legate de sindrom sunt înlocuite cu concepte nosologice sau dacă o categorie poate fi identificată în sistemul formal de clasificare credem că aceasta trebuie să existe și în realitate. De asemenea, din pricina lipsei unei delimitări clare între diagnostice, pacienții îndeplinesc adesea criteriile pentru

mai multe tulburări. Absența omogenității în privința pacienților diagnosticați cu aceeași tulburare este o altă limită a acestei abordări. Pacienții cu aceeași tulburare pot varia foarte mult, în funcție de criteriile utilizate pentru stabilirea diagnosticului, iar aceste diferențe pot fi semnificative și deosebit de relevante. O problemă asociată lipsei delimitării clare între categoriile nosologice este absența delimitării clare între normalitate și psihopatologie sau între comportament funcțional și comportament disfuncțional. În fine, un alt dezavantaj important al abordării constă în existența unui procent ridicat de cazuri atipice, care nu pot fi incluse în categoriile actuale de diagnostic.

Abordarea dimensională asupra psihodiagnosticului, pe de altă parte, conceptualizează psihopatologia ca variind de-a lungul unui continuum, mai degrabă decât a fi prezentă sau absentă. În consecință, după Doss, Cook și McLeod (2007), nivelurilor mai reduse ale simptomatologiei le corespund niveluri mai scăzute ale afectării funcționării copilului/adolescentului, în timp ce nivelurilor mai ridicate ale simptomatologiei le corespund niveluri mai severe ale afectării funcționării acestuia. Această abordare asupra diagnosticului clinic se aplică în special în cazul evaluării problemelor de personalitate ale adolescenților. Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric (*Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA*; Achenbach și Rescorla, 2000) reprezintă o exprimare a abordării empirice asupra clasificării dimensionale a psihopatologiei, apărut relativ recent.

Evaluarea clinică funcțională presupune focalizarea pe scopul, cauza și/sau funcția pe care o poate avea un comportament specific, evitându-se astfel includerea individului într-o categorie de diagnostic generală (Mash și Wolfe, 2005). Pe baza evaluării comportamentale, clinicianul observă în mod regulat comportamentele problematice ale copilului cu scopul de a determina acei factori specifici care influențează comportamentele-țintă. Evaluarea funcțională poate fi parte a analizei funcționale în cadrul căreia se propune și realizarea unei intervenții asupra problemelor copilului sau ale adolescentului. Modelul ABC comportamental (Skinner, 1974) este cel mai adesea utilizat pentru a organiza informațiile obținute în cadrul evaluării funcționale. Modelul ABC comportamental schematizează modul în care comportamentele noastre operante (B) sunt generate de prelucrări informaționale amorsate de stimuli (A) și sunt menținute de consecințele lor (C) (David, 2006/2012a, 2006/2012b; vezi figura 21.1).

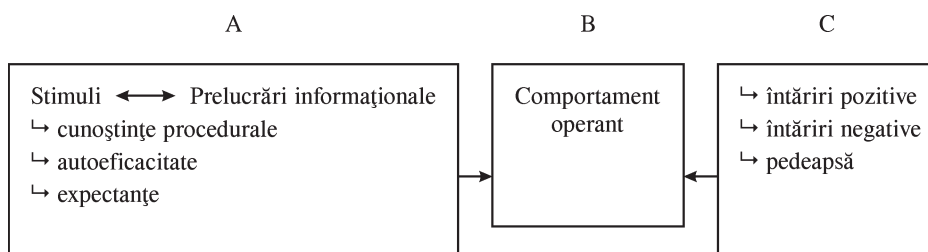


Figura 21.1. Modelul ABC comportamental (după David, 2006/2012a, 2006/2012b)

Prin prisma modelului ABC comportamental (vezi David, 2006/2012a, 2006/2012b), antecedentele (A) sunt reprezentate de stimuli și de prelucrări informaționale. Stimulii pot să fie interni sau externi. Prelucrările informaționale implicate cel mai adesea în generarea

comportamentelor sunt cunoștințele procedurale (pentru a genera un comportament trebuie să știu cum să-l fac); autoeficacitate (pentru a genera un comportament trebuie să am încredere că pot să-l generez); expectanțe pozitive (fac un comportament dacă mă aștept să-mi aducă beneficii). Comportamentele (*B*) care se pretează analizei comportamentale prin prisma acestui model sunt cele operante, cu alte cuvinte, acele comportamente cu care operăm asupra mediului în care trăim. Consecințele (*C*) se referă la stimulii care urmează unui comportament. Astfel, întăririle sunt acele consecințe care cresc ocurența comportamentului-țintă, iar pedepsele sunt acele consecințe care scad ocurența comportamentului-țintă.

Simonsen (2010) menționează ca principal avantaj al abordării funcționale o bună delimitare și diferențiere a pacienților și numărul crescut de informații relevante identificate. În funcție de diverse atribute psihologice sau comportamente, clinicianul poate să realizeze un tablou clinic comprehensiv. De asemenea, caracteristicile atipice sunt analizate și investigate și pot face diferența în cursul intervenției, acestea nefiind „forțate” să intre într-o categorie de diagnostic. Mai mult, scorurile obținute la evaluare facilitează diferite variații între normalitate și patologie. Evaluarea funcțională permite diagnosticarea unor simptome nonspecifice sau a unor condiții care nu ating pragul clinic (niveluri reduse de anxietate/depresie etc.). Un alt avantaj constă în flexibilitatea ridicată și superioritate în raportarea schimbărilor, având în vedere că scorurile la variabilele de tip interval s-au dovedit a fi mai stabile, rămânând neafectate de modificări minore în psihopatologie. De asemenea, s-au dovedit a avea o mai mare validitate comparativ cu măsurătorile dihotomice. Pe de altă parte, lipsa consensului din literatură privind numărul dimensiunilor necesare pentru a reprezenta psihopatologia și numărul mare al dimensiunilor în general îngreunează înțelegerea și comunicarea între clinicieni. Totodată, din pricina complexității acestui tip de evaluare, pot să apară neclarități în legătură cu dimensiunile și criteriile care trebuie utilizate pentru stabilirea unei probleme, fapt care îngreunează procesele ce urmează după evaluarea psihologică.

21.3. Particularități ale evaluării și psihodiagnosticului copiilor și adolescenților

În primul rând, evaluarea copiilor și adolescenților este caracterizată de câteva aspecte particulare, importante de luat în considerare în procesul de evaluare psihologică. Lempp *et al.* (2012) sugerează o serie de factori asupra cărora trebuie să se focuseze clinicianul pe parcursul evaluării psihologice. Astfel, un principal aspect distinct al evaluării copilului sau adolescentului constă în faptul că inițiativa privind evaluarea psihologică nu îi aparține acestuia, el fiind mai degrabă „adus” la ședința de evaluare de obicei de către părinte. Prin urmare, atenția clinicianului trebuie să se îndrepte atât spre evaluarea problemelor acuzate de părinte, cât și spre evaluarea balanței dintre așteptările părintelui cu privire la ce ar trebui să facă copilul și abilitățile copilului de a îndeplini aceste așteptări. De asemenea, este recomandat să se evalueze percepția copilului asupra problemelor cu care se confruntă și să se identifice aspectele asupra cărora acesta dorește să lucreze. Deoarece comportamentul poate varia în funcție de mediu, este important ca evaluarea să se realizeze în diferite contexte: în familie, la școală și în comunitatea din care face

parte copilul/adolescentul. Aceste schimbări comportamentale se explică prin faptul că mediul reprezintă un activator care poate să declanșeze comportamentele disfuncționale într-o mai mică sau mai mare măsură. De asemenea, foarte importante sunt evaluarea familiei și a interacțiunilor dintre membrii acesteia și colectarea informațiilor din diferite surse: bunici, profesori, rude.

O altă particularitate a evaluării copilului și adolescentului se referă la factorii relaționați cu dezvoltarea copilului/adolescentului. Problemele comportamentale pot reflecta adesea anumite întârzieri în dezvoltare, pierderea unor abilități dobândite din pricina trecerii printr-o traumă sau o tulburare severă sau din pricina incapacității de a selecta comportamentele adecvate unei situații. Este recomandat ca atenția clinicianului să fie îndreptată spre comportamentele care indică o dezvoltare normală sau anormală la vârste diferite, în contexte diferite, ținând cont de tulburările care pot să apară în stadii specifice de dezvoltare. De asemenea, nivelul de dezvoltare al copilului influențează abilitatea copilului/adolescentului de a reflecta și de a discuta despre emoțiile simțite și de a reda evenimentele trăite. Clinicianul trebuie să ia în considerare aceste aspecte deoarece ele pot influența semnificativ comunicarea. Astfel, culegerea informațiilor trebuie să se adapteze stadiului de dezvoltare: observație (în cazul sugarilor), joc (pentru preșcolari), interviu, (școlari și adolescenți). În consecință, un alt aspect distinct în evaluarea copiilor și adolescenților este timpul necesar evaluării, care poate varia între două și cinci ore.

Cu scopul de a obține informațiile necesare pentru stabilirea unui diagnostic clinic exact, este recomandată, pe lângă colectarea datelor din diferite surse, combinarea scalelor cu proprietăți psihometrice foarte bune cu interviul clinic, alături de informațiile obținute de la părinți, profesori și medicul psihiatru.

21.4. Etapele procesului de evaluare și diagnostic în cazul copilului și adolescentului

În realizarea procesului de evaluare clinică și psihodiagnostic sunt recomandate o serie de secvențe generale prezentate detaliat de David (2006/2012b). Tharingen, Gentry și Finn (2013) delimitează o serie de pași specifici de urmat în procesul de evaluare și diagnostic în cazul copilului și adolescentului. Astfel, un prim pas îl reprezintă *contactul telefonic inițial cu părintele*. În această etapă se explorează problemele generale cu care se confruntă copilul/adolescentul. De asemenea, odată cu acest prim contact clinicianul stabilește natura colaborativă a procesului de evaluare, accentuând rolul-cheie al părinților în obținerea cu succes a informațiilor relevante. Părinții sunt încurajați să se gândească la posibile întrebări pe care ar dori să le adreseze clinicianului, definind astfel cursul evaluării. În cazul evaluării adolescenților, clinicianul poate să transmită direct o serie de informații despre ceea ce se va întâmpla în cadrul evaluării la care va participa, cu scopul de a-i face cunoscută adolescentului importanța colaborării și implicării lui în evaluare.

Sesiunea inițială cu părintele și copilul/adolescentul este a doua etapă a procesului de evaluare. Prima parte a ședinței se desfășoară cu copilul/adolescentul și părintele, iar în a doua parte se recomandă ca doar copilul/adolescentul să rămână cu clinicianul, pentru a explora posibile aspecte care nu au fost expuse în prezența părinților sau, în cazul

copiilor mai mici, pentru a evalua comportamentul copilului în absența părinților. În această etapă a evaluării, clinicianul practică multe dintre abilitățile fundamentale specifice : ascultare activă, validare emoțională, sumarizări etc. Obiectivele generale ale acestei prime sedințe de evaluare constau în stabilirea alianței și colaborării atât cu copilul/adolescentul, cât și cu părintele, pentru a stabili o bază de încredere și siguranță. Mai exact, pentru atingerea acestor scopuri, Tharingen, Gentry și Finn (2013) recomandă :

- 1) împărtășirea scopurilor evaluării cu copilul și părinții ;
- 2) introducerea ședinței, accentuând relevanța colaborării tuturor celor prezenți ;
- 3) clarificarea posibilelor întrebări din această etapă ;
- 4) ascultarea activă ;
- 5) sumarizarea informațiilor primite telefonic de la părinte și adresarea întrebărilor de clarificare ;
- 6) identificarea reacțiilor la informațiile trimise inițial (de exemplu, prin e-mail pentru adolescenți) despre ce înseamnă evaluarea psihologică ;
- 7) oferirea oportunității fiecărui membru prezent de a-și prezenta perspectiva asupra problemei pentru care s-a prezentat la evaluare.

În cazul în care pacientul este adolescent, cea de-a treia parte a primei ședințe constă în negocierea autonomiei și confidențialității. Acest pas implică obținerea permisiunii părintelui privind libertatea adolescentului de a adresa întrebări confidențiale, cu răspuns confidențial. Următorul pas țintește obținerea întrebărilor de investigat în cadrul evaluării, atât de la părinte, cât și de la copil/adolescent. Astfel, clinicianul împreună cu părinții și copilul/adolescentul construiesc aspectele relevante care urmează să fie analizate. Un alt pas al primei ședințe este sumarizarea problemelor discutate și completarea contractului de evaluare. Se discută numărul necesar al ședințelor de evaluare, se oferă detalii adiționale în legătură cu contractul semnat și se accentuează importanța obținerii informațiilor de la profesori/educatori despre aspectele care vor fi evaluate. În final, au loc reflectarea asupra ședinței și emiterea unor ipoteze. Această etapă de la finalul primei întâlniri presupune ca clinicianul să își acorde un timp de reflecție asupra cazului și asupra reacțiilor sale emoționale declanșate în timpul ședinței. Acestea din urmă reprezintă o sursă importantă de informații pe parcursul procesului de evaluare care va urma.

A treia etapă a evaluării copilului și adolescentului constă în *planificarea unei sesiuni cu părinții*. În această ședință se evaluează aspecte legate de dezvoltarea copilului și istoricul familial. De asemenea, această întâlnire reprezintă o oportunitate de a stabili o relație de colaborare cu părinții, de a empatiza cu dificultățile cu care s-au confruntat și de a investiga disponibilitatea acestora pentru schimbare.

A patra etapă este *faza de testare cu copilul/adolescentul*. Clinicianul utilizează instrumente standardizate cu scopul realizării unei evaluări multi-nivelare. De obicei se investighează :

- a) nivelul cognitiv ;
- b) achizițiile academice ;
- c) funcționarea neuropsihologică ;
- d) funcționarea socioemoțională și comportamentală ;
- e) evaluarea personalității (la adolescenți). În general, se recomandă și includerea părinților în procesul de evaluare și investigarea variabilelor parentale relevante (de exemplu, parenting, distres etc.).

A cincea etapă constă în *scorarea, interpretarea și sumarizarea rezultatelor la măsurătorile aplicate*, urmând *construirea raportului și transmiterea concluziilor familiei și copilului/adolescentului*. În această fază, clinicianul utilizează un limbaj de interfață, ușor accesibil părinților și copilului/adolescentului, evitând prezentarea informațiilor într-o manieră ofensatoare sau acuzatoare.

O prezentare generală inițială a acestor pași părinților și copiilor/adolescenților oferă acestora predictibilitate, setează așteptări cu privire la ceea ce urmează să se întâmple în cadrul evaluării psihologice și reduce posibilele reacții anxioase.

21.5. Instrumente utilizate în evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților

Evaluarea psihologică validată științific se realizează prin utilizarea unor instrumente valide, cu proprietăți psihometrice ridicate. Pentru o evaluare comprehensivă, literatura de specialitate recomandă (vezi Mash și Hunsley, 2005 ; Doss, Cook și McLeod, 2007) utilizarea interviului clinic nestructurat, alături de cel semistrukturat, structurat, și a scalelor de măsurare standardizate. Fiecare dintre aceste metode de evaluare corespunde unor întrebări clinice specifice. Particularitățile fiecărei metode și rolul acestora în psihodiagnosticul copiilor și adolescenților sunt analizate mai jos.

Interviul este o metodă de colectare a datelor, în care se adresează o serie de întrebări calitative și/sau cantitative. Așa cum a fost subliniat în literatură de Schultze și Avital (2011), interviul are scopul de a contextualiza experiența persoanei evaluate și de a identifica interpretările pe care acesta i le-a atribuit. Interviul poate fi desfășurat în format nestructurat, semistrukturat și structurat.

Interviul nestructurat este una dintre cele mai utilizate modalități de diagnostic de către clinicieni. Acesta presupune absența unui set prestabilit de întrebări, ceea ce nu înseamnă absența unei structuri și nu se traduce prin absența unui scop precis. Deși interviul nestructurat este o metodă flexibilă și nondirectivă, acesta se bazează pe o structură dată de un aspect clinic general, și nu de întrebări specifice (Doody și Noonan, 2013). Doss, Cook și McLeod (2007) accentuează utilitatea interviului nestructurat pentru obținerea unui bagaj semnificativ de informații utile în stabilirea diagnosticului. Așadar, acesta se desfășoară fie cu copilul, fie cu copilul și părintele și poate dura aproximativ o oră, două, timp în care clinicianul adresează întrebări despre prezența, frecvența și durata simptomelor și factorilor care au contribuit la apariția simptomelor acuzate. Sunt investigate aspecte precum: comportamentul copilului de acasă/la școală, aspecte ce țin de dezvoltarea copilului până la momentul evaluării, performanța academică, istoric familial și psihopatologie.

În cadrul interviului nestructurat, experiența profesională a clinicianului este foarte relevantă deoarece poate ghida interviul spre colectarea unor informații suplimentare relevante pentru diagnostic. Pe de altă parte, interviul nestructurat are dezavantajul de a fi susceptibil la distorsiunile cognitive ale clinicianului, ceea ce conduce la căutarea selectivă a informațiilor congruente cu ipotezele pe care acesta și le-a formulat și la ignorarea informației incongruente cu acestea (Garb, 2005). De asemenea, schemele cognitive și expectanțele clinicianului influențează formarea clientului prototip pentru o

anumită tulburare, ceea ce, din nou, distorsionează integrarea informațiilor obținute. O altă distorsiune legată de modul în care clinicienii iau decizii în baza interviului nestructurat se referă la diagnosticarea pacientului în baza patternului cognitiv cu disponibilitatea cea mai ridicată. Astfel, șansa de a diagnostica o tulburare mai puțin prevalentă este scăzută, deși elementele de diagnostic sunt prezente. Totodată, stereotipul de gen, vârstă sau etnie este altă sursă de distorsionare a judecății clinicianului în procesul de diagnosticare.

Interviul nestructurat poate reprezenta un instrument foarte important de colectare a unor informații nesurprinse suficient de interviul semistrukturat sau structurat, apreciate de pacienți deoarece le oferă un nivel ridicat de control asupra cursului interviului. Cu toate acestea, trebuie luate în considerare limitele acestei metode, care pot influența semnificativ decizia privind diagnosticul (Doss, Cook și McLeod, 2007).

Interviul structurat și interviul semistrukturat reprezintă o metodă de colectare a informațiilor necesare de la copil/adolescent și aparținători, prin adresarea unui set de întrebări stabilite și formulate în prealabil de către un specialist, cu reguli stricte de administrare (Doody și Noonan, 2013). De obicei, interviul structurat și cel semistrukturat sunt formate urmărind criteriile DSM de diagnostic, evaluând frecvența și durata fiecărui simptom, dar și ale dificultăților asociate unei forme specifice de psihopatologie. Diferența dintre interviul structurat și cel semistrukturat este dată de măsura în care judecata clinicianului este implicată în diagnosticul final (Angold și Fisher, 1999). Mai exact, interviul structurat este format din întrebări cu variante de răspuns prestabilite, putând fi aplicat și de persoane fără formare în acest sens (Doss, Cook și McLeod, 2007). Acesta a fost dezvoltat din raționamente practice, pentru a fi utilizat în studii epidemiologice, în care se desfășoară multiple interviuri cu scop de diagnostic. Astfel, standardizarea formatului interviului a permis reducerea costurilor de administrare și de personal și a crescut validitatea instrumentului (Shaffer, Fisher și Lucas, 1999).

Limitele acestei metode sunt date de controlul redus al clinicianului în ghidarea interviului, de imposibilitatea de a clarifica răspunsurile invalide sau de dificultatea de a surprinde simptomele atipice. Prin interviul semistrukturat, în schimb, s-a încercat depășirea acestor limite, acesta fiind adaptat pentru a crește înțelegerea rezultatelor obținute, pentru a crește posibilitatea de a verifica informațiile obținute, pentru a eficientiza utilizarea întrebărilor deschise și pentru a repeta întrebări cu scopul de a verifica unele răspunsuri. Spre deosebire de interviurile structurate, cele semistrukturate necesită parcurgerea unui program de formare, un nivel mai ridicat de control al calității și o atenție ridicată acordată regulilor de codare (Angold și Fisher, 1999).

Un exemplu de interviu structurat conform DSM-IV (APA, 2013), versiunea pentru copii, este *Interviul clinic structurat pentru tulburările clinice ale sugarului, copilului și adolescentului* (*The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnosis – KID-SCID*; Hien *et al.*, 1994). Acesta urmărește criteriile de diagnostic pediatriu DSM-IV. Interviul este format din patru module care investighează: 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. Interviul poate fi administrat de orice specialist în sănătate mintală. De exemplu, acesta poate fi utilizat de medicul psihiatru cu scopul de a stabili un diagnostic psihiatric sau de psihologi, cu scopul de a-și informa practica profesională.

Instrumentul include trei coloane: în cea din mijloc sunt criteriile DSM-IV pentru o anumită tulburare, în partea stângă sunt întrebările-amorsă care ghidează clinicianul în a evalua dacă criteriul investigat este sau nu prezent, iar în partea dreaptă sunt prezente

rubricile pentru codarea răspunsului (? = informația este inadecvată pentru a cota răspunsul cu 1, 2 sau 3; 1 = absent sau fals; 2 = sub nivel prag; 3 = nivel prag sau adevărat). Judecata clinică a evaluatorului este importantă în cazul acestui interviu pentru codarea răspunsului, adică stabilirea gradului în care un criteriu este satisfăcut. Astfel, este important ca clinicianul să urmărească identificarea criteriilor de diagnostic, nu doar cotarea răspunsurilor la întrebări. Clinicianul poate să respingă sau să accepte un răspuns, în funcție de judecata sa clinică. De asemenea, clinicianul poate să respingă un diagnostic care teoretic satisface criteriile de diagnostic însă nu produce și o deteriorare funcțională. Aceste aspecte sunt specifice interviului semistrukturat, care, spre deosebire de cel structurat, nu constrânge clinicianul să accepte toate răspunsurile pacientului, ci îi permite specialistului să utilizeze judecata sa clinică în stabilirea diagnosticului (Hien *et al.*, 1994).

Scalele de măsurare standardizate reprezintă o metodă de evaluare prin intermediul unor chestionare care măsoară o problemă specifică (scale unidimensionale) sau mai multe aspecte ale unei probleme cu care se confruntă copilul/adolescentul (scale multi-dimensionale). Comparativ cu interviul nestructurat, scalele de măsurare facilitează o abordare mai sistematică a evaluării clinice (Hart și Lahey, 1999) și pun la dispoziție norme clare de măsurare a intensității simptomatologiei, iar din punctul de vedere al timpului petrecut în evaluare, acestea sunt superioare, necesitând un interval scurt de timp (între 5 și 20 de minute). Scalele standardizate sunt utilizate adesea în contextul evaluării psihologice cu scopul de a identifica abilitățile și cunoștințele achiziționate de copii/adolescenți. Standardizarea evaluării înseamnă prevenirea diagnosticării premature și facilitează investigarea funcționării în diferite domenii într-o manieră ușor de transmis sau de investigat în evaluări mai specializate (Achenbach *et al.*, 2005).

Scalele pot fi aplicate fără formare prealabilă, însă interpretarea rezultatelor necesită cunoștințe de specialitate. În ceea ce privește diagnosticul clinic, acesta nu poate fi realizat doar în baza scorurilor provenite din scale, ci trebuie completate de alte metode de evaluare, precum interviul clinic (Doss, Cook și McLeod, 2007). De asemenea, este nevoie ca atât calitățile psihometrice ale scalelor utilizate pentru copii, cât și ale celor pentru părinți să fie adecvate. Instrumentele standardizate facilitează prevenirea diagnosticării premature și evaluarea funcționării în diferite domenii într-o manieră ușor de transmis.

Sistemul Achenbach al evaluării bazate empiric (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA; Achenbach și Rescorla, 2000) este un instrument standardizat de evaluare a copiilor în diferite contexte, prin raportare la un grup de referință. Instrumentul este format din două dimensiuni. Prima dimensiune se concentrează pe evaluarea a șapte sindroame și este grupată în „Probleme de internalizare” și „Probleme de externalizare” (anxios/deprimat, retras/deprimat; probleme somatice; probleme sociale, probleme de gândire; probleme de atenție; încălcarea regulilor; comportament agresiv), iar cea de-a doua dimensiune urmărește evaluarea copilului/adolescentului în funcție de criteriile DSM-IV (tulburarea de anxietate, tulburarea depresivă, probleme somatice, deficit de atenție/hiperactivitate, tulburarea opoziționismului provocator, tulburarea de conduită).

Sistemul ASEBA presupune colectarea informațiilor din trei surse, care ilustrează comportamentul copilului din mai multe perspective: copil, părinte/apartinător și profesor/educator. Instrumentul are două forme de administrare, pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 6 ani și pentru cei cu vârsta cuprinsă între 6 și 18 ani. Astfel, *Scala de evaluare a comportamentului copilului (Child Behavior Checklist – CBCL; Achenbach, 1991)* e

dedicată părinților/apartinătorilor, iar *Scala de evaluare a comportamentului copilului de către profesor (Teacher's Report Form – TRF*; Achenbach, 1991) e adresată profesorilor/educatorilor, în timp ce *Scala de autoevaluare a tinerilor (Youth Self-Report – YSR*; Achenbach, 1991) este forma pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 11 și 18 ani.

Acest sistem poate fi utilizat, dincolo de evaluare, cu scopul de a oferi informații pentru planificarea intervenției psihologice, planificarea intervenției educaționale, prevenție, determinarea custodiei în caz de separare, cercetare și pentru informarea deciziei de plasament. De asemenea, sistemul ASEBA este considerat un instrument valid de identificare a nevoilor unei intervenții pe diferite dimensiuni, pentru monitorizarea progresului unei intervenții sau evaluarea răspunsului la intervenții cognitive, emoționale și comportamentale adresate copiilor sau adolescenților.

Deoarece tulburările de anxietate și problemele comportamentale sunt printre cele mai prevalente dificultăți întâlnite în rândul copiilor și adolescenților (Piacentini și Roblek, 2002), menționăm alte trei instrumente utilizate de către clinicieni pentru depistarea acestora: *Scala de anxietate multi-dimensională pentru copii (Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC*; March *et al.*, 1997), *Sistemul de evaluare a comportamentului copiilor și tinerilor (Behavior Assessment System for Children – BASC-2*; Reynolds și Kamphaus, 2002) și *Scalele Conners 3* (Conners, 2008).

21.6. Concluzii și noi tendințe în evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților

Evaluarea copilului și adolescentului este un proces multi-modal în care se utilizează o gamă variată de instrumente, cu scopul de a facilita colectarea informațiilor necesare pentru stabilirea psihodiagnosticului. În ultima decadă, evaluarea copilului și adolescentului accentuează importanța sinergiei dintre abordarea categorială și abordarea funcțională, precum și tendința dezvoltării unei evaluări psihologice validate științific (vezi David, 2006/2012a; Reitman, Christiansen și Snyder, 2007). Combinarea unui descriptor categorial (de exemplu, ADHD) împreună cu un profil dimensional provenit din abordarea funcțională (măsura în care copilul suferă de probleme de atenție sau comportament agresiv) facilitează o mai bună identificare a schimbărilor care apar în comportamentul copilului. Astfel, putem concluziona dacă simptomatologia prezentată de copil/adolescent mai poate fi inclusă într-o categorie de diagnostic și, desigur, dacă comportamentele centrale diagnosticului s-au modificat și în ce măsură s-a produs schimbarea în urma unei intervenții, crescând astfel nivelul de specificitate atât al evaluării, cât și al intervenției (Reitman, Christiansen și Snyder, 2007).

Dezvoltarea tehnologiei și a mijloacelor de comunicare inteligente facilitează tot mai mult tranziția de la evaluarea creion-hârtie la evaluarea realizată prin intermediul tehnologiei (de exemplu, online; Scheuermann și Björnsson, 2009). Spre exemplu, utilizarea sistemului de realitate virtuală în evaluare și intervenție reprezintă o nouă direcție de dezvoltare apreciată de copii și adolescenți (vezi David, Matu și David, 2015). Aplicațiile de realitate virtuală reprezintă o modalitate de a realiza o evaluare sistematică, cu un nivel ridicat de control asupra stimulilor prezentați, și oferă posibilitatea de a monitoriza performanța și comportamentul în diferite sarcini și diferite contexte, ceea ce are un impact pozitiv asupra validității ecologice a procesului de evaluare psihologică (Rizzo *et al.*, 2006). Nu în

ultimul rând, dezvoltarea canalelor de comunicare a informației prin intermediul Internetului facilitează dezvoltarea unor aplicații mobile, cu rolul de a evalua sau monitoriza diferite dimensiuni cognitive, emoționale sau comportamentale.

Bibliografie

- Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L., Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology : Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361-382.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington : Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington : Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington : Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) (DSM-III). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC.
- American Psychological Association (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice ; <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>.
- Angold, A., Fisher, P.W. (1999). Interviewer-based interviews. In D. Shaffer, C.P. Lucas & J.E. Richters (Eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 34-64). New York : Guilford Press.
- Catania, A.C., Brigham, T.A. (1978). *Handbook of Applied Behavior Analysis. Social and Instructional Processes*. New York : Irvington Publishers.
- Conners, C.K. (2008). *Conners – third edition (Conners 3)*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services. Adaptare în limba română – Editura RTS.
- David, D. (2006/2012a). *Tratat de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale*. Iași : Editura Polirom.
- David, D. (2006/2012b). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași : Editura Polirom.
- David, D., Matu, S., David, O. (2015). *Psihologie și Tehnologie. Fundamente de Roboterapie și Psihoterapie prin Realitate Virtuală*. Iași : Editura Polirom.
- Doody, O., Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-32.
- Doss, A.J., Cook, K.T., McLeod, B.D. (2007). Diagnostic Issues. In M. Hersen & D. Reitman, *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment* (pp. 25-53). John Wiley & Sons, Inc.
- Frick, P.J., Cornell, A.H. (2003). Child and adolescent assessment and diagnosis research. In M.C. Roberts & S. Ilardi, *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 262-283). Malden, MA : Blackwell.
- Finn, S.E. (2002). Challenges and lessons of intersubjectivity theory for psychological assessment. In M.L. Silverstein, *Concepts of the self: Implications for assessment*. Symposium conducted at the annual meeting of the Society for Personality Assessment, San Antonio, TX.
- Garb, H.N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 67-89.

- Hart, E.L., Lahey, B.B. (1999). General child behavior rating scales. In D. Shaffer, *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 65-87). New York : Guilford Press.
- Hien, D., Matzner, F., First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. (1994, 1998, 2004). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice ale Sugarului, Copilului și Adolescentului*. Adaptare în limba română – David., D. (coord.) (2007). Editura RTS.
- Hunsley, J., Mash, E. (2007). Evidence-based assesment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Lempp, T., de Lange, D., Radeloff, D., Bachmann, C. (2012). The clinical examination of children, adolescents and their families. In J.M. Rey, *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Mash, E.J., Hunsley, J. (2005). Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders : Issues and Challenges. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(3), 362-379 ; DOI : 10.1207/s15374424jccp3403_1.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) : Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565. Adaptare în limba română – Editura RTS.
- Ollendick, T.H., Hersen, M. (1984). An overview of child behavioral assessment. In T.H. Ollendick & M. Hersen, *Child behavioral assessment : Principles and procedures* (pp. 3-19). New York : Pergamon Press.
- Piacentini, J., Roblek, T. (2002). Recognizing and treating childhood anxiety disorders : These disorders are treatable but often are neglected by practitioners. *Western Journal of Medicine*, 176(3), 149-151.
- Reitman, D. (2006). Overview of Behavioral Assessment with Children. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment*. New York : Elsevier Academic Press.
- Reitman, D., Christiansen, H., Snyder, J. (2007). Overview of Behavioral Assessment with Children and Adolescents. In M. Hersen & D. Reitman, *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment* (pp. 6-19). John Wiley & Sons, Inc.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2002). *The clinician's guide to the Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Guilford Press. Adaptare în limba română – Editura RTS.
- Reitman, D. (2006). *Overview of behavioral assessment with children*. Elsevier Academic Press.
- Rizzo, A.A., Bowerly, T., Buckwalter, J.G., Klimchuk, D., Mitura, R., Parsons, T.D. (2006). A virtual reality scenario for all seasons : the virtual classroom. *Cns Spectrums*, 11(1), 35-44.
- Scheuermann, F., Björnsson, J. (2009). *The transition to computer-based assessment : New approaches to skills assessment and implications for large-scale testing*. Joint Research Centre, Italy.
- Schultze, U., Avital, M. (2011). Designing interviews to generate rich data for information systems research. *Information and Organization*, 21, 1-16.
- Simonsen, E. (2010). The Integration of Categorical and Dimensional Approaches to Psychopathology. In T. Millon, R.F. Krueger & E. Simonsen, *Contemporary Directions in Psychopathology Scientific Foundations of the DSM-5 and ICD-II* (pp. 346-365). New York : Guilford Press.
- Shaffer, D., Fisher, P.W., Lucas, C.P. (1999). Respondent-based interviews. In D. Shaffer, C.P. Lucas & J.E. Richters (Eds.), *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 3-33). New York : The Guilford Press.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York : Alfred A. Knopf.
- Tharingen, D.J., Gentry, L.B., Finn, S.E. (2013). Therapeutic Assesment with Adolescents and their Parents : A Comprehensive Model. In D.H. Saklofske, V.L. Schwane & C.R. Reynolds, *The Oxford Handbook of Child Psychological Assessment* (pp. 385-402). Oxford Univerity Press.

22. Evaluarea copilului maltrat

Delia Cristescu, Laura Visu-Petra, Adriana Băban
Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Maltratarea (abuzul) copilului este o problemă majoră de sănătate publică care rezultă în consecințe grave asupra sănătății mintale și fizice a copilului. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește maltratarea copilului ca implicând: „toate formele de abuz fizic și/sau emoțional sau sexual, deprivare și neglijare a copilului sau exploatarea comercială sau în alt scop a acestuia, care rezultă în afectarea sănătății, a supraviețuirii, a dezvoltării sau a demnității copilului în contextul relațiilor de reponsabilitate, încredere și putere”. Așa cum reiese din definiția OMS (2002), se disting patru forme de abuz: fizic, sexual, emoțional (psihologic) și neglijare (fizică și emoțională).

Deși în ultimii ani s-au realizat eforturi considerabile pentru scăderea prevalenței și incidenței maltratării copilului prin dezvoltarea unor programe de prevenție/intervenție și adoptarea unor legi, fenomenul maltratării copilului rămâne la cote ridicate, atât la nivel global, cât și la nivel european. Rezultatele unui studiu realizat în cele 50 de țări din Europa arată că 55 de milioane de copii (29%) au fost expuși la abuz emoțional, 44 de milioane (23%) au fost expuși la abuz fizic, 31 de milioane (16%) la neglijare fizică și 18 milioane (9.6%) la abuz sexual (OMS, 2016).

Efectele pe termen scurt ale expunerii la abuz se exprimă în răniri fizice (de exemplu, vânătăi, tăieturi, fracturi) și în probleme de sănătate mintală (nivel ridicat de stres, simptome de anxietate și depresie). Pe termen lung, expunerea repetată la acești stresori poate rezulta în tulburări la nivel neurobiologic (McCrary, De Brito și Viding, 2012), angajarea în comportamente primejdioase ce pot deveni factori de risc pentru tulburări cronice (Anda *et al.*, 2006) și poate interfera cu performanța școlară (Maguire *et al.*, 2015; Eckenrode, Laird și Doris, 1993).

În ultimii ani a crescut substanțial numărul *instrumentelor de evaluare* a fenomenului de maltratare a copilului. Dacă în trecut atenția era acordată în principal factorilor care țin de psihopatologia părintelui și evaluărilor medicale ale urmelor abuzului fizic și sexual, astăzi putem vorbi despre o varietate de instrumente care iau în considerare un spectru mai larg de factori care țin atât de caracteristicile individuale ale abuzatorilor și ale victimei, cât și de consecințele psihologice și sociale ale abuzului. Adesea, persoanele care sunt responsabile cu evaluarea maltratării copilului vin din domenii diferite de

activitate și de aceea este important ca acestea să fie familiarizate cu instrumente valide, folosite și recomandate de specialiști.

În acest capitolul vom prezenta o parte dintre instrumentele utilizate în evaluarea situațiilor și copiilor implicați în fenomenul maltratării. Capitolul este organizat în două secțiuni. Prima secțiune prezintă interviul clinic, observații în contexte simulate sau naturale și evaluări adiacente în situația de maltratare. În a doua secțiune sunt prezentate instrumentele utilizate pentru evaluări prin autoraportare.

22.1. Intervievarea copiilor

Evaluarea copilului în situație de abuz trebuie întotdeauna să țină cont de stadiul de dezvoltare al copilului. Acest indicator ajută intervievatorul să determine dacă anumite comportamente sunt specifice vârstei copilului sau pot fi considerate probleme ce necesită atenție. Totodată, cunoștințele intervievatorului despre dezvoltarea abilităților cognitive, a memoriei, a limbajului ghidează alegerea metodelor corespunzătoare de evaluare și intervenție. Interviul este cea mai comună metodă de evaluare folosită în practica clinică. Scopul principal în evaluarea clinică a copilului maltratat este de a identifica prezența sau absența unei forme de abuz și a consecințelor psihologice și fizice. În cazul copiilor, această metodă poate ajuta la reducerea anxietății de testare și permite evaluarea acelor copii care nu au abilități de scriere. De asemenea, datorită contactului direct cu copilul se pot obține o serie de informații calitative privind reacțiile emoționale și comportamentale ale acestuia. Interviul cu copilul maltratat trebuie planificat în avans astfel încât să se țină cont de o serie de factori care pot contamina informațiile colectate. Printre acești factori se numără contextul în care are loc interviul, întrebările neclare sau care nu sunt adaptate la vocabularul și mediul din care provine copilul sau atitudinea biasată a evaluatorului (Visu-Petra, Buta și Visu-Petra, 2016, pp. 407-412).

22.1.1. Interviul clinic

Planificarea evaluării copilului este recomandat să se realizeze după ce s-au colectat informații de la părinți, profesori sau alte persoane de referință. Este de preferat ca informațiile să fie colectate din surse multiple, deoarece comportamentul copiilor se poate schimba în funcție de context și de persoana cu care intră în contact (Renk, 2005). De exemplu, profesorii pot să completeze scale precum *Teacher Report Form* (TRF) din *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18) sau *Teacher Rating Scale* din pachetul BASC-2 (Reynolds și Kamphaus, 2004). CBCL/6-18 poate fi găsit în manualul ASEBA pentru vârsta școlară, adaptat pe populația din România (Dobrea, 2008). De asemenea, BASC-2 a fost adaptat pe populația din România (Mitrofan, Ion și Ilescu, 2011).

Părinții pot fi evaluați cu ajutorul interviului semistructurat CANIS-R (*Child Abuse and Neglect Interview Schedule-Revised*; Ammerman *et al.*, 1994), care identifică atât metodele de disciplinare, cât și experiența de violență în cuplu (prezentă și/sau trecută).

Pe lângă folosirea unor surse multiple de colectare a informațiilor (părinți, frați, profesori), este recomandată folosirea mai multor metode de colectare a datelor (chestionare, interviuri, observații comportamentale). În urma colectării acestor informații, intervievatorul va avea o imagine de ansamblu asupra percepțiilor persoanelor de referință în ceea ce privește răspunsul copilului la situația de abuz.

Un alt aspect important în evaluarea copilului este dat de *pregătirea copilului pentru a se întâlni cu evaluatorul*. Copilului trebuie să îi spună părinții sau persoanele de referință care este numele intervievatorului și care sunt motivele pentru care trebuie să meargă (de exemplu : „mergem pentru a discuta ceea ce simți și gândești față de unele experiențe de abuz/neplăcute/care te deranjează”). Interviuul cu copilul maltratat poate fi împărțit în două etape : introducerea și discuția despre abuz, acestea se pot desfășura pe parcursul mai multor întâlniri. În cele ce urmează vom discuta despre fiecare dintre aceste etape.

22.1.1.1. Prima etapă: Introducerea

În cadrul acestei etape, intervievatorul și copilul se vor prezenta, vor dezbate motivele pentru care s-au întâlnit și vor purta discuții despre subiecte nerelaționate cu abuzul. Este recomandabil ca în cazul copiilor cu un nivel ridicat de anxietate să li se permită să fie însoțiți de către părinți.

Motivele pentru care copiii au fost aduși la evaluare ar trebui să fie primul subiect de discuție. Intervievatorul poate să îi spună direct copilului motivul pentru care s-au întâlnit, numind forma de abuz la care a fost supus și/sau persoana care a realizat acel lucru. Aducerea în discuție a experienței de abuz poate avea mai multe roluri în acest stadiu (Pearce și Pezzot-Pearce, 2007, pp. 107-108). În primul rând, copilul va înțelege rolul întâlnirilor, va ști ce subiecte de discuție se vor aborda, își va putea forma așteptările de la intervievator. În al doilea rând, afirmarea într-un mod neutru a formei de abuz și a persoanei care a săvârșit acest lucru îl face pe copil să înțeleagă că are în fața lui un adult care poate tolera stresul provocat de discuțiile despre evenimentele traumatizante. În al treilea rând, se va produce desensibilizarea copilului prin expunerea la experiența de abuz și astfel începe să dispară și anxietatea legată de discutarea despre acest subiect. În al patrulea rând, prin atitudinea sa intervievatorul îi transmite copilului mesajul că îl consideră capabil să poată discuta despre experiența sa de abuz. De asemenea, a preciza că mai sunt și alți copii care trec/au trecut prin experiențe similare contribuie la reducerea stigmatizării. Intervievatorul poate să îi explice copilului care este rolul lui în cadrul acelei întâlniri ; de exemplu : „eu mă întâlnesc și cu alți copii care au trecut prin aceleași experiențe ca tine. Treaba mea este de a afla ce cred și gândesc acei copii despre ceea ce li s-a întâmplat și dacă alte persoane îi pot ajuta să se simtă mai bine” (Pearce și Pezzot-Pearce, 2007, p. 107).

Sentimentele copilului în ceea ce privește evaluarea, precum anxietatea sau furia, ar putea fi un alt punct de discuție într-o primă întâlnire. Procesul de evaluare ar trebui să aibă loc în ritmul propriu fiecărui copil și în niciun caz să nu se apeleze la mecanisme de constrângere ; copilul trebuie să vadă o diferență clară între intervievator și persoanele care au produs/perpetuat abuzul.

Discuțiile despre subiecte nerelaționate cu abuzul sunt recomandate pentru stabilirea unui raport și detensionarea copilului. Copilul poate fi întrebat despre lucrurile care îi

plac, interesele și metodele de recreere, relațiile pe care le are cu persoanele din jur (familie, prieteni, colegi, profesori) și perspectivele de viitor. Aceste discuții pot ajuta intervievatorul să determine abilitățile lingvistice ale copilului, câte detalii poate oferi, abilitățile de a întreține relații sănătoase cu ceilalți, percepțiile despre familie și relații viitoare sau alți factori care pot avea rolul de moderatori (stimă de sine, inteligență etc.). Evaluatorul ar trebui să fie empatic, curios și deschis în timp ce copilul povestește. Scopul evaluatorului este de a intra în lumea copilului, de a înțelege gândurile și sentimentele acestuia legate de experiențele relatate.

Un alt punct de interes pot fi *problemele prezente* pe care copilul le acuză și care pot avea legătură cu sănătatea generală : enurezis, encopresis, probleme somatice, problemele de somn sau frici ale copilului. După discuțiile despre maltratare se poate reveni la aceste probleme pentru a stabili un plan de intervenție.

Acest stadiu poate fi realizat în cadrul unei singure întâlniri, la sfârșitul căreia intervievatorul ar putea să îi summarizeze copilului punctele-cheie, care vor fi pașii următori și să îi mulțumească pentru participare. Copilul ar trebui să aibă o idee clară despre cum se desfășoară o sesiune (durată, subiecte de discuție) și cum ar fi de preferat să se raporteze la intervievator.

22.1.1.2. A doua etapă: discuția despre experiența de abuz

În această etapă, copilul trebuie să înțeleagă scopul interviului și subiectul despre care se va discuta. Intervievatorul ar putea să îi spună copilului că îl interesează să afle ce simte/gândește față de o anumită experiență (în funcție de forma de abuz). La începutul interviului se pot folosi întrebări deschise pentru creionarea unei imagini de ansamblu și ulterior se pot folosi și întrebări specifice. În momentele de reticență ale copilului, intervievatorul poate să îl încurajeze să povestească, iar dacă copilul evită să povestească, se pot discuta fricile acestuia, eventuala teamă de repercusiuni.

Intervievatorul trebuie să fie atent atât la ceea ce povestește copilul, conținut și discrepanțe între informațiile furnizate din alte surse, cât și la reacțiile emoționale și comportamentale ale copilului. Discuțiile despre experiențele de abuz îi pot genera copilului un nivel ridicat de anxietate. Intervievatorul ar trebui să înțeleagă care sunt factorii care îl fac pe copil să se simtă anxios și să îi abordeze înainte de a începe discuția despre abuz. De asemenea, copilul trebuie să știe că se poate opri oricând și poate reveni când este pregătit să continue discuția despre evenimentele traumatice.

Printre formele de abuz care sunt dificil de evaluat în cadrul unui interviu se numără neglijarea și sindromul bebelușului scuturat (SBS, *baby shaken syndrom*). Neglijarea este o formă de abuz care adesea nu lasă urme fizice și se poate manifesta silențios. În general, pot fi observate întârzieri în dezvoltare, probleme de atașament și apatie, dar toate aceste simptome depind de vârsta copilului (Scannapieco și Connell-Carrick, 2005). De aceea, pentru această formă de abuz, care apare în general în primii doi ani de viață, este nevoie de mai mult timp pentru a observa copilul, părinții și interacțiunile dintre aceștia. Sindromul bebelușului scuturat trebuie diagnosticat medical (prin CT, tomografii computerizate, sau RMN, rezonanță magnetică nucleară). Durata, frecvența și forța cu care s-a exercitat scuturarea copilului definesc gravitatea leziunilor cerebrale (National Center on Shaken Baby Syndrome [NCSBS], 2008). Printre simptomele observabile ale acestei

afecțiuni se numără iritabilitate, letargie, lipsa poftei de mâncare, vomitatul, pielea palidă sau roșiatică, convulsii (NINDS, 2008).

În cazul abuzului sexual, Finkelhor și Browne (1985) au realizat un model al factorilor care pot fi investigați în momentul interviului (apud Pearce și Pezzot-Pearce, 2007, pp. 118-119). Natura abuzului sexual, confuzia privind identitatea sexuală, neajutorarea învățată sau stigmatizarea sunt doar câteva dintre elementele care pot fi investigate în cadrul interviului.

Încheierea interviului despre abuz se poate realiza printr-o sumarizare succintă a discuțiilor. De asemenea, trebuie normalizate reacțiile pe care copilul le-a avut pe parcursul interviului, precum anxietatea sau alte simptome. Intervievatorul poate să complimenteze copilul privind curajul pe care l-a avut pentru a vorbi despre acele experiențe. Discuțiile despre experiența de abuz se pot desfășura pe parcursul mai multor întâlniri, dar la sfârșitul fiecărei întâlniri copilul trebuie să plece liniștit și calm.

În urma interviurilor, interviuatorii își formează o imagine de ansamblu, dar, înainte de face anumite interpretări și a emite ipoteze, ar putea să folosească și alte metode pentru a confirma informațiile obținute. De asemenea, aceste metode pot fi folosite și pentru acei copii pentru care nu se pretează interviul clinic. Vom discuta în continuare despre două dintre aceste metode, și anume : *observații în contexte simulate* și *observații directe în contexte naturale*.

22.1.2. Observații în contexte simulate

Aceste măsurători implică observarea comportamentului într-un mediu controlat din punct de vedere al spațiului și al stimulilor. În general, spațiul este un laborator și stimulii folosiți au rolul de a diminua capacitatea copiilor/părinților de a simula comportamente care nu au legătură cu realitatea lor curentă. Câteva dintre metodele folosite în acest context sunt : expunerea la filmulețe cu comportamente violente, folosirea unor păpuși anatomice, jocuri de rol sau discuții între membrii familiei pe subiecte date de observator. Dezavantajele acestor proceduri sunt pregătirile laborioase și consumatoare de timp la care trebuie să participe observatorii, unele proceduri nu pot fi realizate în afara laboratorului și pot avea un caracter intruziv, ceea ce poate distorsiona răspunsul copiilor sau al părinților.

Cu toate acestea, în cazul copiilor de vârstă mică și al celor care au probleme cognitive, aceste metode sunt cele care se pretează cel mai bine. În continuare, vom discuta despre una dintre aceste metode, și anume : evaluarea prin joacă.

22.1.2.1. Evaluarea prin joacă

Unele cercetări au arătat că expunerea la abuz influențează negativ abilitățile cognitive ale copiilor maltratați (Viezel *et al.*, 2015). Unii copii pot să aibă probleme în a verbaliza despre experiența de abuz sau au anumite frici pe care nu le pot depăși. Astfel, jocul este o metodă care le permite copiilor să facă față evenimentelor amenințătoare sau stimulilor care le cresc nivelul de anxietate. În cadrul unui joc, copiii pot folosi persoana a III-a atunci când vorbesc despre abuz, fiind astfel neimplicați direct în situație. Aceștia pot

vorbi despre cum se simte sau ce gândește o păpușă în situația de abuz, cum se comportă aceasta sau ce ar dori să modifice la părinții pe care îi are.

În cadrul unei sesiuni de evaluare prin joc, atenția trebuie acordată : *conținutului*, ceea ce spune copilul, și *procesului*, modul în care spune copilul anumite lucruri (le verbalizează sau le arată prin intermediul păpușii). Se pot folosi și mai multe păpuși pentru sesiuni de joc, în care se pot evalua aceleași comportamente prezentate mai sus.

O atenție specială pot primi jocurile repetitive care surprind scenele de abuz. Acest tip de joc a fost numit în literatură *jocul posttraumatic (posttraumatic play)*; Terr, 1990). Terr afirmă că prin acest joc copilul încearcă să dobândească un control asupra situației. Cu toate acestea, faptul că un copil nu are libertatea de a alege un final alternativ la poveste poate duce la întărirea sentimentului de neajutorare și lipsă a controlului asupra situației de abuz. Evaluarea funcțională a acestor secvențe poate ajuta la alegerea metodelor de intervenție.

De asemenea, observatorii ar trebui să acorde atenție tipurilor de jucării alese de copil (*sunt potrivite pentru vârsta acestuia ?*), persoanelor pe care le implică în joc (*implică și observatorul în joc sau preferă să stea singur ?*), modului în care se joacă (*alege un singur joc sau nu își poate controla impulsurile și sare de la o activitate la alta ?*) și metodei prin care copilul furnizează informațiile (*doar se joacă, vorbește și se joacă ?*) (Pearce și Pezzot-Pearce, 2007).

Există mai multe tipuri de jocuri pentru care se poate opta : *jocul liber* (observatorul intervine cât mai puțin în sesiunea de joc ; se pot adresa întrebări despre sentimentele unui personaj din joc) ; *jocul direcționat* (observatorul direcționează copilul spre o anumită activitate ; de exemplu, o secvență de abuz relatată de copil) ; *povestire narativă* (observatorul începe o poveste cu o păpușă și copilul este rugat să continue ; Buchsbaum *et al.*, 1992). Unele secvențe de joc pot fi filmate pentru o analiză ulterioară.

În cazul copiilor care au fost abuzați sexual se poate folosi *Anatomic Doll Questionnaire* (ADQ; Levy *et al.*, 1995). Acesta este un interviu semistructurat folosit cu copii între 2 și 7 ani. Interviul se derulează cu ajutorul unei păpușii, iar copilul trebuie să numească părțile corpului. Intervievatorul trebuie să urmărească atât comportamentele pe care le realizează copilul cu păpușa, cât și emoțiile pe care le manifestă față de aceasta. Avantajul acestei metode este că oferă o structură clară a indicatorilor care trebuie urmăriți. Dezavantajul este dat de proprietățile psihometrice, fidelitatea interevaluatori fiind scăzută (Feindler, Rathus și Silver, 2003).

22.1.3. Observații directe în contexte naturale

Aceste observații pot fi realizate atât în mediul familial, cât și în mediul școlar. Schutz *et al.* (apud Pearce și Pezzot-Pearce, 2007, p. 135) au realizat o listă a indicatorilor care ar putea fi urmăriți în momentul evaluării copiilor. Printre aceștia se numără : „căldura emoțională și stilul de atașament ; individualizarea copilului de părinți ; acuratețea percepțiilor părinților privind emoțiile copilului ; comportamentele și verbalizările copilului ; măsura în care așteptările părinților sunt rezonabile ; eficiența comunicării” (apud Pearce și Pezzot-Pearce, 2007, p. 135). Rolul evaluatorului este de a observa răspunsurile copilului și părintelui în domeniile prezentate anterior.

Observațiile din mediul școlar pot urmări relațiile copilului cu covârșnicii și profesorii, implicarea în activitățile școlare sau extracurriculare sau comportamentele în situații de

stres. Este recomandat ca aceste observații să fie însoțite de interviuri cu profesorii care au contact cu copilul.

Un dezavantaj al observațiilor în medii naturale este faptul că sunt costisitoare ca timp și resurse, dar trebuie să luăm în calcul că pot aduce informații valoroase despre copilul evaluat.

22.1.4. *Evaluări adiacente*

Complementar evaluării experienței de abuz prin metodele prezentate mai sus sunt recomandate și o serie de evaluări adiacente privind stilul de atașament, tulburări emoționale și comportamentale (PTSD, comportamente sexualizate) și stilul de atribuire. *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC ; Briere, 1995) este un instrument care poate fi folosit pentru a evalua simptome acute și cronice posttraumatice (furie, anxietate, depresie și altele) la copii cu vârste între 8 și 16 ani. Atribuirile pe care le fac adolescenții în situația de abuz pot fi evaluate cu *Attribution for Maltreatment Interview* (AFM ; McGee și Wolfe, 1990). Reacțiile emoționale la evenimentele traumatice pot fi evaluate cu *Childhood Post-Traumatic Stress Reaction Index* (CPTS-RI ; Fredrick, Pynoos și Nader, 1992), care a fost construit după criteriile pentru PTSD din DSM-IV.

Children's Attribution and Perceptions Scale (CAPS ; Mannarino, Cohen și Berman, 1994) este un interviu semistructurat care poate fi folosit pentru evaluarea modului în care copii între 7 și 12 ani procesează cognitiv experiența de abuz sexual. CAPS are 18 întrebări legate de : sentimentul de a fi diferit față de covârșnici („Te simți diferită de alte fete de vârsta ta ? ”) ; atribuirile privind evenimentele negative („Te învinovățești atunci când lucrurile merg rău ? ”) ; credibilitatea în fața celorlalți („Alți oameni te-au acuzat vreodată că minți ? ”) și încrederea interpersonală („Ai simțit vreodată că nu poți conta pe nimeni ? ”).

Există o serie de instrumente care evaluează dezvoltarea fizică și psihologică a copiilor și adolescenților, adaptate pe populația din România. Tulburarea de stres posttraumatică (PTSD) poate fi evaluată cu ajutorul criteriilor din DSM-5 și în cazul copiilor cu vârsta între 0 și 6 ani. Nivelul de dezvoltare poate fi evaluat cu Bateria de evaluare neuropsihologică la copii 3-12 ani (NEPSY ; Korkman, Kirk și Kemp, 2007 ; vezi Visu-Petra, Benga și Miclea, 2007 – norme pentru populația din România). DDST II (*Denver Developmental Screening Test* ; Iliescu și Mitrofan, 2010) este un instrument ce poate fi folosit cu copii între 0 și 6 ani pentru a evalua patru arii ale dezvoltării : personal-social (interacțiunea cu celelalte persoane), motor fin-adaptativ, limbaj și motor grosier. MASC (*Multidimensional Anxiety Scale for Children* ; Sîrbu, 2010) este un instrument de *screening* ce poate fi folosit pentru măsurarea anxietății la copii cu vârsta între 8 și 19 ani. CDI (*Child Depression Inventory* ; Kovacs, 2012) poate fi folosit pentru evaluarea prezenței și severității simptomelor de depresie la copii cu vârsta între 7 și 19 ani. CDI are o versiune scurtă (CDI : S) care este ideală pentru măsurarea progresului pe parcursul terapiei, o versiune pentru părinți (CDI : P) și una pentru profesori (CDI : T).

Tehnicile proiective sunt alte metode ce pot fi folosite, dar trebuie luat în considerare că validitatea acestora nu a fost demonstrată. Copilul poate realiza desene cu familia, experiențe de abuz, propriul corp sau cu agresorul. Alte tehnici care intră în această categorie sunt *Projective storytelling*, printre care se numără *Thematic Apperception Test*

(TAT; Murry, 1971), *Children's apperception test* (CAT; Bellak și Bellak, 1980) și *Roberts Apperception Test for Children* (RATC; McArthur și Roberts, 1982).

În context clinic, evaluarea comprehensibilă ar trebui să fie urmată de un plan de intervenție adresat nevoilor copiilor și părinților.

22.1.5. *Interviuearea copiilor în context judiciar*

În ultimii ani a crescut numărul de copii care sunt chemați să depună mărturie în instanță. Cercetători și instituții au propus și testat diferite ghiduri de interviueare a copilului. Printre aceste ghiduri se numără: Memorandumul de bune practici și Ghidul OBM (Obținerea celei mai bune mărturii), Protocolul NICHHD, Interviul pas cu pas (*Step-Wise Interview*), Evaluarea validității declarațiilor EVD și interviul cognitiv. Prezentarea detaliată a acestora poate fi citită în Visu-Petra, Buta și Visu-Petra (2016), mai exact, în capitolele „Copilul ca victimă a abuzului” (Gal, Buta și Băban, 2016) și „Tehnici de interviueare a copiilor și adolescenților” (Visu-Petra, Țopan și Opre, 2016).

22.1.6. *Reguli conversaționale și tipuri de întrebări din cadrul unui interviu*

Interviuearea copilului poate să fie îngreunată de prejudecățile și credințele eronate ale acestuia, privind modul de desfășurare a interviului și regulile care trebuie respectate. Pe lângă clarificarea motivelor pentru care copilul este evaluat, interviueatorul trebuie să le explice copiilor și o serie de reguli conversaționale. Acestea fac referire la modul în care vor comunica copilul și interviueatorul pe parcursul întâlnirii. O sinteză a literaturii, realizată de Brubacher, Poole și Dickinson (2015), a identificat cinci reguli conversaționale menționate într-o bună parte dintre ghidurile de interviueare. Astfel, copilului trebuie să i se explice că :

- 1) interviueatorul nu a fost în locul și la momentul în care s-a petrecut abuzul ;
- 2) copilul poate corecta interviueatorul oricând în cazul în care acesta nu a înțeles o informație corect ;
- 3) interviueatorul poate să repete de mai de multe ori o întrebare, nu pentru că este nemulțumit de răspunsul inițial al copilului, ci pentru că are nevoie de mai multe informații ;
- 4) copilul poate să spună oricând dacă nu a înțeles sau nu îi este clară o întrebare ;
- 5) răspunsul „nu știu” poate fi folosit atunci când copilul nu cunoaște răspunsul.

Deși aceste reguli sunt acceptate de majoritatea persoanelor care folosesc protocoale de interviueare, nu există un acord în privința modului sau momentului în care aceste reguli ar trebui introduse în conversație.

Dincolo de regulile conversaționale, mai există și o serie de recomandări în ceea ce privește tipul de întrebări care pot fi folosite în cadrul unui interviu. Întrebările cu final deschis se adresează în general la începutul interviului, deoarece aduc cele mai multe informații și nu constrâng persoana să ofere un anumit răspuns. În timpul reactualizării libere nu este recomandată întreruperea copilului, dar se pot folosi fraze de încurajare :

„spune-mi mai multe, continuă”. De asemenea, este de preferat să se folosească întrebările cu variante de răspuns în locul celor sugestive care pot distorsiona răspunsul copiilor.

Concluzionând, putem afirma că metodele prezentate mai sus pot aduce informații valoroase în intervievarea copilului maltratat atât timp cât intervievatorul alege metoda potrivită în funcție de caracteristicile și stadiul de dezvoltare al copilului și respectă sugestiile din literatură privind regulile conversaționale și tipurile de întrebări.

22.2. Instrumente de tip autoraport

În continuare vom prezenta o serie de instrumente standardizate care pot fi folosite pentru evaluarea copilului maltratat. În vederea acestui scop puține instrumente au fost traduse și validate în alte contexte socioculturale. Instrumentele selectate pentru acest capitol evaluează una sau mai multe forme de abuz la copii și au cercetări care indică proprietățile psihometrice (fidelitate și validitate). Majoritatea acestor instrumente pot fi găsite în format gratis online sau pot fi cerute de la autori.

- *Multidimensional Neglectful Behavior Scale – Child Report* (MNBS-CR ; Kantor *et al.*, 2004)

Acest chestionar poate fi folosit pentru măsurarea comportamentului de neglijare. Este disponibil în două versiuni : pentru vârsta de 6-9 ani, respectiv pentru vârsta de 10-15 ani. Conține patru subscale care acoperă următoarele forme de neglijare : neglijare emoțională (șapte itemi ; „Nu a făcut lucruri cu mine doar pentru a ne distra”) ; neglijare cognitivă (cinci itemi ; „Nu mi-a citit cărți”) ; lipsa de supervizare (nouă itemi ; „Nu s-a asigurat că am ajuns acasă de la școală”) și neglijare fizică (12 itemi ; „Nu mi-a dat suficientă mâncare”). În componența chestionarului intră și o serie de itemi adiționali care fac referire la : abandon, expunerea la violență și conflict între părinți, eșecul în a proteja copilul de violență din partea altor membri ai familiei, abuzul de substanțe (copilului îi este permis să consume alcool, părinții consumă alcool și neglijează copiii) și depresia copilului. Variantele de răspuns pentru vârste între 10 și 15 ani sunt cotate pe o scală Likert unde 1 – acord puternic și 4 – dezacord puternic. În cazul copiilor cu vârsta între 6 și 9 ani, itemii sunt prezentați atât sub formă scrisă, cât și sub formă de imagini sugestive. Copii pot alege între patru variante de răspuns : „un pic ca tine” ; „cam ca tine” ; „mult ca tine” și „într-adevăr ca tine”.

MNBS-CR conține și o scală de evaluare a percepției copilului în ceea ce privește neglijarea (*Children’s appraisals of neglect* ; „Acest copil simte că nimeni nu are grijă de el”). Această subscală are trei itemi pentru neglijare emoțională, un item pentru lipsa supervizării, un item pentru neglijare fizică și un item pentru neglijare cognitivă.

Chestionarul poate fi folosit cu permisiunea autorilor de către orice profesionist din domeniul sănătății, în format hârtie-creion sau cu ajutorul softului ACASI (*Audio Computer-Assisted Self-Interview Software*).

Pe lângă versiunile pentru copiii, mai există versiunea de autoraport pentru părinți (MNBS-P), versiunea pentru adolescenți sau adulți (MNBS-A) și o versiune scurtă pentru adolescenți și adulți (MNBS-AS).

- *Things I Have Seen and Heard Scale* (Richters și Martinez, 1992)

Acest instrument măsoară expunerea la diferite forme de violență pe parcursul vieții. Poate fi administrat de o persoană cu pregătire medie pentru copii cu vârsta între 6 și 8 ani. Printre formele de violență evaluate se numără : violența în comunitate, activități violente (consum de droguri, arest), violență în familie, violența îndreptată spre sine, sentimente de siguranță acasă, în școală și cu adulții în general. Conține 20 de itemi și variantele de răspuns sunt sub formă de cercuri goale (1 – niciodată, până la 5 – de mai multe ori). Itemii sunt însoțiți și de imagini sugestive ale formelor de violență. Înainte de administrare, copilul trebuie învățat modalitatea de cotare a răspunsurilor. Consistența internă α Cronbach raportat este 0,74 și fidelitatea test-retest la interval de o săptămână a fost de $r = 0,81$ (Richters și Martinez, 1992).

- *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ; Hamby *et al.*, 2004)

Acest instrument poate fi folosit pentru colectarea informațiilor despre expunerea la o gamă largă de comportamente violente. Există varianta sub formă de interviu, ce poate fi folosit între 8 și 17 ani și sub formă de chestionar autoraport (SAQ), util începând cu vârsta de 12 ani. Există și versiunea pentru părinții copiilor cu vârsta mai mică de 8 ani.

JVQ cuprinde 34 de forme de violență împărțite în cinci module după cum urmează : criminalitate convențională, maltratarea în copilărie, victimizarea din partea covârșnicilor și a fraților, agresiune sexuală, a fi martor la violență și victimizarea indirectă. Cele cinci module pot fi folosite împreună sau separat. Perioada de referință este ultimul an cu variante de răspuns dihotomice (da sau nu). Se pot folosi și o serie de întrebări de follow-up atunci când o formă de victimizare este prezentă. Aceste întrebări pot face referire la frecvența victimizării, persoana care a produs victimizarea, în ce măsură copilul a fost rănit și întrebări mai specifice pentru forma de victimizare (de exemplu : valoarea bunurilor în caz de furt). Coeficientul de consistență internă α Cronbach pentru toată scala raportat într-un studiu a fost de 0,80 (Finkelhor *et al.*, 2005).

- *ISPCAN Child Abuse Screening Tool*

Este o baterie de chestionare realizate de World Health Organization (WHO), United Nations (UN) și The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) cu scopul de a cerceta fenomenul de maltratare în copilărie. Sunt disponibile trei versiuni ale chestionarului : ICAST-C (versiunea pentru copii), ICAST-P (versiunea pentru părinți) și ICAST-R (versiunea retrospectivă pentru tineri). Administrarea chestionarului începe cu explicarea scopului acestuia și poate fi realizată doar de persoane care au pregătirea necesară.

ICAST-C conține 69 de itemi și poate fi completat de copii cu vârsta între 11 și 18 ani. Instrumentul investighează relația copilului cu părinții și/sau îngrijitorii, cu referire la metodele de disciplinare (pedepse) și expunerea la neglijare, abuz fizic, abuz verbal și sexual. Chestionarul are consistență internă α Cronbach ridicată pentru întrebările care fac referire la expunerea la violență (0,69), abuz fizic (0,77), abuz emoțional (0,78), abuz sexual (0,72), neglijare (0,83) în mediul familial și expunerea

la violență fizică (0,85), emoțională (0,86) și sexuală (0,78) în context școlar/muncă (Zolotor *et al.*, 2009).

ICAST-P este administrat părinților sau îngrijitorilor și conține 57 de întrebări, cu referire la relația dintre părinte și un anumit copil. Instrumentul conține întrebări despre metodele de disciplinare folosite, atitudinea adoptată în rezolvarea problemelor comportamentale și frecvența omisiunilor și/sau folosirii violenței. Indicii de consistență internă α Cronbach sunt ridicați pentru subscalele de practici disciplinare nonviolente (0,77), practici disciplinare violente (0,88) și abuz emoțional (0,77), dar sunt mici pentru abuz sexual (0,38) și neglijare (0,38) (Runyan *et al.*, 2009).

ICAST-R este forma retrospectivă a chestionarului și poate fi administrat după vârsta de 18 ani. Acesta conține 15 întrebări ce fac referire la experiențele de abuz fizic, emoțional și sexual, urmate de întrebări de *follow-up* despre caracteristicile abuzatorului, frecvența tipurilor de abuz și perioada din copilărie în care acestea s-au produs. Indicii de consistență internă α Cronbach au valori între 0,61 și 0,82 (Dunne *et al.*, 2009). Toate aceste instrumente pot fi achiziționate online contra cost.

- *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein și Fink, 1998)

Este un chestionar care măsoară tipurile de abuz la care au fost expuși adolescenții. Poate fi folosit cu adolescenții începând cu vârsta de 12 ani, în format individual sau în grup. Conține 70 de itemi care fac referire la: abuz fizic și emoțional (23 de itemi), neglijare emoțională (16 itemi), abuz sexual (6 itemi), neglijare fizică (11 itemi) și scala de validitate (3 itemi). Ultima scală are rolul de a detecta *bias*-ul în răspuns dat de minimalizarea sau negarea maltratării în copilărie.

CTQ are și o formă scurtă care conține 28 de itemi, cotați pe o scală Likert de la 1 la 5 (1 – niciodată adevărat, 5 – mereu adevărat). Itemii sunt împărțiți în cinci subscale: abuz (fizic, emoțional, sexual) și neglijare (emoțională și fizică).

Indicii de consistență internă α Cronbach sunt peste 0,81 pentru majoritatea subscalelor, exceptând subscala de neglijare fizică (de la 0,63 până la 0,78). Fidelitatea test-retest la un interval de 3-6 luni a avut un coeficient de 0,80, ceea ce indică o consistență bună a răspunsurilor de-a lungul timpului. Chestionarul poate fi găsit și sub o formă scurtă (Bernstein *et al.*, 2003).

- *Child Exposure to Domestic Violence Scale* (CEDV; Edleson, Shin și Armendariz, 2008)

Acest chestionar poate fi folosit pentru a evalua expunerea la violență domestică în rândul copiilor și adolescenților cu vârsta între 10 și 16 ani. Acesta conține 42 de itemi împărțiți în trei secțiuni. Primii zece itemi măsoară expunerea la diferite forme de violență domestică. Răspunsul este cotați pe o scală Likert cu patru variante de răspuns (1 – niciodată, 2 – uneori, 3 – des, 4 – aproape întotdeauna). Dacă copilul răspunde cu *uneori*, *des* sau *aproape întotdeauna*, este rugat să indice în ce context a fost expus la violența domestică: „Am văzut consecințele (cineva a fost rănit sau a venit poliția)”, „Am auzit după aceea ce s-a întâmplat”; „Am auzit în timp ce s-a întâmplat”; „Am văzut ceea ce s-a întâmplat din apropiere”; „Am văzut ceea ce s-a întâmplat de la distanță”.

Dacă copilul răspunde cu *niciodată*, este rugat să treacă la următoarea secțiune, care conține 23 de întrebări cotate pe aceeași scală. Această secțiune vizează modul în care el/ea a intervenit în evenimentele la care a fost martor/ă. Ultima secțiune este alcătuită

din nouă întrebări demografice. Coeficienții de consistență internă α Cronbach variază de la 0,59 la 0,85, dar sunt necesare cercetări viitoare (Edleson, Shin și Armendariz, 2008).

- *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI ; Ford și Rogers, 1997)

Acest instrument a fost dezvoltat pentru a măsura expunerea pe parcursul vieții la evenimente traumatice. Poate fi găsit atât în versiunea pentru părinți (TESI-PRR), cât și în versiunea pentru copii (TESI-SRR). Versiunea pentru părinți este doar de autoraport și este recomandată în cazul copiilor cu vârsta între 4 și 7 ani. Versiunea pentru copii (cu vârsta între 8 și 18 ani) poate fi administrată sub formă de autoraport (26 de itemi) sau sub formă de interviu clinic semistructurat (15 itemi). Răspunsul este dihotomic, „da” sau „nu”.

Itemii fac referire la expunerea la evenimente precum : accidente, dezastre naturale, probleme de sănătate cronice, deces în familie, abuz fizic și emoțional, violență domestică, violență în comunitate și abuz sexual. Variantele de răspuns sunt *da*, *nu* și *pas* pentru chestionarele de autoraport și *da*, *nu*, *nesigur*, *refuz să răspund* și *validitate îndoielnică* pentru interviu. Răspunsurile afirmative sau nesigure sunt urmate de întrebări de follow-up referitoare la vârsta la care s-a realizat expunerea, relația cu persoanele implicate și emoțiile resimțite. În funcție de răspunsuri, experiențele sunt clasificate ca fiind traumatice cu ajutorul criteriilor din DSM-5 pentru diagnosticarea PTSD. Acest instrument este recomandat să fie folosit de psihologi clinicieni cu experiență în domeniu. Este disponibil fără costuri.

- *Checklist of Sexual Abuse and Related Stressors* (C-SARS ; Spaccarelli, 1995)

Acest instrument evaluează evenimentele relaționate cu abuzul sexual și poate fi folosit la adolescenți cu vârsta cuprinsă între 11 și 18 ani. Sunt evaluate trei tipuri de evenimente : specifice abuzului (coerciție, seducere, violarea încrederii), corelate cu situația de abuz (conflict familial, lipsa sprijinului social) și legate de dezvoltarea publică a abuzului (examinarea medicală, probleme legale). Are în componența sa 70 de itemi și variantele de răspuns sunt „da” și „nu”. Coeficientul de consistență internă α Cronbach raportat este de 0,93. Validitatea de construct raportată este de $r = 0,36$. Chestionarul este disponibil doar de la autori.

- *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI-I ; Friedrich, 1997)

Acest instrument a fost realizat pentru a determina și evalua intensitatea comportamentelor sexualizate în rândul copiilor cu vârsta între 2 și 12 ani, despre care se presupune că au fost abuzați sexual. Chestionarul trebuie completat de către mama copilului și perioada de referință este reprezentată de ultimele șase luni. Conține 38 de itemi care acoperă nouă domenii : probleme cu limitele, comportamente de gen, interes sexual, cunoștințe despre sexualitate, exhibiționism, autostimulare, comportamente sexualizate, comportament voyeuristic și anxietate sexuală. Se poate calcula un scor total CSBI care indică nivelul general de comportamente sexualizate ale copilului. Dar chestionarul poate fi împărțit și în două subscale : DRSB (*Developmentally Related Sexual Behaviors*), care indică acele comportamente sexuale normale pentru vârsta și genul copilului, și SASI (*Sexual Abuse Specific Items*), care indică comportamentele sexuale problematice, ce pot fi legate de un posibil abuz sexual. Instrumentul are indicii de consistență internă α Cronbach de 0,88 și validitate discriminantă bună

(Feindler, Rathus și Silver, 2003; Friedrich *et al.*, 1992). Instrumentul poate fi achiziționat online contra cost.

- *Childhood Experience of Violence* (CEVQ; Walsh *et al.*, 2008)

Acest instrument poate fi folosit pentru a măsura expunerea la violență a adolescenților cu vârsta între 12 și 18 ani. Instrumentul are 18 itemi care vizează: violența între covârșnici, violența în familie, pedeapsa fizică, experiența de abuz (fizic, emoțional și sexual) și practicile disciplinare. De asemenea, pot fi colectate informații despre agresor, severitatea abuzului, context, durata și dezvoltarea experienței. Variantele de răspuns pentru toate scalele, în afară de abuz sexual, sunt pe o scală Likert de la 1 – niciodată, la 4 – des. Instrumentul are indici buni de validitate de conținut, construct și criteriu. Coeficienții de fidelitate test-retest raportați pentru fiecare subscală au avut valoarea între 0,79 și 0,92 (Walsh *et al.*, 2008).

- *Childhood Trust Events Survey* (CTES; Boat, Baker și Abrahamson, 1996)

Chestionarul poate fi folosit pentru a măsura o serie de evenimente traumatice la care pot fi expuși copiii și adolescenții. O parte dintre itemii incluși în chestionar sunt adaptați din *Traumatic Events Screening Inventory for Children* (TESI-C1) și UCLA PTSD Index. De asemenea, chestionarul conține itemi din chestionarul ACE, realizați de Felitti și colaboratorii săi împreună cu Centers for Disease Control and Prevention. Chestionarul conține 30 de itemi care fac referire la: experiența de abuz, accidente, dezastre naturale, *bullying*, violența în comunitate, deces în familie și alte astfel de evenimente. Are două versiuni: una pentru părinții copiilor și una pentru adolescenți de peste 13 ani.

- *Adverse Childhood Experiences Questionnaire Short Form* (ACE-SF; WHO, 2016)

Acest chestionar poate fi folosit pentru a evalua expunerea la abuz fizic, emoțional și sexual. Conține opt itemi, câte doi itemi pentru abuz fizic și emoțional și patru itemi pentru abuz sexual. Chestionarul poate fi găsit în versiunea în limba română și a fost folosit în cadrul studiului HBSC (*Health Behavior in School Children*), condus în anul 2014 în România. Chestionarul are proprietăți psihometrice bune, cu un coeficient α Cronbach de 0,57 pentru subscalele de abuz emoțional și fizic și 0,83 pentru subscala de abuz sexual (Meinck *et al.*, 2017).

Concluzii

Evaluarea copilului maltratat trebuie să țină cont de nivelul de dezvoltare a abilităților cognitive și socioemoționale ale acestuia. Reperetele de dezvoltare vor ghida alegerea metodelor de evaluare pentru a maximiza cantitatea de informații colectate. Evaluarea copilului în situația de abuz ar trebui să se facă folosind surse și metode multiple de informare. Printre sursele de informare se numără părinții sau îngrijitorii, profesorii și covârșnicii. Metodele de evaluare a copilului maltratat prezentate în acest capitol sunt interviul, observațiile în contexte simulate și naturale și chestionarele de autoraport.

Interviurile sunt potrivite în cazul copiilor care au abilitatea de a verbaliza și oferă suficiente detalii despre experiența trăită. Cele mai importante aspecte care trebuie luate

în considerare în interviu copiii sunt : construirea unui raport cu copilul, respectarea sugestiilor privind etapele în realizarea unui interviu, folosirea întrebărilor potrivite cu contextul de evaluare și educarea copilului în privința regulilor conversaționale. Metodele observaționale sunt utile pentru a aduce informații despre reacțiile și comportamentele copilului în context școlar și familial. Observația în contexte de laborator are avantajul de a diminua apariția unor comportamente simulate. Instrumentele de tip autoraport sunt utile pentru acei copii care au abilitatea de a scrie și a citi.

Pe lângă evaluarea abuzului, se pot evalua și o serie de aspecte adiacente, precum stilul de atașament, tulburări emoționale și comportamentale, comportamente sexualizate și stilul de atribuire. Colectarea acestor date ajută la crearea unei imagini complete și exacte a copilului în situația de abuz. Pentru un review comprehensibil al instrumentelor de măsură în cazul copiilor expuși la violența în familie puteți consulta și Feindler, Rathus și Silver (2003). De asemenea, OMS a publicat un manual în care pot fi găsite instrumente folosite pentru măsurarea prevalenței abuzului (Meinck *et al.*, 2016).

Indiferent de metoda de evaluare folosită, acuratețea informațiilor este dată de abilitatea evaluatorului de a folosi o anumită metodă și de a crea un raport de încredere cu copilul.

Bibliografie

- Ammerman, R.T., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., Lubetsky, M.I., Sieck, W.R. (1994). Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: Prevalence and correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 567-576.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C.H., Perry, B.D. *et al.* (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Archenbach, T.M., Rescorla, L. (2004). The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. Traducere în limba română sub coordonarea Prof. Univ. Dr. Anca Dobrea (2008). Sistemul Achenbach al evaluării bazate empiric (ASEBA). Romanian Psychological Testing Services.
- Bellak, L., Bellak, S. (1980). *A manual for Children's Apperception Test* (7th ed.). Larachmont, NY: CPS.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. *et al.* (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Bernstein, D.P., Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boat, B.W., Baker, D., Abrahamson, S. (1996). *The childhood trust events survey*. Cincinnati, OH: Department of Psychiatry, University of Cincinnati.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brubacher, S.P., Poole, D.A., Dickinson, J.J. (2015). The use of ground rules in investigative interviews with children: A synthesis and call for research. *Developmental Review*, 36.
- Buchsbaum, H.K., Toth, S.L., Clyman, R.B., Cicchetti, D., Emde, K.B. (1992). The use of a narrative story stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice. *Development and Psychopathology*, 4, 603-625.
- Dunne, M.P., Zolotor, A.J., Runyan, D.K., Andrevia-Miller, I., Choo, W.Y., Dunne, S.K. *et al.* (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child abuse & neglect*, 33(11), 815-825.

- Eckenrode, J., Laird, M., Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental psychology*, 29(1), 53.
- Edleson, J.L., Shin, N., Armendariz, K.K.J. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 502-521.
- Feindler, E.L., Rathus, J.H., Silver, L.B. (2003). *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*. American Psychological Association.
- Finkelhor, D., Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530.
- Finkelhor, D., Hamby, S.L., Ormrod, R., Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child abuse & neglect*, 29(4), 383-412.
- Ford, J.D., Rogers, K. (1997, November). *Empirically-based assessment of trauma and PTSD with children and adolescents*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Québec.
- Frankenburg, W.K., Dodds, J.B. (1992). DDST II. Denver Developmental Screening Test. Tradus și adaptat pe populația din România de Iliescu, D., Mitrofan, N. (2010). Denver-II. Sistemul de evaluare a comportamentului copiilor. TestCentral
- Friedrich, W.N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S.K., Koverola, C., Lang, R.A. et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Frederick, C., Pynoos, R., Nader, K. (1992). *Childhood PTS Reaction Index (CPTS-R1)*. Unpublished manuscript, Laguna Hills, CA.
- Gal, I., Buta, M., Băban, A. (2016). Copilul ca victimă a abuzului. În G. Visu-Petra, M. Buta & L. Visu-Petra (coord.), *Psihologia copilului în context judiciar. Fundamente teoretice și aplicative*. Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Hamby, S.L., Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and Scoring Manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Iliescu, D., Mitrofan, N. (2010). *Denver Developmental Screening Test*. Sistemul de evaluare a comportamentului copiilor. TestCentral.
- Kantor, G.K., Holt, M.K., Mebert, C.J., Straus, M.A., Drach, K.M., Ricci, L.R. et al. (2004). Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment*, 9(4), 409-428.
- Kovacs, M. (2012). *Child Depression Inventory*. Inventarul de depresie pentru copii. TestCentral.
- Korkman, M., Kirk, U., Kemp, S. (2007). *Bateria de evaluare neuropsihologică la copii 3-12 ani (NEPSY)*. Cognitrom.
- Levy, H.B., Markovic, J., Kalinowski, M.N., Ahart, S., Torres, H. (1995). Child sexual abuse interviews: The use of anatomic dolls and the reliability of information. *Journal of interpersonal violence*, 10(3), 334-353.
- Maguire, S.A., Williams, B., Naughton, A.M., Cowley, L.E., Tempest, V., Mann, M.K. et al. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: care, health and development*, 41(5), 641-653.
- Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Berman, S.R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 204-211.
- McArthur, D.S., Roberts, G.E. (1982). *Roberts Apperception Test for Children manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- McCrary, E., De Brito, S.A., Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 151-156.

- McGee, R.A., Wolfe, D.A. (1990). *Development of a record of maltreatment experiences*. Unpublished manuscript, The Institute for the Prevention of Child Abuse, Toronto, Canada.
- Meinck, F., Steinert, J., Sethi, D., Gilbert, R., Bellis, M., Mikton, C., Alink, L., Baban, A. (2016). *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook*. World Health Organization.
- Meinck, F., Cosma, A., Mikton, C., Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experience Questionnaire Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse & Neglect*, 72, 326-337.
- Murry, H.A. (1971). *Thematic Apperception Test Manual*. Cambridge: Harvard University Press. National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS); <https://www.dontshake.org/>.
- National Institutes of Health, National Institute of Neurological Disorders and Stroke. NINDS spasticity information page [online]. Disponibil la URL: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/spasticity/spasticity.htm>.
- Pearce, J.W., Pezzot-Pearce, T.D. (2007). *Psychotherapy of Abused and Neglected Children*. New York: The Guilford Press.
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The „gold standard”. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 457-468.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2004). *BASC-2: Behavioral assessment system for children manual* (2nd ed.). Circle Pines, MN: AGS. Traducerea și adaptarea în limba română realizate de Mitrofan, N., Ion, A., Iliescu, D. (2011). Sistemul de evaluare a comportamentului copiilor. TestCentral.
- Richters, J.E., Martinez, P. (1992). *Things I've seen and heard: A structured interview for assessing young children's violence exposure*. National Institute of Mental Health.
- Runyan, D.K., Dunne, M.P., Zolotor, A.J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B. et al. (2009). The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool – Parent version (ICAST-P). *Child abuse & neglect*, 33(11), 826-832.
- Sirbu, C. (2010). *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. Scala multidimensională de anxietate pentru copii. TestCentral.
- Scannapieco, M., Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. Oxford University Press on Demand.
- Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 703-727.
- Terr, L.C. (1990). *Too scared to cry*. New York: Harper & Row.
- Viezel, K.D., Freer, B.D., Lowell, A., Castillo, J.A. (2015). Cognitive abilities of maltreated children. *Psychology in the Schools*, 52(1), 92-106.
- Visu-Petra, G., Buta, M., Visu-Petra, L. (coord.) (2016). *Psihologia copilului în context judiciar. Fundamente teoretice și aplicative*. Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Visu-Petra, L., Benga, O., Miclea, M. (2007). Dimensions of attention and executive functioning in 5- to 12-years-old children: Neuropsychological assessment with the NEPSY battery. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 11(3), 539-553.
- Visu-Petra, G., Țopan, O., Opre, D. (2016). Tehnici de interviu a copiilor și adolescenților. În G. Visu-Petra, M. Buta, L. Visu-Petra (coord.), *Psihologia copilului în context judiciar. Fundamente teoretice și aplicative*. Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Zolotor, A.J., Runyan, D.K., Dunne, M.P., Jain, D., Péturs, H.R., Ramirez, C. et al. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child abuse & neglect*, 33(11), 833-841.
- Walsh, C.A., MacMillan, H.L., Trocmé, N., Jamieson, E., Boyle, M.H. (2008). Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 32(11), 1037-1057.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva.
- World Health Organization (2016). *Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment*.

23. Evaluarea depresiei și a riscului de suicid

Carmen Domnica Coteș, Ioana-Alina Cristea
Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Tulburările depresive sunt tulburări mintale prevalente, care duc la un grad mare de distres pentru persoanele afectate, la modificări în funcționarea optimă a individului și sunt asociate cu costuri sociale crescute. Depresia se asociază cu o mortalitate crescută, atribuită în mare parte suicidului (American Psychiatric Association [APA], 2013), și costuri financiare anuale majore asociate tratamentului (Olesen *et al.*, 2012). Mai mult, între 2,2 și 15% dintre persoanele care suferă de depresie pe parcursul vieții ajung să se sinucidă (APA, 2006), riscul de suicid fiind de 20 de ori mai mare decât cel așteptat (Harris și Barraclough, 1997). În ceea ce privește persoanele care primesc tratament pentru depresie, riscul suicidar tinde să fie mai scăzut, de 4,2% (Simon și VonKorff, 1998). Pentru a reduce astfel riscul de suicid în depresie, este necesară identificarea corectă și din timp a prezenței acestei tulburări, urmată de oferirea unui tratament corespunzător (Lönqvist, 2000). Acest capitol se concentrează așadar pe evaluarea clinică a depresiei și a riscului suicidar asociat acesteia.

23.1. Evaluarea depresiei

Depresia (deprimarea) definește din punct de vedere lingvistic o stare emoțională tranzitorie, reprezentând o variantă disfuncțională a tristeții sau descurajării. Însă depresia la nivel clinic are sensul mai larg de condiție emoțională caracterizată prin dispoziție tristă sau iritabilă, dublată de modificări la nivel somatic și cognitiv, care împiedică funcționarea normală a individului (APA, 2013). Există două mari modalități de evaluare a tulburărilor din spectrul depresiei, și anume evaluarea nosologică (categorială), respectiv evaluarea dimensională (a severității simptomelor).

Evaluarea nosologică urmărește atribuirea unui diagnostic categorial pacienților care îndeplinesc anumite criterii, pe baza unui algoritm stabilit de experți. În acest scop, se utilizează clasificări internaționale manualizate precum *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (DSM-5 ; APA, 2013) sau *Clasificarea tulburărilor*

mentale și de comportament (ICD-10; Organizația Mondială a Sănătății, 1993). În cadrul DSM-5, spre exemplu, sunt detaliate mai multe tulburări depresive, cea mai cunoscută fiind tulburarea depresivă majoră (TDM).

Diagnosticul de TDM se poate atribui atunci când individul îndeplinește criteriile pentru episod depresiv major, acesta îi afectează sau modifică semnificativ viața și nu există o altă cauză de natură psihologică sau medicală care explică mai bine episodul menționat. *Episodul depresiv major* este diagnosticat atunci când sunt îndeplinite cel puțin cinci dintr-o serie de nouă simptome pe parcursul a cel puțin două săptămâni, dintre care obligatoriu fie dispoziție depresivă în majoritatea timpului, fie diminuarea interesului sau plăcerii pentru majoritatea activităților în mod constant. Celelalte șapte simptome sunt de natură somatică (modificarea apetitului, a duratei somnului, a activității, oboseală) sau cognitivă (gânduri legate de inutilitatea propriei persoane sau care produc vinovăție, concentrare scăzută a atenției, gânduri legate de moarte sau sinucidere).

În cazul în care pacientul îndeplinește criteriile mai sus menționate, putem astfel spune că are un diagnostic de TDM, cu alte cuvinte, depresia sa este de intensitate clinică. În cazul în care nu le satisface pe toate, dar îndeplinește unele dintre criterii, nu se poate vorbi despre un diagnostic, dar putem spune că depresia sa atinge un nivel subclinic sau este de intensitate subclinică. Evaluarea nosologică se poate realiza eficient cu ajutorul unor interviuri clinice structurate sau semistructurate administrate de către specialiști, dar și al unor inventare de simptome autoadministrate. Utilitatea diagnosticului categorial este dată de facilitarea limbajului comun dintre specialiști, respectiv selectarea loturilor care fac parte din studiile epidemiologice, de intervenție sau care investighează mecanismele depresiei. Cu toate acestea, variațiile în plaja de populație cu diagnostic sunt destul de mari. Astfel, în unele circumstanțe informația cu privire la diagnosticul unui individ nu este suficientă sau nu este cea mai utilă. În aceste situații, se poate realiza o evaluare dimensională a depresiei.

Evaluarea dimensională își propune să cuantifice afectarea funcționării indivizilor care prezintă simptome depresive, cu alte cuvinte, să determine severitatea depresiei. Acest lucru poate fi realizat prin intermediul unor scale psihologice administrate de clinicieni sau autoadministrate, care au fost validate pe o populație de indivizi cu depresie și prezintă o grilă de interpretare a scorurilor. Astfel, depresia poate fi numită, spre exemplu, ușoară, moderată sau severă, în funcție de scorurile prag (*cut-off*) pe care individul le atinge. În acest caz, diferențierea clinic-subclinic se realizează tot în funcție de aceste bareme (pacientul are depresie de intensitate clinică dacă atinge un anumit scor prag). Această informație poate fi utilă în *screeningul* depresiei, îndrumarea pacienților către cele mai potrivite tratamente pentru severitatea simptomelor acestora, respectiv selecția indivizilor cu o anumită severitate a depresiei pentru studii clinice. Astfel, fiecare dintre cele două modalități de evaluare a depresiei prezentate (nosologică *versus* dimensională) poate avea utilitate în diverse contexte.

Pe parcursul acestei secțiuni vom detalia tipurile de interviuri și scale psihologice cel mai des întâlnite în evaluarea depresiei, menționând proprietățile lor psihometrice (fidelitate, validitate) și particularitățile de utilizare. Fidelitatea unui instrument se referă la capacitatea acestuia de a produce același rezultat de fiecare dată când este aplicat (de exemplu, în momente temporale diferite sau prin aplicări de către evaluatori diferiți). Astfel, fidelitatea poate fi măsurată, printre altele, prin intermediul coeficientului test-retest, al coeficientului de acord între evaluatori (κ) sau al coeficientului de consistență internă

(alpha Cronbach). Validitatea unui instrument se referă la proprietatea acestuia de a măsura în mod real ceea ce își propune să măsoare. Astfel, validitatea poate evalua măsura în care instrumentul evaluează operaționalizarea teoriei referitoare la acest construct (validitate de construct), măsura în care acesta acoperă majoritatea aspectelor relevante domeniului (validitate de conținut) sau măsura în care se asociază cu alte variabile reprezentative pentru constructul urmărit (validitate de criteriu).

23.1.1. Instrumente de evaluare nosologică a depresiei

23.1.1.1. Instrumentele de evaluare nosologică administrate de specialiști

Interviurile clinice structurate sau semistructurate vizează investigarea îndeplinirii criteriilor de diagnostic de către pacient și pot fi aplicate de către clinicieni sau autoadministrate. Interviurile sunt astfel realizate după manualele de diagnostic al tulburărilor mintale. Un exemplu de astfel de interviu semistructurat, realizat pentru a verifica criteriile conform DSM-5 și a fi aplicat de specialiști, este *Structured Clinical Interview for DSM-5 (Clinician Version)* (SCID-5-CV; First *et al.*, 2015). SCID-5 conține întrebări referitoare la prezența sau absența fiecăruia dintre criteriile pentru depresie definite în DSM-5, existând și întrebări suplimentare care pot ghida judecata clinică a intervievatorului. Clinicianul poate să marcheze fiecare răspuns ca „absent” (1), „subclinic” (2), „prezent” (3) sau „informații insuficiente” (?). Diagnosticul se poate pune în cazul în care s-a răspuns cu simptom „prezent” (3) la suficiente întrebări conform cu DSM-5, SCID-5 ghidând persoana care face interviul în această direcție. Pentru TDM, interviul conține întrebări referitoare la specificanți (severitatea depresiei, prezența sau absența elementelor psihotice, remisie, dacă este cazul), precum și o evaluare a prezenței sau absenței tulburării pe întreg parcursul vieții.

Întrucât SCID-5 este un instrument relativ nou, nu există încă raportări ale fidelității sale, însă pentru o versiune anterioară au fost raportate valori acceptabile ale acordului interevaluator în cazul tulburării depresive majore ($\kappa = 0,66$) și bune în cazul distimiei, așa cum era ea definită în DSM anterior ($\kappa = 0,81$) (Lobbstaël, Leurgans și Arntz, 2011). Putem spune astfel că instrumentul are validitate de construct, întrucât evaluează prezența sau absența criteriilor de diagnostic pentru tulburările mintale, așa cum sunt ele definite în DSM-5.

Utilitatea instrumentelor de evaluare de acest tip (diagnostic categorial, administrat de specialist) este dată de rigurozitatea cu care sunt urmărite criteriile, dublată de judecata clinică a persoanei care face evaluarea. Astfel, în paralel cu răspunsurile declarative ale pacientului, sunt luate în considerare și comportamentele acestuia de pe parcursul evaluării. Dezavantajul acestor instrumente constă în timpul relativ crescut de administrare. Spre exemplu, în cazul SCID, în care se dorește parcurgerea tuturor modulelor din SCID la care pacientul a răspuns afirmativ în partea de *screening*, aplicarea poate dura până la două ore. Pot fi însă parcurse doar modulele specifice tulburărilor depresive, dacă nu este necesară o evaluare comprehensivă a pacientului.

23.1.1.2. Instrumentele de evaluare nosologică autoadministrată

În ceea ce privește evaluarea nosologică a depresiei, există și varianta interviurilor structurate sau semistructurate completate direct de către pacient. Un astfel de instrument semistructurat este și *Inventory to Diagnose Depression* (IDD, Zimmerman *et al.*, 1986), creat pentru a diagnostica TDM conform criteriilor unei variante mai vechi a DSM. Acesta conține 22 de itemi care se referă fiecare la prezența sau absența câte unui criteriu de diagnostic. Pacientul are cinci variante descriptive de răspuns, iar cotarea prezenței sau absenței criteriului se realizează astfel: 0 („fără afectare”/„absent”), 1 („subclinic”), 2-4 („prezent”, în funcție de severitate). Spre exemplu, pentru „dispoziție tristă”, variantele de răspuns sunt: 0 = „Dispoziția mea nu este mai scăzută decât în mod normal”, 1 = „Dispoziția mea este ușor mai scăzută decât de obicei”, 2 = „Dispoziția mea este cert mai puțin bună ca de obicei”, 3 = „Dispoziția mea e mult mai rea acum”, 4 = „Dispoziția mea este atât de scăzută, încât am probleme în a mă ridica din pat dimineața”. În cazul în care pacientul a răspuns cu una din variantele de la 1 la 4, acesta are de răspuns la o întrebare suplimentară cu privire la durata simptomului (dacă acesta a fost prezent mai puțin sau mai mult de două săptămâni).

Deși interviul este realizat după o variantă mai veche a manualului menționat, criteriile de diagnostic pentru TDM nu s-au schimbat semnificativ. Interviul prezintă fidelitate crescută, măsurată prin intermediul coeficienților de consistență internă alpha Cronbach = 0,92, respectiv Spearman-Brown = 0,93 (Zimmermann *et al.*, 1986). De asemenea, acesta prezintă validitate concurentă crescută, corelând cu alte măsurători ale depresiei (Zimmermann *et al.*, 1986; Zimmermann și Coryell, 1987) și, respectiv, validitate de construct, fiind creat pe baza DSM.

Durata de aplicare este relativ scăzută, dar faptul că instrumentul este completat de către pacient poate reprezenta și un dezavantaj. Astfel, pacientul ar putea alege variante de răspuns care denotă o severitate mai scăzută a simptomului decât în realitate, în cazul în care ar considera că variantele severe de răspuns sunt indezirabile din punctul de vedere social. Datorită acestui fenomen al dezirabilității sociale, valabil în cazul tuturor măsurătorilor autoadministrăte, se recomandă în anumite cazuri o dublare a acestora cu evaluări clinice realizate de experți.

23.1.2. Instrumente de evaluare dimensională a depresiei

23.1.2.1. Instrumente de evaluare dimensională administrate de specialiști

Scalele de evaluare dimensională a depresiei pot fi, asemenea interviurilor diagnostice, completate de către specialiști sau autoadministrăte și vizează determinarea severității simptomelor și a afectării individului. Unul dintre cele mai cunoscute exemple este *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD, Hamilton, 1960, 1967), dezvoltată pentru a fi aplicată de clinicieni persoanelor deja diagnosticate. În versiunea sa inițială, scala conține 21 de itemi, dintre care primii 17 constituie scorul pentru depresie și sunt cotați de la 0 la 4 (0 = simptom „absent”, 1 = „ușor”, 2 și 3 = „moderat”, 4 = „sever”) sau de

la 0 la 2 (0 = simptom „absent”, 1 = „ușor” sau „discutabil”, 2 = „clar prezent”). Itemii cu variantă de cotare de la 0 la 4 includ dispoziția tristă, vinovăția, anxietatea, ideea suicidară sau alte simptome majoritar cognitive și emoționale, în timp ce itemii cuantificați de la 0 la 2 includ insomnia, agitația psihomotorie sau alte simptome somatice. Ultimii patru itemi ai instrumentului reprezintă specificanți (variația diurnă a simptomelor, depersonalizarea, simptome paranoide sau obsesive), iar scorurile lor nu vor fi adunate la scorul total al depresiei măsurat cu HRSD.

În afară de varianta originală a HRSD, există și variante modificate în care numărul și conținutul itemilor diferă ușor, astfel încât este necesară compararea scorului pacientului cu scorurile prag pentru varianta utilizată. În ceea ce privește varianta inițială, scorurile între 7 și 17 reflectă o depresie ușoară, între 18 și 24, moderată, iar de la 25 în sus (până la scorul maxim de 52), depresie severă (Dozois și Dobson, 2002). Fidelitatea scalei este acceptabilă, având coeficienți de consistență internă alpha Cronbach variind între 0,46 și 0,97, coeficienți de acord interevaluator kappa între 0,82 și 0,98, respectiv coeficienți test-retest între 0,81 și 0,98 (Bagby *et al.*, 2004). Instrumentul prezintă validitate convergentă și discriminantă adecvate, dar validitate de conținut slabă și o structură factorială greu de replicat între loturi (Bagby *et al.*, 2004).

The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery și Åsberg, 1979) este o scală dezvoltată pentru a surprinde îmbunătățiri în simptomatologia depresivă a pacienților. Scala conține 10 itemi cotați de la 0 la 6, cu ancore pentru scorurile 0, 2, 4, respectiv 6 și trei scoruri intermediare (1, 3, 5). Spre exemplu, pentru itemul „tristețe vizibilă”, definit ca „descurajare, tristețe și disperare, (mai mult decât dispoziție scăzută obișnuită și tranzitorie) care se reflectă în limbaj, expresii faciale și postură” și se cotează în funcție de „intensitatea stării și inabilitatea de a se înveseli”, ancorele sunt: 0 = „Fără tristețe”, 2 = „Pare abătut(ă), dar se poate înveseli fără probleme”, 4 = „Pare trist(ă) și nefericit(ă) în majoritatea timpului”, respectiv 6 = „Pare nefericit(ă) tot timpul. Extrem de descurajat(ă)”. Fidelitatea instrumentului este excelentă, coeficienții de acord interevaluator kappa variind între 0,76 (Davidson *et al.*, 1986) și respectiv 0,89 – 0,97 în lotul original (Montgomery și Åsberg, 1979). Scala prezintă și validitate concurrentă crescută, corelând cu alte măsurători ale depresiei, precum HRSD (Davidson *et al.*, 1986; Montgomery și Åsberg, 1979).

În ceea ce privește scorurile prag (*cut-off*), există mai multe variante propuse pentru a determina dacă un pacient a intrat în remisie, iar scorurile sale la depresie sunt comparabile cu cele din populația generală. Astfel, un scor mai mic sau egal cu 9 corespunde remisiei în definiția mai extinsă (Hawley, Gale și Sivakumaran, 2002; Zimmerman, Chelminski și Posternak, 2004), iar un scor mai mic sau egal cu 4 corespunde remisiei totale, definită prin absența completă a simptomelor de depresie semnificative clinic (Zimmerman, Chelminski și Posternak, 2004). În ceea ce privește depresia severă, un scor de peste 31 corespunde unor scoruri prag ale altor scale care indică o intensitate mare a depresiei (Müller *et al.*, 2003).

Avantajele scalelor psihologice de acest tip (dimensionale, cotate de către specialiști) pornesc de la posibilitatea folosirii scorurilor totale pentru a cuantifica severitatea simptomelor (de exemplu, depresie ușoară, moderată, severă) în funcție de scorurile prag (*cut-off*), precum și a scorurilor pe fiecare item pentru a determina intensitatea simptomelor specifice. De asemenea, sunt relativ ușor de administrat pentru clinicieni, majoritatea oferind ancore intermediare pentru scorurile pe itemi. Ca și în cazul instrumentelor de diagnostic

nosologic administrate de specialiști, judecata clinică asupra manifestărilor simptomatologiei pacientului în timpul evaluării va fi luată în considerare în alegerea scorurilor celor mai potrivite. Dezavantajul acestor instrumente ar putea consta în costurile suplimentare pe care administrarea lor o presupune, datorate timpului pe care clinicienii îl alocă pregătirii și administrării propriu-zise ale scalelor.

23.1.2.2. Instrumente de evaluare dimensională autoadministrată

În ceea ce privește evaluarea dimensională a depresiei, există și o serie de scale psihologice autoadministrată (*self-report*). Unul dintre cele mai cunoscute exemple de scală de acest tip este *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck *et al.*, 1961 ; BDI-II, Beck, Steer și Brown, 1996). Instrumentul conține 21 de itemi, cu variante de răspuns cotate de la 0 la 3 (unde 3 indică atitudini și simptome puternice ale depresiei), unele variante având câte două subtipuri (precum 1a, 1b). De exemplu, primul item, referitor la dispoziție depresivă, conține următoarele variante de răspuns: 0 = „Nu mă simt trist(ă)”, 1 = „Nu mă simt în apele mele sau mă simt trist(ă)”, 2a = „Sunt mohorât(ă) sau trist(ă) tot timpul și nu pot să ies din starea aceasta”, 2b = „Sunt atât de trist(ă) sau nefericit(ă), încât este foarte dureros”, 3 = „Sunt atât de trist(ă) sau nefericit(ă), încât nu mai pot să suport starea aceasta”.

Proprietățile psihometrice ale BDI sunt bune, cu fidelitatea exprimată prin coeficientul de consistență internă între 0,76 și 0,95, media fiind de 0,86 pentru populațiile psihiatrice (Beck, Steer și Garbin, 1988). BDI prezintă validitate de conținut (fiind dezvoltat de clinicieni pe baza operaționalizărilor depresiei), concurentă (corelând cu alte scale precum HRSD sau MADRS-S și cu evaluările realizate de clinicieni), discriminantă (diferențiind între subtipuri ale depresiei și între depresie și anxietate) și de criteriu (corelând cu alte constructe relaționate cu depresia, precum alcoolismul sau simptomele medicale) crescute (Beck, Steer și Garbin, 1988 ; Svanborg și Åsberg, 2001). BDI-II este o variantă îmbunătățită și modificată, care conține tot 21 de itemi, cu variante de răspuns de la 0 la 3, adaptată criteriilor pentru TDM din DSM anterior celui curent. BDI-II este optimizată pentru a fi folosită de către adolescenți și adulți (13-80 de ani). Proprietățile psihometrice sunt comparabile cu cele ale scalei originale, BDI-II având fidelitate excelentă (măsurată prin coeficientul de consistență internă alpha Cronbach de 0,91), respectiv validitate convergentă bună (BDI-II corelând puternic cu BDI) (Dozois, Dobson și Ahnberg, 1998). Scorurile prag pentru varianta originală sunt următoarele: < 10, fără depresie sau simptome minime de depresie ; 10-18, depresie ușoară până la moderată ; 19-29, depresie moderată până la severă, iar scoruri > 30 (până la 63), depresie severă (Beck, Steer și Garbin, 1988). Pentru BDI-II, scoruri de < 13 reprezintă simptome minime de depresie, 14-19, depresie ușoară, 20-28, depresie moderată, iar scorurile de la 29 la 63 indică depresie severă (Beck, Steer și Brown, 1996).

Printre instrumentele frecvent utilizate se află și *The Patient Health Questionnaire – Depression Module* (PHQ-9 ; Kroenke, Spitzer și Williams, 2001), care reprezintă modulul pentru depresie al unei scale autoadministrată folosite în prima instanță în *screeningul* tulburărilor mintale, urmând în cazul unui rezultat pozitiv să fie administrat de către specialiști *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD ; Spitzer *et al.*, 1994). Scala are nouă itemi cotați de la 0 la 3 referitori la frecvența apariției simptomelor

în ultimele două săptămâni, unde 0 = „deloc”, 1 = „câteva zile”, 2 = „mai mult de jumătate din zile”, iar 3 = „aproape zilnic”, cu o întrebare suplimentară referitoare la afectarea funcționării, care se completează în cazul în care pacientul răspunde afirmativ la vreuna dintre cele nouă întrebări anterioare (de exemplu, de item: „interes scăzut sau lipsa plăcerii de a face lucruri”). Fidelitatea instrumentului este foarte bună, având coeficienți de consistență internă alpha Cronbach de 0,86 – 0,89, respectiv coeficientul de corelație test-retest este de 0,84, iar validitatea convergentă (scala corelând cu diagnosticul realizat de clinicieni) și cea de criteriu (PHQ-9 corelând cu măsurători ale calității vieții) sunt bune (Kroenke, Spitzer și Williams, 2001). Scorurile prag de 5, 10, 15, 20 reprezintă depresie ușoară, moderată, moderată spre severă și severă (Kroenke, Spitzer și Williams, 2001).

Principalul avantaj al acestui tip de instrument de evaluare (scale de evaluare dimensională autoadministrate) este reprezentat de timpul redus de administrare. Dezavantajul principal, menționat și la instrumentele de diagnostic de tip *self-report*, se referă la incertitudinea completării oneste a răspunsurilor, datorate posibilității apariției dezirabilității sociale. Întrucât informațiile oferite de pacienți nu pot fi verificate de specialiști prin intermediul întrebărilor suplimentare sau al observației din timpul evaluării, se recomandă o dublare a evaluării realizate astfel prin alte mijloace, în funcție de scopul evaluării.

23.1.2.3. Particularități de evaluare a depresiei la copil, adolescent și vârsta a treia

În ceea ce privește evaluarea depresiei la copii și adolescenți, precum și la persoanele de vârsta a treia, există o serie de modificări aduse instrumentelor clasice de evaluare a depresiei, precum și o serie de instrumente dezvoltate special pentru a răspunde nevoilor acestor vârste. Astfel, pentru evaluarea depresiei la copil și adolescent există o serie de scale adaptate prin simplificarea și reducerea itemilor, precum *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992), o scală care conține 27 de itemi formulați adecvat pentru înțelegerea celor cu vârste între 7 și 17 ani. Însă pentru evaluarea copiilor și adolescenților se recomandă folosirea mai multor metode de evaluare, nu doar a scalelor psihologice, precum și coroborarea informațiilor din partea mai multor surse de informație (de exemplu, copil, părinte, profesor) (Essau și Ollendick, 2008). De asemenea, pentru pacienții geriatrici există o serie de scale specifice, precum *The Geriatric Depression Scale* (Yesavage *et al.*, 1983), un instrument cu proprietăți psihometrice bune care în versiunea inițială (lungă) conține 30 de întrebări cu răspuns da/nu. Genul acesta de instrumente facilitează alegerea unui răspuns și ușurează procesarea itemilor de către cei de vârsta a treia.

23.2. Evaluarea riscului de suicid

Evaluarea riscului de suicid asociat depresiei se poate realiza ca parte integrantă a evaluării depresiei sau separat de aceasta. Astfel, instrumentele de evaluare a depresiei conțin, de cele mai multe ori, și o întrebare sau un item care adresează gândurile suicidare. Spre exemplu, BDI-II conține un item referitor la „gânduri sau dorințe suicidare”, cu variantele

de răspuns 0 = „Nu mă gândesc să îmi iau viața”, 1 = „Mă gândesc să îmi pun capăt zilelor, dar nu aș face așa ceva”, 2 = „Intenționez să îmi pun capăt zilelor”, respectiv 3 = „Mi-aș lua viața dacă aș avea ocazia”. Acest tip de item reprezintă o posibilitate de *screening* a riscului suicidar, urmând apoi o investigare comprehensivă a acestui risc.

O variantă de demers detaliat pentru evaluarea riscului suicidar, propusă de Rudd (2014), include parcurgerea următoarelor teme :

- a) factori predispozanți (istoric de tulburări mintale incluzând TDM, istoric de comportament suicidar, precum tentative anterioare de suicid, externare recentă din cadrul clinicilor psihiatrice, genul masculin, istoric de abuz) ;
- b) factori precipitanți (stresori financiari, relaționali, profesionali, medicali) ;
- c) severitatea simptomelor de boală mintală (pe o scală de la 0 la 10, răspuns dat de pacient) ;
- d) prezența lipsei de speranță (pe o scală de la 0 la 10, răspuns dat de pacient) ;
- e) natura ideății și a comportamentelor suicidare (frecvența, durata și intensitatea ideății, prezența unui plan, disponibilitatea și letalitatea metodei, pregătirea sau „repetiția” metodei, intenția) ;
- f) natura tentativelor anterioare sau a comportamentului de autovătămare anterior ;
- g) prezența semnalelor de avertizare ;
- h) prezența impulsivității *versus* autocontrolului (pe o scală de la 0 la 10, răspuns dat de pacient) ;
- i) factori protectivi (suport social, abilitate de rezolvare de probleme, tratament, prezența speranței, existența sarcinii sau a copiilor, angajamentul religios, satisfacția cu viața, frica de suicid sau de moarte).

Unele dintre aceste teme implică măsurători subiective (adică raportate de către pacient), iar altele, măsurători obiective ale riscului (de exemplu, numărul de tentative anterioare de suicid). Fiecare aspect poate fi adaptat și evaluat de către specialist prin intermediul interviului nestructurat, dar unele dintre ele pot fi investigate și prin intermediul scalelor de evaluare. Astfel, în ceea ce privește *factorii predispozanți și precipitanți*, informațiile se pot obține în cadrul unei anamneze detaliate. *Severitatea simptomelor de boală mintală* poate fi evaluată global de pacient sau prin intermediul interviurilor și scalelor specifice depresiei, anxietății etc.

Lipsa de speranță (hopelessness) reprezintă unul dintre cei mai importanți predictori cognitivi ai suicidului (Beck *et al.*, 1993) și poate fi măsurată global (aprecierea pacientului) sau cu ajutorul *Beck Hopelessness Scale* (BHS ; Beck *et al.*, 1974). Acest instrument autoadministrat conține 20 de itemi cu variante de răspuns „adevărat” sau „fals”, cotați cu 1 sau 0 (11 itemi sunt cotați cu 1 pentru „adevărat”, respectiv 9 itemi sunt formulați invers și sunt cotați cu 1 pentru „fals”). Exemple de itemi includ „Aș putea să mă dau bătut(ă) pentru că nu pot face ca lucrurile să fie mai bune pentru mine” pentru itemi cotați direct, respectiv „Aștept cu nerăbdare viitorul, cu speranță și entuziasm” pentru itemi formulați invers. Scala prezintă proprietăți psihometrice foarte bune, cu fidelitate excelentă (coeficient de consistență internă alpha Cronbach între 0,91 și 0,93) și validitate concurentă și de construct bune (Beck *et al.*, 1974 ; Beck *et al.*, 1993). Scorul prag pentru prezența lipsei de speranță semnificative clinic este 9, scor peste care riscul suicidar este mai crescut (Beck *et al.*, 1990).

Pentru măsurarea *ideății suicidare*, una dintre cele mai folosite scale este *Scale for Suicide Ideation* (SSI ; Beck, Kovacs și Weissman, 1979), un interviu administrat

de specialiști cu 21 de itemi, dintre care primii 19 sunt cotați de la 0 la 2 (de exemplu, itemul referitor la „dorința de a trăi” este cotațat cu 0 = „moderată până la puternică”, 1 = „slabă”, 2 = „deloc”). Primii cinci itemi sunt folosiți pentru *screening*, iar în cazul în care pacientul răspunde afirmativ la unul dintre aceștia sunt administrați ceilalți 14 itemi. Ultimele două întrebări se referă la incidența și frecvența tentativelor de suicid anterioare. Interviu are fidelitate (coeficient de consistență internă alpha Cronbach de 0,89) și validitate (concurrentă, discriminantă și de construct) crescute (Beck, Kovacs și Weissman, 1979). O variantă autoadministrată, dezvoltată ulterior, este *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSSI; Beck, Steer și Ranieri, 1988), având proprietăți psihometrice de asemenea bune.

Tentativele de suicid anterioare reprezintă cel mai bun predictor obiectiv al suicidului. Pentru evaluarea tentativelor anterioare și a comportamentelor de parasuicid (autovătămare fără intenția de sinucidere) anterioare se poate utiliza *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII; Linehan *et al.*, 2006). SASII este un interviu complex, administrat de specialiști, care conține 31 de itemi, dintre care 6 pentru *screening*, 9 întrebări cu răspuns deschis și 22 pentru durata și frecvența actelor de autovătămare, metodele folosite și letalitatea acestora, intenția asociată, comunicarea intenției înaintea episodului, impulsivitatea, condiția medicală și medicația pacientului la nivelul fiecărui episod. Subscalele SASII au fidelitate excelentă (măsurată prin coeficienți de acord interevaluator), și validitate concurrentă bună (Linehan *et al.*, 2006). *Impulsivitatea* poate fi surprinsă astfel fie cu ajutorul unei scale ca aceasta, fie prin evaluarea globală a pacientului (pe o scală de la 0 la 10).

Semnalele de avertizare la care trebuie să fie atenți evaluatorii includ, pe lângă cele deja menționate, și tulburările de somn, percepția de sine ca fiind o povară pentru ceilalți, furia, agitația psihomotorie, lipsa unui scop și a sensului în viață, ideea de a fi „prins în capcană”, precum și abuzul de alcool sau alte substanțe (Rudd, 2014). În ceea ce privește *factorii protectivi*, aceștia pot fi evaluați în cadrul anamnezei sau măsurati cu ajutorul unor instrumente precum *Reasons for Living Scale* (RFL; Linehan *et al.*, 1983). RFL este un chestionar autoadministrat care conține 48 de itemi cotați de la 1 la 6, unde ancorele sunt 1 = „deloc important”, respectiv 6 = „extrem de important”. Pacienții sunt rugați să noteze măsura în care sunt importante pentru ei și reprezintă motive viabile pentru a nu comite suicid idei relaționate cu următoarele teme: supraviețuirea și adaptarea personală, responsabilitatea față de familie, preocupări legate de copii, frica de suicid, frica de dezaprobarea socială, respectiv obiecții de ordin moral. Exemple de itemi includ „Îmi pasă suficient de mult de mine ca să trăiesc” (pentru tema supraviețuirea și adaptarea personală) ori „Ar putea avea efect negativ asupra copiilor mei” (corespunzând temei preocupări legate de copii). Scala are fidelitate bună (alpha Cronbach de 0,89) și validitate concurrentă bună (Linehan *et al.*, 1983).

Concluzii și recomandări

Instrumentele de evaluare a depresiei prezentate și exemplificate mai sus au fost structurate pe două axe: evaluare nosologică *versus* evaluare dimensională, respectiv instrumente administrate de specialiști *versus* autoadministrate, rezultând în patru categorii, fiecare cu avantajele și dezavantajele proprii. În alegerea metodei potrivite de evaluare a depresiei,

unul dintre demersurile propuse urmărește patru caracteristici, referitoare la: scopul evaluării; tipul de pacient; valoarea sau utilitatea instrumentului; sursa obținerii informației (Nezu *et al.*, 2009).

Astfel, în ceea ce privește *scopul evaluării*:

- a) pentru *screening* (evaluare primară) se recomandă scale de dimensiune redusă, care pot fi completate în timp scurt (de exemplu, PHQ-9);
- b) pentru *diagnostic* sau clasificare se preferă instrumentele dezvoltate pe baza manualelor de diagnostic al tulburărilor mintale (de exemplu, SCID-5);
- c) pentru testarea ipotezelor clinice și *planificarea tratamentului* se recomandă atât măsurători ale depresiei, cât și ale unor presupuse mecanisme ale schimbării (de exemplu, BHS);
- d) pentru *predicții* cu privire la comportament se utilizează scale care evaluează riscul unor comportamente indezirabile, precum riscul suicidar (de exemplu, SSI);
- e) pentru evaluarea *rezultatelor tratamentului* se preferă deseori scale dimensionale de evaluare a depresiei (de exemplu, BDI-II).

Variabilele relevante în ceea ce privește *tipul de pacient* se referă la vârsta acestora, prezența comorbidităților care pot influența obținerea informațiilor (de exemplu, demență, retard, abuz de substanțe) sau la diferențele culturale care pot afecta felul în care depresia este resimțită sau recunoscută de pacient. *Valoarea/utilitatea instrumentului* este dată de măsura în care aceasta corespunde scopului, dublată de analiza cost/beneficii, care include probleme precum timpul avut la dispoziție, costul efectiv al aplicării instrumentului, potențiale riscuri asociate anumitor măsurători, măsura în care instrumentul oferă informații semnificative unice în comparație cu altele etc. *Sursa obținerii informației* pentru un anumit instrument se referă la dimensiunea *self-report versus* aplicat de specialist. Raportat la această axă, cercetări recente arată că scalele de evaluare a depresiei autoadministrate și cele administrate de specialiști surprind aspecte parțial diferite ale depresiei, recomandându-se folosirea ambelor metode pentru o evaluare completă (Uher *et al.*, 2012).

Riscul suicidar este unul dintre parametrii obligatorii care trebuie evaluați în cazul depresiei, fie ca parte a investigării depresiei propriu-zise, fie separat. Deși există dificultăți în evaluarea sa efectivă, ghidurile de evaluare recomandă adresarea directă a problemicii și evaluarea comprehensivă a acesteia, atât prin intermediul interviului direct (Rudd, 2014), cât și prin folosirea unor scale de evaluare (Cochrane-Brink, Lofchy și Sakinofsky, 2000).

Notă

Acest capitol a fost finanțat de un grant din partea Autorității Naționale pentru Cercetare Științifică și Inovare, CNCS – UEFISCDI, proiect numărul PN-II-RU-TE-2014-4-1316 (director de proiect: dr. Ioana A. Cristea).

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders : Compendium*. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale : Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163-2177 ; doi : 10.1176/appi.ajp.161.12.2163.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide : A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195 ; doi : 10.1176/ajp.147.2.190.
- Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention : The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352 ; doi : 10.1037/0022-006X.47.2.343.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ranieri, W.F. (1988). Scale for suicide ideation : Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505 ; doi : 10.1002/1097-4679(198807)44 : 4 < 499 : : AID-JCLP2270440404 > 3.0.CO ; 2-6.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Beck, J.S., Newman, C.F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-145 ; doi : 10.1111/j.1943-278X.1993.tb00378.x.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100 ; doi : 10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism : The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865 ; doi : 10.1037/h0037562.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571 ; doi : 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Cochrane-Brink, K.A., Lofchy, J.S., Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451 ; doi : 10.1016/S0163-8343(00)00106-7.
- Davidson, J., Turnbull, C.D., Strickland, R., Miller, R., Graves, K. (1986). The Montgomery-Åsberg Depression Scale : Reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 544-548 ; doi : 10.1111/j.1600-0447.1986.tb02723.x.
- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S. (2002). Depression. In M.M. Antony & D.H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 259-299). New York, NY : The Guilford Press.
- Dozois, D.J., Dobson, K.S., Ahnberg, J.L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89 ; doi : 10.1037/1040-3590.10.2.83.
- Essau, C.A., Ollendick, T.H. (2008). Diagnosis and assessment of adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. New York, NY : Routledge.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62 ; doi : 10.1136/jnnp.23.1.56.

- Hamilton, M.A.X. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296; doi: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228; doi: 10.1192/bjp.170.3.205.
- Hawley, C.J., Gale, T.M., Sivakumaran, T. (2002). Defining remission by cut off score on the MADRS: Selecting the optimal value. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 177-184; doi: 10.1016/S0165-0327(01)00451-7.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613; doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286; doi: 10.1037/0022-006X.51.2.276.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L., Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312; doi: 10.1037/1040-3590.18.3.303.
- Lobbetael, J., Leurgans, M., Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79; doi: 10.1002/cpp.693.
- Lönnqvist, J.K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-120). Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Montgomery, S.A., Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389; doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
- Müller, M.J., Himmerich, H., Kienzle, B., Szegedi, A. (2003). Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 255-260; doi: 10.1016/S0165-0327(02)00120-9.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, J., Lee, M. (2009). Assessment of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.) (pp. 44-68). New York, NY: The Guilford Press.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162; doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.
- Paykel, E.S., Brugha, T., Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-423; doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.008.
- Rudd, M.D. (2014). Core competencies, warning signs, and a framework for suicide risk assessment in clinical practice. In M.K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 323-336). New York, NY: Oxford University Press.
- Simon, G.E., VonKorff, M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*, 147(2), 155-160; doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009428.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., Hahn, S.R. et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-1756; doi: 10.1001/jama.272.22.1749.
- Svanborg, P., Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2), 203-216; doi: 10.1016/S0165-0327(00)00242-1.

- Uher, R., Perlis, R.H., Placentino, A., Dernovšek, M.Z., Henigsberg, N., Mors, O. *et al.* (2012). Self-report and clinician-rated measures of depression severity: Can one replace the other? *Depression and Anxiety*, 29(12), 1043-1049; doi: 10.1002/da.21993.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49; doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.
- Zimmerman, M., Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 55-59; doi: 10.1037/0022-006X.55.1.55.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Posternak, M. (2004). A review of studies of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in controls: Implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 1-7; doi: 10.1097/00004850-200401000-00001.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C., Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43(11), 1076-1081; doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800110062008.

24. Evaluarea personalității

Simona Ștefan

Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Evaluarea personalității este unul dintre domeniile cele mai importante ale evaluării psihologice. Când vorbim despre personalitate, vorbim despre acele trăsături relativ stabile de-a lungul vieții care pot explica sau prezice cele mai relevante comportamente și reacții emoționale ale indivizilor. Într-un demers de evaluare psihologică, este foarte important să utilizăm instrumente de măsură cu proprietăți psihometrice adecvate și care au fost utilizate pe scară largă în studiile de specialitate, mai ales că în domeniul personalității există multe astfel de instrumente. Atunci când scopul evaluării este clinic, ne interesează două aspecte fundamentale legate de personalitate: tulburările de personalitate și trăsăturile circumscrise lor și trăsăturile de personalitate care predispun la sau se asociază cu psihopatia în general. Pentru a diagnostica tulburări de personalitate avem la dispoziție interviuri clinice, dar și inventare de personalitate special concepute, iar pentru trăsăturile de personalitate asociate psihopatologiei avem inventare de personalitate precum MMPI sau Scalele Millon. Indiferent de aspectele evaluate, este important să ne formulăm concluziile pe baza scorurilor la teste și a constructelor utilizate de acestea. În acest fel, ne putem asigura că evaluarea pe care o facem are în spate nu doar părerea noastră de specialiști, ci o întreagă serie de studii și date științifice.

Evaluarea personalității este unul dintre domeniile prototip ale evaluării psihologice. Probabil tuturor celor care practicăm meseria de psiholog ni s-a solicitat să oferim interpretări asupra personalității cuiva, să construim profile psihologice, să putem spune lucruri interesante și profunde despre oameni. Dar nu putem cunoaște oamenii dintr-o privire. Evaluarea personalității este un proces complex, care ne poate oferi informații importante, însă corectitudinea inferențelor noastre depinde de proprietățile psihometrice ale testelor pe care le folosim și de scopul în care le folosim. Un demers de evaluare validat științific presupune utilizarea acelor instrumente care au dovedit în studii proprietăți psihometrice adecvate (validitate, fidelitate) și care corespund scopului evaluării noastre. Pornind de la întrebarea „ce dorim să aflăm despre personalitatea individului?”, selectăm acele instrumente

care s-au dovedit valide și fidele, în urma a numeroase studii, pentru că doar așa putem fi siguri (în măsura posibilului) de concluziile noastre. În domeniul evaluării personalității există multe astfel de teste cu susținere științifică; mai ales că avem de unde alege, utilizarea lor este o dovadă de profesionalism și responsabilitate. Ce evaluăm însă?

24.1. Scurtă definiție

În ansamblu, personalitatea cuprinde acele tipare distincte și caracteristice de gândire, emoție și comportament care conturează stilul personal al unui individ și îi influențează interacțiunile cu mediul (Atkinson *et al.*, 2002). Astfel, când vrem să descriem personalitatea cuiva, ne referim la cum gândește, ce simte și ce face persoana *de obicei*, precum și la cum relaționează cu mediul social. Personalitatea cuprinde deci acele atribute care sunt relativ *stabile* de-a lungul vieții. Pe lângă elementul definitoriu al stabilității, atunci când spunem personalitate, avem în minte și ideea de a surprinde acele atribute care sunt *relevante* în mai multe contexte importante. Oamenii pot fi caracterizați printr-o infinitate de atribute psihologice. Putem, de exemplu, să categorizăm oamenii în funcție de preferința pentru înghețată sau ciocolată; dar este această preferință relevantă în contextele-cheie din viața unei persoane (de exemplu, locul de muncă, familia, relațiile sociale)? Dacă toate instrumentele de evaluare a personalității încearcă să surprindă acele caracteristici care sunt stabile, relevanța dimensiunilor evaluate constituie încă un subiect de dezbateră între multiple abordări.

Care sunt dimensiunile relevante ale personalității? În funcție de ce caracteristici ar trebui să clasificăm oamenii? Cu privire la acest aspect al relevanței, există două mari abordări: abordarea nomotetică și abordarea idiografică (Lilienfeld *et al.*, 2011). Într-o abordare nomotetică, încercăm să aflăm care sunt principiile generale care operează asupra indivizilor în general; astfel, desprindem anumite trăsături de personalitate pe care le considerăm relevante și clasificăm persoanele în funcție de scorurile pe care le obțin la teste care măsoară aceste dimensiuni. Majoritatea testelor de personalitate operează în această paradigmă. În modelul Big Five (Costa și McCrae, 1992), cel mai consacrat model al personalității, de exemplu, toți oamenii sunt evaluați prin prisma a cinci dimensiuni: deschidere spre experiențe, conștiinciozitate, extraversie, agreabilitate și neuroticism, iar acele trăsături care nu sunt cuprinse în aceste dimensiuni nu sunt evaluate. Într-o abordare idiografică, încercăm să surprindem acele aspecte care sunt caracteristice și *unice* pentru un individ anume, ca într-un studiu de caz. Abordarea nomotetică este preferată pentru rigoare și putere de predicție, însă rămâne interesant faptul că descrierea personalității în limbaj de simț comun urmează abordarea idiografică. Dacă cineva ne descrie pe mine și pe colega mea, nu va folosi aceleași trăsături de personalitate la care să ne raporteze pe amândouă (de exemplu, X este conștiincioasă, Y mai puțin, X este foarte sociabilă, la fel și Y), ci va încerca să găsească acele atribute care sunt cele mai reprezentative pentru noi, chiar dacă ele nu se suprapun (de exemplu, X este sociabilă și visătoare, Y este ambițioasă și bună la suflet).

Este mai relevant să descoperim acele dimensiuni ale personalității care se aplică cât mai multor persoane sau să identificăm ce este unic în individ? Depinde pentru ce. Atunci când evaluăm personalitatea unui individ, o facem cu un scop, de obicei predictiv – vrem să aflăm cum este mai probabil să se comporte individul în viitor – sau explicativ – vrem o descriere care să structureze comportamentele și reacțiile emoționale actuale ale

individului. Așadar, relevanța dimensiunilor măsurate este dată de scopul evaluării. Dacă vrem să precizem performanța la locul de muncă, ne vor interesa acele atribute de personalitate care se relaționează cu asta și vom evalua personalitatea indivizilor pe baza lor (de exemplu, conștiinciozitate, leadership). Dacă vrem o evaluare în scop clinic, ne vor interesa acele dimensiuni ale personalității relevante pentru psihopatologie (de exemplu, anxietate ca trăsătură, psihopatie, paranoia). În acest capitol ne vom concentra pe evaluarea clinică a personalității, adică evaluarea acelor aspecte ce țin de personalitate, relevante pentru sănătate și boală psihică.

24.1.1. *Evaluarea clinică a personalității*

Atunci când vrem să evaluăm personalitatea în scop clinic, ne interesează două aspecte fundamentale :

- tulburările de personalitate și trăsăturile circumscrise lor ;
- trăsăturile de personalitate care predispun la sau se asociază cu psihopatologia în general.

24.2. Evaluarea tulburărilor de personalitate

24.2.1. *Tulburările de personalitate. Scurtă descriere*

Tulburările de personalitate sunt definite ca patternuri stabile de experiențe internalizate și comportamente care deviază considerabil de la modelul cultural în care este imersat individul (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Aceste patternuri se manifestă în două sau mai multe dintre următoarele arii : cogniție (felul în care individul se vede pe sine, îi vede pe ceilalți sau interpretează lumea); afectivitate (gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emoționale); funcționare interpersonală; controlul impulsurilor. Acest pattern trebuie să fie pervaziv (manifestat în majoritatea contextelor relevante) și inflexibil, stabil în timp, vizibil din adolescență sau vârsta adultă timpurie și provoacă distres și/sau dizabilitate în sfera socială, ocupațională sau în alte domenii importante de funcționare. În cadrul *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* (DSM), propus de Asociația Psihiatrilor Americani, sunt incluse zece tulburări de personalitate, grupate în trei clusteri :

- Clusterul A (ciudat – excentric), ce include : tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală ;
- Clusterul B (dramatic – haotic), ce include : tulburările de personalitate antisocială, borderline, histrionică și narcisistă ;
- Clusterul C (anxios – temător), ce include : tulburările de personalitate evitantă dependentă și obsesiv-compulsivă.

În plus, DSM-5 include alte două tulburări de personalitate propuse spre investigare : tulburarea de personalitate dependentă și cea pasiv-agresivă. Tulburările de personalitate sunt cuprinse și în Clasificarea Internațională a Bolilor, propusă de Organizația Mondială a Sănătății (*International Classification of Disease*, ICD 10, WHO, 1992), cu unele

diferențe față de DSM. În psihologie se folosește mai mult modelul propus de DSM, iar intervențiile clinice care se adresează tulburărilor de personalitate sunt concepute tot pe acest model. Modelul actual al tulburărilor de personalitate a fost introdus odată cu DSM-III, atunci când s-a introdus și sistemul multi-axial al tulburărilor mintale. Astfel, pe Axa I au fost incluse sindroamele clinice de psihopatologie (de exemplu, tulburările afective, psihotice), iar Axa II se referea la formele cronice, legate de structura de personalitate a individului. Tot odată cu DSM-III au fost stabilite și criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate. În acest sistem, pentru a fi diagnosticat cu o tulburare de personalitate, individul trebuie să îndeplinească un anumit număr de criterii dintr-o listă (de exemplu, pentru tulburarea de personalitate evitantă sunt necesare patru din șapte criterii). Acest model categorial al DSM în ceea ce privește tulburările de personalitate a fost însă criticat, în principal pe motive de fidelitate, validitate și acoperire insuficientă (de exemplu, First *et al.*, 2002). S-a constatat faptul că tulburările de personalitate sunt puternic comorbide între ele, sunt comorbide cu tulburări de pe Axa I și similare cu trăsăturile normale de personalitate. De asemenea, specialiștii sunt deseori confrunțați cu situația în care indivizii prezintă manifestări patologice ale personalității, fără a îndeplini criteriile pentru o tulburare specifică, crescând astfel numărul de diagnostice fără altă specificație (categoria *NOS, Not Otherwise Specified*). Astfel, unii autori susțin ideea că modelul categorial al DSM nu este suficient de cuprinzător și nici suficient de specific. De pildă, sunt multe cazuri în care pacienții pot fi diagnosticați cu două, trei sau mai multe tulburări de personalitate. Este fezabil să ne gândim că cineva poate avea mai multe tulburări de personalitate – adică tulburări distincte, cu etiologii diferite, în timp ce în paralel există indivizi semnificativ afectați, dar care nu pot fi încadrați într-o categorie? Pornind de la aceste critici, în varianta actuală a DSM, ediția a cincea, a fost inclus și un model alternativ, dimensional al tulburărilor de personalitate (Krueger *et al.*, 2012). Acest model este actualmente propus spre investigare, modelul categorial fiind încă cel de referință.

Modelul alternativ al DSM-5 pornește de la cercetările de specialitate care au relevat o mare suprapunere între tulburările de personalitate din DSM și modelul Big Five, chiar dacă acestea vin din linii de cercetare diferite (Markon, Krueger și Watson, 2005). În modelul Big Five al personalității, avem cinci factori de personalitate, fiecare cu câte șase fațete: neuroticism, extraversie, conștiinciozitate, agreabilitate, deschidere spre experiențe. Tulburările de personalitate pot fi descrise făcând apel la fațetele factorilor Big Five. De exemplu, tulburarea de personalitate antisocială ar putea fi descrisă de scoruri ridicate pe anumite dimensiuni ale neuroticismului (furie-ostilitate, impulsivitate), pe anumite fațete ale extraversiei (căutarea de senzații), scoruri scăzute pe anumite fațete ale agreabilității (compasiune, sinceritate) și pe anumite fațete ale conștiinciozității (autodisciplină, simțul datoriei). Modelul alternativ al DSM-5 include cinci dimensiuni derivate din modelul Big Five, dimensiuni care au însă o conotație negativă, cu trimitere spre psihopatologie (spre deosebire de modelul Big Five, care descrie diferențele dintre oameni în populația generală). În modelul alternativ, tulburările de personalitate sunt descrise prin scoruri ridicate pe diferite fațete ale acestor dimensiuni, care sunt: introversie/detașare (oposul extraversiei), antagonism (oposul agreabilității), impulsivitate/dezinhibiție (oposul conștiinciozității), afect negativ (neuroticism) și psihoticism (Krueger *et al.*, 2012). În acest model, tulburarea de personalitate narcisistă, de exemplu, ar fi caracterizată de scoruri ridicate pe două fațete ale dimensiunii antagonism, și anume sentimente de grandoare și captarea atenției. Pentru a diagnostica o tulburare de personalitate în modelul alternativ al DSM, trebuie ca subiectul să prezinte, la criteriul A, alterări moderate sau severe în funcționarea

personalității (pe două sau mai multe dintre domeniile : identitate, autocontrol, empatie, intimitate) și la criteriul B să prezinte una sau mai multe dintre cele cinci trăsături patologice ale personalității (sau fațetele acestora). Modelul alternativ redă criteriile specifice de diagnostic pentru șase dintre tulburările de personalitate din modelul clasic : tulburarea de personalitate antisocială, evitantă, borderline, narcisistă, obsesiv-compulsivă și schizotipală. Celelalte, dar și altele care nu erau cuprinse în modelul clasic de diagnostic (fiind anterior clasificate ca diagnostice *NOS*) pot fi acum diagnosticate ca *tulburări de personalitate – cu trăsătură specificată*. Astfel, putem diagnostica tulburări de personalitate care nu prezintă constelațiile de simptome cerute de modelul categorial, fiind totuși mult mai specifici în diagnostic decât ar presupune stabilirea unui diagnostic fără altă specificație (*NOS*). Dimensiunile incluse în Inventarul de Personalitate DSM-5 împreună cu fațetele lor și câte un exemplu de item sunt redată în tabelul de mai jos :

Tabelul 24.1. *Modelul dimensional al DSM-5*
(după Krueger et al., 2011)

I. Afectivitate negativă (opusul stabilității emoționale)	1. Caracter anxios „Mă îngrijorez mult în legătură cu lucruri groaznice care s-ar putea întâmpla” 2. Labilitate emoțională „Niciodată nu știu ce se va întâmpla cu emoțiile mele de la un moment la altul” 3. Ostilitate „Sunt răutăcios și sec cu cei care o merită” 4. Perseverare „Rămân fixat pe anumite lucruri și nu mă pot opri” 5. Limitare afectivă (lipsă de) „Nu reacționez semnificativ la lucruri care par să îi emoționeze pe alții” 6. Anxietate de separare „Mă îngrozește ideea de a nu avea pe cineva care să mă iubească” 7. Docilitate „Fac ceea ce îmi spun alții să fac”
II. Detașare (opusul extroversiei)	8. Anhedonie „Aproape niciodată nu mă bucur de viață” 9. Deprimare „Pentru mine, viitorul pare fără speranță” 10. Evitarea intimității „Mă țin departe de relații romantice” 11. Caracter suspicios „Mulți oameni sunt porniți să îmi facă rău” 12. Retragere „Nu îmi place să petrec timp cu alții”
III. Antagonism (opusul agreabilității)	13. Captarea atenției „Fac lucruri ca să mă asigur că oamenii mă observă” 14. Duritate (emoțională) „Nu îmi pasă de problemele altora” 15. Caracter necinstit „Nu ezit în a-i înșela pe alții, dacă asta mă avantajează” 16. Sentiment de grandoare „Ca să fiu sincer, sunt pur și simplu mai important decât alți oameni” 17. Caracter manipulator „Îmi este ușor să profit de alții”

IV. Dezinhibiție (opusul conștiinciozității)	18. Distractibilitate „Nu mă pot concentra la nimic” 19. Impulsivitate „Mereu fac lucruri sub impulsul momentului” 20. Iresponsabilitate „Fac promisiuni pe care nu intenționez să mi le țin” 21. Perfecționism rigid (absența sa) „Dacă ceva ce fac nu este absolut perfect, pur și simplu nu este acceptabil” 22. Comportament riscant „Nu am limite atunci când vine vorba de a face lucruri periculoase”
V. Psihoticism (opusul lucidității)	23. Excentricitate „Alți oameni par să creadă că am un comportament ciudat” 24. Afectare cognitivă și perceptivă „De multe ori, lucrurile din jur par ireale, sau mai reale decât în mod obișnuit” 25. Credințe și trăiri neobișnuite „Uneori pot influența alți oameni doar trimitându-le gândurile mele”

24.2.2. Instrumente de evaluare a tulburărilor de personalitate

Pentru a pune un diagnostic de tulburare de personalitate, este necesară aplicarea unui interviu clinic. Există mai multe astfel de interviuri consacrate, cele mai cunoscute fiind: Interviul Clinic Structurat pentru DSM-5 Tulburări de Personalitate (*Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders*, SCID-5-PD, First, Williams, Smith Benjamin și Spitzer, 2016), care este versiunea adaptată a Interviului Clinic Structurat pentru Axa II (SCID II), Interviul de Diagnostic pentru Tulburările de Personalitate (Personality Disorder Diagnostic Interview, Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis și Thomas, 1995) și Interviul de Diagnostic pentru Tulburările de Personalitate din DSM-IV (Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (Zanorini *et al.*, 1995).

Interviul Clinic Structurat pentru DSM-5 Tulburări de Personalitate este tradus în limba română (<https://www.callisto.ro/carte/interviul-clinic-structurat-pentru-dsm-5-tulburari-de-personalitate-scid-5-pd--i9124>) și permite atât stabilirea unui diagnostic categorial, cât și cotarea dimensională a trăsăturilor de personalitate patologice. Interviul este semistrukturat, incluzând una sau mai multe întrebări pentru fiecare criteriu din DSM-5. Cotarea se face pe baza judecății clinice a evaluatorului, nu neapărat pe baza răspunsului oferit de subiect. Fiecare criteriu este acoperit prin una sau mai multe întrebări (în funcție de numărul de fațete exprimate de fiecare criteriu), ghidul de interviu oferind și ancore care ne ajută să stabilim în care situații criteriul este prezent sau absent. Este însă de menționat faptul că stabilirea unui diagnostic psihiatric, cum este cel de tulburare de personalitate, nu intră în general în atribuțiile psihologului în România, și fără contraavizul unui medic psihiatru, un astfel de diagnostic nu are implicații legale. Demersul poate fi însă foarte util pentru practica clinică, mai ales în domeniul psihoterapiei, unde ne poate orienta intervenția. De asemenea, chiar dacă nu dorim să stabilim un diagnostic, evaluarea trăsăturilor patologice de personalitate este un demers valoros în sine în toate contextele clinice.

În ceea ce privește modelul alternativ dimensional propus în DSM-5, alterările în funcționarea personalității de la criteriul A sunt evaluate pe Scala nivelului de funcționare a personalității, iar trăsăturile patologice de la criteriul B (dimensiunile propuse de Krueger *et al.*, 2012) sunt evaluate cu ajutorul unui Inventar de Personalitate pentru DSM-5 (*The Personality Inventory for DSM-5*, PID-5, APA, 2013), un instrument de tip autoraportare care cuprinde 220 de itemi cotați pe o scală Likert cu patru trepte. Instrumentul este distribuit gratuit online în limba engleză, deocamdată pe site-ul Asociației Psihiatrilor Americani (APA), <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>.

24.2.3. *Evaluarea trăsăturilor de personalitate relevante pentru psihopatologie*

Dincolo de tulburările de personalitate, există multe dimensiuni/trăsături de personalitate care pot indica sau prezice prezența psihopatologiei. Acestea au fost incluse în inventare de personalitate cu relevanță clinică, cum sunt Inventarul multi-fazic de personalitate Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI, Hathway și McKinley, 1940 ; MMPI – 2, Butcher *et al.*, 1989) sau Inventarele Millon (Millon, 1994), dar sunt și măsurate separat, prin instrumente special concepute pentru fiecare (de exemplu, anxietatea ca trăsătură, evaluată cu STAI, Spielberger, 1983). Acest capitol nu își propune descrierea tuturor instrumentelor de evaluare a personalității cu relevanță clinică, însă le vom descrie în cele ce urmează pe unele dintre cele mai studiate, care sunt adaptate și în limba română (<http://romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/personalitate/>).

Inventarul multi-fazic de personalitate Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI, Hathway și McKinley, 1940) a fost dezvoltat pentru a măsura atât constructe de personalitate, cât și de psihopatologie generală și este cel mai larg utilizat instrument de evaluare a personalității în contexte clinice și de cercetare (Cox, Weed și Butcher, 2009). Inițial, MMPI a fost conceput pentru a facilita procesul de diagnostic psihiatric, permițând colectarea a numeroase informații relevante într-un timp relativ scurt. Alegerea itemilor a fost făcută nu urmând un model teoretic, ci plecând de la date, în mod empiric. Inițial, autorii au pornit de la 1.000 de afirmații culese din studii de caz, manuale și inventare existente la momentul respectiv și le-au păstrat pe acelea care discriminau cel mai bine persoanele fără psihopatologie de cei care aveau una dintre cele opt cele mai frecvente categorii de diagnostic psihiatric (în sensul în care persoanele fără psihopatologie răspund cu „adevărat” sau „fals” la aceste afirmații, iar cele cu patologie răspund în sens invers, în cât mai multe dintre cazuri). Astfel, cuprinzând acei itemi care diferențiau cel mai bine persoanele fără psihopatologie de cei încadrați în anumite categorii de diagnostic, au fost alcătuite cele opt scale clinice: hipocondrie (Hs), depresie (D), isterie (Hy), devianță psihopată (Pd), paranoia (Pa), psihastenie (Pt), schizofrenie (Sc) și hipomanie (Ma). Ulterior, au fost adăugate încă două scale, masculinitate-feminitate (Mf) și introversie socială (Si). De asemenea, testul cuprindea și o serie de scale de validitate, ale căror scoruri indicau tendința subiecților de a răspunde nesincer sau la întâmplare. Începând cu 1982, instrumentul a intrat într-un proces de revizuire, iar în 1989 a fost publicat MMPI-2 (Butcher *et al.*, 1989), varianta folosită și astăzi.

MMPI-2 cuprinde 567 de afirmații cu răspuns binar (adevărat-fals). Cotarea se face pe cele 10 scale clinice cuprinse în modelul inițial, la care se adaugă 15 scale de conținut, câteva scale speciale care evaluează caracteristici cum ar fi abuzul de alcool sau distresul marital și scalele de validitate a răspunsurilor. Scalele de conținut au în spate, pe lângă raționamentul empiric al scalelor clinice inițiale, și un raționament teoretic, itemii fiind aleși astfel încât să aibă atât validitate predictivă (în a discrimina populația clinică de cea nonclinică), cât și de construct (itemii se referă la constructe specifice ale psihopatologiei, ca depresie, anxietate etc.). Scalele de conținut sunt: anxietate (ANX), frici (FRS), obsesionalitate (OBS), depresie (DEP), preocupări legate de sănătate (HEA), ideatie bizară (BIZ), furie (ANG), cinism (CYN), practici antisociale (ASP), personalitate de tip A (TPA), stimă de sine scăzută (LSE), disconfort social (SOD), discordie familială (FAM), interferență la locul de muncă (WRK) și atitudine negativă față de tratament (TRT). De asemenea, în funcție de scopul evaluării, unii autori au dezvoltat multe alte subscale ale MMPI-2 (pentru o descriere detaliată, vezi Cox, Weed și Butcher, 2009).

Pe lângă validitatea predictivă a scalelor MMPI-2 în context clinic, inventarul este potrivit pentru a fi utilizat și în context judiciar, atât datorită scalelor de validitate a răspunsurilor, care permit identificarea răspunsurilor nesincere (fie în sensul negării problemelor emoționale sau de comportament, fie în sensul exagerării lor) sau oferite la întâmplare, cât și datorită faptului că mulți itemi nu au ceea ce se numește validitate de aspect, adică nu este clar pentru persoana care răspunde ce măsoară itemul respectiv și cum „ar trebui” să răspundă. De exemplu, un item spune ceva de tipul: „Nu îi învinovățesc pe oamenii care încearcă să pună mâna pe tot ce pot în această viață”. Este greu de spus ce măsoară, dar itemul face parte din scala hipomanie (Ma) (Friedman *et al.*, 2001).

De la modul în care au fost construite scalele MMPI (adică empiric) a pornit și Inventarul de personalitate California (*California Psychological Inventory*, CPI, Gough, 1957, 1960), care măsoară trăsături de personalitate în populația generală, cum ar fi dominanță, flexibilitate sau sociabilitate, și care este un instrument larg folosit în contexte organizaționale.

Plecând de la ideea că MMPI 2 este un instrument util în context judiciar, este de menționat aici și constructul de psihopatie, cel mai bine surprins de *Scala de psihopatie revizuită dezvoltată de Robert Hare (Psychopathy Checklist Revised, PCL-R, Hare, 2003)*. Constructul de psihopatie se referă la o constelație de caracteristici afective, interpersonale și comportamentale ce descriu o persoană centrată pe sine, lipsită de sensibilitate (engl., *callous*), remușcări și empatie (Hare, 1993). Acest pattern este aproximat în DSM prin diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială, însă cele două constructe nu se suprapun perfect, datorită concentrării criteriilor DSM pe caracteristicile comportamentale ale tulburării (de exemplu, iresponsabilitate, impulsivitate, implicarea în comportamente ilegale). Astfel, există multe persoane care pot fi diagnosticate cu tulburare de personalitate antisocială fără a fi psihopate (dacă pe lângă comportamentul antisocial nu există perturbări semnificative ale componentei afective), după cum există și psihopați care nu manifestă comportament antisocial. Prevalența psihopatiei în populația generală este în jur de 1%, dar este mult mai mare în mediul penitenciar – 15-25%, iar jumătate din infracțiunile cu violență sunt comise de psihopați (Hare, 1998). De asemenea, psihopatia este un predictor mai bun al recidivei față de tulburarea de personalitate antisocială, astfel că evaluarea acestui construct în rândul deținuților este esențială. Scala PCL-R cuprinde 20 de subscale, grupate în patru dimensiuni ce se subsumează unor factori (doi): factorul de personalitate (cu dimensiunile relaționare interpersonală și afectivitate) și factorul ce ține de stil de

viață și comportament antisocial. Scala este administrată sub forma unui interviu, iar răspunsurile sunt cotate pe baza judecății clinice a evaluatorului (ca în cazul SCID).

Inventarele multi-axiale clinice Millon reprezintă un alt exemplu de instrument consacrat de evaluare a sindroamelor clinice și a tulburărilor de personalitate. Au fost dezvoltate trei inventare Millon: unul pentru adulți (MCMI-IV, Millon, Grossman și Millon, 2015), unul pentru adolescenți (MACI, Millon *et al.*, 1993) și unul pentru preadolescenți (M-PACI, Millon *et al.*, 2005). Inventarul MCMI-IV este un instrument de tip autoraportare ce cuprinde 175 de itemi cu răspuns binar (adevărat-fals), iar răspunsurile se cotează pe 14 scale de patologie de personalitate, 10 scale de sindrom clinic și 3 indici de modificare a completării. În ceea ce privește patologia personalității, inventarul măsoară 11 patternuri de personalitate (schizoid, evitant, depresiv, dependent, histrionic, narcisist, antisocial, sadic (agresiv), compulsiv, negativist (pasiv-agresiv), masochist (ego-distonc) și trei tipuri de patologie severă de personalitate (schizotipal, borderline, paranoid). Din punct de vedere teoretic, scala a fost elaborată de către Theodore Millon pornind de la teoria evoluționistă a tulburărilor de personalitate care le conceptualizează ca modalități insuficiente, dezechilibrate sau contradictorii de adaptare ecologică și strategie reproductivă. Aceste instrumente s-au dovedit deosebit de utile în context clinic, având și avantajul că au un număr mai redus de itemi față pe alte instrumente ce măsoară concepte similare (de exemplu, MMPI-2).

Inventarele de personalitate cu relevanță clinică ne oferă un profil clinic al personalității individului. Vom ști astfel, în urma administrării acestor instrumente, care sunt categoriile de psihopatologie față de care individul prezintă un risc crescut. Uneori însă este relevant să evaluăm nu sindoamele clinice sau tulburările de personalitate, ci unele trăsături de personalitate care sunt asociate cu sănătatea (și boala) psihică, dar care nu reprezintă forme de psihopatologie în sine. Poate cel mai bun exemplu în acest sens este *neuroticismul*. Acesta se referă la tendința de a resimți afectivitate negativă și este un factor de personalitate cuprins în modelul Big Five, dar și în alte modele factoriale ale personalității, cum ar fi modelul celor trei factori al lui Eysenck (extraversie, neuroticism, psihoticism, măsurat prin *Eysenck Personality Questionnaire Revised*, EPQ-R, Eysenck și Eysenck, 1991). Cel mai utilizat instrument ce evaluează trăsăturile din modelul Big Five este NEO-PI-R, dezvoltat de Costa și McCrae (1992). Acest instrument este unul de tip autoraportare, ce cuprinde 240 de itemi scorați pe o scală Likert cu cinci trepte. Cei cinci factori sunt însă evaluați în mai multe modele și prin mai multe instrumente, un alt exemplu consacrat fiind modelul celor 16 factori, propus de Raymond Cattell (1946), evaluat prin Chestionarul celor 16 factori de personalitate (*The Sixteen Personality Factor Questionnaire*, 16PF, Cattell, Cattell și Cattell, 1993). În modelul Big Five, neuroticismul cuprinde șase fațete: anxietate, furie-ostilitate, depresie, timiditate, impulsivitate și vulnerabilitate. Prezența unor scoruri ridicate pe aceste fațete nu indică neapărat psihopatologie, însă constituie factori predictivi și de vulnerabilitate. Relevanța constructului de neuroticism pentru psihopatologie este evidentă, însă toate dimensiunile modelului Big Five sunt relevante în contexte clinice, după cum am văzut și în descrierea modelului dimensional alternativ al DSM-5. Există până în prezent sute de studii care au demonstrat utilitatea diagnostică a celor cinci factori, mai ales în ceea ce privește depresia, psihopatia și tulburările de personalitate (Costa și McCrae, 2009).

În context clinic, în funcție de scopul evaluării, poate fi relevantă și surprinderea unor dimensiuni distincte ale neuroticismului, ce pot fi evaluate prin instrumente specifice. De exemplu, pentru evaluarea anxietății putem aplica Inventarul STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*, Spielberg, 1983), un instrument de autoraportare cu 20 de itemi pentru

anxietatea ca trăsătură (tendința persoanei de a resimți anxietate în situații amenințătoare în general) și 20 de itemi pentru anxietatea ca stare (în ce măsură persoana resimte anxietate în momentul aplicării). De asemenea, pentru evaluarea furiei putem folosi Inventarul STAXI (*State-Trait Anger Expression Inventory*, Spielberger, 1996), ce include 57 de itemi grupați pe cinci subscale: furia ca stare, furia ca trăsătură (tendința de a resimți furie în general), trăirea internă a furiei, exprimarea externă a furiei și controlul furiei.

Ca în orice demers de evaluare clinică, și în evaluarea personalității trebuie să selectăm acele instrumente care au dovedit proprietăți psihometrice adecvate și care măsoară constructe relevante pentru scopul testării, ținând cont și de constrângerile de timp pe care le putem avea. De asemenea, este important ca în formularea concluziilor noastre, cuprinse în raportul psihologic, să rămânem cât mai aproape de constructele măsurate prin inventarele/testele pe care le utilizăm și să ne raportăm la etaloanele incluse în manualele testelor. În acest fel, putem asigura o evaluare ce are atât validitate (adică concluziile noastre corespund realității), cât și fidelitate (adică, pe de o parte, concluziile noastre sunt stabile în timp, ceea ce este cu atât mai important atunci când măsurăm factori de personalitate, și, pe de altă parte, demersul nostru de evaluare poate fi urmat și de un alt clinician, care ar ajunge la concluzii similare).

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013b). The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult. Accesat la: [https://www.psychiatry.org/File Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf).
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. (2002). *Introducere în psihologie*. București: Editura Tehnică.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A.M., Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cattell, R.B. (1946). *The description and measurement of personality*. New York: World Book.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K., Cattell, H.E.P. (1993). *Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). 4 ways 5 factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Costa, P.T., Jr., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., Jr., McCrae, R.R. (2009). The Five-Factor Model and the NEO Inventories. În J.N. Butcher (Ed.), *Oxford Handbook of Personality Assessment* (pp. 299-322). New York, NY: Oxford University Press.
- Cox, A.C., Weed, N.C., Butcher, J.N. (2009). The MMPI-2: History, Interpretation, and Clinical Issues. În J.N. Butcher (Ed.), *Oxford Handbook of Personality Assessment* (pp. 250-276), New York, NY: Oxford University Press.
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. (1991). *Manual for the EPQ-R*. San Diego, CA: EdITS.
- First, M.B., Bell, C.B., Cuthbert, B., Krystal, J.H., Malison, R., Offord, D.R. et al. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. În D.J. Kupfer, M.B. First & D.A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-5* (pp. 123-199). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- First, M.B., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S., Spitzer, R.L. (2016). *SCID-5-PD: structured clinical interview for DSM-5® personality disorders*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.
- Friedman, A.F., Levak, R.W., Nichols, D.S. Webb, J.T. (2001). *Assessment with the MMPI-2*. Mahwah, SUA : Lawrence Erlbaum Associates.
- Gough, H.G. (1957). *Manual for the California Psychological Inventory* (1st ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Gough, H.G. (1960). *Manual for the California Psychological Inventory* (rev. ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Hare, R. (1993). *Without conscience : The disturbing world of the psychopaths among us*. New York : Guilford Press.
- Hare, R.D. (1998). Psychopaths and their nature : Implications for the mental health and criminal justice systems. În T. Millon, E. Simonson, M. Burket-Smith & R. Davis (Eds.), *Psychopathy : antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 188-212). New York : Guilford Press.
- Hare, R D. (2003). *PCL-R technical manual*. Towanda, NY: Multi-Health Systems.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology : Interdisciplinary and Applied*, 10, 249-254.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.
- Krueger, R.F., Eaton, N.R., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., Skodol, A.E. (2011). Personality in DSM-5 : Helping Delineate Personality Disorder Content and Framing the Metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 325-331.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Namy, L.L., Woolf, N.J. (2011). *Psychology : from inquiry to understanding*. Pearson Education, Boston, MA.
- Markon, K.E., Krueger, R.F., Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality : An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139-157.
- Millon, T. (1993). *The Millon Adolescent Clinical Inventory manual*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Millon, T., Millon, C., David, R., Grossman, S. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) Manual* (2nd ed.). Minneapolis : Pearson.
- Millon, T., Millon, C., Grossman, S. (2015). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – IV manual* (4th ed.). Bloomington : NCS Pearson, Inc.
- Millon, T., Tringone, R., Millon, C., Grossman, S. (2005). *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory (M-PACI) Manual* (2nd ed.). Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Spielberger, C.D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory : STAXI professional manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychological Press.
- Widiger, T., Mangine, S., Corbitt, E.M., Ellis, C.G., Thomas, G.V. (1995). *Personality disorder interview-IV: A semi-structured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Zanorini, M., Frankenburg, F.R., Sichel, A.E., Yong, L. (1995). *Diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*. Laboratory for the Study of Adult Development, McLean Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard University, Boston, MA.
- *** [http : //www.who.int/classifications/icd/en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/).
- *** [http : //romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/personalitate/](http://romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/personalitate/).
- *** [https : //www.callisto.ro/carte/interviul-clinic-structurat-pentru-dsm-5-tulburari-de-personalitate-scid-5-pd--i9124](https://www.callisto.ro/carte/interviul-clinic-structurat-pentru-dsm-5-tulburari-de-personalitate-scid-5-pd--i9124).
- *** [https : //www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures](https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures).

25. Evaluarea adicției și a abuzului de substanțe

Mugur Daniel Ciumăgeanu
Universitatea de Vest din Timișoara

Rezumat

După o scurtă introducere în domeniul adicțiilor, capitolul debutează cu câteva considerații asupra vocabularului clinic și nonclinic necesar psihologului clinician pentru a aborda domeniul dependențelor chimice. Ulterior vor fi trecute în revistă particularitățile interviului clinic și ale punctelor de conștientizare necesare evaluării psihologice a unor persoane cu probleme în zona dependențelor chimice. Punctul meu personal de vedere este că o evaluare psihologică utilă și în același timp deschisă nu se poate realiza în afara unui context în care evaluatorul să cunoască subiectul dependențelor chimice atât ca abordare diagnostică categorială, ca fapt biologic, cât și ca limbaj și înțelegere *street-wise* – limbaj al străzii, în sensul (sub)culturilor de consum. A treia parte a capitolului prezintă o serie de instrumente clinice la îndemâna psihologului clinician pentru a evalua problema adicțiilor, centrate pe *screeningul* acestora, pe diagnosticul și pe evaluarea severității problemei. Capitolul se încheie cu o prezentare succintă a evaluării motivației la schimbare și cu o prezentare a resurselor locale disponibile psihologului clinician.

25.1. Introducere

Adicțiile reprezintă un domeniu atât de complex, încât simplul survol al domeniului depășește scopul acestui capitol. Cu toate acestea, un scurt rezumat al terminologiei și al fațetelor clinice este necesar pentru a înțelege problematica abordată. Sistemele internaționale de clasificare (ICD – *Clasificarea internațională a bolilor* – și DSM – *Manualul de diagnostic și clasificare statistică* al Asociației Americane de Psihiatrie) oferă criterii clar operaționalizate atât pentru dependența de substanțe psihotrope, cât și pentru abuzul de aceste substanțe. Pentru că nu sunt stabilite criterii pentru alte tipuri de consum, acestea se consideră implicit ca neproblematică (de exemplu, consumul ocazional, consumul în context ritual sau festiv, consumul în timpul luării mesei, consumul experimental etc.) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Substanțele menționate în DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) sunt separate în 10 clase, chiar dacă tiparele de consum actuale fac ca uneori limitele dintre

aceste clase să fie mai degrabă indistincte, în special în cazul policonsumului. Aceste clase sunt: alcoolul; cafeina; canabisul; halucinogenele (cu categorii separate pentru fenciclidină și alte halucinogene); inhalantele; opioidele; sedativele, hipnoticele și anxioliticele; stimulantele (amfetamine cu subtipurile lor de substanțe, cocaina și alte stimulante); tutunul; alte substanțe (uneori necunoscute).

O mențiune specială referitoare la adicții este că sistemele actuale de clasificare extind conceptul de adicție și la manifestări comportamentale, astfel că DSM-5 include în capitolul „Tulburări adictive și de consum de substanțe” și diagnosticul de joc de noroc patologic (*gambling disorder*) și menționează ca posibil problematice, dar fără un suport empiric clar, sindroame cum ar fi adicția de *gaming* (jocuri pe calculator, offline și, în special, online), adicția sexuală, de exerciții fizice și de cumpărături (shopping), postulând mecanisme psihologice și neurobiologice similare cu adicțiile chimice și pentru acestea din urmă.

Tulburările adictive sunt clasificate în două grupuri distincte: *tulburările de consum* și *tulburările induse de substanțe* (pentru acestea din urmă, includem intoxicația, sevrăjul, precum și problemele de sănătate mintală concomitente sau ulterioare consumului de substanțe, cum ar fi tulburările psihotice, afective, obsesionale, sexuale, de somn, deliriumul și tulburările neurocognitive). Caracteristică pentru tulburările legate de consum este o agregare de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice care indică că persoana menține consumul în pofida problemelor care apar.

Tiparele de consum, cantitățile sau substanțele preferate diferă într-o oarecare măsură între țări sau regiuni, dar, indiferent de cum am vedea această problemă, dependențele chimice și abuzul de substanțe, precum și adicția în general reprezintă un fenomen frecvent și îngrijorător, contribuind considerabil la povara globală exercitată de afecțiunile psihice (Whiteford *et al.*, 2013). Pentru Statele Unite, studii recente menționează o prevalență pe durata întregii vieți între 13% și 17% în ceea ce privește abuzul de alcool, între 5,4% și 12% dependența de alcool și aproximativ 8% din populație în ceea ce privește abuzul de droguri și 3% dependența de acestea (Merikangas și McClair, 2012). Pentru Europa nu există până la momentul de față o statistică integrată a prevalenței consumului, ratele de prevalență pe întreaga viață de consum problematic de droguri variind ca raportare între 7% (în Regatul Unit) și 2,8% în Olanda (cu valori intermediare pentru celelalte țări ale Uniunii Europene) (Kraus *et al.*, 2003). În ceea ce privește consumul de alcool, datele epidemiologice arată că Europa este continentul cel mai potatoric (Rehm *et al.*, 2003), cu un nivel anual mediu crescut de litri *per capita*, în care conduce detașat Republica Moldova (cu 24,9 litri de alcool pur consumat per adult anual), urmată de Lituania, Letonia, Slovacia, Ungaria, Rusia, Ucraina, România (14,3 l) și Irlanda (Popova *et al.*, 2007).

În cazul României, situația consumului de alcool și de substanțe psihoactive, precum și a adicțiilor comportamentale pare să se agraveze, dovadă că intrăm „în rând cu lumea”. Astfel, dacă în studiul din 2007 menționat mai sus (Popova *et al.*, 2007), consumul anual mediu era de 14,3 l de alcool *per capita*, în 2014 raportul *Global status report on alcohol and health* (World Health Organization, 2014) menționează un consum la 14,4 l de alcool *per capita*¹. De asemenea, apar semnale ale unei modificări a tiparului de consum de alcool, conform clasificării propuse de Iontchev (1998), de la un tipar mediteranean, caracterizat prin consum zilnic de alcool, în special vin și țuică/rachiu, la un tipar central-european, în care consumul de bere predomină.

1. De menționat că raportul OMS, precum și studiile prealabile raportează pentru România un consum de 4 l *per capita* de alcool pur neînregistrat, deci obținut prin fabricare la domiciliu.

În ceea ce privește consumul de droguri, situația din România devine una destul de tipică (acum că a fost depășită situația „legalelor”), cu o disponibilitate a aproape tuturor substanțelor și, alarmant, o creștere a consumului și disponibilității de a procura substanțe psihoactive în rândul tinerilor (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016).

Rolul psihologului clinician în identificarea, diagnosticarea și intervenția în domeniul adicțiilor este încă insuficient conturat în România. Structurile care în mod tradițional se ocupă de problema adicțiilor sunt în continuare spitalele și secțiile de psihiatrie, care oferă în mod curent o îngrijire de tip generalist (destul de puține au saloane sau secții specializate pe adicții, mare parte dintre ele fiind concentrate în capitală). Caracteristice pentru spitalele și secțiile de psihiatrie din România sunt un accent crescut pe activitatea medicală și o integrare încă insuficientă a competențelor psihologului clinician, iar domeniul adicțiilor nu face excepție. Inițiativele private de asistență a persoanelor cu probleme de dependență (cum ar fi cele de la Șura Mică din Sibiu, Clubul Alcoolicilor în Recuperare din Iași sau programele asociației ALIAT) implică psihologi clinicieni și asistenți sociali în programele lor, dar numărul specialiștilor este încă insuficient pentru a răspunde nevoilor de îngrijire. Oportunitățile de formare pentru psihologi sunt în momentul de față reduse în domeniul adicțiilor. Este adevărat că în prezent există posibilitatea unor studii de nivel masteral pe tema prevenirii și combaterii consumului ilicit de droguri – în cadrul Universității din București – sau în asistența integrată a consumatorului de droguri – în cadrul Universității de Vest din Timișoara –, pentru a da doar două exemple, dar acestea sunt accesate în principal de asistenți sociali și au un impact redus asupra practicii curente de cabinet psihologic.

Această trecere condensată în revistă a problematicii adicțiilor, cu mențiuni legate de situația locală, centrează problematica evaluării asupra câtorva domenii de interes :

1. *Vocabularul evaluării* – psihologul clinician are el însuși nevoie de o transformare și de o adaptare a modului de comunicare pentru a pătrunde în universul consumatorului de substanțe. Cunoașterea particularităților de consum (în special în domeniul substanțelor psihoactive), precum și a culturilor consumului constituie unul dintre punctele de plecare pentru stabilirea unei relații clinice deschise, în care clientul să se simtă confortabil în comunicare și dezvăluire.
2. *Interviul clinic* – piatră de temelie a evaluării, interviul clinic (într-un format biopsihosocial, de preferință) este cea componentă a procesului evaluării care îi permite clinicianului să ordoneze și să integreze informațiile obținute pentru a genera o formulare de caz și un plan de tratament. Antrenarea abilităților de interviu clinic în domeniul adicțiilor cuprinde înțelegerea fenomenelor legate de consum (dependența, compulsiile, elementele de reglare emoțională înglobate în comportamentele de consum), precum și o înțelegere a efectelor somatice și psihologice ale utilizării de substanțe sau ale adicțiilor comportamentale.
3. *Instrumentele evaluării* – această parte a capitolului se concentrează pe enumerarea instrumentalului de evaluare, disponibil sau dorit în cabinetul de psihologie, cu specificitate pe problema adicțiilor.
4. *Motivația la schimbare* – această secțiune cuprinde considerații asupra utilizării unor instrumente clinice dedicate problematicii motivației la schimbare a clienților care au probleme în sfera adicțiilor. Această secțiune este distinctă de cea referitoare la instrumente deoarece presupune din partea clinicianului o serie de competențe și informații suplimentare, mai ales pentru că asigură o pregătire a procesului de intervenție psihologică/psihoterapeutică.

25.2. Vocabularul domeniului și o scurtă introducere în cultura consumului

„Când te-ai dat ultima data cu ceva?” ; „Am ars-o cu Molly tot weekendul, apoi mi-am făcut rost pronto de-un downer, că nu mai puteam...” ; „Dacă tu crezi că nu mi-am făcut o știucă înainte, așa, ca să ne chillax un pic, nu știi cu cine vorbești” ; „Mickey Finn-uri folosesc numai loazele, eu mă duc la fete doar cu timbre și n-am remușcări după...” și așa mai departe². Aceste fragmente din discuții obișnuite cu consumatori, tineri sau foarte tineri, experți sau făcând pe experții pentru a impresiona auditoriul sau a-și justifica consumul sunt la ordinea zilei în cabinetul psihologic, cu condiția să comuți pe lungimea de undă potrivită. Încă de la începutul studiului științific al consumului de substanțe, în special în ceea ce privește tinerii, expertiza și imersia în universul consumului nu au fost considerate neapărat ca un semn al unei patologii psihice sau comportamentale ineluctabile, ci un simptom de creștere și maturizare (Newcomb, 1987).

Studiile antropologice și sociologice recente arată o tendință de normalizare a unor forme de consum, în special pentru drogurile soft, asociate unor subculturi recreaționale (cultura dansului, spre exemplu) – Manning (2007). Fenomenul consumului este atât de pervaziv, încât e necesară o re poziționare a considerațiilor cu privire la normalitate sau anormalitate în ceea ce privește persoanele sub 35 de ani (pentru o trecere în revistă a problematicii în Regatul Unit, vezi Parker, Aldridge și Egginton, 2001). Din acest punct de vedere, atitudinea clinicianului în fața unui client tânăr ar fi indicat să fie normalizatoare, deschisă, și nu patologizantă.

Există o serie de tipologii de consumatori pe care îi întâlnim în cabinetul de psihologie clinică sau în cel de psihoterapie, fiecare cu particularitățile lui și, evident, fiecare cu vocabularul său propriu. Vremurile în care persoana matură cu probleme de dependență sau abuz de alcool era unica sau cea mai frecventă apariție în cabinet au apus. Astăzi populația care face apel la serviciile psihologice, de evaluare, consiliere sau terapie este mult mai diversă, construind un univers discursiv care necesită o adaptare fluidă a psihologului clinician.

Dacă aducem în discuție persoanele cu probleme în sfera adictivă, avem trei tipologii de vârstă care ne pot interesa – adolescenții, tinerii și persoanele mature. Problematika consumului și abuzului este însoțită de un bagaj argotic și de un nivel de expertiză diferite pentru cele trei grupe de vârstă.

Adolescenții, în special în aglomerările urbane, au în momentul de față un acces facil la multe dintre substanțele psihoactive și consumă fără multe opreliști din partea adulților atât alcool, cât și o serie de substanțe – vezi European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). Vocabularul consumului este extrem de versatil, reflectând cutume locale sau ale vecinătății (școala, cartierul sau argoul grupului de apartenență). De

2. Dacă cititorul prezentului material simte un disconfort de înțelegere a limbajului de stradă al persoanelor care consumă substanțe psihoactive, îi indic mai degrabă să consulte surse „gri” de literatură (bloguri sau articole de revistă – revista *VICE* poate fi un bun început) sau enciclopedii online, cum ar fi www.erowid.org, unde va găsi mult mai multe informații despre culturile și subculturile de consum. O abordare bazată strict pe criterii medicale (a se citi, în acest caz, criteriile DSM) riscă să îndepărteze posibilitatea de a stabili o punte cu persoana care solicită ajutor sau care este adusă la evaluare.

asemenea, limbajul este influențat de disponibilitatea locală a substanțelor și de contactul cu dealerii, care de multe ori, la niveluri inferioare, sunt racolați dintre adolescenți. Adolescenții ajung de cele mai multe ori în situații de evaluare clinică aduși de adulți (de părinți sau trimiși de consilierii școlari sau de profesori, mai rar de organele de ordine). Contactul și construirea unei relații cu adolescentul sunt în aceste situații destul de dificile, în special din cauza temerilor de încălcare a confidențialității. Odată ce cadrul de siguranță al comunicării a fost stabilit (în special prin afirmarea și hotărârea de a păstra confidențialitatea), o atitudine normalizatoare și deschisă poate permite o mai bună evaluare a tiparelor de consum și a aprecierii gradului de conștientizare a clientului cu privire la consecințele consumului. De cele mai multe ori, situația de consum este cea care a declanșat secvențele comportamentale care au dus la momentul evaluării, dar trebuie avut în vedere că poziția clinicianului este fragilă, iar alianța terapeutică se poate destrăma în orice moment, în special în cazul în care contactul cu adulții din jurul adolescentului amenință încălcarea contractului de confidențialitate.

Tinerii sunt o categorie de persoane cu vârsta între 18 ani și o delimitare convențională la 35 de ani (vezi și referințele de mai sus – Parker, Aldridge și Egginton, 2001). Această categorie, în cazul în care este consumatoare, are o serie de particularități de grup diferite față de adolescenți. În primul rând, în situația aceasta ne confruntăm mult mai rar cu situații în care :

- a) problema de consum este cea care constituie motivul adresării ;
- b) persoana este adusă în cabinet de către un terț.

De cele mai multe ori, consumul este adus în discuție ca un fapt care contribuie, într-o mai mică sau mai mare măsură, la situația clinică care constituie motivul adresării. În cazul clienților din mediul urban, cu studii superioare și o integrare socioprofesională bună, consumul este de multe ori pe model recreațional sau expert, iar pentru majoritatea clienților limbajul folosit este unul sec și tehnic, frecvent înțesat de expresii *street-wise* în engleză³. Există subtipologii variate ale tinerilor consumatori, în care „expertiza” consumului este diversă – anumiți clienți sunt consumatori de substanțe în weekend (în special din mediul corporatist), mulți dintre aceștia având un profil poli-consumator ocazional, cu un control acceptabil al consecințelor fizice sau interpersonale și fără un impact major asupra sferei profesionale. Alți clienți sunt consumatori experți de substanțe considerate *soft* (inclusiv MDMA este considerat, în momentul de față, un drog *soft* dacă este consumat ocazional!), iar consumul nu are decât foarte puține consecințe, motivația de schimbare a tiparelor de consum fiind minimă. Construirea relației cu asemenea persoane este optimă în condițiile respectării unei perspective normalizatoare și concentrate pe facilitarea conștientizării consecințelor consumului și influențele pe care acesta le exercită asupra situației clinice care constituie motivul adresării (de multe ori, probleme psihice din sfera anxietății sau depresiei, mai rar probleme psihotice sau de deficit neuro-cognitiv indus de substanțe).

O situație mai aparte o constituie populația clinică care reclamă probleme de adicții comportamentale (în special jocul de noroc patologic), la care eventual se adaugă probleme legate de consumul de substanțe. În acest din urmă caz, apelul la servicii psihologice este realizat în situații în care consecințele dependenței au avut un impact în domeniul interpersonal, social sau profesional, iar persoanele au apelat la servicii psihologice la solicitarea unor terți.

3. O excepție notabilă o constituie, în cazul menționat, persoanele cu probleme de dependență sau consum problematic de alcool, al căror profil sociodemografic poate fi extrem de variat și a căror problematică este destul de tipică problemelor legate de alcool.

Mult mai rar se ivește prilejul evaluării unor persoane tinere dependente de substanțe (în special heroină sau pe tratament substitutiv). Acestea au șansa să aibă un profil socioprofesional diferit de clienții menționați anterior și nu vin aproape niciodată de bunăvoie la cabinetul de psihologie. Vocabularul referitor la consum este unul redus, idiosincratic, iar disponibilitatea de contact cu clinicianul este minimă. Construirea unei relații cu aceste persoane este dificilă, iar probabilitatea, din partea clientului, a disimulării sau minimalizării consecințelor consumului este foarte mare. În situații în care aceste persoane ajung la evaluare psihologică, expertiza psihologului clinician este solicitată în evaluarea consecințelor sociale sau interpersonale, care implică de multe ori probleme legale. Un aspect foarte delicat al situației de evaluare cu aceste persoane este legat de confidențialitate, mai ales că unele dintre acestea ajung în situație de evaluare la indicația unor autorități (poliție, instanțe judecătorești, factori decizionali din mediul penitenciar etc.).

Situația tipică, până acum ceva timp (nu mai mult de 10-15 ani), era evaluarea psihologică a unor persoane adulte cu probleme de dependență și abuz de alcool. Construirea relației cu acestea depinde în mare măsură de filiera de adresare și de disponibilitatea de a conștientiza problema. În aceste cazuri, vocabularul este simplu și la îndemâna evaluatorului, tocmai pentru că trăim într-o cultură a consumului de alcool. Provocarea în acest caz este construirea unei relații care să ducă, în final, la creșterea motivației la schimbare.

25.3. Linii directoare în interviul clinic cu persoane cu dependențe chimice

Unul dintre adevărurile de necontestat în contactul clinic cu persoane care prezintă probleme legate de adicții este că acestea nu apelează la ajutor psihologic sau psihiatric aproape niciodată pentru problema de fond, ci mai degrabă pentru consecințele acesteia. Astfel, o persoană cu probleme de dependență de alcool sau de droguri, cu o problemă de adicție comportamentală (în special în zona jocului de noroc patologic) va fi *adusă* la evaluare și intervenție și nu va veni de bunăvoie. Această particularitate clinică transcende deci categoria de substanțe sau de comportamente și se constituie ca o regulă a contactului cu persoana.

Ca un cadru general al evaluării clinice, putem enumera următoarele caracteristici :

- Competența și expertiza clinicianului sunt definitorii. Adecvarea la limbajul clientului, o atitudine nonevaluativă, empatică și, acolo unde este cazul, normalizatoare sunt standarde ale evaluării.
- Procesul de evaluare poate fi întins pe mai multe ședințe, în funcție de starea clientului și de scopul evaluării, precum și de natura problemei care a dus la solicitarea întrevederii cu psihologul clinician (care, cum am menționat, este rareori legată direct de consumul de substanțe).
- Implicarea aparținătorilor (familie, prieteni, profesori sau consilieri în cazul adolescenților) poate fi, în funcție de caz, necesară.
- În situații complexe, care implică atât siguranța fizică și/sau complicații somatice ale consumului, este nevoie de o evaluare multi-disciplinară a cazului, în care evaluarea psihologică este completată sau completează evaluarea statusului somatic, a condițiilor

sociale sau a implicațiilor legale ale consumului. În paragraful următor, referitor la scopul evaluării, vor fi menționate, atunci când este cazul, domeniile de expertiză necesare efectuării sau completării procesului de evaluare – pentru simplificare, am optat pentru patru domenii de expertiză – cel medical, inclusiv psihiatric, dar și somatic; cel psihologic (cuprinzând aici mențiuni legate de funcționarea intra- și interpersonală); cel social – care face referire la probleme legate de locuire, ocupație, funcționare cotidiană, viață în comunitate etc.; precum și cel legal (legat de aspecte de infracționalitate sau criminalitate).

- Scopul evaluării va trebui să fie explicitat de la început, atât pentru client, cât și pentru terți. În această ordine de idei, scopul poate fi legat de demararea unui proces de asistență psihologică (cazul ideal pentru psihologul clinician, care este în măsură să evalueze diagnostic cazul și să aibă o perspectivă asupra severității simptomelor, comportamentelor de risc, personalității clientului și motivației la schimbare), dar de cele mai multe ori are finalități divergente. Astfel, scopul evaluării poate fi concentrat pe tratarea unei urgențe legate de intoxicație sau sevraj (domeniul medical); de confirmare a faptului că persoana consumă substanțe, în special prin prelevarea unor probe biologice (domeniu medical sau legal); de evaluare a severității dependenței (domeniu medical, psihologic, social și legal); de identificare a problemelor fizice și psihice aduse de consum (domeniu medical și psihologic, uneori cu impact pe cel social și legal); de determinare a nevoii de tratament substitutiv (domeniu medical, legal); de evaluare a impactului social – cu precădere în sfera locuirii, ocupației, violenței domestice și a criminalității (domeniu social, legal).
- Filozofia evaluării în cabinetul de psihologie ar trebui să țină seama atât de integrarea evaluării de sănătate mintală cu evaluarea adicțiilor, cât și de o orientare după principiile revenirii (*recovery*) (Davidson și White, 2007).

Logica diagnostică descriptivă implicită clasificărilor internaționale (DSM și ICD) trasează criteriile simptomatice pentru adicții în patru arii majore, cunoscute în engleză ca regula celor 4 D (*deviance* – devianță comportamentală; *distress* – disconfort subiectiv; *dysfunction* – disfuncții psihologice sau somatice și *dangerousness* – pericolozitate) (Davis, 2009). Orice diagnostic cuprins în clasificarea DSM, spre exemplu, cuprinde mențiuni la aceste (meta)criterii, unele dintre ele explicite, altele subînțelese în formularea criteriilor diagnostice. Construirea unui interviu clinic cu o persoană cu probleme în sfera adicțiilor (ca și motiv principal de evaluare sau ca motiv secundar, în cadrul unei comorbidități cu alte patologii) presupune o cunoaștere a particularităților de aplicare a meta-criteriilor simptomatice (cei 4 D) la sfera adicțiilor.

1. *Evaluarea bazată pe consecințe ale comportamentelor deviante* – majoritatea simptomelor care necesită o evaluare în zona adicțiilor sunt comportamente vizibile pentru anturajul persoanei care ies din norma socială. Consumul de substanțe *per se* sau comportamentele adictive, cum ar fi jocul de noroc patologic, reprezintă comportamente pe care le putem cataloga ca deviante. Gama simptomatică comportamentală cuprinde, de asemenea, comportamente care denotă un control scăzut al impulsurilor, compulsiile, izolarea socială, incapacitatea de a persista într-un scop sau într-o activitate, precum și comportamentele de risc și problemele interpersonale (pentru acestea două din urmă, altele decât cele care reprezintă o amenințare clară la adresa persoanei sau la adresa celor din jur). Atât dependența, abuzul, cât și tulburările induse de substanțe sau adicții comportamentale sunt însoțite de o pletură de simptome comportamentale, care fie vor fi

menționate de persoană, fie vor fi obținute prin relatări directe sau indirecte de la aparținători sau persoane de referință (din domeniul medical, educațional, social sau legal). Chiar dacă de cele mai multe ori consecințele acestor comportamente sunt insuficient conștientizate de persoana în cauză, acumularea lor pe o listă simptomatică poate deschide calea creșterii motivației la schimbare. Majoritatea scalelor clinice, inventarelor sau interviurilor clinice, fie de hetero-evaluare, fie de autoevaluare, au în componență itemi descriptivi care fac referire la comportamente cu potențial deviant. Prin urmare, evaluarea clinică bazată pe instrumente folosește în principal acest meta-criteriu cu scop diagnostic sau pentru aprecierea severității problemei.

2. *Evaluarea bazată pe trăirea unui disconfort personal* – disconfortul personal este principalul motiv de adresare la un consult psihologic sau psihiatric pentru majoritatea tulburărilor de axă I (conform DSM-IV), cu excepția notabilă a tulburărilor legate de consumul de substanțe și a adicțiilor comportamentale. Astfel, avem o anomalie care orientează procesul de evaluare într-o direcție a *accentuării* disconfortului pentru această categorie diagnostică. Dacă o persoană cu anxietate sau depresie apelează la ajutorul psihologului *pentru că nu se simte bine*, o persoană cu probleme în sfera adicțiilor evită până în ultima clipă (oricare ar fi aceasta) interacțiunea clinică tocmai pentru că are *un disconfort redus cu privire la problema consumului*. Accentuarea disconfortului în timpul evaluării înseamnă, în principal, apelul la conștientizarea consecințelor consumului (legate fie de comportamente, fie de problemele provocate de disfuncții somatice sau psihologice provocate de consum). Una dintre consecințele accentuării disconfortului (cu accent pe conștientizare) este creșterea motivației la schimbare a persoanei.
3. *Evaluarea bazată pe prezența disfuncțiilor personale* – disfuncțiile personale, conceptualizate în accepțiunea acestui meta-criteriu simptomatic, implică pentru persoanele cu probleme în sfera adicțiilor două mari categorii, dintre care numai una este apanajul evaluării realizate de psihologul clinician. Pe de o parte, există *disfuncțiile somatice*, survenite ca urmare a consumului acut sau cronic de substanțe (semne ale intoxicației, sevrajului sau impactului cronic al substanțelor asupra corpului). Acestea se evaluează în general într-un context al consultului medical, psihologul clinician având un rol redus în evaluarea simptomatologiei sevrajului, intoxicației sau consumului cronic. Cu toate acestea, psihologii pot utiliza scale clinice cum ar fi cea de sevraj la narcotice sau la alcool (vezi secțiunea de instrumente). Disfuncțiile psihologice apărute în urma consumului de substanțe sau care sunt concomitente cu acestea sunt apanajul evaluării psihologice. Un aspect important este cel al disfuncțiilor neurocognitive ca urmare a problemelor de consum (evaluate cu scale de *screening* cum ar fi *screeningul* capacităților cognitive, menționat în secțiunea de instrumente). De asemenea, dincolo de scopul acestui capitol, psihologul clinician are posibilitatea unei evaluări aprofundate a abilităților cognitive prin utilizarea unor baterii de teste psihologice sau neuropsihologice concentrate pe disfuncții mnezice, atenționale, executive, care pot apărea în contextul consumului (a se consulta studii complexe de evaluare, cum ar fi Verdejo-Garcia *et al.*, 2006). Un alt domeniu mai puțin explorat al posibilelor disfuncții/deficite cu privire la fenomenul adicțiilor este cel al reglării emoționale. Meta-analizele recente arată puține studii care fac referire directă la fenomenul adicțiilor, iar instrumentalul de evaluare în domeniul reglării emoționale este încă puțin utilizat în clinica adicțiilor (Aldao, Nolen-Hoeksema și Schweize, 2010).
4. *Evaluarea bazată pe criterii de pericolozitate* – criteriul pericolozitate este rareori invocat ca subiect de evaluare în cabinetul psihologic, el fiind mai degrabă utilizat în

urgențele psihiatrice (unde se determină sau nu internarea involuntară a persoanei) sau în contextul de interacțiune a persoanei cu organele legii. În condițiile de evaluare psihologică, certificarea unui pericol pentru persoană sau pentru cei din jur antrenează un proces de deferire a clientului către serviciile de urgență, prin mobilizarea anturajului sau prin legătura directă cu aceste servicii.

Parcursul paragrafelor de mai sus duce la un profil tip al evaluării psihologice a persoanelor cu probleme de consum sau cu adicții comportamentale. Concentrarea interviului diagnostic și de evaluare clinică se desfășoară conform unui parcurs care, odată ce s-a exclus potențialul de pericolozitate care ar antrena intervenția unor servicii de urgență, continuă cu o evaluare a comportamentelor care pot să susțină un posibil diagnostic în zona dependenței sau abuzului și a consecințelor comportamentale ale acestora, urmată de evaluarea disfuncțiilor (neuro)cognitive ale consumului și sintetizarea tuturor informațiilor, cu scopul creșterii conștientizării pentru client a consecințelor consumului și al accentuării disconfortului legat de acesta.

Există o serie de fenomene clinice care au un grad mare de specificitate pentru domeniul adicțiilor. Rustin propune utilizarea unei formule mnemotehnice, criteriul celor 4 C (Rustin, 2000) – utilizarea criteriilor diagnostice, propuse de *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* (DSM, cu variantele sale din ultimele două decade), face referire, în cazul adicțiilor, la patru categorii mari de fenomene clinice care, în engleză, constituie tetrada C-urilor (*Compulsion, Control, Cutting down, Consequences*). Generarea de întrebări conform acestor linii poate să dea măsura gradului de dependență sau de abuz cu care se confruntă persoana, indiferent de substanța utilizată :

1. *Compulsie (Compulsion)* – definită ca intensitatea prin care dorința sau impulsul de utilizare a unei substanțe este mai puternică și mai covârșitoare decât principiile, gândurile, trăirile sau rațiunea clientului.
2. *Control (Control)* – măsura în care clientul poate (sau nu) să controleze consumul odată ce l-a început.
3. *Consecințele reducerii sau întreruperii consumului/Sevraj (Cutting down)* – efectele reducerii consumului, posibile simptome de sevraj.
4. *Consecințele consumului (Consequences)* – negarea sau acceptarea consumului ca un act potențial vătămător.

Pentru a surprinde, în cadrul interviului clinic, întreaga gamă de aspecte care țin cont de consum, este necesară o abordare biopsihosocială a problematicii, într-o ordine care să rezume și să ierarhizeze problematica persoanei (Perkinson, 2012). Modelele de întrebări sau de tematici pentru interviul clinic pot fi găsite în manualele practice, cum ar fi Blume (2005), Epstein și McCrady (2009) sau Perkinson (2012). Ca o sinteză a demersului clinic (și nu neapărat eminent psihologic), propunem, alături de Perkinson, o ierarhie a pașilor efectuați în evaluarea unei persoane cu probleme în sfera adicțiilor :

1. *Evaluarea complicațiilor intoxicației acute sau a sevrajului* – persoana aflată sub influența acută a unei substanțe sau în sevraj este investigată în mod obligatoriu într-un serviciu medical. Situațiile rare în care ajunge în această stare la cabinetul psihologic ar trebui să ducă la transferul persoanei într-un serviciu somatic (în condițiile în care cabinetul psihologic este într-o unitate sanitară, transferul se va face mai facil). Rolul psihologului clinician este, în acest caz, de dispecer către servicii de evaluare somatică, cu transmiterea unor observații comportamentale sau simptomatice către contrapartida

medicală (posibil, prin utilizarea unor scale observaționale de evaluare a sevrajului, menționate la secțiunea de instrumente).

2. *Condiții concurente sau complicații biomedicale* – starea fizică a multora dintre consumatorii cronici este degradată fie prin prezența unor complicații somatice, fie prin prezența unor condiții concurente (cum ar fi hipertensiunea arterială, diabetul, bolile autoimune etc.). Menționarea acestora în timpul consultului psihologic, chiar dacă clientul nu este în stare de intoxicație acută sau în sevraj, indică necesitatea unei evaluări medicale a persoanei. În această situație, psihologul clinician recomandă un consult medical de specialitate pentru tratarea sau urmărirea evoluției acestor condiții, în cazul în care persoana nu este sub observație medicală.
3. *Complicații emoționale/cognitive/comportamentale* – în cazul în care persoana nu prezintă complicații somatice care interferează cu consultul, psihologul clinician evaluează impactul comportamental, cognitiv și emoțional al consumului sau al adicției comportamentale, conform meta-criteriilor enunțate mai sus. Pentru *screeningul* clinic al problemelor legate de consum, psihologul clinician poate opta pentru utilizarea unor instrumente clinice menționate în secțiunea de instrumente. Pentru evaluarea diagnostică se pot utiliza interviuri clinice generice, construite conform unor criterii bazate pe experiență sau prin utilizarea unor ghiduri de interviu, cum sunt cele menționate de Perkinson (2012). De asemenea, pot fi utilizate, în scop diagnostic, interviuri structurate generaliste cum ar fi SCID4 (Interviul clinic structurat pentru tulburări de axă I din DSM ; Spitzer *et al.*, 1992). Utilizarea SCID este utilă și în evaluarea comorbidităților psihiatrice. Pentru aspecte legate de severitatea adicției, dincolo de utilizarea liniilor de interviu clinic nestructurat sau a unor instrumente clinice structurate, indicația este de a folosi instrumente specifice, cum ar fi Indexul severității adicției (ASI), sau instrumente de identificare subtilă a abuzului de substanțe (SASSI) (acesta din urmă indisponibil, din păcate, pentru moment în limba română), amândouă menționate la secțiunea de instrumente. De asemenea, în contextul evaluării complicațiilor sau consecințelor emoționale, cognitive sau comportamentale ale consumului, psihologul clinician poate utiliza probe de personalitate, precum și inventare clinice care fac referire la aspecte generice ale credințelor, emoțiilor sau comportamentelor (din propriul portofoliu de teste sau probe).
4. *Motivația la schimbare* – evaluarea motivației la schimbare se bazează pe modelul transteoretic al lui Prochaska și Di Clemente, aplicat la domeniul adicțiilor (Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992). Familiarizarea clinicianului cu modelul schimbării, dar și cu intervențiile specifice care se concentrează pe creșterea motivației la schimbare (interviul motivațional) poate favoriza o evaluare clinică sau bazată pe instrumente a stadiului în care se găsește clientul (pentru instrumente și o detaliere a problematicii, vezi secțiunea care face referire direct la motivația la schimbare). De menționat că stăpânirea unor tehnici de interviu motivațional (Rollnick și Miller, 1995) este de dorit în acest stadiu al evaluării, psihologii clinicieni care lucrează cu persoane cu probleme de adicții fiind încurajați în a deprinde sau măcar a fi familiarizați cu interviul motivațional.
5. *Potențialul de recădere, continuare a consumului și persistență a complicațiilor* – potențialul de recădere sau de continuare a consumului se evaluează în contextul evaluării motivației la schimbare (paragraful anterior) și în legătură cu aceasta, beneficiind în general de o evaluare clinică calitativă a situației persoanei. Ultimele trei etape ale

4. Varianta în limba română a SCID este disponibilă spre achiziționare la www.rtscluj.ro.

evaluării (motivația la schimbare, potențialul de recădere și evaluarea contextului revenirii) sunt strâns corelate și presupun mai degrabă mobilizarea unor resurse de predicție clinică bazată pe experiența psihologului cu astfel de cazuri.

6. *Contextul și resursele de revenire* – o evaluare generică a abilităților de coping, precum și o perspectivă clinică asupra contextului, care pot favoriza revenirea (*recovery*), definitivează procesul de evaluare clinică a clientului. Din nou reiterăm ideea că această evaluare poate fi eminent clinică, bazată pe experiența psihologului, sau poate fi amorsată de utilizarea unor scale specifice domeniului adicțiilor sau unor scale generice de abilități de coping sau concentrate pe abilități de revenire (unul dintre instrumente va fi menționat la secțiunea motivație la schimbare).

După cum se poate observa, evaluarea persoanei cu probleme în sfera adicțiilor este un fenomen complex, care circumscrie cu prisosință conceptul de abordare biopsihosocială. O problemă suplimentară în evaluarea acestor clienți este legată de problemele de dependență/abuz de substanțe sau de adicții comportamentale într-un context mai larg psihopatologic, în care adicțiile sunt secundare sau complică (ca diagnostic primar) un diagnostic psihiatric de axă I sau II (în acest caz fiind vorba despre un *diagnostic dual*). Diagnosticul dual nu este un termen oficial recunoscut de clasificările internaționale, dar este important pentru că asocierea între o tulburare psihică sau de personalitate și una adictivă este foarte frecventă, are o semnificație prognostică aparte și implică decizii terapeutice diferențiate în funcție de primatul diagnosticului (First și Gladis, 1993).

Una dintre observațiile clinice consistente este că problemele de diagnostic dual sunt frecvent trecute cu vederea într-o fază inițială a evaluării clinice (fie problema psihiatrică, alta decât adicția, este într-atât de vizibilă, încât concentrează atenția clinicianului pe aceasta, fie problema de adicție maschează o patologie psihiatrică mai puțin evidentă). În clinica psihologică, majoritatea clienților care au o problemă cu comportamentele adictive prezintă, la un nivel clinic sau subclinic, și alte probleme diagnostice – cu toate acestea, nu putem vorbi în fiecare caz de un diagnostic dual, acesta fiind rezervat unor probleme care se dovedesc clinic semnificative și din punctul de vedere al diagnosticului psihiatric, și din cel al adicției. Există enumerate trei scenarii diferite care cadrează diagnosticul dual (First și Gladis, 1993):

- 1) Problema psihiatrică este primară și are ca rezultat o dezvoltare a unei probleme secundare de consum de substanțe (de exemplu, o persoană cu tulburări din spectrul schizofreniei care ajunge dependentă de marijuana în încercarea de a-și domoli trăirile sau o persoană cu tulburare de personalitate evitantă care folosește și în final abuzează de alcool în scopuri anxiolitice);
- 2) Problema adictivă este primară și se agravează prin instalarea unei patologii psihiatrice secundare (de exemplu, o persoană dependentă de barbiturice care dezvoltă o patologie depresivă recurentă sau o persoană cu probleme în zona consumului de marijuana care îndeplinește la un moment dat criteriile diagnostice pentru o tulburare de panică);
- 3) Ambele probleme (atât cea psihiatrică, cât și cea legată de adicții) sunt de importanță egală, sunt contemporane și au un potențial factor cauzator comun (de exemplu, o persoană cu tulburare de personalitate antisocială și dependență de heroină).

Cunoașterea acestor scenarii este necesară în deliberarea clinică asupra cazului, în special în ceea ce privește conduita terapeutică și formulările prognostice. Încurajarea

clinicienilor debutanți de a utiliza SCID nu este, ca urmare, în van – utilizarea unor instrumente structurate de diagnostic poate aduce noi obiective în evaluarea comprehensivă a persoanei și contribuie la o formulare de caz care să conțină un potențial mecanism de coabitare a diagnosticelor comorbide, conform scenariilor enunțate mai sus.

25.4. Instrumente, instrumente, instrumente

Instrumentele de *screening*, diagnostic, evaluare a severității sau a eficienței terapiei în domeniul adicțiilor sunt în prezent numeroase. Multe dintre acestea sunt disponibile în traducere sau pot fi adaptate de clinicieni din surse online. Doar o mică parte a acestor instrumente nu sunt accesibile, pentru moment, clinicianului român. În cele ce urmează, în strânsă legătură cu secțiunea anterioară, unde am sugerat un desfășurător al evaluării, vom enumera mai jos o selecție a celor mai utilizate instrumente clinice în domeniul adicțiilor :

- *Proba Michigan de screening al alcoolismului (Michigan Alcoholism Screening Test – MAST) și Proba scurtă Michigan de screening al alcoolismului (Short Michigan Alcoholism Screening Test – SMAST)* (Selzer, Vionkur și van Rooijen, 1975) – sunt printre cele mai utilizate instrumente în *screeningul* problemelor legate de alcool, chiar dacă proba originală (MAST) este un pic prea lungă, cu cei 25 de itemi ai săi, pentru un instrument de *screening*. Varianta scurtă (SMAST), cu 13 itemi, are proprietăți psihometrice similare cu varianta lungă. Cele două probe evaluează „alcoolismul” ca problemă generică și nu sunt probe diagnostice, nefiind suprapuse peste criteriile DSM. În cazul suspiciunii de consum de alte substanțe decât alcoolul, se indică utilizarea în pereche cu DAST (Testul de *screening* al abuzului de droguri, detaliat mai jos). MAST este tradus în limba română de Radu Vraști, ca multe alte instrumente care vor fi menționate mai jos (vezi referința în ultima secțiune a capitolului de față, dedicat resurselor în limba română).
- *Testul de screening al abuzului de droguri (The Drug Abuse Screening Test – DAST)* (Skinner, 1982) – este o probă de autoevaluare care conține 28 de itemi, recomandarea autorului fiind de a o utiliza atât ca probă de *screening*, cât și ca instrument de evaluare a eficienței terapeutice. Testul are mai multe variante (DAST-28 ; DAST-20 și DAST-10) și a pornit ca o adaptare a întrebărilor de la MAST (vezi mai sus) la problematica drogurilor. Nu există, din cunoștințele noastre, o traducere standardizată în română a probei. O traducere a DAST-20 este disponibilă la cerere și a fost efectuată de un grup de masterande ale Universității de Vest din Timișoara. La mai bine de trei decenii de la lansarea testului, proprietățile sale psihometrice, bune, chiar dacă nu excelente, recomandă DAST ca unul dintre principalele instrumente utilizate în *screeningul* adicțiilor la substanțe psihoactive, dar și ca instrument de evaluare a eficienței terapiei (Yudko, Lozhkina și Fouts, 2007).
- *Testul de identificare a tulburărilor de consum de alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT)* (Babor și Grant, 1989) – este instrumentul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) de *screening* al alcoolismului, validat *cross-cultural* și care dispune de o versiune românească cu proprietăți psihometrice foarte bune (traducere de Radu Vraști, vezi secțiunea de resurse). Chestionarul este foarte versatil, putând fi aplicat de persoane cu expertize diferite și în cadre variate de îngrijire. Un scor

general mai mare de 10 indică un consum problematic de alcool (chestionarul are 10 întrebări, iar scorurile sunt cuprinse între 0 și 40).

- **Testul CAGE** – CAGE este un instrument simplu, utilizat pe scară largă pentru *screeningul* problemelor de alcool, ale cărui inițiale rezumă cele patru întrebări ale testului: *Cut down* (reducerea consumului) – „Ai luat vreodată în considerare să îți reduci consumul de alcool?”; *Annoyed* (indispoziție) – „S-a întâmplat ca oamenii să te indispună, criticându-te că bei?”; *Guilty* (vinovăție) – „Te-ai simțit vreodată rău sau vinovat în legătură cu băutul?”; *Eye opener* (deschisul ochilor) – „Ți s-a întâmplat vreodată să bei, ca prim lucru al dimineții, pentru a-ți calma nervii sau pentru a îți drege mahmureala?”. Chestionarul a fost elaborat de Mayfield, McLeod și Hall în 1974 (în Dhalla și Kopec, 2007) și continuă să fie utilizat în practica curentă, în special în medicina primară. Simplitatea de utilizare îl face o probă de *screening* excelentă, întrebările având răspunsuri de da/nu, două sau mai multe răspunsuri afirmative fiind indicative pentru o posibilă problemă de alcool. Evident, un rezultat pozitiv la *screening* determină o aplecare atentă asupra evaluării ulterioare atât diagnostice, cât și ca severitate a consumului. Filozofia simplă adusă de CAGE face ca acesta să poată fi modificat și pentru alte tipuri de substanțe (nicotina, de exemplu), cele patru întrebări și logica domeniilor ducând la o senzitivitate și specificitate similare și pentru situația de consum/dependență la alte substanțe (Rustin, 2000). Pentru îmbunătățirea psihometrică a instrumentului, este posibilă combinarea itemilor probei CAGE cu itemi din instrumentul AUDIT sau prin adăugarea unor întrebări suplimentare (Dhalla și Kopec, 2007).
- **Proba UNCOPE** – UNCOPE este un instrument de *screening* la fel de elementar ca CAGE, constituit din șase întrebări, concentrat pe respectarea criteriilor DSM atât pentru consumul de alcool, cât și de droguri. U (de la utilizare de substanțe, consum) – „În ultimul an, s-a întâmplat să consumi (utilizezi) alcool sau droguri în cantități mai mari decât intenționai?”; N (de la neglijare) – „Ți s-a întâmplat să-ți neglijezi atribuțiile și responsabilitățile obișnuite din cauza consumului de alcool sau droguri?”; C (consum redus) – „Ai simțit că vrei sau că este nevoie să îți reduci consumul de alcool sau droguri în ultimul an?”; O (obieccții) – „S-a întâmplat ca un membru al familiei, un prieten sau oricine altcineva să fi obiectat la consumul tău de alcool sau droguri?”; P (preocupări) – „Te-ai descoperit ca fiind preocupat în a dori să consumi alcool sau droguri” și E (emoții) – „S-a întâmplat să consumi alcool sau droguri pentru a alina un disconfort emoțional, cum ar fi tristețea, furia sau plictiseala?”. Trei sau mai multe răspunsuri cu da reprezintă un risc crescut de adicție, proba fiind folosită în *screeningul* problemelor de consum de substanțe pentru populații tinere la risc (Urofsky, Seiber și Hoffmann, 2007)
- **Indexul severității adicției (Addiction Severity Index – ASI; McLellan et al., 1992)** – este un instrument cu 161 de itemi care adresează o serie de probleme ale subiectului, concentrate pe consumul de alcool și droguri și consecințele acestuia. Instrumentul, în varianta a cincea tradus în română de Radu Vraști, este un interviu structurat care a rezistat probei timpului (McLellan et al., 2006). Acest instrument este suficient de complex pentru a avea atât o valență diagnostică, cât și o evaluare integrată a resurselor clientului pentru abinență sau a problemelor care pot duce la recădere. ASI este un instrument care se aplică preponderent pacienților internați, necesită un training prealabil al evaluatorilor și are o structură modulară, evaluând statutul medical, cel ocupațional și social, consumul de alcool și droguri, statutul legal, antecedentele

familiale, relațiile sociale și statusul psihiatric, fiecare dintre domenii putând fi evaluat independent.

- *Inventarul de screening al consumului de droguri (Drug Use Screening Inventory – DUSI; Tarter și Hegedus, 1991)* – este o probă care în varianta originală are 149 de itemi, iar în varianta revizuită (DUSI-R) are 159 de itemi (prin includerea unei scale de minciună). Proba este concentrată pe evaluarea consecințelor consumului de alcool și substanțe în zece domenii de funcționare – consumul de substanțe, probleme comportamentale, starea de sănătate, tulburări psihiatrice, competență socială, adaptare familială, adaptare școlară, relația cu covârșnicii, timp liber/activități recreaționale. Proba este validată pentru adolescenți și dispune, în varianta originală, de traducere în limba română (Radu Vraști, vezi secțiunea de resurse). Un alt instrument similar, dar cu o perspectivă multi-modală mai amplă, tot în traducerea lui Radu Vraști, este *Instrumentul de screening pentru adolescenți orientat pe probleme (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers – POSIT; Dembo și Anderson, 2005)*.
- *Inventarul de screening subtil al abuzului de substanțe (Substance Abuse Subtle Screening Inventory – SASSI; Miller, 1997)* – este un instrument psihometric dezvoltat în 1988, în prezent la a patra revizuire, construit pentru a ajuta clinicianul să infereze concluzii asupra dependențelor chimice. SASSI-3 este constituit din 67 de întrebări cu răspuns adevărat/fals și este considerat „subtil” (în sensul de măsurare indirectă) pentru că nu toate întrebările fac referire directă la abuzul sau consumul de substanțe. SASSI-3 poate fi împărțit pe nouă scale care urmăresc să discrimineze între utilizatori cunoscuți și necunoscuți de substanțe (1. Alcool – valid frontal; 2. Alte substanțe – valid frontal; 3. Simptome; 4. Atribute evidente; 5. Atribute subtile; 6. Defensivitate; 7. Măsurători de adicții suplimentare; 8. Istoric familial; 9. Scală corecțională; x. – scală adițională de a detecta răspunsuri aleatorii). Chiar dacă nu este disponibil în limba română, SASSI poate fi reținut ca o opțiune (în condițiile cumpărării drepturilor de utilizare), fiind una dintre acele probe care pot fi utilizate cu persoane care fie disimulează, fie minimalizează problema de adicție. Instrumentul are bune proprietăți psihometrice și este în momentul de față una dintre probele cele mai utilizate în Statele Unite (Miller *et al.*, 2009).
- *Inventarul consecințelor băutorului (The Drinker Inventory of Consequences – DrInC; Miller, Tonigan și Longabaugh, 1995, în Forchimes et al., 2007)* reprezintă un instrument care conturează un profil al consecințelor consumului de alcool în plan fizic, interpersonal, intrapersonal, al controlului impulsurilor și al responsabilității sociale. Inventarul cuprinde 50 de itemi, are o versiune pe întreaga viață (*lifetime*) și una legată de consumul recent, cu întrebări de tip da/nu pentru prima versiune și o scală Likert pe patru puncte (de la 0 la 3) pentru versiunea consumului recent. Inventarul este disponibil în română, în traducerea lui Radu Vraști.
- *Screeningul capacității cognitive (Cognitive Capacity Screening – CCS; Jacobs et al., 1977)* – este un test clasic de *screening* al incapacității cognitive produse de un sindrom organic cerebral, indiferent de origine. Proba este similară cu MMS (*Mini Mental State*), utilizată frecvent în clinică pentru *screeningul* demențelor, are 30 de întrebări, iar un scor mai mic decât 20 sau egal cu 20 poate anunța prezența unui sindrom organic cerebral, inclusiv pricinuit de consumul prelungit de alcool sau de alte substanțe. Scorurile care gravitează în jur de 20 sau mai puțin pot atrage atenția unor probleme care vor fi ulterior evaluate prin utilizarea unor baterii neuropsihologice sau de evaluare psihologică convențională.

- *Scala de sevraj la alcool (Alcohol Withdrawal Scale – AWS ; Wetterling et al., 1997)* – este o scală care se utilizează în serviciile specializate de monitorizare a persoanelor care trec printr-un sevraj alcoolic, dispunând de zece capitole de observație (greață și vărsături; tremur; transpirații; anxietate; agitație; perturbări tactile; tulburări auditive; tulburări vizuale; dureri de cap; probleme de orientare și încrețșare senzorială), cu un scor maxim de 67 de puncte – pentru fiecare capitol, evaluarea severității se face diferit. Un scor mai mare de 25 indică un sevraj sever, iar pentru orice scor mai mare de 20 persoana trebuie să fie ținută sub observație continuă.
- *Scala de sevraj la narcotice (Narcotic Withdrawal Scale ; Fultz și Senay, 1975)* – este o scală observațională simplă, clinică, care este utilizată în serviciile medicale, stadializând severitatea sevrajului de la gradul I (cu lăcrimare, rinoree, transpirații, agitație, insomnie), gradul II (piloerecție, spasme musculare, mialgii, artralgii, dureri abdominale), gradul III (tahicardie, hipertensiune, respirație accelerată, febră, greață, anorexie, agitație extremă), la gradul IV (diaree, vărsături, deshidratare, hiperglicemie, hipotensiune, postură fetală).

25.5. Evaluarea motivației la schimbare

Un aspect foarte important în evaluarea persoanelor cu probleme în sfera adicțiilor este de a răspunde la un set aparent simplu de întrebări : „Este persoana motivată să-și schimbe comportamentele de consum ? ” ; „Este această persoană la risc pentru o recădere în viitorul apropiat ? ” ; „Dispune clientul de resurse pentru a-și menține starea de abinență ? ” ; „Este clientul într-un context care să îi încurajeze abinența sau consumul responsabil ? ”.

Evaluarea resurselor pentru schimbare și a motivației la schimbare își are rădăcina în conceptualizările transteoretice asupra schimbării propuse la începutul anilor '80 de Prochaska și DiClemente și apoi înrădăcinate în cultura serviciilor pentru adicții de orientările mai recente, concentrate pe revenire (*recovery-oriented services*) (Moos, 2011).

Măsurătorile utilizate în clinica psihologică pentru a evalua motivația la schimbare sunt încă la început în țara noastră. În cele ce urmează, vom menționa câteva dintre cele care sunt accesibile online, cu speranța că ele vor fi traduse și folosite cu scopul completării instrumentalului clinic al psihologului interesat de domeniul adicțiilor :

- *Scala Universității din Rhode Island de evaluare a schimbării (University of Rhode Island Change Assessment Scale – URICA ; McConaughy, Prochaska și Velicer, 1983)* – este un instrument dezvoltat pentru a evalua motivația la schimbare într-o arie largă de probleme, constituit din 32 de itemi pe patru subscale care corespund modelului transteoretic al schimbării (precontemplare, contemplare, acțiune și menținere). Scala are proprietăți psihometrice bune, a fost aplicată într-o serie de probleme comportamentale (primordial în evaluarea motivației la schimbare în adicții, dar și în alte domenii, cum ar fi exercițiile fizice, bulimia nervoasă sau anxietatea [Dozois et al., 2004]). Scala folosește un sistem Likert de cotare de la 1 la 5 și sintetizează scorurile atât pe stadiile schimbării enumerate mai sus, cât și pe un scor global de disponibilitate la schimbare. Pentru clienți cu probleme în domeniul adicțiilor, utilizarea scalei este extrem de utilă în momentul demarării unui proces terapeutic.
- *Scala AWARE (Advance Warning of Relapse ; Miller și Harris, 2000)* – este un chestionar care la revizia a treia are 28 de itemi și care evaluează, pentru persoanele

cu probleme de adicții în remisiune, semnele precoce de recădere. Scala reprezintă un bun predictor al recăderilor, cu estimarea unor probabilități de recădere atât pentru consumul de alcool, cât și pentru consumul de substanțe. Instrumentul este în domeniul public și poate fi utilizat fără un drept de copyright specific, putând fi foarte util în urmărirea terapeutică sau clinică a persoanelor în stare de remisiune.

- *Evaluarea capitalului de revenire (Assessment of Recovery Capital – ARC* ; Groshokova, Best și White, 2012) – este un instrument scurt, de 50 de itemi, cu răspunsuri de tip da/nu, care poate fi utilizat complementar celorlalte instrumente de evaluare pentru a aprecia, împreună cu clientul, calitatea contextului și a resurselor personale care pot contribui la procesul de revenire (cu mai multe subdomenii, cum ar fi consumul de substanțe; sănătatea mintală; sănătatea fizică; implicarea comunitară; sprijinul social; activități semnificative; locuința și siguranța personală; riscurile personale; funcționarea cotidiană și mecanismele de coping; experiența revenirii).

Exemplele de instrumente de mai sus relevă faptul că evaluarea adicțiilor este un proces în plină dezvoltare, care a început prin utilizarea unor instrumente de *screening* simple în anii '70 și a ajuns la o rafinare și o concentrare pe procese ale schimbării odată cu debutul secolului XXI. Capitolul de față și-a propus să sintetizeze această călătorie, cu accent pe aspectele clinice ale evaluării. O serie de particularități au fost lăsate la o parte din motive de spațiu – astfel, nu am menționat decât în trecere aspecte ale evaluării personalității, legătura dintre adicții și tulburările de personalitate, evaluarea neuro-psihologică a deficitelor cognitive specifice fenomenului dependenței. De asemenea, nu au fost menționate măsurători specifice adicțiilor comportamentale, iar integrarea evaluării adicțiilor cu alte măsurători de sănătate mintală nu a fost decât vag menționată. Cu toate acestea, consider că, prin capitolul de față, psihologul clinician român se poate conecta la fluxul global de informații asupra evaluării problemei consumului de substanțe.

25.6. Resurse în limba română

Dacă pornim de la premisa că psihologul clinician din România se va îmbăia în oceanul de informație global, predominant anglofon, cred că suntem pe un drum care promite câteva rătăcirii. Din acest punct de vedere, prefer să recomand câteva resurse cu referire la domeniul dependențelor chimice care sunt accesibile în limba română, mizând pe faptul că, dacă interesul este suficient de crescut, va veni și pofta de mai mult, la pachet cu accesarea *www*-ului global, în principal vorbitor și informator în limba engleză.

1. Pentru instrumente de evaluare în domeniul consumului de alcool, se poate consulta lucrarea lui Radu Vraști, *Alcoolismul : detecție, diagnostic și evaluare. Un compendiu de scale, chestionare și interviuri standardizate*, apărut la Timișoara, Editura Timpolis, în 2002. Pentru cei care nu pot să își mai procure lucrarea, ea se poate regăsi în format electronic, capitol cu capitol, pe site-ul personal al doctorului Vraști (<http://vrasti.org>), la secțiunea publicații (<http://www.vrasti.org/publicatii.htm>). De asemenea, pe același site se găsește și un e-book care cuprinde sintetic informații despre și instrumente pentru tratamentul alcoolismului (Radu Vraști, *Terapia alcoolismului*, e-book).
2. Pentru o lectură asupra problematicii generale a consumului de droguri și a programelor de prevenție, se poate consulta ca resursă online lucrarea *Ghid de prevenire a consumului*

de droguri în rândul adolescenților și tinerilor, elaborată în 2007 de Daniela Georgescu, Ana Maria Moldovan și Gabriel Cicu (http://masterdroguri.ro/wp-content/uploads/2015/03/ghid_de_prevenire_a_consumului_de_droguri.pdf). De asemenea, pe site-ul mai sus menționat (<http://masterdroguri.ro>) se mai găsesc și indicații despre alte lucrări în limba română, fie originale, fie traduceri, care pot fi utilizate de psihologi clinicieni pentru familiarizare cu domeniul dependențelor chimice.

3. O lucrare autohtonă, *Fenomenul consumului de droguri*, publicată în 2010 la Editura Psihomedica și scrisă de Alis Diana Ivașcu și Andreea Teodorescu, promite să fie o sinteză și o introducere acceptabilă în domeniu, chiar dacă nu a putut fi consultată încă de autorul prezentului capitol. Tot în 2010 a apărut lucrarea *Comunicarea în consumul de droguri : Cine ? Cum ? De ce ?*, scrisă de Daniela Simache și publicată la București, la Editura Universitară, cuprinzând un excelent capitol introductiv despre problematica drogurilor și felul în care a fost reflectată în publicistica științifică sau generalistă în ultimele două decenii și jumătate în țara noastră.
4. Pentru o orientare generală și pentru repere practice, se poate consulta lucrarea lui Arthur W. Blume, *Consumul și dependența de droguri : ghid practic de evaluare, diagnostic și tratament*, apărută în 2011 la Editura Polirom, tradusă de Miruna Andriescu și Florin Sia – ediția originală : Blume (2005). Lucrarea reprezintă traducerea în limba română a unuia dintre manualele americane clasice deja cu privire la dependențele chimice.

Bibliografie

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweize, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237 ; doi : 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Babor, T.F., Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention : international collaboration in the development of the Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health & Research World*, 13(4), 371.
- Blume, A.W. (2005). *Treating drug problems*. Hoboken : John Wiley & Sons, Inc.
- Davidson, L., White, W. (2007). The Concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 34(2), 109-120 ; doi : 10.1007/s11414-007-9053-7.
- Davis, T. (2009). Conceptualizing psychiatric disorders using „Four D’s” of diagnoses. *The Internet Journal of Psychiatry*, 1(1), 1-5.
- Dembo, R., Anderson, A. (2005). Problem-oriented screening instrument for teenagers. In T. Grisso, G. Vincent, D. Seagrave (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 112-122). New York : The Guilford Press.
- Dhalla, S., Kopec, J. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse : A review of reliability and validity studies. *Clinical & Investigative Medicine*, 30(1), 33-41 ; doi : dx.doi.org/10.25011/cim.v30i1.447.
- Dozois, D.J.A., Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S., Garry, J.K.F. (2004). Stages of change in anxiety : psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 711-729 ; doi : 10.1016/S0005-7967(03)00193-1.
- Epstein, E.E., McCrady, B.S. (2009). *A cognitive-behavioral treatment program for overcoming alcohol problems*. New York : Oxford University Press.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *MCDDA recommended draft technical tools and guidelines – Key epidemiological indicator : Prevalence of problem drug use*. Lisabona : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *ESPAD Report 2015 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg : Publication Office of the European Union.
- First, M.B., Gladis, M.M. (1993). Diagnosis and differential diagnosis of psychiatric and substance use disorders. In J. Solomon, S. Zimberg & E. Shollar (Eds.), *Dual diagnosis : Evaluation, treatment, training, and program development* (pp. 23-37). New York : Springer Science+Business Media.
- Forcehimes, A.A., Tonigan, J.S., Miller, W.R., Kenna, G.A., Baer, J.S. (2007). Psychometrics of the Drinker Inventory of Consequences (DrInC). *Addictive Behaviors*, 32, 1699-1704 ; doi : 10.1016/j.addbeh.2006.11.009.
- Fultz, J.M., Senay, E.C. (1975). Guidelines for the management of hospitalized narcotic addicts. *Annals of Internal Medicine*, 82, 815-818 ; doi : 10.7326/0003-4819-82-6-815.
- Groshokova, T., Best, D., White, W. (2012). The Assessment of Recovery Capital : Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 1-8 ; doi : 10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x.
- Iontchev, A. (1998). Central and eastern Europe. In M. Grant (Ed.), *Alcohol and emerging markets : Patterns, problems and responses* (pp. 177-201). Philadelphia, PA : Brunner/Mazel, Taylor and Francis.
- Jacobs, J.W., Bernhard, M.R., Delgado, A., Strain, J.J. (1977). Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annals of Internal Medicine*, 86(1), 40-46 ; doi : 10.7326/0003-4819-86-1-40.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction*, 98, 471-485.
- Manning, P. (2007). Introduction : an overview of the normalisation debate. In P. Manning (Ed.), *Drugs and popular culture. Drugs, media and identity in contemporary society* (pp. 49-55). Uffculme : Willan Publishing.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy : Measurement and sample profiles. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 20(3), 368-375.
- McLellan, T., Cacciola, J.C., Alterman, A.I., Rikoon, S.H., Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25 : Origins, contributions and transitions. *The American Journal of Addictions*, 15, 113-124 ; doi : 10.1080/10550490500528316.
- McLellan, T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213 ; doi : 10.1016/0740-5472(92)90062-S.
- Merikangas, K.R., McClair, V.L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779-789 ; doi : 10.1007/s00439-012-1168-0.
- Miller, C.S., Woodson, J., Howell, R., Shields, A.L. (2009). Assessing the reliability of scores produced by the Substance Abuse Subtle Screening Inventory. *Substance Use & Misuse*, 44, 1090-1100 ; doi : 10.1080/10826080802486772.
- Miller, F.G. (1997). SASSI : application and assessment for substance-related problems. *Journal of Substance Misuse*, 2, 163-166.
- Miller, W.R., Harris, R.J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 759-765 ; doi : 10.15288/jsa.2000.61.759.
- Moos, R.H. (2011). Processes that promote recovery from addictive disorders. In J.F. Kelly & W. White (Eds.), *Addiction recovery management. Theory, research and practice* (pp. 45-66). New York : Humana Press.
- Newcomb, M.D. (1987). Consequences of teenage drug use : The transition from adolescence to young adulthood. In S.W. Sadava (Ed.), *Drug use and psychological theory* (pp. 25-58). New York : The Haworth Press.

- Parker, H., Aldridge, J., Egginton, R. (Eds.) (2001). *UK drugs unlimited. New research and policy lessons on illicit drug use*. Houndmills : Palgrave.
- Perkinson, R.R. (2012). *Chemical dependency counseling. A practical guide* (4th ed.). Los Angeles : Sage.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J., Zatonski, W. (2007). Comparing alcohol consumption in Central and Eastern Europe to other European countries. *Alcohol & Alcoholism*, 42(5), 465-473 ; doi : 10.1093/alcalc/agl124.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change : Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rehm, J., Rehm, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U. (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9, 147-156 ; doi : 10.1159/000072221.
- Rollnick, S., Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rustin, T.A. (2000). Assessing nicotine dependence. *American family physician*, 62(3), 579-584.
- Selzer, M.L., Vionkur, A., van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 117-126 ; doi : 10.15288/jsa.1975.36.117.
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371 ; doi : 10.1016/0306-4603(82)90005-3.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I : History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Tarter, R.E., Hegedus, A.M. (1991). The Drug Use Screening Inventory : Its application in the evaluation and treatment of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health & Research World*, 15(1), 65-75.
- Urofsky, R.I., Seiber, E., Hoffmann, N.G. (2007). UNCOPE : Evaluation of a brief screen for detecting substance dependence among juvenile justice populations. *Journal of School Counseling*, 5(17). Accesat la : <http://www.jsc.montana.edu/articles/v5n17.pdf>.
- Verdejo-Garcia, A., Bechara, A., Recknor, E.C., Perez-Garcia, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence : An examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 405-415 ; doi : 10.1017/S1355617706060486.
- Wetterling, T., Kanitz, R.-D., Besters, B., Fischer, D., Zerfass, B., John, U. et al. (1997). A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcoholism*, 32(6), 753-760.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E. et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders : findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586. Disponibil la : <http://www.thelancet.com/> ; doi : dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014 ed*. Geneva : WHO Press.
- Yudko, E., Lozhkina, O., Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 189-198 ; doi : 10.1016/j.jsat.2006.08.002.

26. Evaluarea tulburărilor de anxietate

Diana-Mirela Cârdea, Aurora Szentágotai-Tătar
Universitatea „Babeş-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Tulburările de anxietate sunt printre cele mai frecvente tulburări mintale, fiind asociate cu costuri individuale și sociale semnificative. Adesea, ele rămân însă nediagnosticate sau sunt diagnosticate greșit, fapt care împiedică accesul persoanei la tratament adecvat. Acest capitol abordează evaluarea validată științific a tulburărilor de anxietate. Evaluarea validată științific se bazează pe cercetare și teorie pentru a ghida alegerea constructelor care urmează a fi evaluate, a metodelor și instrumentelor utilizate, precum și modul în care se desfășoară procesul de evaluare. Sunt discutate aspecte legate de diagnosticul categorial al tulburărilor de anxietate, de evaluarea severității simptomelor, a manifestărilor cognitive, comportamentale și fiziologice ale anxietății. Capitolul prezintă cele mai cunoscute strategii și instrumente utilizate în acest scop, alături de avantajele și limitele acestora.

Numărul tratamentelor psihologice a crescut exponențial în ultimele decenii, în acest context fiind tot mai importantă diferențierea între intervențiile care funcționează și au rezultate semnificative și stabile și cele care au un efect limitat. S-a pus astfel accent tot mai mare pe dezvoltarea, evaluarea și diseminarea intervențiilor validate științific (Barlow, 2001). Abordarea bazată pe dovezi (engl., *evidence-based*) susține necesitatea integrării dovezilor științifice cu expertiza clinică, ținând cont de caracteristicile și preferințele clientului (*APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006). Această abordare este astăzi larg acceptată, influențând formarea în psihologie clinică și psihoterapie, precum și politicile de decontare a serviciilor psihologice.

Deși până nu demult s-a acordat mai puțină atenție evaluării psihologice validate științific, în ultimii ani s-a pus tot mai mult accent pe importanța utilizării unor strategii de evaluare relevante clinic, susținute de dovezi și sensibile la diferențe culturale (Wood *et al.*, 2002). Acest lucru este esențial deoarece, în absența evaluării validate științific, întreaga mișcare privind intervențiile validate științific este clădită pe o fundație șubredă (Achenbach, 2005). Evaluarea validată științific se bazează pe cercetare și teorie pentru a

ghida alegerea constructelor care urmează a fi evaluate, a metodelor și instrumentelor utilizate, precum și maniera în care se desfășoară procesul de evaluare (Hunsley și Mash, 2007).

În acest capitol vom sintetiza aspectele relevante privind evaluarea validată științific a tulburărilor de anxietate. Tulburările de anxietate sunt printre tulburările mintale cel mai frecvent întâlnite, având o prevalență de aproximativ 30% în decursul vieții (Kessler *et al.*, 2005). Aceste tulburări sunt relaționate cu o calitate scăzută a vieții (Barrera și Norton, 2009), tind să fie cronice, afectează în mod considerabil funcționarea persoanei și sunt asociate cu costuri individuale și sociale crescute (Lepine, 2002 ; Wittchen și Jacobi, 2005). În ciuda acestui lucru, ele rămân adesea nedignoscitate sau sunt diagnosticate greșit (Antony, Orsilo și Roemer, 2002), lucru care împiedică obținerea unui tratament adecvat. Așadar, o evaluare corectă este un prim pas important pentru a beneficia de un tratament validat științific.

Conform *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (ediția a V-a, DSM-5 ; American Psychiatric Association [APA], 2013), tulburările de anxietate se caracterizează prin frică (răspunsul emoțional la un pericol real sau perceput iminent) și anxietate (anticiparea pericolului viitor) excesive, asociate cu afectare la nivel comportamental. Tulburările de anxietate diferă între ele în funcție de tipul obiectelor/situațiilor care produc frică sau anxietate, în funcție de comportamentele de evitare și de cognițiile asociate. În categoria tulburărilor de anxietate se încadrează: anxietatea de separare (frica/anxietatea persistentă de separare de o persoană de atașament), mutismul selectiv (eșecul de a vorbi în situații sociale în care există așteptarea ca acest lucru să aibă loc, deși persoana vorbește în alte situații), fobia specifică (frica/anxietate/evitare a anumitor obiecte/situații specifice), tulburarea de anxietate socială (frica/anxietate/evitare a situațiilor sociale care implică posibilitatea evaluării de către ceilalți), tulburarea de panică (atacuri de panică recurente și neașteptate însoțite de îngrijorare cu privire la apariția lor sau modificare a comportamentului), agorafobia (frica/anxietate de două sau mai multe situații, precum utilizarea transportului public, spații închise/deschise, a sta la coadă sau în mulțime, a sta singur în afara casei), tulburarea de anxietate generalizată (anxietate și îngrijorare persistentă și excesivă), tulburarea de anxietate indusă de substanțe sau medicamente (anxietatea ca urmare a intoxicației/retragerii substanței) sau secundară unei afecțiuni medicale (anxietatea este consecința unei alte condiții medicale), altă tulburare de anxietate specificată și tulburare de anxietate nespecificată (simptome semnificative clinic care nu îndeplinesc criteriile pentru altă tulburare de anxietate ; APA, 2013).

26.1. Particularități ale evaluării validate științific a tulburărilor de anxietate

Evaluarea tulburărilor de anxietate se realizează în două mari moduri – evaluarea nosologică, respectiv evaluarea severității simptomelor. Evaluarea nosologică este focalizată pe dezvoltarea de strategii de evaluare concentrate pe categorii diagnostice. Deși stabilirea unui diagnostic este un element important în alegerea unui tratament validat științific, această abordare nu este lipsită de limite (Antony și Rowa, 2005). Ea este criticată mai ales pentru că : nu evaluează mecanismele considerate a fi comune diferitelor tulburări de anxietate (de exemplu, aprehensiunea față de frică) și nu se focalizează asupra unor

simptome și mecanisme transdiagnostice, lucru esențial, dată fiind comorbiditatea crescută între tulburările de anxietate și cele depressive. Astfel, dincolo de încadrarea într-o categorie diagnostică și stabilirea severității unor simptome specifice, un protocol de evaluare validat științific pentru tulburările de anxietate ar trebui să măsoare și mecanismele care pot explica comorbiditatea între tulburările de anxietate și depresie (Antony și Rowa, 2005).

Cele mai multe studii privind evaluarea clinică a anxietății s-au concentrat mai ales pe testarea unor aspecte ce țin de validitatea și fidelitatea măsurătorilor, date obținute mai ales pe baza corelațiilor între diverse instrumente. Se știe însă mult mai puțin despre relația dintre scorurile la măsurători larg utilizate ale anxietății și performanța în sarcini comportamentale. Pornind de la aceste aspecte și având ca țintă dezvoltarea unor proceduri de evaluare validate științific, este nevoie ca cercetările viitoare să investigheze măsura în care scorurile la un instrument prezic răspunsul într-o situație anxiogenă, să stabilească utilitatea instrumentului în rândul unor populații diverse și eficiența acestuia în funcție de nivelul de expertiză al evaluatorului și de contextul evaluării, să determine gradul de acceptabilitate din partea clientului și eficiența raportată la costuri (Antony și Rowa, 2005).

Înainte de a stabili care sunt instrumentele validate științific, este important să ne întrebăm care este scopul evaluării deoarece un chestionar poate fi valid pentru un anumit scop (de exemplu, diagnostic diferențial) și nerecomandat pentru altul (de exemplu, stabilirea severității simptomelor ; Antony și Rowa, 2005). Astfel, se recomandă ca alegerea instrumentelor să fie ghidată de scopul utilizării lor, de exemplu, stabilirea unui diagnostic, stabilirea prezenței, absenței sau severității anumitor simptome, evaluarea eficienței tratamentului (vezi Antony [2002] pentru o categorizare a funcțiilor unui instrument de evaluare).

Atunci când vorbim despre evaluarea anxietății este important să vorbim mai degrabă despre un protocol de evaluare validat științific decât despre instrumente individuale validate științific. O evaluare completă ar trebui, la modul ideal, să combine instrumente ce vizează stabilirea unui diagnostic și a severității simptomelor cu instrumente focalizate pe diferitele dimensiuni relevante în anxietate (de exemplu, aspecte cognitive, comportamentale, fiziologice), atât în format de tip autoevaluare, cât și bazate pe evaluarea unui clinician. Aceste protocoale de evaluare ar trebui dezvoltate pornind de la date care să indice ce instrumente specifice ar trebui incluse, ce alte măsurători ar putea crește validitatea deciziilor, care sunt măsurătorile redundante și care este formatul cel mai potrivit al protocolului pe baza unei analize costuri-beneficii-eficiență (Antony și Rowa, 2005).

26.2. Domenii vizate în procesul de evaluare a tulburărilor de anxietate

O evaluare completă a tulburărilor de anxietate trebuie să cuprindă mai multe aspecte, printre care : evaluarea pentru încadrarea într-o categorie diagnostică, evaluarea detaliată a principalelor simptome, evaluarea factorilor asociați cu dezvoltarea și menținerea tulburării, alături de cei legați de tratamentul acesteia.

Primul pas în evaluarea tulburărilor de anxietate este evaluarea nosologică. Aceasta vizează atribuirea unui diagnostic categorial și se realizează urmărind criteriile *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* (APA, 2013) sau ale *Clasificării tulburărilor mintale și de comportament* (ICD-10 ; World Health Organization, 1993). În acest sens

se recomandă utilizarea interviului semistrukturat dezvoltat pe baza criteriilor DSM-5 (*Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version*; SCID-5-CV; First, Williams, Karg și Spitzer, 2015) sau a interviului clinic *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV; Brown, Di Nardo și Barlow, 1994; Di Nardo, Brown și Barlow, 1994), care evaluează doar tulburările de anxietate, nu și alte categorii diagnostice. Utilizarea SCID-5-CV oferă avantajul unui diagnostic diferențial mai corect, dat fiind faptul că pot fi evaluate, în manieră structurată, și alte tulburări pe lângă cele de anxietate. Alături de aceste interviuri clinice, există și o serie de instrumente de autoevaluare care vizează criteriile de diagnostic, de exemplu, *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1994) sau *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire* (PDSQ; Zimmerman și Mattia, 1999). Se recomandă ca acestea să fie utilizate alături de interviurile clinice, și nu ca singură sursă de stabilire a unui diagnostic. Deși diagnosticul categorial nu este lipsit de limite, alegerea unui tratament validat științific se bazează, în acest moment, pe acest diagnostic ca criteriu principal. Astfel, încadrarea corectă într-o anumită categorie diagnostică este foarte importantă pentru succesul intervenției.

Odată confirmat diagnosticul, este important să fie evaluate mai exact principalele simptome și severitatea acestora. Unele dintre instrumentele care vizează aceste aspecte sunt cotate de clinician, altele sunt de tip autoevaluare, iar altele se bazează pe măsurători obiective, precum cele comportamentale sau fiziologice. Totodată, instrumentele pot viza simptomele de anxietate la modul general sau pe cele specifice unei anumite tulburări. Într-o sinteză privind evaluarea validată științific a tulburărilor de anxietate, Antony și Rowa (2005) recomandă ca, pe lângă încadrarea într-o categorie diagnostică, procesul de evaluare să vizeze și (1) evaluarea indicatorilor și factorilor declanșatori ai anxietății (de exemplu, anumite senzații fizice în cazul panicii, anticiparea expunerii la stimulul fobic în cazul fobiilor și anxietății sociale), (2) comportamentele evitative (evitarea este un factor important în toate tulburările de anxietate, abordarea ei fiind un element central al intervenției), (3) compulsiile și comportamentele de siguranță (identificarea acestora este esențială pentru reușita intervenției), (4) răspunsurile și simptomele fizice, (5) deficitul de abilități sociale, (6) distresul și afectarea funcțională (esențială este reducerea nu doar a simptomelor, ci și a impactului acestora asupra vieții individului), (7) dezvoltarea și evoluția tulburării (mai ales pentru a evalua eficiența tratamentului), (8) istoricul tratamentului, (9) factorii familiali și de mediu (care pot afecta dezvoltarea și menținerea simptomelor), (10) problemele de sănătate fizică. În secțiunile următoare vom detalia principalele strategii utilizate pentru a evalua simptomele și elemente asociate tulburărilor de anxietate.

26.2.1. *Evaluarea intensității simptomelor tulburărilor de anxietate*

În practică, odată stabilit diagnosticul categorial, sau uneori chiar și în lipsa acestuia, evaluarea tulburărilor de anxietate se concentrează asupra stabilirii severității simptomatologiei cu ajutorul scalelor de autoevaluare sau a celor cotate de clinician. O primă categorie de astfel de instrumente se concentrează pe severitatea simptomelor de anxietate la modul general, fără a face referire la simptome specifice unei tulburări anume. Astfel de scale sunt utile pentru a identifica persoanele cu niveluri ridicate de anxietate, pentru a evalua

schimbarea în urma tratamentului sau în activitățile de cercetare. În continuare vom prezenta pe scurt câteva dintre cele mai utilizate scale în acest sens.

Inventarul de anxietate Beck (Beck Anxiety Inventory ; BAI ; Beck et al., 1988) este una dintre cele mai investigate și des utilizate măsurători ale anxietății. Această scală de autoevaluare cuprinde 21 de itemi care măsoară severitatea simptomelor de anxietate. Respondenții raportează, pe o scală cu patru trepte, cât de tare au fost deranjați de diverse simptome în ultima săptămână. Administrarea acestui instrument durează aproximativ cinci-zece minute, iar scorul total se obține prin însumarea scorurilor itemilor. Manualul instrumentului oferă următoarele repere în interpretarea scorurilor : (1) scorurile între 0 și 7 reflectă un nivel minim de anxietate, (2) scorurile între 8 și 15 reflectă un nivel scăzut de anxietate, (3) scorurile între 16 și 25 reflectă un nivel moderat de anxietate, iar (4) scorurile între 26 și 63 reflectă un nivel sever de anxietate (Beck și Steer, 1993).

Scalele de depresie, anxietate, stres (Depression Anxiety Stress Scales ; DASS ; Lovibond și Lovibond, 1995) este un instrument autoadministrat, cu 42 de itemi, care evaluează depresia, anxietatea și stresul în decursul săptămânii anterioare. Scala are și o versiune scurtă, de 21 de itemi. Scala de anxietate este formată din itemi care fac referire la activarea fiziologică, efectele la nivelul mușchilor scheletici, anxietatea situațională și experiența subiectivă a anxietății. Timpul de administrare este între cinci și zece minute. Scorurile între 0 și 7 sunt considerate normale, cele între 8 și 9 indică un nivel scăzut de anxietate, cele între 10 și 14 indică un nivel moderat de anxietate, cele între 15 și 19, un nivel sever de anxietate, iar scorurile peste 20, un nivel foarte sever de anxietate.

Inventarul de anxietate ca stare și trăsătură (State-Trait Anxiety Inventory : Form Y-STAI ; Spielberger et al., 1983) este un instrument de autoevaluare cu 20 de itemi, utilizat pentru a evalua anxietatea ca stare și anxietatea ca trăsătură. Respondenții indică cât de mult se simt în felul descris în item în momentul evaluării, pentru evaluarea anxietății ca stare, sau cât de mult se simt în felul descris în item la modul general, pentru anxietatea ca trăsătură. Administrarea durează în jur de zece minute, iar manualul scalei oferă, pentru interpretare, ranguri percentile pentru mai multe populații.

Pe lângă aceste instrumente care evaluează nivelul simptomelor de anxietate la modul general, au fost dezvoltate o serie de scale care vizează simptomele specifice fiecărei tulburări de anxietate. Aceste scale oferă informații importante cu privire la severitatea simptomelor și uneori cu privire la particularitățile acestor simptome (de exemplu, preponderența simptomelor legate de situații de interacțiune comparativ cu cele de performanță, în anxietatea socială). Se recomandă ca aceste scale să fie introduse în protocolul de evaluare alături de interviurile clinice. Există sute de scale care evaluează simptomele tulburărilor de anxietate, iar acest capitol nu își propune o trecere în revistă exhaustivă a acestora. Le vom prezenta doar pe câteva dintre cele mai frecvent utilizate și cu cele mai bune proprietăți psihometrice.

Anxietatea de separare și mutismul selectiv apar mai ales la copii și adolescenți, ca atare scalele utilizate pentru a evalua aceste simptome sunt specifice acestor categorii de vârstă. *Scala multi-dimensională a anxietății pentru copii (Multidimensional Anxiety Scale for Children ; MASC ; March et al., 1997 ; March, Sullivan și James, 1999)* este un astfel de instrument, care evaluează mai multe tipuri de simptome de anxietate (anxietate de separare, panică, anxietate socială etc.). Măsurătorile utilizate pentru evaluarea anxietății la aceste vârste combină de obicei autoevaluarea, adaptată la nivelul de dezvoltare, cu

evaluarea realizată de părinți sau profesori (pentru o sinteză a evaluării anxietății la copii, vezi Silverman și Ollendick, 2005).

Pentru evaluarea fobiilor specifice există numeroase scale care vizează simptomele caracteristice diferitelor tipuri de fobie. De exemplu, pentru fobia de înălțime este folosit *Chestionarul pentru acrofobie (Acrophobia Questionnaire; AQ; Cohen, 1977)*, care include 40 de itemi cu ajutorul cărora respondentul evaluează nivelul de anxietate și evitare, raportate la 20 de situații legate de înălțime. Administrarea scalei durează în jur de cinci minute, iar scorurile se calculează separat pentru anxietate și evitare. Un alt exemplu este *Scala pentru evaluarea simptomelor fobiei de sânge-injecții (Blood-Injection Symptom Scale; BISS; Page et al., 1997)*, care evaluează, cu ajutorul a 17 itemi, anxietatea, tensiunea și leșinul asociate vederii sângelui și injecțiilor. Alte scale pentru evaluarea fobiilor sunt: *Chestionarul fricii de păianjeni (Fear Of Spiders Questionnaire; FSQ; Szymansk și O'Donohue, 1995)*, *Inventarul fricii de dentist (Dental Anxiety Inventory; DAI; Stouthard, Mellenbergh și Hoogstraten, 1993)*, *Chestionarul situațiilor claustrofobice (Claustrophobia Situations Questionnaire; CSQ; Febbraro și Clum, 1995)* etc. Astfel de scale permit evidențierea unor particularități ale simptomatologiei utile în planificarea intervenției.

Scala cel mai des utilizată pentru evaluarea simptomelor de anxietate socială este *Scala de anxietate socială Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale; LSAS; Liebowitz, 1987)*, care include 24 de itemi ce evaluează anxietatea și evitarea în situații sociale de performanță și interacțiune. Se calculează un scor pentru fiecare dintre cele două subscale, precum și un scor total. Scala poate fi cotate de clinician sau se poate utiliza varianta de autoevaluare. Se consideră că un scor total de peste 30 indică un nivel de anxietate socială relevantă clinic (Rytwinski et al., 2009). Alte scale frecvent utilizate sunt: *Scala de anxietate în interacțiuni sociale (Social Interaction Anxiety Scale; SIAS; Mattick și Clarke, 1998)*, care evaluează, prin intermediul a 20 de itemi, frica de interacțiuni sociale, *Inventarul fobiei sociale (Social Phobia Inventory; SPIN; Connor et al., 2000)*, care evaluează, cu ajutorul a 17 itemi, frica, evitarea și activarea fiziologică asociate fobiei sociale, și *Scala fricii de evaluare negativă (Fear of Negative Evaluation Scale; FNE; Watson și Friend, 1969)*, care măsoară, prin intermediul a 30 de itemi, frica de a fi evaluat negativ. Scala are și o variantă scurtă, cu proprietăți psihometrice la fel de bune (Leary, 1983).

Severitatea simptomelor de panică este măsurată cu ajutorul unor scale de autoevaluare care vizează diverse aspecte. *Indicele de sensibilitate față de anxietate (Anxiety Sensitivity Index; ASI; Peterson și Reiss, 1993)* măsoară, prin intermediul a 16 itemi, frica de simptomele asociate panicii. *Scala severității tulburării de panică (Panic Disorder Severity Scale; PDSS; Shear et al., 1992)* evaluează, pe baza a șapte itemi cotați de clinician, severitatea simptomelor tulburării de panică în cazul persoanelor deja diagnosticate, iar *Scala de autoevaluare a tulburării de panică (Panic Disorder Self-Report; PDSR; Newman, Zelig și Kachin, 1998)* este o scală care se bazează pe informația oferită de pacient pentru a evalua simptomele acestei tulburări. Alte instrumente vizează prezența atacurilor de panică (de exemplu, *Panic Attack Questionnaire – Revised; PAQ-R; Cox, Norton și Swinson, 1992*) sau evitarea agorafobică (de exemplu, *Phobic Avoidance Rating Scale; PARS; Hoffart, Friis și Martinsen, 1989*). În ceea ce privește agorafobia, aceasta a fost introdusă ca diagnostic distinct abia în ultima ediție a DSM, astfel că măsurătorile existente evaluează de regulă atât panica, cât și agorafobia. Un astfel de instrument este *Scala pentru panică și agorafobie (Panic and Agoraphobia Scale; PAS; Bandelow, 1999)*.

Evaluarea simptomelor de anxietate generalizată se concentrează mai ales pe evaluarea îngrijorării. În acest sens se utilizează mai multe chestionare precum *Chestionarul pentru tulburarea de anxietate generalizată-IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; GADQ-IV; Newman et al., 2002)*, care evaluează, pe baza a nouă itemi, prezența îngrijorării, gradul excesiv, incontrollabilitatea și durata ei, dar și prezența a șase simptome asociate, nivelul de stres și interferență. Altă scală bine validată și frecvent utilizată este *Scala Penn de îngrijorare ca stare (Penn State Worry Questionnaire; PSWQ; Meyer et al., 1990)*, care utilizează 16 itemi pentru a măsura tendința generală a individului de a se îngrijora excesiv.

26.2.2. Evaluarea componentei cognitive a tulburărilor de anxietate

Data fiind importanța proceselor cognitive în dezvoltarea și menținerea simptomelor de anxietate, evaluarea cognițiilor este un pas important în evaluarea acestor tulburări. Prima linie de tratament în cazul lor este terapia cognitiv-comportamentală, așadar evaluarea cognițiilor este importantă, atât pentru planificarea intervenției, cât și pentru evaluarea eficienței acesteia. Unele dintre scalele care evaluează intensitatea simptomelor vizează și aspecte cognitive (de exemplu, *Scala fricii de evaluare negativă*), dar în această secțiune ne vom concentra asupra acelor instrumente care vizează în mod direct cognițiile asociate anxietății.

Scalele care evaluează cognițiile se axează fie pe evaluarea cognițiilor generale caracteristice anxietății, fie pe cogniții specifice, propuse de modelele cognitive ca fiind implicate în etiologia fiecărei tulburări de anxietate. O scală care evaluează cognițiile la modul general este *Scala atitudinilor și credințelor față de anxietate (Anxiety Attitude and Belief Scale; AABS; Brown et al., 2000)*. Aceasta este formată din 36 de itemi și evaluează atitudini și credințe care reflectă o vulnerabilitate psihologică pentru dezvoltarea tulburărilor de anxietate.

Scalele care evaluează cogniții specifice se concentrează pe aspecte diferite, în funcție de particularitățile tulburării vizate. În cazul fobiilor specifice, sunt evaluate cognițiile privind anxietatea trăită, predicțiile sau distorsiunile cognitive. Un astfel de chestionar este *Chestionarul cognițiilor generale legate de claustrofobie (The Claustrophobia General Cognitions Questionnaire; CGCQ; Febraro și Clum, 1995)*, care evaluează tipurile de credințe care stau la baza claustrofobiei. Există scale asemănătoare pentru cognițiile asociate fricii de stomatolog (*Dental Cognitions Questionnaire; DCQ; de Jongh et al., 1995*) sau credințele legate de păianjeni și reacția la aceștia (*Spider Phobia Beliefs Questionnaire; SBQ; Arntz et al., 1993*).

Anxietatea socială este asociată cu credințe perfecționiste, cu focalizarea atenției pe propria persoană, cu un nivel ridicat de sensibilitate la critică și evaluare negativă (Antony și Swinson, 2000). Elementele cognitive sunt considerate a fi principalul factor implicat în dezvoltarea și menținerea simptomelor de anxietate socială, astfel că au fost propuse diferite moduri de evaluare a acestora, precum enumerarea gândurilor pe care persoana le-a avut într-o situație socială, exprimarea cu voce tare a gândurilor pe care persoana le are în timpul jocului de rol sau al unei sarcini sociale sau cu ajutorul scalelor care urmăresc prezența anumitor cogniții. În această ultimă categorie intră instrumente precum *Scala privind autoverbalizările în timpul vorbitului în public (Self-Statements During*

Public Speaking Scale; SSPS; Hofmann și DiBartolo, 2000) sau *Testul privind auto-verbalizările din timpul interacțiunilor sociale (Social Interaction Self-Statement Test*; SISST; Glass *et al.*, 1982).

În cazul tulburării de panică și al agorafobiei, elementele cognitive vizate sunt interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale (de exemplu, interpretarea bătăilor accelerate ale inimii ca semn al unui atac de cord; Antony și Barlow, 1996), așteptările legate de pericol, distorsiunile de procesare a informației sau credințele legate de controlul personal (Khawaja și Oei, 1998). Există numeroase instrumente care vizează aceste aspecte, dar scala cel mai bine validată și mai frecvent utilizată este *Chestionarul cognițiilor agorafobice (Agoraphobic Cognitions Questionnaire*; ACQ; Chambless, Caputo, Bright și Gallagher, 1984). Scala conține 15 itemi pe baza cărora respondentul evaluează frecvența gândurilor specifice care apar atunci când se simte anxios sau panicat. Alte scale utilizate pentru a identifica cogniții ce pot fi abordate în terapie (de exemplu, „O să îmi pierd controlul și o să înebunesc”) sunt *Chestionarul cognițiilor asociate atacului de panică (Panic Attack Cognitions Questionnaire*; PACQ; Clum *et al.*, 1990), *Chestionarul privind interpretarea senzațiilor corporale (Body Sensations Interpretation Questionnaire*; BSIQ; Clark *et al.*, 1997) sau *Chestionarul cognițiilor catastrofice (Catastrophic Cognitions Questionnaire*; CCQ; Khawaja, Oei și Baglioni, 1994).

În tulburarea de anxietate generalizată, evaluarea cognițiilor se concentrează în principal pe gândurile legate de îngrijorare. Un astfel de instrument este *Chestionarul De ce să te îngrijezi-II (Why Worry Questionnaire*; WW-II; Freeston *et al.*, 1994), care evaluează, cu ajutorul a 25 de itemi, credințele pozitive despre îngrijorare (de exemplu, îngrijorarea ajută la rezolvarea problemelor, protejează individul de emoții negative etc.). Un alt chestionar este *Scala consecințelor îngrijorării (Consequences of Worrying Scale*; COWS; Davey, Tallis și Capuzzo, 1996), care evaluează prezența unor credințe pozitive și negative privind consecințele îngrijorării (de exemplu, exagerează problema, duce la dificultăți de concentrare etc.). *Chestionarul meta-cognițiilor (Meta-Cognitions Questionnaire*; MCQ; Cartwright-Hatton și Wells, 1997) măsoară credințele despre îngrijorare și gânduri intruzive cu ajutorul a 65 de itemi, având o durată de administrare de aproximativ 15-20 de minute.

26.2.3. Evaluarea comportamentală a tulburărilor de anxietate

Evaluarea comportamentală joacă un rol important în conceptualizarea cazului și în tratamentul simptomelor de anxietate, fiind un element de bază al intervențiilor validate științific (Barlow, Chorpita și Turovsky, 1996). Câteva dintre scopurile evaluării comportamentale a anxietății, conform lui Chorpita și Taylor (2002), sunt:

- 1) identificarea comportamentelor în exces sau în deficit care urmează a fi abordate în intervenție (modificarea acestor comportamente produce cele mai mari beneficii în viața individului);
- 2) identificarea comportamentelor alternative (cele care vor înlocui comportamentele dezadaptative) și a unor comportamente care au funcții similare celor care se doresc modificate;
- 3) selectarea, planificarea și evaluarea continuă a intervenției și efectelor ei;
- 4) identificarea variabilelor care controlează comportamentul-țintă;

- 5) identificarea punctelor forte individuale, a întăririlor și scopurilor clientului ;
- 6) focalizarea pe problemele și dificultățile curente, și nu pe evenimente din trecut.

Evaluarea comportamentală a anxietății se poate face în mai multe feluri. În acest capitol vom discuta evaluarea cu ajutorul raportărilor verbale și al manifestărilor comportamentale. În cazul raportărilor verbale, una dintre cele mai utilizate strategii este cea a evaluărilor situaționale, care implică raportarea subiectivă a nivelului de frică resimțit. O metodă preferată de evaluare a nivelului de anxietate/disconfort este cea a *unităților subiective de distres/disconfort* (*Subjective Units of Discomfort Scale* ; SUDS ; Wolpe și Lazarus, 1966), strategie folosită în evaluarea mai multor tulburări de anxietate (Kaplan, Smith și Coons, 1995). Această metodă implică raportarea nivelului de anxietate trăită într-un moment specific, pe o scală de la 0 (complet calm și relaxat) la 100 (cea mai intensă anxietate trăită sau imaginată). Alte metode folosite sunt *termometrul fricii* (Walk, 1956) și *scalele vizuale analoge*. În cazul termometrului fricii, clientul este rugat să indice pe „termometru” nivelul de anxietate trăit, pe o scală de la 1 (complet calm) la 10 (absolut îngrozit). Utilizarea scalelor vizuale analoge presupune ca respondentul să plaseze un punct pe o linie cu două ancore aflate la capete (calm și îngrozit), pentru a indica cum se simte.

Tot în categoria raportărilor verbale se încadrează și automonitorizarea. Haynes (1978) definește automonitorizarea ca fiind o formă de evaluare comportamentală care implică observarea și înregistrarea sistematică a apariției comportamentelor și caracteristicilor acestora (de exemplu, intensitate, frecvență, durată, consecințe, antecedente). Ierarhia fricilor, monitorizarea gândurilor, utilizarea jurnalelor pentru a înregistra anumite comportamente, situații, exerciții de expunere sunt exemple de strategii de automonitorizare (Mavissakalian și Michelson, 1983). Ierarhia fricii este o sursă foarte importantă de informații privind tratamentul și efectele acestuia. De obicei, această ierarhie este stabilită printr-un proces de colaborare între client și terapeut, pe baza identificării stimulilor, situațiilor, indicatorilor și senzațiilor care produc anxietatea și frica. Odată identificate situațiile, i se atribuie fiecăreia un nivel de anxietate și se face o ierarhie a acestora în funcție de intensitatea anxietății. Acești itemi sunt folosiți pentru a ghida tratamentul și pentru a monitoriza progresul intervenției. Printre limitele acestor metode se numără faptul că adeseori clienții nu realizează monitorizările la momentul oportun, ci se bazează pe reactualizare, raportează inexact sau nu monitorizează deloc (Taylor, Fried și Kenardy, 1990 ; Thorpe și Olson, 1990).

Manifestările comportamentale sunt evaluate de obicei cu ajutorul unui test de performanță, numit și *Testul apropierii comportamentale* (*Behavioral Approach Test* ; BAT). Acest test este utilizat pentru a evalua parametrii actuali ai comportamentului, dar și pentru a monitoriza progresul tratamentului sau pentru a valida exactitatea raportărilor subiective (de Beurs *et al.*, 1991). Scopul principal al acestui test este observarea comportamentului în prezența stimulului sau situației anxiogene. Situațiile sau stimulii utilizați diferă în funcție de tulburare. Acest test este foarte relevant în evaluarea fobiilor specifice, în cazul cărora poate oferi informații mult mai exacte cu privire la comportamentul generat de confruntarea cu stimulul fobic decât relațiile obținute cu ajutorul interviurilor sau scalelor de autoevaluare, care pot fi distorsionate de evitarea îndelungată a stimulului. Testul poate fi realizat progresiv (clientul se apropie de stimulul anxiogen treptat ; de exemplu, se uită la șarpe de la distanță, îl observă de aproape, îl atinge cu o mână, îl atinge cu mâna) sau selectiv (se alege din ierarhia fricii câteva situații la care persoana este expusă). Similar, în cazul tulburării de panică, individul poate fi rugat să

facă o plimbare pe o anumită distanță sau să folosească mijloacele de transport în comun (Agras, Leitenberg și Barlow, 1968 ; de Beurs *et al.*, 1991) în timp ce se evaluează simptomele fizice, cognițiile anxioase, strategiile subtile de evitare, evadarea sau refuzul de a intra într-o situație și unitățile subiective de distres (McCabe, 2002). În cazul anxietății sociale, au fost dezvoltate BAT standardizate, care implică conversații cu străini de același sex, de sex opus sau discursuri neanunțate (McNeil, Ries și Turk, 1995) și chiar un sistem de evaluare comportamentală a abilităților sociale (Fydrich *et al.*, 1998).

Deși utilitatea BAT este bine demonstrată, acest test a fost și criticat pentru dependența de instrucțiunile primite de la terapeut, pentru faptul că nu poate fi aplicat în cazul tulburărilor în care stimulii anxiogeni sunt foarte diverși, pentru că poate consuma mult timp sau poate să nu ofere informații suficient de relevante (Mavissakalian și Hamann, 1986 ; Trudel, 1979).

26.2.4. *Evaluarea fiziologică a tulburărilor de anxietate*

Activarea fiziologică crescută este una dintre caracteristicile anxietății, fiind descrisă ca un simptom extrem de deranjant în majoritatea tulburărilor de anxietate. Datorită costurilor ridicate, această componentă a fost de regulă evaluată doar în cercetare. În ultimii ani însă, ca urmare a creșterii accesibilității și reducerii costurilor metodelor de evaluare, încorporarea lor în practica clinică devine tot mai facilă. Utilizarea unor astfel de măsurători contribuie la creșterea validității informațiilor obținute prin auto-evaluare. Printre indicatorii utilizați pentru evaluarea componentei fiziologice a anxietății se numără frecvența respiratorie, conductanța electrică a pielii, activitatea electrică a creierului și, cel mai adesea, frecvența cardiacă. Utilizarea acestui indicator ar putea fi utilă pentru :

- 1) diagnosticarea și diagnosticul diferențial al tulburărilor (de exemplu, creșterea frecvenței cardiace ca urmare a expunerii în imaginar la stimuli fobici este cea mai mare în cazul fobiilor specifice) ;
- 2) prognosticul tulburării (de exemplu, niveluri ridicate ale frecvenței cardiace la expunerea în imaginar la stimuli anxiogeni, în cazul tulburării de panică și anxietății sociale, urmate de descreșterea acesteia în timpul expunerii sunt asociate cu un răspuns mai bun la terapie ; Foa și Kozak, 1998) ;
- 3) planificarea tratamentului (de exemplu, lipsa reactivității la expunerea la stimuli anxiogeni poate indica necesitatea modificării procedurii sau utilizarea de către client a unor strategii de evitare subtile ; Yartz și Hawk, 2002).

Aceste date susțin utilitatea adăugării evaluării componentei fiziologice atunci când acest lucru este posibil.

Concluzii

În acest capitol am prezentat o scurtă sinteză a strategiilor utilizate pentru a evalua componenta subiectivă, cognitivă, comportamentală și fiziologică a tulburărilor de anxietate. Dacă în cazul tehnicilor de intervenție există metodologii și ghiduri care identifică

tratamentele validate științific pentru diferitele tulburări, acest lucru nu este valabil și pentru protocoalele de evaluare clinică. Folosindu-ne de datele disponibile, am încercat să oferim câteva direcții în ceea ce privește alegerea unor strategii de evaluare validate pentru tulburările de anxietate.

Un prim aspect de care trebuie să ținem cont în alegerea strategiilor de evaluare este scopul acestui proces, dublat de analiza cost-beneficii. Strategiile recomandate pentru anumite scopuri ar putea fi nepotrivite pentru altele ; de exemplu, utilizarea unui interviu clinic ar putea fi prea costisitoare din punctul de vedere al timpului pentru un *screening*, dar este esențială pentru diagnosticarea unei tulburări. Apoi, e important de reținut că un protocol de evaluare validat științific nu este caracterizat doar de utilizarea unor instrumente cu proprietăți psihometrice bune, ci și de evaluarea complexă a simptomelor și factorilor implicați în etiologia și menținerea tulburării. Astfel, este recomandat ca un protocol de evaluare clinică a tulburărilor de anxietate să includă un interviu clinic, menit să încadreze simptomele într-o categorie diagnostică, o scală cotate de clinician și una de autoevaluare pentru evaluarea severității simptomelor, scale care vizează aspectele cognitive propuse în teorii sau identificate în studii ca fiind implicate în apariția și menținerea simptomelor, strategii comportamentale de evaluare a anxietății și evaluarea aspectelor fiziologice, atunci când acest lucru este posibil. Dincolo de aceste recomandări generale, este important ca strategiile alese să fie adaptate vârstei celui evaluat (de exemplu, există scale elaborate special pentru evaluarea anxietății la copii sau vârstnici) și specificului cultural și etnic.

Bibliografie

- Achenbach, T.M. (2005). Advancing assessment of children and adolescents: Commentary on evidence-based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 541-547 ; http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_9.
- Agras, S., Leitenberg, H., Barlow, D.H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19(4), 423-427 ; doi : 10.1001/archpsyc.1968.01740100039006.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.
- Antony, M.M. (2002, August). *Determining the empirical status of assessment instruments*. In S.O. Lilienfeld (Chair), Empirically supported assessment instruments : An idea whose time has come ? Symposium presented at the meeting of the American Psychological Association, Chicago.
- Antony, M.M., Barlow, D.H. (1996). Emotion theory as a framework for explaining panic attacks and panic disorder. In R.M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 55-76). New York : Guilford.
- Antony, M.M., Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266 ; <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.256>.
- Antony, M.M., Swinson, R.P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults : A guide to assessment and treatment*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M., Roemer, L. (Eds.) (2002). *Practitioner's guide to empirically-based measures of anxiety*. New York : Kluwer Academic Publishers.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arntz, A., Lavy, E., van den Berg, G., van Rijsoort, S. (1993). Negative beliefs of spider phobics : A psychometric evaluation of the Spider Phobia Beliefs Questionnaire. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(4), 257-277 ; [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(93\)90012-Q](https://doi.org/10.1016/0146-6402(93)90012-Q).

- Bandelow, B. (1999). *Panic and Agoraphobia Scale (PAS) manual*. Seattle, WA : Hogrefe & Huber Publishers.
- Barlow, D.H. (Ed.) (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York : Guilford Press.
- Barlow, D.H., Chorpita, B.F., Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and the disorders of emotion. In D.A. Hope (Ed.), *Perspectives on anxiety, panic, and fear* (Vol. 43, pp. 251-328). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Barrera, T.L., Norton, P.J. (2009). Quality of Life Impairment in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090 ; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.011>.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N.B., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Brown, G.P., Craske, M.G., Tata, P., Rassovsky, Y., Tsao, J.C.I. (2000). The anxiety attitude and belief scale : Initial psychometric properties in an undergraduate sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 230-239 ; doi : 10.1002/1099-0879(200007)7:3<230::AID-CPP239>3.0.CO;2-Y.
- Brown, T.A., Di Nardo, P., Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions : The Meta Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296 ; [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X).
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics : The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097 ; <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1090>.
- Chorpita, B.F., Taylor, A.A. (2002). Behavioral Assessment of Anxiety Disorders. In M.A. Antony, S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures Of Anxiety* (pp. 19-25). New York : Kluwer Academic Publishers.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Öst, L.-G., Breitholtz, E., Koehler, K.A., Westling, B.E., Javons, A., Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 203-213 ; <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.203>.
- Clum, G.A., Broyles, S., Borden, J., Watkins, P.L. (1990). Validity and reliability of the Panic Attack Symptoms and Cognitions Questionnaires. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12(3), 233-245 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF00960620>.
- Cohen, D.C. (1977). Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia. *Behavior Therapy*, 8(1), 17-23 ; [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80116-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80116-0).
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., Wesler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386 ; doi : 10.1192/bjp.176.4.379.
- Cox, B.J., Norton, G.R., Swinson, R.P. (1992). *Panic Attack Questionnaire – Revised*. Toronto, ON : Clarke Institute of Psychiatry.
- Davey, G.C.L., Tallis, F., Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20(5), 499-520 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF02227910>.
- de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., Blonk, R., Koele, P. (1991). Behavioral assessment of avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13(4), 285-300 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF00960442>.
- de Jongh, A., Muris, P., Schoenmakers, N., Ter Horst, G. (1995). Negative cognitions of dental phobics : Reliability and validity of the Dental Cognitions Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 507-515 ; [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00081-T](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00081-T).
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN : National Computer Systems.

- Di Nardo, P., Brown, T.A., Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime Version)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A. (1995). A dimensional analysis of claustrophobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 335-351 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF02229055>.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.
- Foa, E.B., Kozak, M.J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory : Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29(4), 675-690 ; [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80025-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80025-7).
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry ? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802 ; [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5).
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buergener, R., Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance : A rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 995-1010 ; [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00069-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00069-2).
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety : Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF01185725>.
- Haynes, S.N. (1978). *Principles of behavioral assessment*. New York : Gardener.
- Hoffart, A., Friis, S., Martinsen, E.W. (1989). The Phobic Avoidance Rating Scale : A psychometric evaluation of an interview-based scale. *Psychiatric Developments*, 1, 71-81.
- Hofmann, S.G., DiBartolo, P.M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking : Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31(3), 499-515 ; [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80027-1).
- Hunsley, J., Mash, E.J. (2007). Evidence-based assessment. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 29-51 ; <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>.
- Kaplan, D.M., Smith, T., Coons, J. (1995). A validity of the subjective unit of discomfort (SUD) score. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27(4), 195-199.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602 ; <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
- Khawaja, N.G., Oei, T.P.S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 341-365 ; [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00088-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00088-3).
- Khawaja, N.G., Oei, T.P.S., Baglioni, A.J. (1994). Modification of the Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ-M) for normals and patients : Exploratory and LISREL analyses. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16(4), 325-342 ; <http://dx.doi.org/10.1007/BF02239410>.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375 ; <http://dx.doi.org/10.1177/0146167283093007>.
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (Suppl. 14), 4-8.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states : Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343 ; [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) : Factor, structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565 ; <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>.

- March, J.S., Sullivan, K., James, P. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358; [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00009-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00009-2).
- Mattick, R.P., Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470; [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6).
- Mavissakalian, M., Michelson, L. (1983). Self-directed in vivo exposure practice in behavioral and pharmacological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 14(4), 506-519; [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80074-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80074-4).
- Mavissakalian, M., Hamann, M.S. (1986). Assessment and significance of behavioral avoidance in agoraphobia. *Journal of Behavioral Avoidance in Agoraphobia*, 8(4), 317-327; <http://dx.doi.org/10.1007/BF00960729>.
- McCabe, R.E. (2002). Panic Disorder and Agoraphobia: A Brief Overview and Guide to Assessment. In M.A. Antony, S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety* (pp. 87-94). New York: Kluwer Academic Publishers.
- McNeil, D.W., Ries, B.J., Turk, C. (1995). Behavioral assessment: Self-report, physiology and overt behavior. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 202-231). New York: Guilford.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495; [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6).
- Newman, M.G., Zuelig, A.R., Kachin, K.E. (1998, November). *The reliability and validity of the Panic Disorder Self-Report (PDSR): A new measure of panic disorder*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Newman, M.G., Zuellig, A.R., Kachin, K.E., Constantino, M.J., Przeworski, A., Erickson, T., Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215-233; [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80026-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80026-0).
- Page, A.C., Bennett, K.S., Carter, O., Smith, J., Woodmore, K. (1997). The Blood-Injection Symptom Scale (BISS). Assessing a structure of phobic symptoms elicited by blood and injections. *Behaviour Research and Therapy*, 35(5), 457-464; [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00120-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00120-9).
- Peterson, R.A., Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Rytwinski, N.K., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Coles, M.E., Liebowitz, M.R., Cissell, S. *et al.* (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38; doi: 10.1002/da.20503.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Sholomskas, D.E., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Woods, S.W., Cloitre, M. (1992). *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)*. Pittsburgh, PA: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine.
- Silverman, W.K., Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380-411; http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_2.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Stouthard, M.E.A., Mellenbergh, G.J., Hoogstraten, J. (1993). Assessment of dental anxiety: A facet approach. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 89-105; <https://doi.org/10.1080/10615809308248372>.
- Szymanski, J., O'Donohue, W. (1995). Fear of Spiders Questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(1), 31-34; [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)00072-T](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)00072-T).
- Taylor, C.B., Fried, L., Kenardy, J. (1990). The use of real-time computer diary for data acquisition and processing. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 93-97; [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90061-M](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90061-M).
- Thorpe, G.L., Olson, S.L. (1990). *Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications*. Boston: Allyn & Bacon.

- Trudel, G. (1979). The effects of instructions, level of fear, duration of exposure and repeated measures on the behavioral avoidance test. *Behaviour Research and Therapy*, 17(2), 113-118 ; [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(79\)90019-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(79)90019-6).
- Walk, R.D. (1956). Self-ratings of fear in fear-invoking situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52(2), 171-178 ; <http://dx.doi.org/10.1037/h0042978>.
- Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457 ; <http://dx.doi.org/10.1037/h0027806>.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376 ; <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>.
- Wolpe, J., Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York : Pergamon Press.
- Wood, J.M., Garb, H.N., Lilienfeld, S.O., Nezworski, M.T. (2002). Clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 53, 519-543.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland : World Health Organization.
- Yartz, A.R., Hawk, L.W. (2002). Psychophysiological Assessment of Anxiety : Tales from the Heart. In M.A. Antony, S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety* (pp. 25-30). New York : Kluwer Academic Publishers.
- Zimmerman, M., Mattia, J.I. (1999). The reliability and validity of a screening questionnaire for 13 DSM-IV Axis I disorders (the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(10), 677-683 ; <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v60n1006>.

27. Evaluarea riscului de violență

Andreea-Mădălina Aiftincăi, Violeta Enea, Ion Dafinoiu
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Prin acest capitol autorii au urmărit oferirea unei imagini de ansamblu asupra abordării agresivității în practica psihologului clinician. Astfel, sunt prezentate etapele recomandate în evaluarea acestui risc specific, principalii factori implicați în apariția comportamentelor violente în cazul recidiviștilor, al persoanelor cu tulburări psihice, al agresorilor sexuali, precum și factorii de risc ai violenței domestice și, nu în ultimul rând, instrumentele de psihodiagnoză consacrate la nivel internațional, pentru fiecare categorie în parte.

27.1. Introducere

Dezvoltarea profesiei de psiholog are drept consecință ramificarea serviciilor oferite și diversificarea ariilor în care este necesară expertiza specialiștilor, inclusiv în domeniul clinic/juridic. În acest sens, este necesar psihodiagnosticul atât în cadrul proceselor penale, cât și pe parcursul executării pedepselor și al măsurilor privative de libertate, unul dintre cele mai importante aspecte vizate de instituțiile publice de apărare, ordine publică și siguranță națională fiind riscul de violență. Literatura de specialitate abordează deseori evaluarea riscului de violență fie prin determinarea nivelului de risc sau identificarea probabilității de a se produce comportamentul, fie în manieră descriptivă (nivel scăzut, mediu, ridicat). În completarea acestor direcții, Mills, Kroner și Morgan (2011) propun abordarea întregului proces prin prisma a patru elemente: determinarea nivelului individual de risc (estimarea riscului); identificarea factorilor salienți ce favorizează riscul; identificarea strategiilor de control sau minimalizare a riscului; transmiterea informațiilor către factorul de decizie. După cum putem observa, al patrulea element evidențiat de autori introduce o caracteristică a evaluării psihologice în domeniul violenței. Astfel, dacă în cele mai multe cazuri psihologul clinician realizează evaluarea în vederea intervenției terapeutice, în cazul evaluării violenței ne aflăm de cele mai multe ori în contextul legal în care specialistul trebuie să răspundă la o întrebare al cărei scop este creșterea gradului de siguranță a comunității (Mills, Kroner și Morgan, 2011).

Considerăm că este important de amintit faptul că, indiferent de pregătirea și de experiența profesională a psihologului clinician, acestea nu pot substitui demersurile

sistematice de predicție a comportamentului violent, demersuri ce se bazează pe metode statistice ce au fost verificate sub aspectul fidelității și al validității. După cum evidențiază meta-analiza realizată de Aegisdóttir *et al.* (2006), demersul sistematic este net superior abordării clinice, predicțiile științifice la modul general fiind cu 13% mai exacte decât cele clinice. Totodată, autorii evidențiază faptul că specialiștii au datoriat de a aplica formulele statistice și tehnicile predictive în maniera în care acestea au fost validate, fără a ajusta demersul în funcție de propria intuiție sau de metode ce nu au fost validate empiric. Este necesară respectarea acestui demers, deoarece cercetarea în domeniu se dezvoltă în direcția identificării predictorilor, a combinării acestora și în domeniul îmbunătățirii fidelității studiilor mult mai rapid decât raționamentul clinic (Hilton, Harris și Rice, 2006).

În vederea abordării riscului de violență, Mills (2017) sugerează necesitatea respectării următoarelor etape :

1. realizarea anamnezei/conturarea contextului psihosocial ;
2. identificarea factorilor de risc ;
3. estimarea riscului ;
4. comunicarea riscului estimat ;
5. identificarea factorilor de risc ce urmează a fi supuși intervenției/monitorizării ;
6. stabilirea strategiilor de management al riscurilor.

27.2. Factori de risc ai violenței

În vederea clarificării tipurilor de predictorii specifici comportamentelor violente, vom preciza factorii ce influențează agresivitatea în cazul recidiviștilor ce au comis fapte penale cu violență, în cazul infractorilor cu afecțiuni psihice, al agresorilor sexuali și al celor implicați în violență domestică.

Literatura de specialitate face distincție între două categorii de factori ce pot influența predispoziția individului de a se implica în acțiuni violente. Astfel, Douglas și Skeem (2005) evidențiază diferența dintre variabilele *statice*, ce sunt puțin susceptibile la schimbare, și cele *dinamice*, ce devin factori determinanți atunci când îndeplinesc următoarele criterii :

1. preced și cresc probabilitatea violenței (reprezintă un factor de risc) ;
2. se modifică spontan sau prin intermediul intervențiilor (reprezintă un factor dinamic) ;
3. prezic modificări în probabilitatea violenței atunci când variază (reprezintă factori de risc dinamici) (Kraemer *et al.*, 1997).

Pe baza acestei conceptualizări, au fost identificați factorii de risc dinamici ce sunt considerați predictorii ai comportamentului violent :

- impulsivitatea ;
- afectul negativ – furia și dispoziția negativă ;
- psihoza ;
- atitudinea antisocială ;
- consumul de substanțe ;
- relațiile interpersonale ;
- alianța terapeutică și complianța la tratament (Douglas și Skeem, 2005).

Mai mult, studiile în domeniu arată că atitudinea antisocială și antecedentele penale, chiar cele comise fără elemente de agresivitate, sunt factori de risc pentru infracțiunile de natură sexuală (Hanson și Thornton, 2000), pentru cele ce vizează violența domestică (Hilton *et al.*, 2004), precum și pentru infracțiunile contra persoanei ce implică violență (Hollin și Palmer, 2003 ; Mills, Kroner și Hemmati, 2003). Astfel, se evidențiază că orientarea și acțiunile antisociale ce contravin legii sunt în sine factori predictivi pentru comportamentul agresiv, indiferent de natura antecedentelor.

În vederea centralizării *factorilor de risc specifici recidiviștilor*, Mills, Kroner și Morgan (2011) realizează un sumar al acestora, clasificându-i în funcție de caracterul static sau dinamic (vezi tabelul 27.1). Conform art. 41 din Codul Penal „există recidivă când, după rămânerea definitivă a unei hotărâri de condamnare la pedeapsa închisorii mai mare de un an și până la reabilitare sau împlinirea termenului de reabilitare, condamnatul săvârșește din nou o infracțiune cu intenție sau cu intenție depășită, pentru care legea prevede pedeapsa închisorii de un an sau mai mare”.

Rezultatele obținute de Girard și Wormith (2004) evidențiază faptul că factori precum antecedentele penale, istoricul educațional, problemele în familie, atitudinile antisociale și abuzul de substanțe sunt de risc atât pentru recidivă în sensul general al termenului, cât și pentru recidiva cu fapte ce implică violență.

Tabelul 27.1. *Factorii de risc ai agresivității în cazul recidiviștilor*
(Mills, Kroner și Morgan, 2011)

Static	Dinamic
Comportament antisocial în copilărie	Probleme financiare/la locul de muncă
Comportament antisocial în adolescență	Abuz de substanțe actual
Vârsta primei condamnări	Instabilitate în familie
Încarcerări anterioare	Asocieri infracționale actuale
Condamnări anterioare pentru comportament violent	Atitudini/cogniții antisociale
Eșec în respectarea măsurilor privative de libertate, în istoric	Probleme în sfera afectelor/ostilitate
Istoric în abuz de alcool	Rezistență la intervenție/supervizare
Abandon școlar sau incapacitatea de a termina studiile liceale	Timp liber nestructurat/mediu infracțional
Asocieri infracționale în antecedente	
Dificultăți de relaționare în antecedente	

În ceea ce privește persoanele cu *afecțiuni psihice*, literatura de specialitate atrage atenția asupra faptului că tulburarea mintală în sine nu trebuie considerată un factor de risc la modul general, cercetările sugerând o corelație negativă între diagnosticul psihiatric și comportamentul agresiv (Bonta, Law și Hanson, 1998). Pacienții externati sunt un grup heterogen în ceea ce privește violența, diagnosticul, asocierea cu abuzul de substanțe și simptomatologia, toate acestea variind considerabil de la un individ la altul (Steadman *et al.*, 1998). Având în vedere rezultatele contradictorii obținute în studiile privind violența în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburări din sfera psihozelor, meta-analiza realizată de Witt, van Dorn și Fazel (2013) reprezintă un reper în identificarea factorilor de risc asociați comportamentelor agresive (vezi tabelul 27.2).

Tabelul 27.2. *Factorii de risc ai agresivității în cazul persoanelor cu afecțiuni psihice*
(Witt, van Dorn și Fazel, 2013)

Static	Dinamic
Victimă a abuzurilor fizice în viața adultă	Nivel scăzut al controlului impulsurilor
Victimă a abuzurilor fizice în copilărie	Lipsă de discernământ
Victimă a abuzurilor sexuale în copilărie	Diagnostic de tulburare de personalitate antisocială
Istoric infracțional al părinților	Scoruri înalte la simptomele generale
Istoric de consum de alcool în cazul părinților	Nivel ridicat al scorurilor pe scala
Sex masculin	„Simptomelor pozitive și negative ale schizofreniei” (PANSS, Kay, Flszbein și Opfer, 1987)
Altă etnie decât cea caucaziană	Nivel ridicat de excitabilitate
Status socioeconomic scăzut	Scoruri înalte la simptomele pozitive
Diagnostic/istoric de abuz de substanțe (droguri și/sau alcool)	Lipsa complianței la psihoterapie
Abuz recent de substanțe (droguri și/sau alcool)	Lipsa complianței la tratamentul medicamentos
Tentative de suicid în antecedente	Lipsa unui adăpost
	Abuz de polisubstanță

La factorii de risc precizați în tabelul 27.2, Mills, Kroner și Morgan (2011) adaugă vârsta (tânăr), istoricul de comportamente infracționale, problemele de adaptare instituțională, educația precară și problemele la locul de muncă, ca variabile statice, și problemele în sfera afectelor/ostilitatea, ca variabile dinamice. De asemenea, autorii evidențiază contextul relevant al comportamentelor violente în cazul persoanelor cu tulburări mintale :

1. cu cât simptomele active sunt mai apropiate temporal de rezultat, cu atât ele devin un predictor mai bun (Gray *et al.*, 2003) ;
2. simptomele sunt predictorii mai puternici în eșantioanele ce conțin doar oameni fără antecedente penale decât în cazul celor ce sunt alcătuite din recidiviști (Villeneuve și Quinsey, 1995) ;
3. simptomele psihotice sunt predictorii mai puternici ai violenței în cadrul spitalelor și mai puțin puternici în comunitate (Gray *et al.*, 2003) ;
4. apar mai multe comportamente violente atunci când subiectul locuiește cu alții, majoritatea comportamentelor vizând membri ai familiei (Swanson *et al.*, 2006) ;
5. cu cât investigăm mai mulți factori asociați cu violența, cu atât scade valoarea predictivă a variabilelor din sfera sănătății mintale (Steadman *et al.*, 1998).

Infracțiunile de natură sexuală reprezintă o categorie ce atrage oprobriul, fie că vorbim despre perversiuni sexuale sau viol, corupție sexuală sau act sexual cu un minor. Atenția pe care o acordă comunitatea acestei clase de infracțiuni, îndeosebi în cazul recidivei, precum și aspectele sensibile ce țin de procesul penal întăresc importanța pregătirii profesionale a specialiștilor și a calităților psihometrice ale instrumentelor utilizate, atât pe parcursul procesului judiciar, cât și pe perioada executării pedepsei. Identificarea factorilor de risc în cazul agresorilor sexuali și efectuarea unor predicții exacte sunt cu atât mai importante având în vedere faptul că la data de 31 decembrie 2016, dintr-un total de 27.455 de persoane custodiate de Administrația Națională a Penitenciarelor, se identificau 10.294 de infracțiuni contra persoanei, dintre care 2.234 corespundeau grupei infracțiunilor contra libertății și integrității sexuale. Este cunoscut faptul că multe dintre aceste infracțiuni nu sunt denunțate, astfel încât nu putem estima un număr real al victimelor.

Sintetizăm în tabelul 27.3 principalii factori de risc identificați de Mills, Kroner și Morgan (2011), urmând ca ulterior să oferim o perspectivă mai largă prin prezentarea unor instrumente de măsurare a probabilității de recidivă în cazul agresorilor sexuali.

Tabelul 27.3. *Factorii de risc ai agresivității în cazul agresorilor sexuali*
(Mills, Kroner și Morgan, 2011)

Static	Dinamic
Victimă de sex masculin	Preocupare pentru sex
Infrațiuni contra libertății și integrității sexuale în antecedente	Singurătate
Infrațiuni actuale sau în antecedente, altele decât cele contra libertății și integrității sexuale	Comportament impulsiv
Victimă necunoscută de către autor	Lipsa reglării emoționale/ostilitate/furie
Vârsta (tânăr)	Identificare emoțională cu copii
Tulburare de personalitate	Orientare/rețea socială antisocială
Devianță sexuală	Deficit de intimitate/instabilitate relațională
	Acces la victime
	Lipsă de cooperare/complianță

Violența domestică reprezintă probabil forma de violență cel mai puțin recunoscută și denunțată, fie că vorbim despre abuz fizic, sexual sau emoțional. În pofida acestui fapt, agresivitatea în familie apare indiferent de vârstă (McGarry, Simpson și Hinchliff-Smith, 2011), orientare sexuală (Donovan *et al.*, 2006) sau naționalitate (Velleman *et al.*, 2008), iar consecințele variază de la apariția simptomelor depresive la vârsta adultă ca urmare a asistării în copilărie la abuzurile fizice/emoționale ale părinților (Russell, Springer și Greenfield, 2010) la fapte prevăzute de legea penală (de exemplu, omor, omor calificat, lovire sau alte violențe, vătămare corporală). Factorii de risc cu cea mai mare valoare predictivă în această categorie de comportamente violente sunt prezentați în tabelul 27.4 (Mills, Kroner și Morgan, 2011).

Tabelul 27.4. *Factorii de risc ai agresivității în cazul violenței domestice*
(Mills, Kroner și Morgan, 2011)

Static	Dinamic
Violență domestică în antecedente	Abuz de substanțe
Antecedente penale, altele decât violența domestică	Comportament impulsiv
Încarcerare în antecedente	Lipsa reglării emoționale/ostilitate/furie/gelozie
Violența generală îndreptată împotriva celor din jur	Încălcarea necontactării altora/lipsa de cooperare/complianță
Amenințări sau loviri împotriva victimei	Instabilitate în relații
Constrângerea partenerului în angajarea într-un act sexual	Urmărirea partenerului
Tulburare de personalitate	Lipsa unui loc de muncă
Îngrijorarea victimei cu privire la posibilitatea apariției abuzului	
Exercitarea controlului asupra victimei	

27.3. Instrumente de evaluare a violenței

În vederea oferirii unei imagini de ansamblu specialiștilor ce sunt implicați în evaluarea agresivității, vom prezenta în continuare o parte dintre instrumentele standardizate ce vizează atât violența generală, recidiva (inclusiv cea care implică violență), cât și pe cele ce abordează violența sexuală și cea domestică.

În vederea realizării instrumentului HCR-20, Webster *et al.* (1997) au urmărit implementarea unui model științific compatibil cu reglementările instituționale și practicile deja existente, ce poate fi utilizat atât de specialiștii din domeniul sănătății mintale, cât și de cei din mediul corecțional într-o gamă variată de situații (de exemplu, liberarea condiționată, stabilirea lipsei discernământului drept cauză de neimputabilitate). Astfel, autorii au selectat zece itemi privind istoricul persoanei (*Historical risk factors*): H1 Comportament violent în antecedente, H2 Primul incident violent a avut loc la o vârstă fragedă, H3 Instabilitate în relații, H4 Probleme la locul de muncă, H5 Abuz de substanțe, H6 Tulburare mintală severă, H7 Psihopatie, H8 Neadaptare timpurie (acasă, la școală sau în comunitate), H9 Diagnostic de Tulburare de personalitate, H10 Eșec în respectarea măsurilor privative de libertate în istoric (nerespectarea condițiilor liberării condiționate, evadarea); cinci variabile clinice ce vizează starea mintală în prezent (*Clinical items*): C1 Lipsa *insightului*, C2 Atitudine negativă, C3 Simptome active ale unei tulburări mintale severe, C4 Impulsivitate, C5 Lipsa răspunsului la tratament; și cinci factori ai managementul riscului ce implică circumstanțele cu care subiectul evaluat urmează să se confrunte (*Risk management*): R1 Planuri de viitor nerealizabile, R2 Expunere la stimuli destabilizatori, R3 Lipsa sprijinului social, R4 Lipsa complianței la tratament, R5 Stres (Webster *et al.*, 1997).

Prin *Scala riscului de violență (Violence Risk Scale – VRS, Wong și Gordon, 2006)*, autorii au vizat crearea unui instrument ce integrează evaluarea riscului de violență, a nevoilor criminogene, responsivitatea clientului, precum și evaluarea ameliorării ca urmare a tratamentului urmat. Incluzând atât factori statici, cât și dinamici, Wong și Gordon (2006) consideră că profilul ce conține factorii de risc dinamici este util în vederea planificării intervenției terapeutice, reamintind faptul că fiecare etapă a intervenției trebuie abordată în acord cu stadiul schimbării în care se află clientul. Pentru facilitarea reducerii violenței, precum și a estimării probabilității de recidivă, autorii propun măsurarea a șase factori statici: vârsta actuală, vârsta la care a fost săvârșită prima infracțiune cu violență, numărul de condamnări în minorat, violența pe parcursul vieții, eșecul în respectarea măsurilor privative de libertate în istoric (nerespectarea condițiilor liberării condiționate, evadarea) și stabilitatea evoluției în familie; precum și 20 de factori dinamici ce cuprind: stilul de viață ce include violența, personalitatea „criminogenă”, atitudinea „criminogenă”, etica în muncă, mediul (colegi/prieteni) infracțional, heteroagresivitatea, reglarea emoțională, violența pe perioada instituționalizării, uzul de arme, perspectiva asupra violenței, afecțiunile psihice, abuzul de substanțe, stabilitatea relațiilor interpersonale, sprijinul primit din partea comunității, liberarea în situații de risc, mediul violent, impulsivitatea, cognițiile iraționale, complianța la supervizare și nivelul de securitate al instituției din care individul se liberează.

Scala informațiilor statistice asupra recidivismului – revizuită (Statistical Information on Recidivism – Revised, SIR-R1, Nafekh și Motiuk, 2002) combină 15 itemi ce vizează factori demografici și istoricul criminogen în vederea estimării probabilității de recidivă

a subiecților, pe parcursul a trei ani de la liberare. Prin metoda utilizată de autori, scorul obținut în urma aplicării instrumentului variază între -30 și +27, fiind clasificat în una dintre cele cinci clase (șanse slabe de reabilitare – șanse foarte mari de reabilitare). Variabilele incluse de autori în scală sunt natura faptei actuale, vârsta la care a avut loc încarcerarea actuală, condamnările anterioare, revocarea condamnării cu suspendare sub supraveghere în antecedente, tentativele sau actele de evadare, regimul de detenție aplicat, vârsta la care a avut loc prima încarcerare, condamnările anterioare pentru fapte cu violență (mai puțin cele ce vizează agresiunile sexuale), statutul marital avut la cea mai recentă condamnare, perioada petrecută în comunitate între condamnări, numărul persoanelor aflate în întreținerea subiecțului la momentul ultimei încarcerări, condamnarea actuală, condamnările anterioare pentru fapte din sfera agresiunilor sexuale, condamnările anterioare pentru violarea de domiciliu și statutul profesional avut la încarcerare.

Static-99 (Hanson și Thornton, 1999) a fost construit prin combinarea itemilor din două instrumente deja existente – RRASOR (Hanson, 1997) și SACJ-Min (Grubin, 1998), urmărindu-se îmbunătățirea preciziei în domeniul predicției recidivei în cazul agresorilor sexuali. Autorii au urmărit inițial zece factori statici ce descriu profilul recidivistului – existența antecedentelor penale vizând infracțiuni din sfera agresiunilor sexuale, numărul de condamnări anterioare, infracțiuni din sfera agresiunilor sexuale fără implicarea unui contact sexual (de exemplu, perversiuni sexuale, hărțuire sexuală) în antecedente, existența concursului de infracțiuni în cadrul săvârșirii faptei (de exemplu, omor, tâlhărie, vătămare corporală, violare de domiciliu, furt sau incendiere asupra victimei agresiunii sexuale sau a altei victime), existența antecedentelor penale fără violență sexuală, vârsta cuprinsă între 18 și 25 de ani, singur (lipsa unei relații intime de minim doi ani în istoric), victima aleasă fiind de cele mai multe ori de gen masculin, necunoscută de către agresor și în afara unei relații de rudenie. Ulterior, Hanson și Thornton (2003) au revenit asupra instrumentului, varianta revizuită, *Static-2002*, conținând 14 itemi grupați în cinci categorii : vârsta, persistența în infracțiuni de natură sexuală, interesele sexuale deviate, relația cu victima și criminalitatea generală.

Prin *Proiectul dinamic de supraveghere (The Dynamic Supervision Project)*, Hanson *et al.* (2007) și-au îndreptat atenția asupra factorilor de risc în recidiva agresorilor sexuali, de data aceasta factorii vizați fiind cei „stabili” – definiți drept caracteristicile infractorului ce sunt corelate cu recidiva și pot fi modificate într-un interval de câteva luni sau ani – și cei „acuți” – reprezentând comportamentele de risc și precursorii recidivei. Astfel, în *Stable-2007* se precizează ca fiind importante influențele sociale negative, abilitățile necesare unei relații stabile, identificarea emoțională cu copiii (doar pentru agresorii ce au vizat victime cu vârsta până la 13 ani), ostilitatea față de femei, respingerea/izolarea socială, lipsa existenței preocupărilor față de alte persoane, impulsivitatea, lipsa abilităților de rezolvare de probleme, emoțiile negative/ostilitatea, existența preocupărilor pentru sex, utilizarea sexului ca strategie de coping, interesele sexuale deviate și lipsa cooperării cu supervisorul (în cazul nostru, consilier de probațiune). *Acute-2007* măsoară scoruri separate pentru riscul de agresiune sexuală, prin accesul la victimă, ostilitate, preocupare pentru sex și respingerea supervizării, la care se adaugă colapsul emoțional și al sprijinului social, precum și abuzul de substanțe în cazul riscului de recidivă general (Hanson *et al.*, 2007).

Aplicând cele două instrumente împreună cu *Static-99*, autorii propun modele de a combina scorurile la factorii statici/stabili cu cei acuți, atrăgând însă atenția asupra importanței formării profesionale a specialiștilor și recomandând evaluarea competențelor

acestora în cotarea instrumentelor ca măsură complementară parcurgerii unui curs de formare structurat.

Scala Ontario pentru evaluarea riscului de violență domestică (The Ontario Domestic Assault Risk Assessment – ODARA, Hilton et al., 2004) măsoară probabilitatea ca un bărbat ce și-a vătămat partenera în trecut să recidiveze. Factorii vizați în stabilirea probabilității de recidivă sunt incidentele anterioare domestice sau în afara familiei, prezența încarcerărilor în istoric, eșecul în respectarea măsurilor privative de libertate în antecedente, prezența amenințărilor cu privire la vătămare sau omor în cadrul celui mai recent incident, constrângerea partenerului în cadrul celui mai recent incident, existența a mai mult de un copil, existența unui copil al victimei cu un partener anterior, violența agresorului asupra altor persoane, abuzul de substanțe, vătămarea victimei în timp ce aceasta a fost însărcinată și, nu în ultimul rând, îngrijorarea victimei cu privire la repetarea abuzurilor și întâmpinarea de obstacole de către aceasta.

27.4. Evaluarea violenței la adulți – caracteristici specifice

După cum menționam și anterior, de cele mai multe ori, evaluarea violenței are loc într-un context specific și are implicații deosebite. Pentru buna desfășurare a acestui demers, Heilbrun (2009) atrage atenția asupra particularităților de care specialistul trebuie să țină cont în actul profesional, particularități pe care le vom rezuma în continuare :

Pregătirea pentru evaluare :

- Stabilirea scopului evaluării cât mai exact și alegerea instrumentului în funcție de scopul stabilit – fiecare tip de violență are propriii factori de risc.
- Stabilirea perspectivei asupra evaluării – dorim doar identificarea și clasificarea riscului sau ne interesează atât riscul, cât și nevoile persoanei ?
- Abordarea individului prin prisma populației căreia îi aparține din punctul de vedere al statutului legal (proces civil *versus* proces penal), vârstei (minor *versus* major), genului, sănătății mintale și al locației în care are loc evaluarea (evaluare în vederea instituționalizării *versus* evaluare în cadru instituționalizat – spital, mediu corecțional).
- Identificarea parametrilor relevanți – frecvența comportamentului indezirabil, locația, probabilitatea apariției violenței, natura riscului și a factorilor protectivi.
- Stabilirea surselor de informare.
- Colaborarea cu avocații, procurorii, judecătorii ce au rol în contextul evaluării și problemele etice ce apar.
- Informarea persoanei evaluate cu privire la motivul evaluării, cine a solicitat-o și cum vor fi utilizate informațiile, precum și cu privire la limitele confidențialității.

Colectarea datelor – abordarea riscului trebuie realizată atât prin metoda interviului (cu persoana evaluată și orice altă persoană implicată – victimă, martori), cât și prin utilizarea testelor psihologice și a instrumentelor de măsurare validate științific.

Interpretarea datelor – deși probabil redundant, reamintim faptul că interpretarea trebuie realizată în acord cu manualul instrumentului, fără a se aduce modificări, atât la nivel de cotare, cât și la nivel de interpretare psihologică.

Redactarea raportului de evaluare psihologică va conține, conform autorului, următoarele elemente : datele de identificare ; procedurile derulate ; datele din istoric relevante pentru scopul evaluării ; situația clinică actuală ; stabilirea discernământului – evaluarea riscului de violență sau a riscului de recidivă ; concluziile și recomandările.

Nu în ultimul rând, raportul de evaluare trebuie redactat într-o manieră simplă, astfel încât să fie ușor de înțeles de factorii de decizie.

27.5. Evaluarea violenței la minori – caracteristici specifice

În funcție de posibilele cauze ale violenței, maniera de combinare a factorilor de risc, vârsta la care apar comportamentele agresive și prevalența apariției fiecărui tip de violență, Tolan și Guerra (1994) propun un model multi-dimensional al violenței în cazul adolescenților, ce conține patru tipologii :

- *violența situațională* – se axează pe situațiile specifice în care pot apărea ori se pot agrava comportamentele agresive (perioadele de caniculă, în weekenduri, perioadele de stres ce sunt independente de caracteristicile individuale, statutul socioeconomic precar, discriminarea) ;
- *violența relațională* – apare la mai multe categorii de vârstă, inclusiv pe perioada adolescenței, și vizează disputele interpersonale, apărute îndeosebi în relație cu prietenii sau membrii familiei ;
- *violența instrumentală* – violența fie apare ca parte a unui pattern criminal sau comportament antisocial, fie este săvârșită în vederea atingerii unui obiectiv ;
- *violența psihopatologică* – apare ca efect al unei patologii neuronale sau psihologice, fiind aceea cel mai puțin frecventă în rândul adolescenților.

În vederea evaluării riscului de violență în cazul minorilor, nu putem ignora următoarele aspecte :

- a. *stabilirea gradului de discernământ* – conform Codului Penal, minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani nu răspunde penal, operând prezumția lipsei de discernământ, în cazul minorului cu vârsta cuprinsă între 14 și 16 ani operează aceeași prezumție a lipsei de discernământ până la proba contrarie (în funcție de gradul de dezvoltare psihofizică), iar în cazul minorului care a împlinit vârsta de 16 ani se prezumă existența discernământului (până la proba contrarie) ;
- b. *respectarea cadrului legal* – evaluarea psihologică a minorului fără acordul reprezentantului legal al acestuia se poate realiza doar în situații excepționale, în care se urmărește interesul superior al acestuia ;
- c. *precauția în stabilirea unui diagnostic* – instabilitatea specifică vârstei necesită o abordare atentă din partea psihologului clinician în stabilirea unui diagnostic, iar aici reamintim faptul că diagnosticarea Tulburării de personalitate antisocială, corelată frecvent cu comportamentele agresive, necesită o vârstă de minim 18 ani.

27.6. Dificultăți în evaluarea violenței

În domeniul evaluării violenței, dificultățile pot apărea în cadrul fiecărei etape ce trebuie parcursă. Astfel, în determinarea nivelului de risc și a factorilor ce favorizează conduita agresivă principala provocare este dată de alegerea instrumentului de evaluare. Specialistul trebuie să aibă în vedere ce instrumente sunt disponibile, care sunt proprietățile psihometrice ale acestora și, mai ales, care este criteriul după care le alege, fiind necesare cunoștințe teoretice asupra emoțiilor, cognițiilor și comportamentelor implicate (Mills, Kroner și Morgan, 2011). De asemenea, importanța în comunitate a domeniului trasează o responsabilitate deosebită în alegerea tipului de intervenție terapeutică utilizată, precum și o acceptare a limitelor confidențialității, ce nu mai poate fi asigurată 100% în momentul transmiterii informațiilor către factorul de decizie.

Bibliografie

- Aegisdóttir, S., White, M.J., Spengler, P.M., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S. *et al.* (2006). The meta-analysis of clinical judgment project : Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Bonta, J., Law, M., Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders : a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 123(2), 123.
- Donovan, C., Hester, M., Holmes, J., McCarry, M. (2006). *Comparing domestic abuse in same sex and heterosexual relationships*. Bristol : University of Bristol.
- Douglas, K.S., Skeem, J.L. (2005). Violence risk assessment : getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347.
- Girard, L., Wormith, J.S. (2004). The predictive validity of the Level of Service Inventory – Ontario Revision on general and violent recidivism among various offender groups. *Criminal Justice and Behavior*, 31(2), 150-181.
- Gray, N.S., Hill, C., McGleish, A., Timmons, D., MacCulloch, M.J., Snowden, R.J. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders : A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 443.
- Hanson, R.K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism* (User Report 97-04). Ottawa : Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., Thornton, D. (1999). *Static 99 : Improving actuarial risk assessments for sex offenders* (Vol. 2). Ottawa, Ontario, Canada : Solicitor General Canada.
- Hanson, R.K., Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders : a comparison of three actuarial scales. *Law and human behavior*, 24(1), 119.
- Hanson, R.K., Thornton, D. (2003). *Notes on the development of the Static-2002* (User Report 2003-01). Ottawa : Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T., Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision : The Dynamic Supervision Project* (Corrections User Report No. 2007-05). Ottawa : Public Safety Canada.
- Heilbrun, K. (2009). *Evaluation for risk of violence in adults*. OUP USA.
- Hilton, N.Z., Harris, G.T., Rice, M.E. (2006). Sixty-six years of research on the clinical versus actuarial prediction of violence. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 400-409.

- Hilton, N.Z., Harris, G.T., Rice, M.E., Lang, C., Cormier, C.A., Lines, K.J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment. *Psychological assessment*, 16(3), 267.
- Hollin, C.R., Palmer, E.J. (2003). Level of Service Inventory-Revised profiles of violent and nonviolent prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(9), 1075-1086.
- Kay, S.R., Flszbein, A., Opfer, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. 1093/schbul/13.2.261.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 337-343.
- McGarry, J., Simpson, C., Hinchliff-Smith, K. (2011). The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health & social care in the community*, 19(1), 3-14.
- Mills, J.F. (2017). Violence risk assessment: A brief review, current issues, and future directions. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(1), 40.
- Mills, J.F., Kroner, D.G., Hemmati, T. (2003). Predicting violent behavior through a static-stable variable lens. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(8), 891-904.
- Mills, J.F., Kroner, D.G., Morgan, R.D. (2011). *Clinician's guide to violence risk assessment*. Guilford Press.
- Nafekh, M., Motiuk, L.L. (2002). *The statistical information on recidivism, revised 1 (SIR-R1) scale: a psychometric examination*. Ottawa, Ontario: Correctional Service of Canada. Research Branch.
- Russell, D., Springer, K.W., Greenfield, E.A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 448-453.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T. et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A. et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Tolan, P., Guerra, N. (1994). *What works in reducing adolescent violence*. Boulder, CO: The Center for the Study and Prevention of Violence.
- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M., Moesgen, D. (2008). Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems: results from a cross-european study. *Child Abuse Review*, 17(6), 387-409.
- Villeneuve, D.B., Quinsey, V.L. (1995). Predictors of general and violent recidivism among mentally disordered inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 22(4), 397-410.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, S.D., Hart, S.D. (1997). Assessing risk of violence to others. In C.D. Webster & M.A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 251-277). New York: Guilford.
- Witt, K., Van Dorn, R., Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS one*, 8(2), e55942.
- Wong, S.C., Gordon, A. (2006). The validity and reliability of the Violence Risk Scale: A treatment-friendly violence risk assessment tool. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12(3), 279.

28. Evaluarea psihologică în situație de divorț

Armand Veleanovici

Centrul de evaluare, expertiză și intervenție psihologică Expert Psy

Rezumat

Evaluările psihologice, expertizele psihologice judiciare și extrajudiciare, necesare instanțelor de judecată pentru stabilirea interesului superior al copilului în soluționarea unor spețe privind exercitarea autorității părintești, stabilirea domiciliului copilului și dimensionarea unui program de legături personale ale fiecărui părinte cu copilul, reprezintă un demers dificil și cu implicații serioase asupra destinului persoanelor implicate.

Ne propunem să oferim psihologilor implicați în evaluarea și expertiza psihologică a copilului o metodologie clară și coerentă, inspirată atât din literatura de specialitate, fiind consultați o serie de specialiști în domeniu, cât și din experiența profesională proprie din sistemul de protecție a copilului și din domeniul privat.

Procedura de evaluare propusă în această lucrare este în acord cu principiile și standardele etice ale Asociației Americane de Psihologie (APA) și cu recomandările Federației Europene a Asociațiilor de Psihologie (EFPA) în ceea ce privește activitatea psihologilor care realizează evaluări pentru instanțe.

28.1. Preliminarii

Litigiile privind custodia copilului apar atunci când părinții nu reușesc să se înțeleagă cu privire la domiciliul, programul de legături personale și luarea deciziilor importante pentru copil. De cele mai multe ori, părțile se adresează unei instanțe pentru rezolvarea litigiului, deși în prezent există soluții mult mai puțin costisitoare, de timp și bani : apelarea la un consilier, un mediator sau un notar.

Pentru a lua o decizie corectă, în interesul superior al copilului, judecătorul trebuie să analizeze o serie de probe depuse de părți. În ultima perioadă, instanțele solicită din ce în ce mai des opinia unor specialiști în sănătate mintală, a psihologilor din sistemul de protecție a copilului sau a unor specialiști independenți.

Având în vedere că evaluarea psihologică a copilului, părinților și a relațiilor dintre aceștia reprezintă un demers dificil, este necesar ca specialistul evaluator să dețină informații din diferite domenii : psihologie, psihiatrie și drept. De asemenea, este necesară

o experiență practică solidă în domeniul evaluării, psihodiagnosticului, consilierii și psihoterapiei copilului, adultului și familiei. Structura de psihologie în cadrul căreia se realizează evaluarea trebuie să dețină licența de utilizare a unor instrumente psihologice de evaluare a copilului și adultului adecvate scopului evaluării, validate și etalonate pe populație românească, avizate de comisia de specialitate a Colegiului Psihologilor. În caz contrar, apare un risc crescut de a realiza o evaluare slabă calitativ, neprofesionistă, care nu reflectă corect situația familiei sau include concluzii și recomandări în divergență cu studiile științifice actuale. De asemenea, există riscul de a comite încălcări ale normelor de etică și deontologie profesională și chiar ale reglementărilor legale.

În multe cazuri, în evaluarea situației familiei, specialistul este confruntat cu acuze reciproce ale celor doi părinți, referitoare la comportamente violente fizic sau verbal între parteneri sau de abuz și neglijare asupra copilului.

28.2. Introducere

Aspecte legislative. În prezent, expertiza psihologică judiciară nu este reglementată legal, în domeniul psihologiei neexistând experți autorizați. Legislația civilă prevede, în art. 330 din Codul de procedură civilă, că instanța, din oficiu sau la cererea părților, poate solicita punctul de vedere al uneia sau mai multor personalități ori specialiști din cadrul unor universități, institute, organizații profesionale sau altele asemenea. Se face distincția între expertul judiciar, stabilit de instanță, și expertul parte, numit de una dintre părțile unui proces, care poate recunoaște corectitudinea expertizei făcute de expertul judiciar sau își expune separat punctul de vedere.

Aspecte etice și deontologice. Codul deontologic al profesiei de psiholog elaborat de Colegiul Psihologilor din România include o serie de reglementări cu relevanță pentru activitatea psihologilor care întocmesc evaluări pentru stabilirea custodiei.

Astfel, între principiile fundamentale pentru exercitarea profesiei de psiholog, Codul deontologic include Principiul competenței, specializării și integrității profesionale, precizând la art. 7, alin. (1): Profesia de psiholog se exercită în baza atestatului de liberă practică, potrivit treptelor de specializare și specialităților profesionale, atestate de către Colegiu, raportate la competențele profesionale reglementate. În septembrie 2014 au fost publicate de către Colegiul Psihologilor din România Standardele de calitate în serviciile psihologice. Documentul nu ia în considerare experiența profesională a psihologului examinator, singurul criteriu fiind legat de vechimea în profesie (treapta de specializare) și absolvirea unor cursuri de formare profesională complementară sau continuă.

În art. 10, alin. (4) din Codul deontologic se precizează că psihologii trebuie să acționeze pentru oameni și în interesul acestora, punând în prim-plan *interesul superior al copilului*, aspect reglementat și de Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului.

Principiul informării și obținerii consimțământului prealabil obligă psihologul să informeze beneficiarul serviciilor psihologice despre particularitățile și riscurile evaluării. Astfel, art. 15 stabilește că psihologul examinator trebuie să informeze beneficiarul, înainte de a demara procedura de evaluare, despre condițiile, scopul, durata, procedurile și metodele utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidențialității actului psihologic, precum și dreptul beneficiarului de a întrerupe sau de a se retrage oricând din ședința psihologică.

În cazul copilului minor, psihologul trebuie să obțină acordul și consimțământul pentru evaluarea sau asistența psihologică de la cel puțin unul dintre reprezentanții legali ai acestuia (art. 16, alin. [1]). Consimțământul prealabil nu este necesar în situații de urgență – alin. (3) sau când evaluarea este solicitată de instanță – alin. (6). Potrivit alin. (2), evaluarea psihologică a copilului nu poate fi împiedicată în niciun fel de către reprezentanții legali ai acestuia, dacă aceasta este necesară pentru evaluarea stării de sănătate a copilului, în interesul superior al acestuia. Trebuie avute în vedere și prevederile art. 36, alin. (3) și (4) din legea 272/2004 care stipulează că în situația în care, din orice motiv, un părinte nu își exprimă voința pentru luarea deciziilor importante privind copilul, acestea se iau de către părintele cu care copilul locuiește, cu excepția situației în care acest lucru contravine interesului superior al copilului.

În ceea ce privește confidențialitatea, art. 14 reglementează acest aspect. Psihologul are obligația de a respecta confidențialitatea și secretul profesional, cu excepția cazului menționat la alin. (5), care prevede că, la solicitarea instanței de judecată, psihologul este obligat să comunice datele obținute în urma evaluărilor sau intervențiilor de consiliere sau psihoterapeutice.

Federația Europeană a Asociațiilor Psihologilor – *European Federation of Psychologists' Associations (EFPA)* propune o serie de recomandări pentru psihologii care realizează evaluări pentru instanțe. Se insistă asupra competenței psihologilor (art. 3.1.), care trebuie să fie în măsură să-și aprecieze cu justă măsură limitele și să nu accepte să ofere servicii în condițiile în care nu sunt pregătiți profesional și nu au competență în domeniul pentru care au fost solicitați. Sunt tratate aspecte privind valorile personale și culturale ale psihologului, care pot intra în conflict cu cele ale clienților, atenția care trebuie acordată părților mai defavorizate, pentru a le facilita o bună exprimare a intereselor și nevoilor, limitele confidențialității și conflictul de interese.

Asociația Psihologilor Americani – *American Psychological Association (APA)* a elaborat în 2010 documentul intitulat *Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings*. Acesta include recomandări detaliate pentru psihologii care întocmesc evaluări pentru stabilirea custodiei și a altor aspecte conexe. Sunt detaliate aspecte privind : nivelul de competență specializată, rolul de evaluator imparțial, obligativitatea acestuia de a face distincția dintre propriile valori și cele ale clientului evaluat (vârsta, sexul, identitatea de gen, etnia, naționalitatea, religia, orientarea sexuală, un eventual handicap, limba, cultura și statusul social), evitarea conflictului de interese sau a relațiilor multiple, obținerea consimțământului informat, limitele confidențialității, obligația de a-și baza concluziile pe suficiente informații, obținute prin aplicarea unor metode, tehnici și instrumente adecvate, fundamentarea recomandărilor pe interesul superior al copilului, pe ipoteze, interpretări și concluzii în concordanță cu standardele profesionale și științifice.

28.3. Procedura de evaluare

Planul de evaluare. Este indicat ca procedura de evaluare să se realizeze conform unui plan elaborat de către psiholog și particularizat în funcție de caz și care va include :

- a. informarea părinților cu privire la procedura de evaluare ; încheierea contractului de prestări servicii ; preluarea/aplicarea chestionarelor și ghidurilor de interviu preliminar ;

- b. evaluarea părinților : definirea istoricului familial ; evaluarea climatului familial ; evaluarea relațiilor dintre cei doi părinți ; evaluarea abilităților și competențelor parentale ;
- c. evaluarea copilului în funcție de obiectivele stabilite : evaluarea nivelului de dezvoltare ; evaluare cognitivă, emoțională, comportamentală ;
- d. evaluarea relației părinte-copil : comunicare, atașament, calitatea relaționării, stil parental, comportament parental în relație cu copilul, relația dintre cei doi părinți și modul în care este integrat copilul, nivelul de conflictualitate parentală și impactul asupra copilului ;
- e. comunicarea concluziilor evaluării (opțional).

Documente preliminare. Înainte de a începe evaluarea, psihologul trebuie să se asigure că a obținut consimțământul unuia sau ambilor părinți și acordul copilului, dacă vârsta acestuia impune. Obținerea consimțământului nu este necesară în cazul în care evaluarea este dispusă de instanță.

Psihologul examinator încheie un contract cu fiecare dintre părinți, stabilind prețul evaluării, termenele și, dacă este cazul, modul de plată. Prețul poate varia în funcție de complexitatea cazului și de numărul de persoane care trebuie evaluate.

Este recomandat ca la întâlnirea preliminară să se prezinte ambii părinți, fără copil, pentru ca evaluatorul să poată observa modul de comunicare și nivelul de conflictualitate dintre aceștia. Acest lucru este dificil de realizat dacă între cei doi părinți există un nivel foarte înalt de conflict.

Înainte de a programa prima ședință de evaluare, la întâlnirea preliminară, psihologul poate transmite fiecărei părți un chestionar privind istoricul parental, pe care subiectul să îl completeze la domiciliu, în ritmul propriu. Informațiile solicitate pot fi obținute și în urma unui interviu semistructurat ; cu toate acestea, completarea unui chestionar în afara cabinetului reduce substanțial durata evaluării și, implicit, costul acesteia.

Un model de chestionar privind istoricul parental este *Parenting History Survey*, realizat de S. Greenberg și L. Humphreys. Acesta solicită subiectului informații detaliate privind datele demografice, istoricul familiei, ariile de conflict, prezența unor tulburări psihice, consumul de alcool sau drog, punctele tari și cele slabe ale fiecăruia dintre părinți. Chestionarul poate fi transmis și prin poștă, curier sau e-mail. Părinții vor fi instruiți să returneze formularul completat cu câteva zile înainte de prima ședință.

De asemenea, subiecții evaluării vor fi informați cu privire la procedura de evaluare și limitele confidențialității. Este indicat ca fiecare părinte să primească aceste informații în scris, semnând pentru luarea la cunoștință.

Părinții vor fi invitați la evaluare în zile sau la ore diferite pentru a evita un eventual conflict și pentru a putea oferi fiecăruia timpul necesar pentru realizarea interviului și aplicarea instrumentelor de evaluare, în medie 2-3 ore. Psihologul va solicita fiecăreia dintre părți să aducă sau să trimită documentele pe care le consideră importante pentru evaluare. Pot fi relevante documente precum : procese-verbale întocmite de organele de poliție, sentințe judecătorești, documente medicale, fișe de evaluare de la grădiniță sau școală, evaluări psihologice, documente întocmite de serviciile publice de asistență socială și protecția copilului etc.

Interviul clinic. Interviul cu fiecare dintre părinți începe cu obținerea de informații demografice, incluzând numele, adresa de domiciliu, numărul de telefon, statutul marital și ocupația. În continuare sunt adresate întrebări privind familia de origine, urmărindu-se

stabilitatea și dinamica acesteia, structura și mediul familial, istoricul de abuz sau neglijare, abuzul de alcool sau consumul de drog, antecedentele psihiatrice sau problemele cu legea, care ar putea influența comportamentul actual al subiectului. Subiectul poate fi întrebat despre ceea ce a apreciat și ceea ce a respins la părinții săi, la stilul parental al acestora.

Interviul include întrebări privind eventualele traume sau situații stresante prin care a trecut subiectul: abuz fizic, emoțional sau sexual, neglijare, violență domestică, abandon, pierderi, alte traume cauzate de violența socială, accidente, dezastre naturale etc. Este investigată evoluția școlară, performanțele academice și comportamentul pe parcursul perioadei școlare, deficiențele de învățare, includerea în clase sau școli speciale. Se urmărește și parcursul profesional, cu accent pe perioadele de șomaj, dificultățile în relaționarea cu colegii și superiorii, formarea și experiența profesională. Urmează trecerea în revistă a comportamentului în mediul social, abilitățile de relaționare, existența unui grup de prieteni sau izolarea socială, sprijinul social, comportamentul delinvent sau apartenența la grupuri cu preocupări antisociale. Psihologul solicită informații privind istoricul psihiatric și eventualul diagnostic, simptomele prezente, modul în care acestea influențează comportamentul subiectului, tipul, durata și eficacitatea tratamentului, participarea la consiliere psihologică sau psihoterapie individuală sau de grup.

În continuare, subiectul este chestionat în privința istoricului medical, se notează bolile de care a suferit sau de care suferă în prezent, tratamentul prescris, utilizarea de vitamine sau alte suplimente alimentare, frecvența vizitelor la medic. Sunt solicitate informații privind fumatul, consumul de alcool sau de drog.

Evaluarea abilităților parentale are în vedere investigarea următoarelor domenii: cunoașterea și satisfacerea de către părinte a nevoilor de dezvoltare fizică, psihică, socială și spirituală a copilului, specifice vârstei și situației concrete, capacitățile acestuia de a dezvolta o relație afectivă pozitivă și comunicarea cu copilul, abilitățile de a identifica, exprima și tolera emoțiile negative, stabilirea limitelor, a regulilor și disciplinarea, capacitatea de autocontrol și de management al stresului și al conflictelor. Este important de evidențiat modul în care părinții petrec timp cu copilul, activitățile în care îl implică, calitatea comunicării cu acesta. Părintelui i se poate cere să descrie o zi obișnuită petrecută împreună cu copilul, o zi de vacanță, poate fi întrebat despre aspectele pozitive și negative ale copilului, ce ar dori să schimbe la acesta, cum se vede în rolul de părinte.

În actualul context social, caracterizat printr-o mobilitate fără precedent, o atenție deosebită trebuie acordată aspectelor culturale și religioase, fiind necesar ca evaluatorul să dețină informații solide privind practicile culturale și religioase care influențează organizarea și modul de funcționare a familiei și creșterea copilului.

Abuzul și violența domestică. Un aspect deosebit de important pe care evaluatorul trebuie să îl aibă în vedere este reprezentat de violența intrafamilială. Evaluările care implică acuzații de comportamente violente față de celălalt părinte sau față de copil sunt dificile, fiind necesar ca evaluatorul să aibă o formare specifică și experiență în astfel de situații.

Acuzele de rele tratamente făcute în contextul unei dispute pentru custodie trebuie tratate cu rezervă, având în vedere că, în ultima perioadă, există tendința de a se recurge la false acuzații de abuz. Ekman (2009, în Veleanovici și Dumitriu, 2015) constată că abuzul sexual este reclamat în peste 10% dintre dosarele de divorț în care părinții își dispută custodia copiilor, mamele fiind principalele autoare ale acestor acuze. Art. 89 din Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului prevede că orice copil are dreptul de a fi protejat împotriva abuzului, neglijării, exploatării, traficului, migrației ilegale,

răpirii, violenței, pornografiei prin Internet, precum și a oricăror forme de violență. Orice persoană fizică sau juridică, precum și copilul, poate sesiza Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului competentă teritorial să ia măsurile corespunzătoare pentru a-l proteja împotriva oricăror forme de violență. Conform alin. (3), psihologul care are suspiciuni asupra unui posibil caz de abuz, neglijare sau rele tratamente are obligația de a sesiza de urgență direcția generală de asistență socială și protecția copilului.

Psihologul investighează acuzele de rele tratamente asupra părintelui sau asupra copilului, pe care fiecare dintre părți le face pe parcursul procesului de evaluare. Sunt avute în vedere aspecte precum amenințări, autoagresare, agresiuni fizice, emoționale sau sexuale, violența față de animale sau distrugerea de obiecte, comportamentele de încălcare a intimității, abuzul de alcool, consumul de drog, limitarea sau blocarea accesului la copil, refuzul de a respecta hotărârile judecătorești, lipsa de cooperare în creșterea și educația copilului, inclusiv refuzul de a contribui financiar la acestea, lipsa abilităților parentale sau a disponibilității de a îngriji copilul. Evaluatorul solicită subiectului să descrie pe scurt și detaliat situațiile pe care le consideră abuzive, oferind informații despre cele mai grave sau cele mai recente evenimente, cu accent pe modul în care comportamentul celuilalt părinte a afectat copilul.

În final, psihologul realizează o *examinare a stării psihice prezente* a subiectului, notând informații privind latura cognitivă, afectivă, comportamentală și psihofiziologică.

Evaluarea copilului se realizează pe parcursul a cel puțin două-trei ședințe, în funcție de caz. Copilul este adus la cabinetul psihologic de părintele la care locuiește. Este recomandat ca psihologul să evalueze copilul în absența părintelui, în funcție de vârsta copilului și de nivelul său de dezvoltare. Psihologul stabilește o relație cu copilul, explicându-i acestuia motivul evaluării, utilizând un limbaj adaptat nivelului său de înțelegere.

Metodele sunt asemănătoare cu cele utilizate în cazul evaluării părintelui: observația, interviul, aplicarea unor probe psihologice adecvate vârstei copilului și obiectivelor evaluării. Sunt notate informații privind datele de identificare ale copilului, pregătirea școlară și/sau profesională, date despre structura familiei, dezvoltarea psihomotorie, antecedente patologice sau familiale, istoricul de abuz sau alte traume, motivul examinării. Psihologul urmărește următoarele aspecte: nivelul de dezvoltare, latura cognitivă și cea afectivă, relaționarea cu părinții, alți adulți și cei de aceeași vârstă.

În cazul în care au existat acuze de violență intrafamilială sau rele tratamente față de copil, examinarea trebuie să aibă în vedere și identificarea posibilelor simptome ce pot să apară la copilul abuzat/neglijat.

Administrarea testelor psihologice. Testarea psihologică a părinților se realizează în cazul în care este solicitată expres de către instanță. În funcție de obiectivele evaluării, se aplică probe psihologice de personalitate, scale clinice, teste de inteligență, instrumente pentru evaluarea abilităților parentale. Este recomandat să se aplice aceleași probe ambilor părinți, chiar dacă doar unul dintre ei manifestă comportamente problematice.

Testele psihologice aplicate trebuie să respecte condițiile impuse de reglementările în vigoare. Astfel, Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică prevede la art. 8 că psihologii au obligația să se asigure că metodele și tehnicile de evaluare și asistență psihologică pe care le utilizează sunt adecvate obiectivelor serviciilor psihologice ce urmează să le presteze către beneficiari.

Psihologul examinator are obligația să utilizeze instrumente avizate de către comisia de specialitate a Colegiului, potrivit instrucțiunilor de utilizare puse la dispoziție de

producător sau distribuitor, astfel încât să nu pună în pericol viața, precum și integritatea fizică și psihică a beneficiarilor. În cazul utilizării unor metode și tehnici de evaluare nestandardizate, psihologii sunt obligați să informeze și să obțină consimțământul prealabil al beneficiarului direct. Conform alin. (5), metodele și tehnicile de evaluare psihologică nestandardizate și nevalidate nu pot fi utilizate pentru psihodiagnoza care conține clasificări și ierarhizări de orice formă sau care pot aduce atingere imaginii persoanei. O listă completă a probelor psihologice avizate de Comisia metodologică conform Normelor de avizare a metodelor și tehnicilor de evaluare și asistență psihologică este publicată pe site-ul Colegiului Psihologilor din România.

O atenție deosebită trebuie acordată tendinței părinților de a se prezenta într-o lumină mai bună sau de a denatura adevărul. Recomandăm utilizarea preponderent a instrumentelor de evaluare care includ scale de dezirabilitate socială sau de inconsistență.

Evaluarea relației părinte-copil. Înainte de programarea ședinței de evaluare a relației părinte-copil, evaluatorul informează părintele că trebuie să fie pregătit pentru aproximativ o oră în care să se implice într-o activitate cu copilul, de obicei în joc.

Pentru observarea relaționării părinte-copil este recomandat ca spațiul să fie dotat cu o oglindă unidirecțională, asemenea celor din cadrul unor centre de evaluare a copilului abuzat sau neglijat aparținând direcțiilor de protecție a copilului. O alternativă este înregistrarea audio și/sau video a ședinței, dacă psihologul a obținut consimțământul prealabil al subiecților evaluați.

Psihologul sugerează participanților la evaluare să se implice într-o activitate comună, care să le facă plăcere, să fie amuzantă. Copilul și părinții pot alege diferite jucării din cabinetul psihologic sau pot aduce propriile materiale. Nu este indicat să se folosească cărți de joc sau jocuri, deoarece necesită un nivel scăzut de relaționare și comunicare între subiecți. Evaluatorul apreciază dacă materialele alese sunt adecvate nivelului de dezvoltare a copilului. Psihologul observă interacțiunea dintre părinte și copil, apropierea fizică, contactul emoțional, comunicarea verbală și nonverbală, reacțiile părintelui la comportamentul copilului, modelul educațional. Sunt notate comportamente cum ar fi : respectarea sau nerespectarea de către copil a instrucțiunilor jocului sau a cerințelor părintelui ; comportamentele inadecvate ale copilului – plânge, țipă, aruncă sau distruge obiecte, lovește părintele ; comportamentele părintelui – laudă, ceartă, încurajează, critică, etichetează copilul ; contactul fizic dintre aceștia.

Pe parcursul ședinței de evaluare a relației părinte-copil psihologul evaluator are în vedere : relația de atașament, stilul parental, relația parentală, competențele parentale, evaluarea pe principalele dimensiuni funcționale, reacția copilului la absența unuia dintre părinți, părintele către care se orientează în mod frecvent pentru a solicita ajutorul, modul în care comunică cu fiecare. Toate aceste date urmează a fi corelate cu rezultatele obținute la probele psihometrice și cele proiective, pentru a întregi tabloul final al evaluării.

Evaluarea competențelor și abilităților parentale implică evaluarea următoarelor coordonate : cunoașterea și satisfacerea de către părinte a nevoilor de dezvoltare fizică, psihică, socială și spirituală a copilului, specifice vârstei și situației concrete ; capacitățile acestuia de a dezvolta o relație afectivă pozitivă și comunicarea cu copilul ; abilitățile de a identifica, exprima și tolera emoțiile negative, stabilirea limitelor, a regulilor și disciplinarea ; capacitatea de autocontrol și de management al stresului și al conflictelor. Este important de evidențiat modul în care părinții petrec timp cu copilul, activitățile în care îl implică, calitatea comunicării cu acesta.

Vizita la domiciliu. Vizitele evaluatorului la domiciliul părinților copilului pot fi necesare în situația în care au fost făcute acuze de rele tratamente sau de comportament abuziv. Acestea se realizează rareori de psihologii care lucrează în mediul privat. În cazul specialiștilor din sistemul de protecție a copilului, vizitele la domiciliu se realizează pentru întocmirea anchetei psihosociale sau pentru monitorizarea familiei și a programului de legături personale cu copilul, conform legislației în vigoare. Este de menționat că specialiștii din cadrul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, aflați în exercitarea atribuțiilor de serviciu, beneficiază de dreptul de acces la domiciliul persoanelor fizice care au în îngrijire sau asigură protecția unui copil, în caz de nevoie putând solicita sprijinul organelor de poliție, conform art. 99 din legea 272/2004.

Obținerea de informații de la alte persoane. În situația în care psihologul consideră că datele obținute în urma interviului și evaluării subiecților și studierea documentelor puse la dispoziție nu sunt suficiente, confirmarea sau infirmarea acuzațiilor aduse de fiecare dintre părți se poate realiza prin obținerea de informații din surse colaterale, indicate de acestea. Acestea pot fi persoane care cunosc bine situația copilului sau/și a părintelui – membri ai familiei, bonă, educatoare, învățătoare, profesor, diriginte, medic de familie sau medic specialist, vecin, șef, coleg de serviciu etc.

Contactarea persoanelor indicate se poate face în urma obținerii consimțământului părților implicate în evaluare. Intervievarea acestora se poate face la cabinetul psihologic sau prin telefon, sau li se poate transmite o listă de întrebări despre situația familiei, la care să răspundă în scris.

Interviul final, de încheiere a evaluării, poate fi realizat separat cu fiecare dintre părinți, cu prezența ambilor părinți sau chiar și cu prezența copiilor, în funcție de caz. Rolul acestuia este de a clarifica ultimele detalii ale evaluării și de a prezenta constatările și concluziile psihologului.

28.4. Instrumente utilizate pentru evaluarea/expertiza psihologică

Evaluarea psihologică a copilului în situații de divorț se realizează pe parcursul mai multor ședințe și include interviul cu părinții și copilul, evaluarea nivelului de dezvoltare cognitivă și a personalității acestuia, evaluarea posibilelor simptome și identificarea eventualelor tulburări psihice, evaluarea atașamentului și relaționării copilului cu fiecare dintre părinți. Atenția este focalizată în principal pe simptomele și comportamentele ce pot apărea în cazul copiilor care au trecut printr-un divorț: acuze somatice, depresie – scăderea stimei de sine, sentimente de vinovăție; comportament auto sau heteroagresiv; simptome disociative – perioade de amnezie, neatenție, stări de transă, crize isterice; simptome anxioase – anxietate generalizată, fobii, insomnie, coșmaruri.

Din interviul cu părinții sunt obținute date cu privire la copil și la familia acestuia. Sunt notate informații privind datele de identificare ale copilului, pregătirea școlară și/sau profesională, date despre structura familiei, dezvoltarea psihomotorie, antecedentele patologice sau familiale, istoricul de abuz sau alte traume, motivul examinării.

Pentru evaluarea copilului sunt utilizate diverse instrumente psihologice care să permită măsurarea aspectelor investigate, dintre care le menționăm pe cele mai utile: Sistemul

Achenbach al Evaluării Bazate Empiric – ASEBA ; Behaviour Assessment System for Children – BASC 2 ; Chestionarul de evaluare a copiilor – ECI-4 și Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor – CSI-4 ; Testul DENVER II – Denver Developmental Screening Test – DDST ; Bateria de evaluare neuropsihologică a copiilor – NEPSY ; Millon Adolescent Clinical Inventory – MACI ; Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory – M-PACI ; Trauma Symptom Checklist for Children – TSCC ; Child Depression Inventory – CDI ; Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC ; Hierarchical Personality Inventory for Children – HIPIC ; State-Trait Anxiety Inventory ; Interviu Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru copii – KID-SCID ; Scala Multi-dimensională de Percepție a Controlului la Copii – SMPCC ; Scala de Convingeri Raționale pentru Copii – CSRB ; Testele proiective de desen : Testul Arborelui (DAT), Testul Persoanei (DAP), Desenul Familiei (DAF), Testul Cuibului (BND), Animalul Inexistent, Testul Mâinii ; Fabulele Düss ; Testul de Apercepție pentru Copii – CAT ; Testul de Apercepție Roberts 2 ; Testul Rorschach.

Evaluarea psihologică a părinților este dispusă în unele cazuri de instanța de judecată. Instanța poate stabili ca obiectiv evaluarea relației fiecărui părinte cu copilul, a nivelului de dezvoltare intelectuală, a competențelor parentale, nivelului empatiei, identificarea unor tulburări psihice care ar putea afecta relația părintelui cu copilul sau capacitatea acestuia de a oferi îngrijire și educație corespunzătoare. Pentru evaluare pot fi utilizate diverse instrumente psihologice, cele mai utile fiind : Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 – MMPI-2 ; Millon Clinical Multiaxial Inventory-III – MCMI-III ; Sistemul de evaluare clinică – SEC ; Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM-IV – SCID-I ; Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa II a DSM-IV – SCID-II ; Inventarul de Personalitate NEO Revizuit – NEO PI-R ; NEO Five-Factor Inventory – NEO-FFI ; Nonverbal Personality Questionnaire – NPQ ; Five-Factor Personality Inventory – FFPI ; Chestionarul de Personalitate cu 5 Factori – CP5F ; Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire – ZKPQ ; Chestionarul de investigare a competenței parentale – C.C.P. (S. Glăveanu, PhD).

28.5. Evaluarea utilizând tehnici expresiv-creative

Tehnicile expresiv-creative pot fi integrate cu succes în procedura de evaluare a cazurilor de divorț, având capacitatea de a completa informațiile de ordin psihologic obținute în urma procesării probelor standardizate aplicate. Acest tip de tehnici are meritul de a elimina barierele și blocajele de ordin conștient, oferind, astfel, acces la procese și componente psihice aflate dincolo de expunerea prin comunicarea directă. Înțelese ca limbaje artistice universale, de ordin simbolic, metode precum desenul, colajul, modelajul, tehnicile corporale, se pot dovedi extrem de utile în abordarea psihologică a copilului și familiei.

Tehnicile creative de desen. Utilizarea expresiei grafice în procesul de evaluare facilitează crearea unei imagini de ansamblu și de detaliu asupra modului în care este organizată familia ; evidențiază relațiile dintre membri și percepția fiecăruia asupra dinamicii intrafamiliale ; permite reprezentarea simbolică și analiza unor probleme ale unui membru al familiei sau ale întregii familii ; permite surprinderea zonelor de conflict, a granițelor și a alianțelor ; creează o imagine legată de abilitățile parentale și modul în care este organizată relația fiecărui părinte cu copilul.

Colajul reprezintă metoda de a realiza o creație cu ajutorul unor imagini prestabilite, de diverse tipuri. Mecanismul este cel de identificare a diverselor părți din sine sau din exterior cu imaginile deja create și de a da un sens și o interpretare creației astfel realizate. Metoda colajului facilitează o serie de tehnici ce au ca scop autoconștientizarea, autoexplorarea, conștientizarea granițelor, restructurarea personală, rezolvarea creativă de probleme. Utilizarea colajului în procesul de evaluare permite aprecierea calității interacțiunilor dintre membri în situația de divorț; facilitează expunerea problemei, viziunea asupra acesteia; favorizează exprimarea în moduri constructive a unor conflicte de ordin psihic sau relațional; permite observarea modului în care membrii familiei se influențează reciproc; oferă acces către universul interior individual.

Modelajul. Metoda modelajului presupune utilizarea unor materiale precum plastilina, lutul, coca, ipsosul, cu scopul de a da o formă observabilă unor conținuturi psihice, trăiri, emoții sau unor situații externe, cu scopul analizei, prelucrării și reintegrării lor într-un mod sănătos. Utilizarea modelajului permite punerea într-o formă observabilă și conștientizabilă a unor trăiri, emoții; permite clarificarea rolurilor; facilitează punerea în scenă a relațiilor prin intermediul unui facilitator expresiv; sprijină exprimarea sentimentelor; permite observarea modului în care relaționează membrii familiei; facilitează punerea în scenă a unor situații și explorarea lor.

Tehnicile corporale reprezintă o manieră de a pune în act, cu ajutorul corpului și a unor obiecte de „recuzită” (mobilier, obiecte vestimentare etc.), o serie de trăiri, emoții, situații, conținuturi interne sau contexte externe, în scopul analizei lor, a identificării mecanismelor care stau la baza lor, a emoțiilor asociate și a unor căi de soluționare a lor. Astfel este facilitată conștientizarea unor trăiri și exprimarea lor, punerea în act a unor situații sau trăiri (dramatizare), vizualizarea la nivel concret a unor probleme care țin de dimensiunea emoțională; evaluarea calității interacțiunilor dintre membrii familiei.

28.6. Raportul final

Evaluarea sau expertiza psihologică clinică se încheie cu un raport, care va fi prezentat, după caz, clientului/clientilor sau autorității care l-a solicitat. În practica curentă utilizăm modelul propus de Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie din cadrul Colegiului Psihologilor din România.

Raportul psihologic este structurat pe cinci secțiuni :

- I. *Informații despre client/clienti.* În prima secțiune sunt notate informații despre clientul sau clienții ce au fost evaluați. Sunt consemnate date precum numele, prenumele, data nașterii, vârsta, codul numeric personal, domiciliul, adresa la care locuiește în prezent. Este indicat să fie incluse și informații privind familia clientului : starea civilă (căsătorit, necăsătorit, divorțat, cuplu consensual), membrii familiei, iar în cazul copiilor structura familiei (organizată, dezorganizată), dacă locuiește cu ambii părinți, doar cu unul dintre aceștia sau în familia extinsă, dacă este adoptat sau beneficiază de o măsură de protecție (asistent maternal profesionist, centru de plasament).

În continuare sunt consemnate antecedentele personale : boli somatice, tulburări psihice, toxicomanii. În cazul în care sunt depuse la dosar documente referitoare la starea de sănătate a clientului, se notează data și numărul acestora, unitatea emitentă și diagnosticul

stabilit de medic. În același mod se notează concluziile evaluărilor psihologice anterioare. Se pot introduce informații privind eventualele traume suferite de client, separări sau mutări, pierderi (doliu), stresori recenți și eventualele probleme de încălcare a legii. Dacă este necesar, se poate face un scurt istoric al cazului, menționând aspectele relevante.

II. *Obiectivul psihodiagnosticului și evaluării/expertizei.* În această secțiune se notează obiectivul/obiectivele evaluării sau expertizei, la solicitarea clientului sau al unei autorități. Acestea pot fi generale (de exemplu, evaluarea stării de sănătate psihică) sau specifice (de exemplu, evaluarea copilului și familiei pentru stabilirea domiciliului și timpului de vizitare). Dacă solicitarea a fost făcută de o autoritate (instanță, parchet, poliție), se notează numărul și data documentului și instituția emitentă. Este de menționat faptul că, în secțiunea V. *Recomandări*, psihologul examinator va trebui să facă referință la fiecare dintre obiectivele stabilite inițial.

III. *Descrierea succintă a componentelor psihologice.* Sunt notate datele la care clientul/clientii au fost prezenți în cabinetul psihologic, eventual descrierea pe scurt a activităților realizate în ședința respectivă. În cazul în care clientul este minor, se notează persoana care l-a însoțit la evaluare. În aceeași secțiune apar informații privind documentele ce au fost depuse de clienți pentru a fi studiate de examinator: sentințe judecătorești, documente medicale, evaluări psihologice, corespondență, documente întocmite de diverse instituții etc. Se notează titlul documentului, numărul (dacă e cazul) și data, persoana sau instituția emitentă.

În continuare este prezentată metodologia evaluării sau expertizei psihologice și instrumentele psihologice utilizate. Raportul include un tabel organizat pe șase dimensiuni: cognitiv, subiectiv/emoțional, comportamental, psihofiziologic, personalitate și mecanisme de coping, relaționare interpersonală. Pentru fiecare dintre aceste niveluri este necesar să fie notate aspectele evaluate și metodele utilizate.

Sugerăm includerea unei descrieri pe scurt a instrumentelor utilizate – chestionare, teste, interviuri, formulare – astfel încât persoanele cărora li se adresează raportul, chiar dacă nu sunt de specialitate, să își poată face o idee asupra metodelor folosite.

IV. *Concluzii.* Reprezintă secțiunea cea mai importantă a raportului de evaluare sau expertiză psihologică. Pentru început, recomandăm notarea informațiilor relevante obținute în urma observației și interviului, a completării diverselor formulare, includerea rezultatelor obținute la testele psihologice aplicate, cu menționarea scorurilor și a semnificației acestora. În continuare se vor prezenta concluziile propriu-zise; sugerăm organizarea acestora pe cele șase niveluri prezentate în secțiunea anterioară, pentru a obține un raport mai clar și mai ușor de înțeles. Concluziile vor urmări și vor răspunde la fiecare dintre obiectivele stabilite la începutul evaluării sau expertizei psihologice.

V. *Recomandări.* Ultima secțiune a raportului de evaluare sau expertiză psihologică include recomandări aflate în relație atât cu obiectivele, cât și cu concluziile menționate. În situația în care psihologul examinator observă aspecte importante privind clientul evaluării, de exemplu, referitoare la unele tulburări psihice sau nevoi speciale de îngrijire, este recomandat să le noteze în această rubrică, chiar dacă nu se referă strict la obiectivul solicitat.

Raportul trebuie să primească un număr, să fie datat, semnat, parafat și ștampilat, iar în final se va aplica în partea din dreapta sus a primei pagini timbrul, conform normelor CPR.

Concluzii

Articolul de față propune un ghid practic, o metodologie structurată de evaluare/expertiză psihologică a familiei în situații de divorț, bazată atât pe literatura de specialitate, cât și pe experiența dobândită pe parcursul practicii în domeniu. Sugerează o serie largă de instrumente cu ajutorul cărora psihologul evaluator poate realiza o evaluare profesionistă, documentată și validă sub aspect clinic. Evident, arsenalul clinicianului specializat în acest domeniu poate suferi oricând îmbunătățiri.

În același timp, articolul atrage atenția asupra faptului că specialistul psiholog implicat în acest tip de activități profesionale se confruntă cu problematica spinoasă a familiei în conflict și cu consecințele acesteia. În România nu există, la ora actuală, în afara serviciilor oferite de sistemul de protecție a copilului, o rețea adecvată de suport pentru familiile care traversează această criză, capabilă să ofere sprijinul și resursele necesare, astfel încât divorțul să nu mai constituie o traumă pentru cei implicați. Puține sunt familiile care apelează la sprijin de specialitate în aceste cazuri, din alte motive decât cele legale. Rolul specialistului, în această situație, este de a dezvolta programe de sprijin pentru familiile care traversează aceste experiențe și de a le face cunoscute, în acest sens fiind nevoie de implicare, profesionalism, specializare, documentare, contact direct cu beneficiarul și, nu în ultimul rând, rezultate.

Exemplu de raport de psihodiagnostic și evaluare clinică

Familia POPESCU

I. *Informații despre client*

Numele și prenumele : *POPESCU IOANA*

Vârsta și data nașterii : 8 ani și 5 luni/17.09.2008

Sexul : F

Adresa : xxx

ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE

Psihiatrice : neagă ;

Medicale : fără relevanță ;

Toxicomanii : nu.

ANTECEDENTE FAMILIALE

Traume : nu ;

Separări/mutări : de tată ;

Pierderi nerezolvate (doliu prelungit) : nu este cazul ;

Stresori recenți : nu este cazul ;

Probleme cu legea : nu este cazul ;

DATE DESPRE STRUCTURA FAMILIEI :

Mama : POPESCU MARIA

Tata : POPESCU VASILE

Structura familiei : dezorganizată, în urma despărțirii părinților. Copilul locuiește împreună cu mama, la domiciliul acesteia.

II. *Obiectivul psihodiagnosticului și evaluării*

Expertiza psihologică a fost solicitată de Judecătoria XXX, pentru soluționarea dosarului XXXXX/XXX/2016. Obiectivele expertizei psihologice, stabilite de instanță, sunt : evaluarea copilului, părinților și relației dintre aceștia pentru stabilirea domiciliului minorei și a programului de legături personale.

III. *Descrierea succintă a componentelor psihologice*

Evaluarea psihologică s-a desfășurat astfel :

- 12.01 – interviu cu mama copilului, evaluarea situației familiei ;
- 14.01 – interviu cu tatăl copilului, evaluarea situației familiei,
- 17.01 – evaluarea copilului ; evaluarea tatălui ;
- 18.01 – evaluarea mamei ;
- 21.01 – evaluarea copilului ;
- 24.01 – evaluarea copilului și a relației acestuia cu tatăl ;
- 28.01 – evaluarea relației copilului cu mama.

Copilul a fost adus la cabinetul psihologic de către mama sa.

Ambii părinți au fost cooperanți cu psihologul evaluator pe parcursul procesului de monitorizare și au participat la ședințele programate ;

Metode și tehnici psihologice utilizate :

- *pentru evaluarea copilului* – observația, interviul cu copilul și părinții acestuia, desenul liber, desenul familiei, CBCL – ASEBA, CAT, Roberts ;
- *pentru evaluarea părinților și a relației cu copilul* – observația, interviul, MCMI-III, Inventarul C.C.P. – Chestionarul de investigare a competenței parentale ;
- *Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric* – ASEBA, dezvoltat de T.M. Achenbach și L.A. Rescorla, adaptat de A. Dobrea (2009) și distribuit în România de Romanian Psychological Testing Services Cluj-Napoca, cuprinde un set de chestionare pentru evaluarea competențelor, a funcționării adaptative și a problemelor copiilor și adolescenților. Pe baza scalelor ASEBA pot fi evaluate următoarele categorii de probleme : Anxietate/Depresie, Însingurare/Depresie, Acuze somatice, Probleme de relaționare socială, Probleme de gândire, Probleme de atenție, Neatenție, Hiperactivitate/Impulsivitate, Comportament de încălcare a regulilor, Comportament Agresiv, care acoperă următoarele tulburări psihice : tulburări afective și anxioase, tulburări somatice, ADHD, tulburări de tip opoziționist și de conduită ;
- *Children's Apperception Test – Testul de Apercepție pentru Copii* – CAT, autori Leopold Bellak și Sonia Sorel Bellak, ajută la înțelegerea raporturilor dintre copil, personajele

și tendințele cele mai importante din viața sa. Testul permite depistarea și cercetarea amănunțită în ce privește: organizarea/dezorganizarea personalității, conflictele aferente problematicii oedipiene (rivalitate, dependență, fixații, ambivalență), maturizarea/imaturitatea afectivă și atitudinală, raportul dintre instanțele personalității (Sine-Eu-Supraeu) și mecanismele de apărare utilizate în cazul unui dezechilibru existent între acestea, eventuale puncte de fixație ale copilului, trăsăturile nevrotice: anxietate, depresie, nervozitate, agresivitate, imaturitate, aspecte regresive, problematici sexuale, tendințe obsesionale, ambivalență, tendințele psihotice și indicii de toxicomanie, tulburările de personalitate;

- *Testul de Apercepție Roberts 2* – este a doua ediție a Testului Roberts de Apercepție pentru copii, realizat de Glen E. Roberts, PhD, și distribuit de Psychological Assessment Resources Incorporation, USA. Testul se adresează copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani și este destinat evaluării percepției sociale în dezvoltare și a altor schimbări care intervin pe măsură ce individul se dezvoltă;
- *Testul Desenul familiei* – (DAF), autor Louis Corman. Reprezentarea constelației familiale a copilului prin intermediul desenului familiei este considerată ca unul dintre cele mai bune teste proiective. Dimensiunile personajelor familiale, poziția lor în spațiul grafic, distanța între membrii familiei și dintre aceștia și copilul investigat reprezintă elemente importante de diagnostic;
- *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* – MCMI-III, autori Theodore Millon, PhD, DSc, Carrie Millon, PhD, Roger Davis, PhD, Seth Grossman, PsyD. Este adaptat de Daniel David, PhD, și distribuit în România de TestCentral București. Este un instrument psihometric menit să ofere informații referitoare la psihopatologie, inclusiv tulburări din DSM-IV. MCMI-III oferă o evaluare validată empiric, relevantă și fidelă, pentru a veni în sprijinul psihologilor și al altor specialiști în domeniul sănătății mintale în mediul clinic, medical, judiciar etc. MCMI-III este ideal pentru uzul persoanelor care sunt evaluate pentru dificultăți emoționale, comportamentale și interpersonale. Instrumentul ajută la: evaluarea interacțiunii tulburărilor de Axa I și de Axa II pe baza sistemului de clasificare DSM-IV; identificarea caracteristicilor profunde și pervazive de personalitate care stau la baza simptomelor pacientului; o înțelegere integrată a relației dintre caracteristicile de personalitate și sindroamele clinice, pentru a facilita deciziile de tratament;
- *Inventarul CCP* – Chestionarul de investigare a competenței parentale a fost realizat de S. Glăveanu, PhD, pornind de la studii empirice, calitative. Autoarea realizează o viziune plenară/integratoare a modelului parental, având incluse secvențe conceptuale provenind de la mai mulți autori (printre care Diana Baumrind, B. Spock, E. Fischbcin, Dorothy Law Nolte și Rachel Ilarris, I. și D.D. Dolean, Carmen Ciofu etc.).

IV. Concluzii

IV.1. Numele și prenumele: POPESCU IOANA

Examenul stării psihice prezente

Aspect general: dezvoltare fizică conform vârstei biologice; vestimentație adecvată condițiilor meteorologice; igienă corespunzătoare;

Atitudine, relaționare cu examinatorul: cooperantă, deschisă;

Comunicare verbală : vocabular bogat, fără tulburări ;
 Comunicare nonverbală : concordantă cu comunicarea verbală ;
 Percepție : adecvată realității ; nu prezintă tulburări perceptivă ;
 Orientare : orientat spațio-temporal, auto și alopsihic, conform vârstei ;
 Discernământ : conform nivelului de dezvoltare psihică ;
 Atenție : nu prezintă tulburări prosexice ;
 Memorie : nu prezintă tulburări mnezice ;
 Dezvoltare intelectuală : medie-superioară ;
 Dispoziție/Afect : nu prezintă tulburări afective semnificative clinic ;
 Agresivitate : în limite normale ;
 Apetit : păstrat ;
 Modificări ale somnului, coșmaruri, pavor nocturn, somn întrerupt : nu prezintă tulburări hipnice ; rareori coșmaruri ;
 Rezistența la frustrare : în limitele normale ;
 Comunicare/Relaționare : nu prezintă dificultăți de relaționare .

Din aplicarea CBCL – ASEBA mamei copilului, dna Popescu Maria, reies următoarele :

- Anxietate/Depresie : fără semnificație clinică ;
- Însingurare/Depresie : fără semnificație clinică ;
- Acuze somatice : *tendințe ușoare, sub nivelul de semnificație clinică ;*
- Probleme sociale : fără semnificație clinică ;
- Probleme de gândire : fără semnificație clinică ;
- Probleme de atenție : fără semnificație clinică ;
- Comportament de încălcare de reguli : fără semnificație clinică ;
- Comportament agresiv : *tendințe ușoare, sub nivelul de semnificație clinică ;*
- Alte probleme : fără semnificație clinică .

Dna Popescu notează drept aspecte pozitive ale copilului : „Ioana este un copil foarte sociabil, sufletist, înțelept”. În același timp, dna Popescu notează ca îngrijorări : „va rămâne cu trauma după proces, psihologi...”.

Din aplicarea CBCL – ASEBA tatălui copilului, dl Popescu Vasile, reies următoarele :

- Anxietate/Depresie : fără semnificație clinică ;
- Însingurare/Depresie : fără semnificație clinică ;
- Acuze somatice : fără semnificație clinică ;
- Probleme sociale : *tendințe ușoare, sub nivelul de semnificație clinică ;*
- Probleme de gândire : fără semnificație clinică ;
- Probleme de atenție : fără semnificație clinică ;
- Comportament de încălcare de reguli : fără semnificație clinică ;
- Comportament agresiv : *tendințe ușoare, sub nivelul de semnificație clinică ;*
- Alte probleme : fără semnificație clinică ;

Dl Popescu notează drept aspecte pozitive ale copilului : „Veselă, deșteaptă, suflet bun, iubește animalele”. În același timp, dl Popescu notează ca îngrijorări : „schimbarea de comportament”.

În urma observării comportamentului verbal și nonverbal al fetei, au reieșit următoarele :

- Fetița este deschisă, cooperantă și comunicativă în relație cu psihologul evaluator ;
- În cadrul primei ședințe de evaluare fetița povestește din proprie inițiativă evenimente și situații în cadrul cărora tatăl acesteia a fost agresiv fizic și verbal cu mama sa.

În urma realizării interviului cu fetița, au reieșit următoarele :

- Rugată să relateze o amintire plăcută cu mama sa, fetița povestește cu ușurință o situație, oferind multe detalii ; solicitându-i-se să povestească o amintire frumoasă pe care o are cu tatăl, fetița relatează un eveniment petrecut înainte ca părinții să se despartă ;
- Rugată fiind să povestească o amintire plăcută cu tatăl după ce părinții s-au despărțit, inițial fetița afirmă că nu are nicio amintire ; la solicitarea psihologului, fetița povestește pe scurt un moment în care a fost împreună cu tatăl ei și o prietenă la mall.
- Copilul afirmă că nu vrea să se ducă să-l viziteze pe tată la domiciliul acestuia pentru că „nu-mi place acolo, acasă la el, că el locuiește într-un apartament cu o fată care are un bebeluș” ; fetița afirmă că prima dată când l-a vizitat pe tată la domiciliul acestuia și a văzut că locuiește cu partenera sa, s-a speriat crezând că tatăl le-a părăsit pe ea și pe mama sa ;
- Despre vizitele pe care tatăl i le face, fetița afirmă că o vizitează „cam rar” și că ar fi vrut să fie „o familie” ;
- În ceea ce privește explicațiile pe care copilul le oferă pentru faptul că nu vrea să-și vadă tatăl, acesta povestește două evenimente la care a asistat și în care mama a fost agresată de tată ;
- Despre primul eveniment, Ioana povestește că s-a întâmplat în perioada Crăciunului trecut, în casa în care locuiește în momentul prezent alături de mama sa ; fetița povestește : „...și la un moment dat a venit tati, stătea pe telefon și numai pe telefon, eu îl întrebam ceva, el era concentrat la telefon și mami tot avea telefonul în mână și mami vorbea prin mesaje cu tati și mami i-a scris lui tati să se joace și cu mine, să nu se mai uite în telefon, tati s-a supărat, s-a ridicat, eu am fugit sus că avem și etaj și când m-am întors, tati nu m-a văzut, tati am văzut cum i-a dat cu piciorul în mână. I-a dat tare că a stat bandajată cu ea. Și când a plecat, a venit să mă pupe, mami i-a zis n-o mai pupa și i-a dat o palmă și apoi a plecat. Apoi eu am stat cu mami jos în sufragerie, mami plângea și apoi a venit el din nou și apoi mami s-a dus s-a îmbrăcat sus, apoi am zis că nu vreau să stau cu tati, m-a îmbrăcat și pe mine și m-am dus cu ea în mașină și am plecat și am mers în parcare, noi avem o biserică aproape de casă și am dormit până la unu noaptea în mașină în fața bisericii. Eu m-am speriat rău, nu știam ce o să se întâmple” ;
- După acest eveniment Ioana afirmă că a rămas „cam traumatizată” ; întrebată fiind ce anume înseamnă să fii „traumatizată”, fetița afirmă zâmbind : „că sunt supărată pe el” ;
- Fetița mai povestește un alt eveniment de când ea avea patru ani, petrecut în casă și în care tatăl „dădea cu perna în mama”, fetița percepend ca agresiv gestul tatălui, întrucât a văzut-o pe mama ei plângând. De asemenea, copilul afirmă că mama nu l-a lovit niciodată pe tată, în ciuda faptului că anterior fetița a povestit evenimentul când mama l-a pălmuit pe tată ;
- Despre momentele în care tatăl vine la programul de legături personale, Ioana povestește că tatăl fie își rezolvă sarcinile de serviciu pe telefon, fie se joacă cu ea de-a v-ați ascunselea sau mănâncă împreună ;

- Copilul oferă detalii și povestește implicat despre momentele în care se joacă cu tatăl său. De asemenea, fetița afirmă că, atunci când tatăl nu poate veni să o viziteze, o trimite pe prietena ei cea mai bună pe la ea. Despre momentele în care se joacă cu tatăl ei, Ioana afirmă că i-ar plăcea să se joace și mama împreună cu ei, însă aceasta din urmă nu dorește ;
- Fetița își exprimă dorința de reunire a familiei : „Aș vrea sa fim toți trei măcar acolo, să ne jucăm împreună. Că niciodată nu vor să fim împreună. Eu tot încerc să-i fac să se împace” ;
- Fetița afirmă că își iubește ambii părinți ;
- Întrebată fiind ce anume ar scrie într-o scrisoare adresată tatălui său, fetița afirmă : „la mulți ani, te iubesc, tati, să fie fericit de ziua lui și să nu fie trist. Acum, de ziua lui, să dăruiască, să nu mai fie rău sau mincinos cu mami și cu prietenii lui”.

În urma aplicării Testului Desenul Familiei, au reieșit următoarele :

- Fetița desenează de la stânga la dreapta următoarele personaje : ea însăși, „mami”, „pisica mea”, „Jasper, câțelul meu”, „câțelul Mimi”, „puiul lui Mimi” și „Mimi” ;
- În centrul desenului s-a desenat pe sine și pe mamă ;
- Animalele desenate corespund situației reale, sunt animalele ei de companie ;
- Fetița stabilește vârstele reale ale tuturor personajelor desenate, doar personajului care întrupează pisica îi atribuie vârsta de 37-38 de ani, afirmând că deși știe care este vârsta reală, așa și-a dorit ea să își imagineze ;
- Solicitându-i-se să povestească despre personajele pe care le-a desenat, fetița povestește despre mamă că : „mereu zâmbește, chiar dacă mai sunt perioade grele sau când e supărată”. Întrebată fiind la ce anume se referă prin „perioade grele”, fetița afirmă : „cele cu tati – au fost (perioadele – nota psihologului) și ale ei și ale mele, pentru că mie mi-ar fi plăcut să fim toți trei o familie”.

În concluzie, reprezentarea în desen a pisicii familiei, singurul personaj căruia îi atribuie o altă vârstă decât cea reală, ar putea semnifica la nivel simbolic introducerea mascată în desenul familiei a figurii paterne. Desenul pune, de asemenea, în evidență importanța oferită de copil figurii materne.

În urma aplicării Testului de Apercepție CAT, au reieșit următoarele :

Figura paternă este percepută ca părăsind familia sau dorind să ia copilul cu el ; refuzul copilului de a merge cu tatăl și alianța copilului cu figura maternă ; sentimentele de tristețe ale copilului în urma părăsirii familiei de către tată și consolarea lui de către mamă

- Planșa I : „Într-o dimineață, o găinușă care avea trei pui a adus mâncare pentru toți. Cei trei au mâncat cu poftă. Atunci a venit cocoșul-tată și i-a spus că vrea să plece la o altă găinușă. Și puii au plâns. Și mama i-a liniștit și le-a adus din nou viermișori. Și tatăl a plecat și puișorii au rămas doar cu mama” ;
- Planșa II : „Într-o seară, mama cu puiul se plimbau prin pădure. Mama a prins o sfoară, iar tatăl trăgea de celălalt capăt al sforii să-l ia pe pui. (...) Puiul nu voia să meargă (cu tatăl – nota psihologului) pentru că a văzut odată cum tatăl-urs a lovit-o o dată pe mama-urs” ;

- Planșa III : „Într-o dimineață, un tată-leu care era regele-leu se gândea cum să-și ia puiul de la mama-leu. (...) Puiul n-a vrut, iar tatăl-leu nu a înțeles și, la un moment dat, i-a spus puiul că nu vrea. Tatăl-leu s-a dus iar în palatul lui și stătea și se mai gândea. I-a venit o idee – să se mute cu copilul altundeva. Când s-a dus iarăși, copilul a zis nu. Atunci tatăl-leu se mutase în Europa, i-a lăsat în pace și mama cu puiul au trăit fericiți”.

Nevoia foarte puternică a copilului de a primi afecțiune, în special în relație cu figura maternă

- Planșa IV : „Într-o dimineață, mama-cangur avea doi pui. Se grăbea foarte tare la piață, să facă mâncare la copii. (...) Atunci au plecat toți la piață, au cumpărat ce le trebuia, și-au făcut de mâncare și au mâncat toți liniștiți” ;
- Planșa V : „Într-o seară, doi bebeluși-urs dormeau în patul lor, în timp ce mama-urs căuta toată noaptea după mâncare. Iar de dimineață, când se trezeau, au mirosit un miros de cozonac. Și atunci s-au dat jos din pat și când mama a venit, n-a mai găsit niciun cozonac” ;
- Planșa VI : „Într-o dimineață, o mamă-urs și un pui-urs dormeau buștean, iar puiul s-a trezit și a alergat până a găsit o mură, plantată de mama lui. Atunci puiul s-a pus pe mâncat și a mâncat toate proviziile pentru iarnă. Iar când mama s-a trezit, n-a mai găsit nicio provizie” ;
- Planșa IX : „Într-o dimineață, un pui de iepuraș se trezește și miroase de la mama lui iepuraș un miros de ciorbiță. Iepurașul merse la bucătărie, luă smântână și mănca ciorbița toată” ;
- Planșa X : „Într-o dimineață, un pui de cățel făcuse pipi în pampers. Mama când a vrut să-l schimbe, cățelul fugise în baie și s-a încuiat acolo. Mama a venit pe geam și l-a gădilat. Atunci cățelul, când a văzut-o, a deschis ușa și a mâncat toată smântâna din frigider” ;

Figura maternă este percepută de copil ca oferind afecțiune și îngrijire în mod adecvat

- Planșa VI : „(...) Iar atunci mama-urs a venit la urs și a spus : Data viitoare, spune-i lui mami când ai nevoie să mănânci. Mama îl iertă și trăiră fericiți” ;
- Planșa IX : „(...) Atunci când mama se întorsese, îl vedea pe pui gras în pat. Atunci l-a trezit și i-a zis : Altă dată spune-i lui mama când ți-e foame și nu mai mânca toată ciorba. Când s-au trezit de dimineață, au fost binedispuși și fericiți” ;
- Planșa X : „(...) Atunci cățelul, când a văzut-o, a deschis ușa și a mâncat toată smântâna din frigider. Atunci mama când a văzut, l-a iertat și au plecat în parc. S-au jucat, puiul de cățel era foarte fericit și mama la fel”.

În urma aplicării Testului de Apercepție Roberts 2, au reieșit următoarele :

Figura maternă este percepută ca oferind afecțiune și îngrijire în mod adecvat

- Planșa II : „O mamă a ajutat-o pe fata ei să nu mai plângă deoarece fetei i se stricase o jucărie care-i plăcea foarte mult. Și apoi a venit mama cu o trusă de jucării și i-a reparat-o, i-a pus bateriile și s-a jucat în continuare fericită” ;
- Planșa III : „Într-o seară, o fetiță își făcea temele. La un moment dat o durea capul, iar atuncea mama ei a venit cu o pastilă, i-a dat ei, a băut-o și după aia n-a mai durut-o

capul și și-a făcut temele ; după ce le-a terminat mama a fost foarte mândră de ea și s-au jucat împreună” ;

- Planșa XI : „Într-o zi, o fetiță se trezise și văzuse că are vărsat de vânt. Ea s-a mirat și se duse la mama ei. Mama i-a dat cu o cremă, iar atunci fetei îi trecuse”.

Anxietatea copilului de a-și pierde mama și dorința de reunire a familiei

- Planșa VII : „Într-o dimineață, o fetiță a avut un vis urât. S-a trezit imediat și a spus : Oau, ce vis urât am avut ! Visul urât a fost că a crezut că și-a pierdut mama. Și când s-a trezit, nu s-a mai speriat și s-a culcat la loc și a avut un vis frumos – că are o familie frumoasă și că se joacă toți împreună – mama, tata și ea” ;
- Planșa V : „Într-o dimineață, o fată merse la mama ei s-o întrebe dacă o lasă în parc. Părinții ei răspunseră că se mai gândesc dacă își face temele și se culcaseră. În a doua zi, de dimineață, fetița se trezi iarăși, se duse și-și trezise părinții și părinții îi spusera că se poate duce în parc. Fetița fuse foarte fericită și le mulțumi. Atunci părinții ei au mers cu ea în parc, s-au jucat toți trei și au fost fericiți”.

Prezența geloziei fraterne

- Planșa X : „Într-o zi, mama unei fetițe născuse un bebeluș. Fetița se uitase la bebeluș, se uitase și la mamă și fetița crezuse că mama îl iubește mai mult pe bebeluș. Când fetița i-a spus asta mamei, i-a spus că o mamă își iubește ambii copii, chiar dacă este mai mic și trebuie să stea mai mult cu el, chiar dacă tu ești mai mare. Și atunci fetița a înțeles, și-a îmbrățișat mama și i-a mulțumit că o iubește”.

Trăirile de afecțiune ale copilului față de tată

- Planșa XVI : „Într-o seară, un băiat îi făcuse o scrisoare tatei, în care îi spunea că îl iubește foarte mult și era ziua tatălui și la mulți ani. Iar tatăl o citi cu mare atenție și îi mulțumi. Și atunci petrecuse și se distrase foarte bine”.

În concluzie, din aplicarea celor două teste de a percepție tematică reiese faptul că figura maternă este percepută de copil ca oferind afecțiune și îngrijire în mod adecvat. Pe fondul ușoarei anxietăți a copilului de a nu-și pierde mama, precum și al alianței fetiței cu mama, sentimentele și modul de relaționare a copilului cu tatăl apar ca fiind ambivalente. Pe de o parte, așa cum a reieșit din testele aplicate, fetița prezintă atașament și are sentimente de iubire față de tată, iar pe de altă parte, fetița pare a face alianță cu mama și a-și respinge tatăl la nivel declarativ pentru că acesta a părăsit familia și a fost perceput de copil ca fiind agresiv cu mama.

În urma evaluării modului de relaționare dintre copil și mamă, au reieșit următoarele :

- Fetița s-a implicat alături de mama sa într-un joc ce a durat aproximativ 15 minute ; folosindu-se de niște figurine, Ioana și mama sa au creat și dramatizat împreună o poveste ;
- Ioana a manifestat bucurie, plăcere de a se juca cu mama sa, a comunicat cu ușurință și a glumit cu aceasta ;
- De asemenea, dna Popescu a comunicat cu ușurință cu fetița, a glumit cu aceasta și a manifestat reacții și comportamente adecvate și adaptate vârstei și reacțiilor copilului ;
- Jocul s-a încheiat la momentul indicat de psihologul evaluator, atât Ioana, cât și mama sa manifestând dorința de a continua să se joace împreună.

În urma evaluării modului de relaționare dintre copil și tată, au reieșit următoarele :

- Fetița s-a implicat alături de tatăl său într-un joc : pe rând fiecare a ascuns obiecte prin cabinet, iar celălalt a trebuit să le găsească ;
- Jocul în care s-au implicat tatăl și fetița a durat aproximativ o jumătate de oră ;
- De-a lungul întregului interval de timp în care s-au jucat, atitudinea fetiței a fost una de deschidere, bucurie, plăcere de a se juca și de a relaționa cu tatăl său ;
- Tatăl fetiței a manifestat bune capacități de a se implica în joc, a comunicat și relaționat cu ușurință cu aceasta, manifestându-se afectuos față de Ioana și având reacții și comportamente adecvate și adaptate vârstei și reacțiilor copilului ;
- Jocul s-a încheiat la momentul indicat de psihologul evaluator, atât Ioana, cât și tatăl său manifestând dorința de a continua să se joace împreună.

În concluzie, în urma evaluării modului de interacțiune dintre fetiță și fiecare părinte în parte, au reieșit următoarele :

- Fetița a manifestat atașament față de fiecare părinte, comunicând și relaționând cu ușurință cu fiecare dintre ei ;
- Reacțiile și comportamentele fiecărui părinte au fost adecvate și adaptate vârstei și reacțiilor copilului ;
- Fiecare părinte a comunicat și relaționat cu ușurință și într-un mod afectuos cu fetița.

IV. 2. Numele și prenumele : POPESCU MARIA

În urma interviului și completării Listei acuzațiilor de rele tratamente față de copil, dna Popescu Maria bifează următoarele acuzațiile de rele tratamente ale tatălui față de copil :

- Maltratează sau agresează emoțional copilul ;
- Provoacă un scandal sau un conflict care produce stres copilului ;
- Refuză să respecte hotărârile judecătorești referitoare la copil (program de legături personale, domiciliu etc.) ;
- Nu cooperează în creșterea și educația copilului (de exemplu, refuză să discutăm problemele referitoare la copil) ;
- Spune despre mine lucruri care fac copilul să se simtă confuz, supărat sau trist ;
- Nu are abilități parentale sau experiență în creșterea copilului.

În susținerea acestor afirmații, dna Popescu descrie un eveniment petrecut în luna iunie a anului 2016 la care au luat parte : Ioana, prietenii dlui Popescu – dl R.T. și dl F.C. Dna Popescu notează faptul că, în cadrul evenimentului, dl Popescu a fost violent verbal cu dl F.C. și dl R.T., fetița asistând la acest eveniment. Dna Popescu afirmă că Ioana „s-a speriat foarte tare”, iar, pentru că dl Popescu nu i-a explicat fetiței ce s-a întâmplat, dânsa a vorbit cu fetița și a încercat să o liniștească. În ceea ce privește efectele negative ale acestui eveniment asupra copilului, dna Popescu notează : „Ioana se teme de tatăl ei, tot timpul se gândește că dacă greșește sau nu face ce spune el, se va comporta cu ea așa cum a văzut că face cu prietenii, cu mama ei, cu angajații”.

În urma completării Listei acuzațiilor de rele tratamente față de celălalt părinte, dna Popescu Maria bifează următoarele acuzații de rele tratamente ale dl Popescu față de dânsa :

- Amenință că îmi va face rău ;
- Mă tratează rău sau mă agresează fizic ;
- Mă tratează rău sau mă agresează emoțional ;
- Mă agresează sexual ;
- Încearcă să mă controleze financiar (de exemplu, refuzând să contribuie la cheltuielile de întreținere a copilului) ;
- Îmi încalcă intimitatea sau monitorizează acțiunile mele ;
- Provoacă un scandal sau un conflict care produce stres copilului ;
- Nu cooperează în creșterea și educația copilului (de exemplu, refuză să discutăm problemele referitoare la copil) ;
- Spune despre mine lucruri care mă fac să mă simt confuză, supărată sau tristă.

În susținerea acestor afirmații, dna Popescu descrie un eveniment petrecut în data de 25.12.2015, eveniment la care au participat dânsa, fetița și tatăl. Dna Popescu afirmă că a fost agresată fizic de dl Popescu de față cu fetița – lovită cu picioarele și cu pumnii. Dna Popescu afirmă că, în cadrul evenimentului menționat, l-a rugat pe dl Popescu să părăsească domiciliul și, ulterior, dânsa a făcut plângere la poliție, eliberându-i-se un certificat medico-legal. Despre efectele evenimentului asupra fetiței, dna Popescu notează : „Fetița a fost traumatizată (...). Prin violență fizică și verbală, dl Popescu a reușit să creeze o prăpastie între noi, precum și răceală din partea fetiței.”

În urma completării celor două Liste de acuzații de rele tratamente de către dna Popescu, a reieșit faptul că mama și copilul folosesc același cuvânt – „traumatizant” – pentru a descrie efectele actelor tatălui asupra stării psihice a fetiței. Dat fiind faptul că termenul mai sus amintit nu este specific vocabularului unui copil de 8 ani, acest lucru ar putea indica faptul că fetița a preluat din limbajul mamei termeni pe care aceasta din urmă i-a folosit pentru a descrie actele sau comportamentele dlui Popescu și efectele acestora de față cu fetița sau în comunicarea directă cu fetița.

În urma aplicării testului Millon Clinical Multiaxial Inventory-III – MCMI-III, au fost evidențiate următoarele rezultate :

Patternuri clinice de personalitate – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

- Schizoid – scor 47, fără semnificație clinică ;
- Evitant – scor 38, fără semnificație clinică ;
- Depresiv – scor 52, fără semnificație clinică ;
- Dependent – scor 59, crescut ;
- Histrionic – scor 63, crescut ;
- Narcisist – scor 53, fără semnificație clinică ;
- Antisocial – scor 45, fără semnificație clinică ;
- Sadic – scor 37, fără semnificație clinică ;
- Compulsiv – scor 51, fără semnificație clinică ;

Negativist – scor 28, fără semnificație clinică ;
 Masochist – scor 53, fără semnificație clinică ;
 Schizotipal- scor 32, fără semnificație clinică ;
 Borderline- scor 41, fără semnificație clinică ;
 Paranoid – scor 49, fără semnificație clinică.

Sindroame clinice moderate – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

Anxietate – scor 45, fără semnificație clinică ;
 Somatoform – scor 53, fără semnificație clinică ;
 Bipolar – maniacal – scor 57, fără semnificație clinică ;
 Distimie – scor 20, fără semnificație clinică ;
 Dependență de alcool – scor 43, fără semnificație clinică ;
 Dependență de droguri – scor 40, fără semnificație clinică ;
 Tulburare de stres posttraumatic – scor 17, fără semnificație clinică.

Sindroame clinice severe – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

Tulburare de gândire – scor 20, fără semnificație clinică ;
 Depresie majoră – scor 20, fără semnificație clinică ;
 Tulburare delirantă – scor 42, fără semnificație clinică.

În concluzie, în urma aplicării testului Millon Clinical Multiaxial Inventory-III – MCMI-III dnei Popescu Maria, nu se evidențiază tulburări psihice semnificative clinic.

Aplicarea Inventarului C.C.P. – Chestionarul de investigare a competenței parentale dnei Popescu Maria a evidențiat următoarele competențe :

Nivelul competenței parentale – ridicat – scor total 310 (minim 81, maxim 405).

Cunoaștere – scor 58, mediu (minim 17, maxim 85) – vizează abilitatea părintelui de a cunoaște, în funcție de etapele de vârstă ale copilului, nivelul de dezvoltare al acestuia și, pe baza acestei cunoașteri, de a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor.

Support afectiv și managementul stresului – scor 62, mediu (minim 17, maxim 85) – implică abilitatea părintelui de a cunoaște și utiliza modalități eficiente atât de prevenire, cât și de coping al stresului din familie ; presupune gestionarea situațiilor tensionale și oferirea unui suport afectiv care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative.

Disciplinare – scor 79, crescut (minim 19, maxim 95) – reflectă abilitatea părintelui de a comunica asertiv, de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, permițând astfel dezvoltarea tuturor potențialităților unei personalități armonioase.

Managementul timpului – scor 52, crescut (minim 14, maxim 70) – relevă, pe de-o parte, abilitatea părintelui de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil și, pe de altă parte, capacitatea sa de a coordona/dirija timpul copilului, de a crea contexte care să contribuie la stimularea gândirii critice și creatoare și la dezvoltarea simțului estetic și, de asemenea, care să susțină inserția socială a copilului.

Managementul crizelor – scor 59, crescut (minim 14, maxim 70) – reflectă abilitatea părintelui de a fi un bun lider, de a găsi soluții la problemele copilului împreună cu acesta, astfel depășind situațiile critice de natură educațională sau personală și determinând dezvoltarea gândirii critice și raționale a copilului, precum și a perseverenței în rezolvarea de probleme.

În concluzie, în urma aplicării Chestionarului de investigare a competenței parentale, dna Popescu Maria apare ca având foarte bune abilități parentale.

IV.1. Numele și prenumele : POPESCU VASILE

În urma interviului și completării Listei acuzațiilor de rele tratamente față de copil, dl Popescu Vasile bifează următoarele acuzații de rele tratamente ale mamei față de copil :

- Maltratează sau agresează emoțional copilul ;
- Încearcă să controleze financiar copilul (de exemplu, îi dă bani dacă face anumite lucruri) ;
- Încalcă intimitatea copilului sau monitorizează acțiunile sale ;
- A amenințat că își va face rău în prezența copilului ;
- Provoacă un scandal sau un conflict care produce stres copilului ;
- Îmi refuză contactul sau accesul la copil ;
- Refuză să respecte hotărârile judecătorești referitoare la copil (program de legături personale, domiciliu etc.) ;
- Nu cooperează în creșterea și educația copilului (de exemplu, refuză să discutăm problemele referitoare la copil) ;
- Spune despre mine lucruri care fac copilul să se simtă confuz, supărat sau trist.

În susținerea acestor afirmații, dl Popescu descrie un eveniment petrecut în cursul anului 2016, într-o zi de duminică, atunci când fetița a fost cu tatăl la domiciliul acestuia și i-a cunoscut pe actuala soție a tatălui și pe fratele acesteia. Dl Popescu afirmă că acea vizită a fost singura pe care fetița a făcut-o la domiciliul dânsului. Dl Popescu notează că atunci când a adus-o acasă la mamă pe fetiță : „mama i-a făcut scandal (fetiței – nota psihologului) și a simulat că îi este rău”. Dl Popescu relatează ceea ce s-a întâmplat ulterior reacției avute de mamă : „Comportamentul (fetiței – nota psihologului) s-a schimbat complet. Refuză orice relație cu actuala soție sau fratele ei. Cu mine nu mai merge nicăieri”.

În urma completării Listei acuzațiilor de rele tratamente față de celălalt părinte, dl Popescu Vasile bifează următoarele acuzații de rele tratamente ale dnei Popescu față de dânsul :

- Provoacă un scandal sau un conflict care produce stres copilului ;
- Îmi refuză contactul sau accesul la copil ;
- Nu cooperează în creșterea și educația copilului (de exemplu, refuză să discutăm problemele referitoare la copil) ;
- Spune despre mine lucruri care fac copilul să se simtă confuz, supărat sau trist.

Dl Popescu nu oferă detalii privind aspectele menționate.

În urma aplicării testului Millon Clinical Multiaxial Inventory-III – MCMI-III, au fost evidențiate următoarele rezultate :

Patternuri clinice de personalitate – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

Schizoid – scor 32, fără semnificație clinică ;
 Evitant – scor 48, fără semnificație clinică ;
 Depresiv – scor 37, fără semnificație clinică ;
 Dependent – scor 39, fără semnificație clinică ;
 Histrionic – scor 53, fără semnificație clinică ;
 Narcisist – scor 63, crescut ;
 Antisocial – scor 57, fără semnificație clinică ;
 Sadic – scor 42, fără semnificație clinică ;
 Compulsiv – scor 31, fără semnificație clinică ;
 Negativist – scor 38, fără semnificație clinică ;
 Masochist – scor 43, fără semnificație clinică ;
 Schizotipal- scor 39, fără semnificație clinică ;
 Borderline- scor 55, fără semnificație clinică ;
 Paranoid – scor 58, fără semnificație clinică.

Sindroame clinice moderate – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

Anxietate – scor 35, fără semnificație clinică ;
 Somatoform – scor 42, fără semnificație clinică ;
 Bipolar – maniacal – scor 49, fără semnificație clinică ;
 Distimie – scor 34, fără semnificație clinică ;
 Dependență de alcool – scor 47, fără semnificație clinică ;
 Dependență de droguri – scor 48, fără semnificație clinică ;
 Tulburare de stres posttraumatic – scor 29, fără semnificație clinică.

Sindroame clinice severe – scorurile peste 75 reflectă prezența tulburării la nivel semnificativ clinic :

Tulburare de gândire – scor 30, fără semnificație clinică ;
 Depresie majoră – scor 20, fără semnificație clinică ;
 Tulburare delirantă – scor 48, fără semnificație clinică.

În concluzie, în urma aplicării testului Millon Clinical Multiaxial Inventory-III – MCMI-III dlui Popescu Vasile, nu se evidențiază tulburări psihice semnificative clinic.

Aplicarea Inventarului C.C.P. – Chestionarul de investigare a competenței parentale dlui Popescu Vasile a evidențiat următoarele competențe :

Nivelul competenței parentale – mediu-ridicat – scor total 265 (minim 81, maxim 405).

Cunoaștere – scor 48, mediu (minim 17, maxim 85) – vizează abilitatea părintelui de a cunoaște, în funcție de etapele de vârstă ale copilului, nivelul de dezvoltare al acestuia

și, pe baza acestei cunoașteri, de a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor.

Suport afectiv și managementul stresului – scor 60, mediu (minim 17, maxim 85) – implică abilitatea părintelui de a cunoaște și utiliza modalități eficiente atât de prevenire, cât și de coping al stresului din familie; presupune gestionarea situațiilor tensionale și oferirea unui suport afectiv care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative.

Disciplinare – scor 70, crescut (minim 19, maxim 95) – reflectă abilitatea părintelui de a comunica asertiv, de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, permițând astfel dezvoltarea tuturor potențialităților unei personalități armonioase.

Managementul timpului – scor 39, mediu (minim 14, maxim 70) – relevă, pe de-o parte, abilitatea părintelui de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil și, pe de altă parte, capacitatea sa de a coordona/dirija timpul copilului, de a crea contexte care să contribuie la stimularea gândirii critice și creatoare și la dezvoltarea simțului estetic și, de asemenea, care să susțină inserția socială a copilului.

Managementul crizelor – scor 48, mediu (minim 14, maxim 70) – reflectă abilitatea părintelui de a fi un bun lider, de a găsi soluții la problemele copilului împreună cu acesta, astfel depășind situațiile critice de natură educațională sau personală și determinând dezvoltarea gândirii critice și raționale a copilului, precum și a perseverenței în rezolvarea de probleme.

În concluzie, în urma aplicării Chestionarului de investigare a competenței parentale, dl Popescu Vasile apare ca având bune abilități parentale.

CONCLUZII FINALE

În urma evaluării copilului și părinților acestuia, se evidențiază că Popescu Ioana prezintă :

1. *dezvoltare cognitivă medie-superioară ; nu prezintă tulburări cognitive semnificative clinic la momentul examinării ;*
2. *nivel afectiv : nu prezintă tulburări afective semnificative clinic la momentul examinării ; ușoară anxietate ;*
3. *nivel comportamental : nu au fost evidențiate tulburări de comportament ;*
4. *nu afirmă tulburări semnificative clinic ale apetitului sau somnului ;*
5. *dezvoltare : la nivelul așteptat ;*
6. *nu prezintă dificultăți de relaționare cu adulții sau egalii ;*

Relația copilului cu mama :

- *caldă, pozitivă, deschisă ;*
- *mama pare a fi principala figură de atașament a copilului ;*
- *dna Popescu prezintă abilități parentale suficient dezvoltate pentru creșterea și educarea copilului ;*
- *nu au fost evidențiate elemente de alienare parentală, cu excepția faptului că dna Popescu consideră că fetița nu poate fi obligată să își vadă tatăl dacă nu dorește și că nu are obligația de a interveni pentru ameliorarea relației tatălui cu copilul ;*

Relația copilului cu tatăl :

- pe parcursul evaluării, copilul a avut o relație pozitivă cu tatăl, s-a implicat în activitățile de joc, a cooperat cu acesta ;
- nu au fost evidențiate sentimente negative față de tată ;
- dl Popescu prezintă abilități parentale suficient dezvoltate pentru creșterea și educarea copilului.

Ambii părinți își exprimă disponibilitatea de a se implica responsabil în creșterea și educarea copilului, prezintă bune capacități cognitive și afective și par să dețină abilitățile parentale necesare. Nu există suspiciuni rezonabile că ar abuza de alcool, droguri sau alte substanțe. Afirmă că nu au fost reținuți, arestați sau condamnați ; că nu suferă de o boală somatică ce le-ar putea afecta capacitatea de îngrijire a copilului. Neagă un istoric psihiatric. Nu prezintă tulburări psihice semnificative clinic, care să le afecteze capacitatea de a se îngriji de creșterea și educarea copilului.

Ambii părinți au fost suficient de cooperanți în ceea ce privește respectarea programului de legături personale și, cu mici excepții, nu au sabotat și nu sabotează accesul copilului la celălalt părinte (alienare parentală).

Relația dintre părinți este tensionată, comunicarea dintre aceștia este deficitară.

V. Recomandări

Conform solicitărilor instanței, în urma evaluării psihologice a copilului, părinților și relației dintre aceștia, propun :

- **exercitarea autorității părintești în comun de ambii părinți**, având în vedere că în urma evaluării nu au fost identificate elemente care să ducă la suspiciunea că această decizie ar putea prezenta un risc pentru copil (alcoolism, tulburare psihică, dependență de alcool sau drog, violențe verbale sau fizice grave față de copil sau față de celălalt părinte etc.) ;
- **stabilirea domiciliului copilului la mamă**, având în vedere următoarele aspecte : vârsta copilului, disponibilitatea dnei Popescu de a crește copilul, abilitățile sale parentale, capacitatea de a veni în întâmpinarea nevoilor fetei ; relația de atașament mamă-fiică ;
- **un program de legături personale ale tatălui cu copilul care să țină cont de vârsta fetei, legătura de atașament și disponibilitatea dlui Popescu de a se ocupa de creșterea și îngrijirea copilului.**

Recomand :

- **inclusiunea ambilor părinți într-un program de consiliere parentală** având ca obiectiv îmbunătățirea abilităților de comunicare și conștientizarea nevoii copilului de a avea o relație pozitivă cu fiecare dintre părinți ;
- **consiliere în diada tată-fiică**, pentru îmbunătățirea relaționării.

psiholog clinician,
semnătura și parafa

Bibliografie

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* ; www.aacap.org.
- American Psychological Association (2010). Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings ; www.apa.org.
- Booth, Ph., Jernberg, A. (2010). *Theraplay. Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. San Francisco : Josey-Bass.

- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect : A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services ; www.childwelfare.gov.
- Dobrescu, I. (2005). *Psihiatria copilului și adolescentului*. București : Editura Medicală.
- Dolto, F. (2008). *Când părinții se despart*. București : Editura Trei.
- Drogin, E.Y., Dattilo, F.M., Sadoff, R.L. (2011). *Handbook of Forensic Assessment. Psychological and Psychiatric Perspectives*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Emery, R.E., Otto, R.K., O'Donohue, W.T. (2005). A Critical Assessment of Child Custody Evaluations. *Psychological Science In The Public Interest*, 6. Washington, DC.
- Everett, C. (2008). *Divorțul sănătos*. București : Editura Trei.
- Fuhrmann, G., Zibell, R.A. (2012). *Best Practices for Forensic Mental Health Assessments. Evaluation for Child Custody*. New York : Oxford University Press, Inc.
- Galatzer-Levy, R.M., Kraus, L., Galatzer-Levy, J. (2009). *The Scientific Basis of Child Custody Decisions*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Glăveanu, S. (2012). *Competența parentală – Modele de conceptualizare și diagnoză*. București : Editura Universitară.
- Goldstein, A.M. (Ed.) (2003). *Handbook of Psychology, Volume II, Forensic Psychology*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Jaffe, A.M., Mandeleew, D. (2011). Essentials of a Forensic Child Custody Evaluation. *Law Trends and News* ; www.americanbar.org
- Jennings, S. (2010). *101 Activities for Empathy and Awareness*. Buckingham : Hinton House Publishers.
- Marc, G. (2015). *Abuzul la copii, diagnoză și intervenție terapeutică*. București : Editura SPER.
- Marcelli, D. (2003). *Tratat de psihopatologia copilului*. București : Fundația Generația.
- Mitrofan, I. (2001). *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*. București : Editura SPER.
- Mitrofan, I. (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. Iași : Editura Polirom.
- Neamțu, G. (2003). *Tratat de asistență socială*. Iași : Editura Polirom.
- Nichols, M., Schwartz, R. (2006). *Terapia de familie*. București : Pearson Education.
- Olărescu, V. (1998). *Terapia prin artă*. Chișinău : Universitas.
- Ryann, B., Conradi, L. (2008). Assessment-Based Treatment for Traumatized Children : A Trauma Assessment Pathway Model. Chadwich Center for Children and Families, San Diego ; www.nctsn.org.
- Satir, V. (2010). *Terapia familiei*. București : Editura Trei.
- Smith, D. *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy with Children and Their Families*. Medical University of South Carolina ; ctg.musc.edu.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Vasile, D. (2011). *Trauma familială și resursele compensatorii*. București, Editura SPER.
- Veleanovici, A. (2016). *Abuzul și neglijarea copilului*. București : Expert Psy.
- Veleanovici, A. (2014). Abuzul și neglijarea copilului. În I. Mitrofan (coord.), *Copii și adolescenți – Probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*. București : Editura SPER.
- Veleanovici, A., Dumitriu, G. (2015). *Evaluare, expertiză, intervenție în situații de divorț*. București : Expert Psy.
- Visu-Petra, G. (2016). *Psihologia copilului în context judiciar*. Cluj-Napoca : ASCR.
- Vladislav, E. (2015). *Ghid aplicativ de evaluare clinică a copiilor și adolescenților*. București : Editura SPER.
- Webb, N. (2007). *Play Therapy with Children in Crisis*. London, UK : The Guilford Press.
- Westhoff, K., Kluck, M.L. (2009). *Raportul psihologic : Redactare și evaluare*. Cluj-Napoca : Sinapsis.
- Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*. Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons Inc.
- World Health Organization (2006). Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence ; www.ispcan.org.
- World Health Organization (2010). Child abuse and neglect by parents and other caregivers ; www.who.int.

29. Evaluarea funcționării intelectuale

Anca Dobrean, Costina-Ruxandra Păsărelu
Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Acest capitol prezintă rolul evaluării funcționării intelectuale în practica clinică. Pe parcursul capitolului este prezentată evaluarea funcționării intelectuale în funcție de obiectivele clinicianului. De asemenea, sunt precizate metodele prin care inteligența poate fi evaluată. În final, sunt oferite o serie de recomandări cu privire la utilizarea testelor destinate evaluării funcțiilor intelectuale.

29.1. Introducere

Evaluarea funcțiilor cognitive are un rol important în practica clinică. Ea este asociată în mod obișnuit cu evaluarea inteligenței, a aptitudinilor, a performanțelor academice (școlare) și cu evaluarea funcțiilor cognitive specifice cum ar fi memoria, limbajul și deprinderile motorii sau cele perceptivă. Aceste dimensiuni sunt evaluate cu teste psihologice standardizate de către psihologii clinicieni. Scopul evaluării intelectuale în context clinic poate fi : diagnosticul unei tulburări mintale, planificarea tratamentului, monitorizarea tratamentului și/sau evaluarea rezultatelor tratamentului.

29.2. Evaluarea funcționării intelectuale în scopul diagnosticării tulburărilor mintale

Evaluarea funcțiilor intelectuale se face cel mai adesea în context clinic în scop *diagnostic*. Testele standardizate de inteligență sunt utilizate în procesul de diagnostic a retardului mintal, a tulburărilor de învățare sau a condițiilor care au un impact semnificativ asupra proceselor învățării, cum este, de exemplu, cazul tulburării de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) atât la copii și adolescenți, cât și la adulți (Katz, Goldstein și Beers, 2001). Conform Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale, ediția a cincea (DSM-5, APA, 2013), evaluarea funcțiilor intelectuale este necesară în cadrul :

a) *Tulburărilor de neurodezvoltare* pentru :

- Diagnosticul *dizabilității intelectuale (tulburării de dezvoltare intelectuală)* (317/F70, 318.0/F71, 318.1/F72, 318.2/F73). În acest caz se recomandă ca funcționarea intelectuală să se măsoare prin teste de inteligență administrate individual, cu proprietăți psihometrice adecvate, adaptate din punctul de vedere al contextului cultural al persoanei evaluate. Persoanele cu dizabilitate intelectuală au scoruri la testele de inteligență mai mici decât media minus două abatere standard – la majoritatea testelor care măsoară coeficientul de inteligență valoarea medie a acestuia este 100 și abaterea standard este 15, adică valori mai mici decât 70. Este foarte important ca testele de inteligență utilizate în diagnosticul dizabilității intelectuale să fie adaptate pe eșantioane reprezentative național și să fie relativ recente (în principal datorită efectului Flynn – al creșterii inteligenței de la o generație la alta) (Flynn, 1987 ; Raven, 2000).
- Diagnosticul *întârzierii de dezvoltare globală* (315.8/F88). Această tulburare mintală se evaluează în cazul copiilor sub 5 ani care din diferite motive nu pot fi evaluați cu teste pentru a se specifica deficitul.
- Diagnosticul *dizabilității intelectuale nespecificate* (319/F79). Această tulburare se poate diagnostica peste vârsta de 5 ani atunci când evaluarea gradului de dizabilitate intelectuală este extrem de greu de realizat.
- Diagnosticul *tulburării de limbaj* (315.32/F80.2). Criteriul D al acestei categorii diagnostice se referă la excluderea dizabilității intelectuale pentru dificultățile de limbaj. Deoarece întârzierile de limbaj sunt adesea prezente în cadrul dizabilității intelectuale, evaluarea funcționării cognitive este utilizată aici în scop de diagnostic diferențial.
- Diagnosticul *tulburării de comunicare socială (pragmatică)* (315.39/F80.89). Criteriul D se referă la excluderea simptomelor ca o consecință a dizabilității intelectuale. Deprinderile de comunicare socială sunt slab dezvoltate la persoanele cu dizabilitate intelectuală, de aceea evaluarea clinică trebuie să urmărească dacă este vorba de prezența doar a *tulburării de comunicare socială*, respectiv de o comorbiditate a acesteia cu dizabilitatea intelectuală, în acest caz deficitul de comunicare socială trebuie să fie în mod clar în exces față de limitările date de dizabilitatea intelectuală.
- Diagnosticul *tulburării din spectrul autismului (TSA)* (299.00/F84.0). Este cunoscut faptul că multe persoane cu TSA prezintă și afectare intelectuală și/sau de limbaj, evaluarea acestora fiind esențială în procesul de diagnostic clinic. De multe ori TSA și dizabilitatea intelectuală sunt comorbide, însă pentru a stabili ambele diagnostice este necesar ca nivelul de comunicare socială să fie mult sub nivelul așteptat pentru nivelul general de dezvoltare. Evaluarea funcțiilor cognitive în cadrul procesului de diagnostic al TSA este necesară și pentru stabilirea specificantului „Cu sau fără afectare intelectuală asociată”.
- Diagnosticul diferențial al *tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD)* față de dizabilitatea intelectuală. De cele mai multe ori copiii care sunt plasați în contexte școlare ce nu corespund abilităților lor prezintă simptome de tip ADHD, însă aceste simptome nu sunt prezente atunci când nu este necesar un efort mental susținut. Prezența unui diagnostic de ADHD și de dizabilitate intelectuală cere ca inatenția și/sau hiperactivitatea să fie în exces față de dezvoltarea intelectuală.
- Diagnosticul *tulburării specifice de învățare*. Criteriul D al acestei tulburări specifice faptul că dificultățile de învățare nu pot fi puse pe seama dizabilității intelectuale sau a altor tulburări mintale. Un aspect important al tulburării specifice

de învățare se referă la ceea ce numim „achiziție școlară sub nivelul așteptat”. Acest lucru implică faptul că evaluarea nivelului de dezvoltare intelectuală este aici fundamentală pentru a putea estima nivelul așteptat, cu atât mai mult cu cât tulburările specifice de învățare pot apărea de-a lungul continuumului dezvoltării intelectuale – atât la persoanele cu deficiență intelectuală, cât și la cele considerate „dotate” intelectual, acestea din urmă fiind adesea dificil de identificat din cauza proceselor compensatorii pe care le utilizează (Reis, McGuire și Neu, 2000).

- Diagnosticul *tulburării de dezvoltare a coordonării* (315.4/F82). Criteriul D în procesul de diagnostic al acestei tulburări menționează că „deficitele abilităților motorii nu pot fi mai bine explicate decât prin prezența dizabilităților intelectuale” (APA, 2013). Dacă este prezentă dizabilitatea intelectuală, problemele motorii trebuie să fie în exces față de cele așteptate pentru vârsta mintală.
 - Diagnosticul *tulburării cu mișcări stereotipe* (307.3/F98.4) necesită a se specifica dacă tulburarea este asociată cu dizabilitatea intelectuală.
- b) Diagnosticului diferențial al *mutismului selectiv* (313.23/ F94.0) față de tulburările de neurodezvoltare. Persoanele cu dizabilități intelectuale severe pot avea probleme de comunicare socială, acestea nereușind să vorbească în anumite situații, mutismul selectiv va fi diagnosticat doar atunci când copilul are capacitatea de a vorbi în anumite contexte sociale.
- c) Diagnosticului diferențial al *tulburării de teaurizare compulsivă* (de acumulare a obiectelor inutile, colecționarismul) (300.3/F42). Această tulburare nu se diagnostichează dacă se consideră că acumularea de obiecte este o consecință directă a unei tulburări de dezvoltare intelectuală.
- d) Diagnosticului diferențial al *tulburării de atașament reactive* (313.89/ F94.1). Copiii cu dizabilități intelectuale ar trebui să aibă un nivel al abilităților sociale și emoționale corespunzător cu nivelul de dezvoltare cognitivă și să nu prezinte dificultăți majore privind controlul emoțiilor așa cum apare în tulburarea de atașament reactivă. În jurul vârstei mintale de 7-9 luni copiii ar trebui să manifeste atașamente selective, respectiv, conform DSM-5, se specifică faptul că acei copii cu tulburare de atașament reactivă nu manifestă un atașament selectiv chiar dacă au o vârstă mintală de cel puțin 9 luni.
- e) Diagnosticului diferențial al *amneziei disociative* (300.2/F44.0). Definită ca o incapacitate de reactualizare a informațiilor autobiografice importante, amnezia disociativă nu are legătură cu deficitele mnemonice tipice cognitive, ea se manifestă în episoade selective privind unul sau mai multe evenimente specifice din istoria personală, iar uneori se manifestă prin amnezie generalizată, care cuprinde identitatea persoanei și istoricul vieții acesteia. Prin urmare, diagnosticul diferențial trebuie să distingă această tulburare și de tulburările neurocognitive. Ne așteptăm astfel ca la pacienții cu amnezie disociativă să existe o relativă capacitate a memoriei în ciuda lipsei capacității de reactualizare a informațiilor relaționate cu propriul eu (autobiografice).
- f) *Tulburărilor de comportament alimentar* pentru :
- Diagnosticul tulburării *pica* (307.52/F98.3/F50.8). Această tulburare se manifestă clinic sub forma consumului persistent de substanțe necomestibile pentru o perioadă de cel puțin o lună. Criteriul de diagnostic D al acestei tulburări solicită clinicianului evaluarea măsurii în care această tulburare apare în contextul unei alte tulburări psihice cum ar fi, de exemplu, dizabilitatea intelectuală.
 - Diagnosticul *tulburării de ruminație* (307.53/F98.21). Această tulburare se manifestă clinic prin regurgitarea alimentelor în mod repetat pe o perioadă de cel puțin o

lună. Criteriul D de diagnostic specifică analiza măsurii în care simptomele apar în contextul unei tulburări de dizabilitate a intelectului.

g) *Tulburărilor de control al impulsurilor* pentru :

- Diagnosticul diferențial al *tulburării de opoziție și comportament sfidător* (313.81/F91.3) față de dizabilitatea intelectuală. La persoanele din ultima categorie diagnosticul de tulburare de opoziție și comportament sfidător se stabilește doar dacă opoziția este mult mai intensă decât ar fi de așteptat la persoanele cu deficite intelectuale comparabile ca vârstă cu persoana evaluată.
- Diagnosticul *piromaniei* (312.33/F63.1). Această tulburare se manifestă prin incendierea deliberată și intenționată, persoanele resimțind fascinație, plăcere și atracție față de foc. Criteriul E de diagnostic menționează că incendierea nu trebuie să fie rezultatul deteriorării capacității de raționament, cum apare de exemplu în tulburarea de dizabilitate intelectuală.

h) *Tulburărilor neurocognitive*. Categoria tulburărilor neurocognitive cuprinde acele tulburări în care deficitul cognitiv este dobândit pe parcursul vieții, nu a fost prezent la naștere sau în dezvoltare, respectiv reprezintă un regres în ceea ce privește funcționarea cognitivă. Domeniile neurocognitive care trebuie evaluate în cadrul tulburărilor din această categorie sunt :

- atenția (concentrare, distributivitate, selectivitate, rapiditate/viteză) ;
- funcțiile executive (planificarea, capacitatea de decizie, memoria de lucru, capacitatea de a învăța din feedback, inhibiția, flexibilitatea) ;
- învățarea și memoria (memoria imediată, capacitatea de recunoaștere mnezică, memoria de lungă durată atât semantică, cât și autobiografică, capacitatea de învățare) ;
- limbajul expresiv și receptiv ;
- funcțiile perceptiv-motrice (percepție vizuală, construcție vizuală, coordonare ochi-mână, praxia, recunoașterea fețelor etc.) ;
- adaptarea socială (recunoașterea emoțiilor și capacitatea de a înțelege starea mintală și emoțională a celorlalți, teoria minții).

Principalele tulburări care sunt clasificate în categoria tulburărilor neurocognitive sunt : delirium, tulburările neurocognitive majoră și ușoară.

i) *Evaluării condițiilor clinice care au asociate probleme educaționale*. Una dintre problemele care trebuie evaluate în relație cu educația sau pregătirea școlară se referă la rezultatele școlare slabe în relație cu capacitatea intelectuală a persoanei. Evaluarea funcțiilor intelectuale în acest caz poate oferi informații relevante privind natura problemelor.

29.3. Evaluarea funcționării intelectuale în scopul planificării tratamentului

Funcționarea intelectuală este pentru anumite tulburări mintale unul dintre elementele care ghidează tipul intervenției. Astfel, chiar dacă intervențiile cognitive și comportamentale sunt eficiente pentru o serie de tulburări mintale (Hofmann *et al.*, 2012), rezultatul acestor intervenții este dependent de nivelul de dezvoltare intelectuală al pacienților (D'Alcante *et al.*, 2012 ; Fournier *et al.*, 2009 ; Knekt, Saari și Lindfors, 2014), fiind necesară adaptarea acestora la pacienții cu care se face intervenția.

29.4. Evaluarea funcționării intelectuale în scopul monitorizării

Există o serie de tulburări mintale a căror evoluție este asociată cu deficite cognitive ; de exemplu, persoanele cu tulburare din spectrul schizofreniei sau cu alte tulburări psihotice prezintă deteriorări ale funcțiilor cognitive, evaluarea acestora fiind un element al eficienței intervenției. Diferite studii care au investigat asocierea dintre remisia simptomelor în tulburările psihotice și funcțiile neurocognitive (Brissos *et al.*, 2011 ; Helldin *et al.*, 2006 ; Hofer *et al.*, 2011 ; Yun *et al.*, 2011) au arătat că pacienții în remisie au avut o performanță semnificativ mai bună a funcționării atenționale, executive și a coeficientului de inteligență generală decât cei care prezentau simptome psihotice. Considerăm astfel importantă evaluarea intelectuală (cognitivă) în monitorizarea eficienței intervenției în tulburările unde funcțiile cognitive sunt un factor prognostic (tulburările din spectrul autismului, tulburările neurocognitive etc.).

29.5. Metode de evaluare a funcționării intelectuale

Evaluarea clinică se realizează cu metode diverse : interviul clinic, observația clinică, respectiv cu o serie de instrumente psihologice standardizate adresate atât domeniului evaluării intelectuale (inteligență, limbaj, memorie, atenție, viteză de procesare, funcționare executivă) și care sunt teste de performanță, cât și domeniului nonintelectual (emoții, comportament, personalitate), cu teste standardizate care se adresează identificării simptomelor sau a mecanismelor acestora.

Evaluarea funcționării intelectuale (cognitive) se bazează pe teste standardizate care au la bază sarcini de performanță. Ele sunt utilizate în mod obișnuit în evaluările clinice cu scopul de a identifica punctele forte și punctele slabe ale pacienților pe un spectru mai larg sau mai îngust (în funcție de scopul evaluării) de domenii cognitive. Aceste teste bazate pe performanță sunt instrumente standardizate care au la bază date normative, care permit examinatorului să compare performanța unui individ cu grupul de comparație din care face parte (de exemplu, din același grup de vârstă, gen, nivel de educație și/sau rasă/etnie/statut clinic).

Testarea intelectuală este modalitatea principală de a stabili prezența și severitatea afectării cognitive și, prin urmare, este o componentă necesară într-o evaluare clinică unde evaluarea funcțiilor cognitive este criteriu de diagnostic sau element al diagnosticului diferențial. Interviul clinic sau scalele de autoraportare nu sunt suficiente pentru a stabili severitatea afectării cognitive a pacienților, deoarece aceștia sunt cunoscuți a nu reuși să raporteze fidel propria funcționare cognitivă (Edmonds *et al.*, 2014 ; Farias, Mungas și Jagust, 2005 ; Moritz, Ferahli și Naber, 2004), respectiv clinicienii bazându-se exclusiv pe interviurile clinice în absența rezultatelor testelor cognitive sunt judecători slabi ai funcționării cognitive a pacienților.

În practica clinică sunt utilizate instrumente de evaluare a funcțiilor intelectuale generale, cum ar fi Matricile Progressive Raven (Raven, Raven și Court, 2000/2004), în

scopul stabilirii coeficientului de inteligență generală sau instrumente care oferă informații despre diferite fațete ale funcțiilor intelectuale, cum ar fi scalele de inteligență Wechsler. Spre exemplu, Scala de Inteligență pentru copii Wechsler – ediția a patra (WISC-IV) – este un instrument clinic, administrat individual, care evaluează abilitatea cognitivă a copiilor cu vârste cuprinse între 6 ani și 0 luni și 16 ani și 11 luni, este compusă din 15 subteste, iar în urma aplicării ei pot fi derivate 5 scoruri compozite: un coeficient de inteligență total (CIT), care reflectă abilitatea cognitivă generală, respectiv încă 4 scoruri compozite, care descriu funcționarea în domeniul cognitive specifice, și anume: indicele înțelegerii verbale, indicele raționamentului perceptiv, indicele memoriei de lucru și indicele vitezei de procesare (Wechsler, 2012). Clinicianul este cel care, în funcție de scopul evaluării, caracteristicile persoanei evaluate și resursele sale, selectează instrumentele cele mai adecvate de evaluare a funcționării cognitive.

29.6. Recomandări privind utilizarea testelor destinate evaluării funcțiilor intelectuale

Evaluarea funcționării cognitive în context clinic poate fi influențată major de caracteristicile persoanei evaluate, iar contextul evaluării are un impact semnificativ asupra performanței. Psihologii clinicieni trebuie să fie conștienți atât de punctele forte, cât și de limitele testelor de inteligență pe care le folosesc, recomandarea fiind de a utiliza testele de inteligență numai în scopurile pentru care au fost concepute și pentru care au studii de validare. Testele de inteligență nu decid pentru oameni, oamenii iau decizii, iar testele de inteligență oferă informații relevante, pe care clinicienii le pot folosi când iau decizii (Anastasi, 1982). Este important ca psihologii clinicieni să cunoască teoriile inteligenței și să facă interpretarea rezultatelor testelor cognitive pe baza teoriilor care le susțin și în contextul observației clinice, al informațiilor despre pacient și de mediul acestuia, respectiv în contextul rezultatelor obținute la alte evaluări (Kaufman și Flaitz, 1987; Kaufman, Harrison și Ittenbach, 1990).

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York: Macmillan.
- Brissos, S., Dias, V.V., Balanzá-Martinez, V., Carita, A.I., Figueira, M.L. (2011). Symptomatic remission in schizophrenia patients: Relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia Research*, 129(2), 133-136; <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.001>.
- D'Alcante, C.C., Diniz, J.B., Fossaluza, V., Batistuzzo, M.C., Lopes, A.C., Shavitt, R.G. *et al.* (2012). Neuropsychological predictors of response to randomized treatment in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 39(2), 310-317; <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.07.002>.
- Edmonds, E.C., Delano-Wood, L., Galasko, D.R., Salmon, D.P., Bondi, M.W. (2014). Subjective Cognitive Complaints Contribute to Misdiagnosis of Mild Cognitive Impairment. *Journal of*

- the International Neuropsychological Society*, 20(8), 836-847 ; <https://doi.org/10.1017/S135561771400068X>.
- Farias, S.T., Mungas, D., Jagust, W. (2005). Degree of discrepancy between self and other-reported everyday functioning by cognitive status: dementia, mild cognitive impairment, and healthy elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 827-834 ; <https://doi.org/10.1002/gps.1367>.
- Flynn, J.R. (1987). Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101(2), 171.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Gallop, R. (2009). Prediction of Response to Medication and Cognitive Therapy in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 775-787 ; <https://doi.org/10.1037/a0015401>.
- Helldin, L., Kane, J.M., Karilampi, U., Norlander, T., Archer, T. (2006). Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 738-745 ; <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.005>.
- Hofer, A., Bodner, T., Kaufmann, A., Kemmler, G., Mattarei, U., Pfaffenberger, N.M. et al. (2011). Symptomatic remission and neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 41(10), 2131-2139 ; <https://doi.org/10.1017/S0033291711000353>.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440 ; <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- Katz, L.J., Goldstein, G., Beers, S.R. (2001). *Learning disabilities in older adolescents and adults*. New York: Kluwer Academic.
- Kaufman, A.S., Flaitz, J. (1987). Intellectual growth. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *The handbook of adolescent psychology* (pp. 205-226). New York: Pergamon Press.
- Kaufman, A.S., Harrison, P.L., Ittenbach, R.F. (1990). Intelligence testing in the schools. In T.B. Gutkin & C.R. Reynolds (Eds.), *Handbook of school psychology* (2nd ed., pp. 289-327). New York: Wiley.
- Knekt, P., Saari, T., Lindfors, O. (2014). Intelligence as a predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Psychiatry Research*, 220(3), 1019-1027 ; <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.011>.
- Moritz, S., Ferahli, S., Naber, D. (2004). Memory and attention performance in psychiatric patients: Lack of correspondence between clinician-rated and patient-rated functioning with neuropsychological test results. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 623-633 ; <https://doi.org/10.1017/S1355617704104153>.
- Raven, J. (2000). The Raven's progressive matrices: change and stability over culture and time. *Cognitive Psychology*, 41(1), 1-48.
- Raven, J., Raven, J.C., Court, J.H. (2000, revised, updated, and extended 2004). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. Section 3: *The Standard Progressive Matrices. Including the Parallel and Plus Version*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Reis, S.M., McGuire, J.M., Neu, T.W. (2000). Compensation Strategies Used by High-Ability Students With Learning Disabilities who Succeed In College. *Gifted Child Quarterly*, 44(2), 123-134 ; <https://doi.org/10.1177/001698620004400205>.
- Wechsler, D. (2012). *Scala de inteligență pentru copii Wechsler – ediția a patra (WISC-IV), Manual de interpretare*. Cluj-Napoca: Editura RTS.
- Yun, D.Y., Hwang, S.S.-H., Kim, Y., Lee, Y.H., Kim, Y.-S., Jung, H.Y. (2011). Impairments in executive functioning in patients with remitted and non-remitted schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(4), 1148-1154 ; <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.03.018>.

30. Evaluarea funcționării neuropsihologice

Eugen Avram

Universitatea din București

Nicolae Dumitrașcu

Boston University

Rezumat

Capitolul menționează ipostazele, obiectivele evaluărilor neuropsihologice, dar și condițiile necesare realizării acestor investigații clinice. Sunt prezentate domeniile evaluării neuropsihologice la copil (3-4, 5-16 ani – funcții în domeniul atenției și funcții executive, funcții în domeniul limbajului, funcții în domeniul memoriei și învățării, funcții în domeniul senzorio-motor, funcții în domeniul percepției sociale) și la adult (statusul intelectual, starea de veghe și atenția, abilitățile vizuo-spațiale, memoria, limbajul, funcțiile executive, abilitățile psihomotorii, funcțiile psihosenzoriale, funcțiile emoționale, personalitatea. Se fac precizări privind aspecte metodologice, aspecte ale suportului psihologic în colaborarea dintre evaluator și pacient. Se arată că evaluarea funcțiilor psihologice trebuie integrată în contextul unei evaluări mai largi a abilităților pacientului și a calității vieții acestuia.

30.1. Introducere

Evaluarea funcționării neuropsihologice este solicitată într-o serie de circumstanțe clinice care au în comun afectarea cognitivă, comportamentală, emoțională în probleme cu atingere directă a structurii și funcțiilor creierului (traumatisme craniocerebrale, patologii cerebrale) sau cu impact indirect asupra creierului (patologii psihiatrice, patologii somatice, metabolice, imunologice etc.). Multe evaluări neuropsihologice sunt realizate în scopuri mai mult *descriptive*, însă neuropsihologul trebuie să ofere și date interpretative, predictive și ameliorative (Zillmer *et al.*, 2008).

Evaluările neuropsihologice pot îndeplini trei funcții :

- 1) au *rol major* în evaluarea unor probleme de sănătate (precum boli/afectări cerebrale, dizabilități de învățare, deficit de atenție, demență etc.), diagnoza medicală fiind mai puțin precisă ;
- 2) au *rol complementar sau pregătitor* investigațiilor sau tratamentelor medicale (corelând datele cu evaluarea neurologică sau de imagistică cerebrală) ;

- 3) au *rol mai redus* pentru investigarea forțelor și slăbiciunilor cognitive în anumite condiții medicale (de exemplu, patologii în care apar deficiențe neuropsihologice, precum cea pulmonară sau SIDA) (Zillmer *et al.*, 2008).

Evaluarea funcțiilor neuropsihologice poate servi următoarelor obiective : identificarea deficitelor cognitive (în unele evaluări relevarea lateralizării și localizării tulburării); diagnostic diferențial (dacă originea afectărilor cognitive este neurologică sau de altă natură, de exemplu, emoțională : anxietate, depresie); relevarea relației dintre doza medicamentoasă și funcționarea cognitivă eficientă (modelarea dozei pentru a obține rezultate cognitive mai bune); luarea unor decizii medicale (deficitele cognitive pot contraindica operații neurochirurgicale, pacientul neputând beneficia de performanțe mai bune după operație sau având risc de cădere cognitivă majoră); orientarea demersurilor recuperative în funcție de afectările existente; orientarea pacientului către anumite activități profesionale; probleme speciale precum : probleme de dezvoltare, intoxicații, dreptul de a conduce mașina, competența în asumarea unor decizii, impactul durerii asupra funcționării cognitive, relevarea unor afectări neurologice când investigațiile medicale nu pot surprinde date, distingerea între patologia organică și cea psihiatrică, situații medico-legale; susținerea morală a pacientului prin : dezvoltarea relațiilor sale sociale (atenția acordată de către psiholog și încurajarea), interpretarea corectă a rezultatelor (unii pacienți descoperă că la evaluare au rezultate normale, deși medicul indicase o condiție de boală cu risc de degradare mintală, de exemplu, demielinizarea cerebrală) (Tranel, 2008).

Investigația neuropsihologică poate dura între 30 de minute și 8 ore (în mai multe sedințe) și necesită respectarea unui set de condiții :

- a) să pornească de la *întrebările de referință* : în legătură cu ce probleme se face evaluarea ? ce așteptări are cel care dorește evaluarea ? ce scop/pentru ce sunt utile informațiile obținute ?
- b) să aibă documentate *reperele-cadru* privind utilizarea datelor : diagnostic diferențial ; localizarea procesului patologic ; caracterul progresiv sau static al bolii ; caracterul difuz, extins, multiplu al leziunii cerebrale ; nivelul de bază al performanțelor neuropsihologice ale pacientului ; efectele disfuncțiilor cerebrale asupra comportamentului, activității ; determinarea gradului de handicap/dizabilitate (pentru a stabili o pensie sau compensațiile în cazul litigiilor privind vătămarea corporală/cerebrală) ; posibilitatea de angajare în muncă ; condiții de mediu în care poate activa pacientul ; perspectivele de recuperare individuală a pacientului ; abilitățile păstrate/reziduale ; managementul îngrijirii pacientului ;
- c) să se asigure condițiile legale și metodologice pentru derularea evaluării : instrumente cu fidelitate și validitate adecvate, condiții corespunzătoare de spațiu, pacient în stare optimă de participare etc. ;
- d) să recurgă la evaluarea neuropsihologică în mod justificat în funcție de : nevoia de cunoaștere, obiectivul evaluării, frecvența cu care o afectare/condiție patologică este diagnosticată în populația clinică (peste 1 %) ;
- e) să ia corect decizii clinice și să evite erorile de interpretare :
 - decizie pozitivă corectă/acceptare validă (afectarea este prezentă), nu decizie pozitivă incorectă/eroare tip I (interpretare *fals-positivă/alarmă falsă* – investigația/testul neuropsihologic indică eronat o alterare neuropsihologică/o condiție patologică) ;
 - decizie negativă corectă (afectare absentă/respingere validă), nu decizie negativă incorectă/eroare tip II (interpretare fals negativă/greșeală – interpretarea rezultatului la test exclude eronat afectarea funcției neuropsihologice/condiția patologică existentă) ;

- f) să comunice datele în raport cu criteriile științifice (relevarea adevărului științific) și cu o serie de cerințe profesionale (comunicare cu tact și ajutorarea pacientului) (Zillmer *et al.*, 2008).

30.2. Domenii ale evaluării funcționării neuropsihologice

În evaluarea neuropsihologică, specialistul recurge de obicei la investigarea clinică generală, apoi se focalizează pe funcțiile neuropsihologice, interpretând datele în ansamblul de caracteristici sau aspecte care descriu situația cazului.

30.2.1. Evaluarea funcțiilor neuropsihologice la copil

Pentru evaluarea funcțiilor neuropsihologice la copil există baterii de testare precum NEPSY-II (Korkman *et al.*, 2007). Funcțiile neuropsihologice evaluate cu NEPSY-II (formele pentru 3-4 ani și 5-16 ani) sunt :

1. *funcții în domeniul atenției și funcții executive* : sortare (abilitatea de a formula concepte de bază și de a transfera conceptele în acțiune pe categorii), atenție auditivă (selectivitatea și susținerea atenției auditive) și stabilitatea răspunsului (a stabili, menține, schimba, inhiba răspunsul învățat în funcție de stimuli contrastanți), conceptualizarea timpului (planificare, organizare, abilități vizuo-spațiale, vizuo-perceptuale în raport cu imagini referitoare la măsurarea/indicarea timpului), fluența designului (abilitatea de a genera designuri unice conectând puncte organizate după o structură sau aleator), inhibiție (a inhiba răspunsul automat în favoarea unui răspuns nou), menținerea poziției corpului (cu ochii închiși) în pofida stimulilor distractori ;
2. *funcții în domeniul limbajului* : identificarea și denumirea părților corpului (abilitatea de a lucra cu elemente de bază ale exprimării și înțelegerii limbajului, a denumi, a identifica părțile corpului după denumire), înțelegerea instrucțiunilor (a realiza acțiunile indicate), coordonarea vizuo-motorie (a repeta oral secvențe articulatorii în funcție de cerința privind numărul de repetiții), procesare fonologică (conștientizarea sunetelor limbii, identificarea cuvintelor pornind de la secvențe de cuvinte, abilitatea de a compune cuvinte și a lucra cu silabe și foneme scoase din cuvânt), encodare și decodare fonologică (a repeta, a lucra cu cuvinte fără sens), viteza operației de denumire (a intra rapid în posesia semnificației cuvântului și a genera denumiri), generare de cuvinte (productivitate verbală, generare de cuvinte din anumite categorii) ;
3. *funcții în domeniul memoriei și învățării* : reamintirea materialului verbal, învățare verbală (rata învățării, interferențele în reamintirea materialului verbal), memoria materialului vizual și spațial (memoria formelor, designurilor), memoria fețelor (discriminarea, recunoașterea fețelor umane), memorarea numelor (prin asociere cu persoana), memoria narativă (reamintirea povestirilor, recunoașterea părților absente din povestire), repetarea propozițiilor (cu complexitate crescândă), memoria de lucru verbală (reamintirea seriilor de cuvinte în sarcini cu interferențe) ;
4. *funcții în domeniul senzorio-motor* : dexteritatea și viteza reacției motorii, programare motorie (a efectua mișcările după cerințe), procesarea modelelor motorii (imitarea poziției mâinilor și degetelor după modelele prezentate), secvențe manuale (imitarea

secvențelor de mișcări ritmice cu o mână sau ambele mâini), precizie vizuo-motorie (acuratețe și viteză grafo-motorie);

5. *funcții în domeniul percepției sociale*: recunoașterea stărilor emoționale ale altor persoane (a recunoaște starea emoțională a figurii prezentate, a identifica figuri care au aceeași stare emoțională), teoria minții/metacogniții (a recunoaște la sine și la alții fenomene psihice precum credințe, imaginație, stări emoționale etc.) (Korkman *et al.*, 2007; Brooks *et al.*, 2010).

30.2.2. Domeniile majore ale evaluării funcțiilor neuropsihice la adult

În continuare, prezentăm domeniile majore ale evaluării funcțiilor neuropsihice la adult (Lezak, Howieson și Loring, 2004; Halligan, Kischka și Marshall, 2003; Mitrushina, Boone și Delia, 1998; Spreen și Strauss, 1998; Vanderploeg, 1994; perspectiva evaluării neuropsihiatrice a fost prezentată de Yudofsky și Hales, 2002; Grant și Adams, 1996).

30.2.2.1. Statusul intelectual

Evaluarea inteligenței oferă date generale despre funcționarea abilităților cognitive ale pacientului. Este o măsură globală a performanței scoarței cerebrale.

În ghiduri este invocată bateria WAIS-R (Wechsler), care evaluează mai multe funcții cognitive (QI verbal – primele două categorii, QI nonverbal/performanțial – următoarele două):

1. funcțiile înțelegerii verbale: abilitatea de a surprinde similarități între concepte (abilitatea de raționament verbal abstract, cunoașterea sensurilor); capacitatea vocabularului: a denumi obiectele prezentate în imagini, a defini cuvinte ce sunt prezentate în diverse sarcini (cunoașterea înțelesurilor, înțelegere verbală, expresie verbală); abilitatea de a deține cunoștințe generale/informație, a putea face achiziții de cunoștințe.
2. funcțiile memoriei de lucru: abilitatea de reamintire a numerelor (*digit span*: presupune memorie de lucru, atenție, encodare, procesare auditivă); abilități aritmetice (raționament cantitativ, concentrare, manipulare în plan mintal); abilitatea de reamintire a unor serii de numere (secvențe numerice) în ordine crescătoare sau a unor litere în ordinea din alfabet.
3. funcțiile de raționament perceptual: abilitatea de a procesa informații vizuale spațiale, rezolvare de probleme de organizare perceptuală, organizare vizuală motorie (*block design*); abilitatea de a rezolva sarcini abstracte nonverbale (*matrix reasoning*); abilitatea de raționament vizual (*visual puzzles*); abilitatea de a recepta rapid detalii vizuale (*picture completion*); raționament perceptual cantitativ (*figure weights*).
4. funcțiile vitezei de procesare: abilitatea de a căuta și a găsi rapid simbolul; abilitatea de viteză de procesare (*coding*), viteză grafo-motorie, memorie asociativă; abilitatea de a identifica rapid stimulii (culori, figuri) și formele asociate lor în acord cu indicațiile (*cancellation*) (Strauss *et al.*, 2006).

Aplicarea integrală a bateriei conduce la fidelitate și validitate mare în evaluare (Rausch *et al.*, 1997). Testul Matricilor Progressive Raven este, de asemenea, un indicator al inteligenței

generale. Pacientul trebuie să aleagă un element care se potrivește spațiului gol din figură (Raven, 1996).

Evaluarea statusului mintal pentru tratamentul chirurgical al epilepsiei este o componentă importantă din punct de vedere clinic, însă are și unele limite majore. S-a dovedit că cei cu abilități cognitive dezvoltate au cele mai mari pierderi după operația destinată tratării epilepsiei, cei cu scoruri medii au cele mai bune evoluții cognitive, iar cei cu probleme evidente ale statusului mintal obțin rezultate slabe. Evoluția postoperatorie a scorurilor la QI, în funcție de mai mulți parametri, este următoarea: persoanele cu *crize* au îmbunătățiri la scor de 3-5 la QI verbal și de 8-12 la QI performanță, cu mari progrese când tipul funcției (verbal *versus* vizuo-spațial) este pe partea opusă intervenției; când pacienții au crize și operația este pe partea stângă atunci căderea este de 4-5 puncte QI verbal, în timp ce la QI performanță efectele sunt nesistematice; când operația este pe dreapta, iar pacientul nu are crize libere, nu s-au notat schimbări în scoruri, nu s-a constatat îmbunătățirea QI performanță. Chiar dacă aceste schimbări nu sunt de magnitudine, ele au importanță și nu pot fi detectate dacă nu se face evaluarea inteligenței preoperator (Dodrill, 2001).

Testarea inteligenței are și unele limite datorate incapacității testelor de a evalua alte domenii cognitive (învățarea, retenția, probleme executive selective, tulburările acestor funcții), incapacității de a face distincții preoperatorii ale abilităților lobilor temporal stâng și drept. Scorurile sumative ale QI furnizează informații generale despre abilitățile cognitive, dar ele sunt deficiente în reflectarea abilităților sau slăbiciunilor primare individuale (Rausch, Le și Langfitt, 1997).

Alterarea globală a statusului mintal (demență) este evaluată cu modele adecvate. De exemplu, modelul *Folstein Mini-Mental State Exam* (FMMSE) are avantajul rapidității și ușurinței aplicării (Lezak *et al.*, 2004). Testul este eficient pentru distingerea pacienților cu deficite cognitive moderate și severe de cei din grupul de control. Este mai puțin eficient în separarea pacienților cu demență ușoară de cei normali (Lezak *et al.*, 2004). Este posibil ca un individ care are deficite cognitive specifice să se încadreze în rezultate de normalitate la FMMSE (Rausch *et al.*, 1997). De asemenea, poate fi aplicat *Mini-Mental State* în varianta clasică (Hufschmidt și Lücking, 2002). Scorurile 25-30 semnifică lipsa demenței, sub 24 apariția unui deficit global moderat, sub 16 deficit/demență gravă (Hufschmidt și Lücking, 2002). Rezultatele trebuie interpretate și în funcție de vârstă, educație, existența unor tulburări subtile, focale, altfel apar erori de interpretare (Lezak *et al.*, 2004).

30.2.2.2. Starea de veghe și atenția

Starea de veghe și atenția sunt necesare creierului pentru a menține organismul în stare de acțiune și, respectiv, pentru a-i permite să se orienteze către stimulii relevanți din mediul extern sau intern (Filley, 2011). *Atenția* este un concept multi-dimensional cu multe funcții (Mesulam, 2000). Forma cea mai comună este *atenția selectivă* (capacitatea de a-ți orienta câmpul conștiinței către stimulii relevanți din acel moment și de a ignora stimulii nerelevanți). *Atenția susținută* (sau, alternativ, *vigilența* sau *concentrarea*) înseamnă capacitatea de a-ți susține atenția pentru o perioadă mai lungă pe un stimul sau activitate.

Exemple de disfuncții ale stării de veghe. Starea de veghe depinde de o structură numită sistemul reticular activator ascendent, care este mai mult un concept fiziologic

decât o entitate neuroanatomică de sine stătătoare, chiar dacă o parte a lui poate fi vizualizată ca o porțiune a formațiunii reticulate a trunchiului cerebral (Filley, 2011). Tulburările clinice ale stării de veghe pot lua multe forme ale căror extreme sunt stările de *hiperexcitabilitate* („hyperarousal”) și *hipoexcitabilitate* („hypoarousal”). Hipoexcitabilitatea poate varia de la forme ușoare (cum ar fi somnolența sau letargia) la forme severe : stupor (individul poate intra în starea de veghe numai prin stimulări puternice și repetate) sau comă (o stare profundă de lipsă de responsivitate la stimuli) (Posner și Plum, 2007). Leziuni ale sistemului neuroanatomic care duc la stupor sau comă pot fi leziuni mecanice, accidente vasculare cerebrale, hemoragii, tumori sau abcese.

Exemple de disfuncții ale atenției. Starea confuzională acută (sau *delirium*) se caracterizează prin incapacitatea individului de a gândi coerent (Geschwind, 1982). Este o tulburare a atenției selective în care pacientul nu se poate fixa pe stimulii relevanți, dar este foarte ușor de distras de cei nerelevanți. Astfel, funcționarea altor procese mintale este serios afectată (Chédru și Geschwind, 1972). Forma cea mai dramatică a stării confuzionale acute este *delirium tremens*, caracterizată prin agitație profundă, halucinații, idei delirante, insomnie, tahicardie, febră și transpirare excesivă (Charness, Simon și Greenberg, 1989).

Un alt sindrom care implică o disfuncție a atenției este *tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate* (ADHD). Este un sindrom care inițial a fost diagnosticat la copii, dar tot mai multe studii arată că adesea unele simptome se mențin din copilărie până la vârsta adultă (Denckla, 1991). Principalele simptome sunt dificultăți de atenție, dificultăți de a iniția și a termina activități, precum și dificultăți cu organizarea și planificarea. Unii oameni cu ADHD sunt hiperactivi și impulsivi. Diagnosticul clinic al acestei tulburări se face de obicei în baza unui interviu clinic detaliat, coroborat cu informații colaterale de la părinți sau alte persoane familiare cu funcționarea individului, și în baza observațiilor clinice. Adesea, evaluarea neuropsihologică ajută în clarificarea diagnosticului. Din punct de vedere al substratului neuroanatomic al ADHD, unele studii recente par să sugereze anormalități în funcționarea lobilor frontali și a emisferei cerebrale drepte (Filley, 2011).

Câteva teste de evaluare a atenției sunt : *Judgement of Line Orientation* (Benton *et al.*, 1983), testul de organizare vizuală Hooper (Hooper, 1983), evaluarea de tip *screening* a Agnosiei (Benton Laboratory), Evaluarea de tip *screening* a atenției vizuale, auditive și tactile (tactile neglect) (Benton Laboratory), *Screening* al acuității vizuale Rosenbaum (Tranel, 2008).

30.2.2.3. Abilitățile vizuo-spațiale

În domeniul vizuo-spațial, se evaluează funcții precum (Rausch *et al.*, 1997 ; Lezak *et al.*, 2004 ; Zillmer *et al.*, 2008 etc.) :

- abilitatea de a *identifica* părți ale unor obiecte familiare care au fost desprinse și rearanjate (*vizuopercepție*, testul *Hooper Visual Organization Test* – HVOT) ;
- abilitatea de a *reține* materialul vizual (Testul *Figura Complexă Rey-Osterrieth* : i se prezintă subiectului un desen abstract care trebuie copiat, se măsoară unitățile copiate corect și erorile/abaterile de reamintire) ;
- desenarea unor obiecte (de exemplu, ceas : „desenați un ceas, arătând toate numerele și setați limbile să indice ora 11 : 10”), reproducerea și organizarea unor figuri geometrice

- (Testul Bender-Gestalt conține nouă simboluri geometrice pe care pacientul trebuie să le reproducă exact), desenarea unei case, biciclete și a unei flori ;
- abilitatea de a *aproxima relațiile unghiulare* dintre segmentele unor linii (*Benton Judgment of Line Orientation – BJLO*) ;
 - abilitatea de a copia hărți, orientarea pe hărți („Dacă aceasta ar fi o busolă pe hartă și tu ai vedea Polul Nord, ce direcție ar fi în spatele tău ?”) ;
 - abilitatea de copiere a pentagoanelor intersectate (*vizuoconstrucție*, testul *Folstein Mini-Mental State Exam*), asamblarea de obiecte (subtestele din WAIS-R și Block Design, care presupune construirea unui design abstract din cuburi albe și roșii), construirea unui bloc de dimensiuni 3D (*Benton et al.*, 1983) ;
 - *găsirea unor rute* în labirint, integrare și decodare spațială („care dintre aceste linii, A, B sau C, pot ajunge până în vârful ?”) ;
 - *recunoașterea facială* (abilitatea de a identifica fețe familiare, a compara fețe asemănătoare și a intui stările afective ale fețelor umane : „arătați-mi fața fericită, fața tristă, fața furioasă !”) ;
 - *integrarea vizuală* și înțelegerea ansamblului de acțiuni („acest cartonaș are trei poze pe el. Dacă pozele sunt puse în ordinea corectă, ele redau o poveste. Priviți cu atenție pozele, aranjați pozele în ordine pentru a reda povestea”) ;
 - *tulburări ale recunoașterii vizuale* : agnozia vizuale (de exemplu, agnozia vizuală uni/bilaterală, agnozia vizuo-spațială, agnozia pentru culori, agnozia pentru întreg, agnozia pentru fețe umane etc.) (*Heilman și Valenstein*, 2011).

Performanțele slabe la probele vizuo-spațiale nu reflectă în mod necesar disfuncții ale emisferei drepte. De exemplu, performanțele slabe la HVOT pot fi consecința dificultăților de denumire, pacientul conține itemul perceput, dar nu poate denumi obiectul pe care îl vede. Similar, deficite ale abilității vizuo-constructive pot să fie consecutive unor probleme motorii sau de planificare cognitivă. Astfel, aprecierea abilităților vizuo-spațiale nu se poate baza pe analiza unui subset de măsurători izolate. Mai curând, rezultatele sunt interpretate și în contextul performanțelor pacientului în alte sfere ale cogniției (*Rausch et al.*, 1997).

30.2.2.4. Memoria

Memoria este o funcție esențială pentru activitatea psihică, fără de care este imposibilă funcționarea adecvată a altor procese mintale superioare. Cercetările în domeniul memoriei au proliferat enorm în ultima jumătate de secol și multiple tipuri de memorie sunt menționate în literatură. Un tip de memorie este *memoria declarativă* (memoria faptelor și a evenimentelor ; informația care poate fi reamintită conștient). Ea se subîmparte în *memoria episodică* (memoria evenimentelor autobiografice) și *memoria semantică* (procesează idei și concepte care nu fac parte din experiența personală, ci din fondul comun de cunoștințe). Alte tipuri de memorie sunt *memoria procedurală* (memoria deprinderilor psihomotorii) și *memoria de lucru* (capacitatea de a păstra informația în memoria de scurtă durată pentru a permite altor operații să se desfășoare) (*Baddeley*, 2000).

O altă clasificare împarte tipurile de memorie în *memoria imediată* (păstrarea informației în minte pentru câteva secunde), *memoria recentă* (informația este păstrată în minte pentru câteva minute până la câteva zile) și *memoria de lungă durată* (informația este stocată

timp de luni sau ani de zile) (Filley, 2011). Aceste tipuri de memorie au relevanță din punct de vedere neuroanatomic și clinic (Cummings și Mega, 2003).

Exemple de disfuncții ale memoriei. Cea mai evidentă (și mai des întâlnită) disfuncție mnezică este dificultatea de a înregistra în memorie informația la care tocmai ai fost expus. De fapt, este mai corect să spunem că aceasta este mai curând o disfuncție a atenției decât a memoriei, și majoritatea autorilor nu o definesc ca amnezie, ci ca o *disfuncție a memoriei de lucru* (Filley, 2011) și o asociază cu disfuncții în lobiile frontali.

Amnezia se referă la incapacitatea de a-ți reaminti informații din memoria recentă sau de lungă durată. Substratul neuroanatomic al amneziei pare să fie reprezentat de zona medială a lobului temporal, anumiți nuclei din diencefal și partea bazală a diencefalului. Amnezia poate fi *anterogradă* (incapacitatea de a învăța lucruri noi) sau *retrogradă* (incapacitatea de a-ți aminti lucruri din trecut). Ambele tipuri se regăsesc în leziunile traumatiche cerebrale, când pacientul poate avea dificultăți în a-și aminti ce s-a întâmplat înainte de evenimentul traumatic, dar și dificultăți să învețe sau să memoreze lucruri noi (Levin, Benton și Grossman, 1982). Amnezia poate fi provocată de mulți factori, incluzând encefalopatia anoxică, tumori diencefalice, accidente vasculare ale arterei cerebrale posterioare, demență etc. (Filley, 2011). Spre deosebire de tulburările de memorie care au un substrat organic, *amnezia psihogenică* apare la adulții mai tineri și se caracterizează prin pierderea abruptă a capacității de a-și aminti informații personale, secundar unei traume emoționale. Evaluarea statusului mintal și cea neuropsihologică pot face de obicei distincția dintre cele două forme de amnezie (Filley, 2011).

Adesea incapacitatea de a învăța lucruri noi este însoțită de *confabulație* (expunerea unor informații fictive care sunt prezentate de pacient că fiind date reale ale experienței lui anterioare). Confabulația poate reflecta rigiditate cognitivă și dificultăți cu funcțiile executive (Shapiro *et al.*, 1981).

Sindromul Korsakoff se datorează deficienței de tiamină (vitamina B1) și se întâlnește de regulă la alcoolicii cronici. El se caracterizează prin amnezie severă anterogradă, amnezie retrogradă de severitate variabilă și confabulație.

Deficiența mnezică în *demența Alzheimer* este cea mai cunoscută și mai dramatică formă de deficiență a memoriei. Pacienții cu această tulburare prezintă pierderi de memorie și, la examinare, au amnezie clar demonstrabilă (Filley, 2011). Studiile arată că pierderea celulelor colinergice din prozencefal este severă (Whitehouse *et al.*, 1982) și este asociată cu amnezia Alzheimer (Perry *et al.*, 1978). De obicei conținutul memoriei de lungă durată se păstrează cel mai bine și nu este afectat în fazele inițiale ale demenței.

Testele de memorie vizează retenția materialelor verbale și nonverbale. Pe scurt, amintim baterii și teste care vizează evaluarea neuropsihologică a memoriei: *Wechsler Memory Scale* (WMS) și *Wechsler Memory Scale-Revised* (WMS-R), *California Verbal Learning Test*, *Rey Auditory Verbal Learning Test* (Rausch *et al.*, 1997), Testul memoria recunoașterii (Warrington, 1984), Chestionarul Memoriei Autobiografice Iowa (Jones, Grabowski și Tranel, 1998), Testul fețelor faimoase Iowa (Iowa Famous Faces Test) (Tranel, Damasio și Damasio, 1997), Bateria Boston a memoriei de lungă durată (Boston Remote Memory Battery) (Albert, Butters și Levin, 1979), Bateria de evaluare a memoriei de lungă durată Squire (Cohen și Squire, 1981 ; Zola-Morgan, Cohen și Squire, 1983).

30.2.2.5. Funcțiile executive

Funcțiile executive sunt implicate în rezolvarea unor situații inedite, în elaborarea unor răspunsuri adaptative noi, permițând indivizilor să depășească modurile de gândire și comportament automatizate și/sau deja exersate. Funcțiile executive țin de activarea cortexului prefrontal (Iordan, 2009). Funcțiile executive cuprind mai multe categorii de procese și abilități specifice :

- *funcția de planificare* : abilitatea de conceptualizare a schimbării, de a răspunde obiectiv, de a genera și selecta alternative, susținerea atenției (funcții în care intervin lobiile frontali, în interacțiune cu alte structuri corticale și subcorticale). La testul Turnul Londrei subiectul/pacientul are sarcina de a pune pe un ax diferite tipuri de bile, realizând un turn ce are ca repera un model precizat și un număr de mișcări permise. El trebuie să planifice mișcările necesare realizării turnului din bile conform cu fiecare model indicat și cu numărul de mișcări precizat de examinator (Lezak *et al.*, 2004) ;
- *funcțiile de flexibilitate mintală, orientare spre scop și rezolvare de probleme* : evaluarea abilităților de raționare și abilitatea de a adopta diferite *strategii cognitive* ca răspuns la modificările de mediu. *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) solicită abilitatea de a dezvolta și utiliza strategii de rezolvare de probleme în funcție de schimbarea condițiilor de lucru în vederea îndeplinirii unui scop (Shallice, 1982). Testul solicită planificare strategică, căutarea organizată, utilizarea feedbackului environmental (de mediu) pentru adaptarea seturilor cognitive, direcționarea comportamentelor spre atingerea scopului și modularea răspunsurilor la impulsuri (Gnys și Willis, 1991). WCST cere subiectului să sorteze 64 cartonașele cu 4 cartonașe reper, descoperind regula corectă (sortare după culoare, după formă, după număr). Examinatorul nu îi spune regula, ci numai dacă sortează corect sau greșit. Se începe cu considerarea corectă a sortării după culoare. Lucrând, pacientul poate intui care este regula de sortare corectă. După 10 răspunsuri corecte se schimbă regula (examinatorul afirmă „greșit”), iar pacientul încearcă să descopere ce tip de sortare este corectă (pe culoare, formă, număr de figuri). Funcțiile executive sunt afectate în tulburările lobului frontal (Heaton *et al.*, 1993) ;
- *funcția de alocare a resurselor atenționale* : de exemplu, testul de abilități executive *Trail Making Test B* (bateria neuropsihologică Halstead-Reitan) cere pacienților să deseneze linii, să unească numerele consecutive și curcurile, alternând două secvențe precum : 1 cu A, 2 cu B ș.a.m.d. Sarcinile antrenează abilitățile de scanare vizuală complexă, viteză motorie, flexibilitate vizuală și atenție.

Memoria de lucru, controlul cognitiv superior, abilitatea de planificare se pot evalua observând strategia utilizată de pacient la proba de copiere a figurii complexe Ray-Osterrieth (Rausch *et al.*, 1997).

Evaluarea abilităților de *raționament abstract și de conceptualizare* (gândire și rezolvare de probleme) poate fi tratată separat sau împreună cu funcțiile executive : abilitatea de a *generaliza* o situație („transferul învățării”), capacitatea de *discernământ*, abilitatea de a *gândi abstract* (rezolvare de probleme, exerciții mintale de aritmetică, interpretarea unor proverbe), *formarea de concepte* (procesarea unor paradigme și analogii), *categorizarea abstractă* (a determina legăturile abstracte dintre obiecte), *rezolvarea problemelor logice*

și ilogice (a procesa datele problemei, a propune soluții, a procesa elementele absurde, nepotrivite contextului tematic).

Problemele funcționării executive ce apar la probe sunt : afectarea memoriei de lucru, afectarea controlului inhibitor, conceptualizarea inițială insuficientă, incapacitatea de a menține o direcție cognitivă, perseverare, învățarea insuficientă pe parcursul stagiilor testării, incapacitatea de a identifica regula sau schimbarea regulilor pe parcursul sarcinilor. Alte teste de evaluare a funcțiilor executive sunt : Testul *Stroop Color-Word* (Golden, 1978), Fluența în procesarea nonverbală a imaginii vizuale (Benton Laboratory), Testul Categoriilor (DeFilippis, McCampbell și Rogers, 1979 ; Halstead, 1947), Testul Turnul din Hanoi (Glosser și Goodglass, 1990).

30.2.2.6. Limbajul

Limbajul se definește ca sistemul simbolic de comunicare verbală și scrisă (Filley, 2011). Capacitatea de a comunica prin limbaj definește specia umană. Limbajul este expresia verbală a gândirii simbolice și, ca atare, nu numai că el conferă comunicării umane o varietate de sensuri cognitive și emoționale, dar reflectă și capacitatea unică a minții umane de a interpreta lumea simbolic (Deacon, 1997).

Vorbirea este o capacitate elementară și se referă la actul mecanic de a pronunța cuvinte folosind aparatul neuromuscular responsabil de actul fonator și de articulare. *Vocea* este calitatea vorbirii produsă de laringe. *Prozodia* este un aspect paralingvistic al comunicării prin care limbajul capătă expresie emoțională (Filley, 2011). Studiile lui Broca pe pacienți prezentând deteriorări ale limbajului arată că emisfera cerebrală stângă este, în marea majoritate a cazurilor, emisfera dominantă a limbajului. Totuși, emisfera dreaptă este implicată și ea în aspectele nonverbale, emoționale ale limbajului (McKenna și Bonham, 2013).

Din punct de vedere neuroanatomic, porțiunile de substanță cenușie și albă din jurul fisurii Sylvius, în emisfera stângă, împreună cu zonele neocorticale adiacente superioare și posterioare, constituie baza cerebrală a limbajului propozițional (Hillis, 2007). Cititul și scrisul depind și ele de aceste regiuni neuroanatomice, cu contribuții din sistemul vizual, iar recent a fost identificată o rețea neurală a ortografiei (Cloutman *et al.*, 2009).

Exemple de disfuncții ale limbajului. *Afazia* sau *disfazia* înseamnă pierderea abilității de a vorbi sau a înțelege vorbirea, cauzată de leziuni cerebrale. Cel mai adesea, afazia este provocată de un atac cerebral, dar poate fi provocată și de tumori cerebrale, abcese, encefalite, contuzii traumatiche și focare epileptice (Filley, 2011). De asemenea, multe tulburări neurodegenerative pot cauza afazie (Hillis, 2007). Leziunile în aria Broca (partea posterioară a girusului inferior stâng) duc la dificultăți majore de exprimare verbală, denumite vorbire nonfluentă sau *afazia Broca* (Filley, 2011). Vorbirea unui pacient cu afazia Broca este limitată, forțată și incorectă gramatical. De obicei înțelegerea limbajului oral se păstrează, dar producerea limbajului este afectată (Filley, 2011).

Înțelegerea limbajului se realizează în zonele corticale aflate în porțiunea posterioară a girusului temporal superior stâng, numită aria Wernicke. Leziuni în această zonă duc la dificultăți de înțelegere a limbajului oral, chiar dacă fluența verbală este intactă (*afazia Wernicke*) (Geschwind, 1967). Pacienții cu acest tip de afazie au dificultăți să înțeleagă limbajul vorbit, au logoree, vorbire accelerată și presărată cu erori semantice.

Afazia de conducere se datorează deteriorării traseelor subcorticale (fascicolul arcuat) care unesc ariile Broca și Wernicke. Pacienții au dificultăți să repete cuvinte sau propoziții pe care le aud, dar înțelegerea și producerea limbajului sunt altfel intacte (Damasio și Damasio, 1980). *Afazia globală* apare când un atac cerebral distruge întreaga arie perisilviană. Pacienții suferă o deteriorare majoră în înțelegerea și producerea limbajului (Filley, 2011).

Disartria, însemnând deteriorarea vorbirii, se poate datora unor disfuncții cerebrale sau neuromusculare, dar nu implică în sine o tulburare a limbajului (Filley, 2011). Tulburările vocii apar de regulă ca rezultat al disfuncției laringeale (de exemplu, laringita) și pot fi ușoare (*disfonia*) sau mai severe (*afonia*).

Alexia înseamnă tulburarea funcției cititului, iar *dislexia* este o tulburare a dezvoltării în care individul are dificultăți să învețe să citească fluent sau corect, în ciuda inteligenței normale, oportunităților educaționale și a motivației. Dislexia este o tulburare relativ comună, care apare la 5-10% din copiii de vârstă școlară (Shaywitz și Shaywitz, 2008). Este mai frecventă la băieți decât la fete și este asociată cu o anomalie a emisferei cerebrale stângi, deși factorii de mediu joacă și ei un rol (Pennington, 1991). Studiile sugerează că dislexia este o tulburare a procesării limbajului scris și nu o problemă de procesare vizuo-spațială (Pennington, 1991).

Agrafia este deteriorarea scrisului care survine secundar unei leziuni cerebrale. Scrisul, fiind o funcție relativ mai puțin utilizată în comparație cu vorbitul sau cititul, este mai puțin reprezentată cortical. Astfel, agrafia poate surveni când zone foarte diferite ale creierului sunt afectate, inclusiv în starea confuzională acută (Chédru și Geschwind, 1972) sau demență (Appell, Kertesz și Fisman, 1982).

Agrafiile pot fi *mecanice* (motorii), care reflectă disfuncții cortico-spinale, ale ganglionilor bazali, ale cerebelului, dar și neuropatie periferică, miopatie sau boli ale oaselor (Benson, 1994). Atunci când sunt afectate zonele din emisfera cerebrală stângă asociate cu limbajul, agrafia însoțește afazia (Roeltgen, 2003). De asemenea, *agrafia spațială*, care survine după leziuni ale emisferei cerebrale drepte, se caracterizează prin erori provocate de „hemineglect” (inatenție vizuală unilaterală) și deteriorarea funcțiilor construcționale (Ardila și Rosselli, 1993).

Acalculia înseamnă incapacitatea (sau dificultăți majore) de a executa operații matematice. Poate fi întâlnită în tulburări de dezvoltare (tulburarea de învățare matematică), dar și în accidente vasculare sau boli degenerative (Grafman și Rickard 1997).

Aprecierea limbajului prin teste are în vedere funcțiile următoare: spontaneitatea vorbirii, repetiția cuvintelor, înțelegere verbală, confruntarea denumirilor, citirea și scrierea. Câteva exemple de instrumente de evaluare a funcțiilor și tulburărilor limbajului sunt: testele Vocabular și Similarități din WAIS-R (Rausch *et al.*, 1997), examinarea afaziei multi-lingvistice (Benton și Hamsher, 1978), Bateria de evaluare a afaziei Wesern Aphasia Battery, Examenul de diagnostic al afaziei Boston (*Boston Diagnostic Aphasia Examination*) (Goodglass și Kaplan, 1983), Testul de numire Boston (Kaplan, Goodglass și Weintraub, 1983), Evaluarea Benton a capacității de a scrie (Benton Laboratory), Testul de citire Iowa-Chapman (Manzel și Tranel, 1999), Testul de fluentă categorială (*Category Fluency Test*) (Benton Laboratory), Testul de control al asocierilor verbale (*Controlled Oral Word Association* sau FAS), teste de achiziții verbale (*Wide Range Achievement Test – Revised*, *Peabody Individual Achievement Test Revised*) (Rausch *et al.*, 1997).

30.2.2.7. Abilitățile psihomotorii

Evaluarea vizează controlul motor la extremitățile superioare și inferioare. Abilitățile motorii pot fi *simple* (coordonare mai scăzută) sau *de un nivel înalt* (coordonare motorie în sarcinile complexe). Abilitățile motorii integrează abilități cognitive. Parametrii motricității sunt evidențiați prin sarcini cu nivel de dificultate diferită (ordinea ierarhică a dificultății sarcinilor), până la atingerea limitelor de funcționalitate motorie.

Evaluarea neuropsihologică în domeniul psihomotricității vizează :

- a) *funcția de răspuns motor particular la o comandă*: (1) *mișcarea grosieră* – răspuns la o singură comandă verbală („Ridicați mâna dreaptă!”), (2) *viteza motorie* („Atinge cât de repede poți degetul mare cu degetul arătător!”), (3) *finețea și coordonarea motrică* („Atingeți-vă degetul mare de fiecare deget în parte!”);
- b) *funcția efectorie și inhibitorie a actului motor* („când eu bat din palme o dată, dumneavoastră bateți de două ori!” „când eu bat din palme de două ori, dumneavoastră bateți o dată”);
- c) *funcțiile grafo-motorii* (de scriere) – copierea unor forme cu grade crescânde de dificultate (implică integrarea percepției vizuale și răspunsul motor complex); parametri evaluați: corectitudine, mărime, simetrie și integrare;
- d) *rapiditatea de mișcare a degetelor* – abilitatea de a oscila degetul (a mișca cât de repede poate cu degetul arătător o mică pârghie atașată de un dispozitiv de măsurare);
- e) *puterea mișcării (de captare)* – abilitatea de a strânge în mână obiecte (dinamometrul);
- f) *agilitatea motorie* – așezarea unor obiecte mici în suporturi (cuișoare în șanțuri);
- g) *tulburări ale schemelor motorii* – apraxii motorii (incapacitatea mintală de a realiza motor secvențele dorite, de a pune în funcțiune comanda motorie) (Zillmer *et al.*, 2008).

Dintre instrumentele clasice de evaluare a abilităților psihomotrice amintim: Testul motor de amplasare a cuișoarelor în suport (Heaton, Grant și Matthews, 1991), Discriminarea motorie dintre dreapta și stânga (Benton *et al.*, 1983), Localizarea și recunoașterea degetului (Benton *et al.*, 1983), Testul de bifare a liniei (*Line Cancellation Test*) (Benton *et al.*, 1983).

30.2.2.8. Alte domenii

Alte domenii de evaluare neuropsihologică la adult sunt :

- evaluarea *funcțiilor psihosenzoriale*: Testul ritmului Seashore (*Seashore Rhythm Test*) (Halstead, 1947), probele Seashore de evaluare a abilităților muzicale (*Seashore measures of musical talents*) (Halstead, 1947), Ascultarea dihotomică (în ambele urechi) (*Dichotic Listening*) (adaptat după Kimura, 1967; Damasio și Damasio, 1979), Testul de identificare a mirosului (Doty *et al.*, 1984), modele/probe pentru determinarea agnoziilor senzitive, tulburărilor somatognozice, agnoziilor auditive (Heilman și Valenstein, 2011);
- evaluarea *funcțiilor emoționale* are în vedere aspecte precum: reprezentarea corticală a stărilor emoționale (*mappingul* stărilor afective) (Fried, 2000); modificări emoționale datorate afectărilor cerebrale (mai ales frontale); emoționalitatea în raport cu situația de boală;

- *personalitatea* : funcțiile temperamentului și personalității, conform modelelor : Clasi-
ficarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății ; modelul schimbărilor
în funcționarea personalității (*IOWA Scales of Personality Changes*), care vizează
următorii indicatori : iritabilitate, labilitate, apatie, insensibilitate, nestăpânire, lipsa
inițiativei, inflexibilitate, perseverare, slabă judecată, incapacitate de decizie, lipsa
persistenței, slabă planificare, vigoare redusă, vulnerabilitate la stres, retragere socială,
dependență etc.) (Barrash *et al.* , 2000) ; modelul Inventarului multi-fazic de personalitate
Minnesota-2 (MMPI-2) (Hathaway și McKinley, 1989) etc.

Concluzii

Funcțiile neuropsihologice sunt evaluate și interpretate în sine și în corelație cu aspecte concrete ale vieții persoanei (activități, viață socială). Sunt importante legăturile dintre funcționarea neuropsihologică și alte aspecte ale vieții precum : capacitatea de autogospodărire, capacitatea de autoîngrijire, capacitate de comunicare, capacitatea de a activa în profesie, relațiile din cadrul familiei, aspirațiile și posibilitățile de creare a unui stil de viață însoțit, pe cât posibil, de un nivel optim al satisfacției de viață. Este necesar a asigura un suport adecvat pacienților, ajutându-i să traverseze perioada de tratament, dar și perioadele de recuperare, stabilizare sau recădere.

Evaluarea funcțiilor neuropsihologice necesită pregătire temeinică de specialitate. Pentru a obține un nivel mediu de expertiză, un neuropsiholog clinician își dedică 63% din timpul de lucru neuropsihologiei, are peste 10 ani de experiență în practica neuropsihologică și o vârstă medie de 45 de ani (Zimmer *et al.* , 2008).

Ținând cont că un obiectiv major al serviciilor psihologice este acela de a ajuta pacientul, evaluarea neuropsihologică nu se poate reduce la aspecte tehnice, ci, în multe circumstanțe, trebuie să aibă un rol de suport pentru pacient. Se recomandă îndeplinirea unor condiții precum :

1. relație de colaborare pozitivă, asociată cu suport, tratarea cazului ca persoană activă, nu ca pacient, descurajarea percepției stigmatului asociat cu un diagnostic (de exemplu, „epileptic”);
2. evidențierea abilităților intacte și a oportunităților de care poate beneficia clientul (părțile forte, resursele);
3. interpretarea scorurilor în raport cu datele de referință (aceeași vârstă, același gen, rasă, nivel de studii, problemă de sănătate : „datele sunt obișnuite pentru problema de sănătate pe care o aveți/datele se înscriu în performanțele medii ale cazuisticii/datele nu sunt diferite de ale altor pacienți/sunteți ca un sportiv care s-a rănit și nu are aceleași performanțe ca înainte, fiind necesar să se recupereze”);
4. corelarea datelor cu cerințele activității zilnice a pacientului : pacientul și familia pot înțelege că afectarea unor funcții nu are impact dramatic asupra capacității de a îndeplini o serie de activități de autogospodărire, autoîngrijire și chiar activități profesionale (depinde de cerințele profesiei);
5. evitarea unor interpretări fără tact :
 - interpretarea deficitelor în sine („aveți o afectare a gândirii/memoriei/atenției/vitezei de procesare a informației” etc.);

- etichetarea deficitelor cognitive sau comportamentale în termeni fără echivoc precum : deficit mare, moderat, performanțe slabe, foarte slabe etc. ;
- stipularea unui verdict negativist : „sunt probleme”, „există deficiențe evidente”, „datele nu arată bine”.

Așadar, pacientul este ajutat să vadă elementele de suport și să înțeleagă necesitatea de a colabora cu specialiștii pentru a trece cu bine sau a traversa mai suportabil perioada de viață ce va urma. Se schițează un plan de îmbunătățire ținând cont de contextele concrete familiale sau profesionale, sugerând strategii de coping sau modificând contextele (vezi și Rausch, Le și Langfitt, 1997) ;

6. completarea demersului de evaluare cu cel de ameliorare/îmbunătățire : orientarea pacientului către serviciile de *reabilitare cognitivă*, *terapie ocupațională*, *consiliere*, *psihoterapie*.

Deteriorarea cognitivă redusă în urma leziunilor cerebrale indică probabilitatea unei mai bune recuperări a funcționalității (Parente și Anderson, 1984). Evoluția deteriorării cognitive conduce la declinul funcționalității (Morris, McKeel și Storandt, 1991), prezice deficite funcționale cotidiene la persoanele cu schizofrenie (Green *et al.*, 2000), cu tulburări bipolare (Bowie *et al.*, 2010), se asociază cu deficite funcționale consistente, cu demență la pacienții cu boala Parkinson (Janvin *et al.*, 2006). De aceea se recomandă intrarea în demersul de reabilitare cognitivă și în terapia ocupațională pentru a consolida abilitățile de autoîngrijire și, cât se poate, a încetini procesul de deteriorare.

Mai multe studii cu privire la leziunile traumatiche ale creierului au arătat că recuperarea funcționalității cognitive prezice recuperarea funcționalității de zi cu zi mult mai eficient decât măsurători ale severității rănii. Cei mai eficienți predictorii ai recuperării funcționării sunt din domeniile funcționării executive, vitezei de procesare și memoriei (Lezak, Howieson și Loring, 2004). Măsurarea progreselor trebuie să fie corect calibrată științific. Una dintre strategiile dezvoltate pentru înțelegerea îmbunătățirilor cognitive „reale” *versus artefacte statistice* este metoda „indicelui de fidelitate a schimbării” (reliable change index – RCI) (Heaton *et al.*, 2001).

Bibliografie

- Albert, M.S., Butters, N., Levin, J. (1979). Temporal gradients in the retrograde amnesia of subjects with alcoholic Korsakoff's disease. *Archives of Neurology*, 36, 211-216.
- Appell, J., Kertesz, A., Fisman, M. (1982). A study of language functioning in Alzheimer patients. *Brain and language*, 17, 73-91.
- Ardila, A., Rosselli, M. (1993). Spatial agraphia. *Brain and cognition*, 22, 137-147.
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer : a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 417-423.
- Barrash, J., Tranel, D., Anderson, S.W. (2000). Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental Neuropsychology*, 18, 355-381.
- Benson, D.F. (1994). *The neurology of thinking*. Oxford : Oxford University Press.
- Benton, A.L., Hamsher, K. (1978). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa City : University of Iowa.
- Benton, A.L., Hamsher, K., Varney, N.R., Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York : Oxford University Press.

- Bowie, C.R., Depp, C., McGrath, J.A., Wolyniec, P., Mausbach, B.T., Thornquist, M.H. *et al.* (2010). Prediction of real world functional disability in chronic mental disorders : a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1116-1124.
- Brooks, B.L., Sherman, E.M.S., Strauss, E. (2010). NEPSY-II: A Developmental Neuropsychological Assessment (2^{en} ed.). *Child Neuropsychology*, 16(1), 80-101.
- Charness, M.E., Simon, R.P., Greenberg, D.A. (1989). Ethanol and the nervous system. *New England Journal of Medicine*, 321, 442-454.
- Chédru, F., Geschwind, N. (1972). Disorders of higher cortical functions in acute confusional states. *Cortex*, 8, 395-411.
- Cloutman, L., Gingis, L., Newhart, M., Davis, C., Heidler-Gary, J., Crinion, J., Hillis, A.E. (2009). A neural network critical for spelling. *Annals of neurology*, 66, 249-253.
- Cohen, N.J., Squire, L.R. (1981). Retrograde amnesia and remote memory impairment. *Neuropsychologia*, 19, 337-356.
- Cummings, J.L., Mega, M.S. (2003). *Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. Oxford : Oxford University Press.
- Damasio, H., Damasio, A.R. (1980). The anatomical basis of conduction aphasia. *Brain*, 103, 337-350.
- Damasio, H., Damasio, A.R. (1979). "Paradoxical" ear extinction in dichotic listening : Possible anatomic significance. *Neurology*, 29, 644-653.
- Deacon, T.W. (1997). *The symbolic species : The co-evolution of language and the brain*. New York : W.W. Norton & Company.
- DeFilippis, N.A., McCampbell, E., Rogers, P. (1979). Development of a booklet form of the Category Test : Normative and validity data. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 1, 339-442.
- Denckla, M.B. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder-residual type. *Journal of Child Neurology*, 6, S44-S50.
- Doty, R.L., Shaman, P., Kimmelman, C.P., Dann, M.S. (1984). University of Pennsylvania Smell Identification Test : A rapid quantitative olfactory function test for the clinic. *Laryngoscope*, 94, 176-178.
- Filley, C.M. (2011). *Neurobehavioral anatomy*. University Press of Colorado.
- Fried, I. (2000). Functional Neuroimaging in Presurgical Localization of essential Cortical Processing Zone. In T.R. Henry, J.S. Duncan & S.F. Berkovic (Eds.), *Functional Imaging in the Epilepsies* (pp. 297-304). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Geschwind, N. (1967). Wernicke's contribution to the study of aphasia. *Cortex*, 3, 449-463.
- Geschwind, N. (1982). Disorders of attention : a frontier in neuropsychology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B : Biological Sciences*, 298, 173-185.
- Glosser, G., Goodglass, H. (1990). Disorders in executive control functions among aphasic and other brain-damaged subjects. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 485-601.
- Gnys, J.A., Willis, W.G. (1991). Validation of executive function tasks with young children. *Developmental Neuropsychology*, 7, 487-501.
- Golden, C.J., Hammeke, T., Purisch, A. (1978). Diagnostic validity of the Luria neuropsychological battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1258-1265.
- Goldstein, K. (1939). *The organism*. New York : American Book.
- Goodglass, H., Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2nd ed.). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Gordon, A., Zillmer, E.A. (1997). Integrating the MMPI and neuropsychology : a survey of NAN membership. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12(4), 325-326.
- Grafman, N., Rickard, T., (1997). In T.E. Feinberg & M.J. Farah (Eds.), *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. New York : McGraw-Hill.
- Grant, I., Adams, K.M. (Eds.) (1996). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders*. New York : Oxford University Press.
- Green, M., Kern, R.S., Braff, D.L., Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the "right stuff" ? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.

- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. New York : The Psychological Corporation.
- Halligan, P., Kischka, U., Marshall, J.C. (Eds.) (2003). *Hand-book of clinical neuropsychology*. New York : Oxford University Press.
- Halstead, W.C. (1947). *Brain and intelligence : A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago : University of Chicago Press.
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L. et al. (1993). *Wisconsin Card-Sorting Test Manual-Revised and Expanded*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources Inc.
- Heaton, R.K., Grant, I., Matthews, C. (1991). *Comprehensive norms for an expanded Halstead-Reitan neuropsychological battery : Demographic corrections, research findings, and clinical applications*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Heaton, R.K., Temkin, N., Dikmen, S., Avitable, N., Taylor, M.J., Marcotte, T.D. et al. (2001). Detecting change : A comparison of three neuropsychological methods, using normal and clinical samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 75-91.
- Heilman, K.M., Valenstein, E. (Eds.) (2011). *Clinical Neuropsychology*. New York : Oxford University Press.
- Hillis, A.E. (2007). Aphasia progress in the last quarter of a century. *Neurology*, 69, 200-213.
- Hooper, H.E. (1983). *Hooper Visual Organization Test*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Hufschmidt, A., Lücking, C.H. (2002). *Neurologie integrată. De la simptom la tratament*. Iași : Editura Polirom.
- Jordan, A.D. (2009). *Cogniție și control*. București : Editura Universitară.
- Janvin, C.C., Larsen, J.P., Salmon, D.P., Galasko, D., Hugdahl, K., Aarsland, D. (2006). Cognitive profiles of individual patients with Parkinson's disease and dementia : comparison with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Movement Disorders*, 21, 337-342.
- Jones, R.D., Grabowski, T.J., Tranel, D. (1998). The neural basis of retrograde memory : Evidence from positron emission tomography for the role of non-mesial temporal lobe structures. *Neuro Case*, 4, 471-479.
- Kaplan, E.F., Goodglass, H., Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test*. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Kimura, D. (1967). Functional asymmetry of the brain in dichotic listening. *Cortex*, 3, 163-178.
- Korkman, M., Kirk, U., Kemp, S. (2007). *NEPSY – Second Edition (NEPSY-II)*. San Antonio, TX : Harcourt Assessment.
- Levin, H.S., Benton, A.L., Grossman, R.G. (1982). *Neurobehavioral consequences of closed head injury*. Oxford : Oxford University Press.
- Lezak, M.D., Howieson, D., Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York : Oxford University Press.
- Manzel, K., Tranel, D. (1999). Development and standardization of a reading test for brain-damaged subjects. *Developmental Neuropsychology*, 15, 407-420.
- McKenna, P., Bonham, K. (2013). Disorders of language and communication. In L.H. Goldstein & J.E. McNeil (Eds.), *Clinical Neuropsychology : A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians*. Hoboken, NJ : Willey.
- Mesulam, M.-M. (2000). Attentional networks, confusional states, and neglect syndromes. In M.-M. Mesulam (Ed.), *Principles of Cognitive and Behavioral Neurology* (pp. 174-256). New York : Oxford University Press.
- Mitrushina, M.N., Boone, K.B., D'Elia, L.F. (1998). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York : Oxford University Press.
- Morris, J.C., McKeel, D.W., Storandt, M. (1991). Very mild Alzheimer's disease : Informant-based clinical, psychometric, and pathologic distinction from normal aging. *Neurology*, 41, 467-478.
- Parente, F.J., Anderson, J.K. (1984). Use of the Wechsler Memory Scale for predicting success in cognitive rehabilitation. *Cognitive Rehabilitation*, 2, 12-15.
- Pennington, B.F. (1991). *Diagnosing Learning Disorders : A Neuropsychological Framework*. New York : Guilford.

- Perry, E.K., Tomlinson, B.E., Blessed, G., Bergmann, K., Gibson, P.H., Perry, R.H. (1978). Correlation of cholinergic abnormalities with senile plaques and mental test scores in senile dementia. *British Medical Journal*, 2, 1457-1459.
- Posner, J.B., Plum, F. (2007). *Plum and Posner's diagnosis of stupor and coma*. New York : Oxford University Press.
- Rausch, R., Le, M.-T., Langfitt, J.T. (1997). Neuropsychological Evaluation – Adults. In J. Engel, Jr. & T.A. Pedley (Eds.), *Epilepsy : A Comprehensive Textbook* (pp. 977-987). Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers.
- Raven, J.C. (1996). *Progressive Matrices : A perceptual test of intelligence. Individual Form*. Oxford : Oxford Psychologists Press Ltd.
- Roeltgen, D.P. (2003). Agraphia. In K.M. Heilman & E. Valenstein (Eds.), *Clinical Neuropsychology* (pp. 126-145). New York : Oxford University Press.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London-Series B : Biological Sciences*, 298, 199-209.
- Shapiro, B.E., Alexander, M.P., Gardner, H., Mercer, B. (1981). Mechanisms of confabulation. *Neurology*, 31, 1070-1076.
- Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A. (2008). Paying attention to reading : the neurobiology of reading and dyslexia. *Development and Psychopathology*, 20, 1329-1349.
- Spreen, O., Strauss, E. (1998). *A Compendium of Neuropsychological tests : Administration, norms and commentary*. New York : Oxford University Press.
- Strauss, S., Sherman, E.M.S., Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests, Administration, Norms, and Commentary* (3rd ed.). Oxford : Oxford University Press.
- Tranel, D. (2008). Theories of clinical neuropsychology and brain-behavior relationships : Luria and beyond. In J.E. Morgan & J.H. Ricker (Eds.), *Textbook of clinical neuropsychology* (pp. 27-37). New York : Taylor and Francis.
- Tranel, D., Damasio, H., Damasio, A.R. (1997). A neural basis for the retrieval of conceptual knowledge. *Neuropsychologia*, 35, 1319-1327.
- Vanderploeg, R.D. (Ed.) (1994). *Clinician's guide to neuropsychological assessment*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Warrington, E.K. (1984). *Recognition memory test*. New Windsor, UK : NFER-Nelson Publishing Co. Ltd.
- Yudofsky, S., Hales, R. (Eds.) (2002). *Textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Wechsler, D. (1997). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Whitehouse, P.J., Price, D.L., Struble, R.G., Clark, A.W., Coyle, J.T., Delon, M.R. (1982). Alzheimer's disease and senile dementia : loss of neurons in the basal forebrain. *Science*, 215, 1237-1239.
- Zillmer, E.A., Spiers, M.V., Culbertson, W.C. (2008). *Principles of Neuropsychology* (2nd ed.). Thomson Wadsworth.
- Zola-Morgan, S., Cohen, N.J., Squire, L.R. (1983). Recall of remote episodic memory in amnesia. *Neuropsychologia*, 2, 487-500.

31. Evaluarea tulburărilor de comportament alimentar

Ion Dafinoiu, Alexandra Zancu

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Tulburările de comportament alimentar reprezintă o reală amenințare vitală, fiind tulburările psihice cu cea mai mare rată de mortalitate. Sunt cel mai adesea tulburări cronice, cu deteriorări fiziologice, psihologice și sociale marcante, ce afectează semnificativ sănătatea, calitatea vieții, funcționarea psihosocială sau profesională. Identificarea timpurie este esențială pentru un prognostic favorabil al recuperării. Cu toate acestea, tulburările de comportament alimentar sunt cel mai adesea tulburări secrete, egosintonice, iar persoanele afectate nu caută ajutor, pot să nu fie depistate, să nu intre în atenția clinică și să nu beneficieze de tratament specializat. Sunt esențiale abilitățile clinicianului de *screening* și diagnostic fundamentat pe evaluarea multi-dimensională a simptomatologiei, prin metode și instrumente validate științific, concentrate pe criteriile de diagnostic, manifestările clinice și trăsăturile asociate, consecințele lor fizice, psihologice și sociale. Evaluarea clinică se finalizează cu sintetizarea și raportarea rezultatelor prin integrarea datelor din surse multiple în diagnosticul, prognosticul, conceptualizarea și recomandările clinice.

31.1. Criterii de diagnostic ale tulburărilor de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar reprezintă perturbări severe ale comportamentului alimentar ce afectează semnificativ sănătatea fizică sau funcționarea psihosocială (APA, 2013). Deși disfuncții ale comportamentului alimentar și ale imaginii corporale apar cu intensitate moderată, la o proporție semnificativă din populația feminină, în special în adolescență, acestea sunt calitativ și cantitativ diferite de tulburările clinice (Smolak și Levine, 2015). Pentru diagnosticul unei tulburări de alimentație se impune îndeplinirea cumulativă a criteriilor de diagnostic, cu intensitate, frecvență, persistență și distress sau deteriorare psihosocială semnificative clinic. DSM-5 (APA, 2013) prevede criteriile de diagnostic pentru *anorexia nervoasă (AN)*, *bulimia nervoasă (BN)*, *tulburarea de alimentație compulsivă*, *altă tulburare de alimentație specificată*.

31.1.1. *Anorexia nervoasă – Criterii de diagnostic DSM-5 (APA, 2013)*

Anorexia nervoasă se remarcă prin *greutatea corporală semnificativ scăzută*, sub limita minimă normală adecvată înălțimii, vârstei, sexului și stării de sănătate, cauzată de restricționarea aportului energetic (Criteriul A). Deși subponderală, persoana trăiește o frică intensă de a se îngrășa sau adoptă în mod persistent comportamente ce împiedică luarea în greutate (Criteriul B). Persoanele cu anorexie au o percepție distorsionată a greutateții și formei corporale, se simt grase, deși sunt vizibil subponderale (Criteriul C). În plus, forma și greutatea corporală au o influență majoră asupra autoevaluării, fiind elementul central al stimei de sine, iar negarea severității greutateții scăzute este frecventă. Anorexia poate fi de *tip restrictiv*, când pierderea ponderală se obține exclusiv prin dietă, post și exerciții excesive, sau de *tip mâncat compulsiv/purgare*, când sunt prezente episoade recurente de mâncat compulsiv sau comportamente de purgare (vărsături autoprovocate, abuz de laxative).

31.1.2. *Bulimia nervoasă – Criterii de diagnostic DSM-5 (APA, 2013)*

Criteriile pentru diagnosticul bulimiei nervoase includ prezența *episoadelor recurente de mâncat compulsiv*, ce implică simultan atât consumul unei cantități excesive de alimente într-o scurtă perioadă, cât și senzația pierderii controlului asupra mâncatului (Criteriul A). Pentru a contracara efectele supraalimentării, persoana adoptă *comportamente compensatorii inadecvate*, ca vomismente autoprovocate, abuz de laxative, diuretice sau alte medicamente, post sau exerciții excesive (Criteriul B). Pentru diagnosticul bulimiei, aceste manifestări trebuie să apară concomitent, cel puțin o dată pe săptămână timp de trei luni (Criteriul C). La fel ca în anorexie, stima de sine este influențată în mod excesiv de forma și greutatea corporală (Criteriul D), iar simptomele nu trebuie să apară exclusiv în timpul episoadelor de anorexie nervoasă (Criteriul E).

31.1.3. *Tulburarea de alimentare compulsivă – Criterii de diagnostic DSM-5 (APA, 2013)*

Tulburarea de alimentare compulsivă introdusă în ultima ediție DSM (APA, 2013) implică prezența *episoadelor recurente de mâncat compulsiv*, caracterizate simultan de consumul unei cantități excesive de alimente în scurt timp și pierderea controlului asupra mâncatului (Criteriul A). Acestea sunt acompaniate de cel puțin trei elemente definitorii: *mănâncă mult mai repede decât normal, mănâncă până la senzația de disconfort fizic, consumă cantități mari de mâncare fără a-i fi foame fizic, mănâncă singur fiind jenat de cât de mult mănâncă sau se simte dezgustat, deprimat sau foarte vinovat* (Criteriul B). Tulburarea implică un distress marcat față de mâncatul compulsiv (Criteriul C), care apare cel puțin o dată pe săptămână timp de minim trei luni (Criteriul D), fără a se asocia cu comportamente

compensatorii inadecvate specifice bulimiei (Criteriul E). Alimentarea compulsivă nu trebuie să apară exclusiv în cursul bulimiei sau anorexiei nervoase (Criteriul E).

31.1.4. *Alte tulburări de comportament alimentar*

Pentru persoanele care prezintă simptome caracteristice tulburărilor de comportament alimentar ce produc distress sau deteriorare în funcționarea psihosocială semnificative clinic, dar nu îndeplinesc complet criteriile de diagnostic, DSM-5 prevede categoria de diagnostic *altă tulburare de alimentație specificată* (APA, 2013). Aceasta include: *AN atipică*, în care sunt atinse toate criteriile, dar, în pofida pierderii semnificative în greutate, aceasta rămâne în limite normale, *BN cu durată limitată și/sau frecvență redusă* a episoadelor de mâncat compulsiv, *tulburarea de purgație* în absența mâncatului compulsiv și *sindromul mâncatului nocturn* (APA, 2013). În plus, în DSM-5 sunt incluse în categoria tulburărilor de comportament alimentar și *pica*, *ruminația* și *tulburarea de alimentare evitantă/restrictivă*, clasificate anterior ca tulburări ale copilăriei (APA, 2000).

31.1.5. *Elemente comune și diferențiale în diagnosticul anorexiei și bulimiei nervoase*

Deși prezintă manifestări și trăsături clinice comune, tulburările de comportament alimentar diferă substanțial în privința evoluției, consecințelor și tratamentului (APA, 2013). Conform criteriilor de diagnostic, tulburările de comportament alimentar se exclud reciproc, astfel încât în timpul unui episod poate fi acordat un singur diagnostic din această categorie. Anorexia și bulimia nervoasă prezintă însă numeroase similarități, dar și diferențe, în simptomatologia și prezentarea clinică, iar diagnosticul diferențial între cele două tulburări poate fi dificil (Enea și Dafinoiu, 2012). Acestea au în comun preocuparea excesivă pentru forma și greutatea corporală, cu influență majoră asupra autoevaluării, dorința de a fi slab, supraestimarea importanței formei fizice și preocuparea excesivă pentru mâncare (Herzog și Eddy, 2007). Elementele specifice anorexiei sunt greutatea scăzută cauzată de restricționarea aportului alimentar și frica de îngrășare, iar specifice bulimiei sunt episoadele de mâncat compulsiv și comportamentele compensatorii inadecvate, de tip purgare, pentru a preveni îngrășarea (Herzog și Eddy, 2007). Episoade de mâncat compulsiv/purgare apar însă frecvent și în anorexie, în peste 50% din cazuri (Eddy *et al.* 2008), iar diferențierea se bazează în principal pe criteriul greutății corporale, diagnosticul de anorexie fiind atribuit exclusiv persoanelor subponderale (Enea și Dafinoiu, 2012). Studiile arată că pe parcursul evoluției clinice, peste o treime din persoanele cu anorexie vor face tranziția la bulimie (Eddy *et al.* 2008). Deși aportul alimentar și greutatea corporală diferențiază cele două tulburări, manifestările clinice cognitive, afective, comportamentale și trăsăturile asociate sunt foarte similare în anorexia și bulimia nervoasă (Schmitz, Schnicker și Legenbauer, 2016). Studii recente evidențiază caracterul transdiagnostic al manifestărilor clinice în tulburările de alimentație (Schmitz, Schnicker și Legenbauer, 2016).

31.2. Evaluarea manifestărilor clinice și trăsăturilor asociate tulburărilor de alimentație

Evaluarea tulburărilor de comportament alimentar are un caracter multi-dimensional ce necesită o abordare interdisciplinară și colaborarea între psiholog, medic, nutriționist și familie, pentru o evaluare comprehensivă, medicală, psihologică și comportamentală, nutrițională și psihosocială (Stice și Peterson, 2007 ; Yager, 2007). Evaluarea psihologică vizează manifestările clinice centrale la nivelul comportamentului alimentar, imaginii corporale, comportamente compensatorii și consecințe fizice, dar și manifestările cognitive și emoționale asociate, trăsăturile de personalitate, comorbidități psihopatologice, funcționarea interpersonală și psihosocială (Stice și Peterson, 2007).

31.2.1. *Prezentarea fizică*

Semnele fizice distinctive reprezintă un prim criteriu în depistarea tulburărilor de comportament alimentar, în special în cazul anorexiei, în care pierderea masivă în greutate este un indicator evident ce semnalează prezența tulburării (Enea și Dafinoiu, 2012). În plus, greutatea și forma corporală reprezintă și criteriul de diferențiere între anorexie (subponderală) și bulimie (normoponderală), astfel încât estimarea indicelui de masă corporală este obligatorie (Yager, 2007). Greutatea scăzută se determină pe baza indicelui de masă corporală (BMI ; raportul greutate/înălțime la pătrat): la adulți, valorile sub 18,5 kg/cm² indică o persoană subponderală, iar valorarea BMI mai mică de 17 kg/cm² (moderat subponderal) este semnificativă clinic. Pentru valori intermediare, estimarea se bazează pe judecata clinică, ținând cont de istoricul conformației și greutateii corporale (APA, 2013). Pe lângă aspectul emaciat din cazurile severe, semnele fizice ale anorexiei includ bradicardie, hipotensiune, lanugo, alopecie, edeme (Herzog și Eddy, 2007). În bulimie, semnele fizice nu facilitează diagnosticul, greutatea fiind normală, iar tulburarea poate trece mult timp neobservată (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016 ; Crow, 2015). Anumite semne fizice discrete pot fi observate la unii bulimici, ca leziuni pe partea dorsală a mâinii, eroziunile dentare, hipertrofia glandelor parotide, cauzate de vărsăturile auto-provocate (Crow, 2015).

31.2.2. *Comportamentul alimentar și comportamentele compensatorii inadecvate*

Perturbările la nivelul alimentației sunt manifestările definitorii în tulburările de comportament alimentar, cu consecințe directe asupra sănătății fizice, stării psihice și funcționării psihosociale.

Alimentația restrictivă este o caracteristică principală, comună anorexiei și bulimiei, ce implică efortul extrem de a limita aportul alimentar și caloric, însă cu rezultate diferite (Fairburn, 2008). În anorexie, restricționarea severă a alimentației duce la pierdere masivă în greutate, iar în bulimie, restricțiile alternează cu episoadele de mâncat compulsiv

(Anderson *et al.*, 2004). Dietele severe diferă de dietele obișnuite, fiind caracterizate de reguli stricte și ritualuri alimentare elaborate, foarte specifice, solicitante, rigide și inflexibile (Fairburn, 2008). Acestea pot include calcularea numărului de calorii, evitarea alimentelor consistente sau „care îngrașă”, porții foarte reduse, orarul strict, tăierea alimentelor în bucăți mici, mestecatul excesiv, mâncatul foarte lent, combinații bizare, consum excesiv de lichide, ascunderea alimentelor ș.a. (Beumont, 2002 ; Fairburn, 2008). Este imperativă identificarea patternurilor disfuncționale de alimentație prin întregistrarea detaliată a aportului alimentar din ziua curentă, precedentă, săptămânile și lunile anterioare (Yager, 2007).

Mâncatul compulsiv este o altă manifestare specifică, caracterizată prin consumul unei cantități foarte mari de alimente și senzația de pierdere a controlului asupra mâncatului. Ambele condiții trebuie să fie prezente pe parcursul episodului, iar în funcție de cantitatea de alimente ingerate, trebuie făcută distincția între *episodul compulsiv obiectiv* și *episodul compulsiv subiectiv* (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016). Un episod de mâncat *compulsiv obiectiv* implică consumul unei cantități obiectiv excesive de alimente, de peste 3 ori mai mare decât normal (Allen, 2015), ce poate ajunge chiar la un aport caloric de până la 30 de ori mai mare decât necesarul zilnic (Beumont, 2002). Aceste episoade trebuie diferențiate de mâncatul *compulsiv subiectiv*, în care persoana acuză senzația lipsei de control asupra mâncatului, dar cantitatea de alimente consumate nu este de fapt excesivă (Allen, 2015 ; Fairburn, 2008). Acestea sunt specifice celor cu anorexie, care trăiesc senzația pierderii controlului asupra mâncatului, dar cantitatea ingerată nu este excesivă, ci doar subiectiv percepută ca atare, episoadele compulsive obiective fiind rare (Beumont, 2002 ; Fairburn, 2008). Deși dificil de estimat, cantitatea excesivă este esențială pentru depistarea unui episod autentic de mâncat compulsiv (Stice și Peterson, 2007 ; Beumont, 2002). În plus, este necesar să se înregistreze frecvența, intensitatea și circumstanțele apariției episoadelor de mâncat compulsiv (Yager, 2007).

Comportamentele compensatorii inadecvate apar ca reacție la episoadele de mâncat compulsiv cu scopul de a preveni îngrașarea și includ *comportamente de tip purgare*, cel mai frecvent vărsături autoprovocate, dar și abuzul de laxative sau diuretice. Depistarea și estimarea frecvenței acestora sunt imperative datorită consecințelor și riscurilor grave asupra sănătății (Allen, 2015 ; Beumont, 2002). *Exercițiile excesive/compulsive* sunt o metodă de control a greutateii frecventă în anorexie și includ atât exerciții fizice formale de gimnastică, alergat, fitness, cât și comportamentul hiperactiv generalizat în activitățile cotidiene (Allen, 2015 ; Beumont, 2002). Exercițiile compulsive au un caracter imperativ și excesiv ca frecvență, durată, intensitate și persistență, fiind dificil de întrerupt, în pofida disconfortului și leziunilor fizice (Allen, 2015).

Comportamentele de autovătămare corporală apar cu o prevalență ridicată, de 35% în rândul pacienților cu tulburări de alimentație, în asociere cu un istoric de experiențe traumatiche (Paul *et al.*, 2002). Mai mult, pacienții prezintă și un risc crescut pentru *tentative de suicid*, iar *screeningul* acestora pe parcursul evaluării clinice este imperativ (Coelho, Thaler și Steiger, 2015).

31.2.3. *Perturbările în imaginea corporală*

Perturbările în imaginea corporală sunt un element central al anorexiei și bulimiei și joacă un rol major în etiologia, evoluția, menținerea, recuperarea și recăderea în tulburările

de comportament alimentar (Fairburn, 2008). Perturbarea imaginii corporale are un caracter multi-dimensional, ce se manifestă la nivel perceptiv, cognitiv, afectiv și comportamental (Delinsky, 2011).

Perturbările la nivel perceptiv se manifestă prin *distorsiuni în imaginea corporală*, specifice persoanelor cu anorexie, care își supraestimează dimensiunea corpului și se percep ca fiind grase, supraponderale, deși sunt evident subponderale (Delinsky, 2011). Deși sunt prototipice pentru anorexie, distorsiuni similare în imaginea corporală apar și în bulimie (Crowther și Williams, 2011).

Perturbările cognitive în imaginea corporală reprezintă nucleul psihopatologic, fiind un criteriu de diagnostic al anorexiei și bulimiei, și implică supraevaluarea importanței formei și greutateii corporale, ce devin elementul predominant în autoaprecierea valorii personale (Fairburn, 2008). Importanța majoră a aspectului fizic în conceptul de sine al celor cu anorexie sau bulimie determină o preocupare excesivă pentru forma/greutatea corporală, gânduri negative și credințe disfuncționale față corpul lor (Crowther și Williams, 2011). Acestea includ impunerea unor standarde exagerate privind forma și greutatea corporală, ca idealuri internalizate de frumusețe, iar importanța atribuită face ca atingerea lor să devină un scop definitoriu (Delinsky, 2011).

Insatisfacția imaginii corporale reflectă perturbările în componenta subiectiv-evaluativă ce înglobează emoții și aprecieri negative față de forma și greutatea corporală. Deși este un fenomen larg răspândit în rândul femeilor (Enea, 2014), la persoanele cu tulburări de comportament alimentar, insatisfacția corporală se manifestă la un nivel semnificativ mai ridicat (Hrabosky *et al.*, 2009). Aceasta implică o discrepanță ridicată între forma corporală actuală și cea ideală, nemulțumire acută față de forma corpului și distress emoțional marcat legat de aspectul fizic.

La nivel comportamental, perturbările imaginii corporale includ atât comportamente de verificare, cât și de evitare a formei fizice (Menzel, Krawczyk și Thompson, 2011). Comportamentele de verificare implică automonitorizarea excesivă a corpului prin cântărirea frecventă, examinarea în oglindă, măsurarea dimensiunilor și stratului de grăsime. La polul opus, comportamentele de evitare implică evitarea oglinzilor și cântării, hainelor mulate și camuflarea corpului cu haine largi, evitarea expunerii corpului (plajă, sport, intimitate) (Crowther și Williams, 2011).

31.2.4. *Manifestări cognitive*

Simptomele cognitive ale tulburărilor alimentare se manifestă în două sfere majore: cogniții disfuncționale față de propriul corp și față de alimentație. *Cognițiile disfuncționale în imaginea corporală* includ preocuparea excesivă și supravalorizarea formei și greutateii corporale. *Cognițiile disfuncționale față de alimentație* includ preocuparea excesivă pentru mâncare, diete și calorii, planificarea meselor, clasificarea alimentelor în bune sau rele, permise sau interzise (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016; Enea și Dafinoiu, 2012). Aceste persoane își impun reguli stricte și inflexibile privind regimul alimentar, supravalorizează capacitatea de autocontrol asupra mâncatului ca semn al valorii personale sau sunt dominate de gânduri obsesive de pierdere a controlului (Fairburn, 2008).

Un element important în evaluarea cognitivă este și *capacitatea reflexivă* asupra propriilor simptome, conștiința sau negarea perturbărilor și a caracterului lor disfuncțional. O parte din pacienți conștientizează problema, își dau seama că preocupările și comportamentele lor sunt exagerate, nocive și încearcă să lupte cu aceste manifestări egodistonice, resimțite ca intruzive, incontrolabile, nedorite și în dezacord cu sinele (Yager, 2007). În alte cazuri, în special în anorexie, pacientele se identifică puternic cu convingerile distorsionate despre propriul corp și comportamentele nocive care au caracter egosintonic, fiind parte integrantă a imaginii de sine (Enea și Dafinoiu, 2012). Acestora le lipsește capacitatea reflexivă și conștiința tulburării, resping ideea că manifestările sunt anormale, grave sau nocive, evită dezvăluirea simptomelor, neagă sau ascund deliberat informații, îngreunând depistarea, diagnosticul și intervenția (Yager, 2007).

În tulburările de alimentație pot să apară și *deficite în funcționarea cognitivă*, mai pronunțate în anorexie pe măsura subnutriției și scăderii ponderale (Zakzanis, Campbell și Polsinelli, 2010).

31.2.5. *Manifestări emoționale asociate*

Tulburările de comportament alimentar implică un nivel ridicat de distres psihologic atât în asociere directă cu simptomatologia, cât și ca predispoziție generală de experimentare a afectelor negative și dereglărilor emoționale (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016 ; Lavender *et al.*, 2015). Pacienții cu tulburări de alimentație prezintă niveluri ridicate de emoții negative (Serpell și Troop, 2003), trăind mai frecvent și mai intens stări de anxietate, furie, tristețe, rușine, vină sau dezgust, care pot precede, acompania sau urma simptomatologiei clinice. *Distresul afectiv* poate contribui la supraalimentarea pe fond emoțional, ca răspuns la experimentarea unor emoțiilor negative intense, însă afectivitatea negativă și patologia alimentației se află într-o relație complexă, cu o cauzalitate circulară (Lavender *et al.*, 2015). *Dificultățile în reglarea emoțională* sunt importante, cu impact direct asupra episoadelor de mâncat compulsiv. Studiile indică deficite majore în abilitățile de reglare emoțională, mecanisme de coping disfuncțional, vulnerabilitate și intoleranță la distres (Lavender *et al.*, 2015). *Alexitimia* și deficitele interoceptive sunt frecvente la pacienții cu tulburări de alimentație care prezintă dificultăți în conștientizarea și recunoașterea propriilor emoții, confuzia între stările emoționale și senzațiile corporale, dificultatea de a experimenta și exprima emoțiile atât verbal, cât și nonverbal (Nowakowski, McFarlane și Cassin, 2013).

31.2.6. *Trăsături de personalitate asociate*

Anumite trăsături de personalitate sunt mai accentuate la cei cu tulburări de comportament alimentar, fiind identificate profile specifice bulimiei sau anorexiei nervoase. Evaluarea și rolul lor în dezvoltarea și menținerea tulburării sunt utile în explicarea simptomatologiei, conceptualizarea cazului și planificarea tratamentului. *Perfecționismul* este o trăsătură definitorie atât în anorexie, cât și în bulimie, cu impact major asupra simptomatologiei, reflectându-se în fixarea unor standarde nerealiste privind forma și greutatea corporală (Serpell și Troop, 2003). *Stima de sine scăzută* este o altă trăsătură principală în tulburările de alimentație, atât ca factor de risc, cât și ca o consecință psihologică. Mai mult, stima de sine se bazează în mare măsură pe forma și greutatea corporală ca dimensiune centrală a conceptului de sine

(Serpel și Troop, 2003). Profilul specific anorexiei restrictive este de tip *supracontrolat*, cu *trăsături obsesiv-compulsive*, perfecționism, rigiditate și inhibiție emoțională, timiditate, anxietate și izolare socială, trăsături schizoide (Holliday, Landau și Treasure, 2006). Profilul specific bulimiei și anorexiei de tip compulsiv/purgare este de tip *dezinhibat*, cu *impulsivitate* crescută, dificultăți în autocontrol și în reglarea emoțională, labilitate emoțională și afectivitate negativă proeminentă (Herzog și Eddy, 2007; Serpell și Troop, 2003).

31.2.7. Psihopatologia comorbidă

Comorbiditățile psihopatologice sunt foarte frecvente la pacienții cu tulburări de comportament alimentar, iar evaluarea acestora are implicații majore asupra diagnosticului, prognosticului, planului de intervenție și evoluției clinice (Coelho, Thaler și Steiger, 2015). Sunt necesare identificarea și evaluarea acestora prin instrumente valide de *screening* și diagnostic. Pacienții cu anorexie sau bulimie prezintă o rată crescută a *tulburărilor afective* de până la 80% în cazurile severe, în special *tulburarea depresivă majoră* (peste 70%), dar și *tulburarea distimică* sau *tulburările bipolare* (Coelho, Thaler și Steiger, 2015). *Tulburările anxioase* comorbide au de asemenea o prevalență ridicată de până la 70%, cel mai frecvent fiind întâlnite *tulburarea obsesiv-compulsivă*, *anxietatea generalizată* și *fobia socială* (Coelho, Thaler și Steiger, 2015). *Tulburările de personalitate* sunt frecvente, în special *tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă* în anorexie, iar *tulburarea de personalitate borderline* în bulimie. *Tulburările consumului de alcool și substanțe* trebuie de asemenea avute în vedere, fiind frecvente mai ales în bulimia nervoasă (Coelho, Thaler și Steiger, 2015).

31.2.8. Funcționarea interpersonală și psihosocială

Estimarea nivelului clinic de stres sau deteriorare în funcționarea psihosocială este un criteriu necesar pentru acordarea diagnosticului de tulburare de comportament alimentar, ce presupune ca simptomele să afecteze semnificativ viața personală, socială sau profesională (APA, 2013). Se impune deci evaluarea funcționării familiale și profesionale, relațiilor interpersonale și rețeaua de suport social, pentru a stabili în ce măsură simptomele interferează cu adaptarea psihosocială (Stice și Peterson, 2007). Tulburările de comportament alimentar sunt acompaniate frecvent de retragere și izolare, diminuarea sau evitarea interacțiunilor, dificultăți în relațiile interpersonale și suport social precar (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016). *Calitatea vieții* este semnificativ redusă la pacienți, fiind un indicator important al nivelului de deteriorare clinică, ce se accentuează pe măsura severității simptomatologiei, fiind mai afectată în cazurile de tip mâncat compulsiv/purgare (DeJong *et al.*, 2013).

31.3. Metode și instrumente de evaluare a tulburărilor de comportament alimentar

Există numeroase instrumente standardizate de evaluare a tulburărilor de alimentație, iar sarcina clinicianului este de a le selecta pe cele cu calități psihometrice dovedite și adecvate

contextului evaluării, ținând cont de obiectivul vizat, timpul și resursele disponibile. Există două mari categorii de instrumente: interviuri clinice semistructurate și chestionare de autoraportare, la care se pot adăuga teste comportamentale și date din surse colaterale. Ambele metode au avantaje și limite, iar în practică se recomandă utilizarea complementară atât a interviurilor, cât și a chestionarelor.

31.3.1. *Interviuri clinice standardizate*

Interviurile standardizate vizează evaluarea clinică în raport cu criteriile de diagnostic DSM, cât și surprinderea complexității simptomatologiei, iar avantajul lor este că permit evaluarea aprofundată și clarificarea unor termeni ce pot fi interpretați subiectiv (de exemplu, mâncatul compulsiv).

Examinarea Tulburării de Alimentație (Eating Disorder Examination – EDE) (Cooper *et al.*, 1987) este cel mai renumit interviu semistructurat, standardul de aur în domeniu, având calități psihometrice excelente, validitate discriminativă, fidelitate interevaluatori (0,9-1,0), test-retest (>0,7), consistență internă (0,65 – 0,85) (Berg *et al.*, 2012). Are însă o durată mare de administrare și necesită training, fiind greu de utilizat în diagnostic, dar preferat în studiile clinice (Crow, 2015).

SCID – Interviul clinic structurat pentru tulburările de pe Axa I DSM-IV include un modul pentru tulburări de comportament alimentar, ce facilitează depistarea în evaluarea clinică de rutină, diagnosticul episodului curent și istoric, diagnosticul diferențial și comorbiditățile (Crow, 2015).

31.3.2. *Chestionare de autoraportare*

Chestionarele de autoraportare sunt o modalitate avantajoasă de evaluare a tulburărilor de alimentație deoarece permit identificarea facilă a simptomelor, oferă informații detaliate în timp scurt, fiind utile în *screening*, diagnostic și monitorizarea evoluției clinice. *Testul Atitudinilor Alimentare (EAT-26 Eating Attitude Test)* este cel mai răspândit chestionar pentru *screeningul* tulburărilor de alimentație, cu bune calități psihometrice, foarte eficient în depistarea simptomelor în populații nonclinice sau cu risc (Garfinkel și Newman, 2001). *Inventarul Tulburării de Alimentație EDI-3 (Eating Disorder Inventory)* este un chestionar de evaluare multi-dimensională pentru *screening*, măsurarea simptomatologiei și monitorizarea tratamentului în tulburările de alimentație, cu o bună fidelitate (0,75-0,90) și validitate discriminativă (Clausen *et al.*, 2011). *Scala de Diagnostic a Tulburării de Alimentație EDDS (Eating Disorder Diagnostic Scale)* este un chestionar de *screening* și diagnostic pe baza criteriilor DSM-5, ce poate genera diagnosticul de anorexie, bulimie, alimentare compulsivă sau altă tulburare de alimentație. Are o bună fidelitate (0,89) și validitate (Stice, Fischer și Martinez, 2004) și este adaptat în limba română (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016).

31.3.3. *Instrumente de evaluare a imaginii corporale*

Pentru evaluarea perturbărilor imaginii corporale sunt disponibile numeroase instrumente alternative: chestionare, scale figurale sau programe computerizate (Menzel, Krawczyk

și Thompson, 2011). *BSQ – Body Shape Questionnaire* (Cooper *et al.*, 1987) este unul din cele mai utilizate instrumente de măsurare a preocupărilor pentru forma corporală specifice pacienților cu tulburări de alimentație. *MBSRQ – Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (Cash, 2000) este un chestionar multi-dimensional de evaluare a perturbărilor subiectiv-evaluative și cognitiv-comportamentale ale imaginii corporale, cu bune calități psihometrice de fidelitate și validitate (Hrabosky *et al.*, 2009).

31.3.4. *Particularități în evaluarea copiilor și adolescenților*

Evaluarea tulburărilor de alimentație la copii prezintă o serie de particularități și provocări suplimentare (Enea, Moldovan și Anton, 2017). Aceasta necesită adaptarea procesului de evaluare la stadiul dezvoltării cognitive a copilului prin utilizarea unui limbaj adecvat nivelului său de înțelegere și explicarea termenilor abstracti (mâncatul compulsiv) cu exemple concrete și metafore ilustrative (Enea și Dafinoiu, 2012). Evaluarea copiilor necesită obligatoriu implicarea părinților, care pot oferi informații esențiale despre problemele alimentare pe care copilul nu poate să le exprime sau le ascunde în mod deliberat (Enea, Moldovan și Anton, 2017). Manifestările clinice diferă la copii, în special criteriile fizice ce se raportează la normele de înălțime/greutate ale vârstei și traiectoria dezvoltării. În evaluarea psihometrică trebuie utilizate atât instrumente adaptate la copii (*EDE-Child*, *ChildrenEAT*, *EDI-Child*, *Kid's Eating Disorders Survey*), cât și instrumente de heteroevaluare pentru părinți (*Children's Eating Behavior Inventory*) (Derenne *et al.*, 2010; Stice și Petersen, 2007).

31.4. Sintetizarea și raportarea rezultatelor evaluării

31.4.1. *Integrarea datelor din surse complementare*

Având în vedere caracterul multi-dimensional al evaluării tulburărilor de comportament alimentar, în final, rolul clinicianului este de a integra datele obținute din surse complementare de informații, provenite din interviuri, chestionare, istoric, familie sau alte persoane. În formularea diagnosticului, *rolul judecății clinice* este esențial pentru clarificarea posibilelor inconsistențe și contradicții în informațiile culese, cauzate de acuratețea limitată, în special a datelor obținute prin autoraportare, ce pot fi distorsionate de dezirabilitatea socială, ambivalența, caracterul egosintonic și tendința de minimalizare a simptomelor pentru a evita tratamentul (Stice și Petersen, 2010).

31.4.2. *Raportarea rezultatelor evaluării clinice în tulburările de comportament*

Aceasta trebuie să includă elementele-cheie specifice simptomatologiei clinice care se vor regăsi în raportul psihologic. Sumarizând rezultatele evaluării, raportul va cuprinde informații despre toate planurile examinate: *istoricul greutateii corporale; patternuri de alimentație, aport nutrițional, restricții, diete și reguli alimentare, episoade de mâncat*

compulsiv ; comportamente compensatorii inadecvate pentru controlul greutății, de tip purgare, post și activitate fizică excesivă ; preocupările pentru greutate și forma corporală, perturbările în imaginea corporală ; manifestări cognitive ; perturbări emoționale ; trăsături de personalitate ; stima și conceptul de sine ; comorbidități psihopatologice ; funcționarea interpersonală și psihosocială ; istoricul clinic personal și familial (Allen, 2015).

31.4.3. *Conceptualizarea cazului*

Conceptualizarea cazului este etapa de legătură dintre evaluare/diagnostic și terapia tulburării. O conceptualizare adecvată include atât elemente descriptive privind natura și severitatea simptomatologiei, cât și o perspectivă explicativă asupra etiologiei și factorilor patogenetici care au contribuit la dezvoltarea, evoluția sau menținerea tulburării (Garner și Keiper, 2010).

Aceasta necesită o bună cunoaștere a teoriilor explicative actuale asupra etiologiei tulburărilor de comportament alimentar, ce are un caracter multi-determinat, cu factori de risc la nivel biologic, psihologic și sociocultural (Enea, Măirean și Dafinoiu, 2016 ; Herzog și Eddy, 2007 ; Smolak și Levine, 2015). Calitatea conceptualizării depinde de abilitatea clinicianului de a aplica teoriile explicative ale tulburării la situația concretă a pacientului, într-o manieră individualizată care să surprindă particularitățile experienței pe baza istoriei sale personale, semnificațiilor atribuite, credințelor centrale și aspectelor funcționale ale simptomelor dobândite în timp (Garner și Keiper, 2010).

Conceptualizarea presupune înțelegerea semnificațiilor și funcțiilor adaptative multiple ale simptomatologiei, rolul și beneficiile consecutive ce întrețin perpetuarea tulburării prin întăriri pozitive sau negative, interne sau externe, conotații pozitive atribuite simptomelor sau rolul lor în prevenirea, evitarea sau diminuarea unor stări negative (Garner și Keiper, 2010).

31.4.4. *Prognostic și recomandări clinice*

Demersul de evaluare clinică fundamentează, în cele din urmă, luarea unor decizii informate și formularea recomandărilor clinice privind planul de intervenție și tratament (Allen, 2015). Acestea trebuie să țină cont de o serie de factori relevanți pentru prognosticul și planificarea tratamentului : nivelul de severitate al simptomatologiei, consecințele fiziologice și complicațiile medicale, nivelul de deteriorare în funcționarea psihosocială, prezența comorbidităților psihopatologice, suportul social, caracterul egosintonic, motivația și complianța la tratament (Allen, 2015). Recomandările clinice trebuie să adreseze toate elementele centrale ale tulburării, în funcție de diagnosticul și particularitățile cazului. În linii generale, recomandările clinice în tulburările de comportament alimentar vizează : dezvoltarea motivației pentru terapie, reabilitarea ponderală și nutrițională, psihoeducația, educația nutrițională, ameliorarea comportamentului alimentar și comportamentelor compensatorii, intervenții asupra factorilor cognitivi și credințelor centrale subiacente, intervenții asupra imaginii corporale, ameliorarea factorilor psihologici, interpersonali, sociali relevanți în menținerea tulburării (Enea și Dafinoiu, 2012 ; Garner și Keiper, 2010 ; Yager, 2007).

Concluzie

În pofida amenințării vitale, consecințelor grave asupra sănătății, calității vieții și funcționării psihosociale, tulburările de comportament alimentar rămân adesea nedepistate, nediagnosticate și netratate prin servicii clinice specializate. Identificarea și adresarea lor în context clinic și nonclinic sunt o sarcină importantă, dar și dificilă, iar clinicianul trebuie să fie familiarizat cu elementele care pot facilita suspectarea unei tulburări de comportament alimentar. Pentru *screening* este indicată o evaluare în două etape, prin chestionare de autoraportare urmate de un interviu semistructurat. Clinicienii au la dispoziție instrumente standardizate cu calități psihometrice dovedite empiric pe populații clinice, cât și nonclinice. Diagnosticul tulburărilor de comportament alimentar implică evaluarea comprehensivă multi-dimensională atât pentru încadrarea în criteriile de diagnostic, cât și pentru examinarea manifestărilor clinice, trăsăturilor asociate și consecințelor psihosociale, cu relevanță în planificarea tratamentului. Tulburările de comportament alimentar au adesea caracter egosintonic, iar evaluarea psihologică ridică provocări clinicianului care se poate confrunța cu negarea, ambivalența, lipsa de cooperare sau mascarea simptomelor pentru a evita tratamentul.

Bibliografie

- Allen, K. (2015). Clinical Interviews and Eating Disorders. In L. Smolak & M.P. Levine (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 524-536). England, UK: Wiley Blackwell.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Anderson, D., Lundgren, J., Saphiro, J.R., Paulosky, C.A. (2004). Assessment of Eating Disorders. Review and Recommendations for Clinical Use. *Behavior Modification*, 28(6), 763-782.
- Berg, K.C., Peterson, C.B., Frazier, P., Crow, S.J. (2012). Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428-438.
- Beumont, P.J.V. (2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity. A comprehensive handbook* (2nd ed.) (pp. 162-170). New York, NY: The Guilford Press.
- Cash, T. (2000). *MBSRQ Users' Manual* (Third Revision, January, 2000).
- Clausen, L., Rosenvinge, J.H., Friberg, O., Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 101-110.
- Coelho, J., Thaler, L., Steiger, H. (2015). Psychiatric Comorbidity in Diagnosis. In L. Smolak & M.P. Levine (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 183-196). England, UK: Wiley Blackwell.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., Fairburn, C. (1987). The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Crow, S. (2015). Diagnosing Bulimia Nervosa. In L. Smolak & M.P. Levine (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 105-113). England, UK: Wiley Blackwell.
- Crowther, J.H., Williams, N.M. (2011). Body Image and Bulimia Nervosa. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.) (pp. 288-295). New York, NY: The Guilford Press.

- DeJong, H., Oldershaw, A., Sternheim, L., Samarawickrema, N., Kenyon, M.D. *et al.* (2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of Eating Disorders*, 1(43).
- Delinsky, S.S. (2011). Body Image and Anorexia Nervosa. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.) (pp. 279-287). NY: The Guilford Press.
- Derenne, J.L., Baker, C.W., Delinsky, S.S., Becker, A.E. (2010). Clinical Ratings Scales and Assessment in Eating Disorders. In L. Baer & M.A. Blais (Eds.), *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health* (pp. 145-174). New York, NY: Humana Press.
- Eddy, K.M., Dorer, D.J., Franko, D.L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H., Herzog, D.B. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250.
- Enea, V. (2014). Insatisfacția imaginii corporale și tulburările de comportament alimentar. În I. Dafinoiu & Ș. Boncu (coord.), *Psihologie Socială Clinică*. Iași: Editura Polirom.
- Enea, V., Dafinoiu, I. (2012). *Anorexia nervoasă: teorie, evaluare și tratament*. Iași: Editura Polirom.
- Enea, V., Măirean, C., Dafinoiu, I. (2016). *Bulimia nervoasă: Teorie, evaluare și tratament*. Iași: Editura Polirom.
- Enea, V., Moldovan, A., Anton, R. (2017). *Tulburările de comportament alimentar și obezitatea la copii și adolescenți*. Iași: Editura Polirom.
- Fairburn, C.G. (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. NY: Guilford Press.
- Garfinkel, P.E., Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6, 1-24.
- Garner, D.M., Keiper, C.D. (2010). Anorexia and Bulimia. In J. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (pp. 1429-1459). Springer Science+Business Media.
- Herzog, D.B., Eddy, K.T. (2007). Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorder. In J. Yager & P.S. Powers (Eds.), *Clinical Manual of Eating Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Holliday, J., Landau, S., Treasure, J. (2006). Personality pathology among individuals with a lifetime history of anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 417-430.
- Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A *et al.* (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image*, 6, 155-163.
- Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Gordon, K.H., Kaye, W.H., Mitchell, J.E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122.
- Menzel, J.E., Krawczyk, R., Thompson, J.K. (2011). Attitudinal Assessment of Body Image for Adolescents and Adults. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.) (pp. 154-169). New York, NY: Guilford Press.
- Nowakowski, M.E., McFarlane, T., Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21).
- Paul, T., Schroeter, K., Dahmne, B., Nutzinger, S.O. (2002). Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(3).
- Schmitz, C., Schnicker, K., Legenbauer, T. (2016). Influence of Weight on Shared Core Symptoms in Eating Disorders: Support or Challenge for a Transdiagnostic Perspective? *Behavior Modification*, 40(5).
- Serpell, L., Troop, N. (2003). Psychological Factors. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Van Furth (Eds.), *The Handbook of Eating Disorders* (2nd ed.) (pp. 151-167). England, UK: Wiley.
- Smolak, L., Levine, M.P. (2015). *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. UK: Wiley Blackwell.
- Stice, E., Fisher, M., Martinez, E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale: Additional Evidence of Reliability and Validity. *Psychological Assessment*, 16(1), 60-71.

- Stice, E., Peterson, C.B. (2007). Eating Disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Assessment of Childhood Disorders* (4th ed.) (pp. 751-780). New York, NY: The Guilford Press.
- Zakzanis, K.K., Campbell, Z., Polsinelli, A. (2010). Quantitative evidence for distinct cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Neuropsychology*, 4, 89-106.
- Yager, J. (2007). Assessment and Determination of Initial Treatment Approaches for Patients With Eating Disorders. In J. Yager & P.S. Powers (Eds.), *Clinical Manual of Eating Disorder* (1st ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

32. Evaluarea demenței

Mariana Bărbușelu, Louise Birkett-Swan
Memory Assessment Service, Marea Britanie

Rezumat

Acest capitol prezintă modalitatea practică de abordare clinică a cazurilor suspecte de demență în instituții clinice din UK, unde deciziile clinice se iau în cadrul unei echipe multi-disciplinare. Sunt precizate obiectivele pe care le urmărește această echipă și considerentele generale de care este indicat să se țină seama atunci când sunt evaluate persoane vârstnice. Un model de raport de evaluare neuropsihologică este prezentat ca exemplu de organizare a informațiilor rezultate în urma unei astfel de evaluări.

În Marea Britanie, în cele mai multe cazuri, persoanele în vârstă, îngrijorate de problemele lor de memorie, sau rudele acestora se adresează medicului de familie. În general acesta va examina istoricul medical al persoanei și al altor membri ai familiei, va culege informații privind simptomele, va efectua o examinare fizică și va cere efectuarea testelor de sânge pentru a exclude alte cauze posibile pentru confuzie și pierderea memoriei. Problemele legate de tiroidă, infecțiile, deficiența de vitamine, durerea, stresul, anemia, efectele secundare ale medicamentelor, constipația severă, deficiențele de vedere și auz, depresia și tumorile cerebrale sunt doar câteva dintre condițiile care pot provoca simptome similare demenței. Medicul de familie utilizează adesea un scurt test de memorie. Cel mai folosit este *Mini-Mental State Examination* (MMSE – Folstein, Folstein și McHugh, 1975), probabil cel mai recunoscut test de *screening* cognitiv, care nu mai necesită o prezentare detaliată. MMSE se centrează mai mult pe evaluarea orientării/ atenției și memoriei și oferă o foarte scurtă examinare a limbajului și funcționării vizuo-spațiale. Funcția executivă lipsește cu desăvârșire, ceea ce determină nedepistarea deficitelor cognitive întâlnite în unele tipuri de demență cum ar fi cea fronto-temporală. De asemenea, unele studii au demonstrat că nivelul educației, vârsta, ocupația și etnicitatea au un efect asupra scorurilor obținute la MMSE (Frisoni *et al.*, 1993; Launer *et al.*, 1993; Parker și Philp, 2004). În plus, MMSE nu mai poate fi acum utilizat fără drept de copyright, devenind o opțiune costisitoare pentru practica clinică de rutină. Datorită faptului că declinul cognitiv subtil din stadiul incipient al demenței nu este întotdeauna

reflectat în scorul MMSE, în cazul în care persoana răspunde cu ușurință la test, dar încă se suspectează demența, se recomandă o evaluare mai comprehensivă.

Alte instrumente de *screening* sunt la fel de eficiente ca MMSE, dar mai ușor de realizat și disponibile fără copyright :

- *6-item Cognitive Impairment Test* (6-CIT; Brooke și Bullock, 1999) este un *screening* ușor de administrat, ce durează doar 3-4 minute și constă în șase întrebări privind orientarea și memoria. Scorul se situează între 0 și 28, cu scorurile de la 0 la 7 fiind considerate normale și ≥ 8 sugerând un deficit cognitiv. Acest test este cel mai des utilizat acum de către medicii de familie în locul MMSE. Kingshill Research Centre, Swindon, UK deține dreptul de autor la versiunea 2000 a 6-CIT, dar permite profesioniștilor din domeniul sănătății să o folosească gratuit la <http://www.patient.co.uk/doctor/six-item-cognitive-impairment-test-6cit>.
- *General Practitioner Assessment of Cognition* (GPCOG; Brodaty *et al.*, 2002) este un instrument care conține nouă întrebări adresate direct persoanei în vârstă și șase pentru aparținător, a cărui aplicare nu durează mai mult de 5 minute. Un scor mai mic de 5 este considerat normal, iar unul mai mare de 8 indică deficiență cognitivă. Testul este în domeniul public, poate fi utilizat fără drept de copyright și dispune de varianta în limba română. Mai multe detalii pe <http://www.gpcog.com.au/index.php>.
- *Mini-Cog* (Borson *et al.*, 2003) este un alt instrument scurt de 2-4 minute care constă din două componente, 3 itemi de memorat și un test simplu de desenare a ceasului. Se suspectează declinul cognitiv în cazul în care persoana nu își poate reaminti niciunul din cei 3 itemi sau dacă își amintește doar unul sau doi itemi și desenează un ceas incorect. O metanaliză a instrumentelor de *screening* efectuată de Tsoi, Chan, Hirai, Wong și Kwok în 2015 a demonstrat că Mini-Cog este unul dintre cele mai bune alternative la MMSE în *screeningul* demenței. Mai multe detalii la <http://mini-cog.com/mini-cog-instrument/standardized-mini-cog-instrument/>.

Deși un singur profesionist poate diagnostica demența, persoanele cu un astfel de diagnostic au nevoi complexe, iar evaluarea și tratamentul necesită mai degrabă o abordare multi-disciplinară din moment ce aceasta poate diferenția între tipurile de demență (Wolfs *et al.*, 2006). În general, dacă medicul de familie nu găsește niciun motiv pentru existența simptomelor, trimite persoana în vârstă la serviciul de evaluare a memoriei pentru o evaluare comprehensivă.

Serviciul de evaluare a memoriei este o echipă multi-disciplinară special instruită pentru a diagnostica problemele de memorie. Compoziția echipei multi-disciplinare poate varia de la un serviciu la altul, dar în general reunește asistente medicale cu specializare în psihiatrie, terapeuți ocupaționali, psihiatri, asistenți sociali, personal medical necalificat de sprijin și psihologi clinicieni.

Serviciul urmărește să :

- Ofere o evaluare amănunțită a funcționării cognitive ;
- Stabilească un diagnostic și să excludă și trateze orice cauze reversibile ;
- Furnizeze asistență și suport postdiagnostic persoanelor nou diagnosticate și rudelor ;

- Îndruma și să pună în legătură cu alte servicii ce acordă sprijin în cadrul comunității ;
- Ofere tratament medicamentos și alte intervenții.

Persoanele în vârstă pot fi evaluate la domiciliu sau în clinică și sunt rugate de obicei să-i însoțească un membru al familiei sau un prieten apropiat. Acesta din urmă poate, dacă este necesar, să furnizeze informații suplimentare privind memoria persoanei și problemele cognitive și de sănătate. Prima programare implică obținerea istoricului personal și medical și uneori examinări fizice, dacă acestea nu au fost deja efectuate de medicul de familie. Persoanele sunt rugate să descrie dificultățile sau problemele pe care le întâmpină, debutul acestora și cum le afectează aceste probleme. Alte informații solicitate în mod obișnuit includ schimbările de comportament/personalitate, nivelul de educație și nivelul de alfabetizare, funcționarea fizică și activitățile din viața de zi cu zi. De asemenea, sunt solicitate investigații de scanare a creierului în funcție de necesitate (computer tomograf, RMN, tomografie axială computerizată, tomografia cu emisie de fotoni individuali [SPECT], tomografia prin emisie de pozitroni [PET] etc.), pentru a identifica condiții cum ar fi accidente vasculare cerebrale, tumori cerebrale și hidrocefalie și a ajuta la diagnosticarea tipului de demență.

Pentru o evaluare mai detaliată a memoriei și a altor procese de gândire se utilizează teste de *screening* mai avansate :

- *Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III)*

ACE (Mathuranath *et al.*, 2000) este cel mai detaliat test de *screening* cognitiv, ce a fost inițial dezvoltat pentru a include o evaluare mai amănunțită a memoriei și funcționării executive și a distinge între boala Alzheimer și demența fronto-temporală. Acesta a cuprins inițial itemii din MMSE și a fost ulterior revizuit, iar a treia variantă (ACE-III) acoperă o serie de domenii cognitive, incluzând atenția/concentrarea, memoria, fluența verbală (funcția executivă), limbajul și abilitatea vizuo-spațială. ACE-III are un scor maxim de 100 de puncte, cu posibilitatea obținerii de subscoruri pentru fiecare domeniu cognitiv, și are o valoare de prag de 82-88/100. Posibilitatea de a deriva subscoruri ajută la folosirea ACE-III pentru urmărirea progresului deficitului cognitiv în timp. În forma revizuită se administrează în 15-20 de minute și nu mai conține itemii din MMSE, dar are o versiune mai scurtă Mini-Addenbrooke (M-ACE), ce conține doar 5 itemi cu un scor maxim de 30 și cu valori de prag de 21 și 25 (Hsieh *et al.*, 2015). Domeniile cognitive ale ACE-III corelează semnificativ cu cele ale testelor psihometrice (Hsieh *et al.*, 2013). Dreptul de autor este reținut de profesorul John Hodges, dar ACE-III este disponibil gratuit în domeniul public, iar un program de instruire în administrarea testului este oferit online la <http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/psychology/multiprofessional-psychology/psychology-and-psychological-interventions-in-dementia/ace-iii-trainer.aspx>. ACE-III este disponibil și într-o versiune electronică (ACEmobile), care permite administrarea și notarea pe tabletele electronice (vezi <http://www.acemobile.org>).

De asemenea, se completează și scale cu aparținătorul pentru a evalua capacitatea persoanei în vârstă de a efectua activități zilnice. Unul dintre cele mai utilizate este *Bristol Activities of Daily Living Scale* (BADLS ; Bucks *et al.*, 1996). Acesta este un chestionar conceput special pentru a fi utilizat în evaluarea persoanelor cu demență și conține 20 de itemi ce măsoară abilitatea persoanei de a efectua activități sensibile la schimbările

cognitive observate în demență, precum gestionarea finanțelor, îngrijirea personală, prepararea alimentelor, transportul etc.

Informațiile cu privire la deteriorarea funcționării zilnice a persoanei sunt deosebit de importante, deoarece doar declinul cognitiv sau deteriorarea memoriei nu sunt suficiente pentru a diagnostica demența. Nu există niciun test cognitiv care să diagnosticheze demența, iar rezultatele acestora nu trebuie utilizate în mod izolat. Afectarea activităților din viața de zi cu zi împreună cu dovezi ale declinului cognitiv în timp sunt esențiale pentru un diagnostic de demență.

Psihologii care fac parte din echipa multi-disciplinară pot furniza o evaluare cognitivă mai complexă și sunt implicați în suportul pre- și postdiagnostic. De asemenea, ei pot îndruma echipa în cazurile mai dificile și uneori sprijină personalul în comunicarea diagnosticului. În cazurile în care diagnosticul este incert, prezentarea este atipică și scorurile testelor cognitive și istoricul clinic nu corespund unele cu celelalte, echipa solicită psihologului o evaluare cognitivă mai amănunțită. Rezultatele acesteia sunt combinate cu informațiile din toate sursele, inclusiv cu cele ale investigațiilor de scanare a creierului, și sunt discutate în întâlnirile echipei multi-disciplinare pentru a stabili diagnosticul și planul de tratament.

În general evaluările cognitive aprofundate sunt utilizate pentru :

- A detecta deficitele cognitive și distinge între performanța normală pentru vârstă și nivel de educație și schimbări cognitive ce reflectă procese patologice. Evaluarea poate astfel ajuta și în cazurile în care clientul și familia raportează deficite de memorie în viața de zi cu zi, dar scorurile la testările anterioare sunt normale. Astfel se poate exclude declinul cognitiv la persoanele care percep o deteriorare și sunt îngrijorate că suferă de demență, dar care au de fapt deficiențe de memorie în conformitate cu îmbătrânirea normală.
- A ajuta la diagnosticarea diferențială nu numai a diferitelor tipuri de demență, dar și între îmbătrânirea normală și deficitul cognitiv ușor (*Mild Cognitive Impairment – MCI*). Acesta descrie o serie de simptome care afectează cogniția și memoria mai mult decât ar fi de așteptat în mod normal pentru o persoană sănătoasă, dar nu într-o asemenea măsură încât să interfereze semnificativ cu activitățile zilnice ale individului și deci nu este considerat demență. În general, evaluarea poate ajuta la determinarea cauzelor probabile ale deficitelor cognitive, de exemplu, diagnosticul diferențial cu depresia, accidentul vascular cerebral, leziuni cerebrale etc.
- A monitoriza evoluția – rezultatele servesc adesea ca punct de referință a performanței cognitive care permite urmărirea în timp a modificărilor. Determinarea schimbărilor în timp este esențială atât pentru diagnosticarea demenței, cât și pentru evaluarea tratamentelor medicamentoase, răspunsului la diferite intervenții sau monitorizarea persoanelor diagnosticate cu deficit cognitiv ușor. De exemplu, urmărirea schimbărilor în timp ale depresiei și funcționării cognitive poate indica prezența demenței dacă nivelul depresiei se reduce și declinul cognitiv se înrăutățește.
- A identifica punctele tari și punctele slabe în vederea înțelegerii prezentării cognitive și a comportamentului. Informațiile pot fi apoi utilizate în identificarea etiologiei și în elaborarea recomandărilor pentru tratament. De asemenea, evaluarea poate dezvălui impactul deficitului cognitiv asupra activităților zilnice și poate ghida strategii

compensatorii pentru a reduce probabilitatea unor comportamente dăunătoare clientului sau altora și a maximiza autonomia persoanei. Astfel explicarea detaliată a rezultatelor poate ajuta familia să înțeleagă domeniile în care persoana ar avea nevoie de asistență și capacitatea acesteia de a îndeplini anumite sarcini de zi cu zi, ceea ce conduce la îmbunătățirea vieții clientului și reducerea riscurilor (de exemplu, conducerea vehiculului, luarea deciziilor privind finanțele, riscul de incendiu și accidente sau de a se pierde când călătorește etc.).

Testele folosite de către psiholog sunt selectate în funcție de obiectivele evaluării și de recomandarea efectuată de către echipă, dar și ținând cont de caracteristicile clientului. Evaluarea neuropsihologică include adesea și *screening* al afectului, în special al anxietății și depresiei, precum și teste pentru evaluarea funcției executive, a efortului și motivației pentru testare sau estimarea funcționării premorbide.

Una dintre bateriile de teste des utilizate care demonstrează un nivel mai ridicat de sensibilitate și specificitate pentru tulburările cognitive legate de vârstă este *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (RBANS ; Randolph, 2012). A fost dezvoltată pentru a servi la diagnosticarea demenței la adulții în vârstă, dar este acum utilizată pentru vârstele 12-89 ani. Este rapid de administrat, în aproximativ 30 de minute, și este formată din 12 subteste ce pot fi combinate în cinci domenii sau scoruri index. Astfel se poate examina atenția, limbajul, abilitățile vizuo-spațiale/constructive și memoria imediată și întârziată. De asemenea, se poate calcula un scor total al scalei. RBANS conține patru forme paralele ce permit evaluarea longitudinală a clienților și este util în diferențierea tipurilor de demență (Randolph *et al.*, 1998). Este o baterie intermediară între testele foarte scurte (de exemplu, MMSE) și bateriile complexe. Fiind o baterie de *screening*, adesea se utilizează teste suplimentare pentru domeniile care indică deficiențe, reducând astfel administrarea unei baterii comprehensive și foarte lungi și care nu este întotdeauna necesară tuturor persoanelor recomandate pentru evaluare.

32.1. Considerente generale în lucrul și evaluarea clienților în vârstă

Psihologii care lucrează cu vârstnici se confruntă adesea cu aspecte particulare ce apar mai puțin sau deloc în evaluarea psihologică a persoanelor mai tinere.

- Familiile sunt adesea implicate în procesul de evaluare și tratament. Persoanele cu deficit de memorie nu conștientizează întotdeauna propriile dificultăți, iar informațiile privind reducerea funcționalității în viața de zi cu zi sunt esențiale. Absența unei persoane apropiate, care cunoaște bine clientul și poate furniza detalii despre nivelul funcționării și comportamentul acestuia, poate limita calitatea evaluării și acuratețea diagnosticului.
- Mulți adulți se confruntă cu un declin în auz și abilități vizuale pe măsură ce îmbătrânesc (Fozard și Gordon-Salant, 2001) și sunt diagnosticați cu cataractă, glaucom, degenerare maculară și retinopatie diabetică (Quillan, 1999). Deși psihologul se poate asigura că persoana în vârstă folosește ochelarii sau aparatul auditiv, dificultățile în a percepe stimulii vizuali sau auditivi ai materialului prezentat în timpul testării memoriei pot compromite și invalida rezultatele testării cognitive.

- Odată cu înaintarea în vârstă crește și probabilitatea de a avea mai multe afecțiuni cronice, iar informațiile privind bolile și operațiile majore ale persoanelor în vârstă sunt esențiale. Condițiile cronice comorbide includ hipertensiunea, diabetul, osteoporoza, boala pulmonară obstructivă cronică, cancerul, bolile cardiace etc. (Salive, 2013). Persoanele în vârstă iau adesea mai multe medicamente prescrise de câțiva medici diferiți, iar efectele secundare și interacțiunile acestora pot avea consecințe majore inclusiv declin cognitiv și stare confuzională acută (Maher, Hanlon și Hajjar, 2014). Astfel, medicamentele cu acțiune anticolinergică, cele din categoria statinelor, analgezicele opioide, antidepresivele triciclice, medicamentele anticonvulsive, antibioticele și corticosteroizii sunt asociate cu modificări ale funcționării cognitive (Moore și O’Keeffe, 1999). De asemenea, vârstnicii cu tulburări cognitive pot dezvolta dificultăți în a-și aminti și respecta corect instrucțiunile privind medicamentele pentru alte probleme de sănătate. Prin urmare, stabilirea unei corelații între nerespectarea tratamentului prescris, adăugarea unui medicament nou sau modificarea dozelor existente și debutul deficienței cognitive poate fi importantă în evaluarea demenței, deoarece aceste efecte pot fi reversibile prin modificarea tratamentului.

32.2. Exemplu de raport de evaluare neuropsihologică

(Confidențial)

Adresa serviciului :

Data raportului :

Date de identificare a persoanei : Client ipotetic – dna X – nume, prenume, adresa, numărul de identificare în sistemul de sănătate

Recomandat de către :

Psiholog : *

Data evaluării :

Sursa și motivul recomandării

Doamna X, în vârstă de 70 de ani, a fost recomandată pentru o evaluare cognitivă extinsă ca urmare a obținerii unui scor de 89/100 la Scala de examinare cognitivă Addenbrooke (Addenbrooke’s Cognitive Examination-III – ACE-III) la evaluarea sa inițială de către asistenta medicală comunitară cu specializare în psihiatrie Y. A fost solicitată o evaluare suplimentară pentru a verifica funcționarea cognitivă actuală și a asista deciziile de diagnosticare și planificare a tratamentului. Dna X a fost informată despre natura acestei evaluări și despre modul în care vor fi utilizate rezultatele.

Interviul clinic

Nu voi repeta istoria doamnei X, deoarece un rezumat detaliat al istoriei personale, sociale, profesionale și medicale, precum și o prezentare detaliată a problemelor sale de prezentare au fost detaliate în raportul său inițial de evaluare. Ea a fost însoțită de soțul la evaluarea prezentă. Dna X a explicat că fratele ei, care este în vârstă de 85 de ani, a fost diagnosticat cu boala Alzheimer și acest lucru a determinat-o să solicite o evaluare a memoriei la medicul de familie. Ea a declarat că a urmărit și un documentar despre

cauzele bolii Alzheimer și se simte înspăimântată de faptul că este posibil să sufere de demență. A recunoscut că are probleme cu memoria de scurtă durată și acestea au fost observate pentru prima dată cu aproximativ un an în urmă.

Dna X nu are probleme cu memoria pe termen lung și a descris dificultăți în a-și aminti doar evenimentele recente, deși reușește dacă i se oferă câteva indicații. Ea a adăugat că acestea duc la dificultăți în menținerea conversației și uneori se simte foarte stresată de schimbări și devine foarte frustrată. Ea a observat că se străduiește uneori să găsească cuvintele potrivite și simte că mintea îi „rătăcește”, deși aceasta nu se întâmplă constant. Soțul dnei X a descris, de asemenea, că uneori nu pare să proceseze complet informațiile. De asemenea, dna X uită programările la doctor sau întâlnirile planificate cu alții. Ea scrie informațiile de care are nevoie pe bucăți de hârtie, dar uită să le verifice și soțul îi reamintește adesea de aceste programări. Ea a raportat că uneori pune lucrurile într-un loc sigur în casă, uită unde și ocazional uită de mâncarea din cuptor. Dna X a afirmat că încuie ușa noaptea și nu-și amintește că a făcut-o și acest lucru s-ar putea datora lipsei de concentrare. Dna X a lucrat în IT și a recunoscut că îi ia mai mult timp decât înainte pentru a învăța să folosească cele mai recente gadgeturi electronice sau programe noi. În plus, are unele dificultăți în scrierea creativă, deoarece nu-și mai poate aminti ceea ce a scris deja și nu se poate concentra din cauza uitării. Cuplul nu a raportat modificări majore în capacitatea dnei X de a-și desfășura activitățile zilnice. Ei merg la cumpărături împreună, dar ea a afirmat că este capabilă să facă cumpărături în mod independent pentru achiziții mici și folosește o listă pentru cumpărături. De obicei plătește folosind cardul bancar și își amintește numărul PIN-ului. Dna X conduce un automobil și nu există nicio preocupare cu privire la abilitățile sale de conducere. Nu conduce pe distanțe mari și evită autostrăzile datorită faptului că șofatul este mai stresant. Soțul declară că este un șofer prudent, dar în câteva ocazii a devenit puțin dezorientată când conducea pe străzi cunoscute, întrebându-l în ce direcție trebuie să vireze. Ea a raportat că nu are probleme în a-și folosi telefonul și aparatele electrocasnice. Dna X obișnuia să gătească de una singură, dar soțul a început să o ajute mai mult în ultimul timp și acum prepară mesele împreună. Ea a afirmat că acest fapt se datorează mai mult schimbărilor fizice și că soțul a preluat această responsabilitate după ce ea a suferit operația de înlocuire a articulației șoldului. Acum un an și jumătate a căzut și a avut o operație de înlocuire a șoldului și simte că de atunci abilitățile sale fizice au scăzut. Soțul raportează că activitatea ei fizică s-a redus în ultimele 6 luni, însă rămâne activă și este capabilă să efectueze treburile casnice și să organizeze cheltuielile casei și plata facturilor la nivelul din trecut. În plus, cuplul raportează că mersul ei s-a schimbat puțin și că uneori face pași mărunți și târăște picioarele. Nu s-au raportat tulburări de dispoziție anterioare, totuși cuplul a raportat că dna X prezintă acum simptome de anxietate și schimbări în starea de dispoziție. Dna X a afirmat că a fost afectată de perioada de recuperare după operație și de complicațiile acesteia. De asemenea, în ultimul an trei dintre prietenii săi apropiați au decedat, iar soțul a fost diagnosticat cu cancer. Ea a raportat că găsește mai puțină plăcere în activitățile obișnuite, are dificultăți de adormire și pierdere a poftei de mâncare. Dna X nu are istoric de accident vascular cerebral sau de afecțiuni neurologice. Ea suferă de diabet zaharat de tip 2 și a raportat că nu ia niciun medicament pentru diabet. A recunoscut că nu-și amintește mereu să-și ia medicamentele și are un organizator de medicamente săptămânal pe care nu îl folosește. În prezent, ia medicamente pentru tensiunea arterială și scăderea nivelului colesterolului și acum o săptămână a finalizat un tratament cu antibiotic pentru infecție urinară. În plus, dna X raportează că are dificultăți de auz, care simte că s-au

întrăuțit în ultima perioadă. Nu au fost raportate schimbări de personalitate sau deficiențe de judecată și rezolvare a problemelor.

Observații comportamentale

Evaluarea s-a realizat pe parcursul a două ședințe, iar dna X a sosit la timp la ambele întâlniri programate însoțită de către soț. Ea a fost îmbrăcată îngrijit și în mod corespunzător și pare mai tânără decât vârsta ei cronologică. S-a deplasat independent și nu au fost observate anomalii psihomotorii. Contactul vizual a fost adecvat, iar raportul s-a stabilit cu ușurință și a fost menținut pe durata evaluării. A fost orientată temporo-spațial și a recunoscut examinatorul la cea de a doua întâlnire. Discursul spontan a fost fluent, adecvat din punct de vedere gramatical, și a transmis informațiile în mod satisfăcător. Nu au existat probleme evidente cu expresia și vorbirea a fost normală în ceea ce privește ritmul și prozodia. Nu au fost evidente dificultăți în a găsi cuvintele adecvate. Nu au fost observate echolalia, perseverența, stereotipuri verbale sau comportament social inadecvat. Ea a apărut obosită și a comentat înainte de a începe testarea că a fost îngrijorată și nu a dormit. Dna X nu a prezentat indicii de halucinații, gândire delirantă sau alte manifestări psihotice. Nu a exprimat ideea de suicid. Vederea a părut a fi adecvată pentru testare, deși ea a indicat că trebuie să-și actualizeze prescripția pentru ochelari. Auzul a fost în mod evident perturbat, dar, cu adaptările de rigoare, dna X a înțeles instrucțiunile și nu au fost necesare repetări în timpul testării. Ea a fost capabilă să răspundă la întrebări și să-și amintească trecutul fără dificultăți, deși și-a pierdut șirul ideilor în două ocazii. Dna X a părut ușor depresivă și anxioasă și a fost autocritică cu privire la performanța sa. Ea a răspuns foarte bine la încurajare și sprijin, care au avut un impact pozitiv asupra răspunsurilor sale. Rezultatele acestei evaluări sunt considerate a fi o estimare validă a funcționării cognitive a dnei X din punctul de vedere al efortului.

Evaluare neuropsihologică

A fost utilizată bateria repetabilă pentru evaluarea stării neuropsihologice (*The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status – RBANS*). Aceasta este o scală scurtă de screening neuropsihologic concepută pentru a examina atenția, limbajul, abilitățile vizuo-spațiale/constructive și memoria de fixare și evocare. RBANS oferă în același timp versiuni alternative care permit repetarea testării, dacă este necesar, pentru a evalua schimbarea pe o perioadă de timp. Performanța este evaluată în raport cu alte persoane de aceeași vârstă.

Memorie

Dna X a efectuat subteste pentru a evalua atât memoria imediată, de fixare, cât și cea de evocare. Aceste subteste se referă la abilitatea respondentului de a învăța și a-și reaminti după o întârziere o listă de cuvinte și informații sub forma unei povești, care împreună alcătuiesc scoruri index. Performanța dnei X în domeniul memoriei imediate s-a încadrat în intervalul mediu-scăzut comparativ cu persoane de aceeași vârstă. Deficiențe au fost evidente în reamintirea imediată a informațiilor auditive fără conexiune. Abilitatea dnei X de a repeta un pasaj narativ imediat după prezentare a fost mult mai puternică, încadrându-se în intervalul mediu pentru vârsta sa. Ea a beneficiat în mod semnificativ de repetarea informațiilor și a demonstrat o îmbunătățire imediată și semnificativă în reamintirea lor, deși în cele patru trialuri de învățare, curba ei de învățare a fost ușor inconsistentă, sugerând slăbiciuni atenționale.

Unele slăbiciuni au fost, de asemenea, evidente în reamintirea independentă a informațiilor auditive după o pauză în testare. Reamintirea atât a listei de cuvinte, cât și a pasajului narativ învățate anterior a fost deficitară, iar performanța dnei X s-a plasat în intervalul extrem de scăzut pentru vârsta sa. Scorul obținut de dna X la un subtest separat ce verifică reactualizarea informațiilor vizuale a fost în intervalul așteptat pentru vârsta sa, indicând că materialul vizual este consolidat mai bine decât cel auditiv. Dna X a recunoscut auditiv cuvintele învățate anterior dintr-o listă multiplă, demonstrând că indicii și punctele de reper sunt folositori în reactualizarea informației.

Abilități vizuo-spațiale/de construcție vizuală

Nu s-au observat dificultăți în această evaluare în ceea ce privește aspectele abilităților constructive și vizuo-spațiale. Performanța dnei X la subtestele ce măsoară percepția vizuală și abilitatea de a copia un design după un model este medie.

Limbaj

Nu s-au evidențiat deficiențe în cadrul sarcinilor care se concentrează asupra limbajului. Performanța la o sarcină simplă de denumire a obiectelor prezentate în imagini a fost mai bună decât ne-am fi așteptat pentru vârsta ei. Fluența verbală, abilitatea dnei X de a genera rapid și spontan elemente verbale dintr-o categorie nu a demonstrat, de asemenea, o slăbiciune. Scorul index al dnei X a fost mediu și nu a indicat deficiențe în funcționarea limbajului expresiv.

Atenție

S-au evaluat elemente ale memoriei de lucru verbale și înregistrare și procesare auditivă cu ajutorul unui subtest de reamintire a numerelor. Capacitatea dnei X de a reține și manipula mintal informații auditive pe perioade scurte de timp este în intervalul mediu pentru vârsta sa. Scanarea vizuală și viteza de procesare a informației s-au încadrat în intervalul mediu-scăzut pentru vârsta ei.

Memorie

Memoria a fost ulterior evaluată utilizând și Scala de memorie Wechsler – ediția a IV-a (*Wechsler Memory Scale – 4th Edition* – WMS-IV; Wechsler, 2009). Aceasta oferă două baterii dintre care una pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 16 și 69 de ani și una mai scurtă, pentru a reduce efectele oboselii, pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 65 și 90 de ani. Ea cuprinde mai multe subscale de funcționare a memoriei, inclusiv memorie auditivă, memorie vizuală, memorie vizuală de lucru, memorie imediată și memorie întârziată.

Scorul indexului de memorie auditivă examinează abilitatea de a asculta informații orale, de a repeta imediat și apoi din nou după o întârziere de 20-30 de minute. Performanța dnei X pe această scală s-a încadrat în intervalul mediu, fără a se constata dificultăți semnificative. Repetarea informației a avut un beneficiu clar în reținerea materialului. Scorul indexului de memorie vizuală măsoară capacitatea de a reaminti modele din memorie și de a le desena sau de a recunoaște plasarea modelelor într-o rețea. Acesta evaluează atât memoria pentru detalii vizuale, cât și pentru locația spațială. Dna X a obținut un scor care din nou a căzut în intervalul mediu, fără a se observa dificultăți în aspectele memoriei de lucru vizuale.

Scorurile indexurilor de memorie imediată și întârziată ale dnei X, atât pentru informațiile vizuale, cât și auditive, au fost în intervalul mediu. Reamintirea imediată a fost

foarte puțin mai puternică decât cea după o pauză, însă nu a fost o diferență semnificativă. Abilitatea dnei X de a-și reaminti informațiile vizuale a fost mai ridicată decât cea de reamintire auditivă.

Concluzii și recomandări

Dna X a raportat concentrare și memorie slabă pe termen scurt. În ansamblu, acest lucru nu este evident în evaluarea formală în acest moment. Performanța sa în ceea ce privește aspectele limbajului, atenției și abilitățile vizuo-spațiale/construcționale sunt în intervalul mediu pentru vârsta ei. Au existat unele deficiențe în reamintirea imediată a informațiilor auditive fără conexiune și în memoria de evocare auditivă. Cu toate acestea, acest lucru nu a fost consecvent în cadrul evaluărilor și, prin urmare, poate fi datorat altor factori. În mod interesant, performanța sa a fost în intervalul mediu pentru vârsta sa la evaluările mai dificile și mai complexe. Este posibil ca anxietatea și starea redusă a dispoziției să fi afectat scorurile în evaluarea actuală. Dna X a completat testele mai complexe în cea de-a doua întâlnire, când atât examinatorul, cât și situația de testare au devenit mai familiare, ceea ce e posibil să fi ajutat la creșterea performanței. Deși ușor scăzută, viteza de prelucrare a informației s-a încadrat în intervalul așteptat pentru vârsta sa. Aceasta poate fi scăzută temporar din cauza anxietății, depresiei sau a lipsei de somn, dar în același timp ar putea determina o reamintire deficitară inițial, care este îmbunătățită după o pauză, deoarece dna X beneficiază de mai mult timp pentru a procesa informațiile. În plus, există și alte variabile care pot avea un impact asupra cogniției și pot explica punctele slabe în memoria de evocare și dificultățile raportate. Acestea includ probleme de sănătate și neconcordanța cu medicamentele prescrise, stresul, problemele de auz, de asemenea, anxietatea și starea de spirit scăzută. Cu toate că dna X și soțul ei au raportat că ea nu are în prezent niciun tratament pentru diabetul zaharat, este clar din notele medicale că ea are o rețetă pentru Gliclazide (Diaprel). Având în vedere că are anumite dificultăți în administrarea medicamentelor sale, este puțin probabil ca dna X să urmeze instrucțiunile medicului pentru păstrarea nivelului de glucoză din sânge în intervalul recomandat, ceea ce poate reduce funcționarea cognitivă a acesteia. În plus, dna X consideră că multe dintre problemele raportate au coincis cu introducerea statinelor, iar acestea au fost uneori legate de rapoartele privind scăderea funcționării cognitive în viața de zi cu zi. Nu a fost estimat nivelul premorbid în acest caz și o deteriorare a funcției cognitive generale nu poate fi exclusă, având în vedere istoria educațională și ocupațională a dnei X. Ținând cont de acest lucru, evaluarea actuală poate fi utilizată ca baseline/punct de referință și se recomandă repetarea testării în 6 luni, când a trecut o perioadă suficientă de timp pentru a verifica dacă există o deteriorare observabilă sau dacă modificarea unor factori menționați îmbunătățește performanța dnei X.

Recomandări

- Dna X să repete evaluarea în 6 luni de zile.
- S-a sugerat dnei X să discute cu medicul de familie întreruperea statinelor pentru o perioadă, pentru a verifica dacă acest lucru are un impact asupra memoriei.
- Dna X să exploreze cu medicul de familie opțiuni de tratament pentru anxietate și depresie, incluzând atât medicamente, cât și terapie.
- Este recomandat ca dna X să beneficieze de o testare a auzului și eventual să utilizeze un aparat auditiv la testarea viitoare.
- S-a discutat cu dl X să verifice și să își ajute soția să utilizeze organizatorul de medicamente săptămânal, pentru a-i îmbunătăți concordanța cu medicația.

- A fost evident că memoria vizuală a dnei X este superioară celei auditive. Prin urmare folosirea unor mijloace vizuale poate ajuta la înregistrarea și reamintirea informației. S-a sugerat dnei X întrebuintarea unui singur caiet/jurnal pentru notarea programărilor și a detaliilor importante. De asemenea, un cronometru sau un ceas digital ar putea-o asista la gătit, pentru a reduce riscul de incendiu și pentru a-i reaminti să își ia medicamentele.
- Se recomandă achiziționarea unei alarme personale în caz că dna X cade în locuință atunci când soțul nu este prezent și a unui baston sau a altor dispozitive ajutătoare pentru menținerea echilibrului și prevenirea căderilor.
- Utilizarea în dormitor a unei liste ce cuprinde zilele săptămânii și permite bifarea zilnică atunci când încuie ușa ar putea preveni verificarea repetată a ușii locuinței înainte de a adormi.
- Din moment ce funcționarea zilnică a dnei X pare a fi afectată și de problemele fizice, ar putea fi indicată o evaluare funcțională de către terapeutul ocupațional, care să includă și abilitățile de conducere a automobilului.

Semnătura psihologului

Bibliografie

- Borson, S., Scanlan, J.M., Chen, P., Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a Screen for Dementia : Validation in a Population-Based Sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451-1454.
- Brodsky, H., Pond, D., Kemp, N.M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K., Huppert, F.A. (2002). The GPCOG : a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 530-534.
- Brooke, P., Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Bucks, R.S., Ashworth, D.L., Wilcock, G.K., Siegfried, K. (1996). Assessment of Activities of Daily Living in Dementia : Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age and Ageing*, 25(2), 113-120.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fozard, J.L., Gordon-Salant, S. (2001). Changes in vision and hearing with age. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 241-266). San Diego : Academic Press.
- Frisoni, G.B., Rozzini, R., Bianchetti, A., Trabucchi, M. (1993). Principal Lifetime Occupation and MMSE Score in Elderly Persons. *Journal of Gerontology*, 48(6).
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., Hodges, J.R., Mioshi, E., Hodges, J.R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36, 242-250.
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C.R., Rowe, J.B. *et al.* (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination : A New Assessment Tool for Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39, 1-11.
- Launer, L.J., Dinkgreve, M.A., Jonker, C., Hooijer, C., Lindeboom, J. (1993). Are age and education independent correlates of the Mini-Mental State Exam performance of community-dwelling elderly ? *Journal of Gerontology*, 48, 271-277.

- Maher, R.L., Hanlon, J., Hajjar, E.R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57-65.
- Mathuranath, P.S., Nestor, P.J., Berrios, G.E., Rakowicz, W., Hodges, J.R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55(11), 1613-1620.
- Moore, A.R., O'Keefe, S.T. (1999). Drug-Induced Cognitive Impairment in the Elderly. *Drugs & Aging*, 15(1), 15-28.
- Parker, C., Philp, I. (2004). Screening for cognitive impairment among older people in black and minority ethnic groups. *Age and Ageing*, 33(5), 447-452.
- Quillan, D.A. (1999). Common causes of vision loss in elderly patients. *American Family Physician*, 60, 99-108.
- Randolph, C. (2012). *RBANS Update : Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status*. Bloomington, Minn : NCS Pearson.
- Randolph, C., Tierney, M.C., Mohr, E., Chase, T.N. (1998). The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) : Preliminary Clinical Validity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(3), 310-319.
- Salive, M.E. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, 35, 75-83.
- Tsoi, K.K., Chan, J.Y., Hirai, H.W., Wong, S.Y., Kwok, T.C. (2015). Cognitive Tests to Detect Dementia : A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Internal Medicine*, 175(9), 1450-1458.
- Wechsler, D. (2009). *WMS-IV: Wechsler memory scale-IV*. San Antonio, TX : Pearson.
- Wolfs, C.A.G., Dirksen, C.D., Severens, J.L., Verhey, F.R.J. (2006). The added value of a multidisciplinary approach in diagnosing dementia : A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 223-232.

33. Evaluarea traumei

Maria Nicoleta Turliuc

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Tensiunea existențială majoră nu este între viață și moarte, din moment ce viața se sfârșește atunci când moartea se instalează, ci între viață și traumă, care coexistă. Din păcate, evenimentele negative copleșitoare se pot întâmpla oricui, oricând, iar invulnerabilitatea psihologică este un simplu mit. Cu alte cuvinte, oricine poate fi la un moment dat vulnerabil la un eveniment advers, apărut brusc în viața sa, indiferent dacă e vorba de pierderea unei relații semnificative, de decesul unui copil sau al unui părinte, de divorț, de apariția unei boli grave, de un accident sau o calamitate naturală etc. Din fericire, traumele psihice nu au doar consecințe negative, ci și pozitive. Reziliența persoanelor poate fi întărită, iar creșterea personală constituie adesea o parte a experienței posttraumatice. Stresul traumatic și creșterea personală nu sunt nici separate și nici capetele unui continuum, ci două aspecte ale experienței umane consecutive traumei, care se pot asocia în variate modalități (Joseph și Linley, 2008). În evaluarea traumei, va trebui ca psihologii clinicieni să aibă în vedere atât evaluarea stresului traumatic, cât și a consecințelor pozitive ale experiențelor adverse.

33.1. Ce este trauma psihologică?

Folosim cuvântul „traumă” în limbajul zilnic pentru a desemna un eveniment extrem de stresant care depășește capacitatea unei persoane de a-i face față. Într-adevăr, trauma psihologică constă în experiența individuală unică a unui eveniment advers, rezultând din confruntarea cu stresori severi, copleșitori pentru abilitățile emoționale, cognitive sau comportamentale obișnuite și care constituie (sau sunt percepuți ca) o amenințare la adresa funcționării normale fizice sau psihice, o amenințare cu moartea sau cu rănirea gravă a propriei persoane sau a celorlalți (Turliuc, 2013). Experiența subiectivă a traumei se caracterizează prin intruziune și retrairi ale evenimentului traumatic, evitare, excitabilitate, stări emoționale și cognitive alterate, care dislocă schemele cognitive de bază ale personalității. Potrivit lui Janoff-Bulman (1989), trauma zdruncină, cel puțin temporar, presupunerile privind invulnerabilitatea personală și modifică credințele cu privire la sine, la ceilalți și cele despre lume (ele transformându-se în gânduri disfuncționale de tipul: „nu merit să mi se întâmple ceva bun”, „oamenii vor încerca întodeauna să mă manipuleze”, „lumea e un loc periculos” etc.).

În cazul stimulilor traumatici, stresul sever aduce în viața psihică, într-un interval de timp scurt, o asemenea creștere a excitației, încât descărcarea sau elaborarea ei în modalitatea normală și obișnuită eșuează, rezultând tulburări energetice durabile (Fischer și Riedesser, 2007). Într-o situație de stres organismul se mobilizează și funcționează excesiv pentru a depăși situația care produce disconfort, în timp ce în cazul stresului traumatic procesele psihice nu mai funcționează normal sau sunt considerabil limitate o perioadă mai lungă. Dacă în momentul contactului cu un stresor organismul se mobilizează pentru luptă sau fugă (*fight or flight*), într-o situație traumatică există doar posibilitatea de a încremeni emoțional sau de clivaj interior (*freeze or fragment*). Altfel spus, reacția de stres deschide canalele psihice, iar reacția traumatică le închide (Ruppert, 2012).

Ca și stresul, trauma are un caracter relativ, rezultând din starea de discrepanță care poate să apară sau nu între caracteristicile situaționale și resursele personale. Esența traumei psihologice este pierderea sentimentului existenței unui loc sigur (exterior sau interior) în care persoana se poate retrage pentru a face față experiențelor emoționale amenințătoare, precum și pierderea încrederii în caracterul ordonat și în continuitatea lumii în care trăiește (van der Kolk, 1989). Simptomele stresului traumatic apar adesea cu ocazia confruntării cu un al doilea eveniment traumatic, care provoacă o schimbare sau o ruptură în modul de funcționare a persoanei, o modificare mult mai amplă decât cea generată de primul incident.

Deși 80% dintre indivizi experimentează un eveniment traumatic în timpul vieții lor, doar 10% dezvoltă tulburarea de stres posttraumatic/PTSD (De Vries și Olf, 2009). Obiectivele terapiei persoanelor traumatizate care au fost evaluate și diagnosticate cu una dintre tulburările provocate de stres sau traumă sunt: reducerea severității simptomelor; prevenirea sau reducerea condițiilor de comorbiditate asociate traumei; îmbunătățirea capacităților adaptative, refacerea sau promovarea progresului dezvoltării normale; protejarea împotriva recidivei; integrarea experiențelor amenințătoare generate de evenimentul traumatic sau evenimentele traumatice într-o schemă cognitivă a riscului, siguranței, prevenției și protecției (Turliuc și Măirean, 2014).

33.2. Terapeutul persoanelor traumatizate

De regulă, clinicienii/terapeuții sunt formați într-o anumită școală de terapie sau în mai multe, dar în cazul celor care lucrează cu persoane traumatizate se recomandă și o specializare în terapia traumei. De asemenea, este necesară confruntarea clinicianului/terapeutului la cursurile de dezvoltare personală cu propria istorie traumatică (*trauma history*), deoarece propriile traume refulate sau insuficient elaborate pot stânjeni și limita capacitatea sa de înțelegere sau pot traumatiza clientul (Turliuc și Măirean, 2014). Terapeuții vor trebui să evite următoarele aspecte:

1. *Egocentrismul celui care ajută* sau dificultatea relativizării propriei poziții, constând în faptul că, trecând prin propriile traume și descoperind o strategie de a le depăși, terapeutul va fi tentat să o recomande excesiv.
2. *Tendința culpabilizării victimei*, ce conduce la ignorarea distincției între agresivitatea ofensivă, a atacatorului, și cea defensivă, a victimei. Principiul circularității în relațiile interumane, susținut de teoria sistemică, nu poate fi acceptat și în cazurile de violență.

3. *Procesul identificării de probă*, parțial conștient, este potențial legat de o personalitate mai puțin complexă, cu o anumită redundanță și unilateralitate. Unele persoane tind să se identifice cu agresorul sau făptașul, iar altele mai curând cu victima.
4. *Efectul terapiei traumei asupra psihoterapeuților* constă în retrăirea traumei pacientului/clientului, putând deveni un factor declanșator al apărării de tip evitare sau excitație (contratransfer), notau Adams, Boscarino și Figley (2006).

Clinicienii trebuie să verifice în cazul fiecărui client orice posibilă confruntare cu evenimentele potențial traumatice, fiind recomandată folosirea unei liste de identificare a istoriei traumei. Pe de o parte, clienții pot să aibă rețineri în a vorbi despre traumele lor, iar pe de altă parte, terapeuții pot întâmpina numeroase dificultăți în evaluarea sau tratamentul traumelor. Psihologii clinicieni sau psihoterapeuții pot evita *screeningul* și evaluarea simptomelor traumatice din numeroase motive, printre care (Harris și Fallot, 2001; Salyers *et al.*, 2004): lipsa trainingului adecvat, necunoșterea modului de a răspunde terapeutic la traumele raportate de clienți și/sau sentimentul de incompetență în tratarea problemelor asociate traumei; teama că întrebările referitoare la traumă vor face mai mult rău; subestimarea impactului traumei asupra sănătății fizice și psihice din cauza faptului că întrebările referitoare la traume nu fac parte din procedurile standard folosite; credința că tratamentul trebuie să se centreze pe simptomele prezentate, mai curând decât pe explorarea originilor lor sau a factorilor de risc; neutilizarea unui limbaj comun cu clienții, care să faciliteze raportarea traumei (de exemplu, întrebarea clienților dacă au fost abuzați în copilărie fără a descrie ce înțeleg prin abuz); timpul insuficient pentru evaluarea istoriei traumei sau a simptomelor etc.

Terapeuții traumei trebuie să acorde o deosebită importanță dezvoltării alianței terapeutice, relațiilor autentice, empatică și nonevaluative. Abordările nondirective pot facilita atât parcurgerea procesului traumatic, cât și creșterea posttraumatică (Joseph și Linley, 2008). În medie, participanții diagnosticați cu PTSD se recuperează după mai bine de trei ani (Brewin, Andrews și Valentine, 2000; Morina *et al.*, 2014). Terapia cognitiv-comportamentală concentrată pe traumă (TF-CBT) și desensibilizarea prin mișcări oculare sunt în prezent cele mai eficiente intervenții în cazul PTSD. Expunerea imaginară la amintiri traumatice este prezentă în toate aceste abordări, într-o anumită măsură, și este percepută ca un element esențial în eficacitatea lor (Bradley *et al.*, 2005). Extrem de importante sunt și tehnicile vizând întărirea eului, tehnicile de relaxare, de dozare, cele imaginative și cunoștințele de bază în privința procesului de elaborare a traumei. Se recomandă, totodată, ca terapeuții să dispună și de o formare în privința transferului și contratransferului, să înțeleagă și să acompanieze cu sensibilitate procesul natural de elaborare a traumei.

33.3. Metode de evaluare a stresului traumatic¹

Instrumentele utilizate în evaluarea tulburărilor stresului și traumei pot fi clasificate în instrumente aplicate de clinician și cele de autoevaluare sau autoadministrare. În funcție de

1. Acest subcapitol prezintă/reia informații expuse în capitolul II.3 din volumul *Psihologia traumei* (Turliuc și Măirean, 2014).

scopul lor, instrumentele pot fi : de evaluare a naturii evenimentului traumatic, a simptomelor stresului posttraumatic și de diagnostic. În fine, după modul lor de construcție, instrumentele pot fi : scale de autoevaluare, liste de simptome (*checklist*), chestionare, mai ales pentru identificarea simptomelor și a severității, și interviuri, folosite mai ales pentru diagnostic, *screening* etc. Evaluarea inițială are la bază interviul clinic, iar ulterior pot fi folosite metode standardizate.

33.3.1. *Interviul clinic*

Potrivit lui Briere și Scott (2006), interviul clinic de evaluare a expunerii la evenimentul traumatic poate urmări următoarele aspecte :

- Chiar de la prima întâlnire, se pun bazele relației terapeut-client ;
- Petrecerea câtorva minute înainte de interviul de evaluare pentru explorarea motivației clientului de a se prezenta la terapie ;
- Punerea de întrebări într-o formă empatică, nonevaluativă. Terapeutul trebuie să se simtă confortabil atunci când vorbește despre violență, moarte sau abuz sexual. Unii clienți pot fi foarte sensibili la nuanțele vocii sau gesturilor terapeutului ;
- Utilizarea definițiilor comportamentale. O persoană expusă unui act sexual oral poate considera că nu a fost violată. În loc de „Ați fost vreodată violată ? ”, este preferabil să fie pusă întrebarea : „V-a obligat cineva să realizați un comportament sexual fără voia dumneavoastră ? ” ;
- Clienților le este mereu teamă să nu fie stigmatizați. Clienții pot fi tentați să nu raporteze traumele datorită rușinii, fricii de a nu fi judecați, evaluăți negativ, reticenței de a vorbi cu altcineva despre traumă sau griji pentru siguranță (de exemplu, frica victimei de a nu fi abuzată și mai mult de agresor), dificultății de a-și aminti și integra conștient și coerent informațiile cu privire la traumă datorită disocierii, negării sau refuzării. Terapeutii trebuie să fie extrem de suportivi față de clienți, mai ales datorită faptului că aceștia din urmă ajung să mărturisească aspecte pe care nu le-au povestit niciunei alte persoane.

Interviul clinic are drept scop *screeningul* și evaluarea gradului de siguranță, a stabilității psihice, a traumelor anterioare, a simptomelor stresului traumatic și a pregătirii pentru acceptarea evaluărilor consecutive și a tratamentului (Briere și Scott, 2006). *Screeningul* și evaluarea acestor aspecte nu trebuie amânat, în așteptarea unei perioade de stabilizare a simptomelor. În evaluarea *amenințării vieții* (sau a gradului de siguranță a vieții) terapeutul are în vedere următoarele aspecte :

- dacă există un pericol iminent al morții (de exemplu, leziuni externe, interne, agenți toxici sau infecțioși etc.) ;
- dacă persoana este afectată (de exemplu, dacă intoxicația cu droguri a produs halucinații sau delir) atât de mult, încât nu își mai poate oferi propria siguranță ;
- dacă persoana are tendințe suicidare (când *screeningul* traumei este pozitiv, trebuie evaluate obligatoriu și gândurile și conduitele suicidare) ;
- dacă persoana reprezintă un pericol pentru ceilalți ;
- dacă mediul psihosocial imediat este nesigur (de exemplu, dacă cineva rămâne vulnerabil la abuzul fizic, emoțional sau sexual).

Este important ca, atunci când este cazul, clientul să fie orientat spre serviciile medico-legale, de psihiatrie, serviciile sociale sau să fie pus în contact cu o persoană care să-i ofere sprijin, mai puțin afectată, din familie sau grupul de prieteni. La sfârșitul primei întâlniri, terapeutul va trebui să se asigure cu privire la siguranța clienților (Litz *et al.*, 2002), prin evaluarea gradului în care ei sunt conștienți de contextul prezent, a planului lor de menținere a siguranței personale pentru restul zilei etc.

Stabilitatea emoțională. În cazul clienților cu o istorie a traumei, în evaluarea lor timpurie, terapeutul trebuie să realizeze *screeningul* simptomelor psihologice și al tulburărilor mintale asociate traumei. Terapeutul va observa dacă clientul este nervos și neliniștit (anxietate), dacă este hipervigilent (anxietate socială), dacă stă absent (depresie, boală, oboseală, disociere), dacă evită diferite subiecte sau prezintă cu minuțiozitate subiecte necorelate (obsesiv-compulsiv, deficit de atenție sau simplă evitare), dacă schimbă subiectul la câteva secunde (manie sau deficit de atenție) sau dacă sunt alte semne ale tulburării depresive, maniacale sau anxioase (Shapiro, 2010).

Toleranța la stres. Deși pot părea stabili după expunerea traumatică, unii clienți pot prezenta brusc răspunsuri de activare (anxietate, distres, simptome specifice excitației sau intruzive etc.), în timpul evaluării sau după aceasta. În cazul activării excesive, se recomandă evitarea temporară a abordării aspectelor prea dureroase. Este importantă evaluarea strategiilor de coping utilizate de clienți în trecut pentru a face față emoțiilor negative puternice (Harris și Fallot, 2001).

Evaluarea expunerii la traumă. După ce terapeutul s-a asigurat că clientul este stabil și responsabil, poate trece la evaluarea expunerii la stresorul traumatic, a naturii și caracteristicilor evenimentului (severitatea, durata, frecvența, gradul de amenințare) și a efectelor evenimentului traumatic. Unii clienți nu sunt conștienți de legătura dintre traumă și simptomele pe care ei le prezintă (de exemplu, utilizarea alcoolului sau a altor droguri și conduitele de evitare). În cazul abuzului sexual, din cauza stării emoționale a victimei, terapeutul poate începe cu evaluarea consecințelor psihice și continua cu estimarea caracteristicilor abuzului (Briere și Scott, 2006). Nu este recomandat ca terapeutul să solicite descrierea în detaliu a unor evenimente traumatice copleșitoare pentru a se evita retraumatizarea clienților.

33.3.2. *Interviul structurat*

Scopul interviului structurat este de a identifica simptomele traumatice și modul în care trauma afectează funcționarea zilnică a clientului. În realizarea evaluării se recomandă doar utilizarea instrumentelor validate științific. În evaluare pot fi utilizate interviuri structurate precum : Scala PTSD administrată clinic (*Clinician Administrated PTSD Scale*, CAPS), elaborată de Blake și colaboratorii săi (1995), interviul clinic structurat (*Structured Clinical Interview*, SCID ; First *et al.*, 1996) sau interviul pentru PTSD (*PTSD Interview* ; Watson *et al.*, 1991). Se poate folosi și *fișa de evaluare PSL-S* a lui Weathers etc. Câteva instrumente recomandate sunt descrise succint în cele ce urmează.

- Scala PTSD administrată clinic pentru *DSM-5* (*Clinician Administrated PTSD Scale for DSM-5*, CAPS-5). CAPS (Blake *et al.*, 1995) a fost unul dintre cele mai recomandate

interviuri structurate pentru PTSD, iar CAPS-5 este în acord cu criteriile PTSD din DSM-5. Scala măsoară frecvența și intensitatea simptomelor, durata lor, impactul asupra funcționării sociale și ocupaționale, evaluează traumele anterioare și cele actuale și include scale de evaluare a răspunsurilor persoanelor ancorate comportamental. CAPS-5 include 30 de itemi și poate fi utilizată pentru: 1. a realiza diagnosticarea PTSD recent (din ultimele luni); 2. a realiza diagnosticarea PTSD în decursul vieții și 3. a evalua simptomele PTSD în decursul ultimelor săptămâni. În plus, pentru evaluarea fiecăruia dintre cele 20 de simptome PTSD din DSM-5 sunt oferite întrebări standard explicitate.

- Interviul clinic structurat SCID (*Structured Clinical Interview*, SCID). SCID (First *et al.*, 1996) a fost frecvent utilizat în diagnosticarea prezenței sau absenței PTSD, instrumentul având o bună fidelitate și validitate (Weertman *et al.*, 2003). Interviul clinic structurat SCID-5-CV pentru DSM-5 este rezultatul adaptării instrumentului la modificările definiției PTSD din DSM-5. Printre limitele sale se află faptul că SCID oferă informații dihotomice despre simptome, iar schimbările la nivelul acestora nu pot fi ușor sesizate.
- Interviul pentru PTSD (*PTSD Interview*). Interviul pentru PTSD (Watson *et al.*, 1991) utilizează atât scoruri dihotomice, cât și continue, îmbunătățind astfel una dintre limitele SCID. Valorile psihometrice ridicate ale instrumentului îl recomandă pentru utilizarea în practica psihologilor și psihiatrilor. El diferă de alte instrumente prin faptul că persoanele sunt rugate să autoevalueze severitatea simptomelor lor, fapt care minimalizează rolul experienței diagnosticianului în procesul evaluării.
- Interviul pentru tulburarea de stres acut (*The Acute Stress Disorder Interview*, ASDI). În cazul simptomelor specifice ASD, clinicienii pot utiliza ASDI (Bryant *et al.*, 1998). Instrumentul cuprinde 19 itemi care evaluează simptomele disociative, de reexperimentare, evitare și excitabilitate. El are o bună validitate și fidelitate, iar administrarea lui durează relativ puțin (Briere și Scott, 2006).
- Interviul scurt pentru tulburările posttraumatice (*The Brief Interview for Posttraumatic Disorders*, BIPD). BIPD, elaborat de Briere (1998), este ușor de utilizat și oferă un cadru mai larg și mai puțin structurat de evaluare. Interviul poate fi folosit pentru măsurarea simptomelor PTSD, a tulburării acute de stres și a tulburării psihotice de scurtă durată produse de stresorii foarte puternici.

33.3.3. Metodele psihometrice

Psihologii au dezvoltat și o serie de chestionare sau scale de autoevaluare pentru PTSD sau alte tulburări ale stresului. Ele cunosc o largă utilizare printre clinicieni și cercetători. Fiecare instrument, dintre cele prezentate succint mai jos, are proprietăți psihometrice foarte bune și o bună capacitate diagnostică, putând evalua și severitatea tulburării. Specialiștii recomandă utilizarea lor alături de interviul clinic și cel structurat, deoarece scalele de tip autoevaluare sau creion-hârtie pot fi mai puțin amenințătoare pentru unii clienți decât interviul.

- Scala de diagnostic a stresului posttraumatic (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, PDS) a fost elaborată de Foa (1995) și constituie un instrument de tip autoraport pentru măsurarea simptomelor PTSD de către clinicieni și cercetători. PDS are 49 de itemi, dintre care 17 vizează simptomele cardinale ale PTSD, trăite în ultimele 30 de zile.

Completarea scalei durează 10-15 minute și se poate aplica de la vârsta de 13 ani. Inițial a fost utilizată în studiile prospective privind tratamentul, stabilind rolul decisiv al CBT (Duffy, Gillespie și Clark 2007). PDS este utilizată și în diagnosticul PTSD în serviciile de urgență (Haslam și Mallon, 2003).

- Scala impactului evenimentelor traumatiche (*The Impact of Events Scale*, IES ; Horowitz *et al.*, 1980) este probabil cea mai utilizată scală de evaluare a simptomelor PTSD. Ea măsoară simptomele de evitare și intruziune și are bune proprietăți psihometrice. Forma revizuită a scalei (*The Impact of Events Scale-Revised*, IES-R), propusă de Weiss și Marmar (1997), conține 22 de itemi distribuiți pe 3 subscale reprezentative pentru majoritatea tipurilor de simptome specifice stresului posttraumatic : intruziune, evitare și hiperexcitabilitate. Subscala intruziunii include 8 itemi vizând gândurile intruzive, coșmarurile, afectele intruzive și imaginile asociate evenimentului traumatic. Subscala evitării include 8 itemi privind evitarea emoțiilor, situațiilor sau gândurilor. În fine, subscala hiperexcitabilității include 6 itemi vizând dificultățile de concentrare, furia, iritabilitatea sau stările de excitație psihofiziologică consecutive expunerii la evenimentul traumatic.
- Scala PTSD din SCL-90 (*PTSD Scale from SCL-90 – Symptom Checklist-90-Revisited*), extrasă de Saunders, Arata și Kilpatrick (1990), are 28 de itemi și discriminează foarte bine femeile victime ale infracționalității cu simptome PTSD de nonvictime. De asemenea, are bune valori psihometrice. SCL-90-R, elaborată de Derogatis (1983), evaluează simptomatologia psihopatologică generală. Itemii vizează simptome precum : somatizarea, tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, anxietatea, ostilitatea, sensibilitatea interpersonală, ideile paranoide și psihotismul. Pacienții sunt rugați să își autoevalueze experiențele din ultimele săptămâni, raportându-se la 90 de simptome, pe o scală Likert în 5 trepte. Administrarea durează circa 15 minute.
- Scala PK din MMPI include 49 de itemi care fac diferența între persoanele cu PTSD și cele non-PTSD. Utilizând această scală, Keane, Malloy și Fairbank (1984) au raportat că 82% dintre cele 200 de persoane au fost corect diagnosticate. Scala a fost îmbunătățită, împreună cu întregul inventar de personalitate, odată cu publicarea MMPI-2 de către Lyons, Keane și Keane (1992). Trei itemi care se repetau au fost excluși. Performanțele scalei revizuite nu au alterat corelațiile cu alte instrumente de evaluare a PTSD.
- Scala credințelor cu privire la traumă și atașament (*Trauma and Attachment Belief Scale*, TABS), elaborată de Pearlman (2003), este varianta revizuită a Scalei credințelor a Institutului pentru Stres Traumatic (*Traumatic Stress Institute Beliefs Scale*, TSI-BLS ; Pearlman, 1996). Scala a fost concepută pentru a fi utilizată în cazul persoanelor care au trăit experiențe traumatiche. Cercetătorii au utilizat scala și pentru a evalua efectul traumatizării vicariante (prin expunerea secundară). Instrumentul cuprinde 84 de itemi, evaluați pe o scală Likert în 6 trepte, de la 1 (dezacord total) la 6 (acord total). Itemii evaluează credințele/schemele cognitive în cinci mari domenii care pot fi afectate de traumă : siguranță, încredere, stimă, intimitate și control. În urma cotării, se obțin un scor mediu total și scoruri medii pentru fiecare dintre cele 10 subscale : siguranță proprie, siguranța celorlalți, încredere în sine, încredere în ceilalți, stimă de sine, stimă pentru ceilalți, intimitate personală, intimitate interpersonală, autocontrol, controlul acțiunilor celorlalți. Scorurile mari indică prezența unor scheme cognitive mai negative, mai disfuncționale (Pearlman, 1996). TABS ajută la identificarea unor posibile istorii traumatiche, a temelor psihologice din experiențele traumatiche, a progresului în terapie și ajută direct clinicienii să își focalizeze tratamentul (Pearlman, 2003).

În fine, în evaluarea persoanelor se pot folosi și teste, chestionare sau inventare psihologice care oferă date obiective și comparabile ale trăirilor supraviețuitorilor traumelor. Testele generale, nespecifice pentru evaluarea traumei, măsoară simptomele tipice anxietății, depresiei, somatizării sau psihozelor. Din moment ce multe dintre acestea apar și în tulburările stresului și traumei, ele pot fi utilizate în scop clinic sau de cercetare. Câteva dintre aceste instrumente sunt (Briere și Scott, 2006) : Inventarul Multi-fazic de Personalitate Minnesota, ediția a II-a (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, 2nd edition, MMPI-2), elaborat de Butcher și colaboratorii săi (1989) ; Inventarul Multi-fazic de Personalitate Minnesota pentru Adolescenți (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents*, MMPI-A), elaborat de Butcher și colaboratorii săi (1992) ; Inventarul de evaluare psihologică (*Psychological Assessment Inventory*, PAI), elaborat de Morey (1991), Inventarul clinic multi-axial Millon, ediția a III-a (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, 3rd edition, MCMI-III), elaborat de Millon, Davis și Millon (1997).

Instrumentele generale includ, de regulă, și scale care permit sesizarea tendințelor clienților de a-și sub- sau supraraporta simptomele. Astfel de scale sunt utile în identificarea tendinței spre negare, exagerare sau deformare intenționată, persoanele traumatizate tinzând să obțină scoruri mai mari la scalele de evaluare a tendințelor de exagerare și supraraportare. Testul proiectiv Rorschach poate fi de asemenea utilizat în evaluarea stresului traumatic (Luxenberg și Levin, 2004).

Unii clienți și/sau terapeuți pot considera că evaluarea traumei este suficientă (Najavits, 2004). Este adevărat că evaluarea este cel mai bun mod de a identifica existența și intensitatea problemelor generate de traumă. Totuși, simpla identificare a simptomelor specifice traumei este doar primul pas. Este nevoie și de inițierea procesului terapeutic și de parcurgerea planului de intervenție și tratament. La finalul fiecărei sesiuni de evaluare, se va discuta cu clienții despre modul în care informațiile obținute vor fi utilizate în planificarea procesului terapeutic, pentru a se facilita trecerea în faza activă a tratamentului (Harris și Fallot, 2001).

33.4. O schimbare de paradigmă: dezvoltarea personală posttraumatică

Efecte negative pe termen lung ale expunerii la evenimente traumatice, reprezintă doar o parte din evoluția posttraumatică. Dezvoltarea posttraumatică nu este un domeniu diferit de cercetare, ci mai degrabă o schimbare de paradigmă în studiul traumei (Joseph și Linley, 2008). Faptul că, pentru o perioadă îndelungată de timp, cercetătorii au studiat numai dificultățile întâmpinate de supraviețuitorii traumelor reduce înțelegerea complexității răspunsurilor la traume (Bonanno, 2004). Abia în anii '90 oamenii de știință au început să privească fenomenul de creștere posttraumatică ca pe o zonă distinctă de cercetare a psihologiei pozitive.

Dezvoltarea personală consecutivă traumei a fost etichetată în diferite modalități : ca dezvoltare posttraumatică (Tedeschi și Calhoun, 1995, 1996), schimbări pozitive (Joseph, Williams și Yule, 1993), beneficii percepute (McMillen și Fisher, 1998), dezvoltarea asociată stresului (Park, Cohen și Murch, 1996), thriving (Abraido-Lanza, Guier și Colon, 1998),

creștere în urma adversității (Joseph și Linley, 2005) sau prosperitate (O'Leary și Ickovics, 1995). Experiența de creștere semnifică adaptarea posteveniment care depășește nivelul de funcționare preeveniment și implică o transformare (O'Leary și Ickovics, 1995) în domenii precum aprecierea vieții, relațiile personale, puterea personală, prioritățile de viață, preocupările spirituale sau existențiale. Creșterea după adversitate nu înseamnă absența simptomelor și reacțiilor specifice stresului posttraumatic, ci prezența stărilor pozitive. De asemenea, creșterea după adversitate nu se referă atât la starea subiectivă de bine, cât la preocupările privind construcția stării psihologice de bine (Joseph și Linley, 2008).

Relația dintre PTSD și dezvoltarea posttraumatică (PTG) a fost recent intens analizată. Majoritatea studiilor transversale nu au găsit astfel de corelații. Există însă studii care au raportat asocieri pozitive (de exemplu, Park, Cohen și Murch, 1996) și altele care au găsit o legătură negativă între PTG și PTSD (de exemplu, Frazier, Conlon și Glaser, 2001). Este posibil ca o creștere a PTSD să se asocieze pozitiv până la un punct cu PTG, după care asocierea să dispară sau să devină negativă (Joseph și Linley, 2008). Este interesant faptul că studiile care au folosit instrumente standardizate pentru evaluarea PTG nu au găsit nicio asociere sau o asociere pozitivă între creștere și PTSD, în timp ce studiile care au raportat o legătură negativă între PTG și PTSD au folosit interviul sau scale contruite de autori în scopul realizării cercetării (Zoellner și Maercker, 2006).

33.5. Evaluarea dezvoltării posttraumatice

În afara contextului terapeutic, atunci când încep să vorbească despre impactul negativ al traumei suferite, oamenii sunt adesea sfătuiți de prieteni să „vadă aspectele pozitive” sau „să se concentreze asupra lucrurilor bune din viața lor”. Un astfel de sfat nu este de obicei util pentru că se asociază cu negarea suferinței.

Clinicienii au întrebat adesea clienții în cadrul interviului clinic dacă există și care sunt aspectele pozitive care au decurs din expunerea lor la o traumă. Percepțiile creșterii personale trebuie sprijinite și încurajate, ele putând juca rolul de catalizator al procesului vindecării. Specialiștii ar trebui totuși să aibă în vedere faptul că absența creșterii nu trebuie considerată un eșec. De asemenea, clinicienii trebuie să fie deosebit de atenți să nu sugereze că pacienții trebuie să crească din experiența lor deoarece astfel de sugestii ar putea fi ofensatoare și ar minimaliza experiența pacientului (Zoellner și Maercker, 2006).

La rândul lor, cercetătorii au studiat fenomenul prin utilizarea metodelor calitative și cantitative. În evaluarea dezvoltării posttraumatice, multe studii empirice au folosit interviul pentru a surprinde schimbări pozitive ale vieții sau beneficii rezultate din confruntarea cu adversitatea, cu întrebări deschise cum ar fi: „au existat beneficii care au rezultat din experiența dumneavoastră traumatică? Vă rugăm să descrieți experiența dumneavoastră” (de exemplu, Davis, Nolen-Hoeksema și Larson, 1998). Adesea, schimbările de viață pozitive și negative au fost evaluate simultan. În analizele statistice ale creșterii, autorii au evaluat, de obicei, dacă au existat sau nu beneficii și, într-o analiză separată, au evaluat numărul de beneficii raportate. Demersurile cantitative au presupus utilizarea scalelor construite pentru evaluarea dezvoltării posttraumatice. Deoarece nu există o definiție larg acceptată a creșterii posttraumatice (PTG), estimarea validității de construct a instrumentelor de evaluare a PTG este imposibil de realizat deocamdată. Cu toate acestea, scalele pe care le prezentăm mai jos au bune proprietăți psihometrice, fiind mai des utilizate de cercetători și clinicieni.

- Inventarul de creștere posttraumatică (*Posttraumatic Growth Inventory*, PTGI ; Tedeschi și Calhoun, 1996) conține 21 de itemi evaluați pe o scală Likert în 6 trepte, de la 0 (nu am experimentat această schimbare) la 5 (am experimentat această schimbare într-un grad foarte mare). Scala conține 5 subscale : relațiile cu ceilalți (7 itemi), noi posibilități (5 itemi), resurse personale (4 itemi), schimbări spirituale (2 itemi), aprecierea vieții (3 itemi). Au fost raportate corelații pozitive ale scorurilor scalelor PTGI cu optimismul, religiozitatea intrinsecă, extraversiune, deschidere, agreabilitate și conștiinciozitate. Deși este disponibilă și o versiune scurtă a PTGI, proprietățile ei psihometrice nu au fost comunicate (Calhoun și Tedeschi, 1999).
- Chestionarul modificărilor perspectivei (*Changes in outlook questionnaire*, CiOQ ; Joseph, Williams și Yule, 1993) include 26 de itemi care măsoară schimbările pozitive și negative : 11 itemi pentru schimbările pozitive și 15 pentru cele negative. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert în 6 trepte, de la 1 (dezacord puternic) la 6 (acord puternic). Mai recent, a fost dezvoltată o versiune scurtă cu 10 itemi a CiOQ (Joseph *et al.*, 2006). Schimbările pozitive și cele negative nu se asociază între ele. Scorurile ridicate la schimbările negative se asociază cu scoruri mari la Scala impactului evenimentelor traumatice (IES) și la Chestionarul general de sănătate (GHQ), în timp ce schimbările pozitive nu sunt asociate IES sau GHQ (Joseph și Linley, 2008).
- Scala beneficiilor percepute (*Perceived Benefit Scale*, PBS ; McMillen și Fisher, 1998) este formată din 38 de itemi : 30 de itemi care măsoară schimbările pozitive și 8 itemi schimbările negative. Itemii sunt evaluați pe o scală Likert în 5 trepte, de la 0 (deloc ca experiența mea) la 4 (foarte mult ca experiența mea). Itemii pozitivi pot fi notați pe 8 subscale : îmbunătățirea autoeficacității (6 itemi), creșterea implicării sociale (4 itemi), creșterea spiritualității (3 itemi), creșterea compasiunii (4 itemi), creșterea încrederii în oameni (4 itemi), schimbări ale stilului de viață (4 itemi), creșterea apropierii de familie (3 itemi) și câștiguri materiale (2 itemi). Au fost raportate corelații puternice între PBS și PTGI și starea de bine (Joseph și Linley, 2008).

În concluzie, psihopatologia s-a concentrat prea mult doar asupra aspectelor negative ale traumei, în contextul perspectivei orientate spre pierdere, boală, deficiență. Abia după anii '90, expunerea la traumă a devenit și un domeniu distinct de studiu al psihologiei pozitive. Psihoterapia constituie un bun context pentru a explora nu doar schimbările negative, ci și pe cele pozitive apărute în urma traumelor. Este importantă creșterea gradului de conștientizare a clinicienilor cu privire la posibilitatea dezvoltării de către clienți în urma confruntării cu o traumă atât a unor simptome ale stresului traumatic, cât și creșterii personale. Evaluarea creșterii personale și conștientizarea de către client ar putea facilita procesul terapeutic și recuperarea de pe urma traumei, însă, până în prezent, nu există dovezi că dezvoltarea posttraumatică este necesară pentru recuperarea cu succes a traumelor.

Bibliografie

- Abraido-Lanza, A.F., Guier, C., Colon, R.M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 54, 405-424.
- Adams, R.E., Boscarino, J.A., Figley, C.R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers : A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., Keane, T.M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience : Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 241-227.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Briere, J. (1998). *Inventory of Altered Self-Capacities (IASC) : Professional Manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy : A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T., Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder : A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862-866.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) : Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent Version (MMPI-A) : Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth : A clinician's guide*. New York : Routledge.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience : Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R : Administration, Scoring, and Procedures Manual-II*. Towson, MD : Clinical Psychometric Research.
- De Vries, G.J., Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259-267.
- Duffy, M., Gillespie, K., Clark, D.M. (2007). Posttraumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland : Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 1147-1150.
- Frist, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2001, 2007). *Tratat de psihotraumatologie*. București : Editura Trei.
- Foa, E.B., (1995). *The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) Manual*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Frazier, P., Conlon, A., Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055.

- Harris, M., Fallot, R.D. (2001). *Using trauma theory to design service systems. New Directions for Mental Health Services*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Haslam, C., Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work Stress*, 17, 277-285.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Kaltreider, N., Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events : Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Joseph, S., Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events : An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.
- Joseph, S., Linley, P.A. (2008). *Trauma, Recovery, and Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. Hoboken, New Jersey : Wiley, John Wiley & Sons, Inc.
- Joseph, S., Linley, P.A., Shevlin, M., Goodfellow, B., Butler, L. (2006). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity : A short form of the Changes in Outlook Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 85-89.
- Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster : Preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271-279.
- Keane, T.M., Malloy, P., Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, re-victimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Litz, B.T., Miller, M.W., Ruef, A.M., McTeague, L.M. (2002). Exposure to trauma in adults. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*, 215-258.
- Luxenberg, T., Levin, P. (2004). The role of the Rorschach in the assessment and treatment of trauma. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 190-225). NY: Guilford Press.
- Lyons, J.A., Keane, T.M. (1992). PTSD scale : MMPI and MMPI-2 update. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 111-117.
- McMillen, J.C., Fisher, R.H. (1998). The Perceived Benefits Scales : Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*, 22, 173-187.
- Millon, T., Davis, R.D., Millon, C. (1997). *MCMI-III manual* (2nd ed.). Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory : Professional manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Morina, N., Wicherts, J.M., Lobrecht, J., Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder without treatment : A meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249-255.
- Najavits, L.M. (2004). Treatment for the dual diagnosis of posttraumatic stress and substance use disorders. *Directions in Addiction Treatment & Prevention*, 8, 1-11.
- O'Leary, V.E., Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge : An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health : Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.
- Park, C.L., Cohen, L.H., Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Pearlman, L.A. (1996). Psychometric review of TSI Belief Scale, Revision L. In B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation* (pp. 415-417). Lutherville, MD : Sidran Press.
- Pearlman, L.A. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale Manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Rubonis, A.V., Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster : the disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109(3), 384-399.

- Ruppert, F. (2012). *Traumă, atașament, constelații familiale*. București : Editura Trei.
- Salyers, M.P., Evans, L.J., Bond, G.R., Meyer, P.S. (2004). Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness : clinician perspectives. *Community Mental Health Journal*, 40, 17-31.
- Saunders, B.E., Arata, C.M., Kilpatrick, D.G. (1990). Development of a crime related posttraumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90 Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439-448.
- Shapiro, R. (2010). *The Trauma Treatment Handbook : Protocols Across the Spectrum*. New York : W.W. Norton & Company.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995) *Trauma and transformation : Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). Posttraumatic Growth Inventory : Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Turliuc, M.N. (2013). Psihologia traumei. În L. Șoitu (coord.), *4D în educație* (pp. 133-162). Iași : Institutul European.
- Turliuc, M.N., Măirean, C. (2014). *Psihologia traumei*. Iași : Editura Polirom.
- Zoellner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*; DOI: 10.1016/j.cpr.2006.01.008.
- Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T., Anderson, P.E.D. (1991). The PTSD interview : Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., Van Velzen, C., Vertommen, S. (2003). Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 562-567.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). The impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD : A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York : Guilford Press.

34. Evaluarea în doliu

Mădălina Sucală

Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Rezumat

Acest capitol oferă un scurt istoric al evaluării și diagnosticării doliului complicat. De asemenea, sunt prezentate criteriile curente de diagnostic pentru evaluarea tulburării de doliu complicat persistent (TDCP) și sunt descrise principalele instrumente de evaluare. În plus, capitolul înfățișează importanța evaluării factorilor de risc pentru TDCP. În final, sunt prezentate implicațiile pentru tratament și sunt oferite recomandări clinice.

34.1. Introducere

Pierderea unei persoane apropiate este o experiență pe care marea majoritate a oamenilor o trăiesc pe parcursul vieții. În practica clinică, majoritatea psihologilor vor întâlni pacienți care au suferit o astfel de pierdere. Reacțiile de doliu variază individual și cultural (Clements *et al.*, 2003 ; Hardy-Bougere, 2008). Majoritatea oamenilor se adaptează și depășesc un astfel de eveniment, având un răspuns funcțional și găsind resurse de reziliență ca să depășească pierderea suferită (Bonanno și Kaltman, 2001). Alte persoane însă prezintă dificultăți semnificative și persistente (APA, 2013 ; Shear *et al.*, 2011), manifestând un distress emoțional prelungit și intens, acompaniat de gânduri și comportamente disfuncționale, precum și dificultăți de reîntoarcere la funcționarea de zi cu zi (APA, 2013 ; Bonanno și Kaltman, 2001 ; Shear *et al.*, 2011).

34.2. Evaluarea clinică a reacțiilor de doliu. Scurt istoric

Înainte de publicarea *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* – ediția a III-a (DSM-III ; APA, 1980), reacția de doliu nu a fost inclusă în nomenclatura psihiatrică. DSM-III (APA, 1980) a introdus doliul recent ca fiind criteriu de excludere pentru Tulburarea Depresivă Majoră. Acest lucru înseamnă că un pacient care întrunea toate criteriile pentru depresie nu putea să fie diagnosticat cu Tulburare Depresivă Majoră dacă a suferit o pierdere recentă – decesul cuiva apropiat. Prin contrast,

alte evenimente de viață majore (de exemplu, divorț sau faliment) nu erau considerate factori de excludere pentru Tulburarea Depresivă Majoră. Cu toate că DSM-III (APA, 1980) nu a introdus doliul ca fiind o condiție psihiatrică, îl menționează pentru prima dată ca fiind o condiție care poate necesita atenție clinică (Wagner și Maercker, 2010 ; Zisook *et al.*, 2010).

Între timp, cercetările asupra procesului de doliu au arătat că, deși majoritatea persoanelor se adaptează decesului unei persoane apropiate, în unele cazuri reacțiile de doliu sunt extreme (Horowitz *et al.*, 2003). Un procent redus de persoane din populația generală dezvoltă reacții persistente și intense (Kersting *et al.*, 2011 ; Shear *et al.*, 2006), reacții care pot duce la afectarea funcționalității și provoacă un distress semnificativ (Horowitz *et al.*, 2003). Aceste reacții de doliu complicat au fost definite prin prezența distresului emoțional, precum și a dificultăților cognitive și de funcționare profesională și socială (Bonanno *et al.*, 2007). Cercetările au arătat că doliul complicat este asociat cu un risc crescut de mortalitate, în special în perioada imediat următoare pierderii persoanei apropiate (Stroebe, Schut și Stroebe, 2007 ; Wagner și Maercker, 2010). De asemenea, reacția de doliu complicat a fost asociată cu dezvoltarea unor probleme interpersonale, abuzul de substanțe și o serie de boli fizice (Lichtenthal, Cruess și Prigerson, 2004 ; Stroebe, Schut și Finkenauer, 2001 ; Wagner și Maercker, 2010). În plus, serviciile de sănătate sunt utilizate într-o mai mare măsură de către persoanele care suferă de doliu complicat, aceste persoane luându-și mai multe concedii medicale (Lannen *et al.*, 2008). Aceste rezultate au dus la propunerea unei tulburări psihiatrice separate, respectiv Tulburarea de Doliu Complicat Persistent (TDCP) (Boelen și Prigerson, 2012 ; Boelen, Van den Bout și De Keijsers, 2003 ; Wagner și Maercker, 2010).

Cu toate acestea, TDCP nu a fost introdusă nici în DSM-IV (APA, 1994) ca tulburare psihiatrică distinctă (Lichtenthal *et al.*, 2004), în parte datorită dificultăților de conceptualizare și diferențiere a doliului complicat față de doliul normal. Reacțiile de doliu pot să fie, în sine, normale, nonpatologice, expresia suferinței sau a dorului față de persoana pierdută. Ca argument, pentru a putea diagnostica TDCP, este nevoie să înțelegem ce este doliul normal – o sarcină dificilă având în vedere diferențele inter-individuale și culturale față de astfel de pierderi (Dijkstra, 2000 ; Maercker, 2007 ; Wakefield, 2012b). DSM-IV a păstrat însă doliul ca criteriu de excludere pentru Tulburarea Depresivă Majoră.

În ultima ediție publicată a DSM (DSM-5 ; APA, 2013), doliul nu apare ca o tulburare psihiatrică distinctă, însă capitolul final propune criterii de diagnostic pentru condiții care ar putea necesita atenție clinică (Lombardo *et al.*, 2014). Acest capitol final include posibile criterii pentru diagnosticul de TDCP, în speranța că un astfel de limbaj comun va încuraja cercetarea și va facilita o mai bună înțelegere a acestui diagnostic până la includerea lui în versiuni ulterioare ale DSM (APA, 2013 ; Friedman, 2012 ; Wagner și Maercker, 2010 ; Wakefield, 2012b). DSM-5 include însă o modificare controversată cu privire la doliu : eliminarea acestuia ca factor de excludere în diagnosticarea depresiei majore (Wakefield, 2012a). Acest lucru înseamnă că o persoană care a suferit pierderea cuiva apropiat și care întrunește criteriile pentru tulburarea de depresie, poate fi acum diagnosticată ca atare. Persoanele care au criticat această decizie au susținut că respectiva eliminare „va medicaliza” suferința obișnuită și va încuraja prescrierea antidepresivelor într-un număr mult mai mare (Boelen și Prigerson, 2012 ; Wakefield, 2012b). Susținătorii acestei decizii afirmă însă că această modificare are la bază trei decenii de cercetări, care arată că Tulburarea Depresivă Majoră în contextul pierderii unei persoane apropiate nu

este fundamental diferită de Tulburarea Depresivă Majoră în urma altor evenimente de viață sau față de Tulburarea Depresivă Majoră fără factori precipitanți (Boelen și Prigerson, 2012 ; Lombardo *et al.*, 2014 ; Zisook *et al.*, 2012). Doliul nu „imunizează” pacientul împotriva unui episod depresiv major și, de fapt, pierderea unei persoane apropiate este un precipitant comun al depresiei clinice (Boelen și Prigerson, 2012 ; Lombardo *et al.*, 2014 ; Zisook *et al.*, 2012). Recunoașterea depresiei majore în contextul doliului recent cere o judecată clinică atentă având în vedere riscurile grave asociate cu lipsa de recunoaștere a depresie majore (Kendler, Myers și Zisook, 2008 ; Lombardo *et al.*, 2014) .

34.3. Diagnosticarea TDCP – criteriile DSM-5

Conform DSM-5, între 2,4 și 4,8% dintre persoanele care pierd pe cineva drag prezintă simptome care nu se diminuează în mod natural și persistă pe o perioadă nedeterminată, cu grade diferite de afectare a funcționalității profesionale și sociale (APA, 2013). Acest tipar de răspuns a fost denumit Tulburare de Doliu Complicat Persistent (APA, 2013). Această tulburare este caracterizată prin faptul că persoana se concentrează predominant asupra pierderii, excluzând alte interese și preocupări. De asemenea, în tabloul clinic sunt prezente și ruminarea cu privire la moarte și dorința de reîntâlnire cu persoana decedată (Boelen și Prigerson, 2012 ; Wakefield, 2013). Potrivit DSM-5 (APA, 2013), criteriile pentru diagnosticarea TDCP la un pacient care a suferit pierderea unei persoane apropiate includ prezența, pe o perioadă de un an la adulți și o jumătate de an la copii, a următoarelor simptome :

- Tristețe și nostalgie față de persoana care a murit (în cazul copiilor se poate manifesta prin joc) ;
- Gânduri recurente relaționate cu persoana care a murit ;
- Interes crescut pentru modalitatea în care persoana a murit (la copii se poate manifesta prin joc) și îngrijorări legate de faptul că o persoană apropiată ar putea înceta din viață.

Adițional, pacientul poate manifesta cel puțin șase simptome dintre următoarele manifestări :

- Distres pronunțat legat de decesul persoanei respective :
 - Probleme în a admite sau a accepta că persoana apropiată a murit (în cazul copiilor, se evaluează inițial înțelegerea conceptului de moarte) ;
 - Aplatizare emoțională cu privire la moartea persoanei apropiate ;
 - Evocarea evenimentelor relaționate cu cel/cea care a murit este asociată cu un distres ridicat ;
 - Emoții negative disfuncționale, precum mânia, relaționate cu moartea persoanei apropiate ;
 - Distorsiuni cognitive în legătură cu moartea persoanei apropiate (de exemplu, învinovățire pentru moartea persoanei apropiate) ;
 - Evitarea stimulilor care ar putea amorsa amintirea persoanei dragi.
- Probleme interpersonale :
 - Își dorește atât de mult să se întâlnească cu persoana apropiată care a murit, încât moartea proprie este un deziderat ;
 - Scepticism și neîncredere în alți oameni ;

- Însingurare ;
- Convingerea că viața este inutilă, nu merită trăită ;
- Tumult cu privire la sine ;
- Interes scăzut pentru propriile activități și lipsa de interes pentru sau de planificare a viitorului (APA, 2013).

Evaluarea clinică realizată trebuie să țină cont de faptul că aceste reacții emoționale, cognitive și comportamentale pot să reprezinte un răspuns firesc la pierderea unei persoane apropiate, însă la majoritatea oamenilor ele nu sunt persistente, nu sunt la fel de intense, permit plăcerea sau bucuria pentru activități de zi cu zi, nu afectează funcționarea socială sau profesională și nu sunt percepute de către persoana îndoliată ca fiind o sursă majoră de stres. De asemenea, această evaluare realizată de clinician trebuie să țină cont de contextul cultural în care trăiește pacientul, având în vedere că reacțiile de doliu variază semnificativ de la o cultură la alta (Dijkstra, 2000 ; Maercker, 2007 ; Wakefield, 2012b). Răspunsul la moartea persoanei apropiate trebuie să fie ieșit din comun raportat la ceea ce ar fi potrivit pentru o anumită cultură, religie sau etate (APA, 2013). Dacă moartea persoanei a fost una violentă (persoana apropiată a fost ucisă sau s-a sinucis) și apar gânduri intruzive relaționate cu natura traumatică în care a avut loc moartea persoanei apropiate – caracteristica de doliu traumatic poate fi adăugată (APA, 2013). TDCP poate să apară în mod izolat sau comorbidă cu alte condiții. Cele mai frecvente tulburări care apar împreună cu TDCP sunt : Tulburarea Depresivă Majoră, Tulburarea de Stres Posttraumatic și Tulburările Consumului de Substanță.

34.4. Diagnostic diferențial

Unele dintre simptomele asociate cu TDCP sunt, de asemenea, caracteristice și altor condiții, și anume :

- *Reacția normală de doliu* – atât suferința normală, cât și TDCP pot avea simptome similare. TDCP durează, de obicei, mai mult, respectiv un an în cazul adulților, 6 luni în cazul copiilor, și interferează cu funcționarea persoanei îndoliată mult timp după deces (APA, 2013).
- *Tulburarea Depresivă* – TDCP are trăsături similare cu Tulburarea Depresivă Majoră sau persistentă, cum ar fi tristețea, plânsul sau gândurile suicidare, dar în cazul TDCP această dispoziție depresivă se caracterizează printr-o atenție îndreptată exclusiv asupra pierderii suferite (APA, 2013).
- *Tulburarea de Stres Posttraumatic* – atât persoanele care suferă de Tulburare de Stres Posttraumatic, cât și persoanele care suferă de TDCP manifestă gânduri intruzive și evitare. În timp ce în cazul persoanelor cu Tulburare de Stres Posttraumatic gândurile intruzive sunt relaționate cu un eveniment traumatic, în cazul persoanelor cu TDCP aceste gânduri intruzive sunt în legătură cu persoana decedată sau circumstanțele decesului (APA, 2013). Deși evitarea situațiilor neplăcute este prezentă în ambele cazuri, persoanele cu TDCP manifestă plâns și preocupare pentru pierderea suferită. Tulburarea de Stres Posttraumatic este cel mai frecvent diagnosticată ca fiind comorbidă cu TDCP atunci când decesul a fost violent sau traumatic (APA, 2013).

- *Tulburarea de Anxietate de Separare* – se referă la separarea de persoanele de atașament din prezent, în timp ce persoanele care suferă de TDCP se confruntă cu anxietate atunci când sunt separate de persoana decedată (APA, 2013 ; Prigerson *et al.*, 2000).

34.5. Evaluarea factorilor de risc pentru TDCP

O serie de factori individuali (de exemplu, prezența unor comorbidități psihologice) și circumstanțiali (de exemplu, relația cu persoana decedată sau modul în care aceasta și-a pierdut viața) au fost evidențiați ca influențând răspunsul față de moartea cuiva apropiat. Este important pentru clinicieni să evalueze și să cunoască acești factori de risc pentru a putea identifica pacienții cu risc de dezvoltare a TDCP (Lobb *et al.*, 2010).

Tabelul 34.1. *Factori de risc pentru TDCP*

Factori Individuali	Factori Circumstanțiali
<p>Evenimente traumatice anterioare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evenimentele traumatice anterioare, cum ar fi moartea unui părinte în copilărie sau abuzul fizic sau sexual suferit în copilărie, au fost identificate ca predictori ai doliului complicat persistent (Silverman, Johnson și Prigerson, 2001 ; Vanderwerker <i>et al.</i>, 2006). • Persoanele care au o suferință complicată raportează mai mulți stresori în viața lor comparativ cu persoanele care nu prezintă această tulburare (Ott <i>et al.</i>, 2007). 	<p>Gradul de rudenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gradul de rudenie sau apropiere față de persoana decedată explică până la 43% din variația scorurilor de doliu complicat, ceea ce sugerează că o atenție crescută trebuie oferită persoanelor care se află în această categorie (Mitchell <i>et al.</i>, 2004, 2005).
<p>Predictori cognitiv-comportamentali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studii anterioare au indicat o relație semnificativă între cognițiile disfuncționale negative despre sine, viață și viitor și reacțiile de doliu (Boelen, Van den Bout și Van den Hout, 2003a, 2003b). Același grup de autori au arătat că, pe lângă cognițiile negative despre sine, viață și viitor, evitarea cognitivă a fost de asemenea un predictor pentru experiența doliului (Boelen, Van den Bout și Van den Hout, 2003a, 2003b, 2006). • Optimismul dispozițional și tendința de reinterpretare pozitivă au fost identificate ca predictori ai rezilienței (Riley <i>et al.</i>, 2007), pe când neuroticismul a fost identificat ca predictor al reacțiilor negative (Wijngaards-de Meij <i>et al.</i>, 2007). • Căutarea suportului social și rezolvarea de probleme au fost asociate cu mai puține simptome de doliu (Riley <i>et al.</i>, 2007). 	<p>Modul în care s-a petrecut decesul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulții care au pierdut o persoană apropiată prin suicid au o probabilitate mai mare de a prezenta simptome de doliu complicat persistent (Mitchell <i>et al.</i>, 2004). • Persoanele ale căror membri ai familiei au murit într-un atac terorist sau care au suferit o moarte subită și violentă au o probabilitate mai mare să dezvolte simptome ale doliului complicat persistent (Lobb <i>et al.</i>, 2010 ; Shear <i>et al.</i>, 2006).

<p>Comorbidități psihologice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condițiile preexistente, cum ar fi Tulburarea Depresivă Majoră, pot fi factori de risc pentru TDCP (Macias <i>et al.</i>, 2004; Simon <i>et al.</i>, 2005). • Un istoric de Tulburări de Anxietate a fost de asemenea evidențiat ca predictor al doliului (Melhem <i>et al.</i>, 2004a, 2004b). 	<p>Niveluri scăzute de suport social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoanele care au o suferință complicată autoraportează niveluri scăzute de suport social (Ott <i>et al.</i>, 2007; Vanderwerker și Prigerson, 2004).
--	--

34.6. Instrumente de evaluare a TDCP

Adițional diagnosticării cu ajutorul interviului clinic, există scale clinice care pot fi utile în evaluarea simptomelor de doliu. Utilizarea lor poate fi cu atât mai importantă cu cât există studii care arată că aproximativ o treime din pacienții care solicită servicii de sănătate mintală prezintă unele simptome de doliu de un nivel moderat (Piper *et al.*, 2001).

Unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare este Inventarul Doliului Complicat (ICG; Prigerson *et al.*, 1995). ICG este instrumentul cel mai frecvent folosit pentru a identifica nivelurile clinice ale simptomelor TDCP în cercetare. Este compus din 19 afirmații referitoare la gânduri și comportamente relaționate cu doliul (de exemplu, „Simt că nu pot accepta moartea persoanei”, „Simt dor față de persoana care a murit”), cu 5 opțiuni de răspuns care indică niveluri diferite de severitate a simptomelor. Potrivit instrucțiunilor de diagnostic pentru TDCP, ICG trebuie administrat la cel puțin 6-12 luni de la moartea unei persoane iubite (Jordan și Litz, 2014). ICG a demonstrat proprietăți psihometrice adecvate, respectiv o consistență internă bună, o fidelitate test-retest ridicată și poate prezice afectarea funcționalității dincolo de ceea ce poate fi explicat de problemele de dispoziție și de cele de anxietate. Un scor total peste 25 sau 30 a fost considerat relevant pentru identificarea TDCP. Mai recent, ICG a fost utilizat în dezvoltarea unei alte scale, scala numită Doliul Prelungit 13 (PG-13), care este alcătuită din cei mai informativi itemi ai ICG (Jordan și Litz, 2014; Prigerson *et al.*, 2009).

În situații în care timpul clinicienilor este limitat, un instrument mai scurt, respectiv Chestionarul Scurt de Doliu (BGQ; Ito *et al.*, 2012) poate fi util. BGQ le cere pacienților să raporteze severitatea simptomelor pe o scală de la 1 la 3 pentru 5 simptome ale doliului (de exemplu, „Cât de mult interferează suferința cu viața ta?”, „Cât de dificil îți este să accepți moartea persoanei?”). Instrumentul a demonstrat proprietăți psihometrice bune în diferite eșantioane internaționale (Ito *et al.*, 2012; Shear *et al.*, 2006). Un scor de 5 până la 7 la BGQ poate indica probleme de intensitate subclinică, în timp ce un scor de 8 sau mai mare este un indicator al simptomelor de TDCP (Jordan și Litz, 2014; Shear *et al.*, 2006).

34.7. Tratamentul psihologic al TDCP

Cercetările indică faptul că nu este eficient sau necesar să oferim servicii psihologice persoanelor care indică un răspuns de doliu normal și că, în fapt, a oferi astfel de servicii când ele nu sunt necesare poate chiar să aibă un efect iatrogen (Bonanno și Lilienfeld,

2008 ; Currier, Neimeyer și Berman, 2008 ; Jordan și Litz, 2014 ; Neimeyer, 2000). Aceste servicii trebuie oferite doar în cazul în care pacienții solicită, sunt trimiși către psihoterapie sau în cazul în care se constată o nevoie evidentă și diagnosticabilă pentru astfel de servicii (Hoyt și Larson, 2010). În contextul în care aceste servicii sunt necesare, cercetările indică eficiența terapiei cognitiv-comportamentale (Jordan și Litz, 2014). Într-o metaanaliză care a inclus studii clinice randomizate care investighează efectul psihoterapiei pentru adulții cu TDCP, s-a constatat că intervențiile cognitiv-comportamentale au fost mai eficiente decât condițiile de control (de exemplu, terapie suportivă sau nespecifică, liste de așteptare) pentru reducerea simptomelor pacienților (Wittouck *et al.*, 2011). Mai mult, efectul tratamentului pentru aceste terapii a crescut după tratament.

34.8. Implicații pentru practica clinică

Odată cu includerea TDCP în DSM-5, este posibil ca atenția crescută a clinicienilor și a publicului asupra acestei tulburări să crească numărul persoanelor care vor fi diagnosticate și tratate pentru această tulburare (Jordan și Litz, 2014). Este important pentru clinicieni să se familiarizeze cu această tulburare și să învețe să o recunoască cu ajutorul interviului clinic și al scalelor de evaluare. În cazurile în care simptomele TDCP sunt pronunțate și au trecut cel puțin 6-12 luni de la moartea persoanei, este recomandabil să se ia în considerare un tratament validat empiric. Practicienii care nu au format într-un tip de intervenție demonstrat a fi eficient pentru această tulburare ar trebui să ia în considerare trimiterea pacientului la un alt terapeut care are competențe în a lucra cu astfel de pacienți (APA, 2002).

Bibliografie

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychological Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073 ; DOI : 10.1037/0003-066X.57.12.1060.
- Boelen, P.A., Prigerson, H.G. (2012). Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36(9), 771-794.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., De Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety : a replication study with bereaved mental health care patients. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-1341 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., Van den Hout, M.A. (2003a). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1123-1136 ; [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00259-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00259-0).
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., van den Hout, M.A. (2003b). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 225-238 ; <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.08.001>.

- Boelen, P.A., Van den Bout, J., Van den Hout, M.A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement : A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1657-1672 ; <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.006>.
- Bonanno, G.A., Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734 ; [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3).
- Bonanno, G.A., Liliensfeld, S.O. (2008). Let's be realistic : When grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology : Research and Practice*, 39(3), 377-378 ; <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.377>.
- Bonanno, G.A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K.G., Litz, B., Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342-351 ; <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.342>.
- Clements, P.T., Vigil, G.J., Manno, M.S., Henry, G.C., Wilks, J., Das, S. *et al.* (2003). Cultural Perspectives of DEATH, GRIEF, AND BEREAVEMENT. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(7), 18-26 ; <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20030701-12>.
- Currier, J.M., Neimeyer, R.A., Berman, J.S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons : a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648-661 ; <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>.
- Dijkstra, I.C. (2000). Living with loss. *Parents Grieving for the Death of Their Child*. Utrecht, The Netherlands : Febodruk, Enschede.
- Friedman, R.A. (2012). Grief, Depression, and the DSM-5. *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1855-1857 ; <https://doi.org/10.1056/NEJMp1201794>.
- Hardy-Bougere, M. (2008). Cultural Manifestations of Grief and Bereavement : A Clinical Perspective. *Journal of Cultural Diversity*, 15(2), 66-69.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *FOCUS*, 1(3), 290-298 ; <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.290>.
- Hoyt, W.T., Larson, D.L. (2010). What have we learned from research on grief counselling? *Bereavement Care*, 29(1), 10-13 ; <https://doi.org/10.1080/02682620903560841>.
- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M.K. *et al.* (2012). Brief Measure for Screening Complicated Grief : Reliability and Discriminant Validity. *PLOS ONE*, 7(2), e31209 ; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031209>.
- Jordan, A.H., Litz, B.T. (2014). Prolonged grief disorder : Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology : Research and Practice*, 45(3), 180-187 ; <https://doi.org/10.1037/a0036836>.
- Kendler, K.S., Myers, J., Zisook, S. (2008). Does Bereavement-Related Major Depression Differ From Major Depression Associated With Other Stressful Life Events? *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1449-1455 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111757>.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343 ; <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>.
- Lannen, P.K., Wolfe, J., Prigerson, H.G., Onelov, E., Kreicbergs, U.C. (2008). Unresolved Grief in a National Sample of Bereaved Parents : Impaired Mental and Physical Health 4 to 9 Years Later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876 ; <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738>.
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G., Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637-662 ; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>.
- Lichtenthal, W.G., Nilsson, M., Kissane, D.W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E.C., Prigerson, H.G. (2011). Underutilization of Mental Health Services Among Bereaved Caregivers With Prolonged Grief Disorder. *Psychiatric Services*, 62(10), 1225-1229 ; https://doi.org/10.1176/ps.62.10.pss6210_1225.

- Lobb, E.A., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K.B., Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698 ; <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>.
- Lombardo, L., Lai, C., Luciani, M., Morelli, E., Buttinelli, E., Aceto, P. *et al.* (2014). Bereavement and complicated grief: towards a definition of Prolonged Grief Disorder for DSM-5. *Rivista Di Psichiatria*, 49(3), 106-114 ; <https://doi.org/10.1708/1551.16903>.
- Macias, C., Jones, D., Harvey, J., Barreira, P., Harding, C., Rodican, C. (2004). Bereavement in the Context of Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55(4), 421-426 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.421>.
- Maercker, A. (2007). When grief becomes a disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 435-436 ; <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0742-2>.
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F., Brent, D. (2004a). Predictors of Complicated Grief among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 21-34.
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F., Brent, D. (2004b). Traumatic Grief Among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1411-1416 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1411>.
- Mitchell, A.M., Kim, Y., Prigerson, H.G., Mortimer-Stephens, M.K. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18 ; <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>.
- Mitchell, A.M., Kim, Y., Prigerson, H.G., Mortimer-Stephens, M.K. (2005). Complicated Grief and Suicidal Ideation in Adult Survivors of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 498-506 ; <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.498>.
- Neimeyer, R.A. (2000). Searching for the Meaning of Meaning: Grief Therapy and the Process of Reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541-558 ; <https://doi.org/10.1080/07481180050121480>.
- Ott, C.H., Lueger, R.J., Kelber, S.T., Prigerson, H.G. (2007). Spousal bereavement in older adults: common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 332-341 ; <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243890.93992.1e>.
- Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Azim, H.F., Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 52(8), 1069-1074 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1069>.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, C.F., Shear, M.K., Newsom, J.T., Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484-1486 ; <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1484>.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds III, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A. *et al.* (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79 ; [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2).
- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S., Kasl, S.V., Maciejewski, P.K., Silverman, G.K. *et al.* (2000). Grief and its relation to posttraumatic stress disorder. In D. Nutt, J.R.T. Davidson & J. Zohan (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment* (pp. 163-186). London: Martin Dunitz.
- Riley, L.P., LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T., Murphy, B.A. (2007). Parental Grief Responses and Personal Growth Following the Death of a Child. *Death Studies*, 31(4), 277-299 ; <https://doi.org/10.1080/07481180601152591>.
- Shear, K.M., Jackson, C.T., Essock, S.M., Donahue, S.A., Felton, C.J. (2006). Screening for Complicated Grief Among Project Liberty Service Recipients 18 Months After September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-1297 ; <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.9.1291>.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. *et al.* (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117 ; <https://doi.org/10.1002/da.20780>.
- Silverman, G.K., Johnson, J.G., Prigerson, H.G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3/4), 202-215.

- Simon, N.M. (2013). Treating Complicated Grief. *JAMA*, 310(4), 416-423 ; <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>.
- Simon, N.M., Pollack, M.H., Fischmann, D., Perlman, C.A., Muriel, A.C., Moore, C.W. *et al.* (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1105-1110.
- Stroebe, M., Schut, H., Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 185-201.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973 ; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9).
- Vanderwerker, L.C., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Prigerson, H.G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 121-123 ; <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5>.
- Vanderwerker, L.C., Prigerson, H.G. (2004). Social Support and Technological Connectedness as Protective Factors in Bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45-57 ; <https://doi.org/10.1080/15325020490255304>.
- Wagner, B., Maercker, A. (2010). The Diagnosis of Complicated Grief as a Mental Disorder : A Critical Appraisal. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 27-48 ; <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-27>.
- Wakefield, J.C. (2012a). DSM-5 : proposed changes to depressive disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 28(3), 335-343 ; <https://doi.org/10.1185/03007995.2011.653436>.
- Wakefield, J.C. (2012b). Should prolonged grief be reclassified as a mental disorder in DSM-5 ? Reconsidering the empirical and conceptual arguments for complicated grief disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 499-511 ; <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182482155>.
- Wakefield, J.C. (2013). DSM-5 grief scorecard : Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry*, 12(2), 171-173 ; <https://doi.org/10.1002/wps.20053>.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van den Bout, J., Van der Heijden, P., Dijkstra, I. (2007). Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*, 41(2), 498-505 ; <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.06.001>.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78 ; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>.
- Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E.G., Lanuette, N. *et al.* (2012). The Bereavement Exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*, 29(5), 425-443 ; <https://doi.org/10.1002/da.21927>.
- Zisook, S., Reynolds, C.F., Pies, R., Simon, N., Lebowitz, B., Madowitz, J. *et al.* (2010). Bereavement, Complicated Grief and DSM Part 1 : Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 955-956 ; <https://doi.org/10.4088/JCP.10ac06303blu>.

35. Evaluarea în psihoze

Ramona Moldovan, Oana Cobeanu
Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca

Doina Cozman
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca

Rezumat

Capitolul discută principalele delimitări conceptuale relevante în evaluarea psihozelor și prezintă cele mai cunoscute strategii și instrumente de evaluare. Pentru fiecare dintre măsurători sunt prezentate avantaje și limite, precum și câteva repere în interpretarea datelor. Capitolul particularizează evaluarea la adulți, la copii și la adolescenți, oferind exemple specifice despre cum poate fi realizată evaluarea psihozelor la aceste categorii de vârstă (spre exemplu, prin interviuri structurate și semistructurate, scale de evaluare clinică sau instrumente de autoevaluare).

Termenul „psihoză” este folosit pentru a descrie grupul de tulburări psihotice care include schizofrenia, tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă. Aceste tulburări se caracterizează prin modificări semnificative la nivelul percepției (de exemplu, halucinații), gândirii (de exemplu, gândire dezorganizată, idei delirante), comportamentului (de exemplu, comportament dezorganizat sau anormal), precum și prin diminuarea expresivității emoționale (APA, 2013 ; National Institute for Health and Care Excellence, NICE, 2013).

Schizofrenia este o tulburare psihiatrică descrisă în *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ediția a V-a (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) (APA, 2013) și în Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și a Problemelor de Sănătate Înrudite, ediția a X-a (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*, ICD-10) (World Health Organization, 1992). Simptomele care apar în cadrul psihozelor în general și la schizofrenie în particular sunt de obicei împărțite în „simptome pozitive”, incluzând idei delirante, halucinații, vorbire dezorganizată, comportament dezorganizat sau catatonie, și „simptome negative”, așa cum este apatia emoțională, sărăcia vorbirii, retragerea socială și neglijarea de sine (APA, 2013). Tulburările psihotice sunt eterogene astfel că severitatea simptomelor

și modul în care acestea se exprimă sunt în mod particular informative pentru diagnosticul și evaluarea evoluției tulburării. Severitatea simptomelor are valoare de prognostic și ghidează decizia terapeutică.

Datele arată că intervenția timpurie pentru persoanele cu schizofrenie poate fi benefică deoarece ajută la evitarea sau amânarea recăderilor și previne utilizarea prelungită a medicamentelor (Marshall și Rathbone, 2011). Astfel, tehnicile de diagnostic precise care pot contribui la evaluarea și intervenția timpurie sunt esențiale. De altfel, evaluarea diverselor simptome sau mecanisme implicate în tulburările psihotice este esențială pentru planificarea tratamentului, luarea deciziilor privind prognosticul sau în cercetare. Strategiile de evaluare includ diferite sisteme de criterii operaționale, sub forma unor interviuri structurate și semistructurate, scale clinice de evaluare și instrumente de autoevaluare.

35.1. Evaluarea la adulți

Evaluarea persoanelor cu tulburări psihotice este întotdeauna complexă și de cele mai multe ori interdisciplinară. Evaluarea de către un psihiatru este obligatorie, iar evaluarea de către un psiholog clinician este recomandată. Evaluarea vizează de regulă următoarele domenii (pentru mai multe detalii vezi www.nice.org):

- *Psihiatric* : sănătate mintală, riscul pentru sine sau pentru ceilalți, consumul de alcool, tratamente farmacologice ;
- *Medical* : istoric medical, examinare fizică generală (de exemplu, pentru a exclude tulburări organice ale creierului), tratamente farmacologice prescrise ;
- *Psihologic* : abilități cognitive, rețea socială, relații semnificative, mecanisme de adaptare, evenimente traumatice ;
- *Social* : domiciliu, etnie, cultură, religie, responsabilități față de ceilalți (de exemplu, copii), activități recreative ;
- *Ocupațional și educațional* : ocupație, școlarizare, activități zilnice ;
- *Calitatea vieții* : stare generală de bine ;
- *Statutul socioeconomic* .

Evaluarea în psihoză include și evaluarea altor afecțiuni comorbide, inclusiv tulburările afective, tulburările anxioase sau abuzul de substanțe, mai ales în primele faze ale tratamentului. O altă recomandare a ghidurilor internaționale (adică NICE) este evaluarea tulburării de stres posttraumatic și a altor reacții la traume sau evenimente stresante acute, deoarece persoanele cu tulburări psihotice au experimentat adesea în trecutul apropiat astfel de evenimente, fiind asociate cu debutul psihozei sau un rezultat al acesteia.

35.2. Interviuri structurate și semistructurate

Evaluarea simptomelor se face cel mai adesea sub forma interviurilor semistructurate, în sensul că discursul pacientului este ghidat de întrebări țintite, care au în vedere evaluarea comprehensivă a simptomelor pacientului, ce vor sta la baza stabilirii diagnosticului

psihiatric conform manualelor internaționale de diagnostic (DSM-5 sau ICD-10). Redăm mai jos câteva exemple de întrebări ce pot fi utile practicienilor (pentru mai multe detalii vezi Cosman, 2010).

- *Ținută și atitudine* : „Ce spun ceilalți despre ținuta și înfățișarea ta ? ”
- *Comportament (de exemplu, agitat/agresiv, stereotip, social, dezinhibat)* : „În ultimul timp ai fost furios pe cineva? Ce ai făcut în acele situații ? ” ; „Ai încercat să lovești sau să ataci alte persoane ? ” ; „Există anumite mișcări sau acțiuni pe care le faci în mod repetitiv sau după un anumit ritual ? ” ; „Ai făcut lucruri pe care ceilalți le-au considerat bizare ? ”
- *Expresii emoționale (de exemplu, paratimii, hipotomii)* : „Îți mai iubești la fel de mult părinții/soțul/soția/copii/rudele/prietenii ? ” ; „Ești apropiat de familia ta ? ” ; „Ai prieteni ? ”
- *Delir (de exemplu, de persecuție, gelozie, grandoare, mistic, ipohondriac, de influență)* : „Ai simțit că oamenii au ceva cu tine sau complotază împotriva ta ? ” ; „Ai bănuieți că soțul/soția te înșală ? ” ; „Ai simțit că ai făcut un păcat îngrozitor ? ” ; „Crezi că meriți să fii pedepsit pentru greșelile tale ? ” ; „Ai puteri speciale, pe care ceilalți nu le au ? ” ; „ Cum te simți în ultima vreme, mai sigur pe tine, mai puternic, mai atractiv ? ” ; „Ai trecut prin stări spirituale deosebite ? ” ; „S-a schimbat ceva în corpul tău sau în funcționarea corpului tău ? ” ; „Arăți/Te timți la fel ca înainte ? ” ; „Ai avut sentimentul că unii oameni pot să îți citească gândurile ? ” ; „Ai simțit că unele gânduri nu îți aparțin, că au fost introduse de altcineva sau altceva în mintea ta ? ”
- *Halucinații (de exemplu, auditive, tactile, olfactive, vizuale)* : „Auzi voci sau alte sunete în momentele în care ești singur ? ” ; „Ce îți spun vocile ? ” ; „Ai avut senzații ciudate în corpul tău ? ” ; „Te-ai simțit atins de persoane sau forțe nevăzute ? ” ; „Ai simțit mirosuri neobișnuite sau ciudate pe care ceilalți nu le-au sesizat ? ” ; „Ai văzut persoane sau lucruri pe care alte persoane din jur nu le-au văzut ? ”
- *Atenție, memorie* : „Reușești să te concentrezi ? ” ; „Cum stai cu memoria? Se întâmplă să uiți mai des decât înainte ? ”
- *Motivație (de exemplu, apatie)* : „Ai fost în stare să lucrezi în ultima lună ? ” ; „Ce faci în timpul liber ? ”
- *Gândire (de exemplu, distractibilitate)* : „În ultimul timp gândirea ta a devenit mai rapidă ? ” ; „Îți vin mai multe idei în minte în același timp ? ” ; „Ai avut senzația că nu mai poți gândi bine sau că gândești mai încet decât înainte ? ”

Unele interviuri presupun parcurgerea unor etape standard și necesită de cele mai multe ori o pregătire anterioară a clinicianului pentru a asigura o cât mai bună fidelitate și validitate diagnostică.

Interviul Clinic Structurat pentru Diagnostic (Structured Clinical Interview for Diagnosis – SCID) (First et al., 2015) este un ghid semistrukturat de interviu pentru realizarea diagnosticului conform DSM-5. SCID poate fi administrat de către un medic psihiatru sau un alt specialist în domeniul sănătății mintale, care este familiarizat cu criteriile de clasificare și diagnosticare DSM-5. Întrebările din cadrul interviului au un corespondent pentru fiecare criteriu DSM-5 și sunt foarte utile în evaluarea fiecărui simptom ca fiind prezent sau absent. SCID include criteriile de diagnostic DSM-5 pentru cele mai frecvente tulburări mintale, inclusiv tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.

Scala de Sindrom Pozitiv și Negativ (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) (Kay, Fiszbein și Opler, 1987) are forma unui interviu clinic semistrukturat și evaluează severitatea simptomelor din schizofrenie și alte tulburări psihiatrice. PANSS oferă o procedură standard de interviu prin intermediul a 33 de itemi care evaluează mai multe dimensiuni ale simptomelor pozitive și negative, inclusiv riscul de agresivitate și gradul de psihopatologie generală. Acest instrument poate fi utilizat în evaluarea clinică, monitorizarea răspunsului la tratament sau evaluarea severității dizabilității.

Mini-Interviul de Evaluare a Stării Mintale-2 (Mini-Mental State Examination, MMSE-2) (Folstein, Folstein și McHugh, 1975) este unul dintre cele mai cunoscute și de încredere instrumente de evaluare a deteriorării cognitive. MMSE-2 este un examen clinic standardizat ce permite evaluarea performanțelor cognitive în mai multe domenii: orientare, atenție, calcul, înțelegere, reamintire etc. Instrumentul poate fi folosit pentru a evalua și clasifica gravitatea deteriorării cognitive la pacienții cu demență și alte afecțiuni psihiatrice și este în mod particular util pentru monitorizarea în timp a eficienței tratamentelor farmacologice asupra performanței cognitive.

Mini-Interviul Internațional Neuropsihiatric (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) (Sheehan *et al.*, 1998) este un interviu clinic structurat ce a fost elaborat având la bază criteriile DSM și ICD. Instrumentul a fost elaborat ca o alternativă mai scurtă a SCID, respectiv pentru a facilita o evaluare rapidă, dar exactă, a unor categorii de tulburări mintale. Interviul include întrebări specifice care necesită numai răspunsuri de tip da sau nu și poate fi realizat în 15-20 de minute. MINI este folosit frecvent în evaluările psihiatrice de rutină și în monitorizarea rezultatelor tratamentelor farmacologice din studii clinice controlate sau studii epidemiologice.

35.3. Scale de evaluare clinică

Scalele de evaluare clinică permit aprecierea rapidă a unor aspecte specifice tulburării investigate. Cele mai multe dintre ele sunt instrumente valide ce permit evaluarea acurată a stării pacientului, dar și a evoluției pe termen lung.

Scala de evaluare psihiatrică rapidă (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) (Overall și Gorham, 1962) este una din cele mai vechi și mai utilizate scale clinice de evaluare a simptomelor psihotice. Prima variantă a BPRS include 16 itemi, iar versiunile mai recente includ 18 itemi (Overall și Gorham, 1988) și 24 itemi (Lukoff *et al.*, 1993). Scala evaluează o serie de constructe printre care ostilitatea, suspiciunea, halucinațiile, dezorganizarea conceptuală, grandoarea, aplatizarea afectivă etc. Cu ajutorul scalei se poate realiza un *screening* al celor mai importante sindroame psihiatrice, itemii parcurgând mai multe simptome ce indică severitatea tulburării psihotice evaluate. Scala este în mod particular utilă atunci când este necesară evaluarea eficacității tratamentului la persoane cu psihoze de intensitate moderată și severă.

Scala pentru Evaluarea Simptomelor Negative (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) și *Scala pentru Evaluarea Simptomelor Pozitive (Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS)* (Andreasen, 1989) sunt esențiale pentru evaluarea

simptomatologiei specifice din schizofrenie. Simptomele negative evaluate includ aplatizarea afectivă, alogia, apatia, anhedonia și dificultățile de concentrare. Simptomele pozitive evaluate sunt halucinațiile, delirul, comportamentul bizar și afectul inadecvat.

Impresia Clinică Globală (Clinical Global Impression – CGI) (Guy și National Institute of Mental Health, 1976) este un instrument scurt care permite evaluarea severității afecțiunii, ameliorarea globală și indexul de eficacitate. Instrumentul a fost dezvoltat pentru a permite o evaluare rapidă de către clinician a funcționării globale a pacientului înainte, pe parcursul și după administrarea unui tratament. Deși este un instrument mai puțin riguros (clinicianul face aprecierea în funcție de evoluția pacientului, respectiv de experiența anterioară cu alți pacienți cu același diagnostic), CGI poate fi foarte utilă atât în cercetare, cât și în practică, deoarece permite compararea rapidă a tabloului psihopatologic curent cu cel de la examinările anterioare.

Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD) (Hamilton, 1960) este una din cele mai vechi scale clinice din domeniul tulburărilor depresive. Scala a fost special creată pentru a permite evaluarea severității simptomelor de tip depresiv. Scala permite evaluarea dispoziției depresive, a simptomelor vegetative și somatice, dar și a simptomelor de anxietate comorbide. Scala este frecvent folosită în practica clinică și în cercetare deoarece este extrem de eficientă în a surprinde evoluția pe parcursul tratamentului.

Scala Hamilton de Evaluare a Anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) (Hamilton, 1959) este o scală care permite evaluarea severității simptomelor de tip anxios. Scala include itemi de evaluare a componentelor cognitive, emoționale și somatice și permite atât calcularea unui scor global de anxietate, cât și a unor scoruri separate pentru anxietatea psihică și somatică. Scala este frecvent utilizată în practică și cercetare deoarece este suficient de sensibilă pentru a estima evoluția pe parcursul tratamentului.

35.4. Instrumente de autoevaluare

Numeroase instrumente de autoevaluare pot fi utilizate pentru evaluarea unor aspecte implicate în sănătate și boală – distres emoțional, funcționare globală, cunoștințe despre sau convingeri față de boală, stigma percepută, starea generală de bine, calitatea vieții, suportul social sau aspecte punctuale care vizează sănătatea sau stilul de viață (comportamentul alimentar, activitatea fizică, fumatul etc.). Cel mai adesea aceste instrumente sunt folosite pentru monitorizarea evoluției tratamentului farmacologic sau psihoterapeutic. Redăm mai jos câteva din cele mai cunoscute instrumente de autoevaluare.

Scurt Inventar al Simptomelor (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis și Melisaratos, 1983) este un instrument care evaluează distresul psihologic. Instrumentul cuprinde 53 de itemi care evaluează mai multe categorii de simptome (de exemplu, somatizare, depresie, anxietate, ostilitate, ideeție paranoidă, psihoticism etc.) și indici globali ai distresului (de exemplu, indicele global de severitate, indicele simptomelor pozitive). BSI este cel mai frecvent utilizat pentru evaluarea evoluției pacienților pe parcursul

tratamentului, dar și în cercetare, pentru recrutarea, monitorizarea și documentarea rezultatelor pacienților.

Inventarul 2.0 de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății (WHODAS 2.0) (Ustun și World Health Organization, 2010) este un formular cu 36 de itemi care evaluează gradul de dizabilitate la pacienții peste 18 ani. Chestionarul evaluează înțelegerea și comunicarea, mobilitatea, autonomia personală, relațiile interpersonale și inserția socială. WHODAS 2.0 permite urmărirea modificărilor în timp ale nivelului de dizabilitate al pacientului.

Inventarul de Furie ca Stare și Trăsătură – ediția a doua (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2) (Spielberger și Sydeman, 1994) este cel mai de succes instrument la nivel internațional pentru evaluarea furiei. STAXI-2 este versiunea revizuită a inventarului STAXI și cuprinde 57 de itemi care evaluează furia ca stare și ca trăsătură, trăirea internă și exprimarea externă a furiei, precum și controlul furiei. La persoanele cu psihoze, STAXI-2 se utilizează cu precădere în cadrul intervențiilor psihologice ce vizează managementul furiei și agresivității sau în cazurile de delincvență.

35.5. Evaluarea la copii și adolescenți

Conceptualizarea curentă a schizofreniei la copii și adolescenți este diferită față de cea care a dominat cea mai mare parte a secolului XX. Până la începutul anilor '70 acest diagnostic era atribuit copiilor care astăzi ar fi diagnosticați cu o tulburare de spectru autist. Relevante în acest sens au fost studiile lui Kolvin (Kolvin, 1971 ; Kolvin *et al.*, 1971) care au făcut distincția dintre cele două categorii de diagnostic la copii în baza debutului mai timpuriu al simptomelor specifice autismului față de debutul mai întârziat al unei psihoze similare schizofreniei. Încă de la publicarea Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale – ediția a III-a (DSM-III) (APA, 1980) – și a ICD-9 (World Health Organization, 1975), diagnosticul separat de schizofrenie la copii a fost eliminat și aceleași criterii de diagnostic au fost aplicate pentru toate vârstele. În prezent, DSM-5 menține aceeași abordare cu mențiunea creșterii dificultății stabilirii unui diagnostic clar.

Dacă în cazul adolescenților criteriile de diagnostic pot fi aplicate fără dificultăți, în cazul copiilor de vârstă mai mică aspectele legate de dezvoltarea limbajului, respectiv dezvoltarea cognitivă, pot interfera cu stabilirea unui diagnostic corect (de exemplu, pot influența exprimarea și înțelegerea simptomelor psihotice și a experiențelor subiective, cum ar fi halucinațiile) (Hollis, 2008 ; Röpcke și Eggers, 2005). Copiii cu o dezvoltare normală și imaginație bogată pot de multe ori să evalueze propriile gânduri ca evenimente reale și să susțină cu putere că un anumit gând al lor sau chiar vis s-a petrecut în realitate – fapt ce ar putea fi considerat ca halucinație sau idee delirantă și care poate face stabilirea unui diagnostic mai dificilă. Un alt aspect care trebuie luat în calcul este faptul că simptomele psihotice izolate (de obicei halucinații auditive), fără o afectare a funcționării individului asociată, sunt prezente la 6% dintre cei cu vârsta de 11 ani din populația generală. Acestea trebuie însă diferențiate de un diagnostic de psihoză sau

schizofrenie, care apare foarte rar la copii înainte de vârsta pubertății (Horwood *et al.*, 2008 ; NICE, 2013).

Un aspect comun al schizofreniei la copii îl constituie debutul insidios, ce poate dura de la 6 luni până la 1 an (Werry *et al.*, 1994). Această perioadă este asociată cu probleme de concentrare și memorie, apatie, experiențe perceptive bizare, comportamente și idei neobișnuite, afectarea comunicării, retragere socială, pierderea interesului față de activitățile zilnice și deteriorarea performanței școlare (NICE, 2013). De obicei acestei perioade îi urmează un episod activ, dominat de simptome pozitive (halucinații și idei delirante) și alterarea comportamentului. În acest moment sunt în mod particular relevante agitația și distresul pe care copilul sau adolescentul le trăiește ca parte a răspunsului la experiențele perceptuale anormale ce pot apărea la debutul episodului activ. Aceste experiențe pot fi percepute ca înfricoșătoare și pot genera o stare de confuzie și distres.

În ceea ce privește diagnosticul diferențial, mai ales în cazul copiilor de vârstă mai mică, o atenție deosebită trebuie acordată diferențierii simptomelor psihotice ce apar în spectrul de tulburări psihotice, care include schizofrenia cu debut în copilărie (≤ 12 ani), tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă și tulburarea delirantă, de simptomele psihotice și nonpsihotice ce apar în cadrul tulburărilor afective sau anxioase. În ceea ce privește schizofrenia cu debut în copilărie, vorbim despre idei delirante mai puțin sistematizate decât în cazul adulților și de o incidență mai scăzută a simptomelor catatonice, în timp ce halucinațiile, afectarea gândirii și a dispoziției pot fi prezente.

În cazul tulburării bipolare cu debut în adolescență, simptomele psihotice sunt de obicei motivul prezentării la medic după care parcursul ciclic este similar celui întâlnit în cazul adulților (Strober *et al.*, 1995). Grandiozitatea specifică acestei tulburări poate să apară la copiii care nu au ajuns încă la pubertate sub forma unui comportament opoziționist sever, iar stările euforice sau de iritabilitate pot să aibă manifestări similare alterării gândirii (Courvoisie, Labellarte și Riddle, 2001). În ceea ce privește afectarea relațiilor interpersonale, copiii cu tulburare bipolară nu prezintă același grad de retragere socială sau absență a stabilirii de conexiuni cu ceilalți pe care îl întâlnim la copiii cu schizofrenie (Courvoisie *et al.*, 2001).

Apariția elementelor psihotice pe fondul unei depresii deja existente este asociată cu diagnosticarea ulterioară a tulburării bipolare în 50 până la 60% din cazuri și cu creșterea riscului de suicid (Birmaher *et al.*, 1996a, 1996b). Copiii ce au un diagnostic de depresie cu elemente psihotice pot prezenta și o scădere a fluxului ideativ, alături de retragere socială. În timp ce în cazul episodului afectiv modificarea dispoziției dispăre odată cu încheierea acestuia, în schizofrenie simptomele negative pot să nu se reducă odată cu încheierea episodului psihotic (Birmaher *et al.*, 1996a, 1996b ; Courvoisie *et al.*, 2001).

Evaluarea copilului sau adolescentului trebuie să abordeze starea psihică, fizică și istoricul detaliat al dezvoltării, cu accent pe funcționarea premorbidă (Hollis, 2008). Disfuncționalitățile anterioare debutului sunt mai frecvente decât în cazul adulților cu schizofrenie sau alte psihoze cu debut în copilărie sau adolescență (Carr, 1999 ; Hollis, 2003) și sunt asociate cu simptome negative (Hollis, 2003) și posibil un prognostic mai rezervat (Hollis, 2000 ; Vyas *et al.*, 2007).

35.6. Interviu structurat

Interviul Clinic Structurat Pentru Tulburările Clinice Ale Sugarului, Copilului Și Adolescentului (KID-SCID) (Hien *et al.*, 1994) este un interviu clinic ce necesită administrarea de către un clinician cu experiență și se bazează pe informații primite de la părinte și copil/adolescent, alături de judecata clinică, pentru stabilirea unui diagnostic psihiatric. A fost construit după varianta pentru adulți a Interviului Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM-IV (SCID-I) (First *et al.*, 1997) și adaptat în ceea ce privește câteva aspecte, după cum urmează :

- 1) au fost adăugate module pentru tulburările specifice copilăriei – Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, Tulburarea opoziționismului provocator și Tulburarea de conduită ;
- 2) au fost introduse, ca modalitate de lucru, interviuri clinice separate cu adolescenții și, respectiv, părinții acestora.

Având în vedere publicarea DSM-5 (APA, 2013), este important de menționat faptul că, deși au fost făcute o serie de modificări ce vizează atât introducerea unor noi tulburări, cât și schimbarea unor criterii de diagnostic, KID-SCID rămâne un instrument de încredere pentru stabilirea de diagnostice viabile (Roelofs *et al.*, 2015). Aplicarea întregului interviu durează aproximativ 90 de minute.

Interviul pentru Tulburări afective și Schizofrenie pentru copii de vârstă școlară – versiunea pentru starea prezentă și istoricul general (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime, Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version – K-SADS-PL) (Ambrosini, 2000 ; Kaufman *et al.*, 1997 ; Lauth *et al.*, 2010) reprezintă „standardul de aur” în evaluarea psihiatrică a psihozei la copii și adolescenți. K-SADS-PL, disponibil în varianta pentru DSM-5 (Kaufman *et al.*, 2016), este un interviu structurat pentru diagnostic, construit pentru evaluarea tulburărilor psihiatrice la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 6 și 17 ani. Aplicarea acestuia necesită formare prealabilă și este administrat atât părinților, cât și copiilor sau adolescenților, separat, de către un clinician. K-SADS-PL conține un interviu introductiv clinic și demografic cu o durată de 10 până la 15 minute, urmat de itemi de *screening* pentru episoade de psihopatologie curente, respectiv episoade de psihopatologie trecute (de intensitate clinică). Cinci module suplimentare de diagnostic sunt disponibile pentru :

- 1) tulburările afective ;
- 2) spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice ;
- 3) tulburări de anxietate, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburări legate de traumă ;
- 4) tulburări de neurodezvoltare, disruptive și de comportament ;
- 5) tulburări de comportament alimentar și consum de substanțe.

Pentru fiecare item al interviului de *screening*, respectiv modulele de diagnostic suplimentare, clinicianul introduce scoruri separate pentru părinte și copil, de la 0 la 3, pentru cele două ancore temporale : stare prezentă și episoade de psihopatologie trecute, de intensitate clinică. După încheierea celor două interviuri, clinicianul verifică informațiile

obținute prin *screening* și, în urma aplicării modulelor de diagnostic, are o întâlnire cu părinții și copilul sau adolescentul aflat în evaluare pentru rezolvarea neconcordanțelor și adaugă evaluării două scoruri de sumarizare. Fișele finale de sumarizare a evaluării încheie interviul clinic prin compararea informațiilor adunate cu criteriile de diagnostic expuse în DSM-5. În ansamblu, aplicarea K-SADS-PL durează între 2 și 3 ore (75-90 de minute pentru părinte, respectiv copil sau adolescent).

35.7. Scale de evaluare clinică

Odată ce un diagnostic este stabilit, scalele sunt utile în monitorizarea evoluției simptomatologiei psihotice, pe parcursul tratamentului, dar și după încheierea acestuia. Dintre scalele relevante pentru populația pediatrică, putem menționa *Scala de evaluare a depresiei pentru copii (Child Depression Rating Scale, CDRS)* (Mokros *et al.*, 1987) și versiunea pentru copii a *Scalei de Simptome Negative și Pozitive ale Schizofreniei (Kiddie Version of the Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia, K-PANSS)* (Fields *et al.*, 1994).

35.8. Instrumente de autoevaluare

Chestionarele de anxietate și depresie Beck ce fac parte din *Bateria de teste Beck pentru evaluarea afectării emoționale și sociale a copiilor (Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment, BYI)* (Beck, Beck și Jolly, 2001) pot fi folosite ca instrumente adiacente în stabilirea gradului de afectare a funcționalității copiilor sau adolescenților cu manifestări psihotice. Ambele au un număr de 20 de itemi și pot fi aplicate fiecare în 5-10 minute. *Chestionarul de anxietate Beck pentru copii (Beck Anxiety Inventory for Youth)* măsoară îngrijorări legate de performanța școlară, viitor, reacțiile negative ale celor din jur, temeri incluzând pierderea controlului și simptome fiziologice asociate cu anxietatea. *Chestionarul de depresie Beck pentru copii (Beck Depression Inventory for Youth)* măsoară dificultăți emoționale și sociale care ar putea afecta abilitatea unui copil de a funcționa în context școlar, incluzând itemi ce se referă la probleme de somn, gânduri negative despre sine, viață și viitor, sentimente de vină și tristețe.

Bibliografie

- Ambrosini, P.J. (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49-58 ; <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00016>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) : conceptual and theoretical foundations. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 7, 49-58.

- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, J., Beck, A.T., Jolly, J. (2001). *Manual for the Beck Youth Inventories of emotional and social adjustment*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J. (1996a). Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1575-1583 ; <https://doi.org/10.1097/00004583-199612000-00008>.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E. et al. (1996b). Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439 ; <https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00011>.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology : A Contextual Approach*. London : Routledge.
- Cosman, D. (2010). *Psihologie medicală*. Iași : Editura Polirom.
- Courvoisie, H., Labellarte, M.J., Riddle, M.A. (2001). Psychosis in children : diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(2), 79-92.
- Derogatis, L.R., Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory : an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605 ; <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>.
- Fields, J.H., Grochowski, S., Lindenmayer, J.P., Kay, S.R., Grosz, D., Hyman, R.B., Alexander, G. (1994). Assessing positive and negative symptoms in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 151(2), 249-253 ; <https://doi.org/10.1176/ajp.151.2.249>.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, R.L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Guy, W., National Institute of Mental Health (U.S.). Psychopharmacology Research Branch. Division of Extramural Research Programs (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, Md. : U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs ; <http://archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw>.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hien, D., Matzner, F.J., First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV-child edition (version 1.0)*. New York, NY : Columbia University Press.
- Hollis, C. (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia : diagnostic stability and predictive validity. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1652-1659 ; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1652>.
- Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses : diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 37-44 ; <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.37>.
- Hollis, C. (2008). Schizophrenia and allied disorders. In M. Rutter et al. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed., pp. 737-758). London : Blackwell Publishing.

- Horwood, J., Salvi, G., Thomas, K., Duffy, L., Gunnell, D., Hollis, C. *et al.* (2008). IQ and non-clinical psychotic symptoms in 12-year-olds: results from the ALSPAC birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 193(3), 185-191; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051904>.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D., Perepletchikova, F., Brent, D., Ryan, N. (2016). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version – K-SADS-PL; <http://www.pediatricbipolar.pitt.edu/content.asp?id=2333#3310>.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. *et al.* (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988; <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kolvin, I. (1971). Studies in the Childhood Psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 118(545), 381-384; <https://doi.org/10.1192/bjp.118.545.381>.
- Kolvin, I., Ounsted, C., Humphrey, M., McNay, A. (1971). Studies in the childhood psychoses. II. The phenomenology of childhood psychoses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 118(545), 385-395.
- Lauth, B., Arnkelsson, G.B., Magnússon, P., Skarphéðinsson, G.Á., Ferrari, P., Pétursson, H. (2010). Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 409-420; <https://doi.org/10.3109/08039481003777484>.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K., Ventura, J., Liberman, R., Shaner, A., Green, M. (1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded version (4.0) scales, anchor points and administration manual. *International Journal of Methods in Psychiatric*, 3, 227-244.
- Marshall, M., Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, John Wiley & Sons, Ltd; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3>.
- Mokros, H.B., Poznanski, E., Grossman, J.A., Freeman, L.N. (1987). A Companion of Child and Parent Ratings of Depression for Normal and Clinically Referred Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 613-624; <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1987.tb00227.x>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people*. British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists; <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG155>.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812; <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99.
- Roelofs, J., Muris, P., Braet, C., Arntz, A., Beelen, I. (2015). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): first psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(3), 367-375; <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0477-z>.
- Röpcke, B., Eggers, C. (2005). Early-onset schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(6), 341-350; <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0483-6>.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. *et al.* (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Spielberger, C.D., Sydeman, S.J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M.E. Marnish, *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., DeAntonio, M. (1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness : a five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 724-731 ; <https://doi.org/10.1097/00004583-199506000-00012>.
- Ustun, T.B., World Health Organization (2010). *Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva : World Health Organization ; <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.
- Vyas, N.S., Hadjulis, M., Vourdas, A., Byrne, P., Frangou, S. (2007). The Maudsley early onset schizophrenia study. Predictors of psychosocial outcome at 4-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(7), 465-470 ; <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0621-4>.
- Werry, J.S., McClellan, J.M., Andrews, L.K., Ham, M. (1994). Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(4), 619-630.
- World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (The) : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Royal College of Psychiatrists.
- NICE (f.d.) [CorporatePage]. Retrieved June 13, 2017, from <https://www.nice.org.uk/guidance?ta138&unlid=10221847092015103193910>.

36. Evaluarea psihologică a persoanelor vârstnice

Ovidiu Gavrilovici

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Aliona Dronic

Psiterra

Ioana Dana Alexa

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași

Rezumat

În contextul solicitării unei expertize profesionale pentru evaluarea seniorilor, psihologii clinicieni adaptează cunoașterea și practica de evaluare a copiilor, adolescenților și adulților la această categorie de vârstă. Un aspect important este conștientizarea efectelor *bias*-urilor culturale, pe lângă elementele centrale care țin de calitatea datelor normative și calitățile psihometrice ale instrumentelor utilizate. În ce privește dezvoltarea serviciilor și studiului multi-disciplinar al celor de vârste înaintate apar noi provocări pentru evaluarea psihologică datorate apariției unor noi coneepte sau constructe, care ridică probleme de evaluabilitate, precum fragilitatea, reziliența sau îmbătrânirea de succes. Autorii descriu și posibilitatea îmbogățirii evantaiului metodologic evaluativ cu aplicații narative care permit aprecieri locale, personalizate ale identității narative a celor implicați. Sunt descrise contexte specifice ale evaluării clinice – etape ale procesului de evaluare, componente ale evaluării, modalități de raportare, evaluarea principalelor acuze psihologice – depresia, anxietatea –, precum și elemente ale evaluării psihologice în contextul psihogerontologiei, psihiatriei, medicinei legale și al *screeningului* pentru situații de abuz ale seniorilor.

Evaluarea psihologică a vârstnicului este condiționată de specificul transformărilor seniorilor datorate vârstei înaintate și prezenței comorbidităților. De asemenea, evaluarea psihologică se realizează întotdeauna într-un context anume în care rezultatul este cerut în virtutea unei necesități profesionale și este încadrat într-un set de norme profesionale. Astfel, evaluarea psihologică a vârstnicului poate fi realizată în contextul solicitării unei expertize de specialitate către psihologul clinician dintr-un serviciu de asistență medicală în ambulator – privat sau public –, la recomandarea medicului de familie sau la solicitarea

persoanei în cauză sau a referirii din partea unui membru al familiei. O altă situație este aceea a evaluării psihologice în contextul comorbidităților medicale cu ecou psihologic sau psihosomatic, în clinicile medicale spitalicești sau în ambulator.

Knigh și Pachana (2015) prezintă evaluarea psihologică a seniorilor ca fiind în mare măsură analogică și transferabilă evaluării psihologice a adulților, însă țin să sublinieze prezența crescândă, cu vârsta, a problemelor neurologice – în special de tipul demențelor – și a comorbidităților medicale și riscul de a fi afectat de stereotipurile de vârstă în calitate de evaluator. Edelstein, Martin și Koven (2003) atrag atenția asupra ignorării importanței și influenței acestor *bias*-uri care țin de vârstă și aspectele culturale capabile să conducă la „coruperea, contaminarea și invalidarea întregului proces al evaluării” psihologice.

Mai mult, adaptarea evaluării psihologice la specificul persoanei evaluate ține de mai multe aspecte decât cele legate doar de vârstă. Astfel, în selecția instrumentelor de evaluare a seniorilor se ține cont de aceleași principii care guvernează și alegerea instrumentelor pentru alte categorii de vârstă, având în vedere calitatea datelor normative și calitățile psihometrice ale instrumentelor, în primul rând. În situațiile evaluărilor complexe, în prezența multiplelor comorbidități, Knigh și Pachana indică importanța structurării evaluării neuropsihologice, importanța prezentării feedbackului către cei implicați (seniorul, membrii de familie ai acestuia, referentului – medic de familie sau alt medic specialist, coleg psiholog sau asistent social etc.).

Evaluarea psihologică este direct legată de întrebarea care guvernează evaluarea, scopul acesteia, condiționat de contextul specific al evaluării. De exemplu, în contextele medicale, evaluarea psihologică a vârstnicilor tinde să se ralieze modelului biomedical în care se explorează disfuncțiile și deviațiile de la funcționarea considerată „normală”, definită populațional și adaptată regional, pe grupe de vârste, pe categorii sociodemografice și pe tipuri de morbidități.

În aceste perspective evaluarea poate fi realizată prin autoraportări, prin observație, sau pe baza răspunsurilor unor persoane-cheie (informatori) (Burns, Lawlor și Craig, 2002). Autorii indică preferința pentru o metodă sau un instrument în funcție de combinația dintre „familiaritatea utilizatorului cu instrumentul respectiv, timpul avut la dispoziție, precum și prezența și disponibilitatea unui informator” (p. 161).

Mai recent, schimbarea paradigmei asistenței medicale, prin adăugarea modelelor preventive, pozitive, în îngrijirile de sănătate, a permis dezvoltarea unor abordări și constructe noi, care se distanțează de conceptualizarea tradițională, căutând să descrie complementar alte aspecte ale devenirii, prin trecerea prin vârste. Astfel, fragilitatea, reziliența și îmbătrânirea de succes (*successful aging*) au devenit ținte noi ale evaluării vârstnicilor, atât în designuri de evaluare calitativă, cât și cantitativă și mixte.

Este un fapt curent că perspectivele multi-disciplinare capabile să conecteze direct, imediat, practica devin o prioritate. În această privință, cea mai recentă revistă de specialitate, *Innovation in Aging*, apare ca un spațiu deschis „oportunităților de optimizare a sănătății, stării de bine și productivității din perspectiva cursului vieții” (Sands, Suitor și Albert, 2017, p. 1).

36.1. Abordarea narativă în evaluarea seniorilor

Perspectivile recente ale psihologiei și medicinei narative permit adăugarea unor noi poziționări epistemice și practice în raport cu evaluarea seniorilor. Astfel, țintele evaluării

nu sunt criteriile și standarde (psihologice) ale funcționării în regimuri ale „normalității” statistice, ci permit aprecieri locale personalizate ale identității narative. Astfel, poziția evaluatorului însuși este reinventată, de la expertul care măsoară și compară rezultatele la un set (preferabil standardizat) populațional relevant, la persoana căreia i se împărtășesc aspectele definitorii ale aprecierii vieții, din perspectiva unică a experiențelor de viață ale seniorului. Evaluarea psihologică narativă aduce astfel o nouă posibilitate a „împărtășirii” experiențelor și a semnificațiilor derivate din acestea. Evaluarea narativă are ca obiectiv identificarea perspectivelor identitare preferate ale persoanelor care intră în interacțiune. Evaluarea narativă presupune așadar o relație aparte, care permite colaborarea în identificarea și punerea „în circulație” a sensurilor acceptabile, dignifiante ale experiențelor de viață ale seniorilor respectivi.

Fiind poziționată epistemic în social-construcționism, evaluarea psihologică narativă este colaborativă, iar persoana senior este agent în propriul proces de apreciere derulat prin metode conversaționale (ghidate de principii, metode și practici narative). Evaluarea realizată narativ ajunge să descrie și să autentifice descrieri (narațiuni) onorante, care pot să ghideze viața și acțiunile ulterioare ale seniorilor, în acord cu preferințele, speranțele, dezideratele acestora. În acest fel, rezultatul evaluării psihologice narative este împărtășit, este mai aproape de ceea ce ar putea fi denumit „cocercetare” (Epston, 2014) și este un produs al interacțiunii dintre psihologul narativist și seniorul participant la acest proces.

Rezultatul evaluării psihologice narative ajunge să informeze, în interacțiunea conversațională realizată, nu doar evaluatorul narativist, ci, în același timp, promotorul descrierilor onorante despre propria experiență și a concluziilor și semnificațiilor acordate acesteia (seniorul) și toți cei care sunt invitați să se ralieze la descrierile care ajung să fie, astfel, puse „în circulație” (medicul de familie, medicul specialist, membri de familie, prieteni, persoane relevante din anturajul prezent al seniorului, dar și persoane care sunt identificate în timpul evaluării narative ca fiind influente prin contribuții remarcabile la identitatea preferată descrisă).

De exemplu, îmbătrânirea de succes (*successful aging*) este definită subiectiv (contextual personal și cultural) și nu poate fi studiată utilizând măsurători obiective (cantitative) (Romo *et al.*, 2012). Îmbătrânirea de succes nu este descrisă de niveluri ale funcționării fizice. Acceptarea restricțiilor definite de vârstă sau de suferințele asociate conduce la recadrarea și redefinirea situațiilor de viață, resemnificând astfel experiențele seniorilor. Radu Vraști (2017) descrie conceptul de bătrânețe de succes drept „un concept ateoretic, care privește bătrânețea în funcție de calitatea ei, respectiv în funcție de sănătate, funcționare/capacitate și participare” (pp. 78-79).

Evaluarea narativă a seniorilor ar urmări abilitatea acestora și a interacțiunilor meritorii care susțin posibilități pentru resemnificarea dignifiantă a experiențelor de viață în contextul devenirii, la vârste înaintate, prin pasaje de deteriorare funcțională (inclusiv psihologică), până la moarte. Semnificațiile onorante generate, puse în circulație în relațiile actuale și prin acțiunile realizate pot transcende experiențele de pierdere, suferință și diminuare a posibilităților de expresie umanizante. Evaluarea narativă ar avea, astfel, o caracteristică centrală, de recuperare-împărtășire și regenerare axiologică a celor implicați, o platformă pentru acțiune etică. În acest proces, reumanizarea implică pe toți participanții, inclusiv cei care sunt în poziții (formale) de evaluatori.

36.2. Contexte specifice ale evaluării clinice

Procesul de evaluare psihologică a seniorilor urmează logic etapele cunoscute : conceptualizarea cazului, selecția metodelor și instrumentelor de evaluare, administrarea instrumentelor, interpretarea rezultatelor, adaptarea și transmiterea feedbackului către cei implicați, realizarea unui raport formal (în funcție de specificul contextului profesional în care se face evaluarea) și transmiterea unor scrisori profesionale altor profesioniști implicați în îngrijire și monitorizare (Knight și Pachana, 2015, p. 20).

Evaluarea psihologică are în centru aspecte problematice care conduc la descrierea unui obiectiv al evaluării ce include simptomatologia, frecvența și durata – simptome care pot fi observate clinic prin observație sau identificate prin interviul clinic și prin utilizarea altor metode de investigație, frecvența și trendul sau fluctuația manifestărilor simptomatice, precum și durata manifestării. Aceste componente ale evaluării clinice devin bază pentru designul intervențiilor ulterioare și pentru comunicarea profesională cu persoanele și profesioniștii implicați.

În funcție de contextul evaluării, clinicianul psiholog poate folosi modele tipizate de raport al evaluării sau poate fi în situația de a crea propriile formate de raport de evaluare. În situația unor formate tipizate, practica de calitate sugerează completarea tuturor câmpurilor existente, chiar dacă informația nu este disponibilă pentru moment, indicându-se explicit „informație indisponibilă în acest moment” sau „nu este relevant”. Este indicat, de asemenea, completarea informațiilor cu însemnări clinice calitative ori de câte ori este necesar.

Knight și Pachana (2015) descriu principalele teme ale evaluării psihologice a vârstnicilor în funcție de cele mai frecvente probleme : depresia, anxietatea, demența, aspectele psihologice cu afectare somatică relevante în anumite suferințe medicale, folosirea incorectă și abuzul de substanțe (inclusiv automedicație), probleme cu somnul, psihoze și tulburări bipolare, probleme de personalitate.

Diagnosticul psihologic al celor mai frecvente tulburări – demență, depresie, delir – și studiul afectării în plan cognitiv, afectiv, social sunt printre cele mai răspândite practici de psihologie clinică. Majoritatea studiilor asupra seniorilor se concentrează asupra evaluării depresiei (Bufka, Crawford și Levitt, 2002). Cele mai frecvent folosite scale care evaluează nivelul depresiei se adresează *screeningului*, severității, trendurilor și sunt bazate pe autoraportare.

Una din scalele de referință este Scala de depresie geriatrică (*Geriatric depression scale GDS*) (Yesavage *et al.*, 1982 ; Rosen și Reuben, 2011). Alte scale utilizate pe larg în evaluarea seniorilor țin de afectarea cognitivă, schimbări comportamentale și afective, probleme ale memoriei. În contextele unor tulburări degenerative, seniorilor li se pot evalua funcționarea în activitățile cotidiene, profilul deficitelor cognitive, identificarea etapelor demenței, precum și variate scale de evaluare a calității vieții – fie scale generice, fie scale adaptate unor probleme de sănătate prevalente (Burns, Lawlor și Craig, 2002).

36.3. Psihogerontologia

Un context aparte în care se aplică principiile, metode și practici ale evaluării psihologice a vâstnicilor este cel al psihogerontologiei. Aceasta este încadrată în evaluarea geriatrică,

definită drept „abordare interdisciplinară care vizează estimarea medicală și psihosocială a pacientului, stabilirea unui diagnostic corect și identificarea strategiilor adecvate pentru prevenție, tratament și reabilitare” (Spiru, 2011, p. 1). În acest fel, evaluarea psihologică reprezintă una din fațetele procesului multi-dimensional al evaluării geriatrice (pe lângă componentele medicale – clinice, funcționale, paraclinice, imagistice), incluzând evaluarea psihocognitivă și mintală.

Gerontopsihologia este una din ramurile psihologiei clinice cu influențe din partea psihologiei sănătății, a dezvoltării, geriatriei și sociologiei sănătății. Un domeniu caracterizat prin abordări multi-disciplinare, studiul vârstei a treia primește input din partea mai multor discipline – medicină, psihologie, sociologie sau antropologie. Psihogerontologia este văzută ca un compendium de specialități psihologice („psihologia vârstelor, neuropsihologie, psihologia clinică, psihodiagnostic, psihopatologie, psihologie diferențială, psihologia experimentală”) și specialități din alte științe ca „biologia, medicina, neurofiziologia, genetica, sociologia, etica, filozofia, antropologia, gerontologia” (Drăghici, 2016, p. 6). Unul din constructele relevante de factură multi-disciplinară a apărut cu mai bine de 50 de ani în urmă, „îmbătrânirea de succes” (*successful aging*) (Havinghurst, 1961, în Auer și Gatterer, 2012).

Evaluarea geriatrică este realizată prin utilizarea unor scale de evaluare specifice unor grupe de vârstă cu începere de la 50 de ani, cu scopul stabilirii unui diagnostic corect de vârstă, ținând cont de patologia subiectului evaluat (Spiru, 2011). În cadrul evaluării geriatrice, în România, se includ :

- Minievaluarea stării mintale (MMSE), Folstein și Groupe de Recherche sur les Evaluations Cognitives ;
- Scala Depresiei Geriatrice Yesavage (GDS) – forma prescurtată pentru detectarea simptomelor depresive.

36.4. Evaluarea psihologică în psihiatrie

Wolber prezintă încă din 1980 evaluarea psihologică a seniorilor care prezintă suferințe psihiatrice în evaluarea geriatrică. Burns, Lawlor și Craig (2002) trec în revistă scalele de evaluare psihologică a seniorilor utilizate în arealul psihiatric fără să indice o ierarhie a acestora : „deși există multe scale disponibile, alegerea unei scale anume se bazează specific pe întrebarea care se pune. Nu există o scală ideală” (p. 161). Compendiumul de scale descris de autorii americani este împărțit pe cinci domenii de investigare psihiatrică relevante : dispoziție, comportament, funcționare, cogniție, calitatea vieții și povara îngrijirii. Calitatea evaluării depinde și de tipul informațiilor colectate, aspectele subiective fiind dependente de posibilitatea cooperării seniorilor și de capacitatea de a înțelege instrucțiunile primite din partea evaluatorilor ; metodele evaluative bazate pe observație pot suferi din pricina „eșantionului”, uneori nerelevant, de experiențe cu persoana evaluată și supus părtinirii și influențelor subiective ale respondenților, alții decât seniorul (când se utilizează informatori în evaluare).

36.5. Evaluarea psihologică în medicina legală psihiatrică

În expertiza medico-legală psihiatrică, o componentă o reprezintă examenul psihologic care cuprinde, de regulă, aprecieri clinice bazate pe observație și interviu clinic, precum și utilizarea unor metode și instrumente de evaluare cu privire la structura personalității, probe proiective, aprecierea coeficientului de inteligență, teste de evaluare a disfuncțiilor cognitive (de exemplu, MMSE) etc. În practica americană, Grupul de lucru al American Bar Association și American Psychological Association promovează din 2008 nouă elemente care conduc la aprecierea capacității, plecând de la identificarea standardului legal aplicabil, identificarea și evaluarea elementelor funcționale constitutive ale capacității, determinarea diagnosticurilor medicale și psihiatrice relevante pentru declararea incapacității, evaluarea funcționării cognitive, aprecierea factorilor psihiatrici și emoționali, identificarea profilului axiologic, identificarea riscurilor asociate situației persoanei evaluate, luarea în considerare a măsurilor de creștere a capacității și, în final, realizarea unei concluzii cu privire la capacitatea persoanei (ABA, APA, 2008, p. 7). Rolul psihologului este important în fazele de preevaluare a capacității unei persoane. Din datele preliminare (înainte de întâlnirea cu seniorul evaluat) psihologul poate să determine care este arealul funcțional afectat relevant situației subiectului – în această etapă sunt relevante aspecte medicale, legale și clinice pe care psihologul trebuie să le ia în considerație. În etapa aceasta de planificare în vederea evaluării capacității, clinicianul va selecta sursele de date relevante pentru a putea realiza investigația (dacă capacitatea este în mare măsură legată de aspecte decizionale, se va pune accent pe aspecte neurocognitive, memorie, funcții executive, capacitatea de a realiza raționamente) (ABA, APA, 2008, p. 32).

Un ghid util pentru pregătirea evaluării constă din lista următoare de întrebări (ABA, APA, 2008, p. 32) :

Ce :

Ce tipuri decizionale sau funcționale sunt relevante ?

Ce tipuri de date sunt necesare ?

Sunt calificat pentru acest tip de evaluare ?

Cine :

Cine este clientul ?

Care este mediul în care trăiește seniorul ?

Cine solicită evaluarea ?

Cine este interesat de rezultat (persoană sau organizație) ?

Cine va avea acces la raportul de evaluare ?

Este implicată justiția ?

Când :

Cât de urgentă este solicitarea de evaluare ?

Este o dată limită stabilită ?

Care sunt intervalele relevante de timp care condiționează evaluarea ?

Persoana care va fi evaluată este stabilă din punct de vedere medical ?

Unde :

În ce context sau situație va avea loc evaluarea ?

De ce :

De ce acum ?

Care este istoria cazului ?

O evaluare a capacității ar rezolva problemele ?

36.6. Scale de evaluare rapidă (*screening*) a unor probleme specifice

Identificarea situației de abuz la vârstnici, ca metodă de identificare rapidă, este una din preocupările recente cu adresabilitate în special în aria de acțiune a medicului de familie, dar și în cadrul îngrijirilor geriatrice. Un exemplu este scala EASI – *The Elder Abuse Suspicion Index*, tradus și adaptat în limba română ca Scala Suspiciunii de Abuz pentru Vârstnici (Ilie *et al.*, 2017). Scalele de identificare rapidă permit raportarea imediată a seniorilor care au experiențe de abuz, ce tind să rămână neraportate sau puțin raportate în sistemele de îngrijiri de sănătate și ale celor de asistență socială și comunitară din România.

În Iași, la Clinica de Geriatrie a Spitalului Clinic „Dr. C.I. Parhon” s-a adaptat un protocol de *screening* utilizând EASI (Yaffe *et al.*, 2008) după ce a trecut prin evaluări geriatrice, psihologice și de asistență socială (Dronic, Gavrilovici, și Alexa, 2016, p. 12). Versiunea română a acestei scale este a 7-a traducere și adaptare a scalei din limba engleză (în prezent este tradusă și adaptată în 10 limbi, scala fiind recomandată de Organizația Mondială a Sănătății)¹.

Evaluarea inițială realizată de psiholog în situația suspiciunii de abuz a vârstnicului are drept obiective (Dronic și Gavrilovici, 2016, p. 12) :

- „crearea relației cu persoana vârstnică
- evaluarea impactului emoțional al abuzului
- identificarea tipului de abuz
- identificarea nevoilor specifice ale vârstnicului
- identificarea rețelei de suport social și familial
- colectarea informațiilor despre abuzator
- informarea cu privire la drepturile pe care le are persoana vârstnică
- luarea datelor de contact
- împuternicirea persoanelor vârstnice prin asigurarea că responsabilitatea abuzului nu este a lor, că abuzul nu este acceptabil și că merită să trăiască o viață în demnitate”.

1. <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder>.

36.7. Provocări ale viitorului. Concluzii

Gerontopsihologia, studiul psihologiei vârstnicilor, devine un domeniu din ce în ce mai important, datorită creșterii explozive a populației globale din categoria seniorilor. Pregătirea psihologului clinician în vederea aprecierii statusului cognitiv și al funcționării seniorului pe multiple arii devine crucială. Dincolo de necesitatea adaptării metodelor și instrumentelor pentru evaluarea psihologică a persoanelor aparținând acestei categorii de vârstă, se impune deschiderea pentru modele de evaluare mixte și complexe. În această direcție au fost indicate și piste de evaluare realizate colaborativ în abordări narative.

Într-o lucrare anterioară menționam că, „dacă variatele procese dezumanizatorii din societate, relații și profesii pot ajunge să izoleze, să segreghe și să îndepărteze ceea ce este demn de a fi sărbătorit ca fiind prețios, peren, în umanitate, acest ghid se dorește a fi un semnal de atenționare cu privire la responsabilitatea fiecăruia dintre noi de a participa la procese de reumanizare individuale, interacționale, instituționale, publice și private” (Gavrilocici și Alexa, 2016, p. 69). În același spirit, responsabilitatea profesională a psihologului evaluator este, poate, cu atât mai mare în privința gradului în care procesele de evaluare psihologică ajung să contribuie la crearea de sens, la umanizarea relațiilor cu persoanele din evaluare și/sau asistență, a relațiilor interprofesionale și, în general, la mesajul profesional pe care îl transmitem, direct sau indirect, societății.

Bibliografie

- Auer, S.R., Gatterer, G. (2012). Gerontopsychology in Austria. A rapidly growing field for clinical psychologists. *Journal of Clinical Gerontopsychology*, 25(3), 155-159.
- ABA, APA (2008). *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists*. Washington DC: American Bar Association & American Psychological Association.
- Bufka, F.L., Crawford, J.I., Levitt, J.T. (2002). Brief screening assessments for managed care and primary care. In M.M. Antony & D.H. Barlow (Eds.), *Assessment and treatment planning for psychological disorder* (pp. 38-66). NY: The Guilford Press.
- Burke, W.J., Houston, M.J., Boust, S.J. et al. (1989) Use of the Geriatric Depression in dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 856-860.
- Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 161-167.
- Cockrell, J.R., Folstein, M.F. (1988). Mini Mental State Examination (MMSE). *Psychopharmacology*, 24, 689-692.
- Davidson, A., Vaillant, G. (2016). Positive clinical gerontology: integrating „positive” and „negative” perspectives on aging. In A.M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* (pp. 167-180). NY: John Wiley & Sons.
- Drăghici, R. (2016). Îmbătrânirea psihologică. *Geriatric și Gerontologie*. Medical Market, 2016-2017, 6-10.
- Dronic, A., Gavrilocici, O. (2016). *Broșura de diseminare a rezultatelor proiectului „Refuz să mai suport abuzul în tăcere”*. Iași: Psiterra.
- Dronic, A., Gavrilocici, O., Alexa, I.D. (2016). Abuzul psihologic și emoțional la vârstnici. *Geriatric și Gerontologie*. Medical Market, 2016-2017, 12-14.
- Dronic, A., Gavrilocici, O., Cazacu, E., Neculau, M.C., Cojocar, L., Necula, M.R. (2016). Life Experiences of Abused Elderly in Geriatric Care in Iasi, Romania. A Qualitative Study. *Revista Românească pentru Educație Multidimensională*, 8(1), 69-90.

- Edelstein, B.A., Martin, R.R., Koven, L.P. (2003). Psychological Assessment in Geriatric Settings. In *Handbook of Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.
- Epston, D. (2014). Ethnography, Co-research and Insider Knowledges. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35, 105-109.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State : A practical method for grading the state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gavrilovici, O. (2014). Identitatea narativă. În Ș. Boncu & I. Dafinoiu (coord.). *Psihologie socială clinică* (pp. 35-44). Iași : Editura Polirom.
- Gavrilovici, O., Alexa, I.D. (2016). *Să sărbătorim viața ! Broșură de promovare a unei imagini pozitive și demne a persoanelor vârstnice*. Iași : Psiterra.
- Gavrilovici, O., Dronic, A. (2016). „Abordări narative” în îngrijirea pacientului cronic. În D. Muntele Hendreș (coord.), *Optimizarea comportamentului uman în sănătate și boală* (pp. 337-358). Iași : Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.
- Gavrilovici, O., Necula, R., Damian, S.-I. (2016). Open dialogue in Romania in multidisciplinary services for hospitalized abused elderly. In *Central and Eastern European LUMEN Conference Proceedings : New Approaches in Social and Humanistic Sciences* (pp. 225-227). Bologna, Italia : Medimond.
- Ilie, A.C., Pîslaru, A.I., Pancu, A., Gavrilovici, O., Dronic, A., Alexa, I.D. (2017). The psychological abuse of the elderly – a silent factor of cardiac decompensation. *MAEDICA – A Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 119-122.
- Knight, B.G., Pachana, N.A. (2015). *Psychological Assessment and Therapy with Older Adults*. Oxford : Oxford University Press.
- Romo, R.D. *et al.* (2012). Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*, 5(6), 939-949.
- Rosen, S.L., Reuben, D.B. (2011). Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine : A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), 489-497.
- Sands, L.P., Juitor, J.J., Albert, S.M. (2017). Welcome to innovation in aging. *Innovation in Aging*, 1(1), 1-2.
- Spiru, L. (2011). *Ghid practic de utilizare – Evaluarea geriatrică*. Ministerul Sănătății, *Monitorul Oficial* nr. 95 bis (4 februarie 2011).
- Vrasti, R. (2017). *Ajută-te singur să îmbătrânești frumos*. București : ALL.
- Wattis, J., Hindmarch, I. (1988). *Psychological assessment of the elderly* : Churchill Livingstone.
- Wolber, G. (1980). A Practical Approach to the Psychological Evaluation of Elderly Patients. *Perceptual and Motor Skills*, 51(2), 499-505.
- Yaffe, M.J., Wolfson, C., Lithwick, M., Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve psysician identification of elder abuse : the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*, 20(3), 276-300.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.

Partea a V-a

Alte cadre ale evaluării psihologice

37. Evaluarea psihologică în domeniul transporturilor

Grigore M. Havârneanu

Union internationale des chemins de fer, Paris

Corneliu E. Havârneanu

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Evaluarea psihologică joacă un rol esențial în domeniul transporturilor, având ca scop general îmbunătățirea siguranței traficului prin reducerea numărului de accidente provocate. Acest capitol prezintă două direcții importante și complementare în evaluarea psihologică a conducătorilor auto, abordate din perspectiva psihologului clinician : evaluarea performanței la volan și evaluarea comportamentului în trafic. În prima parte a capitolului discutăm despre evaluarea abilităților de conducere care determină nivelul performanței conducătorului auto. Analizăm această temă prin referire la perioada de formare inițială pentru obținerea permisului de conducere, dar și după eventuala deteriorare a unor funcții psihice sau în alte condiții speciale care necesită reevaluări. A doua parte a capitolului se concentrează pe evaluarea comportamentelor șoferilor, prezentând o serie de scale de evaluare care au fost adaptate în România : chestionarul comportamentului în trafic, instrumente pentru măsurarea agresivității în trafic, precum și inventarul multi-dimensional al stilurilor de conducere. Aceste instrumente pot fi utile în diagnoza stilurilor comportamentale neadaptate și în evaluarea eficienței programelor de consiliere și intervenție menite să le corecteze. Apoi, o parte însemnată a capitolului abordează evaluarea percepției și asumării riscului atât indirect, prin intermediul unor factori de personalitate (căutarea senzațiilor și impulsivitatea, stresul conducătorului auto și „locul controlului” în trafic ca măsură a stilului de atribuire), cât și direct, prin instrumente dedicate. În final, discutăm despre evaluarea postincident, atunci când indivizii implicați în evenimente cu potențial traumatic sunt vulnerabili să dezvolte stres posttraumatic. În ansamblu, capitolul oferă o sinteză de repere teoretice și exemple de instrumente de evaluare utile psihologilor clinicieni preocupați de optimizarea performanței și a comportamentului conducătorului auto și de asistența personalului din domeniul transporturilor.

37.1. Introducere

Examinarea psihologică a personalului din domeniul transporturilor are originile în SUA în 1910, când H. Münsterberg de la Universitatea Harvard a folosit pentru selecția

conducătorilor de tramvai probe specifice prin care se vizau aprecierea vitezei vehiculelor și mobilitatea atenției. Această practică a pătruns în Europa în 1917 prin W. Stern și K. Tramm și în 1918 prin P.W. Gerhardt, care au folosit pentru selecția vatmanilor și a șoferilor teste de observație, atenție și judecată. Lahy, în 1921, aplica la Paris metodele lui Toulouse pentru examinarea conducătorilor de tramvai. În România, în 1926, în cadrul serviciului medical al societății de tramvaie București, s-a înființat laboratorul psihotehnic pentru testarea conducătorilor de tramvaie. Orientarea spre examinarea psihologică a vatmanilor și șoferilor a fost extinsă ulterior și în domeniul transporturilor feroviare și aeriene. Este lesne de observat orientarea preponderentă a psihologilor spre evidențierea abilităților necesare formării deprinderilor de conducere și evitarea producerii accidentelor în trafic. Totodată se observă o neglijare a aspectelor atitudinale și comportamentale legate de stilul de conducere.

Evans (1991) distinge între performanța și comportamentul conducătorilor auto. Performanța reflectă ceea ce poate să facă conducătorul auto în funcție de abilitățile de care dispune, iar comportamentul se referă la ceea ce face efectiv conducătorul auto și poate fi puternic determinat social și cultural. Cele două dimensiuni sunt fundamental diferite deoarece performanța vizează *abilitățile și erorile umane* în conducere, în timp ce latura comportamentală face referire la factorii care determină un anumit *stil de comportament* la volan.

Aspectele referitoare la performanță (abilități, engl. *skill*) vizează viteza de reacție la stimuli neobișnuiți, atribute ale atenției (stabilitate și mobilitate), estimarea distanțelor și a mișcării, aprecierea vitezei de pornire și frânare, viteza de sesizare a unor eventuale pericole, acuitatea vizuală, vederea nocturnă, vederea cromatică, acuitatea auditivă, localizarea zgomotelor, timpul de reacție bazal și, la alegere, coordonarea mișcărilor manuale și capacitatea de învățare motorie. Dintre aspectele referitoare la stilul comportamental, remarcăm tendința de cunoaștere a nivelului emotivității, calmul și tendința de a se dezorganiza la apariția unor situații neașteptate, perceperea și asumarea riscului, elemente biografice, motivație și interese, atitudini și alte aspecte ale personalității. Tendința actuală este de a deplasa cunoașterea dinspre *skill* spre stil.

Evaluarea psihologică a aspectelor care vizează *skill*-ul sunt importante pentru cunoașterea și monitorizarea performanței la volan, în special în perioada de formare inițială a conducătorului auto sau atunci când anumite funcții psihice sunt deteriorate din cauza vârstei înaintate sau a unor afecțiuni (de exemplu, un accident vascular cerebral). Totodată, evaluarea stilului comportamental devine un deziderat major în scopul creșterii siguranței în trafic, prin investigarea comportamentelor neadaptate și prin măsurarea eficienței intervențiilor corective.

Evidențiem deci două direcții importante și complementare în evaluarea psihologică în domeniul transporturilor : (1) *evaluarea abilităților de conducere* : investigarea aspectelor cognitive, calitățile atenției, percepție, memorie, motricitate etc. și (2) *evaluarea stilului de conducere* : abateri intenționate de la reguli, perceperea și asumarea riscului, atitudini, agresivitate, factori de personalitate asociați cu accidentele din trafic, iluziile conducătorilor auto (*bias*-uri).

37.2. Evaluarea abilităților de conducere auto

Abilitățile de conducere includ atât procesarea informațiilor, cât și abilitățile motorii care ne așteptăm să se îmbunătățească prin formare și acumulare de experiență (Elander *et al.* ,

1993). Potențialitatea individului în procesarea informațiilor și a abilităților motorii are un efect direct asupra progresului în învățare și de formare a competențelor în conducere. Evaluarea capacității conducătorului auto de procesare a informațiilor și capacitatea motrică este importantă pentru siguranța rutieră atunci când unele dintre aceste competențe scad, fie temporar (de exemplu, conducerea în stare de ebrietate) sau permanent (de exemplu, boala Alzheimer).

37.2.1. *Evaluarea nivelului abilităților la începerea programului de formare inițială*

Sarcina de conducere poate fi descrisă ca o activitate calificată, cu mai multe niveluri organizate ierarhic (Summala, 1996). Această ierarhie include nivelul de control (operațional), de manevră (de orientare) și de planificare (navigație). Formarea deprinderilor de conducere se realizează progresiv, într-un ritm propriu specific fiecărei persoane. Acest ritm depinde atât de potențialitățile de care dispune persoana, cât și de factori sociodemografici precum vârsta, genul sau nivelul de școlaritate. La început, toate acțiunile sunt controlate conștient, dar treptat, prin exercițiu și acumulare de experiență, ele devin automatizate. În procesul de învățare, deprinderile motrice (pornirea de pe loc, schimbarea vitezelor) se realizează mai rapid, în timp ce abilitățile perceptive (explorarea periferică a câmpului perceptiv, selectarea semnalelor relevante) sunt mai dificil de realizat (Mourant și Rockwell, 1972). Evaluarea psihologică a nivelului aptitudinal la debutul programului de formare poate fi justificată rațional doar prin oferirea formatorului a unor informații specifice care să-l ajute în individualizarea programului de formare. Constatăm că nu există în prezent o baterie suficient de bună pentru evaluarea abilităților specifice conducerii auto, pentru a permite sau a interzice cuiva să conducă un autovehicul. Pe baza cercetărilor nu s-a reușit construcția unui model care să cuprindă aspectele cognitive, motrice sau deficiențele neuropsihologice care descriu o persoană aptă să conducă. Nu există standarde pentru evaluarea performanței șoferilor, nu există date normative relevante pentru evaluarea unei persoane cu ajutorul testelor, nu există un consens între psihologi în legătură cu testele care trebuie incluse într-un standard de evaluare în funcție de scopul diagnostic (Havârneanu, 2011). Totuși care sunt informațiile pe care un psiholog poate să le ofere formatorului? Aceste informații trebuie să vizeze aspectele constituționale ale gradului de prezență a aptitudinilor necesare pentru exersarea corectă a unei funcții sau executarea adecvată a sarcinilor de conducere. Cu ajutorul scalelor Fleishman (Fleishman și Reilly, 1992) am identificat lista aptitudinilor considerate caracteristici (capacități) individuale, relativ stabile în timp, care permit diferențierea sistematică între indivizi. Acestea sunt *aptitudinile cognitive* (orientarea spațială, viteza de percepție, concentrarea atenției, mobilitatea atenției, memoria procedurală), *aptitudinile psihomotrice* (controlul preciziei mișcărilor, coordonarea mișcării membrelor, reacții motrice la alegere, sincronizarea mișcărilor, timpul de reacție), *aptitudinile perceptive* (percepția de departe, percepția nocturnă, percepția periferică, percepția adâncimii, percepția în lumină orbitoare)¹.

1. Pentru detalii, vezi Corneliu Havârneanu, *Cunoașterea psihologică a conducătorilor auto*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2011, cap. 2 și cap. 6.

37.2.2. *Evaluarea pentru monitorizarea eventualelor deteriorări ale funcțiilor psihice*

Este posibil ca o persoană care deține permis de conducere să ajungă într-un moment al vieții în care să nu mai fie aptă pentru a realiza această activitate complexă în condiții de siguranță, în principal din cauza deteriorării unor funcții psihice (și implicit a unor abilități). Oferim în continuare câteva exemple de evenimente sau condiții semnificative care pot conduce la o deteriorare cognitivă și/sau motrică și care necesită o reevaluare și o monitorizare periodică a abilităților cognitive și/sau fizice: accident vascular cerebral, comotii cerebrale, tumoare pe creier, boli grave (de exemplu, cancerul, meningita), epilepsie, hipoxie, intoxicații grave, utilizarea pe termen lung a unor medicamente sau afecțiuni psihologice precum depresia majoră, anxietatea diagnosticată clinic, tulburarea de stres posttraumatic, tulburările de somn. Acestora li se adaugă o serie de condiții medicale care sunt mai frecvente la populația vârstnică, cum ar fi tulburările degenerative (de exemplu, demențele) și tulburările progresive (de exemplu, scleroza multiplă, boala Parkinson). În contextul în care longevitatea crește, se estimează că în anul 2020 persoanele cu vârste de peste 60 de ani vor reprezenta 40% din populația conducătorilor auto (Groeger, 2000), în timp ce majoritatea persoanelor în vârstă suferă cel puțin de o afecțiune cronică și urmează tratamente medicamentoase care pot avea efecte secundare.

Exemplele enumerate mai sus nu constituie o listă exhaustivă, dar sunt tipuri de evenimente sau condiții care pun în discuție necesitatea unei reevaluări psihologice. Dacă există dovezi că s-a produs un eveniment sau o condiție semnificativă, se recomandă efectuarea unei evaluări pentru a determina măsura în care evenimentul sau condiția semnificativă au afectat performanța cognitivă a șoferului. Două dintre capitolele anterioare au tratat pe larg *evaluarea funcționării neuropsihologice* și *evaluarea demenței*, fiind deci relevante și pentru monitorizarea eventualelor deteriorări ale funcțiilor psihice la conducătorii auto. Fără a repeta, vom menționa succint câteva instrumente a căror validitate predictivă a fost demonstrată în studii pe conducători auto care prezentau una sau mai multe dintre condițiile enumerate mai sus.

În prezent, standardul clinic al capacității de conducere este rezultatul bun la o „probă de teren” (BTW – *Behind The Wheel*), în care persoana evaluată conduce autovehiculul pe un traseu standard, iar examinatorul îi monitorizează performanța (de exemplu, înregistrează numărul de erori). Cu toate acestea, evaluarea BTW nu poate discrimina între modificările subtile ale factorilor cognitivi care afectează performanța în conducere. Asociația Medicilor Americani (2010) recomandă teste specifice pentru evaluarea abilităților de conducere (*Assessment of Driving-Related Skills* – ADReS): teste de percepție (inclusiv pentru acuitatea vizuală și câmpul vizual) și teste ale abilităților cognitive precum *Trial Making Test (A și B)*, care include: testarea urmăririi vizuale, scanarea vizuală complexă, atenția mobilă. Pentru persoanele cu demență se recomandă aplicarea *Mini-Mental State Examination* alături de evaluarea istoricului accidentelor sau al abaterilor din trafic și a caracteristicilor de personalitate agresive sau impulsive pentru identificarea pacienților cu risc crescut de conducere nesigură (Iverson *et al.*, 2010). *Mini-Mental State Examination* este cel mai folosit instrument pentru evaluarea demenței conducătorilor auto. Instrumentul este ușor de aplicat și, rezumându-se la un set restrâns de funcții cognitive, oferă o măsură rapidă a nivelului cognitiv global. Pentru conducătorii auto care au suferit un accident

vascular cerebral, Akinwuntan *et al.* (2002) propun o evaluare neuropsihologică compusă din opt teste diferite: figura complexă a lui Rey, câmpul vizual util (UFOV), atenția divizată, flexibilitatea, scanarea vizuală, incompatibilitatea, câmpul vizual și neglijarea. Studiile lor arată că o combinație a acuității vizuale cu scorul la testul figurii lui Rey a fost cel mai bun predictor pentru performanța la volan.

Aceste studii și recomandări arată că evaluarea performanței în conducere după un eveniment sau o condiție care afectează funcțiile psihice nu poate fi limitată la un singur domeniu cognitiv.

37.2.3. Evaluarea conducătorilor auto cu cerințe speciale

Orice evaluare a conducătorilor auto trebuie să dezbuteze cu o evaluare psihologică și medicală de bază și suplimentară dacă se constată existența unor aspecte medicale specifice care necesită o examinare extensivă. Scopul evaluării persoanelor cu cerințe speciale este de a determina dacă persoana are un nivel minim al abilităților pentru a conduce în condiții de siguranță sau dacă poate atinge acest nivel printr-un program special de formare și/sau folosind un vehicul adaptat. În multe țări legea reglementează condițiile în care o persoană poate obține și menține dreptul de a conduce un autovehicul ținând cont de cerințele sale speciale (de exemplu, deficiență de auz, vâz, handicap locomotor etc.).

Rezultatele acestor investigații vor determina luarea deciziei pentru obținerea permisului de conducere. În etapele următoare se impune o evaluare într-o echipă multi-disciplinară. Această echipă este formată dintr-un medic (familiarizat cu problemele din trafic), un psiholog (specializat în psihologia traficului), un terapeut ocupațional cu experiență în tehnologia adaptivă și un instructor auto. Cerințele medicale și psihologice pentru conducere sunt obținute prin interviu, chestionare și teste de laborator, în timp ce evaluarea practică a capacității de a conduce vehicule trebuie să fie bazată pe performanță practică efectivă.

Deoarece capacitatea practică de a conduce vehicule se bazează pe testul de conducere, rolul instructorului, în calitate de expert în evaluarea performanței și educației specifice, trebuie să fie un element central al echipei de evaluare.

37.3. Evaluarea stilului comportamental în conducere

În acest subcapitol prezentăm un set de instrumente care pot fi folosite pentru a evalua cele mai importante dimensiuni ale comportamentului în trafic: abaterile de la norme, agresivitatea în trafic, stilul de conducere, precum și câțiva factori individuali asociați cu asumarea riscului. Pentru scalele deja validate sau adaptate pe populație românească, insistăm asupra versiunii românești.

În general, aceste scale pot fi folosite ca instrument psihometric de *screening* pentru identificarea indivizilor care sunt înclinați spre comportamente periculoase ori neadaptate în trafic. Aceste persoane ar putea fi orientate spre programe speciale de formare, consiliere sau chiar de intervenție terapeutică (de exemplu, pentru controlul tendințelor agresive). În prezența unui cadru legislativ adecvat, aceste intervenții s-ar putea face la intrarea în școala de șoferi, pe parcursul acesteia sau după constatarea unui număr repetat de abateri

sau accidente. Instrumentele prezentate în acest subcapitol pot fi utilizate pentru a măsura efectele unor astfel de intervenții psihologice de formare, consiliere sau reabilitare.

37.3.1. Chestionarul Comportamentului în Trafic (DBQ)

Pentru a explica implicațiile factorilor umani în apariția accidentelor, Reason (2000) pornește de la două perspective. Pe de o parte, perspectiva sistemului, care presupune că eroarea umană este imposibil de evitat. A doua perspectivă tratează aspectul uman, cu accent pe studierea comportamentelor periculoase și consideră că apariția lor poate fi explicată prin apelarea la diferite procese alterate ca: neatenția, neglijența, motivația slabă.

Pe scurt, modelul propus de Reason cuprinde: scăpări, lapsusuri, greșeli și abateri. Scăpările reprezintă eșecul unui individ de a realiza o acțiune așa cum a fost inițial planificată. Un lapsus reprezintă omiterea execuției unei acțiuni așa cum a fost planificată din cauza unei insuficiențe de memorie sau de stocare. Ambele pot apărea la nivelul sarcinilor puternic automatizate și rutiniere (Whittingham, 2004b). O greșală constă în apariția unei erori în cadrul secvenței de planificare a acțiunii, indiferent dacă ulterior această acțiune este realizată corect sau nu și apare doar la nivelul cognitiv, al planificării (Stanton și Salmon, 2009). Abaterile constituie o categorie aparte reprezentând *devieri deliberate de la practicile considerate a fi necesare pentru menținerea siguranței în timpul operării unui sistem cu grad ridicat de pericolozitate* (Reason et al., 1990, p. 195). Reason împarte abaterile în abateri simple de la regulile și procedurile scrise sau nescrise, a căror respectare este absolut necesară pentru menținerea siguranței, și abateri neintenționate, care presupun devierea de la aceste reguli, dar fără o participare conștientă și deliberată a individului (de exemplu, depășirea neintenționată a limitei de viteză) (Stanton și Salmon, 2009).

În varianta pentru România, soluția cu 3 factori s-a dovedit a fi cea mai potrivită pentru cei 37 de itemi ai scalei (Havârneanu, Gheorghiu și Hohn, 2010).

Primul factor (18 itemi), alcătuit din itemii subscalelor scăpare, lapsus și greșală, izolează ceea ce Reason (1990) a numit factorul *eroare umană* care ar putea să apară în oricare din secvențele care alcătuiesc acțiunea de șofat.

Factorul 2 (8 itemi) este alcătuit și din itemi referitori la abateri simple, dar și unele abateri agresive. Conform gravității lor, acest factor grupează acele abateri considerate ca având un risc foarte mare atât pentru șofer, cât și pentru ceilalți participanți la trafic. Particular, acest factor se referă la abateri simple, cum ar fi condusul în stare de ebrietate și depășirile deosebit de periculoase, și la abateri agresive, cum ar fi cursele de urmărire.

Factorul 3 (8 itemi) este alcătuit preponderent din itemi care fac referire directă la viteză. Din punctul de vedere al gravității, aceștia sunt din categoria fără risc sau cu risc potențial. O caracteristică interesantă a acestui factor este că grupează aproape toți itemii de la abateri simple și agresive cu trimitere la mărimea vitezei. Acest factor evidențiază pe lângă nerespectarea limitei legale de viteză și nevoia de a merge mai repede (presarea celorlalți participanți la trafic care circulă cu viteză redusă).

Este important să evidențiem faptul că cei trei factori extrași au origini psihologice interne diferite și, ca atare, presupun intervenții, explicații și rezolvări diferite. În cazul *scăpărilor*, procesele defectuoase sunt cele atenționale și presupun intervenții și antrenament pentru menținerea stabilității și mobilității atenției. *Lapsusurile* sunt erori mnezice care

determină omiterea acțiunilor necesare finalizării corecte a sarcinii. În acest caz, intervențiile presupun un antrenament mnezic și, eventual, repetarea frecventă a acțiunilor. Deseori mecanismele atenționale se pot combina cu cele mnezice în comiterea unor erori, neputând fi delimitate exact. Indivizii „distrați”, „aerieni” pot uita efectiv necesitatea efectuării unei acțiuni sau pot omite efectuarea acțiunii deoarece în acel moment sunt concentrați pe alte acțiuni. Greșelile sunt erori de estimare și decizie și presupun activarea mecanismelor psihologice mai complexe de procesare a informației, deliberare și alegere. Greșelile reprezintă erori în planificare, erori de judecată sau de inferență. Deseori, în trafic, deciziile trebuie luate în situații de incertitudine. Intervențiile vizează familiarizarea persoanelor cu situațiile din trafic, urmate de alegerea comportamentelor adecvate și exersarea celor mai bune acțiuni pentru a evita consecințele nedorite.

Abaterile simple și cele agresive reprezintă încălcări ale regulilor necesare pentru menținerea siguranței, sunt conștiente și voluntare, iar în particular cele agresive au o componentă emoțională și caracter interpersonal.

În aceste situații, intervențiile trebuie să se centreze pe educarea și consilierea conducătorilor auto și pe conștientizarea riscurilor datorate acestor încălcări ale normelor de siguranță rutieră. În principal, educarea șoferilor ar trebui să se bazeze pe cunoașterea normelor de siguranță, accentuarea necesității cursurilor de conducere preventivă și insistarea pe campanii de sensibilizare cu privire la riscurile majore pe care le presupune nerespectarea legislației rutiere în vigoare.

37.3.2. Instrumente care măsoară agresivitatea în trafic

Unul din instrumentele clasice pentru măsurarea furiei șoferilor este „Scala furiei în trafic” (*Driving Anger Scale* – DAS; Deffenbacher *et al.*, 1994). Scala conține 33 de itemi care măsoară șase aspecte: lipsa de politețe, gesturile ostile, conducerea lentă (traficul lent), blocajele din trafic (traficul blocat), prezența poliției și condusul ilegal. În urma analizei datelor culese prin autoraportare cu această scală, s-a constatat că trăsătura de furie a șoferului este legată de un număr mare de comportamente periculoase la volan, inclusiv încălcarea regulamentelor, pierderea concentrării atenției, un control mai slab și decizii la limită (Deffenbacher *et al.*, 2004).

În plus, chestionarul DATQ (*Driver's Angry Thoughts Questionnaire*; Deffenbacher *et al.*, 2003) poate fi folosit pentru a evalua frecvența cu care șoferii experimentează cogniții agresive. Instrumentul are 65 de itemi grupați în cinci scale: emiterea unor judecăți mintale și neîncredere, etichetare peiorativă și gânduri agresive verbal, gânduri legate de răzbunare și represalii, gânduri legate de agresivitatea fizică și gânduri de autostăpânire. O cercetare efectuată pe populație românească (Bogdan, 2016) sugerează că varianta românească a scalei nu diferă de structura originală.

Un instrument care permite o analiză mai exactă a formelor în care se manifestă furia este „Inventarul expresiilor furiei în trafic”, în care șoferii raportează modul în care reacționează când se simt furioși la volan (*Driving Anger Expression Inventory* – DAX; Deffenbacher *et al.*, 2002). Acesta include patru factori: *agresivitatea verbală* – expresii verbale directe (de exemplu, injurii) sau indirecte (de exemplu, comentarii negative în șoaptă), dar și comportamente nonverbale (de exemplu, a-l privi amenințător pe celălalt); *agresivitatea fizică* – cu referiri la comportamente agresive directe (de exemplu, încercarea de a-l lovi pe celălalt); *folosirea vehiculului propriu pentru a-și exprima agresivitatea* – mai

exact, comportamentele prin care un șofer încearcă să intimideze, să încurce sau să enerveze un alt conducător auto (de exemplu, a conduce foarte încet în fața celuiilalt); *exprimarea adaptativă/constructivă a agresivității*, respectiv strategiile cognitive și comportamentale care implică evitarea situației conflictuale și conducerea în condiții de siguranță (de exemplu, ignorarea situației, găsirea unor soluții pozitive pentru a ieși din situație, încercarea de a se calma etc.). Adaptarea DAX pe conducători auto români (Sârbescu, 2012) a evidențiat gruparea agresivității verbale și fizice într-un singur factor, deci prezența a doar trei subscale: agresivitate fizică și verbală ($\alpha=0,88$), utilizarea vehiculului pentru exprimarea agresivității ($\alpha=0,80$) și exprimarea adaptativă/constructivă a agresivității ($\alpha=0,89$).

Indicatorul Dula privind șofatul periculos (*Dula Dangerous Driving Index* – DDDI) este un alt chestionar care poate fi folosit pentru măsurarea tendinței agresive în conducere. Instrumentul a fost creat de psihologul clinician Chris Dula (East Tennessee State University, SUA) pentru a măsura conducerea agresivă (engl., *Aggressive driving and road rage*), alături de cognițiile și emoțiile negative (*Negative Cognitive/Emotional Driving*) și de conducerea riscantă (*Risky driving*). Unele studii de validitate au sugerat o structură cu patru factori, în care conducerea sub influența alcoolului (*Drunk driving*) formează un factor independent de conducerea riscantă (Willemssen *et al.*, 2008). De asemenea, corelațiile ridicate dintre factori sugerează că subscalele DDDI ar putea fi de fapt folosite ca o măsură unidimensională a conducerii periculoase în funcție de scorul total. Deși în urma mai multor studii de validitate structura factorială a DDDI rămâne oarecum neclară, instrumentul poate oferi o evaluare generală a tendinței către comportamente agresive și riscante în trafic. Varianta românească a DDDI (Dula, Iliescu și Ionescu, 2009) conține 28 de itemi împărțiți în trei subscale: Agresivitate, Cogniții/Emoții negative și Risc.

37.3.3. *Inventarul Multi-dimensional al Stilului de Conducere (MDSI)*

Inventarul stilului de conducere (MDSI) a fost construit pentru a conceptualiza stilul de conducere obișnuit al unui individ ca factor specific, care poate explica implicarea în accidente rutiere și încălcări ale normelor în trafic, atât direct, cât prin asocierea cu factorii sociodemografici și de personalitate (Taubman – Ben-Ari *et al.*, 2014).

Analiza factorială a relevat opt factori, fiecare dintre ei reprezentând un anumit stil de conducere: distrat, anxios, riscant, furios, șofatul cu mare viteză, de reducere a stresului, prudent și atent. În plus, s-au găsit asocieri semnificative între cei opt factori, pe de o parte, și sexul, vârsta și experiența în conducere, precum și cu factori de personalitate, ca stima de sine, nevoia de control, căutare de senzații și extraversiunea, pe de altă parte (Taubman – Ben-Ari *et al.*, 2004).

Studiile realizate în România sugerează că în contextul sociocultural românesc un stil de conducere distinct s-ar putea manifesta în plus față de cele abordate în MDSI inițial. Acest stil presupune încălcarea normelor din trafic percepute a fi iraționale în anumite contexte situaționale lipsite de pericol. Mai exact, studiile anterioare asupra șoferilor români (Havârneanu și Goliță, 2010) arată că cel mai important motiv pentru respectarea regulilor de circulație este frica de pedeapsă. Cu toate acestea, deși severitatea sancțiunilor administrate pentru încălcările normelor de circulație în România a crescut progresiv în ultimele decenii, rata de devianță și accidentele rutiere nu au scăzut în mod semnificativ.

Respectarea normelor rutiere nu depinde numai de teama de pedeapsă, ci și de iraționalitatea percepută a regulilor (Havârneanu și Havârneanu, 2012).

Prin urmare, varianta românească a MDSI a fost îmbunătățită prin includerea unor elemente care vizează comportamentul șoferilor în situații de trafic în care normele sunt percepute ca fiind iraționale (Holman și Havârneanu, 2015). Cei 41 de itemi au fost grupați în șapte factori după cum urmează :

- Primul factor (6 itemi) se referă la *stilul de încălcare a normelor percepute ca fiind iraționale în diferite contexte* din trafic.
- Al doilea factor (4 itemi) este *stilul de conducere anxios*, deoarece toți itemii vizează tendința unei persoane de a experimenta nervozitate și stres în timpul condusului.
- Al treilea factor (7 itemi) descrie comportamente care vizează *atenția și atitudinile de conducere prudentă*.
- Al patrulea factor (6 itemi) este *stilul de conducere riscant* și se referă la căutarea de senzații și implicarea în comportamente de conducere riscante.
- Al cincilea factor (8 itemi) din care patru itemi corespund stilului de conducere furios din alte versiuni ale MDSI, iar ceilalți patru fac parte din stilul de conducere cu mare viteză în varianta originală a MDSI. În general, elementele care formează acest factor denotă tendința conducătorilor auto de a deveni frustrați în situații specifice din trafic și de a-și exprima furia prin comportamente agresive directe sau indirecte față de alți conducători auto. Pe această bază, s-a etichetat acest factor ca *stil de conducere furios*.
- Al șaselea factor (4 itemi) descrie implicarea conducătorilor auto în activități de relaxare în timpul mersului și corespunde *stilului de reducere a stresului* din varianta originală.
- Al șaptelea factor (6 itemi) se referă la *stilul de conducere disociativ* al versiunii inițiale a MDSI. Aceste elemente descriu tendința unei persoane de a fi distrasă și de a comite erori de conducere din cauza acestei distrageri a atenției.

Validitatea externă a MDSI-RO este indicată de asociațiile între stilurile de conducere și implicarea în accidente de circulație. Șoferii care au provocat accidente manifestă stiluri dezadaptative (riscant, agresiv și de încălcare a normelor percepute ca fiind iraționale în funcție de context). Validitatea de construct a MDSI-RO a fost demonstrată prin examinarea relațiilor sale cu un set de trăsături de personalitate relevante, și anume: căutarea de senzații (atât generale, cât și în trafic), dorința de control, furia în trafic, *normlessness* (tendința de a nu se supune regulilor când se urmărește atingerea unui scop), *dutifulness* (tendința de a respecta normele) și intoleranța la disconfort.

Stilurile de conducere furios și riscant corelează negativ cu tendința de a respecta normele și pozitiv cu furia în trafic, căutarea de senzații, tendința de a nu se supune regulilor când se urmărește atingerea unui scop și intoleranța la disconfort. În cele din urmă, căutarea de senzații și furia în trafic au fost pozitiv legate de stilul distras și stilul de reducere a stresului și negativ legate de stilul de conducere atent și prudent, care a apărut, de asemenea, asociat negativ la furia în trafic și pozitiv cu tendința de a respecta normele.

Alături de DBQ, MDSI-RO poate fi un instrument valoros pentru evaluarea laturii comportamentale în trafic. Conducătorii auto cu stiluri de conducere dezadaptative ar putea avea nevoie de consiliere și monitorizare. De exemplu, stilul riscant poate fi corectat prin programe de formare axate pe conștientizarea pericolului și percepția riscului (*hazard perception training*), iar stilul agresiv poate fi diminuat prin programe de intervenție centrate pe controlul emoțiilor negative (*anger management*).

37.4. Evaluarea personalității

Această secțiune abordează modalitățile de măsurare a riscului la volan prin intermediul unor factori de personalitate puternic asociați cu asumarea riscului sau cu un număr ridicat de accidente. Concepția de bază din spatele acestei metode este că asumarea riscului este o tendință generală legată de prezența unor trăsături ale personalității. Unele chestionare încearcă să evidențieze măsura în care aceste trăsături sunt prezente la un anumit individ. În continuare oferim câteva exemple de instrumente care își propun să măsoare dimensiuni ale personalității în legătură cu riscul.

37.4.1. Căutarea senzațiilor și impulsivitatea

Pentru măsurarea senzațiilor tari, există scala de 40 de itemi creată de Zuckerman (1994), care include 4 factori : căutarea pericolelor și a aventurii, căutarea experiențelor, dezinhibiția și susceptibilitatea de plictiseală. Acest instrument a ajuns astăzi la forma a V-a revizuită. Pentru măsurarea aceluiași construct, Arnett (1994) propune *Arnett Inventory of Sensation Seeking* (AISS), un instrument compus din două subscale a câte 10 itemi (intensitatea și noutatea). În concepția autoarei, AISS depășește limitele scalei lui Zuckerman și are o validitate predictivă mai bună.

Pentru evaluarea impulsivității, există *Barratt Impulsivity Scale* (BIS-11 ; Patton, Stanford și Barratt, 1995) care include 30 de itemi ce măsoară trei factori ai impulsivității cu câte două fațete fiecare : impulsivitatea cognitivă (a lua decizii foarte rapid ; fațete : neatenție și instabilitate cognitivă), motorie (a acționa fără a gândi ; fațete : reacție motorie și perseverență) și impulsivitatea planificării (fațete : autocontrol și complexitate cognitivă). Un instrument asemănător este Scala de impulsivitate a lui Eysenck (*Eysenck Impulsiveness Questionnaire* ; Eysenck și Eysenck, 1975). Scala conține 54 de itemi și 3 subscale : impulsivitate, *venturesomeness* (construct similar căutării senzațiilor) și empatie. Subscala empatiei nu conține însă itemi referitori la risc.

37.4.2. Stresul conducătorului auto

Inventarul de stres al conducătorului auto realizat de către Matthews *et al.* (1997) este destinat să evalueze vulnerabilitatea individuală la stres în contextul condusului. Acesta cuprinde 41 de itemi ce măsoară 5 trăsături stabile referitoare la condus. Două scale ale acestui inventar au legătură cu riscul în trafic. Acestea sunt *monitorizarea riscurilor* (*Hazard monitoring*), care se referă la tendința de a monitoriza activ riscurile și este asociată cu acțiunile orientate către siguranță și cu dorința de a preveni amenințările prin evitarea vigilență a pericolului (de exemplu : „Depuneți efort special pentru a fi vigilent chiar și pe drumuri pe care le cunoașteți bine” sau „Depuneți efort să identificați potențialele riscuri chiar și atunci când nu este strict necesar”) și *căutarea de senzații* (*Thrill-seeking*), care se referă la plăcere prin asumarea unor riscuri în trafic (de exemplu : „Conducusul cu viteză vă dă senzații plăcute” sau „Vă place să vă creșteți nivelul adrenalinei în timp ce conduceți”).

37.4.3. *Locul Controlului în Trafic (T-LOC-RO)*

Cercetările din psihologia transporturilor au arătat că locul controlului în trafic, ca măsură a stilului de atribuire a conducătorilor auto, poate prezice comportamentele riscante și implicarea în accidente. Özkan și Lajunen (2005) au creat *scala locului controlului în trafic (Traffic Locus of Control, T-LOC)*, un instrument cu 16 itemi și patru factori : primul factor (*eu*) este echivalent cu locul controlului intern, iar ceilalți trei factori (*ceilalți conducători auto, vehiculul/mediul și soarta*) reprezintă locul controlului extern. Ei au afirmat că persoanele cu locul controlului intern interpretează evenimentele rutiere bazându-se de cele mai multe ori pe abilitățile personale, în timp ce conducătorii auto cu locul controlului extern au tendința să perceapă rezultatele propriului comportament ca urmare a factorilor externi, cum ar fi ceilalți participanți la trafic, norocul, soarta sau vehiculul (Özkan și Lajunen, 2005).

Varianta românească a scalei (T-LOC-RO ; Măirean *et al.*, 2017) conține 41 de itemi și are proprietăți psihometrice similare cu scala originală, verificate prin analiză factorială confirmativă. Validitatea de construct a fost confirmată prin corelații cu șase factori de personalitate și cele 7 stiluri de conducere din MDSI-RO. În plus, varianta românească extinde structura inițială a scalei, prin adăugarea unui factor suplimentar, și anume *religiozitatea*. Acest factor corespunde unui loc al controlului extern și ar putea fi specific culturilor creștin-ortodoxe, caracterizate prin practici religioase cu caracter protectiv specifice traficului (de exemplu, sfințirea autovehiculului). În plus, T-LOC-RO include o subscală de dezirabilitate a răspunsurilor care ajută la identificarea tendinței de față.

37.5. Evaluarea percepției și asumării riscului

Alte instrumente încearcă să măsoare constructe legate de percepția și acceptarea riscului : estimarea subiectivă a riscului, pericolele sau beneficiile percepute etc. și să prezică pe baza acestora probabilitatea cuiva de a-și asuma riscuri în general.

37.5.1. *Scale de percepție a riscului*

Parsons, Siegel și Cousins (1997) prezintă o scală revizuită de percepție a riscului și de implicare în comportamente riscante (*The Risk Involvement and Perception Scale-Revised, RIPS-R*). Scala modificată include un set de 18 comportamente specifice tinerilor, de la cele cu un grad mic de risc la cele ce presupun un mare grad de risc, și este extrem de utilă pentru identificarea acelor persoane dispuse să se angajeze în comportamente puternic riscante. Instrumentul utilizează 4 subscale și conține 6 factori : alcool, droguri, sex, comportamente tipice masculine, comportamente acceptate social și comportamente imprudente. Gullone *et al.* (2000) prezintă un instrument similar, în care participanții trebuie să estimeze frecvența cu care se angajează în diverse comportamente (77 de itemi) pe o scală în 5 puncte, unde 0 înseamnă niciodată, iar 4 foarte des. Instrumentul relevă patru factori : primul factor (comportamente de căutare a senzațiilor), al doilea factor

(riscurile rebele), al treilea factor (riscurile periculoase, *reckless risks*) și al patrulea factor (riscurile antisociale).

Unii cercetători din domeniu utilizează tehnica de măsurare a unui comportament specific printr-un singur item. De exemplu, McKenna, Horswill și Alexander (2006) utilizează întrebări singulare cu privire la aspecte specifice ale asumării riscului. De exemplu, pentru a măsura cât mai precis viteza de mers, ei le cer participanților să estimeze și să raporteze (în mile sau kilometri pe oră) cu ce viteză se vor deplasa în următoarea lor călătorie pe o autostradă cu trei benzi pe sens și în anumite condiții specifice. Lajunen *et al.* (1997) consideră că instrumentele bazate pe autoraportare sunt extrem de expuse răspunsurilor dezirabile social. Autorii își propun crearea unei scale care să măsoare comportamentul dezirabil social al conducătorilor auto. Pentru aceasta ei realizează două subscale: una care să măsoare autoamăgirea și una care să măsoare managementul impresiei la șoferi. Scala construită de ei corelează mai puternic cu răspunsurile legate de trafic decât cu cele referitoare la personalitate, ceea ce sugerează că este un instrument de măsură mai util decât scalele tradiționale de evaluare a răspunsurilor dezirabile în cazul în care se vizează comportamentul rutier.

Deși chestionarele au un rol important în cunoaștere, limita importantă a acestora este tendința subiecților de a da răspunsuri dezirabile social. Acest aspect este foarte important deoarece nu putem stabili care este limita dintre realitate și aparență. Cu toate acestea, unele cercetări au evidențiat legătura dintre comportamentul observat prin mijloace directe în condiții reale și comportamentul relevat pe baza răspunsurilor obținute prin autoraportare, fapt care justifică utilizarea metodei pentru cunoașterea comportamentelor în trafic.

37.5.2. „Simularea” prin scenarii vizuale statice sau dinamice

Groeger (2000) operaționalizează riscul la volan prin capacitatea de percepere a pericolelor și a dificultății sarcinii în așa-numitele JOTs (*Judgements Of Traffic scenes*). Această procedură constituie o simbioză între metoda chestionarului și cea a scenariilor simulate. Evaluările scenelor de trafic constau în prezentarea subiecților a 24 de secvențe separate sub formă de fotografii sau filme scurte. Ei trebuie să le evalueze pe două dimensiuni:

- 1) *dimensiunea pericol* include proximitatea altor vehicule, gradul de concentrare pe care îl presupune situația, gradul de normalitate-neobișnuită al situației, gradul de stres pe care îl determină circumstanțele respective și seriozitatea consecințelor care ar rezulta dacă s-ar produce un accident;
- 2) *factorul dificultate* include șansele ca ceva neașteptat să intervină, abilitățile solicitate șoferului, numărul de accidente care s-ar putea produce, viteza cu care autovehiculele par că se deplasează și aglomerația traficului. Se pare că performanța într-o astfel de sarcină ține mai degrabă de activarea din memorie a unei hărți a situațiilor saliente și compararea ei cu situația-stimul prezentată.

McKenna, Horswill și Alexander (2006) utilizează o tehnică de simulare video pe computer, ale cărei elaborare și validare au fost începute în 1999. Într-un set de experimente făcute exclusiv pe conducători auto, ei măsoară asumarea riscului, constructul fiind operaționalizat în 4 moduri diferite:

- 1) *Testul video al vitezei* : participanții urmăresc secvențe video filmate din perspectiva șoferului. Pentru fiecare scenă ei trebuie să aprecieze cu cât ar merge mai repede sau mai încet față de viteza din film ;
- 2) *Testul urmăririi apropiate* : participanții privesc un film în care vehiculul se apropie de spatele unui alt vehicul care rulează în același sens pe autostradă. Ei trebuie să efectueze o primă apăsare pe un buton odată ce ajung la distanța pe care o mențin de obicei față de autovehiculul din față și o a doua apăsare atunci când estimează că distanța devine prea mică și periculoasă ;
- 3) *Testul acceptării intervalelor goale* : participanții privesc o intersecție în T din punctul de vedere al cuiva care dorește să vireze la stânga pe un drum cu prioritate. Camera este poziționată ca și cum șoferul s-ar asigura în dreapta privind pe geamul din dreapta la traficul ce se îndreaptă spre el. Participanților li se cere să apese pe buton la fiecare interval (spațiu din coloana de autovehicule) în care ar decide să intre în intersecție ;
- 4) *Testul percepției pericolelor* : participanții privesc mai multe scene video și apasă pe un buton în momentele în care percep un stimul care s-ar putea transforma într-o situație periculoasă. Pericolul este definit ca o situație în care persoana consideră că apare probabilitatea unui accident.

Rezultatele obținute în decursul anilor cu aceste probe confirmă diferențele de gen (femeile aleg viteze mai mici de deplasare, bărbații conduc mai aproape de vehiculul din față) și diferențele de vârstă (tinerii aleg viteze mai mari). În plus, proba diferențiază între conducătorii auto fără experiență, cu experiență și experți, dar și între cei care nu au fost niciodată implicați în accidente și cei care au avut cel puțin două accidente. Mai mult, ar trebui remarcat faptul că această tehnică de simulare video măsoară comportamente care s-au dovedit a fi caracteristice pentru stilul riscant de conducere : subestimarea pericolelor, viteza excesivă, urmărirea îndeaproape a vehiculului din față și interacțiunile inadecvate cu ceilalți participanți la trafic (cum ar fi neacordarea de prioritate).

37.6. Evaluarea posteveniment

Până acum am prezentat instrumente de evaluare psihologică al căror scop este optimizarea performanței și a comportamentului șoferilor cu scopul reducerii numărului de accidente din trafic. În ciuda eforturilor de prevenție, accidentele și incidentele din trafic nu pot fi eliminate. Domeniul transporturilor se confruntă și va continua să se confrunte cu accidente și alte evenimente cu potențial traumatic (de exemplu, sinucideri pe calea ferată sau coliziuni la trecerile la nivel ; Havârneanu, Burkhardt și Silla, 2016). Prin urmare, un domeniu important în evaluarea psihologică din domeniul transporturilor este evaluarea postincident, atunci când indivizii implicați în evenimente cu potențial traumatic sunt vulnerabili să dezvolte stres posttraumatic. Evaluarea traumei a fost analizată pe larg într-un alt capitol al acestui volum. În această secțiune prezentăm doar o serie de instrumente consacrate pentru evaluarea efectelor traumatice la personalul din transportul feroviar, cu precădere la mecanicii de locomotivă.

Unul dintre cele mai utilizate instrumente de *screening* este Chestionarul Sănătății Generale (*General Health Questionnaire* – GHQ). Diferite forme (cu 60, 30, 28, 20 și 12 itemi) au fost validate la nivel internațional, iar versiunile cu 28 și 20 de itemi (Goldberg

și Hiller, 1979) sunt cele mai folosite în studiile clinice. GHQ-28 explorează patru categorii de tulburări psihice : (1) simptomele somatice, (2) anxietatea și insomnia, (3) disfuncția socială și (4) depresia. Fiecare factor conține câte 7 itemi care permit calcularea unui scor pentru fiecare subscală, dar și a unui scor total care reprezintă un indice global de severitate. Subiecții se autoevaluează comparându-și starea curentă (posteveniment) cu starea lor din săptămânile anterioare.

Un alt instrument de diagnostic extrem de popular în evaluarea stresului posttraumatic este Interviuul Neuropsihiatric Internațional MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview* ; Lecrubier *et al.*, 1997). Acesta este un ghid de interviu structurat care poate fi administrat doar de către un psiholog clinician. Timpul mediu de realizare a interviului este de 15 minute. Interviuul examinează fiecare criteriu corespunzător diagnosticului axei I din DSM-IV: depresie majoră, distimie, manie, agorafobie, panică, fobie socială, tulburare de anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, stres posttraumatic, anorexie mintală, bulimie, alcoolism și simptome psihotice și somatice. Dintre toate aceste criterii, trei sunt în mod special relevante pentru evaluarea postincident din domeniul transporturilor : depresia, panica și stresul posttraumatic. Acest interviu clinic poate fi completat cu *checklist*-ul de stres posttraumatic propus de Blake *et al.* (1995), care include întrebări standardizate suplimentare referitoare la prezența a 17 simptome de stres posttraumatic clasificate în secțiunile B, C și D ale DSM-III și DSM-IV.

Întrucât aplicarea acestor ghiduri de interviu poate fi greoaie, Brewin *et al.* (2002) au propus un Chestionar de Screening al Traumei (*Trauma Screening Questionnaire – TSQ*), care poate fi administrat rapid și ușor de către orice psiholog. Instrumentul conține 10 itemi și permite diagnosticarea stresului posttraumatic. Bazându-se pe studii de validitate realizate pe supraviețuitorii unor accidente feroviare, autorii chestionarului susțin că acesta are proprietăți diagnostice similare cu interviul clinic propus de Blake *et al.* (1995).

Un alt instrument de evaluare este Scala Impactului Evenimentelor (*Impact of Events Scale – IES* ; Horowitz, Wilner și Alverez, 1979), care măsoară simptomatologia intruziunii și a evitării în ultimele 10 zile. Scala conține 15 itemi grupați în două subscale : *intruziunea* (retrăirea persistentă a evenimentului prin amintiri de tip flash, coșmaruri etc.) și *evitarea* (evitarea constantă a stimulilor asociați traumei, pasivitate etc.). Varianta revizuită a scalei (IES-R ; Weiss și Marmar, 1996) conține 22 de itemi distribuiți în trei subscale ce corespund principalelor categorii de simptome specifice stresului posttraumatic : retrăirea evenimentului traumatic, evitarea și hiperactivitatea.

Nu în ultimul rând, chestionarul procesării cognitive a traumei (*Cognitive Processing of Trauma Questionnaire – CPOTS* ; Williams, Davies și Millsap, 2002) evaluează 5 mecanisme de coping care apar frecvent după evenimente traumatice : acceptarea/soluționarea, reinterpretarea pozitivă, compararea socială cu ținte inferioare, regretul, negarea.

Instrumentele de evaluare clinică expuse în acest subcapitol nu reprezintă nicidecum o paletă exhaustivă, dar sunt relevante pentru prevenirea efectelor secundare și terțiare la personalul din transporturi expus la evenimente potențial traumatice. Ele permit identificarea nivelului de stres posttraumatic imediat după eveniment și monitorizarea simptomelor disfuncționale pe termen mediu (de exemplu, după 3 sau 6 luni) și lung (de exemplu, după un an), asistența persoanei în dezvoltarea unui mecanism de coping adaptat, alegerea unui program adecvat de consiliere sau psihoterapie și recomandări cu privire la reluarea activității în condiții de siguranță.

Bibliografie

- Akinwuntan, A.E., Feys, H., De Weerd, W., Pauwels, J., Baten, G., Strypstein, E. (2002). Determinants of driving after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 334-341.
- American Medical Association (2010). *Physician's guide to assessing and counseling older drivers*. Chicago, IL : American Medical Association.
- Arnett, J. (1994). Sensation seeking : a new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M. *et al.* (1995). The development of a clinician – ministered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bogdan, S.R. (2016). *Determinanți individuali și situaționali ai agresivității la volan*. Teză de doctorat nepublicată. Iași : Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, R., McEvedy, C., Turner, S., Foa, E.B. (2002). Brief screening instrument for post traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158-162.
- Deffenbacher, J.L., Lynch, R.S., Oetting, E.R., Swaim, R.C. (2002). The driving anger expression inventory : a measure of how people express their anger on the road. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 717-737.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Lynch, R.S. (1994). Development of a driving anger scale. *Psychological Reports*, 74, 83-91.
- Deffenbacher, J.L., Petrili, R.T., Lynch, R.S., Oetting, E.R., Swaim, R.C. (2003). The Driver's Angry Thoughts Questionnaire : A measure of angry cognitions when driving. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 393-402.
- Deffenbacher, J.L., White, G.S., Lynch, R.S. (2004). Evaluation of Two New Scales Assessing Driving Anger : The Driving Anger Expression Inventory and the Driver's Angry Thoughts Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 1-13.
- Dula, C.S., Iliescu, D., Ionescu, C. (2009). *Indicatorul Dula privind sofatul periculos : manual tehnic*. Cluj-Napoca : Sinapsis.
- Elander, J., West, R., French, D. (1993). Behavioral correlates of individual differences in road-traffic crash risk : An examination of methods and findings. *Psychological Bulletin*, 113(2), 279-294.
- Evans, L. (1991). *Traffic Safety and the Driver*. New York : Van Nostrand Reinhold.
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck personality questionnaire*. London : Hodder & Stoughton.
- Fleishman, E.A., Reilly, M.E. (1992). *Handbook of Human Abilities : Definitions, Measurements and Job Task Requirement*. Oxford : Psychologist Press.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Groeger, J.A. (2000). *Understanding driving*. Hove, UK : Psychology Press.
- Gullone, E., Moore, S., Moss S., Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire : Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Adolescent Research*, 15, 231.
- Havârneanu, C. (2011). *Evaluarea psihologică a conducătorilor auto*. Iași : Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.
- Havârneanu, C., Gheorghiu, A., Hohn, M. (2010). Theoretical validity of the Driver Behaviour Questionnaire. *Psihologia socială, Buletinul Laboratorului „Psihologia Câmpului Social”*. Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, 25(I). Iași : Editura Polirom.
- Havârneanu, G.M., Burkhardt, J.-M., Silla, A. (2016). Optimizing suicide and trespass prevention on railways : a problem-solving model from the RESTRAIL project. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* ; <http://dx.doi.org/10.1080/17457300.2016.1232275>.

- Havârneanu, G.M., Goliță, A. (2010). Traffic norms between safety and perversity. *Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. Psychology Series*, 19(1), 65-82.
- Havârneanu, G.M., Havârneanu, C.E. (2012). When norms turn perverse : Contextual irrationality vs. rational traffic violations. *Transportation Research Part F : Traffic Psychology and Behaviour*, 15, 144-151.
- Heikkilä, V.M. (2008). *Evaluation of driving ability of the disabled persons in the context of the psychological activity theory*. Helsinki University Printing House.
- Holman, A.C., Havârneanu, C.E. (2015). The Romanian version of the multidimensional driving style inventory : Psychometric properties and cultural specificities. *Transportation Research Part F : Traffic Psychology and Behaviour*, 35, 45-59.
- Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of events scale : a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Iverson, D.J., Gronseth, G.S., Reger, M.A., Classen, S., Dubinsky, R.M., Rizzo, M. (2010). Practice parameter update : Evaluation and management of driving risk in dementia. *Neurology*, 74, 1316-1324.
- Lajunen, T., Correy, A., Summala, H., Hartley, L. (1997). Impression management and Self-Deception in traffic behaviour inventories. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 341-353.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E. et al. (1997). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 12, 224-231.
- Matthews, G., Desmond, P.A., Joyner, L., Carcary, B., Gilliland, K. (1997). A comprehensive questionnaire measure of driver stress and affect. In T. Rothengatter & E.C. Vaya (Eds.), *Traffic and transport psychology : Theory and application* (pp. 317-324). New York : Elsevier Science Ltd.
- Măirean, C., Havârneanu, G.M., Popușoi, S.A., Havârneanu, C.E. (2017). Traffic locus of control scale – Romanian version : Psychometric properties and relations to the driver's personality, risk perception, and driving behavior. *Transportation Research Part F : Traffic Psychology and Behaviour*, 45, 131-146
- McKenna, F.P., Horswill, M.S., Alexander, J.L. (2006). Does Anticipation Training Affect Drivers' Risk Taking? *Journal of Experimental Psychology*, 12(1), 1-10.
- Mourant, R.R., Rockwell, T.H. (1972). Strategies of visual search by novice and experienced drivers. *Human Factors*, 14(4), 325-335.
- Özkan, T., Lajunen, T. (2005). Multidimensional Traffic Locus of Control Scale (T-LOC) : factor structure and relationship to risky driving. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 533-545.
- Parsons, J.T., Siegel, A.W., Cousins, J.H. (1997). Late adolescent risk-taking : effects of perceived benefits and perceived risks on behavioral intentions and behavioral change. *Journal of Adolescence*, 20, 381-392.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Reason, J. (2000) Human error : models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. (2005). Safety in the operating theatre – Part 2 : Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care*, 14(1), 56-60.
- Reason, J., Manstead, A., Stradling, St., Baxter J., Campbel, K. (1990). Error and violation on the roads : a real distinction? *Ergonomics*, 33 (10, 11), 1315-1332.
- Sârbescu, P. (2012). Aggressive driving in Romania : Psychometric properties of Driving Anger Expression Inventory. *Transportation Research Part F : Traffic Psychology and Behaviour*, 15, 556-564.
- Stanton, N.A., Salmon, P.M. (2009). Human error taxonomies applied to driving : A generic driver error taxonomy and its implications for intelligent transport systems. *Safety Science*, 47(2), 227-237.

- Summala, H. (1996). Accident risk and driver behaviour. *Safety Science*, 22(1-3), 103-117.
- Taubman – Ben-Ari, O. (2014). How are meaning in life and family aspects associated with teen driving behaviors? *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 24, 92-102.
- Taubman – Ben-Ari, O., Mikulincer, M., Omri Gillath, O. (2004). The multidimensional driving style inventory – scale construct and validation. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 323-332.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1996). The Impact of Event Scale–Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Whittingham, R.B. (2004a). Errors in practica. In R.B. Whittingham, *The Blame Machine: Why human error causes accidents* (pp. 12-21). New York: Elsevier Butterworth-Heinemann Press.
- Whittingham, R.B. (2004b). Latent errors and violations. In R.B. Whittingham, *The Blame Machine: Why human error causes accidents* (pp. 26-43). New York: Elsevier Butterworth-Heinemann Press.
- Willemsen, J., Dula, C.S., Declercq, F., Verhaeghe, P. (2008). The Dula Dangerous Driving Index: An investigation of reliability and validity across cultures. *Accident Analysis and Prevention*, 40(2), 798-806.
- Williams, R.M., Davis, M.C., Millsap, R.E. (2002). Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 349-360.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioural Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

38. Evaluarea psihologică în context educațional

Simona Trip
Universitatea din Oradea

Rezumat

Evaluarea psihologică în context educațional este procesul prin care se colectează o serie de date care oferă informații despre competențele cognitive, intrapersonale și interpersonale ale elevilor, în baza cărora se pot lua cele mai bune decizii în ceea ce privește fiecare elev în parte, clasa de elevi sau diferite grupuri de elevi. Evaluarea sumativă și formativă pune în evidență cunoștințele însușite de elevi în diferite domenii, dar creșterea șansei de angajabilitate este dată de deținerea capacității de rezolvare creativă a problemelor ca o abilitate ce transcende domeniile. O modalitate propusă de evaluare a acestei capacități este cea computerizată, prin PISA sau MicroDYN. Cercetările arată că deprinderile noncognitive (intrapersonale și interpersonale) prezic o serie de variabile importante pentru succesul în viață, cum ar fi succesul școlar, succesul la locul de muncă, starea de sănătate și lipsa criminalității. În acord cu CASEL, competențele socioemoționale sunt grupate în cinci categorii: conștiința sinelui, capacitatea de automanagement, conștiința socială, deprinderile interpersonale și capacitatea de luare a deciziilor în plan academic și social. Sistemul Devereux de Evaluare a Calităților Elevilor (DESSA) măsoară competențele socioemoționale ale preșcolarilor și elevilor din ciclul primar și gimnazial, atât în context școlar, cât și în context extrașcolar. În metaanaliza lor, La Paro și Pianta (2000) estimau că peste 25% din performanța școlară a elevului în clasele primare poate fi prezisă în baza testelor standardizate de evaluare a cunoștințelor ca o componentă a maturității școlare. Maturitatea școlară implică de asemenea dezvoltarea funcțiilor executive și a capacității de integrare vizuo-motrică. Pentru evaluarea maturității școlare pot fi utilizate Bateria de evaluare neuropsihologică la copiii de 3-12 ani NEPSY (Cognitrom), Platforma de evaluare a dezvoltării copiilor de 3-7 ani PEDa (Cognitrom) și Bateria de evaluare a copilului preșcolar „Gata pentru școală” (TestCentral).

38.1. Evaluare, decizii și dezvoltarea competențelor pentru secolul XXI

În context educațional, evaluarea psihologică este procesul prin care se colectează o serie de date care oferă informații multiple și diverse, în baza cărora se pot lua cele mai bune

decizii în ceea ce privește individul sau grupul. Școala joacă un rol important în dezvoltarea sănătoasă a copiilor și adolescenților, atât din punct de vedere cognitiv, cât și din punct de vedere socioemoțional.

În 2009 Uniunea Europeană identifica opt competențe-cheie considerate a fi necesare pentru reușita personală, cetățenie activă, incluziune socială și angajare pe piața forței de muncă :

1. comunicare în limba maternă ;
2. comunicare în limbă străină ;
3. competențe matematice, competențe de bază în științe și tehnologie ;
4. competențe digitale ;
5. deprinderi de învățare ;
6. competențe sociale și civice ;
7. inițiativă și antreprenoriat ;
8. conștientizarea și exprimarea creațiilor culturale.

Într-un raport al Consiliului American al Cercetării, Pellegrino și Hilton (2012) menționau că educația trebuie să urmărească dezvoltarea a trei seturi de competențe pentru a ajuta copilul să devină la vârsta adultă un bun cetățean, adaptat în societate, un bun părinte și un angajat eficient : competențe cognitive, competențe intrapersonale și competențe interpersonale.

Competențele cognitive sunt gândirea critică, deprinderile de lectură, rațiunea, argumentarea și inovarea. Acestea implică gândire și memorie și sunt grupate în trei clustere : strategii, cunoștințe și creativitate. Competențele intrapersonale sunt flexibilitatea, inițiativa, aprecierea diversității și metacogniția. Acestea se referă la capacitatea de a ne controla propriile comportamente și emoții pentru a putea să ne atingem scopurile, inclusiv pe cele legate de învățare. Ele formează patru clustere : deschidere, comportament etic, conștiințiozitate și acceptare necondiționată. Competențele interpersonale implică exprimarea ideilor, interpretarea mesajelor transmise de ceilalți și formularea răspunsului. Acestea aparțin unui număr de două clustere : capacitatea de a lucra în echipă, de a colabora, și leadershipul. Competențele interpersonale sunt deprinderile de comunicare, colaborare, responsabilitate și rezolvare de conflicte.

Reformulând ideea emisă la începutul acestui capitol, putem spune că evaluarea psihologică este procesul prin care se colectează o serie de date care oferă informații despre competențele cognitive, intrapersonale și interpersonale ale elevilor, în baza cărora se pot lua cele mai bune decizii în ceea ce privește fiecare elev în parte, clasa de elevi sau diferite grupuri de elevi. Știm că, în mod tradițional, funcția testelor psihologice este aceea de a diferenția indivizii sau reacțiile aceluiași individ în situații diferite (Anastasi, 1988). Evaluarea psihologică oferă astfel informații despre diferențele interindividuale, dar și despre modificările ce survin la nivel individual, informații necesare deciziilor privitoare la fiecare elev, grup sau clasă de elevi.

În baza evaluării, actorii sistemului educațional, în special educatorii, învățătorii și profesorii, pot lua decizii cu privire la instrucție, fie că acestea vizează clasa întregă, grupuri de elevi sau anumiți elevi, luați individual. Când elevii întâmpină dificultăți, fie academice, comportamentale sau fizice, profesorii sunt nevoiți să facă apel la metode alternative de instruire sau să ceară asistență de specialitate. Prin urmare, ei pot folosi teste, observația zilnică, interviul astfel încât să decidă dacă un anumit elev are sau nu nevoie de asistență specială.

Ministerul, inspectoratele și conducerea școlilor pot adopta rezoluții în ceea ce privește curriculumul național, planul cadru de învățământ, programa școlară și curriculumul la decizia școlii, în acest caz vorbim de decizii curriculare. Evaluările realizate la nivel național la diferite niveluri de educație sau cele realizate în școală pe parcursul anului școlar pot evidenția nevoile elevilor, nivelul de performanță al fiecărui elev în comparație cu al celorlalți sau în comparație cu o valoare standard, acest lucru furnizând date cu privire la necesitatea schimbării la nivel curricular.

Rezultatele evaluării psihologice pot de asemenea să sprijine decizia de selectare și plasare a indivizilor în medii educaționale potrivite. De exemplu, în procesul de admitere la liceu sau universitate se stabilesc diferite criterii pentru diferite programe de studii, în baza cărora sunt selectați acei candidați care vor fi capabili să îndeplinească sarcinile academice cerute de programul respectiv.

În diferite momente ale vieții, oamenii sunt nevoiți să ia decizii personale. Evaluarea psihologică este o alternativă prin care un individ poate beneficia de informații despre sine, astfel încât să poată lua decizia cea mai potrivită în legătură cu viitorul personal. Astfel, în baza evaluării maturității școlare, o mamă poate decide dacă să accepte sau nu școlarizarea mai devreme a propriului copil.

38.2. Evaluarea psihologică a competențelor cognitive

Prin învățare, elevul își însușește cunoștințe dintr-un anumit domeniu, însă capacitatea de a folosi cunoștințele dintr-un domeniu în alt domeniu stă la baza învățării pentru întreaga viață. În evaluarea cunoștințelor, profesorii apelează atât la evaluări sumative, cât și formative. Evaluarea sumativă se face la sfârșitul unei unități de conținut, la sfârșitul semestrului sau al anului școlar. Ea certifică performanța elevului operaționalizată prin notă. Totodată ea oferă informații cadrului didactic despre necesitatea schimbării metodelor de predare. Evaluarea sumativă este o evaluare formală. Evaluarea formativă are loc în timpul instruirii și oferă informații despre nivelul atins de elev în însușirea unei anumite deprinderi. Ea are la bază ambele tipuri de măsurători, informale (observarea elevilor, părerea elevilor) și formale (chestionare, teme de casă). Evaluarea formativă presupune cunoașterea de către elevi a obiectivelor învățării, monitorizarea continuă de către profesor a progresului acestora, oferire de feedback și implicarea elevilor în autoevaluare și evaluare colegială (Pellegrino și Hilton, 2012). Scopul evaluării formative este de a diagnostica problemele întâmpinate de elev în învățare și de a lua imediat măsuri de sprijinire a acestuia în vederea progresului.

Vom lua ca exemplu rezolvarea problemelor de matematică. Studiile (Wong și Ho, 2017) arată că procesul de rezolvare a problemelor de matematică constă în două subproces: construcția numerică în baza enunțurilor problemei și operația aritmetică. Un elev din clasa a II-a are de rezolvat următoarea problemă: „Ana a primit de ziua ei 150 de lei de la părinți și tot atâția de la bunici, iar de la mătușa ei a primit 200 de lei. Câți lei a primit Ana în total?”. Un prim proces este acela de a realiza construcția numerică în baza celor enunțate în problemă: $150 + 150 + 200 =$, iar apoi să execute calculul aritmetic: 500. Cele două subprocesuri își aduc contribuția în mod independent în performanța matematică, prin urmare copiii pot greși în rezolvarea problemelor fie dintr-o cauză, fie din alta. Folosind diagnosticul formativ, învățătoarea poate descoperi că greșeala elevului se poate

datorată incapacității lui de a realiza corect construcția numerică. În acest caz, ea poate ajuta copilul să își reducă efortul mnezic prin: să citească problema prima dată, să identifice elementele esențiale, să le sublinieze, să le combine, să le compare și să scrie o metaoperație ($P+B+M=$), iar apoi să citească problema din nou pentru a completa numerele în metaoperație ($150+150+200$) (Fuchs *et al.*, 2014). Copilul își dezvoltă astfel o schemă, în baza căreia va reuși rezolvarea problemei (instruirea pe baza formării schemei).

Swanson și Jerman (2006) arătau în metaanaliza lor că dificultățile matematice sunt datorate mai degrabă deficitului de menținere și manipulare a informației verbale în memoria de lucru, decât deficitului memoriei vizuale. Prin urmare, învățatoarea poate sprijini copiii care întâmpină dificultăți în rezolvarea problemelor de matematică utilizând strategii verbale, cum ar fi cea propusă de Swanson (2014): găsește întrebarea și subliniaz-o; încercuiește numerele; încadrează cuvintele-cheie în pătrate; taie informația care nu este necesară; decide ce operații trebuie să faci (adunare/scădere etc.); rezolvă. Pentru reprezentarea vizuală pot fi folosite diagrame.

Ca o consecință a rapidei dezvoltări a tehnologiei și a faptului că sarcinile de rutină pot fi executate cu ajutorul acesteia, angajatorii caută personal capabil să rezolve sarcini complexe, forță de muncă abilă în rezolvarea creativă de probleme. Prin urmare, în ultimii ani, s-au intensificat eforturile de a evalua și educa această capacitate de rezolvare creativă sau complexă a problemelor.

Un efort considerabil privind evaluarea capacității de rezolvare creativă a problemelor și apoi impunerea unor schimbări în cadrul sistemului educațional în vederea dezvoltării acesteia este făcut de Programul pentru evaluarea internațională a elevilor PISA (Programme for International Student Assessment), inițiat de Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OECD, 2013, 2014).

Prima evaluare a capacității complexe de rezolvare a problemelor prin PISA a avut loc în 2012. Testul se adresează elevilor cu vârsta de 15 ani și vizează evaluarea cunoștințelor din trei domenii: citire/lectură, matematică și științe. Timpul de administrare a testului este de 40 de minute, itemii fiind grupați în jurul unor probleme comune, prezentate în mod realist, ca fiind probleme zilnice (joc de handbal, să ai grijă de animalul preferat, alimentarea cu carburant a motocicletei). Dificultatea itemilor este dată de creșterea numărului de variabile sau a numărului de relații dintre acestea. Notarea parcurge procesul rezolvării de probleme:

- a) reactualizarea cunoștințelor din cele trei domenii;
- b) înțelegerea pe baza analizei datelor existente și stabilirea scopurilor;
- c) formularea concluziilor, soluțiilor;
- d) reflectarea și monitorizarea soluției alese.

Se punctează dacă respondentul recunoaște nevoia de a colecta datele nivelului de bază și manipulează fiecare variabilă, apoi dacă generează un model corect de rezolvare a problemei, dacă a stabilit și a atins scopuri, apoi dacă a verificat atingerea scopurilor în fiecare etapă, luând măsuri de corectare acolo unde este necesar.

Testul computerizat PISA este oferit de platforma E-isteț, alături de alte măsurători ale competențelor cognitive. Un alt test este PIRLS (Progresul în Studiul Internațional al Alfabetizării la Citire/Lectură), acesta evaluează nivelul de înțelegere a textului citit și se adresează elevilor clasei a IV-a. Este compus din itemi cu alegere multiplă și itemi cu răspuns construit, care urmăresc dacă elevul este capabil să identifice informații relevante din text, să urmărească o idee specifică, ideea principală sau tema, să caute definiția unor

expresii, să descrie relația dintre două personaje, să formuleze concluzii pe baza unor argumente, să extragă mesajul textului, să identifice perspectiva autorului și să evalueze probabilitatea manifestării în realitate a celor descrise în text.

Evaluarea competențelor cognitive în domeniul matematicii și științelor poate fi realizată cu ajutorul testului TIMSS (Trends in International Mathematics and Science Study) și se adresează elevilor de clasa a IV-a și a VIII-a. De exemplu, testul pentru elevii de clasa a IV-a măsoară cunoștințe despre numere, fracții și zecimale, puncte, linii și unghiuri, forme bi și tridimensionale, ecuații simple, capacitatea de a citi, interpreta și reprezenta, precum și abilitatea de a aplica și de a raționa în baza cunoștințelor pe care elevul le deține. Pentru clasa a VIII-a, itemii vizează dobândirea și capacitatea de a aplica și de a raționa pe baza cunoștințelor despre fracții, zecimale și întreg, procente, rapoarte, proporții, numere întregi, ecuații și inegalități, forme geometrice, baze de date, reprezentarea și interpretarea lor, operații matematice, locație și mișcare, măsurători geometrice.

Revenind la rezolvarea creativă sau complexă de probleme, aceasta are două componente: însușirea cunoștințelor despre o situație problematică nouă și aplicarea acestor cunoștințe noi. Rezolvarea creativă de probleme este conceptualizată ca fiind o abilitate generală care transcende domeniilor specifice, central acestei capacități fiind faptul că individul manifestă flexibilitate în adaptarea la situații noi, învață, integrează și folosește noile informații (Greiff *et al.*, 2013). O modalitate propusă de evaluare a acestei abilități este cea computerizată, urmând aborarea sistemelor multiple și complexe, și anume timpul dedicat fiecărei sarcini se reduce, iar dificultatea sarcinilor crește. O astfel de baterie este MicroDYN, constând în 7-9 sarcini, fiecărei sarcini fiindu-i dedicate 5 minute. Sarcinile au 3 variabile input (A, B, C) și 3 variabile output (X, Y, Z), iar respondentul poate manipula doar variabilele input. Variabilele se pot influența unele pe altele (A-X, B-Y, B-Z, X-Y). Fiecare sarcină are o poveste, numele variabilelor sunt fictive. Bateria implică două faze. În prima fază, respondentul explorează singur sistemul, oferă valori variabilelor input și urmărește relația dintre variabile. Este faza de achiziție de cunoștințe și durează 3 minute. În această etapă se formează reprezentarea problemei și este construit modelul acesteia pe baza cunoștințelor corect dobândite. În faza a doua i se cere subiectului să aplice cunoștințele dobândite pentru a atinge scopul, adică o anumită valoare a variabilelor output (Greiff *et al.*, 2013).

Capacitatea creativă de rezolvare a problemelor este un bun predictor al performanței școlare, dezvoltându-se pe măsură ce elevul trece dintr-o clasă în alta, structura bidimensională fiind prezentă atât la elevul de clasa a V-a, cât și la elevul de clasa a XI-a. Inteligența fluidă și capacitatea memoriei de lucru sunt relaționate cu rezolvarea creativă de probleme, climatul clasei afectând dezvoltarea ei (Greiff *et al.*, 2013; Wüstenberg *et al.*, 2016).

38.3. Evaluarea psihologică a competențelor intra și interpersonale

Cercetările arată că deprinderile noncognitive (intrapersonale și interpersonale) prezic o serie de variabile importante pentru succesul în viață, cum ar fi succesul școlar, succesul la locul de muncă, starea de sănătate și lipsa criminalității (Heckman, Humphries și

Veramendi, 2014). În studiul longitudinal realizat de OECD în 2012 (OECD, 2015), abilitățile cognitive prezic înscrierea la programe de studii superioare, finalizarea lor însă este mai puternic influențată de dezvoltarea deprinderilor socioemoționale decât de cele cognitive. Rezultatele suțin că deprinderile socioemoționale sunt foarte importante pentru menținerea stării de bine și pentru reducerea comportamentelor antisociale. De asemenea, ele activează deprinderile cognitive, în felul acesta individul obținând rezultate în plan educațional, social, dar și economic.

Durlak *et al.* (2011) analizau 213 studii, având în total 270.034 de elevi participanți la programe școlare universale de dezvoltare a deprinderilor socioemoționale. Programele universale școlare s-au dovedit a fi eficiente, spre deosebire de grupul de control, elevii implicați în intervenție au manifestat deprinderi socioemoționale mai bune, atitudini mai pozitive față de sine și altul, mai multe comportamente prosociale, mai puține probleme emoționale și de conduită. Și-au îmbunătățit de asemenea și performanța școlară. Mărimea efectului variază între 0,22 (probleme de conduită) și 0,57 (deprinderi socioemoționale). Rezultatele s-au menținut în timp, la șase luni după intervenție. Programele au avut rezultate mai bune dacă au fost implementate de către profesorii de la clasă, performanța școlară îmbunătățindu-se numai în acest caz. Un factor moderator a fost calitatea implementării, programele care nu au înregistrat probleme în implementare dovedindu-se mai eficiente. De asemenea, eficiența programelor crește dacă ele au la bază un set de activități relaționate între ele (curriculă), dacă implică participanții în mod activ, dacă sunt focalizate pe deprinderi specifice și dacă au cel puțin o componentă dedicată dezvoltării personale.

În acord cu CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, <http://www.casel.org>) competențele socioemoționale sunt grupate în cinci categorii :

- 1) Conștiința sinelui – conștientizarea propriilor emoții, interese, valori și calități, această categorie contribuind la încrederea în sine ;
- 2) Capacitatea de automanagement – deprinderi de autoreglare a propriilor emoții, de exprimare dezirabilă a acestora, de control al impulsurilor și de stabilire, respectiv monitorizare, a scopurilor personale și academice ;
- 3) Conștiința socială – capacitatea de a empatiza și de a înțelege perspectiva celuilalt, de a recunoaște și a aprecia similaritățile și diferențele interindividuale și intergrup, de a recunoaște și utiliza resursele oferite de familie, școală și comunitate ;
- 4) Deprinderile interpersonale – capacitatea de a stabili relații sănătoase bazate pe cooperare, rezolvare de conflicte, căutarea ajutorului la nevoie ;
- 5) Capacitate de luare de decizii în plan academic și social – manifestarea comportamentului etic, respectarea regulilor sociale, respectul manifest față de ceilalți, conștientizarea consecințelor propriilor comportamente, aducerea propriei contribuții la bunăstarea școlii și a comunității.

Un instrument folosit în grădiniță pentru evaluarea abilităților socioemoționale este Evaluarea Autoreglării la Vârsta Preșcolară (*The Preschool Self-Regulation Assessment – PSRA* ; Smith-Donald *et al.*, 2007). Se adresează copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani și evaluează capacitatea de reglare emoțională, controlul impulsului, atenție concentrată și distributivă. Constă în 10 sarcini comportamentale în care examinatorul evaluează emoțiile, atenția și comportamentele copiilor. Vom descrie aici doar sarcinile care măsoară reglarea emoțională și controlul impulsului. O sarcină este *Amânarea Gustării* – copilul este instruit să aștepte să mănânce o bomboană M&M ascunsă sub un pahar până la

auzirea unui sunet de clopoțel. Se fac patru încercări cu amânarea stabilită la 10, 20, 30 și 15 secunde. Comportamentul copilului este evaluat pe o scală de 4 puncte, se acordă un scor de 0 când copilul va mânca bomboana înainte de ridicarea clopoțelului (la jumătatea timpului fiecărei încercări), iar scorul de 4 va fi acordat în cazul în care copilul mănâncă bomboana numai după ce sună clopoțelul. Scorul final constituie media celor patru încercări. O altă sarcină se numește *Limba* – copilul așteaptă cu bomboana M&M pe limbă și nu trebuie să o mănânce înainte de a suna clopoțelul. Se fac aceleași patru încercări, cu aceeași setare temporară ca și în sarcina Amânarea Gustării. *Cadoul* este o sarcină în care copilul este legat la ochi în timp ce evaluatorul împachetează gălăgios o jucărie sau un cadou direct în fața copilului timp de 60 de secunde. După ce cadoul este împachetat, copilul este lăsat singur în cameră cu cadoul timp de 3 minute, el având sarcina să nu îl atingă, astfel încât cadoul va fi o surpriză. Se acordă 0 puncte dacă se va uita ostentativ și 2 puncte dacă nu se uită. De asemenea se acordă 0 puncte dacă desface cadoul înainte ca evaluatorul să plece din cameră și 3 dacă așteaptă să deschidă cadoul. Se înregistrează și timpul de latență atât pentru comportamentul de a se uita, cât și pentru cel de a deschide cadoul. *Turnul* – copilul și evaluatorul trebuie să construiască un turn vertical din 20 de cuburi de lemn. Evaluatorul explică ce înseamnă să pui cubul când îți vine rândul. În sarcină, evaluatorul nu va pune cubul când îi vine rândul, ci va aștepta cu cubul în mână până ce copilul îi indică să facă acest lucru. Se acordă 10 puncte dacă nu respectă rândul și 20 dacă sunt alternate rândurile.

Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric (ASEBA ; Achenbach și Rescorla, 2001) conține trei tipuri de chestionare : Scala comportamentală pentru copii (6-18 ani) adresată părinților (CBL – *Child Behavior Checklist*), Chestionarul de autoevaluare adresat categoriei de vârstă 11-18 ani (YSR – *Youth Self Report*) și Chestionarul adresat profesorilor (TRF – *Teacher Report Form*), care vizează vârste cuprinse între 6 și 18 ani. Măsoară probleme de anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice, probleme de relaționare socială, probleme de gândire, probleme de atenție, neatenție, hiperactivitate/impulsivitate, comportament de încălcare a regulilor și comportament agresiv. Testul a fost adaptat pe populația românească de Anca Dobrea și este comercializat de RTS Cluj.

Scala de Evaluare Comportamentală și Emoțională – 2 (*The Behavioral and Emotional Rating Scale* – BERS-2 ; Epstein și Sharma, 1998) măsoară punctele forte și competențele copiilor și adolescenților din cinci arii : aria interpersonală (capacitatea de a-și controla propriile emoții și comportamente într-o situație socială), implicarea în familie (relaționarea cu propria familie), aria intrapersonală (perspectiva asupra propriilor competențe și realizări), funcționare școlară (competențele academice și îndeplinirea sarcinilor școlare) și aria afectivă (capacitatea de exprimare a emoțiilor resimțite față de ceilalți, acceptarea afecțiunii din partea celorlalți). Scala are trei forme : Chestionarul pentru copii (*Youth Rating Scale*, adresat vârstelor cuprinse între 11 și 18 ani), Scala pentru părinți (*Parent Rating Scale*) și Scala pentru profesori (*Teacher Rating Scale*), ultimele două ținând subiecții de 5-18 ani. Vom da exemplu câte doi itemi pentru fiecare arie (Are simțul umorului ; Își indentifică emoțiile ; Interacționează pozitiv cu părinții ; Vorbește cu părinții despre diferite fapte ; E prietenos cu ceilalți ; Ascultă ceea ce spun ceilalți ; Termină sarcinile școlare la timp ; Este atent în clasă ; Acceptă o îmbrățișare ; Își exprimă îngrijorările în fața celorlalți).

Sistemul Devereux de Evaluare a Calităților Elevilor (*The Devereux Student Strengths Assessment* – DESS ; LeBuffe, Shapiro și Naglieri, 2009) măsoară competențele socio-emoționale ale preșcolarilor și elevilor din cliclul primar și gimnazial, atât în context școlar, cât și în context extrașcolar. Prin componentele sale, sistemul oferă oportunitatea

evaluării cu scop de diagnoză, dar și evaluării formative, periodice sau summative. În forma sa standard, evaluarea începe cu fișa de evaluare a competențelor socioemoționale ale elevilor, completată de profesor (DESSA-Mini ; Naglieri, LeBuffe și Shapiro, 2014). În funcție de necesități, sunt evaluate competențele socioemoționale din opt domenii, fie de elevi, fie de părinți sau personalul instituției. Cele opt domenii sunt : conștiința sinelui (își spune părerea când este întrebat, descrie propriile emoții), conștiința socială (cooperează cu covârșnicii/frații, îi iartă pe cei care îi greșesc), automanagement (își așteaptă rândul, se adaptează la schimbările de plan), comportament direcționat spre scop (persistă în încercarea de a rezolva problema când nu reușește, parcurge pași spre atingerea scopurilor), deprinderi de relaționare (își oferă ajutorul, face complimente sau felicită alte persoane), responsabilitate personală (își amintește informațiile importante, are un rol important acasă și la școală), luare de decizii (își asumă responsabilitatea pentru propriile comportamente) și gândire optimistă (spune lucruri bune despre el/ea, are așteptări ridicate de la sine). Cu ajutorul DESSA pot fi identificați elevii care au deprinderi socioemoționale, dar și elevii care necesită instrucție în acest sens. Sistemul determină comportamente specifice prin care sunt reflectate deprinderile socioemoționale sau comportamentele care sunt necesare a fi însușite de către unii studenți și oferă informații despre gradul în care elevii pot beneficia în urma unui program de dezvoltare a abilităților socioemoționale. Spre deosebire de alte scale, sistemul DESSA oferă profesorilor oportunitatea de a folosi propriile evaluări pentru implementarea la clasă a activităților de formare a deprinderilor socioemoționale. DESSA conține 72 de itemi, iar DESSA-Mini, 8 itemi. Pentru fiecare item, evaluatorul trebuie să aprecieze pe o scală Lickert de 5 puncte cât de frecvent s-a angajat elevul în comportamentul respectiv în ultimele patru săptămâni. Se poate calcula un scor pentru fiecare subscală și un scor compozit, scorurile fiind exprimate în cote T. Valori egale sau mai mari de 60 exprimă prezența deprinderilor la un nivel înalt, un scor sub 40 indică necesitatea implementării unui program de intervenție. Un scor de 41-59 înseamnă nivel comun de dezvoltare a abilității. Se poate contura și un profil al clasei sau al grupului de elevi, fiind identificați elevii care necesită implicarea într-un program de intervenție.

38.4. Evaluarea maturității școlare

Intrarea în școală este un moment important din viața copiilor, dar și a familiilor lor. Cercetările susțin că primele experiențe de școală prezic succesul școlar de mai târziu, elevii care au experiențe pozitive sunt mai fericiți la școală, au mai puține absențe și, prin urmare, au un potențial mai ridicat de a beneficia de educație, obținând astfel rezultate academice și sociale mai bune (Ladd, Buhs și Seid, 2000 ; Pianta și Kraft-Sayre, 2003).

Maxwell și Clifford (2004) argumentează că maturitatea școlară nu se referă doar la elev, ci și la familia acestuia, mediul din care provine, școală și comunitate. Deprinderile și cunoștințele copiilor sunt puternic influențate de familiile din care provin și de primele experiențe trăite. De exemplu, urmărirea de către părinți a liniei de gândire a copilului mic („Îți place acest animal? Se numește leu!”, „Da, seamănă cu pisica bunicii”, „Vrei să mergem afară?”) influențează maturitatea școlară prin dezvoltarea limbajului la vârsta de 2 ani și a capacității de autocontrol la 3-4 ani (Bernier, McMahon și Perrier, 2017). Trebuie să recunoaștem, școlile au cerințe și așteptări diferite, atât față de elevi, cât și

față de părinții acestora. Un copil poate fi considerat suficient de matur pentru a intra într-o anumită școală, dar imatur pentru a deveni elev într-o altă școală. Comunitatea este responsabilă prin faptul că trebuie să ofere tuturor copiilor servicii medicale și de educație timpurie de calitate.

Când vine vorba însă de evaluarea maturității școlare, acest lucru se face doar la nivelul elevului, el trebuie să dețină astfel un set de cunoștințe și deprinderi necesare pentru a putea răspunde în mod corespunzător cerințelor școlii (Kulcsar, 1978). În funcție de scopul său, evaluarea poate fi formală sau informală. Dacă prima face apel la teste standardizate sau nu, cea din urmă implică mai mult observația, analiza produselor activității, liste de verificare. Evaluarea informală poate fi realizată de către profesor spontan, în timpul orelor sau pauzelor școlare, atunci când sunt necesare măsurători frecvente. Evaluarea formală este sistematică, este planificată în avans și cere dedicarea unui moment special în care să se deruleze.

Maturitatea școlară presupune cunoștințe despre culori și forme, cunoștințe lingvistice, astfel încât copilul să poată descrie o imagine, să înțeleagă un text, să poată poziționa și recunoaște obiecte, să identifice și să scrie litere, dar și cunoștințe matematice despre numere și operații matematice. În metaanaliza lor, La Paro și Pianta (2000) estimau că testele standardizate de evaluare a cunoștințelor necesare intrării în școală prezic puternic reușita școlară în primii ani de școală până în clasa a V-a, uneori coeficientul fiind mai mare de 0,50. Cu alte cuvinte, peste 25% din performanța școlară a elevului în clasele primare poate fi prezisă în baza testelor standardizate. Două dintre testele folosite sunt Lollipop test (Chew și Morris, 1984) și Metropolitan Readiness Tests (Nurss și McGauvran, 1995). Testul Lollipop (*Lollipop Test*) se administrează individual la începutul și la finalul grădiniței, componentele sale fiind :

- 1) Identificarea culorilor și formelor, copierea formelor ;
- 2) Descrierea imaginilor, recunoașterea poziției și așezării în spațiu ;
- 3) Identificarea numerelor și calculul ;
- 4) Identificarea literelor și scrierea.

Testele de evaluare a pregătirii pentru școală Metropolitan (Metropolitan Readiness Tests) au două niveluri de aplicare. Primul nivel este cel al administrării individuale, fiind evaluate cunoștințele de la începutul și din timpul grădiniței. Cel de-al doilea nivel presupune administrarea în grup, evaluând cunoștințele acumulate în timpul grădiniței (grupa mijlocie) până la intrarea în școală. Capacitatea de discriminare vizuală este evaluată prin potrivirea literelor, secvențelor de litere și a cuvintelor. Testul măsoară și următoarele dimensiuni : discriminarea fonemelor ; corespondența litere-sunete ; corespondența sunete, imagine, propoziție ; vocabular, înțelegerea conceptelor ; numere și operații matematice. Vom da câteva exemple de sarcini prin care se măsoară aceste dimensiuni. Pentru corespondența dintre sunete și imagini, copilul privește patru imagini din caietul de testare în timp ce examinatorul numește fiecare imagine, apoi copilul trebuie să aleagă acea imagine al cărei nume începe cu același sunet cu care începe un cuvânt pronunțat de examinător, dar care nu este ilustrat. Pentru corespondența sunet-literă se folosesc imagini urmate de patru litere, după ce examinătorul numește imaginea, copilul selectează litera corespunzătoare sunetului de la începutul numelui imaginii. Găsirea patternurilor este o altă probă, copilul trebuie să privească mai întâi un stimul vizual constând din grupuri de litere, cuvinte, numere sau litere artificial create și apoi să descopere itemul respectiv în cadrul unei grupări mai mari de astfel de stimuli.

Maturitatea școlară implică de asemenea dezvoltarea funcțiilor executive cum ar fi controlul inhibitoriu, memoria de lucru și comutarea atenției (Miyake *et al.*, 2000). Controlul inhibitor este abilitatea de a inhiba un prim răspuns sau un răspuns nepotrivit în favoarea răspunsului următor sau a celui potrivit. Memoria de lucru este capacitatea de a menține, actualiza și manipula informația în memorie. Comutarea atenției este definită ca fiind capacitatea de schimbare a focalizării atenției între seturi sau sarcini mintale, capacitatea de a se angaja sau dezangaja din anumite sarcini sau indicații specifice unei sarcini. În preșcolaritate, controlul inhibitor este relaționat cu performanța academică (Allan *et al.*, 2014). Funcțiile executive pot fi evaluate prin sarcini comportamentale și prin chestionare completate de părinți sau profesori. Acestea din urmă au o validitate ecologică mai mare întrucât presupun evaluarea de către părinți sau profesori a funcțiilor executive în situații reale de viață. Cele două modalități de evaluare nu corelează între ele, deoarece se presupune că măsoară aspecte diferite ale aceluiași construct, sarcinile comportamentale evaluând componente specifice ale funcțiilor executive, pe când măsurătorile comportamentale vizează caracterul lor mai general, cu aplicabilitate în sarcini zilnice (Toplak, West și Stanovich, 2013).

Un bine-cunoscut instrument de măsurare a funcțiilor cognitive ale copiilor de vârstă școlară este Inventarul Comportamental al Funcțiilor Executive (*Behavior Rating Inventory of Executive Function*; Gioia *et al.*, 2002). Ulterior a fost propus Inventarul Comportamental al Funcțiilor Executive – Forma pentru preșcolari (Isquith, Gioia și Espy, 2004). Are 63 de itemi care măsoară cinci dimensiuni ale funcțiilor cognitive: control inhibitor (eșuează în a recunoaște lucrurile care îi deranjează pe ceilalți, necesită supervizare îndeaproape), comutarea atenției (este rezistent la schimbarea rutinei zilnice, e deranjat de sarcini noi), control emoțional (reacționează exagerat față de lucruri mici, se supără repede), memorie de lucru (probleme în reactualizarea a două lucruri, probleme de concentrare în timpul jocului) și planificare/organizare (trebuie să i se spună să înceapă sarcina, lasă lucrurile în dezordine și ceilalți le strâng). Fiecare item este evaluat pe o scală Lickert de 3 puncte (niciodată, uneori, deseori), scorul ridicat însemnând nivel scăzut de dezvoltare a funcțiilor cognitive.

Spuneam că funcțiile executive pot fi evaluate și cu ajutorul sarcinilor comportamentale. Vom da aici două exemple de astfel de sarcini. Prima se numește *Cap-Degete-Genunchi-Umeri* și a fost dezvoltată de McClelland *et al.* (2014). Sarcina are la bază jocul și este dedicată copiilor de 4-8 ani. Se bazează doar pe interacțiunea dintre examinator și copil, acesta din urmă trebuind să respecte patru reguli comportamentale. Prima regulă este: „atinge-ți capul”, „atinge-ți degetele de la picioare”, „atinge-ți umerii” și „atinge-ți genunchii”. Apoi, copilul este instruit să răspundă prin comportamente opuse, și anume, la indicația „atinge-ți capul”, își va atinge degetele de la picioare și invers, iar la indicația „atinge-ți umerii”, își va atinge genunchii și invers. Regula se schimbă din nou, și anume, la indicația „atinge-ți capul”, copilul își va atinge genunchii și invers, iar la indicația „atinge-ți umerii”, el trebuie să atingă degetele de la picioare și invers. Pentru fiecare regulă se fac 10 încercări, în total copilul executând 30 de mișcări. Se cotează cu 0 dacă mișcarea este incorectă, cu 1 dacă are tendința de a face mișcarea greșit, dar finalizează corect, și cu 2 dacă a executat corect comanda. Un scor ridicat denotă capacitate de autoreglare.

O altă sarcină comportamentală se numește *Testul Stroop Zi-Noapte* și a fost propus de Gerstadt, Hong și Diamond (1994). Copiilor le sunt arătate 16 imagini cu soarele și luna. Li se cere să răspundă în sens opus, adică, atunci când le sunt arătate imagini cu soarele, să răspundă „noapte”, iar când privesc imagini cu luna, să răspundă „zi”. Se

acordă 0 puncte pentru răspuns incorect, 1 pentru situațiile în care copilul răspunde cu „soare”/„lună”, răspunsul corect fiind „zi”/„noapte”, și 2 pentru răspunsul corect. Scorul total variază între 0 și 32 de puncte, scorul ridicat însemnând nivel ridicat de dezvoltare a funcțiilor cognitive.

Maturitatea școlară presupune de asemenea un anumit nivel de dezvoltare vizuo-motrică, copilul trebuie să fie capabil să reprezinte și să transforme inputul perceptual și apoi să coordoneze și să execute mișcări fine. O sarcină tipică de evaluare a capacității de integrare vizuo-motrică este aceea de copiere a imaginilor model în două dimensiuni, fiind diferită de simpla trasare. Ea presupune implicarea funcțiilor executive, și anume menținerea stimulilor vizuali în memoria de lucru, coordonarea acțiunilor cerute și inhibarea mișcărilor care nu sunt necesare. O capacitate vizuo-motrică bună compensează în cazul în care controlul inhibitor este scăzut în sarcini de recunoaștere a literelor, de învățare a literelor de tipar, de asociere a sunetelor cu literele, de a înțelege un text oferind semnificații (Cameron *et al.*, 2015). Cu atât mai mult se recomandă evaluarea dezvoltării vizuo-motrice. Un alt argument în acest sens este adus și de rezultatele unor cercetări care arată că, din cadrul unei baterii de teste care evaluează motricitatea fină a mâinii prin sarcini de desenare de figuri, folosirea cuburilor pentru construcții și copiere de imagini, doar rezultatele ultimei probe obținute la 5 ani s-au dovedit a fi responsabile pentru achiziționarea cunoștințelor de matematică la 7, respectiv 10 ani (Grissmer *et al.*, 2010).

Un instrument folosit pentru evaluarea capacității de integrare vizuo-motrică este Testul de dezvoltare a capacității de integrare vizuo-motrică Beery-Buktenica (*Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration*; Beery, Buktenica și Beery, 2010). Se administrează individual, dar poate fi folosit și în grup. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 și 8 ani se folosește forma scurtă, copilului i se dă un caiet conținând 15 figuri geometrice a căror dificultate crește gradat și i se cere să le copieze fără să șteargă și fără să rotească în vreo direcție caietul.

Dezvoltarea abilităților socioemoționale este de asemenea importantă în dobândirea maturității pentru școală, însă acestea au fost descrise deja anterior.

Dintre testele existente pe piață în prezent, pentru evaluarea maturității școlare pot fi utilizate Bateria de evaluare neuropsihologică la copiii de 3-12 ani NEPSY (Cognitrom), Platforma de evaluare a dezvoltării copiilor de 3-7 ani PEDa (Cognitrom) și Bateria de evaluare a copilului preșcolar „Gata pentru școală” (TestCentral). Bateria de evaluare neuropsihologică la copiii de 3-12 ani NEPSY conține 27 de teste care măsoară atenție și funcții executive, memorie și învățare, limbaj, funcționare senzorio-motorie și procesare vizuo-spațială. Platforma de evaluare a dezvoltării copiilor de 3-7 ani PEDa este un soft de evaluare psihologică a copilului și conține 50 de scale/teste care măsoară competențe cognitive, emoționale, sociale, motrice, de autonomie personală, dar și prerechizite ale școlarității. Bateria de evaluare a copilului preșcolar „Gata pentru școală” a fost dezvoltată de Clinciu (2016) și măsoară motricitate grosieră, motricitate de finețe a mâinii, reproducerea unui desen după model sau din imaginație, noțiunea de număr și conservarea lui, limbaj și comunicare. Conține și fișe de observare psihopedagogică pentru părinți și educatoare în care sunt urmărite și abilitățile socioemoționale.

Bibliografie

- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Allan, N.P., Hume, E.L., Allan, M.D., Farrington, L.A., Lonigan, Ch.J. (2014). Relations between inhibitory control and the development of academic skills in preschool and kindergarten: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 50(10), 2368-2379; <http://dx.doi.org/10.1037/a0037493>.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological Testing. Sixth Edition*. New York, NY: Macmillan Publishing Company.
- Beery, K.E., Buktenica, N.A., Beery, N.A. (2010). *Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration* (6th ed.) (BEERY™ VMI). Minneapolis, MN: Pearson.
- Bernier, A., McMahon, C.A., Perrier, R. (2017). Maternal mind-mindedness and children's school readiness: A longitudinal study of developmental processes. *Developmental Psychology*, 53(2), 210-221; <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000225>.
- Cameron, E.C., Brock, L.L., Hatfield, E.B., Cottone, A.E., Rubinstein, E., LoCasale-Crouch, J., Grissmer, D.W. (2015). Visuomotor Integration and Inhibitory Control Compensate for Each Other in School Readiness. *Developmental Psychology*, 51(11), 1529-1543; <http://dx.doi.org/10.1037/a0039740> 1529.
- Chew, A.L., Morris, J.D. (1984). Validation of the Lollipop test: A diagnostic screening test of school readiness. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 987-991; <http://dx.doi.org/10.1177/0013164484444022>.
- Cliniciu, A.I. (2016). *Gata pentru școală. Bateria de evaluare a copilului preșcolar (manual tehnic)*. Cluj-Napoca: Editura Sinapsis.
- Durlak, J.A., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., Weissberg, R.P., Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
- Epstein, M.H., Sharma, H.M. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength based approach to assessment*. Austin, TX: PRO-ED.
- Fuchs, L.S., Powell, S.R., Cirino, P.T., Schumacher, R.F., Marrin, S., Hamlett, C.L. et al. (2014). Does calculation or wordproblem instruction provide a stronger route to pre-algebraic knowledge? *Journal of Educational Psychology*, 106, 990-1006; <http://dx.doi.org/10.1037/a0036793>.
- Gerstadt, C.L., Hong, Y.J., Diamond, A. (1994). The relationship between cognition and action: performance of children – 7 years old on a stroop – like day-night test. *Cognition*, 53, 129-153; [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(94\)90068-X](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(94)90068-X).
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Retzlaff, P.D., Espy, K.A. (2002). Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. *Child Neuropsychology*, 8, 249-257; <http://dx.doi.org/10.1076/chin.8.4.249.13513>.
- Greiff, S., Wüstenberg, S., Molnar, G., Fischer, A., Funke, J., Csapó, B. (2013). Complex Problem Solving in educational settings – Something beyond g: Concept, assessment, measurement invariance, and construct validity. *Journal of Educational Psychology*, 105, 364-379; <http://dx.doi.org/10.1037/a0031856>.
- Grissmer, D., Grimm, K.J., Aiyer, S.M., Murrain, W.M., Steele, J.S. (2010). Fine motor skills and early comprehension of the world: Two new school readiness indicators. *Developmental Psychology*, 46, 1008-1017; <http://dx.doi.org/10.1037/a0020104>.
- Heckman, J.J., Humphries, J., Veramendi, G. (2014). *Education, Health and Wages, NBER Working Paper*, No. 19971.
- Isquith, P.K., Gioia, G.A., Espy, K.A. (2004). Executive function in preschool children: Examination through everyday behavior. *Developmental Neuropsychology*, 26, 403-422; http://dx.doi.org/10.1207/s15326942dn2601_3.
- Kulcsar, T. (1978). *Factorii psihologici ai reușitei școlare*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

- Ladd, G.W., Buhs, E.S., Seid, M. (2000). Children's initial sentiments about kindergarten : Is school liking an antecedent of early classroom participation and achievement? *Merrill-Palmer Quarterly*, 46, 255-279.
- La Paro, K.M., Pianta, R.C. (2000). Predicting children's competence in the early school years : A meta-analytic review. *Review of Educational Research*, 70, 443-484 ; <http://dx.doi.org/10.3102/00346543070004443>.
- LeBuffe, P.A., Shapiro, V.B., Naglieri, J.A. (2009). *The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA) : Assessment, technical manual, and user's guide*. Charlotte, NC : Apperson, Inc.
- LeBuffe, P.A., Shapiro, V.B., Robilaille, L.J. (2017). The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA) comprehensive system : Screening, assessing, planning, and monitoring. *Journal of Applied Developmental Psychology* ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2017.05.002>.
- Maxwell, K., Clifford, R.M. (2004). Research in review : School readiness assessment. *Young Children*, 59(1), 42-46.
- McClelland, M.M., Cameron, C.E., Duncan, R., Bowles, R.P., Acock, A.C., Miao, A., Pratt, M.E. (2014). Predictors of early growth in academic achievement : the head-toes-knees-shoulders task. *Frontiers in Psychology*, 5, 599 ; <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00599>.
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M., Witzki, A., Howerter, A., Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex „frontal lobe” tasks : A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Naglieri, J.A., LeBuffe, P.A., Shapiro, V.B. (2014). *The Devereux Student Strengths Assessment – Mini (DESSA-Mini) : Assessment, technical manual, and user's guide*. Charlotte, NC : Apperson, Inc.
- Nurss, J., McGauvran, E.M. (1995). *Metropolitan Readiness Tests – Sixth Edition (MRT6)*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- OECD (2013). *PISA 2012 assessment and analytical framework*. Paris, France : OECD Publishing.
- OECD (2014). *PISA 2012 results : Creative problem solving*. Paris, France : OECD Publishing.
- OECD (2015). *Skills for Social Progress : The Power of Social and Emotional Skills. OECD Skills Studies*. Paris, France : OECD Publishing ; <http://dx.doi.org/10.1787/9789264226159-en>.
- Pellegrino, W.J., Hilton, L.M. (2012). *Education for Life and Work : Developing Transferable Knowledge and Skills in the 21st Century*. Washington, DC : The National Academies Press.
- Pianta, R.C., Kraft-Sayre, M. (2003). *Successful kindergarten transition : Your guide to connecting children, families, and schools*. Baltimore, MD : Brookes.
- Smith-Donald, R., Raver, C.C., Hayes, T., Richardson, B. (2007). Preliminary construct and concurrent validity of the Preschool Self-Regulation Assessment (PSRA) for field-based research. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 173-187.
- Swanson, H.L. (2014). Does cognitive strategy training on word problems compensate for working memory capacity in children with math difficulties? *Journal of Educational Psychology*, 106, 831-848 ; <http://dx.doi.org/10.1037/a0035838>.
- Swanson, H.L., Jerman, O. (2006). Math disabilities : A selective meta-analysis of the literature. *Review of Educational Research*, 76, 249-274 ; <http://dx.doi.org/10.3102/00346543076002249>.
- Toplak, M.E., West, R.F., Stanovich, K.E. (2013). Practitioner review : Do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 131-143 ; <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12001>.
- Wong, T.T.-Y., Ho, C.S.-H. (2017). Component processes in arithmetic word-problem solving and their correlates. *Journal of Educational Psychology*, 109(4), 520-553 ; doi : <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000149>.
- Wüstenberg, S., Greiff, S., Vainikainen, M.-P., Murphy, K. (2016). Individual differences in students' complex problem solving skills : How they evolve and what they imply. *Journal of Educational Psychology*, 108(7), 1028-1044 ; <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000101>.

39. Evaluarea psihologică în context organizațional

Ticu Constantin

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Evaluarea psihologică în context organizațional are anumite particularități date, în primul rând, de obiectivul ei final, acesta fiind subordonat eficacității organizaționale. Vizând, în principal, optimizarea activității organizaționale și îmbunătățirea performanței individuale și, secundar, starea de sănătate fizică și psihologică a angajatului, evaluarea psihologică profesională este supusă unor constrângeri multiple de ordin legal, metodologic și financiar. Evaluarea psihologică este utilizată ca etapă în procesul de recrutare și selecție profesională (*evaluarea psihologică la angajare*), ca procedură în cadrul procesului de evaluare medicală și psihoaptitudinală periodică (*evaluarea psihologică periodică*) sau ca activitate de sprijin în contexte organizaționale în care se urmăresc dezvoltarea și optimizarea activității individuale (*evaluarea psihologică de optimizare*). Deși are un caracter specific, ea respectă principiile și normele deontologice ale evaluării psihologice generale și contribuie la crearea condițiilor necesare pentru asigurarea unui echilibru optim între performanța profesională și satisfacția individuală la locul de muncă.

39.1. Particularități ale evaluării psihologice în context organizațional

Evaluarea psihologică în context organizațional, datorită specificului ei, este supusă unor constrângeri multiple, atât de ordin *legal* (normele legale și deontologice care trebuie respectate), de ordin *metodologic* (metodologie de evaluare psihologică specifică activității organizaționale) sau de constrângeri ce țin de *obiectivul final* al demersului de evaluare (optimizarea randamentului individual și creșterea eficacității organizaționale).

Activitatea de evaluare psihologică în context organizațional nu poate fi realizată în orice condiții, ea fiind *reglementată legal* și limitată la câteva variante/alternative. În acest sens, există situații în care evaluarea psihologică este recomandată sau este obligatorie din punct de vedere legal, după cum există și situații în care ea este inadecvată sau poate

fi considerată un abuz, o încălcare a normelor legale sau deontologice (Constantin, 2016). De exemplu, situațiile particulare, în care evaluarea psihologică periodică este recomandată sau obligatorie prin lege, sunt precizate prin *Hotărârea de Guvern nr. 355 din 11 aprilie 2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor*, la care se adaugă *Hotărârea Nr. 1169 din 25.11.2011 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului 355/2007*. În plus, deontologia actului psihologic este monitorizat de *Comisia de Deontologie din cadrul Colegiului Psihologilor din România* (<http://www.copsi.ro/anunturi-deontologie/comisia-de-deontologie>), iar comisiile sau asociațiile de specialitate oferă recomandări suplimentare cu privire la modul în care evaluarea psihologică trebuie să fie realizată în mod profesionist în context organizațional (www.apio.ro/upload/apio_epcm_201503616.pdf).

Evaluarea psihologică standardizată, activitate care presupune informarea sau instruirea persoanelor evaluate, oferirea și monitorizarea modului de completare a probelor psihologice standardizate (*teste de aptitudini, inventare de personalitate, chestionare de atitudini* etc.), interpretarea datelor obținute și formularea concluziilor finale, poate fi realizată doar de către *psihologi acreditați* (cu drept de liberă practică), în cadrul unor *cabinete/laboratoare psihologice acreditate* de către Colegiul Psihologilor din România. În plus, evaluarea psihologică trebuie să se realizeze cu ajutorul unor proceduri profesionale de evaluare psihologică, pe cât posibil *recomandate* de către Colegiul Psihologilor din România (detalii la adresa <http://www.copsi.ro>, secțiunea „Metode si tehnici de evaluare si asistență”), achiziționate în mod legal și pentru care psihologul practician are o minimă calificare (pe care o oferă, de regulă, distribuitorii instrumentului respectiv, în cadrul unor stagii de training/certificare). „Testele” sau „chestionarele de autoevaluare”, care apar împreună cu „cheia”/modul de notare în diverse reviste, cărți și chiar ca exemple în manualele academice, nu sunt instrumente psihologice profesionale de evaluare a personalității și nu pot fi folosite pentru a lua decizii profesionale.

În plus, evaluarea psihologică în context organizațional, din punct de vedere metodologic, trebuie realizată cu *metode și instrumente specifice*, relevante pentru contextul organizațional. Spre deosebire de evaluarea realizată în context clinic, unde persoana se află într-o relație de ajutor și are interesul de a oferi răspunsuri sincere, evaluarea psihologică în context organizațional fiind una cu miză (evaluarea la angajare, evaluarea psihologică periodică etc.), persoana evaluată va avea tendința de a exagera în autoraportare, încercând să se prezinte într-o lumină cât mai favorabilă. Din acest motiv multe dintre inventarele de personalitate utilizate în context clinic sau educațional, în special cele care au o vulnerabilitate mare la tendința de fațadă, nu pot fi utilizate în context organizațional, iar metodologiile de evaluare utilizate (*ghidurile de interviu, grilele de evaluare, scale sau inventarele de personalitate* etc.) trebuie să fie adaptate/construite pentru a putea fi utilizate în acest context.

Obiectivul final al evaluării psihologice în context organizațional este diferit de cel urmărit în celelalte situații de evaluare psihologică (evaluare *clinică, psihoterapeutică, vocațională, educațională* etc.). Dacă ne referim la *evaluarea psihologică la angajare* din cadrul procesului de selecție profesională, obiectivul final este unul competitiv, centrat pe selectarea celui mai bun candidat și pe departajarea lui de ceilalți contracandidați. În *evaluarea psihologică periodică*, obiectivul este unul preventiv, urmărind identificarea persoanelor care, pe fondul unor schimbări în structura aptitudinală sau de personalitate, nu își mai pot realiza sarcinile profesionale în deplină siguranță. Altfel spus, în acest caz, unele „accentuări” a unor trăsături de personalitate sau „destructurări” aptitudinale

pot afecta acuratețea cu care un angajat își îndeplinește sarcinile, punându-se astfel în pericol pe sine sau punându-i pe alții în pericol (*conducători auto, lucrători la înălțime, personal cu armă în dotare* etc.). Chiar și în situațiile de *evaluare psihologică de optimizare*, care nu are ca finalitate selecția sau departajarea angajaților (de exemplu, în *formarea/optimizarea echipelor, consilierea pentru carieră, identificarea potențialului de leadership*), obiectivul final al evaluării este tot unul subordonat eficacității organizaționale, urmărindu-se optimizarea activității organizaționale și îmbunătățirea performanței individuale și colective.

Anticipând conținuturile din paginile următoare, putem spune că evaluarea psihologică în context organizațional este recomandată :

- a) ca etapă/procedură în cadrul procesului de recrutare și selecție profesională (*evaluarea psihologică la angajare*) ;
- b) ca etapă/procedură în cadrul procesului de evaluare medicală și psihoaptitudinală periodică (*evaluarea psihologică periodică*) ;
- c) în situații/contexte organizaționale în care se urmăresc dezvoltarea și optimizarea activității individuale (*evaluarea psihologică de optimizare*).

Pentru a descrie modul de realizare a evaluării psihologice în context organizațional, mai întâi vom descrie această procedură ca parte a *procesului de recrutare și selecție profesională*. Cu această ocazie vom exemplifica *principalele etape și rezultate* ale unui demers de evaluare psihologică în context organizațional, după care vom descrie particularitățile celorlalte forme de evaluare psihologică.

39.2. Evaluarea psihologică în cadrul procesului de selecție la angajare

Evaluarea psihologică individuală poate fi una dintre etapele procesului de recrutare și selecție profesională și, ca parte a acestui proces, pregătirea și realizarea evaluării psihologice presupun parcurgerea mai multor etape distincte: *identificarea criteriilor psihologice relevante ; operaționalizarea criteriilor ; definirea metodelor de evaluare/bateriei de evaluare psihologică ; organizarea și realizarea examenului de evaluare psihologică ; analiza datelor și redactarea profilurilor psihologice ; comunicarea rezultatelor evaluării psihologice* (Constantin, 2016).

39.2.1. *Identificarea criteriilor/caracteristicilor psihologice relevante*

La debutul procesului de selecție profesională este necesară identificarea criteriilor, inclusiv a criteriilor psihologice, care vor fi folosite în procesul de evaluare psihologică. Identificarea și definirea corectă a criteriilor de selecție sunt esențiale pentru că un proces de selecție, oricât de bine ar fi realizat, dacă este construit pe criterii/premise false, va conduce inevitabil la eșec. Spre deosebire de criteriile profesionale, care sunt relativ ușor

de identificat și operaționalizat, definirea și operaționalizarea criteriilor psihologice (a caracteristicilor psihologice relevante pentru ocuparea unui post) sunt mult mai dificile, pentru că realitatea psihologică este mai greu de surprins și cuantificat. În această etapă este esențială identificarea unor criterii asociate comportamentelor profesionale productive (*performanță sau randament bun, stabilitate în muncă, implicare în muncă, comportament civic organizațional* etc.) sau contraproductive (*performanță redusă, absenteism, consum de alcool/droguri, accidente* etc.) pentru postul vizat de procesul de selecție.

Pot exista mai multe strategii care pot fi folosite în demersul de identificare a unor criterii psihologice valoroase. Se poate utiliza intuiția psihologică, propunând așa-numitele *descreri intuitive* (frecvent folosite în practică, dar imprecise), pot fi folosite datele *analizelor de post* (dacă au fost corect realizate și centrate pe identificarea unor caracteristici psihologice relevante pentru postul analizat) sau se poate apela la *evaluări realizate de către experți*, dacă sunt utilizate metodologii standardizate de evaluare a dimensiunilor psihologice cheie pentru postul analizat (de exemplu, *Fleishman Job Analysis Survey*; Fleishman, 1995).

Ideale ar fi *studiile de evaluare a performanței*, adică cercetări empirice prin care să se identifice dimensiunile psihologice individuale care pot fi predictorii ai performanței/contraperformanței profesionale pentru un anumit post (Constantin, 2012). Dacă nu există resurse sau timp pentru a realiza astfel de studii, ca strategie alternativă de identificare a unor criterii de evaluare relevante, se poate face apel la literatura de specialitate. Se pot astfel identifica studii relevante, eventual *review-uri* sistematice sau metaanalize, care pun în evidență relații similare, semnificative statistic, între anumite variabile de personalitate și indicatorii ai performanței pentru posturi similare celui vizat de evaluarea psihologică. Chiar dacă specificul cultural face ca aceste corelații să varieze în jurul unei valori de bază, este destul de probabil ca aceste relații să fie valabile și pentru România.

39.2.2. Operaționalizarea criteriilor psihologice

Operaționalizarea criteriilor psihologice este etapa în care sunt stabilite modalități efective de măsurare a fiecărui criteriu, atât din punctul de vedere al conținutului (*întrebările din cadrul ghidului interviului, conținutul probelor situaționale, itemii scalelor aptitudinale, factorii inventarelor de personalitate* etc.), cât și din punctul de vedere al importanței fiecăruia dintre aceste conținuturi (*cât de intense/frecvente/mari trebuie să fie anumite comportamente/dimensiuni psihologice*). Operaționalizarea și cuantificarea criteriilor de evaluare psihologică presupun o descriere mai clară a fiecărui criteriu, definirea (dacă este cazul), identificarea unor componente/subcriterii relevante, propunerea unor indicatorii comportamentali pentru fiecare criteriu în parte și stabilirea tehnicilor și a condițiilor standardizate de evaluare.

De exemplu, identificând dimensiunea *organizare* drept criteriu psihologic relevant pentru evaluarea psihologică, aceasta trebuie integrată în metodologia de interviu sub formă de întrebări în cadrul *Ghidului de interviu* și de itemi/scale în cadrul *Grilei de evaluare* a persoanelor intervievate. Urmărind identificarea conduitelor relevante pentru această dimensiune, se pot construi mai multe scale simple de evaluare (figura 39.1), pentru a putea evalua și cuantifica în ce măsură persoana evaluată are capacitatea de identificare a resurselor, de planificare a acțiunilor și de urmărire sau de coordonare a modului de implementare a măsurilor.

Dimensiune		Indicatori		
ORGANIZARE <i>Identificarea resurselor de care dispune, planificarea și coordonarea eforturilor, punerea metodică în aplicare a etapelor prestabilite, în scopul atingerii unor obiective dificile.</i>	Identificarea resurselor	Are o idee vagă asupra resurselor de care dispune și nu poate oferi prea multe detalii în privința acestora.	1	
		Cunoaște care sunt resursele de care dispune, dar nu pare foarte sigur de modul în care le poate folosi.	2	
		Enumerează și detaliază resursele de care dispune și are o idee clară (strategii) privind modul de utilizare a lor.	3	
	Planificarea acțiunilor	Nu își planifică prea mult acțiunile, se bazează mai mult pe spontaneitate.	1	
		Își planifică într-o oarecare măsură acțiunile, dar rămâne la un plan general, vag definit.	2	
		Își planifică detaliat acțiunile și nu lasă loc pentru alternative sau variante de acțiune.	3	
		Își planifică amănunțit acțiunile, definind și alternative de acțiune în eventualitatea unor dificultăți.	3	
	Urmărirea și coordonarea implementării	Nu monitorizează cu atenție toate etapele implementării intervenind din când în când, aleatoriu sau în situațiile critice.	1	
		Urmărește periodic etapele stabilite ale planului, remediind problemele care apar pe parcurs.	2	
		Monitorizează cu atenție toate etapele implementării, anticipând și corectând din timp problemele care apar.	3	
	TOTAL : 6			

Figura 39.1. Operaționalizarea dimensiunii „organizare” în subcriterii și indicatori

39.2.3. Definirea metodelor standardizate de evaluare/bateriei de evaluare psihologică

După definirea indicatorilor comportamentali pentru fiecare dintre criteriile identificate și operaționalizate anterior, este aleasă metodologia psihologică de evaluare. De regulă, criteriile psihologice relevante pentru postul scos la concurs sunt urmărite în mod sistematic în două etape ale procesului de selecție: în etapa de *interview aprofundat* (cu ajutorul *ghidului de interview* și al *grilelor de evaluare*) și în etapa de *evaluare psihologică standardizată* (cu ajutorul *testelor de aptitudini*, *inventarelor de personalitate*, *chestionarelor de atitudine și valori*). Pentru început vor fi formulate întrebările ce se vor folosi în *ghidul de interview*, astfel încât să surprindă cât mai bine criteriile psihologice și indicatorii comportamentali relevanți pentru postul vizat. Apoi este necesară construirea unor *grile de evaluare* a conduitelor candidaților la interview, în funcție de aceleași criterii și aceiași indicatori, în așa fel încât să poată fi evaluată, cât mai precis și mai discriminativ, prestația candidaților în timpul interviewului.

În paralel, trebuie identificate și probele psihologice standardizate (*teste de aptitudini*, *inventare de personalitate*, *chestionare de atitudine și valori* etc.), pentru a fi incluse în bateria de probe psihologice care va fi folosită în examenul de evaluare psihologică standardizată. Evaluarea psihologică la angajare nefiind o activitate rutinieră (în cadrul unei organizații mici și medii, apar rareori posturi vacante și sunt scoase la concurs posturi diverse, având caracteristici diferite), procesul de identificare a criteriilor psihologice relevante se reia de fiecare dată pornind de la alte premise și se finalizează prin operaționalizări diferite,

în acord cu specificul postului scos la concurs. În acest context, ideal ar fi ca psihologul evaluator să aibă acces la un număr mare de probe psihologice standardizate (de exemplu, cele oferite pe PsihoProfile ; www.psihologi.ro), pentru a le putea extrage pe cele care se potrivesc cel mai bine cu setul de criterii psihologice relevante pentru un anumit post.

39.2.4. *Organizarea și realizarea examenului de evaluare psihologică*

Evaluarea psihologică propriu-zisă se poate realiza fie *online* (prin completarea în fața computerului a testelor de aptitudini sau a inventarelor de personalitate), fie prin administrarea acestor probe în varianta *imprimată* (creion-hârtie). Chiar dacă se optează pentru completarea computerizată a chestionarelor standardizate, se recomandă ca aceasta să se realizeze în condiții controlate, în prezența sau în proximitatea evaluatorilor (de exemplu, în sala de evaluare după legitimarea candidaților și oferirea instructajului). În acest caz, mai ales dacă se urmărește și realizarea *interviului aprofundat*, trebuie pregătite condițiile pentru organizarea așa-numitului *examen de evaluare psihologică*.

În primul rând, se vor stabili data, ora și locul în care se va face aplicarea probelor psihologice și vor fi anunțate persoanele care vor fi evaluate. În contextul unei evaluări psihologice ca parte a procesului de selecție profesională, este de preferat să fie consultați și candidații, pentru a stabili o zi și o oră convenabilă majorității (de regulă în weekend, începând cu ora 10 : 00).

În al doilea rând, dacă probele psihologice vor fi administrate în varianta imprimată, trebuie multiplicat și pregătite foile de răspuns (dacă este cazul !), toate aceste materiale fiind reunite într-un *dosar individual de evaluare*. Trebuie pregătite (multiplicate) exemplare suplimentare, pentru a le putea înlocui pe cele completate greșit de candidați.

Nu în ultimul rând, va fi pregătit sau inspectat locul în care se va realiza evaluarea psihologică (mese și scaune suficiente, condiții de iluminat etc.) și vor fi instruiți operatorii care vor asista la examen în calitate de asistenți sau de observatori din partea conducerii companiei/instituției. Cu această ocazie trebuie revăzut și, dacă este cazul, completat consemnul general, acele explicații și instrucțiuni generale care vor fi oferite candidaților înainte de începerea evaluării propriu-zise. Modul de formulare a instrucțiunilor („consemnului de evaluare”) și convingerea cu care ele vor fi formulate reprezintă prima etapă dintr-o strategie de control al acurateței rezultatelor și de limitare a tendinței de distorsionare a răspunsurilor de către cei evaluați (Constantin, 2016).

39.2.5. *Redactarea raportului psihologic și a recomandărilor finale*

Dacă etapele anterioare sunt parcurse corect (identificarea și operaționalizarea criteriilor psihologice relevante, pregătirea și realizarea examenului de evaluare psihologică), în această etapă sunt analizate și interpretate datele colectate în cadrul examenului de evaluare psihologică, în special cele obținute cu ajutorul testelor de aptitudini și inventarelor de personalitate, în scopul generării unui *profil de personalitate* și formulării concluziilor sau *recomandărilor psihologice*.

Analiza efectivă a rezultatelor obținute cu ajutorul probelor psihologice se face în acord cu manualul fiecărui instrument în parte, respectându-se pașii și algoritmi de calcul descriși în aceste manuale sau în cadrul stagiilor de instruire/certificare în utilizarea acelor instrumente. Coroborând datele obținute prin aplicarea mai multor probe psihologice diferite și în acord cu instrucțiunile specifice fiecărei probe psihologice, se vor defini *niveluri aptitudinale* (centrate pe confirmarea/infirmarya unor aptitudini necesare angajului) sau *profiluri de personalitate* (descrieri sintetice ale trăsăturilor de personalitate dominate ale persoanei evaluate).

De fiecare dată trebuie să fie verificate *scalegle de control* incluse în probele psihologice standardizate, scale care au la bază algoritmi de calcul care permit estimarea acurateții rezultatelor finale și a încrederii pe care o putem acorda rezultatelor obținute. De exemplu, în figura 39.2, este ilustrat modul în care, în cadrul unui test de abilități cognitive numit EVIQ (*Est Vest Intelligence Quotient*), este verificată acuratețea profilului de inteligență obținut de un anumit candidat, în funcție de trei seturi de indicatori: *procent erori*, *delta dificultate*, *indice erori infrecvente* (Sava et al., 2014).

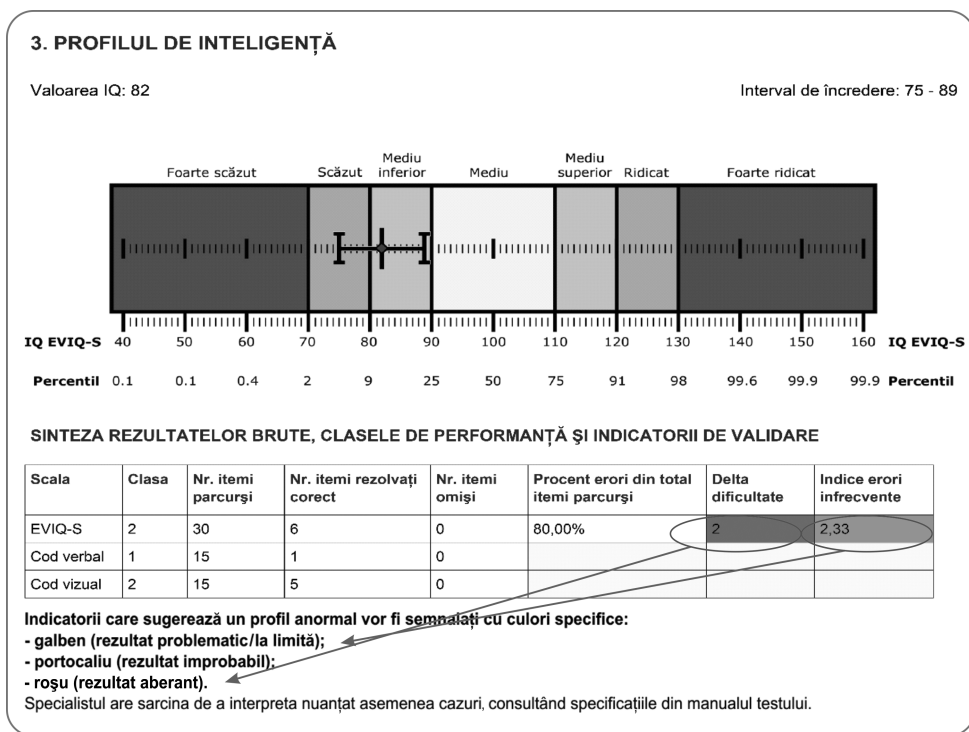


Figura 39.2. Reprezentarea grafică a datelor din testul de abilități cognitive EVIQ (Sava et al., 2014)

În cazul analizei *trăsăturilor de personalitate* și redactării profilurilor de personalitate, se recomandă utilizarea mai multor inventare de personalitate diferite, similare sau complementare, pentru a evita situațiile în care concluziile finale și deciziile importante (decizia de angajare sau de oferire a avizului „Inapt”) să fie bazate pe utilizarea unei singure probe psihologice.

Profilul psihologic final/sintetic trebuie să reunească principalele caracteristici ale persoanei evaluate și să rezume elementele definitorii ale acesteia, prin integrarea și corelarea informațiilor provenite din surse diverse. Nu este recomandată o simplă listare a tuturor caracteristicilor psihologice identificate ca fiind potențial relevante, ci doar a celor bine conturate (scoruri mari/extreme), confirmate din mai multe surse (probe psihologice diferite), organizate ierarhic, pornind cu prezentarea celor mai evidente și reprezentative. Altfel spus, un set de dominante ale personalității poate fi propus în profilul final al persoanei evaluate numai dacă ele sunt confirmate din cel puțin două „surse” diferite, integrarea informațiilor din surse diferite (*scale sau inventare de personalitate distincte, grile de observație, interviuri semistructurate* etc.) și coroborarea acestor rezultate asigurând realizarea unui profil psihologic cert, în acord cu caracteristicile reale ale persoanei evaluate.

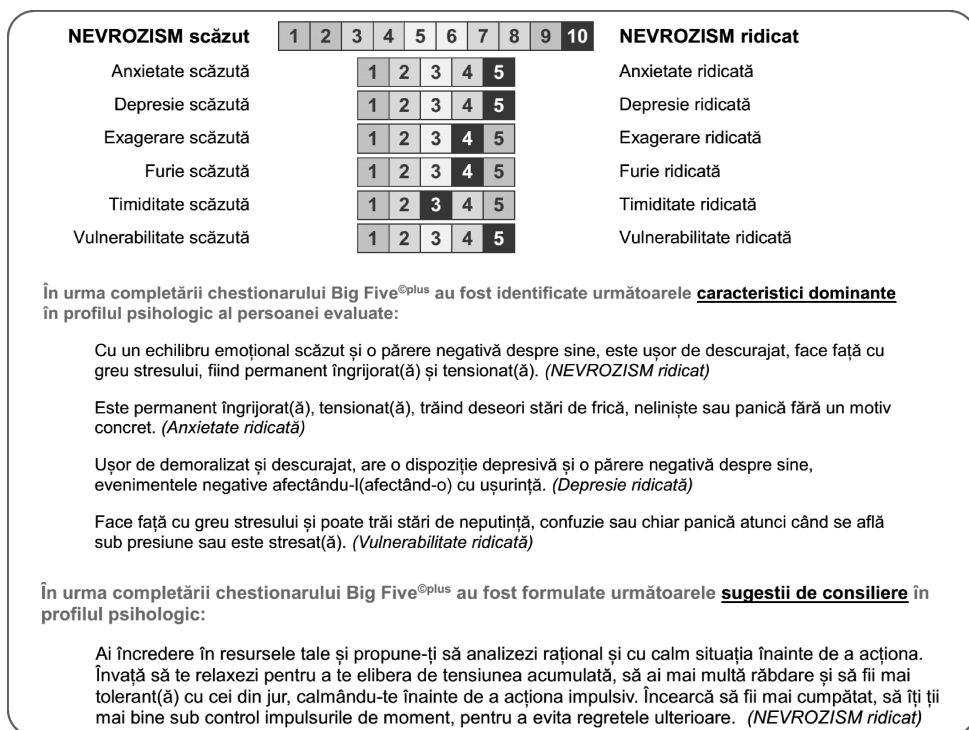


Figura 39.3. Profil psihologic sintetic (Big Five^{plus}, PsihoProfile, www.psihologi.ro)

În urma examenului de evaluare psihologică vor rezulta o serie de date (*scoruri brute și scoruri standardizate, profil de personalitate, recomandări psihologice* etc.) care vor fi adăugate celor obținute în etapele anterioare ale procesului de selecție profesională (*analiza dosarelor, interviu preliminar, evaluare competențe profesionale* etc.). Analiza tuturor datelor relevante va permite eliminarea unor candidați (inapti pentru ocuparea postului) și ierarhizarea celorlalți candidați rămași în concurs. Aceste date interne procesului de evaluare, de regulă, sunt accesibile doar echipei HR, ele nefiind făcute publice decât sub forma deciziilor sau ierarhiilor finale.

39.2.6. Comunicarea rezultatelor evaluării psihologice

În acord cu normele legale, psihologul este obligat să păstreze confidențialitatea în legătură cu faptele și informațiile despre care a luat cunoștință în exercitarea atribuțiilor profesionale (art. 9 din *Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004*, aprobate prin H.G. nr. 788/2005). În același timp, el trebuie să colaboreze cu echipa HR pentru a furniza informații relevante procesului de selecție, informații referitoare la profilul aptitudinal și de personalitate al candidaților. Comunicarea rezultatelor evaluării psihologice este etapa finală, în care dezeritatele pragmatice împreună cu cele deontologice ghidează modul de oferire a rezultatelor psihologice.

În cadrul procesului de selecție profesională, concluziile evaluării psihologice vor fi comunicate în primul rând echipei HR care gestionează procesul de recrutare. Ținând cont de constrângerile legale și deontologice, ar fi de preferat ca aceste concluzii să se rezume doar la furnizarea unei ierarhii a candidaților sau a unei liste nominale însoțite de sintagmele „recomandat”/„nerecomandat” sau „apt”/„inapt” (după caz). În cazul în care se solicită și un profil psihologic sintetic al persoanei evaluate, este de preferat ca acesta să fie redactat în termeni predominant pozitivi, insistând pe calitățile și competențele individuale, fără a face trimiteri la simptome sau sindroame psihologice. În acest din urmă caz, este necesar angajamentul scris al membrilor echipei HR că nu vor face cunoscute aceste descrieri altor persoane din afara echipei de recrutare și selecție.

Tot conform legii (*Legea nr. 213/2004*), psihologul trebuie să aducă la cunoștință candidatului concluziile evaluării psihologice. Aceasta se poate realiza cel mai ușor prin simpla comunicare a concluziei finale („recomandat”/„nerecomandat”), fără furnizarea altor detalii. Există și situații în care, la solicitarea candidaților sau ca urmare a unor clauze contractuale definite între beneficiar și psihologul consultant, psihologul trebuie să ofere fiecărei persoane evaluate detalii despre profilul psihologic identificat. În acest caz, în cadrul unei ședințe de consiliere specifice, se va insista pe prezentarea aspectelor pozitive și pe sugerarea de strategii de optimizare a conduitelor individuale în cazul unor aspecte negative.

În secțiunile de mai sus am descris principalele etape ale demersului de pregătire și de realizare a evaluării psihologice în context organizațional, particularizându-l procesului de recrutare și selecție profesională. Deși succesiunea etapelor este oarecum similară, realizarea evaluării psihologice în alte contexte profesionale are anumite particularități și finalități diferite, aspecte pe care vom insista în continuare.

39.3. Evaluarea psihologică periodică

39.3.1. Contextul evaluării psihologice periodice

Conform legii (H.G. nr. 355/2007, H.G. nr. 1169/2011), evaluarea psihologică periodică este obligatorie pentru categoriile profesionale considerate categorii *de risc înalt*. În acord cu aceste prevederi legale, evaluarea psihologică periodică este *obligatorie* (la angajare și anual) pentru *personalul sanitar elementar, personalul de îngrijire și pentru conducătorii*

auto profesioniști și este de asemenea obligatorie (la angajare și periodic, din 2 în 2 ani) pentru *personalul cu funcție de decizie* („funcționar public aflat temporar într-o funcție din viața politică sau socială, cu atribuții de interpretare și aplicare a legilor în vigoare pe teritoriul său de activitate”). În plus, evaluarea psihologică poate fi *recomandată* de medicul de medicină a muncii, la angajare și anual, pentru *agenții de pază, angajații care lucrează la înălțime, în condiții de izolare, în tura de noapte, în rețelele de foarte înaltă, înaltă, medie și joasă tensiune, cu substanțe toxice nominalizate în Legea nr. 360/2003* sau cei care lucrează ca *pompier salvator intrauzinal, salvamar, salvamontist sau alte categorii de salvatori*. În afară de categoriile profesionale menționate mai sus, mai există câteva categorii de angajați care sunt supuse evaluării psihologice periodice, și anume *angajați care lucrează în structuri cu specific militar*, instituții în care există normative și proceduri interne de evaluare psihologică periodică specifice acestor instituții (Constantin, 2016).

Evaluarea psihologică periodică în context organizațional este necesară pentru aceste categorii profesionale din rațiuni de securitate, pentru a evita posibilele incidente sau accidentele profesionale datorate unor deficiențe sau deteriorări de natură psihologică. Chiar dacă la angajare profilul psihologic și atitudinal al angajatului a fost unul în acord cu cerințele postului, în timp pot apărea dificultăți în realizarea activității profesionale determinate de dimensiuni psihologice care se pot *activa, dezvolta sau pierde/destructura* în timp (după angajare). Aceste modificări psihologice depind, pe de o parte, de structura preexistentă de personalitate și, pe de altă parte, de solicitările concrete (extreme) ale locului de muncă sau contextului socioprofesional. Din acest motiv, cel puțin pentru unele categorii profesionale (în special cele considerate *de risc înalt*, listate mai sus), este recomandată evaluarea psihologică periodică, pentru a putea surprinde anumite modificări în structura aptitudinală sau de personalitate, modificări cu potențial impact negativ activității profesionale. Cu alte cuvinte, rațiunea de a fi a evaluării psihologice periodice este aceea de a *identifica aptitudini psihologice deficitare sau trăsături de personalitate disfuncționale, care ar putea afecta acuratețea cu care un angajat își îndeplinește sarcinile, punându-se astfel în pericol pe sine* (electricieni, lucrători la înălțime sau în condiții de izolare etc.) *sau punându-i pe alții în pericol* (conducători auto, personal cu funcție de decizie, personalul de îngrijire etc.) (Constantin, 2016).

39.3.2. Etape în examinarea psihologică periodică

Procesul de identificare a posibilelor caracteristici psihologice deficitare în cadrul evaluării psihologice periodice presupune parcurgerea și respectarea anumitor proceduri și etape specifice (Constantin, 2012).

Pentru început, psihologul *trebuie să informeze* persoana evaluată în legătură cu scopul examenului, modul de desfășurare, durata și finalitatea evaluării. Tot în această etapă, el trebuie să solicite aprobarea scrisă a angajatului prin care acesta își dă acordul să participe la examenul de evaluare psihologică periodică.

În a doua etapă, psihologul realizează o scurtă anamneză cu caracter profesional, al cărei conținut minimal este detaliat în *Fișa de anamneză* propusă de Colegiul Psihologilor din România. După realizarea anamnezei, mai ales dacă se dorește evaluarea psihologică cu ajutorul probelor standardizate, psihologul trebuie să solicite completarea și semnarea

unei declarații de către persoana evaluată (*Declarația pe proprie răspundere*), în care aceasta confirmă că este odihnită, nu a consumat băuturi alcoolice și nu se află în alte situații care pot duce la invalidarea evaluării psihologice.

Etapa a treia este de evaluare psihologică propriu-zisă, realizată de regulă cu ajutorul probelor psihologice standardizate. Practic, în această etapă, se administrează probele aptitudinale și de personalitate, având grijă ca persoana evaluată să înțeleagă corect consemnele și să răspundă adecvat la succesiunea de stimuli. De regulă, sunt administrate două seturi de probe : unele vizând evaluarea unor aptitudinilor bazale (*cognitive, motorii, fizice sau senzoriale, după caz*) și altele vizând evaluarea unor trăsături de personalitate (de regulă, cele care țin de *stabilitatea/instabilitatea emoțională*).

Următorul pas (etapa a patra) este cel de analiză a rezultatelor evaluării. Fiind vorba de o evaluare psihologică periodică, în mod normal se verifică dacă candidatul are dimensiunile psihologice evaluate suficient de bine dezvoltate, astfel încât să depășească acel prag minimal necesar pentru practicarea profesiei în condiții de securitate. Se pot obține date similare cu cele reprezentate în graficul de mai jos, situație în care psihologul trebuie să verifice gradul de dezvoltare a aptitudinilor „deficitare”, cu ajutorul unor probe suplimentare. În cazul în care valorile persoanei evaluate se situează deasupra pragului/standardului minimal, se poate lua rapid decizia de a acorda avizul „apt aptitudinal” și/sau de a recomanda candidatul pentru angajare (Constantin, 2012).

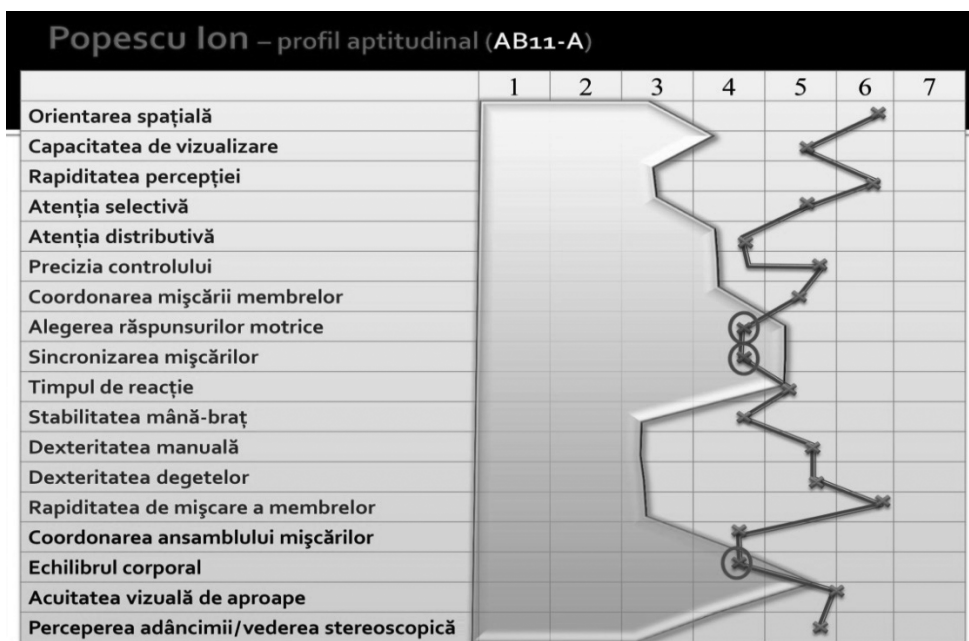


Figura 39.4. Profilul aptitudinal al persoanei evaluate (linie segmentată) raportat la profilul minimal pentru categoria sa profesională (Evaluat cu AB11-A, 2011, www.psihoprofile.ro)

39.3.3. Avizul psihologic: incidență și recomandări

În studiile raportate la nivel internațional, procentul de angajați descriși ca fiind „inapți” variază între 0,6% și cel mult 4%, chiar și pentru posturile cu cerințele cel mai greu de atins (de Kort, Fransman și van Dijk, 1991 ; Serra *et al.*, 2007). O persoană care este declarată inaptă are dreptul, în intervalul a 72 de ore de la evaluarea inițială, la reexaminare sau la a doua opinie de specialitate, avizul psihologic eliberat în această situație fiind cel final. Rezultatul „inapt” ar trebui să fie ultima variantă pe care psihologul o alege, în mod special din perspectiva implicațiilor etice și legale pe care le are un astfel de verdict (Iliescu *et al.*, 2015). Nu trebuie uitat însă că un aviz de „inapt” pentru o categorie/competență profesională sau un context de muncă nu exclude alte competențe sau contexte de muncă. De exemplu, avizul de „inapt pentru munca la înălțime” dat unui electrician sau unui zugrav pentru fațade de clădiri poate fi completat cu mențiunile „apt pentru munca la sol sau în spații închise”, aceste persoane putând fi redirecționate spre activități care nu implică munca la înălțime.

În mod normal, avizul psihologic favorabil („apt psihologic”) este valabil 12 luni (până la următoarea evaluare). Este evident că o astfel de evaluare psihologică nu poate garanta că în următoarele 12 luni persoana evaluată nu va trece prin evenimente traumatice grave (incidența stresului posttraumatic fiind de 1% din populația generală), nu va suferi de depresii profunde care nu sunt vizibile în momentul evaluării (incidența depresiei în populația generală fiind între 5 și 9% la femei și 2 și 3% la bărbați) sau nu va putea suferi de destructurări cognitive sau motorii semnificative. Avizul „apt psihologic” este doar o confirmare a faptului că, în momentul evaluării, nu au fost înregistrate astfel de destructurări invalidante în plan senzorio-motor și cognitiv-psihologic, iar evaluarea psihologică periodică realizată de profesionist poate permite identificarea precoce a unor simptome disfuncționale (chiar dacă ele nu au atins un prag critic). În aceste situații, monitorizarea evoluției angajatului (evaluarea la un interval de timp mai scurt de 3 sau 6 luni și îndrumarea către un examen clinic suplimentar) poate preîntâmpina efectele negative ale unor schimbări psihologice majore, cu efect disfuncțional.

39.4. Evaluarea psihologică în alte situații profesionale

Așa cum am mai precizat (Constantin, 2016), este permisă evaluarea psihologică a personalului angajat (alte categorii de angajați decât cele descrise de H.G. nr. 355/2007, modificată de H.G. nr. 1169/2011) în câteva situații speciale care pot contribui la optimizarea activității organizaționale :

- a) promovarea sau trimiterea la specializare ;
- b) formarea de echipe sau optimizarea muncii în echipă ;
- c) identificarea nevoilor de formare (într-un scop formativ) ;
- d) consilierea profesională sau dezvoltarea profesională (managementul carierei).

39.4.1. *Evaluarea psihologică în situații de promovare*

Atât promovarea unor angajați pentru funcții de conducere, cât și trimiterea lor la stagii de formare de lungă durată sau la stagii de formare profesională în alte regiuni/țări implică de multe ori investiții sau riscuri majore asumate de companie. Din acest motiv este recomandată evaluarea psihologică pentru a verifica dacă aceste persoane, pe lângă competențele profesionale (verificabile prin alte metode), au și calitățile psihologice necesare pentru a reuși și a face performanță în astfel de situații.

Evaluarea psihologică în situații de promovare va fi centrată pe investigarea unor *dimensiuni psihologice relevante pentru performanța* în postul vizat, variabile identificate fie în studiile metaanalitice (prin consultarea literaturii de specialitate), fie prin cercetările interne (în organizație) privind relația dintre trăsăturile psihologice și performanța profesională în poziții de conducere. În plus, pot fi investigate aspecte ce țin de *stilul de conducere*, pornind de la premisa că aceste probe psihologice îi vor diferenția pe cei care au un stil de conducere performant de cei cu un stil de conducere deficitar (cel puțin prin raportare la solicitările poziției ocupate, la specificul culturii, politicii și procedurilor organizaționale).

Indiferent care este calea aleasă în selectarea dimensiunilor psihologice relevante, importantă este evaluarea caracteristicilor psihologice individuale care pot fi asociate solicitărilor actului de conducere. Aceasta pentru că, de multe ori, buni profesioniști promovați în poziții manageriale (devenind astfel manageri) nu dau randamentul așteptat sau dovedesc o destul de gravă incapacitate de a coordona activitatea celorlalți. Este de preferat o evaluare a abilităților psihologice asociate actului de conducere ale acestor persoane, înainte de a le arunca în capcana unui joc din care au de pierdut atât ei (reputație, stima de sine etc.), cât și organizația.

39.4.2. *Evaluarea psihologică pentru orientarea formării profesionale*

Identificarea nevoilor de formare în cadrul unei companii/instituții se poate realiza pe mai multe căi :

- a) anchete în care angajații de pe diferite poziții ierarhice sunt solicitați să descrie informații, abilități sau competențe necesare pentru realizarea în bune condiții a activității profesionale ;
- b) studii vizând analiza climatului organizațional, în care aceiași angajați sunt puși să evalueze modul de funcționare a procedurilor și politicilor organizaționale sau să descrie problemele cu care se confruntă în activitatea zilnică ;
- c) analize ale solicitărilor profesionale specifice fiecărui post, pentru a identifica competențele profesionale ignorate de către angajații actuali, dar considerate de analist importante pentru realizarea unei activități performante ;
- d) cercetări asupra performanței în muncă, în urma cărora se pot identifica factorii psihologici și profesionali asociați performanței profesionale pentru anumite categorii profesionale etc. (Constantin, 2012).

Pe lângă toate aceste strategii, identificarea unor nevoi relevante de formare se poate realiza și prin explorare și diagnostic psihologic. Evaluarea psihologică în scop formativ se poate realiza ori de câte ori conducerea își pune problema identificării nevoilor de formare ale angajaților și definirii unor programe de training dedicate acestora, în scopul dezvoltării unor dimensiuni psihologice esențiale pentru performanța individuală sau colectivă. Programele de formare pot fi focalizate pe dezvoltarea unor aptitudini, abilități sau competente deja existente (dimensiuni psihologice care pot fi modificate sau dezvoltate prin formare), pornind de la nevoile postului ocupat. De exemplu, abilități ce țin de comunicare, ascultare activă, muncă în echipă, ajustare a conduitei în fața unui client dificil etc. pot fi dezvoltate prin stagii specifice de formare centrate pe dezvoltarea unor abilități sau competențe (*soft skills*) utile în astfel de situații.

Programele de formare pot viza și trăsăturile de personalitate sau structura temperamentală, evaluarea psihologică în acest caz fiind centrată pe identificarea acelor trăsături care nu sunt adecvate solicitărilor locului de muncă, acționând ca „frâne” în calea unei funcționări optime. În acest caz, scopul evaluării psihologice în context formativ *nu* este acela de a identifica dimensiuni psihologice „deficitare” care apoi, prin formare, să fie „corectate” sau dezvoltate. Acest lucru nu este posibil pentru că, așa cum știm, personalitatea nu se schimbă, (*introvertiții* rămân introvertiți, *colericii* rămân colerici etc.), în schimb, prin formare putem oferi acestor angajați *proceduri*, *rutine* și chiar *competențe* care îi pot ajuta să își facă treaba mai bine, în ciuda unor posibile inadecvări între structura lor de personalitate și solicitările locului de muncă.

De exemplu, dacă o parte dintre angajații care interacționează frecvent cu clienții sunt introvertiți, ei pot avea dificultăți să stabilească rapid și eficient un contact psihologic cu fiecare dintre persoanele cu care interacționează. Un stagiul de formare centrat pe formarea unor abilități de comunicare și relaționare, pornind de la exersarea capacității de a identifica indicatori emoționali în comportamentul nonverbal al clienților, continuând cu exersarea unor rutine sau formule de adresare sau cu exersarea unor modalități elegante de atenuare a unor tensiuni sau posibile conflicte, poate să le dea acelor angajați abilități-cheie pentru realizarea eficientă a activităților zilnice. Aceasta nu înseamnă că stagiul de formare își propune să îi facă pe angajații introvertiți să devină mai extrovertiți, ci că le oferă un set de deprinderi utile, achiziții necesare activității profesionale.

39.4.3. *Evaluarea psihologică pentru optimizarea echipei*

Evaluarea psihologică cu scopul de a facilita o funcționare eficientă a echipelor, grupurilor sau colectivelor mici poate viza două obiective majore: fie *constituirea unei echipe* cu o *structură psihologică* favorabilă unei funcționări optime, cât mai apropiate de zona de maximă performanță, fie *optimizarea modului de funcționare* a unei echipe existente, cu o componență deja definită.

În cazul evaluării psihologice în formarea unei echipe (*grup centrat pe sarcină*), trebuie găsită combinația optimă de persoane (mai bine spus de personalități!) care, pe de o parte, să aibă competențele necesare realizării sarcinii și, pe de altă parte, să aibă calitățile psihologice care să le permită preluarea unor sarcini complementare, colaborarea și funcționarea armonioasă, nonconflictuală (Constantin, 2016).

Pentru selectarea membrilor unei echipe se pot folosi instrumente de tipul Inventarului Belbin al rolurilor în echipă (*Belbin Team Role Inventory*; Belbin, 1981), al Inventarului KAI al stilului cognitiv preferat (*Kirton Adaption-Innovation Inventory*; Kirton, 1989) sau al altor probe standardizate de evaluare psihologică care ne pot oferi sugestii privind compatibilitatea sau complementaritatea unor persoane: *Myers-Briggs Type Indicators* (Myers, McCaulley și Most, 1985); *Inventarul Dimensiuni Accentuate* (Constantin et al., 2010 etc.).

De multe ori însă psihologul este nevoit să intervină în colective deja formate, pentru a optimiza funcționarea lor, mai ales dacă apar probleme de comunicare sau conflicte interpersonale. Și în acest caz evaluarea psihologică ne poate ajuta la clarificarea rapidă a problemelor și la o intervenție eficientă în sensul corectării lor. Pe lângă metodele calitative (interviu, focus-group, observație etc.), în rezolvarea unor astfel de situații se pot utiliza probe standardizate (de tipul celor amintite mai sus) pentru a identifica posibile incompatibilități la nivelul unor trăsături de personalitate, al unor stiluri de comunicare sau de lucru. Se poate folosi *tehnica sociometrică* pentru a identifica poziția în colectiv a diferiților membri, structura subgrupurilor sau a „bisericuțelor” în acel colectiv sau potențialii lideri informali și, prin intermediul *tehnicii interviului*, se pot aprofunda aceste analize în scopul identificării elementelor aflate în dispută, nevoilor sau așteptărilor părților aflate în conflict și a unor posibile strategii de optimizare a activității colective.

39.4.4. *Evaluarea psihologică pentru managementul carierei*

Consilierea profesională este un demers care poate ajuta angajatul să se adapteze mai bine la locul de muncă, să își atingă mai eficient obiectivele profesionale sau să fructifice mai avantajos oportunitățile de dezvoltare profesională. De exemplu, în consilierea pentru managementul carierei realizată cu scopul identificării compatibilității dintre caracteristicile individuale și calitățile solicitate de rute diferite de dezvoltare profesională, psihologul poate propune evaluarea *intereselor profesionale, valorilor, aptitudinilor și/sau structurii de personalitate* a angajatului consiliat. La rezultatele acestui tip de evaluare psihologică au acces numai angajatul și psihologul consilier, datele obținute servind la o mai bună conștientizare de către angajat a atuurilor și calităților lui, punctelor slabe și slăbiciunilor, ariilor aptitudinale care pot fi dezvoltate etc. În acest demers, angajatul este consiliat cu privire la traseul profesional optim pe care ar trebui să-l urmeze în scopul unei valorificări depline a potențialului său și al unei evoluții cât mai performante în carieră.

Concluzii

Procesul evaluării psihologice în context organizațional respectă principiile și normele deontologice ale evaluării psihologice generale, chiar dacă are particularități date de specificul activității organizaționale (centrare pe eficacitate/profit). Urmărind izolarea caracteristicilor psihologice ale angajatului ideal (evaluarea psihologică la angajare), identificarea precoce a unor simptome disfuncționale (evaluarea psihologică periodică) sau optimizarea funcționării angajatului în organizație (evaluarea psihologică de optimizare),

evaluarea psihologică profesională contribuie, alături de alte proceduri și politici organizaționale, la crearea premiselor necesare pentru asigurarea unui echilibru optim între performanța profesională și satisfacția individuală la locul de muncă.

Bibliografie

- Belbin, R.M. (1981). *Management Teams : Why they succeed or fail*. London : Heinemann.
- Constantin, T. (2016). *Psihologia gestiunii resurselor umane*. Iași : Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.
- Constantin, T. (2012). *Pregătirea și realizarea evaluării psihologice individuale. Norme, metodologie și proceduri*. Iași : Editura Polirom.
- Constantin, T., Hojbotă, A.M., Niculescu, A., Nechita, V., Amariei, C., Macarie, A. (2010). Caracteristici psihometrice ale Chestionarului D.A. 307 – „Dimensiuni Accentuate”, varianta 3.07. *Revista Psihologia Resurselor Umane*, vol. 8, nr. 1, 10-26.
- Fleishman, E.A. (1995). *Fleishman Job Analysis Survey. Rating scale booklet*. Potomac : Management Research Institute (MRI).
- Iliescu, D., Avram, E., Constantin, T., Ion, A., Iordache, R., Pătruț, L., Răducea, C., Sulea, C., Virgă, D. (2015). Recomandări privind evaluarea psihologică a capacității de muncă (EPCM) : Un proiect pentru creșterea calității serviciilor din domeniul psihologiei muncii și organizaționale.
- Kirton, M.J. (1989). *Adaptors and innovators : Styles of creativity and problem solving*. Routledge.
- de Kort, W.L., Fransman, L.G, van Dijk, F.J. (1991). Pre-employment medical examinations in a large occupational health service. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 7, 392-397.
- Myers, I.B., McCaulley, M.H., Most, R. (1985). *Manual : A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator* (Vol. 1985). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Sava, F.A., Constantin, T., Maricuțoiu, L.P., EVIQ Team (2014). *Proba EVIQ-S de evaluare a inteligenței generale. Manualul de utilizare*. Timișoara : Editura ArtPress.
- Serra, C., Rodriguez, M.C., Delclos, G.L., Plana, M., Gómez-López, L.I., Benavides, F.G. (2007). Criteria and methods used for the assessment of fitness for work : a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 64, 304-312.

Pagini web

- *** *Colegiul Psihologilor din România* (<http://www.copsi.ro>).
- *** *Comisia de Deontologie din cadrul Colegiului Psihologilor din România* (<http://www.copsi.ro/anunturi-deontologie/comisia-de-deontologie>).
- *** *Hotărârea nr. 1169 din 25.II.2011 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului 355/2007* (<http://www.lex.ro/Hotararea-1169-2011-116928.aspx>).
- *** *Hotărârea de Guvern nr. 355 din 11 aprilie 2007* (<http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/hg355-2007.pdf>).
- *** *Recomandări privind evaluarea psihologică a capacității de muncă (EPCM)* (www.apio.ro/upload/apio_epcm_201503616.pdf).

40. Evaluarea psihologică în context judiciar

Dorin Nastas

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

În acest capitol vom arăta faptul că evaluarea psihologică judiciară este un caz special al evaluării clinice (secțiunea 40.2) și trebuie înțeleasă în contextul procesului de întrepătrundere clinic-judiciar (secțiunea 40.3). Continuăm prin a arăta cât de diferită poate fi, în anumite privințe, evaluarea judiciară comparativ cu evaluarea terapeutică (secțiunea 40.4), care sunt cerințele esențiale pentru realizarea ei (secțiunea 40.5), dar și cele mai tipice erori pe care le fac psihologii când elaborează și prezintă rezultatele evaluărilor în fața magistraților (secțiunea 40.6). Partea finală a capitolului este centrată pe procesul de evaluare judiciară și subiecte particulare: după o prezentare generală a etapelor și pașilor evaluării judiciare (secțiunea 40.7) sunt exemplificate cele mai tipice aspecte psiholegale supuse evaluării judiciare (secțiunea 40.8), elemente legate de instrumentele evaluării judiciare (secțiunea 40.9), precum și cerințele esențiale pentru comunicarea eficientă a rezultatelor evaluării (secțiunea 40.10).

40.1. Introducere

Întrepătrunderea și interacțiunea dintre psihologie și drept ca discipline, precum și colaborarea dintre profesioniștii în drept și cei în psihologie cunosc o rată tot mai accentuată la nivel internațional. În plan practic, profesional, momentul cel mai important care a contribuit major la o astfel de evoluție a fost consfințirea legală și oficială a statutului de specializare în psihologie pentru psihologul judiciar la nivelul celei mai mari asociații psihologice din lume, Asociația Psihologilor Americani (APA). Această recunoaștere și legalizare a specializării de psiholog judiciar se întâmplă în SUA în 2001, oarecum destul de târziu în timp comparativ cu prezența profesională tot mai ridicată a psihologilor în derularea proceselor legale în cea de-a doua parte a secolului trecut.

În România, evoluția este oarecum inversă. Deși existau și există câțiva profesioniști psihologi ce au activat ca psihologi judiciari încă înainte de 1989, nu putem vorbi nici astăzi despre o practică profesională largă și susținută. În acest sens noi am început, în bună parte, mai degrabă în sens invers, mai întâi prin consfințirea legală a specializării

de psiholog judiciar și conferirea dreptului de liberă practică. Simultan consfințirii legale au fost inițiate programe de formare specializată de psihologie judiciară în mediul academic, dar și formări profesionale oferite de puținii experți practicieni. S-a înființat și un Institut de Psihologie Judiciară, care oferă ghidare, formare și evidență pentru psihologii judiciari, precum și un anume lobby legal și instituțional pentru promovarea implicării tot mai largi a psihologilor în procesele legale. Dincolo de aceste premise legale și structurale, activitatea profesională a psihologilor în procesele judiciare este încă relativ rară, slab cunoscută, mai degrabă episodică și excepțională decât frecventă și uzuală. Indirect, acest lucru se reflectă și în statisticile de licențiere și conferire a dreptului de liberă practică. Conform Registrului Unic al Psihologilor (RUP), la ora actuală, din cele 35.346 de acreditări separate oferite de Colegiul Psihologilor din România, doar 89 (0,25% din totalul arătat mai sus) sunt pentru specialitatea psihologie judiciară. În comparație, pentru specializarea de psihologie clinică există 10.238 (29% din total) de atestări de liberă practică. Aceste cifre arată foarte clar și confirmă încă o dată că, la ora actuală, libera practică în calitate de psiholog judiciar este foarte puțin dezvoltată în România.

Convingerea noastră este însă că lucrurile se vor schimba treptat, iar psihologul judiciar va fi tot mai frecvent prezent ca profesionist ce contribuie la corecta înfăptuire a justiției prin procese legale. Deși virtual orice psiholog ce are o altă specializare sau expertiză decât cea judiciară (psihologul organizațional, psihologul educațional etc.) poate ajuta juriștii și magistrații să înțeleagă mai bine elementele psihologice ale unui caz legal, cei mai utili în acest sens rămân psihologii clinicieni (Otto și Heilbrun, 2002). Cunoștințele, abilitățile, instrumentele și practicile de evaluare psihologică necesită însă unele ajustări și completări atunci când se realizează în context judiciar. Un bun psiholog clinician care intenționează să conlucreze profesional cu părțile din proces și instanța de judecată are nevoie de o minimă inițiere cu privire la ce va fi diferit, la ce elemente noi să se aștepte. Acesta este și scopul principal al scrierii acestui capitol.

40.2. Precizări terminologice și distincții conceptuale preliminare

Se cuvine să menționăm că în acest material rezervăm termenului de *judiciar* un sens restrictiv, și anume cu referire la un proces legal, indiferent dacă este vorba despre un proces de înfăptuire a justiției penale sau civile. De asemenea, pentru a scurta și ușura parcurgerea textului, de fiecare dată când o să folosim sintagma *evaluare judiciară* (echivalentul englezescului *forensic assessment*), ne vom referi la evaluarea psihologică clinică realizată în contextul și pentru uzul procesului legal de înfăptuire a justiției. Ori de câte ori folosim termenul impersonal de *instanță*, ne referim la unul sau mai mulți magistrați, judecători care se ocupă de un proces judiciar în derulare.

Uneori încă se mai face o distincție între *evaluarea psihologică clinică* și *evaluarea psihologică judiciară* ca și cum cele două ar fi diferite prin natura lor (Otto, 2010). Or, aici se strecoară o confuzie, întrucât cele două sunt mai degrabă într-o relație de incluziune; printr-o astfel de distincție se ignoră faptul că evaluarea psihologică judiciară este de fapt o specie, un caz special al evaluării psihologice clinice. Mult mai relevantă și utilă este departajarea dintre *evaluarea terapeutică* și *evaluarea judiciară*. În acest caz, ambele sunt

considerate evaluări psihologice clinice care diferă sub aspectul scopului pe care-l au în vedere. În cazul evaluării terapeutice, finalitatea acesteia este de a informa și ghida strategia de intervenție în vederea urmării celei mai bune situații a clientului sau pacientului. În cazul evaluării judiciare, scopul principal este obținerea de informații și concluzii relevante și utile din punct de vedere judiciar ; aici rezultatul evaluării judiciare trebuie să fie benefic procesului de înlăptuire a justiției, chiar dacă poate exista un posibil impact legal negativ asupra persoanei evaluate.

40.3. Evaluarea psihologică, rolurile psihologului practician și întrepătrunderea clinic-judiciar

Este inevitabil ca evaluarea psihologică (preponderent terapeutică) să facă parte din modelele ce propun o taxonomie a celor mai importante roluri și activități ale psihologului clinician (de exemplu : Ciorbea, Enache și Sălceanu, 2015 ; Ciorbea, 2014 ; Plante, 2005). Din nou, evaluarea psihologică (da data asta, preponderent judiciară) este prezentă invariabil și în modelele care fac o taxonomie a rolurilor și activităților psihologului în contexte legale sau judiciare (de exemplu : Greene și Heilbrun, 2014 ; Roesch, Zapf și Hart, 2010).

În același timp, în ultimele câteva decenii, asistăm la o tot mai mare întrepătrundere și colaborare dintre psihologia clinică și psihologia judiciară, numărul profesioniștilor care au specializări în ambele domenii fiind în creștere. Există autori care consideră psihologia judiciară drept una din cele mai importante subspecializări ale psihologului clinician (Plante, 2005). Pe de altă parte, American Psychology-Law Society (AP-LS ; asociație cunoscută și ca Divizia 41 din cadrul American Psychological Association) indică expres cinci subspecializări dominante ale psihologilor care profesază la intersecția psihologiei și dreptului, iar psihologii clinic-judicari (în engleză, *clinical-forensic psychologists*) sunt primii pe această listă și, de altfel, singurii care poartă expres mențiunea de „judiciară”. De fapt, psihologia judiciară a fost acreditată și declarată oficial drept arie de specializare de APA în 2001, definită sub o formă mai restrânsă ca psihologie judiciară clinică (Otto și Heilbrun, 2002 ; Walker și Shapiro, 2003). Se pare că această siglă restrânsă de „psihologie judiciară clinică” sau varianta ei inversată, „psihologie clinică judiciară” (în engleză se întâlnesc ambele formulări : *forensic clinical psychology* sau *clinical forensic psychology*), sunt folosite tot mai des și devin tot mai populare pentru a desemna o veritabilă arie de specializare dublă : în parte clinică, în parte judiciară. În străinătate, sunt propuse tot mai multe programe mixte de formare ce folosesc această siglă, apar tot mai multe volume care o conțin în titlu, inclusiv colecții de cărți dedicate (de exemplu, cei de la editura Wiley au scos o colecție ce se numește *Wiley Series in Forensic Clinical Psychology* și care, la ora actuală, numără 16 titluri).

Se cuvine să spunem aici că recomandarea care se face cu insistență pentru cineva care-și dorește să devină psiholog judiciar este ca după ce are o formare psihologică de bază (licență în psihologie) și o alta de specializare (un master clinic, judiciar sau mixt) să ia în considerație și posibilitatea unor studii în drept (asta pentru a fi familiar în detaliu cu contextul legal în care psihologul judiciar activează profesional).

40.4. Diferențe dintre evaluarea judiciară și evaluarea terapeutică

La o primă apropiere, evaluarea terapeutică și evaluarea judiciară ar putea părea foarte asemănătoare și din punct de vedere structural, dar nu sunt. E adevărat că regăsim aceleași metode și elemente precum interviul, aplicarea unor probe psihometrice, folosirea datelor obținute în examinările de laborator, utilizarea informațiilor obținute de la terți etc., dar toate acestea suferă mutații și limitări determinate de imperativele și nevoile legale și judiciare. Cum se exprimă foarte plastic în acest sens Melton, Petrila, Poythress și Slobogin (2007) : „întrucât evaluarea judiciară este o plăsmuire a sistemului legal ea diferă de evaluarea terapeutică de-a lungul a mai multor dimensiuni” (pp. 44-45). Aceiași autori identifică și care ar fi principalele șapte dimensiuni distinctive :

- 1) scopul evaluării ;
- 2) importanța perspectivei celui evaluat ;
- 3) caracterul voluntar al evaluării ;
- 4) autonomia evaluatului ;
- 5) amenințări la adresa validității ;
- 6) dinamica relațională ;
- 7) ritmul și mediul.

Detaliem pe scurt fiecare dintre aceste dimensiuni în cele ce urmează.

În evaluarea terapeutică, *scopurile evaluării* sunt multiple și ample : de regulă, se apreciază nivelul de funcționare a persoanei, se oferă un posibil diagnostic, se estimează necesitățile de intervenție și tratament, se stabilește un plan de intervenție terapeutică. Toate aceste scopuri sunt centrate pe client sau pacient și urmăresc împreună asanarea și binele acestuia. În evaluarea judiciară, scopurile sunt relativ puține, restrânse ca amploare : examinarea judiciară trebuie să se limiteze la necesitatea de a răspunde întrebărilor legale expres și limitat formulate. De cele mai multe ori prin evaluarea judiciară se cere „să se răspundă la întrebările legale focalizate cu precădere asupra existenței unor disfuncționalități (psihologice) și arătarea modului în care acestea pot afecta capacități legale relevante, ci nu asupra măsurilor care trebuie să le luăm cu privire la ele” (Melton *et al.*, 2007, p. 45). Pentru un psiholog clinician, care este obișnuit să pună binele pacientului sau clientului mai presus de toate, o astfel de schimbare de optică poate crea disconfort și respingere. Și totuși, insistă aceiași autori : „o bună parte din dezvoltarea competenței judiciare rezidă în capacitatea [psihologului] de a conceptualiza aspectele legale ale cazului și a se focaliza doar asupra lor. Mai pe scurt : *cei examinați în context judiciar nu trebuie niciodată percepuți drept «pacienți»*” (italicizat în original, paranteze pătrate adăugate de noi)” (p. 45).

În evaluarea terapeutică, *perspectiva subiectivă a celui evaluat* este foarte importantă pentru clinician : modul în care clientul vede și înțelege anumite aspecte despre lume, despre sine și alții este foarte important de considerat în aprecierea stării actuale, dar și pentru planificarea intervențiilor terapeutice ulterioare. În evaluarea judiciară însă, după cum am văzut și anterior, cel evaluat este identificat prin prisma rolului pe care-l are în procesul judiciar (cel de martor, inculpat, parte civilă etc.), iar clientul este o altă persoană,

definită la fel, prin rolul de profesionist în drept care se ocupă de un proces legal. De cele mai multe ori clientul este instanța de judecată. În consecință, opiniile și perspectiva celui examinat pot fi consemnate de psiholog, dar trec în fundal întrucât preocuparea majoră a evaluatorului este să furnizeze clientului care a comandat evaluarea judiciară informații și concluzii ce pot folosi în soluționarea procesului.

Marea majoritate a persoanelor care caută ajutor psihologic o fac din proprie inițiativă, astfel încât și evaluarea terapeutică la care se supun este una voluntară. În cazul evaluării judiciare, cel care este în postura de a fi evaluat este forțat de instanță sau este convins de avocat. În consecință, atitudinile pe care le are persoana evaluată sunt cu totul diferite de cele cu care s-a obișnuit psihologul clinician. De caracterul voluntar se leagă și *gradul de autonomie a celui evaluat*. În mod natural, clientul în relația cu terapeutul său are o anumită autonomie în a decide dacă și care aspecte despre propria persoană lasă să fie cunoscute sau dezbătute; această autonomie se poate extinde și cu privire la scopurile și procedurile de evaluare. În cazul evaluării judiciare, această autonomie este absentă întrucât totul este ghidat de norme și proceduri legale prestabilite. Chiar și atunci când cel evaluat acceptă toate elementele procedurilor de evaluare, el poate în continuare să manifeste o atitudine ostilă întrucât unele examinări pot fi percepute ca fiind excesiv de intruzive în viața privată și limitatoare ale autonomiei personale.

Calitatea și *validitatea* unei evaluări este influențată în bună măsură de acuratețea și plenitudinea informațiilor și răspunsurilor oferite. În relația terapeut-client sunt relativ puține motive conștiente și deliberate de tănuire sau inducere în eroare. Inclusiv informația obținută din anturajul clientului este puțin probabil să fie în mod deliberat eronată. Este adevărat că pot interveni anumite procese și stări emoționale care îngreunează comunicarea, dar în ansamblul său alianța client-terapeut se bazează pe încredere și sinceritate. Cu totul altfel se realizează comunicarea în contextul evaluării judiciare. Aici putem să ne așteptăm la faptul că inducerea deliberată în eroare a evaluatorului sau tănuirea unor informații, atitudini, stări interne să fie inițiată de mai mulți participanți. Cel evaluat poate disimula sau ascunde din propria inițiativă sau la cererea avocatului și a altor persoane interesate. Obținerea informației de la terți este și ea supusă unor posibile distorsiuni.

În comunicarea terapeutică, construirea și menținerea unei alianțe terapeutice lucrative și pe o perioadă relativ lungă sunt o necesitate. Debutul unei astfel de relații se conturează încă în etapa de evaluare terapeutică. Astfel, deși este centrat pe evaluare, terapeutul urmărește totodată să fie empatic, grijuliu, de încredere fără a deranja și confrunța direct clientul pe teme și subiectele care par încă sensibile. Construirea și menținerea *dinamicii relaționale* au prioritate față de aflarea rapidă și frontală a adevărului sau clarificarea unor declarații și situații contradictorii. Situația relativ opusă se regăsește în cazul evaluării judiciare. Aici prioritatea este să se afle cât mai repede cu puțință informații relevante care să ajute la clarificarea întrebărilor formulate de instanță. De cele mai multe ori nu există foarte mult timp și nici motivație din ambele părți pentru a dezvolta o relație profundă. În consecință, psihologul care face evaluarea judiciară va recurge mai des la confruntarea directă a celui evaluat cu elemente care sunt contradictorii sau contrare faptelor, acest lucru putând chiar degenera, în unele cazuri, spre o comunicare veritabil adversarială, tipică mai degrabă anchetei legale din procesului judiciar.

Evaluarea terapeutică este mult mai relaxată sub aspectul *ritmului* în care trebuie să se realizeze și *mediului* unde se poate realiza. Se acceptă ca un diagnostic inițial să fie schimbat ca urmare a unor noi detalii ce apar pe parcurs; unele aspecte evaluate anterior pot fi reexamine, poate cu alte instrumente sau urmărind alte proceduri. Evaluările

judiciare însă sunt limitate ca timp și posibilități de a intra în contact cu cel evaluat. Instanțele oferă un interval relativ scurt în care trebuie să se consume evaluarea, iar raportul de expertiză să fie depus. Dacă cel evaluat este încarcerat, poate chiar în altă localitate, aceasta creează limite suplimentare pentru evaluare. De cele mai multe ori nu există oportunitatea revenirii pentru o nouă examinare (sau mai multe) în care să se reformuleze anumite întrebări sau să se clarifice aspecte neabordate la o primă întâlnire.

Este evident că evaluarea judiciară pare (și este!) mult mai dură și încorsetată pentru oricare clinician care are o experiență de evaluare terapeutică considerabilă. În încheierea acestei secțiuni importante pentru pregătirea mentală a clinicianului interesat de evaluarea judiciară, dorim să folosim un citat-avertizare: „putem concluziona că setul de principii generale aplicabile evaluării terapeutice este, în cel mai bun caz, insuficient, iar în cel mai rău caz, derutant când discutăm despre evaluarea judiciară” (Heilbrun, 2001, p. 14).

40.5. Cerințele esențiale ale oricărei evaluări psihologice judiciare

Există o relativă unanimitate cu privire la elementele esențiale ale oricărei evaluări psihologice judiciare. Majoritatea autorilor indică invariabil că cea mai importantă contribuție în stabilirea acestora îi revine lui Thomas Grisso, psiholog clinician și judiciar, profesor de psihiatrie și coordonatorul programului de formare în Psihiatrie și Drept de la Universitatea din Massachusetts. Viziunea sa a fost cel mai pe larg expusă în cartea *Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments* (1986; republicată într-o nouă ediție în 2003). Dacă ar fi să facem un rezumat extrem de restrâns, principalele elemente ale evaluării judiciare ar fi în număr de patru, și anume:

- 1) Identificarea și clarificarea elementului legal asupra căruia se cere o evaluare psihologică, precum și a cadrului legal care-l definește (legislația care conturează acel aspect);
- 2) Stabilirea aspectelor psihologice ce se conțin implicit în elementul legal și care se pot deduce analitic;
- 3) Conceptualizarea „capacităților psihologice” (a elementelor psihologice) care sunt relevante în acest caz și ar urma să fie evaluate;
- 4) Alegerea și folosirea adecvată a strategiei și instrumentelor de evaluare.

Thomas Grisso formulează aceste elemente esențiale ale evaluării judiciare ca un antidot de memorat și necesar pentru a contracara criticile multiple și binemeritate aduse de juriști și magistrați (dar și de unii psihologi judiciari) cu privire la cinci greșeli pe care majoritatea psihologilor evaluatori le făceau (iar o bună parte le fac și în prezent) atunci când realizau evaluarea judiciară și o prezentau clienților (vezi secțiunea următoare). Motivul central care se află în fiecare din cele patru elemente este cel legat de *necesitatea de a fi atent la conținutul legal al cererii de evaluare judiciară*: psihologii trebuie să facă un efort și să cunoască conceptul juridic (inclusiv legislația aferentă acestuia) ce este conținut în cererea de evaluare (elementul 1), ulterior urmând să stabilească ce e psihologic în el (elementul 2) și să operaționalizeze în concepte psihologice măsurabile acel conținut (elementul 3) pentru ca, în final, să poată evalua în mod adecvat *conținutul psihologic relevant prezent în conținutul juridic al cererii de evaluare judiciară*.

40.6. Cinci greșeli capitale în realizarea evaluărilor judiciare

Același Thomas Grisso este unanim creditat de comunitatea academică ca fiind cel mai pătrunzător cu privire la identificarea celor mai grave erori fundamentale pe care le fac psihologii (dar și psihiatrii) atunci când realizează evaluări judiciare. El a identificat un număr de cinci greșeli capitale (evidențiate cu italice mai jos) ce se comit în evaluarea judiciară, aranjându-le pe trei paliere în felul următor (Grisso, 2003, p. 11) :

- 1) *Ignoranță și irelevanță* în mărturia judiciară ;
- 2) *Intruziunea* psihologică sau psihiatrică cu privire la aspecte strict legale ;
- 3) *Insuficiența* informației și *incredibilitatea* concluziilor prezentate în fața instanțelor.

De cele mai multe ori, când se face o evaluare judiciară, ea devine parte din probele care se analizează într-un proces, evaluatorul însuși capătă un rol procesual de evaluator sau expert științific, iar ceea ce afirmă (în scris, prin raportul de evaluare, și oral, prin declarația în fața instanței) trebuie să fie relevant pentru aflarea adevărului judiciar în acel proces. *Irelevanța* intervine atunci când cele afirmate de expert nu ajută, nu pot ajuta nemijlocit la rezolvarea legală a cazului. De exemplu, afirmarea precum că cel evaluat poate fi diagnosticat drept schizofrenic nu ne ajută direct cu nimic în proces, doar cunoașterea acestui diagnostic *per se* este irelevantă. Trebuie să se facă o demonstrație clară că evaluatul căruia i se atribuie acest diagnostic a avut periclitat, de exemplu, discernământul (un concept juridic, dar și psiholegal) atunci când s-a întâmplat fapta. Psihologul clinician poate să fie convins că a făcut o treabă foarte bună, că a stabilit cu claritate diagnosticul, dar a fost în totalitate *ignorant* cu privire la legătura dintre acesta și elementele legale (de exemplu, demonstrarea absenței discernământului la momentul comiterii faptei). *Ignoranța și irelevanța* intervin inevitabil dacă nu sunt urmărite elementele esențiale ale unei evaluări judiciare (vezi secțiunea anterioară).

Intruziunea cu privire la aspecte strict legale intervine ca o eroare atunci când, ca urmare a solicitării de evaluare a factorilor psihologici subiacenți competențelor legale, clinicianul judiciar nu se abține din a concluziona și cu privire la aspectele legale. Altfel spus, în loc să aprecieze și să concluzioneze, de exemplu, *doar* cu privire la elementele cognitive ce fac posibile participarea și înțelegerea a ceea ce se întâmplă într-un proces judiciar, evaluatorul poate insista în concluziile finale și *că* persoana evaluată are competența de a fi parte în proces, or astfel de concluzii trebuie să le formuleze specialistul în drept, de cele mai multe ori instanța de judecată. Astfel de intruziuni în spațiul concluziilor legale au fost frecvent criticate de magistrați în trecut și au creat o tensiune inutilă între psihologi și juriști. La ora actuală, opiniile sunt însă împărțite : o treime din autori și practicieni consideră că totuși astfel de concluzii sunt logic deductibile deja din conținutul raportului și trebuie exprimate cu fermitate și în mod expres ; o altă parte din experți consideră că acest aspect trebuie lăsat la latitudinea celui care face evaluare, întrucât doar el cunoaște particularitățile cazului în detaliu ; și o ultimă treime dintre specialiști sunt de opinie că intruziunile în sfera aprecierilor legale trebuie eliminate ori de câte ori apare tentația de a o face (Borum și Grisso, 1996). La prima vedere această chestiune a

intruziunii pare arbitrară, dar este, de fapt, fundamental importantă, întrucât psihologia este o știință; or, dreptul nu este. Psihologii sunt în căutarea și aflarea unor adevăruri clinice și științifice, evaluarea capacităților psihologice cu implicații legale având, în consecință, aceeași natură clinico-științifică. Or, instanța sau juriștii implicați în proces au de realizat o altfel de judecată și decizie: esența acesteia este de natură socială și morală, nu științifică. Printr-o decizie judecătorească se stabilește un adevăr judiciar, iar el este totodată un adevăr sociomoral, un adevăr în care se regăsesc considerentele de dreptate și nedreptate, de bine și rău, cele de interes individual și interes colectiv etc. În consecință, adevărul clinico-științific poate informa și influența deciziile cu privire la adevărul sociomoral, dar cele două *nu* sunt identice, nu pot fi identice.

Insuficiența informației oferită instanțelor se referă la faptul că adeseori evaluarea se bazează pe puține date obținute nemijlocit de la subiect, iar concluziile formulate astfel devin lipsite de suportul empiric obținut în fiecare caz în parte. Se face un efort constant să existe modelele standard de colectare a datelor și instrumentele de evaluare prestabilite cel puțin pentru cele mai frecvente întrebări și solicitări de evaluare psiholegală. *Incredibilitatea* concluziilor rezidă adeseori din faptul că evaluatorii omit să separe cu claritate speculațiile teoretice probabile de judecățile fundamentate pe datele de evaluare obținute în cazul analizat sau în cazuri foarte apropiate de cel analizat. Deși pare ciudat de conștientizat pentru un psiholog, procesul judiciar poate fi asemuit cu un studiu de caz care se derulează cu multă rigoare, iar concluziile formulate sunt permanent raportate la faptele (probele) existente. Altfel spus, în spațiul procesului judiciar speculația este sistematic și deliberat strâmtorată de primatul probelor; or, adeseori, în cercetările cu care sunt obișnuți psihologii, există ample momente de speculații fără fundament factic (de date) direct și disponibil imediat.

Cele cinci greșeli – etichetate frecvent de literatura de specialitate drept cele „5 de I” (asta întrucât toate încep cu litera „i”) – au fost propuse de Thomas Grisso încă din 1986 și se refereau la deficiențele din deceniile șase, șapte și opt ale secolului trecut, când evaluarea judiciară începea să fie o practică profesională tot mai frecventă. În 2003 autorul constată că, deși s-au făcut progrese în eliminarea lor, aceste erori continuă să existe și mai e de lucru până pot fi considerate ca fiind depășite.

40.7. Procesul de evaluare judiciară

Deși pot exista mai multe maniere în care are loc evaluarea judiciară, ca proces, aceasta presupune parcurgerea unor etape relativ prestabilite. Acestea sunt doar în linii mari asemănătoare cu evaluarea terapeutică, dar, mai cu seamă, sunt puternic diferite de aceasta, mai ales sub aspectul conținutului.

Cea mai importantă contribuție adusă pentru sistematizarea și standardizarea evaluărilor judiciare îi revine din nou lui Kirk Heilbrun. În monografia sa *Principles of forensic mental health assessment* (2001), autorul a propus și discutat pe larg un model al etapelor și pașilor pentru virtual orice fel de evaluare judiciară, independent de subiectul psiholegal particular. După ce modelul s-a dovedit viabil și util în practica reală, acesta a devenit tot mai popular. Astfel, în volumul coordonat de Drogin, Dattilio, Sadoff și Gutheil (2011), toate capitolele dedicate celor mai frecvente aspecte psiholegale ce fac obiectul evaluărilor

judiciare (12 capitole focalizate pe evaluarea judiciară penală și 14 capitole concentrate pe evaluarea judiciară civilă) au prezentat același tipar structural propus de Heilbrun (2001) și pe care îl reconstituim schematic și mai jos.

• *Pregătirea evaluării.* Această etapă presupune o serie de pași care trebuie parcurși înainte ca evaluarea judiciară propriu-zisă să se realizeze. Fără parcurgerea acestor pași însă, este greu de imaginat ca evaluarea judiciară să fie într-un fel utilă procesului judiciar. Ce trebuie să facă psihologul la această etapă? Se recomandă parcurgerea în ordinea de mai jos a cel puțin șase pași distincți (Heilbrun, 2001).

Mai întâi de toate, psihologul trebuie să *clarifice aspectele psiholegale ce reprezintă scopul evaluării* (a se vedea detalii în secțiunea următoare, secțiunea 7). După cum afirmă și Thomas Grisso (2003, detalii mai sus), pentru asta trebuie să fie clar care sunt întrebarea și elementul legal, care sunt elementele psihologice relevante pentru înțelegerea aspectelor legale și cum se pot conceptualiza acestea din urmă astfel încât să fie ulterior pasibile de a fi evaluate clinic și/sau măsurate psihometric.

Următorii doi pași țin de urmărirea și respectarea eticii profesionale. În al doilea rând, *psihologul trebuie să-și aprecieze competențele profesionale în legătură cu aspectele de evaluat*: codurile deontologice și standardele profesionale solicită acceptarea doar a acelor cereri de evaluare pentru care există pregătirea și experiența necesare. Un al treilea pas, la fel de ancorat în etica profesională, constă în *aprecierea măsurii în care evaluatorul poate fi imparțial* în realizarea evaluării.

Al patrulea moment constă în *clarificarea, de cele mai multe ori împreună cu avocatul, a rolului procedural* pe care-l va avea psihologul în evaluarea judiciară. Kirk Heilbrun (2001) precizează faptul că psihologul poate avea, în contextul evaluării judiciare, cinci roluri distincte:

- a) rolul de evaluator desemnat de instanță (la cererea acesteia sau ca urmare a acceptării și însușirii de instanță a solicitărilor făcute de părți);
- b) rolul de expert-evaluator la solicitarea uneia dintre părți (fără ca această solicitare să fie autorizată de instanță);
- c) rolul de consultant care asistă avocatul (fără intenția sau obligația de a comunica ceva oficial instanței);
- d) rolul de expert-cercetător și specialist în științe comportamentale ce va depune mărturie cu privire la aspectele științifice relevante cazului (fără trimitere la aspectele particulare ale cazului);
- e) rolul de martor în caz (va depune mărturie cu privire la cele cunoscute și relevante cazului fără a formula însă concluzii profesionale).

Se cuvine să menționăm că oricare dintre rolurile de mai sus este incompatibil cu un altul și mai ales cu rolul extra-judiciar de terapeut.

Al cincilea pas de făcut în această etapă este să se obțină *claritate cu privire la remunerarea serviciilor de evaluare*. Pe o piață în care psihologul judiciar autonom își câștigă existența doar prin participarea la procesele judiciare (valabil, de exemplu, în SUA, dar încă greu de anticipat în România), acest aspect este important.

Al șaselea și ultimul pas al acestei etape ar fi *obținerea autorizației exprese de a realiza evaluarea*. Dacă rolul psihologului este de evaluator desemnat de instanță atunci se așteaptă un ordin oficial și scris de la aceasta; dacă psihologul are rolul de expert-evaluator la solicitarea uneia dintre părți, atunci avocatul acelei părți trebuie să solicite expres

evaluarea (de data aceasta nu e nevoie de un ordin oficial ; claritatea solicitării trebuie însă să existe).

- *Colectarea datelor.* Atunci când sunt rezolvate toate elementele preliminare, se poate trece la planificarea și realizarea evaluării. Un prim pas important în acest sens este cel de a selecta un *model de colectare a datelor*. Dacă aspectele psiholegale supuse evaluării sunt relativ tipice și cunoscute (de exemplu, capacitatea de a fi parte în procesul penal), există deja un set de bune practici, recomandări sau standarde promovate de asociații profesionale, precum și o bogată experiență profesională personală, care face facilă stabilirea planului sau modelului de colectare a datelor. În cazuri cu totul aparte, deosebit de rare sau ieșite din comun, evaluatorul va trebui să gândească un model propriu folosind experiența sa anterioară combinate cu principiile și cunoștințele profesionale.

Cel de-al doilea element important, central pentru evaluarea judiciară, este *administrarea procedurilor de colectare a datelor*. Asta implică folosirea diferitor metode dintre care cu greu ne putem imagina că lipsesc interviul (de data asta el devine din clinic, unul clinico-judiciar) și alte instrumente profesionale tipice (teste, chestionare, liste de verificare etc. ; a se vedea pentru alte detalii secțiunea 8, special dedicată instrumentelor evaluării judiciare).

- *Interpretarea datelor.* Întrucât datele evaluării judiciare sunt obținute în contextul unei relații marcate de constrângere legală, suspiciune de partinitate, adeseori considerată intruzivă și distantă, limitată în timp (vezi detalii în secțiunea ce compară evaluarea terapeutică și evaluarea judiciară), ele trebuie foarte atent evaluate din punct de vedere al validității înainte de a fi folosite pentru a se formula raționamente și concluzii profesionale.

Un prim pas în acest sens este *aprecierea stilului de răspuns* pe care l-a avut cel evaluat. Există mai multe feluri în care diferiți autori au delimitat și clasificat stilurile de răspuns. Cu referire specială la contextul evaluării judiciare, se pot combina mai multe clasificări și, astfel, se pot distinge următoarele stiluri de răspuns :

- 1) simularea simptomelor ;
- 2) negarea simptomelor ;
- 3) falsă prezentare a trăsăturilor pozitive ;
- 4) lipsa de relevanță ;
- 5) lipsa de colaborare ;
- 6) răspuns aleatoriu ;
- 7) răspuns onest ;
- 8) răspuns mixt (detalii în Heilbrun, 2001 ; Rogers, 1984 ; Otto, 2008).

Simularea simptomelor presupune inventarea sau exagerarea intenționată a simptomelor psihologice și/sau fizice, excluzând dorința de asumare a rolului de pacient. *Negarea simptomelor* presupune situația opusă ; refuzul deliberat de a recunoaște existența unor simptome sau minimalizarea intenționată a acestora. *Falsă prezentare a trăsăturilor pozitive* presupune asumarea unor trăsături, abilități, competențe sau îndemânări considerate valoroase sau dezirabile, dar pe care individul nu le posedă. *Lipsa de relevanță* a răspunsurilor denotă faptul că persoana nu se angajează, nu participă cu adevărat în procesul de evaluare. În *lipsa de colaborare* sau în *răspunsul aleatoriu*, persoana este angajată în evaluare, dar, în primul caz, răspunsurile sale sunt limitate sau lipsesc, în timp ce în cel de-al doilea caz ele au un caracter nesistematic, sunt la întâmplare. În cazul *răspunsului onest*, intenția de a colabora și comunica cu sinceritate este prezentă, dar

erorile inerente psihismului uman (de exemplu, uitarea) se pot interpune și produce denaturări cu privire la cele relatate. În stilul de *răspuns mixt*, se constată că, în diferitele etape sau momente ale evaluării, persoana a avut două sau mai multe stiluri diferite de raportare față de evaluarea judiciară în derulare. Pentru aprecierea stilului de răspuns se recomandă folosirea informațiilor obținute de la persoane terțe și/sau instrumente psihometrice (mai ales scale special elaborate, inclusiv subscale sau patternuri de răspunsuri care se regăsesc în inventarele multi-dimensionale de personalitate) (Heilbrun, 2001 ; Otto, 2008).

Un al doilea pas al etapei, și totodată cel mai consistent, constă în folosirea datelor adunate în caz (abordare ideografică), a datelor cunoscute în cercetările din domeniu (abordarea nomotetică) și a raționamentelor științifice pentru a formula concluziile evaluării (detalii se pot găsi în Heilbrun, 2001, capitolul 9).

- *Comunicarea rezultatelor.* Ultima etapă este centrată pe adecvarea prezentării rezultatelor în comunicarea scrisă (sub forma de raport de evaluare judiciară), comunicarea orală formală (declarațiile evaluatorului în proces) sau comunicarea orală informală (oferirea de informații și concluzii pentru avocat sau alți participanți în proces). Revenim cu detalii despre elementele esențiale ale comunicării rezultatelor mai jos, într-o secțiune specială (secțiunea 9).

40.8. Aspectele psiholegale și procesuale supuse evaluării judiciare

Evaluarea judiciară se poate face ori de câte ori se constată necesitatea clarificărilor profesionale a unui psiholog cu privire la un aspect legal și procesual. Aspectele, întrebările sau subiectele cu privire la care se cere aprecierea unui psiholog pot fi foarte diferite, dar, în același timp, unele dintre acestea, ținând cont de importanța procesuală și frecvența solicitărilor de evaluare, au un caracter tipic și dominant. De exemplu, expertiza pentru stabilirea prezenței discernământului în cauzele penale sau determinarea competenței parentale în procese civile ce implică decizii cu privire la autoritatea parentală și custodia minorilor se află printre cele mai tipice și frecvente solicitări de evaluare judiciară.

Atunci când se încearcă o anumită organizare și clasificare a aspectelor psiholegale și procesuale supuse evaluării, se ține cont în primul rând de natura dreptului și a procesului. De exemplu, în volumul cu texte de referință pentru evaluarea judiciară (*Handbook of Forensic Assessment*), autorii structurează exact după acest principiu primele două și cele mai importante secțiuni: aspectele penale (în engleză, *criminal matters*) fac parte din prima secțiune, iar aspectele civile (în engleză, *civil matters*) se regăsesc în secțiunea a doua (Drogin *et al.*, 2011). Și ordinea celor două secțiuni contează: psihologia s-a aplicat cel mai adesea și a fost istoric mult mai importantă în contextul cauzelor penale; aspectele ce țin de cauzele civile au fost abordate de psihologia judiciară relativ mai târziu și mai puțin, deși acest decalaj este tot mai redus în evoluția actuală, iar elementele psiholegale abordate sunt chiar mai variate (Wygant și Lareau, 2015).

- *Evaluarea judiciară în procesele penale.* Deși există o mare varietate de aspecte psiholegale particulare ce sunt relevante în cauzele penale, cea mai mare parte din evaluările judiciare se grupează în trei categorii:

- 1) evaluarea judiciară a diferitor capacități psiholegale (de exemplu, capacitatea de a fi parte în procesul penal, capacitatea de a refuza asistența juridică în proces oferită de avocatul ales sau desemnat etc.);
- 2) evaluarea responsabilității penale (de exemplu, estimarea stării mintale sau a sănătății psihice la momentul săvârșirii faptei);
- 3) determinarea pedepsei (de exemplu, estimarea riscului de recidivă, considerente psihologice pentru diminuarea duratei sau schimbarea formei pedepsei etc.; Wygant și Lareau, 2015).

În topul evaluărilor judiciare realizate în SUA pentru uzul procesului penal se află cele legate de capacitatea de a fi parte în proces, numărul unor astfel de evaluări variind între 50.000 și 60.000 pe an (Bonnie și Grisso, 2000; Wygant și Lareau, 2015).

• *Evaluarea judiciară în procesele civile.* Dacă lăsăm la o parte dreptul penal dominat de conglomeratele de norme legale asociate infracțiunii, răspunderii penale și pedepsei (toate trei sunt numite și instituții în drept), ceea ce rămâne este o imensă varietate de relații sociale și raporturi juridice ce sunt guvernate de norme și legi de natură civilă. Regăsim aici și aspecte legate de dreptul familiei, dreptul comercial, dreptul muncii, dreptul protecției sociale etc., precum și o mulțime de cazuri speciale. Marea majoritate a evaluărilor judiciare se realizează însă în legătură cu următoarele categorii de aspecte psiholegale:

- 1) dispute izvorâte din contracte (de exemplu: erori legate de înțelegerea clauzelor sau vicierea consimțământului);
- 2) stabilirea prejudiciilor și daunelor civile (de exemplu: daune morale sau psihologice ca urmare a încălcării unor drepturi, daune asociate unor leziuni și vătămări fizice conexe sau nu cu procese penale);
- 3) dispute domestice asociate dreptului familial (de exemplu: abuzul, relele tratamente sau neglijența în creșterea copilului sau îngrijirea bătrânilor);
- 4) dispute legate de legislația muncii și protecției sociale (de exemplu: daune morale sau psihologice suferite în exercițiul atribuțiilor profesionale la locul de muncă sau a accidentelor în muncă, discriminare și hărțuire la locul de muncă);
- 5) evaluarea capacităților civile (de exemplu: capacitatea de exercițiu a drepturilor civile și cea procesuală, capacitatea de asumare a obligațiilor civile, capacitatea de a se îngriji pe cont propriu etc.; Greene și Heilbrun, 2014; Wygant și Lareau, 2015).

Este important ca psihologul clinician interesat de evaluarea judiciară să fie dispus și abil în a face evaluări în ambele categorii de cauze, atât în cele penale, cât și în cele civile. De altfel, unii autori și volume nu fac o distincție dintre evaluarea în penal și cea în civil, prezentând fiecare tip frecvent de evaluare psiholegală ca fiind o sarcină profesională cu particularitățile sale aparte (de exemplu, Ackerman, 2010).

40.9. Instrumentele evaluării judiciare

Istoricul folosirii instrumentelor psihologice în evaluarea judiciară începe în anii '60 ai secolului trecut. Thomas Grisso (1987) constată că în deceniul șase și șapte al secolului trecut evaluarea judiciară nu era cu mult diferită de cea terapeutică. Treptat însă instrumentele s-au diversificat și au evoluat astfel încât Kirk Heilbrun, Richard Rogers și Randy

Otto (2002) au propus gruparea acestora în trei categorii : instrumente de evaluare clinice ; instrumente de evaluare relevante judiciar ; instrumente de evaluare judiciară.

Instrumentele de evaluare clinice (IEC) sunt acele tehnici, teste, scale, interviuri structurate, liste de verificare pe care le regăsim în arsenalul clasic și uzual al clinicianului, dar care sunt *posibil relevante* și pentru evaluarea psiholegală. Printre IEC cel mai adesea folosite se regăsesc astfel de instrumente precum *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI/MMPI-2), *Personality Assessment Inventory* (PAI/PAI-AV), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Structured Interview for Personality Disorders* (SIPD), *Diagnostic Interview for Children* (DIC), *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS), *Wide Range Achievement Test* (WAIT) și multe altele. Principalul avantaj al acestor instrumente este gradul mare de încredere pe care-l putem avea în rezultatele pe care le obținem cu ele, întrucât pentru majoritatea lor avem date psihometrice și normative extinse.

Instrumentele de evaluare relevante judiciar (IERJ) nu diferă foarte mult de IEC. Spre deosebire de acestea însă, IERJ sunt *direct relevante* pentru evaluările psiholegale : conceptele clinice pe care le măsoară sunt foarte importante și în evaluarea judiciară întrucât ajută, de exemplu, la stabilirea riscului pentru violență (*Structured Assessment for Violence Risk in Youth* – SAVRY ; *Violence Risk Appraisal Guide* – VRAG ; *Sexual Violence Risk* – SVR-20), la evaluarea nivelului de psihopatie (*Psychopathy Checklist-Revised* – PCL-R ; *Psychopathic Personality Inventory* – PPI) sau a stilului de răspuns (*Validity Indicator Profile* – VIP ; *Word Memory Test* – WMT ; *Paulhus Deception Scale* – PDS ; *Structured Interview of Reported Symptoms* – SIRS).

Instrumentele de evaluare relevante judiciar (IERJ) diferă de primele două categorii prin faptul că au apărut, s-au dezvoltat și există pentru a fi utilizate în context judiciar, sunt *relevante doar judiciar*. Constructele psihologice pe care acestea le măsoară sunt specifice doar practicilor de evaluare psiholegale. Primul instrument expres dedicat uzului judiciar a apărut în 1965 și se numea *Checklist of Criteria for Competency to Stand Trial* (CCCS). Evoluția acestor instrumente a fost lentă la început : în deceniul șapte apar doar trei instrumente noi (*Competence Screening Test* – CST ; *Competency to Stand Trial Assessment Instrument* – CAI ; *Georgia Court Competency Test* – GCCT), iar ritmul propunerii de alte instrumente este relativ lent și în deceniul următor. Abia în ultimul deceniu al secolului trecut se constată o explozie a IERJ. În prima ediție a celebrei monografii, Thomass Grisso (1986) descria și recomanda 26 de instrumente din această categorie. În cea de-a doua ediție a cărții (Grisso, 2003), numărul acestor instrumente este de 37. Deși în plină expansiune ca număr și diversitatea IERJ lasă uneori mult de dorit din punct de vedere al raportării și calității indicatorilor psihometrici de bază.

După cum remarca cu ceva timp în urmă Richard Rogers (1987), când analizăm instrumentele de evaluare judiciară se poate constata un fel de relație inversă dintre certitudinea clinică bazată pe validare empirică extinsă și relevanța legală a constructelor măsurate : cele mai validate și stabile sunt instrumentele de evaluare clinică (IEC), dar tot ele sunt și cele mai puțin relevante psiholegal ; în același timp instrumentele cele mai utile pentru evaluarea psiholegală (IERJ) au cei mai slabi indicatori psihometrici sau aceștia lipsesc parțial sau în totalitate.

40.10. Raportul de evaluare și declarațiile expertului

Părțile, mai ales în procese civile, pot solicita expertize și într-o manieră informală, fără ca rezultatul să devină parte din dosarul oficial al cazului : în acest caz nu se fac cereri oficiale și nu se produc rapoarte și mărturii consemnate în proces cu statut de probă. Când solicitările de evaluare judiciară vin din partea instanței de judecată (în etapa de judecată) sau a procurorilor (în etapa de urmărire penală), acestea, de regulă, sunt oficiale. Caracterul oficial cere cu necesitate prezența unei comunicări scrise : solicitarea vine în scris și răspunsul este și el scriptic, sub forma unui raport de expertiză. În unele cazuri, pe lângă scrierea raportului de expertiză, se solicită și susținerea celor consemnate în raport prin declarații orale, de regulă făcute în ședințele de judecată în fața instanței și părților.

Laurence Miller, Robert Sadoff și Frank Dattilio (2011) identifică calitățile esențiale ale unei bune comunicări interprofesionale dintre psihologul expert judiciar și juriștii sau magistrații implicați în proces. Fie că e vorba de elementele unui raport de evaluare scris sau de o comunicare orală în care expertul depune declarații, următoarele patru elemente ar trebui să fie invariabil prezente (pot fi reținute drept cele 4C).

- *Concizie*. Exprimarea trebuie să fie laconică, întrucât lecturarea unui text lung de câteva zeci de pagini, când totul putea fi expus în maxim câteva pagini, poate crea o oboseală inutilă pentru un jurist. Este important de menționat faptul că toți specialiștii în drept și magistrații sunt obișnuiți cu lecturarea și folosirea unor texte concise, prototipul ideal fiind un articol de lege ce conține o normă juridică sau o parte a acesteia. Un raport nenecesar de lung față de mesajul pe care-l conține face din start o foarte proastă impresie oricărui jurist sau magistrat care-l parcurge.
- *Comprehensiune*. Deși la o primă vedere nevoia de a crea o înțelegere clară în mintea unui jurist cu privire la elementele psihologice ale chestionării legale este contrară conciziei, lucrurile nu stau neapărat astfel. Este important să reiasă calea de raționare profesională pe care o urmărește psihologul în formularea concluziilor psiholegale ; raportul sau declarațiile nu sunt cursuri sau tratate de/despre psihologie. Comprehensiunea trebuie să fie una instrumentală, necesară doar urmăririi legăturilor dintre datele constatate prin evaluare și concluziile finale.
- *Cauzalitate*. Autorii se referă la această calitate ca fiind un fel de transparență cu privire la modul în care se ajunge la concluziile formulate în raport sau declarație. Relatarea doar a concluziilor fără arătarea pașilor și elementelor sau datelor evaluării poate fi interpretată greșit ca o insuficiență a demersului realizat sau ca o poziționare subiectivă nefondată, generalizantă și/sau partizană.
- *Claritate*. Expunerea trebuie să fie lipsită de jargon profesional specific, excesiv și ermetic. Se recomandă alegerea unor cuvinte cât mai simple și uzuale, dar care să surprindă totuși corect elementele semantice necesare. Miller și coautorii (2011) recomandă în acest sens respectarea unui dicton atribuit lui Albert Einstein care ar putea fi tradus astfel : „totul trebuie să fie cât mai simplu posibil – dar nu mai simplu decât atât”. În cazurile în care este inevitabil să se folosească concepte, termeni, diagnostice etc., acestea trebuie imediat definite și explicate cât mai simplu posibil și pe înțelesul unui neprofesionist.

Avem convingerea că evoluția sistemului judiciar românesc, deschiderea juriștilor și magistraților pentru considerarea contribuțiilor științelor judiciare (inclusiv ale psihologiei), precum și curajul psihologilor de a se aventura în practicarea profesiei în contexte legale și judiciare vor produce în următorul deceniu un început de veritabilă și largă profesionalizare a psihologiei judiciare. Evident, evaluarea judecării va fi una din cele mai curente și profitabile activități ale psihologului clinic-judiciar.

Bibliografie

- Ackerman, M.J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Bonnie, R., Grisso, T. (2000). Adjudicative competence and youthful offenders. In T. Grisso & R. Schwartz (Eds.), *Youth on trial : a developmental perspective on juvenile justice* (pp. 73-103). Chicago : University of Chicago.
- Borum, R., Grisso, T. (1996). Establishing standards for criminal forensic reports : An empirical analysis. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 24, 297-317.
- Ciorbea, I. (2014). *Evaluarea psihologică clinică. Repere teoretice și metodologice*. București : Editura Universitară.
- Ciorbea, I., Enache, R., Sălceanu, C. (2015). În I. Ciorbea (Ed.), *Evaluarea psihologică aplicată* (pp. 137-309). București : Editura Trei.
- Drogin, E.Y., Dattilio, F.M., Sadoff, R.L., Gutheil, T.G. (2011). *Handbook of forensic assessment : Psychological and psychiatric perspectives*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Greene, E., Heilbrun, K. (2014). *Wrightsmen's psychology and the legal system* (8th ed.). Cengage Learning.
- Grisso, T. (1986). *Evaluating competencies : Forensic assessments and instruments*. New York : Plenum Press.
- Grisso, T. (1987). The economic and scientific future of forensic psychological assessment. *American Psychologist*, 42, 831-839.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating Competencies : Forensic Assessments and Instruments* (2nd ed.). New York : Springer.
- Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Heilbrun, K., Rogers, R., Otto, R.K. (2002). Forensic assessment : Current status and future directions. In J.R. Ogloff (Ed.), *Taking psychology and law into the 21st century* (pp. 120-147). New York : Springer.
- Knapp, S., VandeCreek, L. (2001). Ethical issues in personality assessment in forensic psychology. *Journal of Personality Assessment*, 77, 242-254.
- Melton, G., Petrila, J., Poythress, N., Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts : A handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd ed.). New York : Guilford Press.
- Miller, L., Sadoff, R.L., Dattilio, F.M. (2011). Personal injury : The independent medical examination in psychology and psychiatry. In E.Y. Drogin, F.M. Dattilio, R.L. Sadoff & T.G. Gutheil (Eds.), *Handbook of forensic assessment : Psychological and psychiatric perspectives* (pp. 277-302). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Otto, R.K. (2010). Forensic assessment instruments and techniques. In I.B. Weiner & W.E. Craighead (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4th ed.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.

- Otto, R.K. (2008). Challenges and advances in assessment of response style in forensic examination contexts. In R. Rogers (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.) (pp. 365-275). New York, NY: Guilford Press.
- Otto, R.K., Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology : A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57, 5-18.
- Plante, T.G. (2005). *Contemporary clinical psychology* (2nd ed.). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Roesch, R., Zapf, P.A., Hart, S.D. (2010). *Forensic Psychology and Law*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law*, 2, 93-112.
- Rogers, R. (1987). Ethical dilemmas in forensic evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 5, 149-160.
- Walker, L.E., Shapiro, D. (2003). *Introduction to forensic psychology : Clinical and social psychological perspectives*. Springer Science & Business Media.
- Wygant, D.B., Lareau, C.R. (2015). Civil and criminal forensic psychological assessment : similarities and unique challenges. *Psychological Injury and Law*, 1(8), 11-26.

41. Evaluarea psihologică în context medical

Eugen Avram

Universitatea din București

Rezumat

Capitolul face referiri la modalitatea în care funcționează psihologii în contextul medical. Se prezintă elemente definitorii privind concepția reprezentanților domeniului medical cu privire la serviciile de sănătate, sugerându-se punctele comune ce pot fi adoptate în serviciile de psihologie. Se explică rolul psihologului în structurile sistemului de sănătate în acord cu așteptările angajatorilor (de la rolul de evaluator, la roluri obiective privind îndeplinirea unor interese pragmatice ale unității de sănătate). Este redat un model de evaluare psihologică cu aplicații în spital. Se argumentează că, în context medical, evaluarea psihologică se construiește pe baza mai multor sisteme diagnostice. Evaluarea psihologică în context medical este descriptivă, explicativă, predictivă, nu diagnostică, îmbinând conceptele literaturii științifice de specialitate cu sistemele CIF, ICD, ICD-AM, DSM. Nu în ultimul rând, se subliniază că în context medical evaluarea se continuă cu intervenția psihologică pentru ameliorarea stării pacientului.

41.1. Contextul medical

În sistemul de sănătate, evaluarea psihologică se înscrie în rândul serviciilor de investigare clinică. Ea servește pentru aprofundarea cunoașterii pacientului prin culegerea unor informații cu relevanță clinică pe care medicii nu le pot accesa prin metodele și tehnicile medicale.

Psihologii care lucrează în sistemul de sănătate trebuie să se adapteze la patternurile de organizare și funcționare ale organizațiilor sănătății (în sistemul de stat și în cel privat). În România psihologii ocupă posturi sau au contracte de colaborare în mod special în spitale, policlinici, clinici, cabinete medicale. În context medical, psihologia poate fi privită din două perspective :

1. ca un *serviciu auxiliar* – în care (a) serviciile psihologice aduc anumite beneficii instituției, însă nu sunt neapărat necesare, ele sunt solicitate numai când situația o cere (în percepția medicului sau în percepția instituției – în raport cu interesul – financiar sau profesional – pentru servicii psihologice); (b) psihologul este un angajat din categoria personalului de suport/auxiliar ;

2. ca un *serviciu de sănătate* – prin integrare legislativă: (a) serviciile psihologice sunt necesare, majoritatea pacienților ar trebui să beneficieze de serviciile psihologice; (b) psihologul este integrat în categoria furnizorilor de servicii de sănătate, având un rol important (similar cu al altor specialiști din serviciile de sănătate).

Specialitățile medicale atrag după sine anumite aspecte de specificitate în evaluările psihologice. Multe din specialitățile medicale pot fi privite ca oportunități pentru dezvoltarea unor servicii psihologice conexe specialității.

Psihologii care fac evaluări și prestează servicii în context medical trebuie să înțeleagă câteva elemente de bază privind concepția despre serviciile de sănătate, așa cum este ea elaborată și promovată de managementul sistemului sanitar. Elementele de bază ale concepției medicale privind dezvoltarea serviciilor de sănătate cuprind următoarele aspecte (Voinea, 2012):

- *finanțarea* serviciilor medicale se face în principal prin:
 - *colectarea fondurilor din sistemul asigurărilor sociale de sănătate* (există și asigurări de sănătate în regim privat). *Finanțarea spitalelor* se face prin *sistemul de finanțare bazată pe caz rezolvat* (sistemul grupelor de diagnostice – DRG). Acesta recurge la o metodologie de clasificare a problemelor de sănătate și utilizarea unui sistem de coduri diagnostice care sunt asociate cu anumite costuri;
 - *plata serviciilor de către pacient*: în mod special în sistemul de sănătate privat, dar și pentru unele servicii de stat (de exemplu, coplata unor investigații, precum Rezonanța Magnetică Nucleară; cazarea în rezerve etc.);
- *ghidurile de practică* precizează cum se desfășoară actele medicale, având recunoaștere legală. *Ghidurile de diagnostic și tratament* pot standardiza actul medical, pentru a ajuta medicul să ia decizii optime în livrarea serviciilor medicale în situații clinice specifice. Aceste ghiduri garantează faptul că medicul îndeplinește o acțiune conform celei mai bune practici în domeniu. Ghidurile de practică medicală securizează pacienții din punct de vedere clinic și, de asemenea, securizează medicul din punct de vedere legal (respectarea ghidului este un argument forte împotriva acuzației de malpraxis);
- *protocolul de intervenție* este un raport asupra intervenției, cuprinzând:
 1. date de identificare a pacientului (nume, vârstă, sex);
 2. ora de începere și ora de terminare a intervenției chirurgicale;
 3. diagnosticul la internare;
 4. componența echipei operatorii;
 5. tipul intervenției chirurgicale;
 6. descrierea etapelor principale ale intervenției;
 7. diagnosticul intraoperator;
 8. materialele sanitare utilizate pentru realizarea intervenției chirurgicale;
 9. semnăturile medicilor care au efectuat intervenția chirurgicală.
- *practicarea medicinei bazate pe dovezi* constituie o soluție pentru îmbunătățirea calității diagnosticului și a tratamentului. În principiu, se consideră că practicile medicale trebuie să dispună de o validare prin cercetare, pe bază de dovezi științifice. Evaluarea riscurilor și a beneficiilor fiecărui test diagnostic sau tratament alternativ se face prin selectarea celor mai bune dovezi rezultate din cercetarea clinică, pentru a genera cele mai bune proceduri diagnostice și intervenții terapeutice;
- *educația profesională (medicală) continuă* (EMC) pornește de la premisa că serviciile medicale se pot adapta la noile cerințe ale pacienților și societății în condițiile, în care

medicii/prestatorii sunt foarte bine pregătiți din punct de vedere profesional. Aceasta se face prin participarea la cursuri acreditate de formare specializată sau avansată (cu trainerii experți în ariile predate). Participanții la EMC dobândesc noi cunoștințe, abilități, atitudini etice, consolidând responsabilitatea profesională.

- *auditul clinic* are la bază decizia politică cu scopul de a verifica un set de prescripții/standarde pentru a determina relația dintre practici și costuri. În urma auditului rezultă un tabloul al problemelor actuale și posibile, cu potențial diferit de rezolvare (neconformități majore și minore), planuri de îmbunătățire și de verificare. Auditul medical face apel la metode sistematice, științifice pentru a stabili criteriile explicite de bună practică, măsoară performanța, selectează cazurile, compară rezultatele și evaluează acțiunile de îmbunătățire la mai multe niveluri (Voinea, 2012 ; Vlădescu, Enăchescu și Dragomirișteanu, 2001).

41.2. Psihologul în context medical

Angajarea psihologilor în context medical de stat este solicitată de cerințe legislative privind schemele de personal din sistemul de sănătate. *Rolul psihologului* rezidă din categoriile de așteptări pe care le au colaboratorii și clienții din structura angajatoare :

- 1) *Rolul de factor de stabilitate pentru pacient*. Obiectul de investigare : riscuri psihologice la nivelul pacientului (fenomene psihiatrice, alte probleme de sănătate și percepții adiacente, fenomene psihologice dezadaptative – identificabile în manualele consacrate privind problemele de sănătate – DSM, ICD, CIF – și/sau în alte surse științifice). Așteptări : a controla pe parcursul internării (al colaborării cu instituția medicală) fenomenele dezadaptative ale pacientului (și însoțitorilor lui) prin *intervenții psihologice* (consiliere, psihoterapie, psihoeducație, colaborare cu aparținătorii).
- 2) *Rolul de factor de stabilitate în clinică*. Obiectul de investigare : riscuri instituționale în relația cu pacientul și cu aparținătorii lui. Așteptări : a preîntâmpina riscurile (reclamații, conduite dezadaptative etc.), a adăuga un plus de autocontrol al clinicii în relație cu cazuistica (a cunoaște mai multe despre pacient, a preîntâmpina tensiuni generate de pacient și însoțitori, a liniști climatul când pacientul și familia sunt necomplianți, chiar revoltați).
- 3) *Rolul de clarificare*. Obiectul de investigare : neconcordanța între modelul clinic al patologiei și descrierea subiectivă a simptomatologiei ; neconcordanța între gravitatea problemei stabilite clinic și gravitatea percepută de către pacient sau de către aparținătorii lui. Așteptări : a identifica acele fenomene psihologice (intenționate sau neintenționate) care explică neconcordanța dintre planurile evaluării (subiectiv, clinic, obiectiv) și gradul de funcționalitate/dizabilitate al pacientului (funcționalitatea reprezentând setul cel mai relevant de indicatori ai impactului bolii asupra persoanei).
- 4) *Rol de investigare și validare a unor ipoteze clinice*. Obiectul de investigare : fenomenele psihocomportamentale (sau, generic, fenomene nonmedicale, incluzând și alte categorii, precum aspecte sociale, economice) pe care medicul le consideră cu valoare explicativă potențială pentru conduita/autoreglarea/adaptarea pacientului (fenomene care ar putea avea impact asupra evoluției clinice sau a colaborării). Așteptări : a oferi răspunsuri la ipoteze clinice (interesul este mai pregnant la medicii care sunt interesați

de contribuția psihologiei în contextul medical), a stabili elementele diferențiale în cadrul unui diagnostic (psihologul nu face diagnostic diferențial pentru că diagnosticul este unul medical, ci stabilește ce elemente psihologice se supraadaugă, dând o anumită coloratură conduitei dezadaptative/afectării autoreglajului pacientului).

- 5) *Rolul de identificare* a factorului/lor psihologic/i ce explică anumite comportamente. Obiectul de investigare : fenomene psihologice care stau la baza unor comportamente precise precum : colaborare redusă, sentiment de nepregătire pentru operație, revoltă, exagerare a simptomelor etc.
- 6) *Rol de cercetător*. Obiectul de investigare : se stabilește în funcție de proiectul prioritar al clinicii, de direcția de cercetare a clinicii, de datele literaturii de specialitate. Așteptări : a colabora pe linie de cercetare (cu scop de publicare sau cu scop de pregătire a unor expuneri ale evenimentelor științifice).
- 7) *Rol de suport instituțional*. Obiectul activității : a contribui la activitățile care au impact managerial/administrativ (în principal trei categorii de activități : contribuția la finanțarea unității ; trainer pe teme de psihologie medicală ; participarea în unele acțiuni de suport – managementul calității, comisii de concurs).
- 8) *Rolul de factor de finanțare a unității* : prin taxele percepute pentru serviciile prestate (în structurile private), prin participarea la implementarea în sistemul DRG a codurilor legate de fenomene psihologice/comportamentale, servicii de consiliere-psihoterapie.

41.3. Evaluarea psihologică în context medical

41.3.1. Cadrul activității

Orice evaluare începe având la bază un obiectiv. În context medical, evaluarea psihologică are legătură directă cu sănătatea și funcționalitatea *versus* dizabilitatea pacientului. În total, evaluările psihologice țin de relația dintre psihologia pacientului și starea de sănătate, plus situația lui socială (modelul biopsihosocial, Santrock, 2007). Interesul este de a ști ce fenomene psihologice și ce aspecte sociale (familie, profesie, nivel economic etc.) contribuie (și cum contribuie) favorabil *versus* nefavorabil la evoluția sănătății, a comportamentului de sănătate *versus* evoluția bolii pacientului și a comportamentelor dezadaptative. După ce se obțin datele din evaluarea psihologică, se realizează acțiuni ce contribuie la optimizarea conduitei pacientului și a familiei lui în raport cu managementul bolii în relația cu serviciile de sănătate și la domiciliu.

Evaluarea psihologică în context medical are o serie de particularități :

- 1) beneficiarii sunt atât pacienții, cât și echipa medicală din care face parte psihologul (trebuie reglate așteptările și obiectivele cu echipa medicală) ;
- 2) modelul de evaluare trebuie construit în funcție de problematica de sănătate avută în vedere (ghid de evaluare pentru categoria de cazuistică) ;
- 3) inițiativa evaluării nu aparține de obicei pacientului ;
- 4) la datele din foaia de observație medicală au acces atât personalul medico-sanitar, cât și pacientul.

41.3.2. Modele de evaluare

Conceptul de *model de evaluare* se referă la :

- 1) modelul integrat de noțiuni, concepții ce servesc evaluării (DSM ; ICD ; CIF) ;
- 2) modelul de variabile relevante pentru o categorie de cazuri și elemente metodologice (ce și cum se evaluează în problematica avută în vedere) ;
- 3) modele specifice pentru evaluarea anumitor fenomene/concepte (modele acreditate științific pentru evaluarea unor concepte/fenomene precum : complianță, stres, reziliență, afazie, depresie, schemă cognitivă disfuncțională etc.).

Modelele de evaluare psihologică *adecvate (contextului evaluării)* se pot identifica din literatura de specialitate (manuale și reviste de profil).

Modelul CIF. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF/ICF) are obiectivul general de a oferi un limbaj standardizat și unitar, precum și un cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări asociate stării de sănătate. CIF oferă un model extins de evaluare în diferite domenii ale funcționalității *versus* dizabilității pacientului (de exemplu, funcțiile mintale, funcțiile energiei și impulsului, funcțiile psihomotorii, funcțiile emoționale, funcțiile cognitive de nivel superior, autogospodărirea, interacțiunile și relațiile interpersonale, ariile majore ale vieții etc. Pentru fiecare indicator specialistul decide maniera în care încadrează funcția pe una din categoriile : 0 fără afectare semnificativă, 1 afectare ușoară/minoră, 2 afectare moderată, 3 afectare majoră/severă, 4 afectare completă/totală. Termenul de *afectare* este specific pentru acest model. Psihologii pot extrage din CIF o serie de concepte pentru fișa de evaluare psihologică clinică.

Modelul ICD și ICD-AM (varianta australiană) (ajunse la ediția a X-a). *Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD)* elaborată de OMS este un instrument de diagnostic standard util în epidemiologie, în managementul sănătății și în scopuri clinice. Varianta australiană ICD-AM este adoptată în sistemul de sănătate românesc pentru a reda complexitatea cazurilor și a introduce datele în sistemul de finanțare DRG. ICD-AM cuprinde coduri pentru fiecare specialitate medicală, însă are și câteva subcapitole foarte utile psihologilor : factorii care influențează starea de sănătate și motivele recurgerii la serviciile de sănătate (include o clasificare excelentă a aspectelor de istoric și context social pentru pacient) ; simptome și semne referitoare la constiență, percepție, stare emoțională și comportament ; tulburări mintale și de comportament (nu cuprinde toată paleta de categorii, însă poate furniza coduri pentru evaluarea psihologică). Din perspectiva evaluării psihologice, conceptul integrator/descriptiv din ICD-AM este cel de *problemă*.

Modelul DSM (ajuns la ediția a V-a). Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale realizat de către Asociația Americană de Psihiatrie este o clasificare a fenomenelor clinice. Capitolele majore din DSM-5 se referă la : tulburări de neurodezvoltare, tulburări ale personalității, tulburări psihotice, tulburarea bipolară și alte tulburări asociate, tulburări depresive, tulburări anxioase, tulburări obsesiv-compulsive și asociate, tulburări asociate traumei și stresului, tulburări disociative, tulburări cu simptome somatice, tulburări alimentare, tulburări ale eliminării, tulburări în sfera somnului, tulburări în sfera sexualității, tulburări ale identității de gen, tulburări disruptive, ale controlului impulsului, tulburări în sfera adicțiilor, consumului de substanțe, tulburări neurocognitive. Termenul *tulburare*

este specific pentru descriptorii clinici oferți din perspectiva DSM. Fiind un manual diangostic, DSM oferă încadrarea clinică pe diagnostice, însă psihologii nu au rolul principal în identificarea unor diagnostice, ci în demersul de a descrie, explica, prezice anumite aspecte/variabile.

Observații :

- 1) Cele trei surse amintite constituie cadre teoretice obligatorii, având o valoare majoră în conceperea *evaluării psihologice în context clinic*. Interpretarea datelor din perspectiva unui singur model clinic, precum DSM, riscă să conducă psihologul la tendința de a „cliniciza” cazurile.
- 2) Evaluarea psihologică în context clinic (numită *clinică*) nu conduce întotdeauna la relevarea/descoperirea unor fenomene psihologice de nivel clinic. Fenomenele nonclinice, dar cu relevanță clinică și cu valoare de descriere a sănătății și funcționalității (a) nu pot fi omise și (b) trebuie evaluate/notificate corect.
- 3) Multe modele particulare/speciale de evaluare sunt derivate din modelele amintite, care au grad mare de cuprindere (de exemplu, majoritatea scalelor de evaluare a funcționalității unor categorii de cazuistică sunt derivate din CIF).
- 4) Alegerea și redactarea conceptelor și sintagmelor corecte din punct de vedere științific în raportul psihologic trebuie să reflecte ancorele prezentate în sistemele oferite de cele trei manuale (CIF ; ICD ; DSM) (Reidy și Caplan, 1994). Se pot adopta termenii de *afectare*, *problemă*. Termenul de *tulburare* este rezervat în general pentru consultul psihiatric și în literatura științifică.

Modele operaționale. Pentru anumite activități de evaluare psihologică au fost elaborate :

1. modele teoretico-aplicative mai generale, precum modelul calității vieții. Conceptul de calitate a vieții cuprinde mai multe dimensiuni majore ale sănătății, transpuse în scale de evaluare a eficienței intervențiilor de sănătate. De exemplu, *modelul SF36* este foarte citat în studiile clinice. Cuprinde 8 domenii de evaluare : funcționare fizică, limitări de rol datorate problemelor de sănătate fizică, durere somatică, funcționare socială, sănătate mintală generală, limitări de rol datorate problemelor emoționale, vitalitate/energie/oboseală, percepția generală asupra sănătății (Ware și Sherbourne, 1992). Pentru evaluarea calității vieții pacienților cu traumatism cranio-cerebral este consacrat modelul QOLIBRI (dimensiunile investigate sunt : cogniția, selful, activitatea de zi cu zi și autonomia, relațiile sociale, emoționalitatea, problemele de sănătate somatică) (Von Steinbüchel *et al.*, 2005). În evaluarea psihologică, modelele de calitate a vieții pot fi utile în *screening*, asumându-și un set restrâns de informații esențiale.
2. modele specifice sunt destinate uzului pentru categorii precizate de pacienți. De exemplu, a fost elaborat un model/ghid pentru încadrarea în grad de handicap (pentru care există un cadru legal : Ordinul ministrului Muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului Sănătății publice nr. 762/1992/2007, pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu completări cum ar fi, de exemplu, Ordinul nr. 692/2013). Ordinul menționat se referă la următoarele categorii clinice în vederea încadrării în grad de handicap : evaluarea persoanelor cu dezvoltare incompletă a funcțiilor mintale ; evaluarea persoanelor cu vârsta cronologică de peste 18 ani cu tulburare de spectru autist ; evaluarea persoanelor cu regresie (deteriorare) a funcțiilor intelectuale ; evaluarea persoanelor cu tulburări de personalitate ; evaluarea persoanelor cu psihoze majore.

Un model de evaluare psihologică în spital. Psihologii care lucrează în context medical trebuie să clarifice cu reprezentanții instituției de sănătate interesele/așteptările față de serviciile de evaluare psihologică. Apoi este necesar a realiza documentarea de specialitate și a elabora modelele aplicate care redau adecvat lista de indicatori pentru descrierea psihologică a cazuisticii clinicii respective. În total, aspectele comportamentale pe care psihologul le vizează se referă la predictorii și criteriile ale reglajului comportamental, ale adaptării *versus* dezadaptării pacientului și familiei lui la situația de boală – factori de suport și aspecte problematice care afectează adaptarea (aspecte cognitive, emoționale, comportamentale, contextuale). Demersul ameliorativ urmează celui evaluativ.

În continuare, prezentăm un model de evaluare util în practica de spital (sinteză). El poate fi completat și nuanțat în funcție de specialitatea medicală.

Secțiunea 1. Cadrele solicitării

- 1) Solicitarea : cine solicită (semnătură, dată și parafă pentru solicitare)? în ce context ?
- 2) Obiectivul evaluării : la ce este utilă evaluarea psihologică în opinia solicitantului, ce dorește să afle solicitantul ? care este obiectivul real al evaluării ?
- 3) Informarea inițială (metoda analizei documentelor, convorbirea) cuprinde câteva etape :
 - 3.1. Studiul fișei de observație medicală (dosar actual, dosar vechi, dacă există, cu diagnostic, alte probleme de sănătate, consult psihiatric, consult psihologic).
 - 3.2. Dacă este necesar, se completează datele cu informații de la medic (aspecte de evoluție, prognostic, tratament special, percepția comportamentului pacientului).
 - 3.3. Alte constatări emise de aparținători și personalul sanitar care au/a observat pacientul (aspecte problematice semnificative, percepțiile familiei/aparținătorilor).

Secțiunea 2. Probleme de sănătate și tratamente – ocupă un spațiu mai larg al evaluării în spital, din două motive :

1. majoritatea pacienților sunt extrem de sensibili/atenți la fiecare element informațional legat de sănătatea lor (mulți analizează și interpretează nuanțele informațiilor pe care le primesc) ;
 2. relevă predictorii ai adaptării la problema existențială dată de afectarea sănătății.
- 1) Deschiderea investigației (se asigură condițiile necesare culegerii de date : întrevvedere fără martori, consimțământ/acord, clarificarea rolului psihologului și a obiectivului colaborării, precizarea că evaluarea face parte din protocol și poate dura mai multe sesiuni). Date culese :
 - 1.1. istoric al evoluției problemei actuale de sănătate (elementele esențiale descrise de către pacient). Indicatori vizați (prin întrebări țintite – amplasate în derularea discursului pacientului) : *percepția evoluției bolii* (debut insidios, brusc ; evoluție, impact cognitiv, emoțional, comportamental asupra pacientului) ; *inițiativa de apel la serviciile de sănătate* (prezice implicarea în relația cu serviciile de sănătate) ; *opinii, percepții* în raport cu istoricul sănătății ;
 - 1.2. *percepția situației* (ce crede pacientul despre problema de sănătate, despre ceea ce a aflat de la medic) ; *percepția serviciilor medicale/satisfacția în legătură cu serviciile medicale* (prezice satisfacția cu privire la serviciile actuale, însă poate fi moderată de satisfacția privitoare la medicul curant actual) ; *manifestări ale incongruenței cu alți actori medicali* (neînțelegeri cu medicii, procese judiciare, înregistrarea convorbirilor, opinia despre tratamentul corect) ; *factori de suport actual* (cine vă ajută ? vă simțiți ajutat/ă ? ce ajutor aveți nevoie ?) (Blanch și Aluja, 2012).

- 2) Cunoașterea sistematică : ia forma unui interviu structurat (în realitate, combinat cu convorbirea pentru a crea un cadru confortabil pacientului). Interviul este parțial adaptat la tematica și fluxul ideatic al pacientului. Se urmăresc datele din ghidul de interviu, chiar dacă ordinea poate fi schimbată pe parcursul demersului. Categoriile de informații :
- 2.1. Cunoașterea/cunoaștințe/percepții despre sănătate : *cunoaștințele pacientului despre boală* (ce știe de la medic, ce știe din documentarea personală, dacă nu știe/nu pare că vrea să știe prea multe detalii), convingeri despre boală (Vaughn *et al.*, 2009). Psihologul nu furnizează date despre diagnostic și prognostic, ci constată ce știe pacientul (ce v-a spus medicul despre problema dvs. de sănătate ? și ce părere aveți ?), rolul lui fiind de a regla comportamentul pacientului, a ameliora starea de bine. Indicatori evaluați : *percepția gravității bolii și vulnerabilității* (tendința de a evalua realist problemele, tendința de a subaprecia gravitatea, tendința de a exagera simptomele, percepția amenințării ; Tan 2004) ; *percepția controlului și competenței* (simte că are control sau nu asupra situației, percepția că situația poate fi controlată sau nu de către medic ; Snelgrove, 2006) ; *percepția autoeficacității* (pacientul consideră că poate face față, se poate descurca în situația actuală sau nu ?) ; *atribuirea responsabilității* (pacientul conștientizează contribuția personală pentru situația sănătății sale sau nu/nu este cazul ; North, 1999 ; Brown *et al.*, 1999) ; *așteptări* (ce așteptări are de la medic ? așteptările sunt disproporționate cu realitatea – reduse, mari – sunt realiste ? pacientul nu are niște așteptări clare sau nu este atent la acest aspect) ; *atribuiri* (explicații privind cauzele bolii) (Gohm și Clore, 2002) ; *intenții* (în raport cu sănătatea, adaptarea la solicitările medicului privind unele investigații, tratamente etc.) (Kraft și Goodell, 1993 ; Boechner *et al.*, 1990 ; Cole, Holtgrave și Rios, 2008 ; Helman, 2001).
 - 2.2. Percepția simptomatologiei și a afectării stării de bine (legată de problema principală de sănătate) : ce simptome deranjează cel mai mult, când apar, ce anume le facilitează apariția, cât durează, ce traseu au, ce caracter au simptomele (ca un curent electric, ca o împunsătură etc.), ce intensitate maximă și medie au simptomele, ce anume le estompează manifestarea, când dispar, cum afectează activitățile/funcționarea pacientului, factori psihologici și psihosociale care modulează percepția durerii (Kuch, 2001 ; Nygaard, Kloster și Solberg, 2000), percepția distorsionată a durerii și a dizabilității (Kose *et al.*, 2003 ; Arpino *et al.*, 2004).
 - 2.3. Funcționalitate, capacitate, dizabilitate (date clinice și percepții) – ariile afectate actual : *capacitatea de comunicare* (inițierea conversației, menținerea conversației, conversația cu mai multe persoane etc.) ; *mobilitatea* (mișcare, transfer, urcarea scârilor) ; *menținerea și schimbarea poziției corpului* (jenă, limitări, imposibilitate) ; *autoîngrijirea* (îmbrăcarea, spălarea, încălțarea etc.) ; *autogospodărirea* (curetenia, cumpărăturile etc.) ; *sarcini și solicitări generale* (organizarea programului zilnic, finalizarea programului zilnic obișnuit, îndeplinirea unor sarcini complexe etc.) ; *deplasarea* (mersul pe jos pe distanțe scurte, deplasarea prin locuință/gospodărie, deplasare prin clădiri, deplasarea în afara locuinței și a altor clădiri, folosirea de mijloace publice de transport, deplasarea folosind echipamente ajutătoare etc.) ; *funcții ale energiei și impulsului* (nivel energetic/vigoare, vitalitate, fatigabilitate, apetit) ; *funcțiile somnului* : cantitatea de somn, calitatea somnului, odihna după somn (*cf.* CIF), coșmaruri (*cf.* DSM), modificări ale programului normal somn-veghe, insomnia (Ohayon, 2005), probleme/tulburări

- ale somnului (potențează simptomatologia, Marin *et al.*, 2006); *discrepanțe între nivelul de dizabilitate declarat* (evaluare subiectivă) și *nivelul constatat clinic sau prin măsurători clinice* (Turk și Melzack, 2001 ; Gatchel *et al.*, 2010).
- 2.4. Deficiențe fizice, funcționale și percepția față de acestea (afectări ale unor structuri organice – parțial sau total –, absența unor structuri, alterări ale funcțiilor unor structuri).
 - 2.5. Alte probleme medicale în prezent și percepția față de acestea : cum interferează efectele lor asupra stării de bine a pacientului, dacă pacientul face diferența între simptomatologii, dacă le înțelege, cum contribuie problemele la afectarea activităților de zi cu zi, cum concepe pacientul abordarea/controlul lor, dacă a informat medicii despre toate problemele, dacă a lămurit cu medicii managementul problemelor de sănătate, tendința de a se văita și a avea acuze somatice pe perioade lungi (Atlas *et al.*, 2006).
 - 2.6. Probleme medicale în trecut și percepția față de acestea : *comportamentul adaptativ în trecut* (este predictor pentru comportamentul adaptativ actual, în condițiile în care resursele pacientului nu au fost afectate între timp) ; *fenomene investigate/tratate de medicul psihiatru* (fenomenele psihiatrice, în general, prezic dificultăți de adaptare și comportament imprevizibil/schimbări de comportament/de decizie) (Arpino *et al.*, 2004).
 - 2.7. Tratamente efectuate – indicatori : scurt istoric și opinii despre tratamente (favorabile, nefavorabile, neutre) ; comportamentul față de tratamente (Alpak *et al.*, 2015) – *compliance versus noncompliance* personală sau indusă de contextul de viață, nivelul economic (indicatori pentru modalitatea actuală de raportare a pacientului la tratament) (Lawton *et al.*, 2007) ; respectarea indicațiilor și contraindicațiilor/regimului de viață recomandat (predictor al compliancei) ; tratamente speciale și opinia despre ele (radioterapie, intervenții chirurgicale, altele) ; tratamente alternative și/sau neobișnuite (la granița dintre medicină și alte discipline nonștiințifice sau științifice) ; psihoterapie în trecut sau în prezent (și opinia pacientului despre aceasta) ; satisfacția cu serviciile/tratamentele (Saban *et al.*, 2007 ; Asch *et al.*, 2002), alte tratamente, opinii, dorințe, intenții (intenția de a prelungi concediul medical poate prezice intenția de a nu reveni în muncă ; Den Boer *et al.*, 2006).
 - 2.8. Medicația – indicatori : efectul perceput al medicației (percepe un efect benefic, stări de rău, nu percepe vreun efect) ; tendința de a fi puțin compliant în raport cu medicația (Bolman *et al.*, 2011) (predictori : comportamentul din trecut în raport cu medicația, recăderi, independența ca factor de personalitate, cogniții, complexitatea tratamentului, nivel educațional etc.) (Jin *et al.*, 2008) ; tendința de a consuma medicamente (suprautilizare) ; tendința de a declara consum mare de medicamente pentru a solicita compensații pentru boală (Hestbaec *et al.*, 2009) ; efecte ale reducerii/întreruperii medicației (aspect important când pacientul percepe apariția unor tulburări funcționale) ; efecte secundare ale medicației (amețeli, pierderea echilibrului, senzații, reducerea senzațiilor, scăderea capacității de concentrare etc. – dacă există, se recomandă reluarea discuției cu medicul) ; medicație psihiatrică în trecut, în prezent, întreruperea medicației psihiatrice (prezice potențial dezadaptativ, atrage solicitare de consult psihiatric) ; tratamente speciale (chimioterapie) ; tratamente de graniță (homeopate) ; semnificația pentru pacient a urmării acestor tratamente ; informații cu valoare pentru

managementul îngrijirii (medicație cardiacă – modifică coagularea sângelui; alergii la medicație); dificultăți de a lua medicația (mnezice, economice, atitudinale etc.); percepția efectelor dăunătoare ale medicației (Carr *et al.*, 2006): dependență, teama că medicația maschează semnele altei boli (Horne *et al.*, 2005), teama de a deveni imun la medicamente, convingerea că medicația nu este necesară în perioadele fără simptome (Chambers *et al.*, 1999) etc.

Secțiunea 3. Factori implicați în autoreglarea psihocomportamentală

1) *Sistemul cognitiv* :

- a) *cogniții funcționale* (cunoștințe adecvate despre problema de sănătate, despre tratament, despre reușită), *reglare cognitivă și emoțională* (autoblamare, acceptare, refocalizare pozitivă, planificare, evaluare pozitivă, gândire în perspectivă etc.) (Garnefski și Kraaij, 2007), *cogniții disfuncționale* (gânduri negative, scheme cognitive, catastrofare) (Sullivan *et al.*, 1995), *ruminare* (Trenor *et al.*, 2003 ; Chibnall și Tait, 2010), *convingeri compensatorii* despre sănătate (potrivit cărora efectele negative ale unui comportament nesănătos, dar plăcut pot fi compensate sau neutralizate prin intermediul unui comportament sănătos (Knäuper *et al.*, 2004), *conflicte interne și disonanțe cognitive* (Rabiau *et al.*, 2006) ;
 - b) *funcții cognitive* : după caz, se poate decide evaluarea unor funcții cognitive prin teste (funcționarea cognitivă poate constitui o secțiune separată în cadrul modelului de evaluare) (Lezak *et al.*, 2004).
- 2) *Motivația pentru sănătate* : pacientul vrea/este motivat să urmeze tratamentul, să colaboreze? Există optimul motivațional și comportamentele preventive? (Moorman și Matulich, 1993 ; Abraham și Sheeran, 2005) Pacientul își manifestă nevoile particulare în direcția sănătății? Există motive ale refuzului pacientului de a ține cont de indicațiile medicale (mecanism de apărare, interpretări eronate, atitudini disfuncționale etc.)?
 - 3) *Voința* : pacientul are inițiativă, depune efort în lupta cu boala, poate lua decizii, duce la bun sfârșit actele inițiate? Ce scopuri are pacientul? Pacientul evită, amână, refuză, „nu are voință”? Demersul medical implică un efort suplimentar al echipei medicale care încearcă să motiveze pacientul pentru efort? (Bandura, 1990 ; O’Keeffe, 1990).
 - 4) *Reglarea emoțională* : funcțiile emoției – adecvare, reglare, emoții pozitive (Bastian *et al.*, 2014), tulburări emoționale (anxietate, depresie, alte tulburări încadrate în DSM-5), neliniște și agitație, nefericire, griji, demoralizare și apatie, iritabilitate, manie, stare de șoc emoțional și stres, ideatie de suicid (*cf.* ICD-AM).
 - 5) *Comportamentul* : capacitate de autoreglare (Brownlee *et al.*, 2000), comportament adaptativ/pro-sănătate (compliance/aderență la indicațiile medicilor în raport cu medicația și cu regimul de viață, colaborare, inițiativă, urmarea scopurilor) *versus* comportament dezadaptativ (probleme de compliance și alte probleme : ostilitate, violență fizică, nivel foarte scăzut al igienei personale, înfățișare personală bizară, comportament straniu și neexplicabil, hiperactivitate, încetineală și răspuns slab, suspiciune și caracter evaziv marcat, preocupare și grijă nepotrivite pentru evenimente stresante, prolixitate și detaliu minuțios mascând motivul pentru contact, alte simptome și semne referitoare la înfățișare și comportament (*cf.* ICD-AM), intenția de schimbare comportamentală (Abraham și Michie, 2008), încrederea în medic, alianța terapeutică pacient-medic (Patel *et al.*, 2007), alte atitudini cu impact asupra comportamentului în context clinic/de boală.
 - 6) *Coping* : factori de stres, evenimente traumatice, identificarea factorilor de stres, percepția stresului, mecanisme de coping adaptativ *versus* mecanisme de coping

dezadaptativ (Berntsen *et al.*, 2002 ; Martínez-Hernández *et al.*, 2016), reziliență (Tugade *et al.*, 2004 ; Ungar, 2008).

7) *Personalitatea* :

A) factorii care se corelează cu adaptabilitatea (însă dezvoltarea mult peste medie poate avea efecte dezadaptative) : conștiinciozitate, responsabilitate, căutarea surselor de suport social (sociabilitate, extraversie), onestitate, stimă de sine, motivație spre realizare profesională, conformism, optimism, încredere, internalism, deschiderea către experiență, autocontrol, satisfacție de viață, independență, starea de bine dispozițională (Schimmack *et al.*, 2008 ; Darrow, 1989 ; Bandura, 1997) ;

B) factorii care se corelează cu probleme de adaptare la situația de îmbolnăvire : nevrotism, emoționalitate negativă, excitabilitate, ostilitate, suprasolicitare, somatizare, acuze somatice, inhibiție comportamentală etc. (Hagg *et al.*, 2002). Alte aspecte investigate : modificări de personalitate pe fondul bolii, elemente ale tulburării personalității (Barrash *et al.*, 2000 ; Hathaway și McKinley, 1989).

8) *Opinii* : despre sine, despre lume, valori, competențe personale, planuri de autoreglare, obiective personale (Mischel și Shoda, 1998), satisfacția de viață (Diener *et al.*, 2003).

Secțiunea 4. Condiții de viață, stil de viață (selecție din CIF) și probleme (ICD-AM) : spațiul locuinței/gospodăriei (probleme, schimbări de domiciliu), organizarea activităților (programul zilnic, activitățile casnice, recreerea, petrecerea timpului liber, sporturi, hobby-uri, tranzacții economice, independența economică, resursele economice personale ajutoare) ; interacțiuni sociale (resurse și probleme în familie, la muncă, cu vecinii, cu alte persoane) ; comportament de consum (consum excesiv de tutun – incriminat major în vulnerabilitatea psihosomatică –, Palmer *et al.*, 2003 ; consum de alcool/substanțe psihoactive/băuturi excitante cerebral/energizante, modificări majore ale greutății, dificultăți în a menține regimul, Pincus *et al.*, 2002) ;

Secțiunea 5. Educația și activitatea profesională : probleme de educație, probleme de încadrare în muncă, profesie, program de activitate, evoluția carierei, riscuri în muncă, accidente în muncă, șomaj, lucru în ture de noapte, suprasolicitare fizică, psihică, emoțională (Karasek și Theorell, 1990), accidente în muncă, dificultăți actuale, concedii medicale (problemele de încadrare în muncă, insatisfacția cu munca sunt predictorii ai intenției de a nu reveni în muncă) (Heymans *et al.*, 2009), intenții privind munca (începerea activității la termen, amânarea, începerea mai devreme de termenul indicat, schimbarea locului de muncă sau a ocupației, dorința de a se pensiona, Franche *et al.*, 2009 ; de a renunța la muncă, Turner *et al.*, 1992) ; percepții privind perspectiva de pensionare (pensionare pe caz de boală : dorință, acceptare, nonacceptare), percepții privind pensionarea deja parcursă (stres legat de pensionare, de pensie, revolta față de „sistem”, dificultăți de adaptare după pensie, sentiment de satisfacție, de împlinire).

Secțiunea 6. Comportamentul însoțitorilor : însoțitori prezenți *versus* absenți (percepția asupra acestui aspect) ; însoțitori implicați eficient în managementul îngrijirii ; însoțitori implicați parțial în managementul îngrijirii (acordă suport numai în anumite domenii) ; însoțitori prezenți, însă fără capacitate de a se implica în managementul îngrijirii ; însoțitori care contribuie la crearea unui climat tensionat pentru managementul îngrijirii pacientului (relații problematice cu pacientul, relații problematice cu personalul medical).

Secțiunea 7. Sinteză : după *descrierea* indicatorilor relevanți pentru caz se recomandă a se recurge la prezentarea secțiunii finale cuprinzând : factori-resursă pentru sănătate,

factori de risc (comportamental, contextual) pentru sănătate, explicații (1. focalizate pe problemă, 2. explicații privind legătura dintre variabilele investigate și ipotezele inițiale), predicții (cu precizarea condițiilor), coduri DRG, precizări/indicații/recomandări.

Validarea evaluării. Psihologul încheie evaluarea când are siguranța că obiectivul evaluării a fost atins. Dacă este necesar, va prelungi evaluarea cu una sau mai multe sesiuni pentru efectuarea unor investigații focalizate (aplicare de teste, scale, culegere de date de la aparținători, personalul medico-sanitar). Există cazuri la care validarea datelor ridică probleme. Aceste situații sunt mai rare în spitale și mai dese în clinicile de expertiză a capacității de muncă, în penitenciare și alte unități în care pacientul se prezintă pentru a rezolva și problemele sociale cu care se confruntă.

Reușita culegerii datelor relevante ține de :

1. asigurarea cadrului pentru a realiza evaluarea (condiții locative, etice, interpersonale) ;
2. validitatea/adecvarea modelului evaluativ adoptat de psiholog. Clinicianul trebuie să dispună de un model de evaluare documentat, structurat pentru problematica/specialitatea medicală în care face evaluări. Un model adecvat permite culegerea de date relevante. Dacă modelul este neadecvat, incomplet, unele date se omit ori sunt livrate date nerelevante, chiar dacă pacientul are capacitatea de a furniza informații ;
3. capacitatea pacientului de a furniza date despre sine și despre contextul său de viață. Există patru variante clasice derivate din capacitatea pacientului de *a vrea* și *a putea* participa autentic la evaluare :
 - a) pacientul vrea și poate să furnizeze informații complete ;
 - b) pacientul vrea, dar nu reușește să furnizeze date complete (sunt incriminate aspecte cognitive : funcții cognitive minor/moderat afectate, nivel intelectual redus, informare insuficientă, percepții personale etc.) ;
 - c) pacientul nu dorește/nu vrea să furnizeze date adecvate/complete (aspecte cognitive, motivaționale voluntare sau involuntare) ;
 - d) pacientul nu poate furniza informații complete (afectarea funcțiilor cognitive, emoționale). Soluțiile pentru a depăși problemele menționate sunt : documentarea inițială solidă, alegerea momentului optim și asigurarea condițiilor pentru evaluare (cadrul evaluării, pregătirea pacientului), crearea relației cu pacientul (atitudine ce creează confort pacientului), culegerea de date de la terți (observatori și cunoscători ai pacientului), revenirea pentru aprofundare sau focalizare pe anumite date, reevaluare.

Comunicarea rezultatelor către beneficiari (medic, pacient, aparținători) trebuie să țină cont de principiile : informații fără echivoc, date precise, concise, orientate pe obiectivul evaluării. Privind modul de redactare a informațiilor cu valoare psihologică, există mai multe variante de lucru (în ordinea recomandată) :

1. redactare într-o fișă ce cuprinde modelul cu informațiile relevante pentru tipul de cazuistică (informații necesare pentru orice profil și informații specifice) ;
2. redactarea unui text în dosarul pacientului (trebuie evidențiate elementele-cheie pentru clarificarea cazului) ;
3. printarea unui format de profil oferit de o baterie de testare psihologică, introducând unele completări (are volum mai mare) ;
4. bifare într-un format de fișă cu liste de indicatori și descriptori clinici (are avantajul cuprinderii unui număr mare de variabile, însă poate ridica dificultăți de citire a unui volum mare de date și poate induce o imagine simplistă cu privire la activitatea psihologului).

Informațiile psihologice au mai multe caracteristici :

- a. caracter descriptiv, explicativ, predictiv. În general, în contextul medical, evaluările sunt descriptive. Multe categorii de evaluări nu sunt evaluări finalizate cu diagnostice (de exemplu, investigațiile funcționale, de laborator, radiologice descriu indicatori și nu stabilesc diagnostic), nu sunt evaluări explicative, interpretative. Prin informațiile obținute, textul redactat de psiholog poate explica (implicit sau explicit) fenomenele comportamentale apărute la pacient și poate include predicții (cu precizarea condițiilor în care acestea se pot îndeplini).
- b. caracter nonsecret. În context medical, accesul la fișa medicală permite medicilor, asistenților medicali, registratorilor, dar și pacientului și familiei lui să vadă informațiile redactate de specialiștii care au investigat pacientul.
- c. caracter scris și oral. Evaluarea se finalizează cu notificări, însă sunt situații de evaluare în care trebuie nuanțate oral anumite aspecte ce nu se pot nota în fișa medicală. De exemplu, într-o secție cu profil chirurgical se preferă evitarea notificărilor legate de consum de substanțe, aspecte personale/private, comportamentul litigios (Sullivan *et al.*, 2009 ; Chibnall și Tait, 2010).
- d. caracter standardizat cu nuanțări. Se preferă utilizarea unor ancore standardizate, desigur, completate cu nuanțări atent construite. Psihologii trebuie să dispună de cunoștințele necesare în privința sintagmelor, conceptelor pe care le redactează. Ca și în cazul medicului, psihologul trebuie să ia în calcul posibilitatea ca dosarul medical să ajungă în instanță. Nu se redactează în termeni de tipologizare, etichetare (stresat, depresiv, revoltat etc.). Nu se folosesc concepte empirice negative. Nu se recurge la notarea opiniilor negative ale pacientului despre unitatea medicală și despre salarii ei. Nu se notifică aspecte legate de managementul serviciilor (pacientul încă nu a fost informat, pacientul nu știe, pacientul nu a înțeles ce i-a spus medicul etc.). În unele cazuri se pot folosi sintagmele : *pacientul declară, conform declarației pacientului* (când există istoric psihiatric al pacientului sau alte elemente care concură la o posibilă revenire și modificare a sensului declarațiilor pacientului) (Zieger *et al.*, 2011).

Comunicarea datelor referitoare la evaluarea psihologică către pacient ține cont și de următoarele considerente :

1. pacienții pot solicita opinia psihologului cu privire la datele evaluării psihologice ;
2. pacienții pot interpreta informațiile („au ieșit bine sau nu la evaluare”) ;
3. rezultatele evaluării pot avea impact psihologic asupra pacientului.

Modelele explicative date de psiholog pacientului se pot încadra în variantele următoare :

- A. din perspectiva evaluării atitudinale : se explică factorii psihologici și nonpsihologici proșănătate și riscanți pentru sănătate. Se fac recomandări, se oferă consiliere (pacientului și familiei) ;
- B. din perspectiva investigării/explicării unor aspecte neelucidate privind sănătatea : se explică pacientului care este legătura între stările sale și o serie de fenomene psihologice care, până la momentul evaluării, nu au fost identificate sau interpretate corect (de exemplu, relația dintre tulburarea anxioasă și simptomatologia somatică inexplicabilă) ;
- C. din perspectiva evaluării funcțiilor cognitive se pot elabora două categorii de răspuns corect :
 - datele obținute se raportează la eșantionul de referință (vârstă, sex, educație, problemă clinică : în principiu, mulți pacienți se încadrează în „normalitate”, raportat la eșantionul clinic) ;

- datele obținute se raportează la capacitatea pacientului de a participa la diverse activități (activitatea de zi cu zi și/sau în activitatea profesională). Pierderile cognitive pot avea impact major sau redus în activitățile zilnice (mulți pacienți, deși au pierderi ale unor funcții cognitive, nu utilizează acele funcții intens în activitățile lor, deci impactul poate fi redus);
- D. din perspectiva relevării unor fenomene clinice se recomandă, după caz, evaluare psihiatrică, dar și psihoterapie ;
- E. din perspectiva interesului pacientului de a obține progrese adaptative, se explică rolul serviciilor de psihologie utile în perioada de recuperare și cea de stabilizare.

Concluzii

În contextul medical, evaluarea psihologică este o componentă a sistemului de investigații de sănătate. *Evaluarea psihologică în context clinic medical* vizează concepte legate de sănătate, funcționalitate, dizabilitate (în relație cu capacitatea pacientului de a îndeplini sarcini concrete). Fenomenele investigate pot fi nonclinice (interpretarea pe niveluri ale etalonului sau interpretare calitativă) și de nivel clinic (reperul interpretativ ține de *pragul clinic*). Interpretarea cazului preponderent din perspectiva unor concepte/modele clinice și omisiunea altor concepte/modele de sănătate riscă să conducă la eroarea de tipul I (concluzii *fals-pozitive* sau *alarmă falsă* : clinicizarea simptomatologiei în efortul de a găsi ceva clinic la pacient). Agregarea unui model cu valoare explicativă slabă (variabilele psihologice investigate nu sunt specifice cazuisticii) conduce la eroare de tipul II (date *fals-negative* sau *greșeală* : pacientul nu pare a avea ceva semnificativ din punct de vedere clinic).

În context medical, ancheta pe bază de interviu este o etapă esențială a evaluării, putând clarifica multe aspecte. Completarea/aprofundarea evaluării cu aplicații de scale și/sau teste psihologice trebuie să vizeze surprinderea unor fenomene psihologice, nu completarea instrumentelor în sine. Variabilele care afectează răspunsul pacientului la item sunt : nivelul energetic redus al pacientului (pacientul nu poate avea energie pentru a completa scale sau teste cu mulți itemi), nivelul educațional (pacientul nu înțelege sensul itemului și dă răspuns aleator), aspecte cognitive (pacientul nu se poate concentra pe itemi, nu îi completează sau divaghează de la completarea itemilor, preferând să povestească ce simte), termenii pot fi interpretați din punct de vedere somatic nu psihologic (de exemplu, itemii din scalele de stres : „tensionat”, „slăbit”, „încordat” etc.), angajamentul medicului curant pentru evaluarea psihologică (dacă pacientul percepe interesul/recomandarea medicului pentru consultul psihologic, atunci va avea disponibilitate semnificativ mai mare pentru evaluare, în caz contrar, va avea disponibilitate redusă).

Instrumentarul psihologic care este recomandat de producători *pentru uz clinic* ar trebui atent adaptat sau construit pentru obiectivele pe care le promite (să fie testat în mai multe specialități medicale, să fie adaptat cultural, să fie adaptat pentru niveluri educaționale diferite, să aibă mai puțini itemi și timp de aplicare mai scurt : fidelitate, validitate și *eficiență*).

Decontarea serviciilor psihologice prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate reprezintă o perspectivă promițătoare. Eficacitatea acestui demers ține de un set coerent de reglementări, care pot permite populației să beneficieze de aceste servicii. În acest context

sunt importante îmbunătățirile privind : încadrările legale, normele de aplicare a legii, existența ghidurilor de practică psihologică, pregătirea solidă de specialitate a psihologilor, promovarea unor relații de colaborare reciproc avantajoase între domeniul psihologiei și cel medical, promovarea unor studii care relevă utilitatea serviciilor psihologice în societate, în general, și, în special, în context medical.

Bibliografie

- Abraham, C., Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 27, 379-387.
- Abraham, C., Sheeran, P. (2005). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour : Research and Practice with Social Cognition Models* (2nd ed.) (pp. 28-80). Maidenhead : Open University Press.
- Alpak, G., Aksoy, I., Demir, B., Unal, A., Virit, O., Bulbul, F., Savas, H. (2015). Missed Appointments and Medication Non-compliance Among Consecutive Psychiatric Patients. *Journal of Mood Disorders*, 5(4), 151-156.
- American Psychiatric Association (2016). *DSM-5 : Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*. București : Editura Medicală Calistro.
- Arpino, L., Lavarone, A., Parlato, C., Moraci, A. (2004). Prognostic role depression after lumbar disc surgery. *Neurol Science*, 25(3), 145-7.
- Asch, H.L., Lewis, P.J., Moreland, D.B., Egnatchik, J.G., Yu, Y.J., Clabeaux, D.E., Hyland, A.H. (2002). Prospective multiple outcomes study of outpatient lumbar microdiscectomy : should 75 to 80% success rates be the norm? *Journal of Neurosurgery*, 96(1), 34-44.
- Atlas, S.J., Chang, Y., Keller, R.B., Singer D.E., Wu, Z.A., Deyo, R.A. (2006). The impact of disability compensation on long-term treatment outcome of patients with sciatica due to a lumbar disc herniation. *Spine*, 31(26), 3061-3069.
- Bandura, A. (1990). Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman.
- Barrash, J., Tranel, D., Anderson, S.W. (2000). Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental Neuropsychology*, 18(3), 355-381.
- Bastian, B., Kuppens, P., De Roover, K., Diener, E. (2014). Is valuing positive emotion associated with life satisfaction? *Emotion*, 14(4), 639-645.
- Berntsen, D., Rubin, D.C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span : The recall of happy, sad, traumatic and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17(4), 636-652.
- Blanch, A., Aluja, A. (2012). Social support (family and supervisor), work-family conflict, and burnout : Sex differences. *Human Relations*, 65(7), 811-833.
- Boechner, L.S., Kohn, H., Kay Rockwell, S. (1990). A Risk-Reduction Nutrition Course for Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 90(2), 260-263.
- Bolman, C., Arwert, T.G., Völlink, T. (2011). Adherence to prophylactic asthma medication : Habit strength and cognitions. *Heart & Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 40(1), 63-75.
- Brown, K., Bell, M.H., Maynard, C., Richardson, W., Wagner, G.S. (1999). Attribution of responsibility for injury and long-term outcome of patients with paralytic spinal cord trauma. *Spinal Cord*, 37(9), 653-657.
- Brownlee, S., Leventhal, H., Leventhal, E.A. (2000). Regulation, self-regulation, and construction of the self in the maintenance of physical health. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-regulation* (pp. 369-416). San Diego, CA : Academic Press.

- Carr, A.J., Thompson, P.W., Cooper, C. (2006). Factors associated with adherence and persistence to bisphosphonate therapy in osteoporosis : a cross-sectional survey. *Osteoporosis International*, 17(11), 1638-1644.
- Chambers, C.V., Markson, L., Diamond, J.J., Lasch, L., Berger, M. (1999). Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respiratory Medicine*, 93(2), 88-94.
- Chibnall, J.T., Tait, R.C. (2010). Legal Representation and Dissatisfaction with Worker's Compensation : Implications for Claimant Adjustment. *Psychological Injury and Law*, 3(3), 230-240.
- Cole, G.E., Holtgrave, D.R., Rios, N.M. (2008). *Internal and external factors that encourages or discourages health-relevant behavior*; https://www.cdc.gov/DHDSP/cdcynergy_training/Content/active_information/resources/Health_Behavior_F.pdf (accesat pe 3 octombrie 2013).
- Darrow, W.W., Siegel, K. (1989). Preventive Health Behavior and STD. In K.K. Holmes (Ed.), *Sexually Transmitted Diseases* (pp. 85-92). New York : McGraw-Hill.
- Den Boer, J., Oostendorp, R., Beems, T., Mumeke, M., Oerleman, M., Evers, A. (2006). A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavorable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15(5), 527-536.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being : Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.
- Epston, D. (2014). Ethnography, Co-research and Insider Knowledges. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35, 105-109.
- Franché, R.L., Severin, C.N., Lee, H., Hogg-Johnson, S., Hepburn, C.G., Vidmar, M., MacEachen, E. (2009). Perceived justice of compensation process for return-to-work : Development and validation of a scale. *Psychological Injury and Law*, 2, 225-237.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Gatchel, R.J., Kishino, N.D., Minotti, D.E. (2010). The Three Major Components of Behavior Used for Assessing Pain : Problems Faced When There Is Discordance Among the Three. *Psychological Injury and Law*, 3(3), 212-219.
- Gohm, C.L., Clore, G.L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition & Emotion*, 16(4), 495-518.
- Hagg, O., Fritzell, P., Nordwall, A. (2002). The Swedish Lumbar Spine Study Group. Characteristics of patients with chronic low back pain selected for surgery : a comparison with the general population reported from the Swedish lumbar spine study. *Spine*, 27(1), 1223-1230.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1989). *The Minnesota Multi-phasic Personality Inventory-2*. New York : The Psychological Corporation.
- Helman, C.G. (2001). *Culture, health and illness*. London : Arnold.
- Hestbaec, L., Rasmussen, C., Leboefu-Yde, C. (2009). Financial compensation and vocational recovery : A prospective study of secondary, care neck and back patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38(6), 481-487.
- Heymans, M.W., Anema, J.R., van Buuren, S., Knol, D.L., van Mechelen, W., de Vet, H.C. (2009). Return to work in a cohort of low back pain patients : development and validation of a clinical prediction rule. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 155-165.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., Keller, I. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. London : National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).
- Jin, J., Sklar, G.E., Oh, V.M.S., Li, S.C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance : A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269-286.
- Karasek, R.A., Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic.
- Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs scale development and psychometric properties. *Psychology and Health*, 19(5), 607-624.

- Kose, N., Demir, B., Arikan, H., Palaoglu, S. (2003). Psychosocial status, Depression, and Stress symptoms in Patients with Lumbar Disc Herniation and Relation with Disability, Pain, and Occupational status. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(2), 17-24.
- Kraft, F.B., Goodell, W. (1993). Identifying the Health Conscious Consumer. *Journal of Health Care Marketing*, 13(3), 18-25.
- Kuch, K. (2001). Psychological factors and the development of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4), 33-8.
- Lawton, R., Conner, M., Parker, D. (2007). Beyond cognition : predicting health risk behaviors from instrumental and affective beliefs. *Health Psychology*, 26(3), 259-267.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York : Oxford University Press.
- Marin, R., Cyhan, T., Miklos, W. (2006). Sleep disturbance in patients with chronic low back pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(5), 430-435.
- Martínez-Hernández, A., Carceller-Maicas, N., DiGiacomo, S.M., Ariste, S. (2016). Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults : a mixed-methods study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 1-11.
- Mischel, W., Shoda, Y. (1998). Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annual Review of Psychology*, 49, 229-258.
- Moorman, C., Matulich, E. (1993). A Model of Consumers Preventive Health Behaviors : The Role of Health Motivation and Health Ability. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 208-228.
- North, N.T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury : a review. *Spinal Cord*, 37(10), 671-679.
- Nygaard, O., Kloster, R., Solberg, T. (2000). Duration of leg pain as a predictor of outcome after surgery for lumbar disc herniation : a prospective cohort study with 1-year follow up. *Journal of neurosurgery*, 92(2), 131-134.
- Ohayon, M.M. (2005). Relationship between chronic painful physical condition and insomnia. *Journal of Psychiatric Research*, 39(2), 151-159.
- O’Keeffe, M.K., Nesselhof-Kendall, S., Baum, A. (1990). Behavior and Prevention of AIDS : Bases of Research and Intervention. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 166-180.
- OMS (2002). *Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificarea australiană (ICD-10-AM)*. Volumele 1-5. Sydney, NSW 1825 Australia : Centrul Național pentru Clasificare în Sănătate, Facultatea de Științe în Sănătate, Universitatea din Sydney.
- OMS (2004). *Clasificarea internațională a funcționării, sănătății și dizabilității*. București : MarLink.
- Palmer, K.T., Syddall, H., Cooper, C., Coggon, D. (2003). Smoking and musculoskeletal disorders : Findings from a British national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62(1), 33-36.
- Patel, M.X., David, A.S. (2007). Medication adherence : predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*, 6(9), 357-361.
- Pincus, T., Burton, A.K., Vogel, S., Field, A.P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5).
- Rabiau, M., Knäuper, B., Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm : The Compensatory Health Beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 139-153.
- Reidy, K., Caplan, B. (1994). Causal factors in spinal cord injury : patients’ evolving perceptions and association with depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 837-842.
- Saban, K.L., Penckofer, S.M. (2007). Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39, 180-189.
- Santrock, J.W. (2007). *A Topical Approach to Human Life-span Development* (3rd ed.). St. Louis, MO : McGraw-Hill.
- Schimmack, U., Schupp, J., Wagner, G.G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 89(1), 41-60.

- Snelgrove, S. (2006). Factors contributing to poor concordance in health care. *Nursing Times*, 102(2), 28-30.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale : Development and validation. *Psychol Assess*, 7(4), 524-532.
- Sullivan, M.J.L., Davidson, N., Garfinkel, B., Siriapaipant, N., Scott, W. (2009). Perceived injustice is associated with heightened pain behavior and disability in individuals with whiplash injuries. *Psychological Injury and Law*, 2(3-4), 238-247.
- Tan, M.Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66(1), 71-77.
- Treynor, W., Gonzalez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered : A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity : Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Turk, D.C., Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment* (2nd ed.). New York : Guilford.
- Turner, J.A., Ersek, M., Herron, L., Haselkorn, J., Kent, D., Ciol, M.A., Deyo, R. (1992). Patient outcomes after lumbar spinal fusions. *JAMA*, 268(7), 907-911.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.
- Vaughn, L.M., Jacquez, F., Baker, R.C. (2009). Cultural Health Attributions, Beliefs, and Practices : Effects on Healthcare and Medical Education. *The Open Medical Education Journal*, 2, 64-74.
- Vlădescu, C., Enăchescu, D., Dragomirișteanu, A. (2001). *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemul de sănătate*. București : Editura Centrului pentru Politici și Servicii de Sănătate.
- Voinea, L. (2012). Ocrotirea sănătății în spitale. În A. Tașcu (coord.). *Sănătatea și calitatea vieții* (pp. 47-70). București : Editura Universitară.
- Von Steinbüchel, N., Petersen, C., Bullinger, M., The QOLIBRI Task Force (2005). Assessment of health-related quality of life in persons after traumatic brain injury – development of the Qolibri, a specific measure. *Acta Neurochirurgica*, 93, 43-49.
- Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- Zieger, M., Lupp, M., Meisel, H., Günther, L., Winkler, D., Toussaint, R., Stengler, K., Angermeyer, M.C., König, H., Riedel-Heller, S. (2011). The Impact of Psychiatric Comorbidity on the Return to Work in Patients Undergoing Herniated Disc Surgery. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 54-65.
- *** Legea nr. 270/2003, legea spitalelor, publicată în *Monitorul Oficial* 438/20 iunie 2003.
- *** Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, publicată în *Monitorul Oficial* 51/29 ianuarie 2003.

42. Evaluarea aderenței medicale în afecțiuni cronice

Daniela Muntele-Hendreș

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Prin complianță medicală se definește respectarea prescripției transmise de către personalul medical și se exprimă gradul de concordanță între indicațiile medicale și comportamentul pacienților, însă și respectarea recomandărilor pentru comportamente preventive, cum ar fi obligativitatea de a purta centura de siguranță în autovehicule. Conceptual, complianța are o dimensiune particulară paternală, implicând o asimetrie în relația socială, între cel care prescrie și cel care respectă. Un termen sinonim este aderența, întâlnit în variante precum aderența medicală, aderența la tratament etc. Leventhal și Cameron (1987) notează că trecerea conceptuală de la complianță la aderență reprezintă un pas important de la rolurile bazate pe obediență, la instrucțiuni pentru modelarea activităților auto-reglatoare ale pacientului. Noi vom utiliza aici termenul *aderență*, deși ambii pot fi întâlniți în literatură. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, definiția noțiunii de aderență medicală trebuie să se refere la măsura în care comportamentul unei persoane – ingestia unor medicamente, respectarea unei diete, schimbarea stilului de viață – corespunde unor recomandări agreeate și comunicate către pacient de un furnizor de servicii de îngrijire medicală.

În numeroase situații de boală, faptul că pacientul este cooperant și respectă fidel și disciplinat recomandările de la echipa medicală ajută mult reducerea simptomelor și a deficitelor, reduce complicațiile, scade durata spitalizărilor și reduce riscul de degradare și deces. Organizația Mondială a Sănătății subliniază faptul că succesul terapiei nu depinde numai de corectitudinea diagnosticului și de alegerea optimă a tratamentului, ci și de aderența pacientului la tratamentul prescris, de abilitatea lui de a urma instrucțiunile primite de la specialist (Testa *et al.*, 2017). Însă abaterea de la conduita prescrisă s-a dovedit a fi asociată cu deteriorări semnificative în starea de sănătate, rezultând, de exemplu, un nivel inadecvat al glicemiei sau al colesterolului, creșterea riscului pentru afecțiunile coronariene, lipsa evoluției spre însănătoșire, mărirea costurilor pentru îngrijirea medicală.

O metaanaliză, realizată pe 500 de studii despre aderența față de tratamentul medical pentru cazurile a numeroase boli și tratamente, a arătat că, în medie, este întâlnită o lipsa a aderenței de 24,8%. Studiile ample, care au investigat cazuri cu afecțiuni cronice multiple și cu numeroase clase de medicamente, raportează o nonaderență de 40% sau chiar de 60%, ceea ce înseamnă omisiunea unui medicament din două recomandate. Studiile mai indică și faptul că este extrem de frecventă administrarea discontinuă a medicației și scăderea aderenței de-a lungul timpului (DiMatteo, 2004).

În comunicarea dintre medic și pacient, în mod ideal, cei doi ajung la o decizie comună cu privire la programul adecvat de tratament. În cazurile cele mai fericite, pacientul vrea să respecte hotărârea luată în cursul unei discuții clare și pe înțelesul lui. Însă faptul că aceste cazuri sunt rare și că, de cele mai multe ori, nu se întâmplă așa este unul dintre numeroasele motive pentru care complianța sau aderența medicală reprezintă o mare problemă. Pacienții nu sunt de regulă aderenți, iar măsura în care aceștia respectă indicațiile pentru terapia medicală depinde mult de o serie de factori. Atunci când este vorba despre schimbarea stilului de viață, despre renunțarea la obiceiuri cu risc pentru sănătate și despre practici sănătoase, cotele aderenței sunt și mai scăzute. Folosirea prezervativului, controlul greutății, activitatea fizică regulată și alimentația preventivă sunt alte exemple pentru comportamente greu de adoptat sau de menținut, față de care majoritatea celor afectați sunt slab aderenți. Există în literatura de specialitate multe zeci de mii de titluri, care conțin noțiuni precum complianță medicală sau aderență medicală. Cu toate acestea, rămâne un subiect al cărui conținut problematic solicită rezolvări mai bune decât cele oferite până acum.

Cauzele pentru neîndeplinirea prescripțiilor date de medic sunt variate. Comportamentul vizat poate fi prea complex sau prea dificil pentru a fi realizat în mod amănunțit, rețeaua socială poate acorda prea puțin ajutor sau persoana însăși nu este destul de competentă sau nu are destulă voință. Medicii practicieni consideră adesea că aderența este mai ales o problemă care ține de personalitatea pacientului. Această concluzie, greșită, corespunde cunoscutei erori a observatorului neutru. Persoana neutră care observă (de exemplu, medicul) pune comportamentul pacientului pe seama personalității acestuia, deoarece dispune de puține alte informații. De cealaltă parte, persoana care acționează, pacientul, tinde să decline răspunderea pentru omiterea comportamentului vizat și o atribuie mai curând factorilor legați de situațiile prin care a trecut. O cauză pentru neaderență constă în relația medic-pacient. Dacă pacienții sunt implicați suficient de mult în procesul de luare a unei decizii pentru un tratament, crește disponibilitatea spre cooperare. Scopurile fixate independent necesită internalizare pentru a deveni eficiente în acțiune. Comunicarea între medic și pacient poate fi deficitară în mai multe puncte. Medicul trebuie să comunice recomandările pe înțelesul pacientului și convingător, iar pacientul trebuie să preia această informație cu precizie și să fie capabil să și-o amintească mai târziu, la fel de precis. În general însă, atmosfera din timpul orei de consultații este pentru pacient o situație socială caracterizată prin încordare, la care va reacționa cu un anumit grad de nervozitate și lipsă de concentrare, ceea ce poate prejudicia procesul de prelucrare a informațiilor. Întrebarea care se impune este dacă se poate forma măcar o intenție bună în privința respectării recomandărilor, având în vedere că această comunicare apare de la bun început ca fiind deficitară. În plus, chiar și atunci când se formează intenția, apar ulterior alte obstacole.

Un alt aspect important constă în gradul de dificultate al anumitor sarcini, așa cum sunt renunțarea la fumat, folosirea centurii de siguranță sau administrarea de trei ori pe zi a pastilelor. Este relativ simplu să-ți injectezi un medicament la intervale mari de timp,

în timp ce, pentru un diabetic, este o cerință primordială să influențeze efectiv nivelul glicemiei, din acest control făcând parte alimentația corectă, mișcarea și efortul fizic, managementul riscului, abandonul fumatului, medicația, testarea glicemiei și îngrijirea picioarelor. În acest caz, este vorba despre un exercițiu de autocontrol și autoreglare care necesită multă competență pentru a fi bine realizat. Cu cât competența privind autoreglarea obiectivă și subiectivă este mai mare, cu atât mai mare este șansa de a putea opune rezistență situațiilor potrivnice care apar pe neașteptate. Existența unei intenții reprezintă premisa pentru procesele de autoreglare. Intenționalitatea are o importanță deosebită, deoarece pe baza acestui criteriu pacienții se împart în două categorii, și anume cei care neglijează pasiv și cei care neglijează activ. Din prima grupă fac parte și cei care au uitat pur și simplu recomandarea. Câteva exemple pentru neaderență activă sau intenționată sunt descrise de Schwarzer (2004). Un antibiotic trebuie administrat zilnic, o dată pe zi, timp de 10 zile. Un pacient nu resimte a doua zi nicio îmbunătățire a simptomelor și dublează doza din proprie inițiativă. Un alt pacient nu mai resimte după patru zile niciun simptom și întrerupe prematur administrarea. Un altul uită să ia a doua zi medicamentul și compensează acest lucru prin administrarea unei doze duble în cea de-a treia zi. În sfârșit, după citirea instrucțiunilor de administrare, unui pacient i se face teamă de efectele secundare și renunță de la bun început la administrarea acestuia. Aceste patru cazuri de neaderență intenționată sunt deosebite în esență, dar au în comun faptul că pacientul decide în baza unor reguli neștiințifice să modifice comportamentul prescris.

Validitatea cercetărilor, dar și rezultatele optime în terapia medicală instituită sunt obiective care pot fi mult afectate de lipsa aderenței medicale în comportamentul pacientului. Din acest motiv, atât în cercetarea medicală, cât și în activitatea clinică propriu-zisă, este de o importanță capitală ca tratamentul prescris de specialist să fie realizat corect, conform indicațiilor. Atunci când tratamentul pare să nu fi avut efect, clinicianul ar trebui să poată verifica dacă motivul este ineficacitatea substanțelor administrate sau măsura în care pacientul a respectat indicațiile medicale primite. Prin constatarea problemelor cu aderența în practica medicală de rutină, se poate acorda ajutor pentru creșterea complianței în timp util.

Instrumentele de evaluare bazate pe introspecție, autodescriere, autoevaluare, actualizarea datelor din memorie sunt procedee convenționale prin care participanții sunt interogați cu privire la nivelul lor de aderență la recomandările medicale într-o anumită perioadă. Aceste instrumente sunt chestionare relativ scurte, necostisitoare și ușor de administrat. Totuși răspunsurile pot fi distorsionate de memorie și rezultatele obținute pe baza răspunsurilor pot fi variabile în funcție de întrebarea formulată (Berg *et al.*, 2012). Chestionarele bazate pe autoevaluarea aderenței la tratamentul medicamentos sunt de numeroase tipuri, de la varianta cu un singur item despre doza omisă, la chestionarele cu mulți itemi, care includ și întrebări despre motivele omisiunilor. O modalitate mai avansată de monitorizare a aderenței este una care implică utilizarea unui echipament tehnologic. Este vorba despre un dop electronic al unei sticlute cu medicamentul prescris, care înregistrează toate operațiile de deschidere a capacului, măsura aderenței fiind numărul de deschideri. Un astfel de mijloc este cunoscut sub numele de *Sistemul de monitorizarea medicației (Medication Event Monitoring System – MEMS)*. Cu toate că într-o metaanaliză recentă s-a arătat că MEMS și evaluările pe bază de răspunsuri la chestionar sunt înalt corelate (Shi *et al.*, 2010), rezultatele sugerează că, în funcție de patologia populației incluse în studii, rezultatele pot fi foarte diferite. De exemplu, pacienții cu diabet sau femeile însărcinate prezintă o corelație strânsă între MEMS și măsurători de tip chestionar, sugerând că nu se justifică utilizarea MEMS prin niciun

avantaj adițional (Gonzalez *et al.*, 2013). Totuși, în cazuri de depresie, infarct miocardic, schizofrenie, apar discrepanțe mari între MEMS și alte metode de monitorizare a aderenței, indicând beneficii aduse de măsurarea prin MEMS (Nieuwenhuis *et al.*, 2012).

Necesitatea evaluării cu acuratețe a aderenței medicale a generat numeroase studii în care sunt comparate metode de cuantificare a conduitei prin care pacientul respectă tratamentul prescris. De exemplu, un studiu randomizat dublu orb (Lee *et al.*, 2007), controlat pentru efectele placebo, a comparat următoarele trei metode de evaluare a aderenței pacienților: numărarea pastilelor, chestionarea pacientului care răspunde bazându-se pe memoria lui sau pe eventuale notițe și istoria reîncărcărilor la farmacie a recipientului pentru pastile. Obiectivul studiului a fost să determine dacă măsurătorile simple ale aderenței sunt la fel de eficace cum este numărarea pastilelor, o procedură consumatoare de timp. O sută treizeci și patru de participanți cu o medie de vârstă de 67 de ani, cu afecțiuni coronariene și tratamente cu medicație pe bază de statine au fost incluși în studiu. Cei mai mulți aveau, de fapt, un regim medicamentos complex, cu 12 sau mai multe pastile de luat zilnic, în mai mult de 5 reprize distincte. Mulți aveau comorbidități precum hipertensiunea arterială sau diabetul zaharat, afecțiuni care prezintă și riscuri cardiovasculare. Rezultatele au indicat o diferență semnificativă între metode. Numărarea pastilelor a fost metoda care a oferit, cu acuratețe mult mai mare, informații despre aderență și a fost și mult mai sensibilă la fluctuațiile aderenței de-a lungul timpului, în evaluările longitudinale.

Și aderența medicală în patologiile psihiatrice, având în vedere implicațiile acestor suferințe în sănătatea individuală și publică, beneficiază de atenția cercetătorilor interesați de identificarea celor mai informative procedee. Într-un studiu publicat într-o revistă dedicată dependenței de substanțe și de alcool (Dunn, 2016), au fost incluși 153 de participanți care au primit indicații clinice pentru medicație psihiatrică timp de minimum 30 de zile. Două modalități de culegerea datelor despre administrarea medicamentelor au fost utilizate, anume *Sistemul de monitorizarea medicației (Medication Event Monitoring System – MEMS)* și *Scala Morisky pentru aderența la medicație (Morisky Medication Taking Adherence Scale – MMAS)*. Acuratețea măsurării aderenței cu MEMS a avut la bază și planificarea individualizată a dozelor de medicamente pentru fiecare pacient. Rezultatele studiului în care s-au cules date timp de 12 luni au indicat superioritatea metodei MEMS în ceea ce privește calitatea informației despre aderență. În varianta MMAS care se bazează pe memoria respondentului, rezultatele au variat mult mai mult în funcție de vârstă și comorbidități. O mare parte dintre participanții la această cercetare au fost capabili să ia medicația corect, chiar și timp de 12 luni, cu mai puțin de 1% pastile pierdute sau sparte, aspect care indică metoda MEMS ca o modalitate obiectivă de monitorizare a aderenței în rândul pacienților psihiatrici, cu mult mai utilă decât metoda bazată pe autoevaluare.

Există două mari aspecte problematice în practica măsurării aderenței medicale prin autoevaluare. În primul rând, există preocupări legate de instrumentele cu care se efectuează aceste măsurători, din cauza riscului de a răspunde în sensul dezirabilității sociale și din cauza deformării amintirilor legate de tratament; oamenii tind să supraestimeze corectitudinea cu care au luat medicamentele, după cum arată studii comparative între chestionar și metode mai obiective (Stirrat *et al.*, 2015). În al doilea rând, există destul de puțină cercetare privind felul în care s-ar putea mări validitatea instrumentelor de evaluare a aderenței pe baza răspunsurilor la întrebări. Vedem în cercetări că există o mare diversitate de modalități pentru a formula itemii unui astfel de chestionar, de la exprimare la formatul

scalelor cu variantele de răspunsuri, la intervalele de timp pentru reevaluări și până la modurile de administrare (Nguyen *et al.*, 2013). Puține studii au testat empiric validitatea comparativă a instrumentelor alese sau, dacă s-a verificat validitatea lor, atunci, de cele mai multe ori, această verificare s-a realizat doar pentru o singură condiție medicală, pentru un singur diagnostic.

În numeroase sinteze teoretice asupra evaluării aderenței cu mijloace de tip chestionar, sunt evidențiate și calitățile psihometrice ale acestor metode, conform rezultatelor obținute în studii. *Validitatea de criteriu* este indicată mai ales prin corespondența moderată sau chiar redusă între aderența astfel măsurată și rezultatele clinice. De exemplu, într-un studiu realizat cu metoda chestionarului pe un număr de peste 15.000 pacienți cu HIV, pacienții la care s-a constatat aderență redusă erau de 2,30 ori mai susceptibili pentru a avea niveluri crescute ale viremiei, comparativ cu cei care raportau niveluri înalte ale aderenței. Dar validitatea de criteriu pentru alte afecțiuni decât HIV/SIDA a fost mai redusă sau mai variabilă. De exemplu, în hipertensiune sau diabet, corelația între aderența astfel măsurată și evoluția clinică apare ca fiind moderată spre slabă, iar din 14 studii legate de aderența pacienților cu diabet, doar în 6 se măsoară o corelație semnificativă între valorile la aderență și corelatele biochimice relevante în boală. Și *validitatea convergentă* a fost verificată, de această dată, prin observarea gradului de concordanță dintre metoda chestionarului și alte metode. De exemplu, între chestionar și monitorizarea electronică a medicamentelor sunt de cele mai multe ori corelații moderate. Atunci când aceste metode sunt mai slab concordante, prin autoevaluare se obțin valori cu 15% mai ridicate la aderență decât prin metodele bazate pe monitorizare electronică a consumului de medicamente. O sinteză teoretică arată că din 43 de scale, doar 12 raportează *sensibilitate și specificitate* ca proprietăți psihometrice ale chestionarelor pentru aderența medicală. În general, se constată că sensibilitatea pentru detectarea slabei aderențe este redusă, iar specificitatea este ridicată, fiind posibilă buna predicție pentru aderența înaltă. Mai simplu spus, rezultatele care indică slabă aderență nu merită prea mult credit, în vreme ce rezultatele înalte merită încredere (Osterberg și Blaschke, 2005).

Despre unele reguli de aplicat în activitatea de culegere de informații despre aderența medicală, putem citi mai pe larg în sinteza realizată de Stirratt *et al.* (2015). Ei formulează 10 recomandări pentru a îmbunătăți calitatea instrumentelor de autoevaluare a aderenței medicale, pe care le reiau pe scurt aici.

1. Nu trebuie reinventată roata, nu trebuie elaborate chestionare noi atunci când există deja altele în utilizare. Ori de câte ori avem ocazia, este recomandat să utilizăm un chestionar deja validat pentru tipul de populație în cadrul căreia vrem să culegem datele.
2. Se recomandă o definiție specifică a constructului relevant pentru aderență care trebuie măsurat. De exemplu, se poate măsura amplitudinea aderenței sau motivele nonaderenței și se aleg scalele cu itemii ce se potrivesc cât mai bine acestor scopuri.
3. Este de preferat, atunci când se poate, să fie realizată aplicarea cu ajutorul computerului, mai mult decât cu o interacțiune față în față, pentru a reduce efectele de deformare a răspunsurilor prin urmărirea dezirabilității sociale și a spori calitatea datelor.
4. În echipele activităților de cercetare, personalul care culege datele despre aderența medicală trebuie să fie format din alți membri decât cei care furnizează suport sau cei care realizează intervenții pentru îmbunătățirea aderenței.
5. În partea de consemn a chestionarului, acolo unde sunt prezentate cerințele itemilor, se recomandă să fie formulat un mesaj care să normalizeze nonaderența, ceea ce va reduce tendința de a declara răspunsuri false însă dezirabile social.

6. Se recomandă adresarea de întrebări despre aderență și folosirea de scale Likert sau procente, mai curând decât răspunsuri dihotomice, pentru o distribuție mai largă a rezultatelor.
7. Un format al întrebărilor care să facă referire la un interval de timp bine precizat, pentru care se măsoară aderența, este de dorit. Dacă se va solicita autoaprecierea aderenței în ultimele 30 de zile, variabilitatea răspunsurilor va fi mai mare decât dacă intervalul de timp menționat este mai scurt, mai recent sau dacă formularea este mai imprecisă.
8. Întrucât tendința de a autosupraestima aderența este mare, atunci când, într-o cercetare, majoritatea scorurilor indică valori pentru o aderență bună și foarte bună, se recomandă categorisirea dihotomică a răspunsurilor (de exemplu, aderență perfectă *versus* imperfectă).
9. Este de dorit adăugarea unei scale pentru detectarea tendinței de fațadă, alături de instrumentele pentru aderență.
10. În prezentarea cercetărilor trebuie incluse descrieri clare ale instrumentelor de evaluare folosite, modul de administrare și rezultatele descriptive care sunt obținute, cum ar fi media, mediana, abaterea standard, pentru a putea sprijini demersurile de cercetare următoare.

Controlarea datelor pentru nivelul dezirabilității sociale urmărite de respondent este un aspect de care trebuie să ținem cont când analizăm aderența medicală măsurată prin metoda chestionarului ce are la bază autoevaluarea pacientului. Într-o cercetare cu un lot mare de pacienți olandezi cu HIV, pacienții au fost împărțiți în două grupuri, după cum nivelul preocupării lor pentru dezirabilitatea socială era mai înalt sau mai redus. Cercetătorii au aflat că asocierea între aderența medicală raportată și încărcătura virală era semnificativă numai la cei cu nivel redus de preocupare pentru dezirabilitatea socială, nu și la cei cu nivel mare al acestei preocupări. Așadar, cu cât pacienții erau mai interesați să facă o bună impresie, cu atât erau mai înclinați să ascundă un adevăr care i-ar pune într-o lumină dezavantajoasă. O primă recomandare ar fi ca instrumentele de autoapreciere a aderenței medicale să fie precedate de un mesaj care să normalizeze nonaderența, prin recunoașterea faptului că, în general, pentru toată lumea este dificil să respecte un program și să ia mereu toate pastilele. Formularea întrebărilor, fie scrise, fie exprimate oral, trebuie realizată într-o manieră care exprimă acceptare necondiționată și nu transmite ideea de judecată a corectitudinii conduitei pacientului.

Un aspect decisiv pentru facilitarea adaptării la boală, pentru calitatea vieții bolnavului cronic și pentru posibilitatea cercetărilor de a contribui cu informații valide despre factorii comportamentali asociați cu boala este măsurarea corectă a aderenței pacientului la tratamentul prescris de specialist. Literatura oferă exemple numeroase de metode de evaluare a aderenței medicale, cu particularități în funcție de patologia pentru care se prescrie tratament, dar și cu diferențe de acuratețe a măsurării, în funcție de obiectivitatea metodelor. Cele mai accesibile dintre metode sunt cele bazate pe interogarea pacientului, care răspunde în chestionare sau interviuri făcând apel la amintirile lui despre administrarea medicației sau despre respectarea altor conduite recomandate. Astfel, calitățile instrumentelor bazate pe autoevaluare necesită multă atenție și o perfecționare continuă.

Bibliografie

- Berg, K.M., Wilson, I.B., Li, X., Arnsten, J.H. (2012). Comparison of antiretroviral adherence questions. *AIDS and Behavior*, 16, 461-468.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations inpatients' adherence to medical recommendations : a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- Dunn, K.E., Van L. King, V.L., Broone, R.K. (2016). Comparison of Methods to Assess Psychiatric Medication Adherence in Methadone-maintained Patients with Co-occurring Psychiatric Disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 212-217.
- Gonzalez, J.S., Schneider, H.E., Wexler, D.J., Psaros, C., Delahanty, L.M., Cagliero, E., Safren, S.A. (2013). Validity of medication adherence self-reports in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 36, 831-837.
- Lee, J.K., Grace, K.A., Foster, T.G., Crawley, M.J., Erowele, G.I., Sun, H.J., Turner, P.T., Sullenberger, L.E., Taylor, A.J. (2007). How should we measure medication adherence in clinical trials and practice? *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3, 685-690.
- Leventhal, H., Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Nguyen, T.M., Caze, A.L., Cottrell, N. (2013). What are validated self report adherence scales really measuring? A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77, 427-445.
- Nieuwenhuis, M.M., Jaarsma, T., van Veldhuisen, D.J., van der Wal, M.H. (2012). Self-reported versus 'true' adherence in heart failure patients : a study using the Medication Event Monitoring System. *Netherlands Heart Journal*, 20, 313-319.
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Schwarzer, R. (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe-Verlag.
- Shi, L., Liu, J., Fonseca, V., Walker, P., Kalsekar, A., Pawaskar, M. (2010). Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires : a meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(99); DOI: 10.1186/1477-7525-8-99.
- Stirratt, M.J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H.M., Simoni, J.M., PhD, Czajkowski, S., Hilliard, M.E., Aikens, L.E., Hunter, C.M., Velligan, D.I., Huntley, K., Ogedegbe, G., Rand, C.S., Schron, E., Nilsen, W.J. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior : recommendations on optimal use. *TBM, Practice and Public Health Policies*, 5, 470-482.
- Testa, A., Castiglione, F., Nardone, O.M., Colombo, G.L. (2017). Adherence in ulcerative colitis : an overview. *Patient Preference and Adherence*, 11, 297-303.

43. Evaluarea psihologică în domeniul psihopedagogiei speciale

Alois Gherguț

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

O trăsătură a psihodiagnozei copiilor cu cerințe/nevoi speciale, în varianta sa modernă, trăsătură care trebuie avută în vedere în mod deosebit, mai ales atunci când ne referim la domeniul educației speciale, o reprezintă caracterul său dinamic-formativ, precum și de predicție a proximei dezvoltări, de proiectare a pașilor ce trebuie realizați în intervenția terapeutică. Aceasta presupune, totodată, transformarea instrumentelor de investigare clasică a nivelului dezvoltării psihice, atins în momentul dat, în exerciții de învățare formativă, inclusiv de sondare a dinamicii dezvoltării în perspectivă; este vorba despre o aprofundare a cunoașterii psihodiagnostice în chiar procesul de intervenție. Experiența practică demonstrează că există anumite situații care pun în dificultate procesul de diagnoză (stabilirea unui diagnostic psihic nu constă doar în aplicarea unui test sau într-o examinare, ci examinarea și aplicarea de teste constituie momente într-o acțiune mult mai complexă, care are anumite dimensiuni și o anumită structură).

43.1. Evaluarea psihologică – componentă fundamentală a evaluării complexe în psihopedagogia specială

Evaluarea complexă a persoanelor cu diverse tipuri de dizabilități și/sau cerințe speciale reprezintă un proces fundamental în psihopedagogia specială, prin care se urmărește cunoașterea în plan medical, psihologic, educațional și social a acestora, cuprinzând întreaga problematică întâmpinată în mediul lor obișnuit de viață. În urma acestei evaluări, se stabilește un diagnostic formativ (care include și un diagnostic diferențial) și se întocmesc documentele specifice (de orientare școlară, de încadrare într-o categorie de dizabilitate, de orientare profesională, de includere într-un program de terapie și recuperare etc.). În acest mod, evaluarea și diagnoza în psihopedagogia specială devine un proces complex, unitar, dinamic și de durată, care are drept finalitate facilitarea elaborării și aplicării demersului terapeutic compensator și recuperator, orientarea școlară a copilului în condiții optime, favorizarea integrării școlare și sociale și normalizarea vieții persoanei.

Trebuie subliniat faptul că, în imensa majoritate a cazurilor, evaluarea din domeniul psihopedagogiei speciale este un proces continuu, și nu o radiografiere instantanee a stării subiectului, fiind necesară o colaborare prelungită, diferențiată între membrii echipei de evaluatori și persoana evaluată. Expertiza/evaluarea unei persoane cu cerințe speciale sau aflate în dificultate se realizează pe baza următoarelor principii :

- evaluarea trebuie să fie subordonată *interesului major* al persoanei/copilului, urmărindu-se facilitarea implicării sale în activitatea personală/cotidiană și socială (în forme cât mai autonome și independente posibil) ;
- evaluarea trebuie axată pe *potențialul real de dezvoltare* al copilului ;
- evaluarea necesită o abordare *complexă și completă* a elementelor relevante (sănătate, nivel de instrucție și educație, grad de adaptare psihosocială, situație economică etc.), precum și a interacțiunii dintre acestea ;
- evaluarea trebuie să fie *unitară*, să urmărească și să opereze cu aceleași obiective, criterii, metodologii, pentru toți beneficiarii aflați în situații asemănătoare (evitarea discriminărilor și a abordărilor subiective) ;
- evaluarea trebuie să aibă un caracter *multi-dimensional*, altfel spus, să determine nivelul actual de dezvoltare, pentru a oferi un prognostic și recomandări privind dezvoltarea viitoare a copilului, în integralitatea sa ;
- evaluarea presupune o *muncă în echipă*, cu participarea activă și responsabilizarea tuturor specialiștilor implicați (psihologi, psihopedagogi, medici, pedagogi, profesori, educatori, sociologi, asistenți sociali, logopezi, terapeuți etc.) ;
- evaluarea se bazează pe un *parteneriat* autentic cu beneficiarii direcți ai acestei activități, respectiv copilul și familia/apartinătorii acestuia (părinții sau aparținătorii legali au dreptul să fie consultați, să participe la luarea deciziilor consecutive evaluării, să cunoască planurile și programele de intervenție și progresele pe care le realizează copilul).

C.B. Buică (2004) consideră că specificul diagnozei psihice în psihopedagogia specială este dat de :

- caracterul de urgență al examinării – impus de principiul intervenției timpurii ;
- caracterul multi-dimensionat al investigațiilor – datorat necesității cunoașterii aprofundate a cazului, în scopul personalizării intervenției psihopedagogice ;
- caracterul formativ al utilizării testelor – determinat de cerințele metodologice ale strategiilor terapeutice ulterioare.

Pornind de la toate aceste aserțiuni teoretice, vom înțelege și accepta mai ușor ideea că evaluarea presupune colectarea de informații cât mai complete ; metodele, procedeele, testele sau instrumentele de evaluare nu urmăresc în principal evidențierea deficienței și a blocajelor copilului/persoanei, ci determinarea abilităților și a disponibilităților imediate pentru dezvoltare. O asemenea abordare exclude definitiv teza *caracterului irecuperabil* al persoanei/copilului cu dizabilități.

Un aspect important în cadrul evaluării persoanelor cu dizabilități se referă la *evaluarea funcțională*, respectiv modul în care subiectul evaluat (dincolo de rezultatele și performanțele obținute la diverse tipuri de teste sau probe de evaluare, mai mult sau mai puțin standardizate) își poate exercita într-o manieră cât mai autonomă și independentă deprinderile funcționale necesare în spațiul personal, acasă, în familie, la școală, în vecinătate, în spații publice, în comunitate. Altfel spus, dincolo de deprinderile fundamentale de tip școlar (scriere,

citire, operații aritmetice etc.), subiectul evaluat trebuie să demonstreze un comportament adaptativ-funcțional la diverse situații de viață, în care își poate valorifica și achizițiile dobândite în urma unor intervenții de tip educațional (de exemplu, posibilitatea de a efectua cumpărături și de a face plata acestora în mod cât mai independent, inclusiv diverse calcule financiare ; posibilitatea de a se deplasa și orienta într-un areal, inclusiv de a citi anunțuri, indicatoare sau alte mesaje scrise ; posibilitatea de a-și organiza cât mai bine spațiul personal și de a se orienta în acel spațiu fără dificultate etc.). O evaluare funcțională a comportamentului unui copil cu cerințe speciale include următoarele : o descriere completă a comportamentului problemă pe marginea observațiilor în momente diferite și în medii diferite, efectele/rezultatele comportamentului, identificarea de posibile resurse în conduita și achizițiile copilului care ar putea fi valorificate ulterior. Rezultatele obținute vor fi folosite în elaborarea planului de intervenție sau în formularea obiectivelor din programul de educație individualizat.

Aplicarea instrumentelor de expertizare/evaluare se realizează diferențiat, în funcție de vârsta copilului, de tipul și gradul de deficiență, de mediul din care provine, precum și de problematica specifică fiecărui caz în parte. Eficiența intervenției recuperatorii, mai ales în cazul copiilor cu nevoi speciale, depinde, în mare măsură, de abordarea precoce a acestora în procesul organizat de terapie complexă ; de aici, necesitatea imprimării unui caracter timpuriu activităților de depistare și diagnoză pentru această categorie de beneficiari. Chiar dacă nu se poate formula cerința unui diagnostic diferențial (cazul deficienței mintale), încă din primii ani de viață (deși, în unele forme etiologice și de manifestare clinică, cazul sindromului Down, acest lucru este posibil) trebuie observată cât mai devreme apariția și manifestarea unor eventuale întârzieri și abateri de la traseul obișnuit al dezvoltării, pe care le prezintă unii copii, abateri care trebuie interpretate ca semnale de alarmă ale unor posibile deficiențe, ce vor deveni evidente mai târziu. În același timp, este foarte important ca, pornind de la manifestările concrete ale copilului și urmărind cu atenție evoluția sa, în concluziile actului psihodiagnostic, să admitem, mai degrabă, o subestimare a gravității deficienței, decât o exagerare a acesteia ; altfel spus, este mai bine să pornim de la premisa existenței unor capacități potențiale mai ridicate decât să ignorăm aceste capacități și să ne situăm, în intervenția terapeutică, pe o poziție care să defavorizeze copilul.

43.2. Diagnosticul psihologic în psihopedagogia specială – rolul, importanța și relevanța practică

În psihopedagogia specială, probele/testele care se folosesc pentru diagnoza psihologică pot fi întrebuințate atât în investigarea/cercetarea cazului, cât și în procesul de învățare-dezvoltare a unor cunoștințe, aptitudini, deprinderi etc. Subiectul care prezintă anumite deficiențe este mult mai receptiv dacă probele respective au o componentă ludică sau dacă sunt aplicate sub forma unor jocuri. Pentru o psihodiagnoză riguroasă și pentru alcătuirea unui program de recuperare eficient, analiza trebuie să cuprindă și date obținute prin anamneză, observație clinică, conversație directă sau cu aparținătorii etc. Toate acestea permit constituirea profilului psihologic al persoanei și evaluarea prin prognoză a evoluției sale ulterioare, care va fi cu atât mai validă cu cât diagnosticul diferențial și etiologic este

mai corect. La alcătuirea profilului psihologic este necesar să se cunoască și unele aspecte care caracterizează persoanele cu deficiențe/dizabilități :

- manifestările psihice se concretizează în răspunsuri directe la situațiile stimulative, ceea ce facilitează pătrunderea în intimitatea psihică și evaluarea ei ;
- indivizii au mai puține posibilități de a recepționa stimulii înconjurători și de a elabora răspunsuri cantitative și calitative, ceea ce limitează analiza de ansamblu a expresiei psihice ;
- actele comportamentale sunt rezultatul a două elemente : pe de-o parte, natura persoanei/subiectului care acționează/reacționează, iar, pe de altă parte, natura situației în care se află subiectul (situația este sursa de stimulare a comportamentului care poate fi evaluat, observat) ;
- manifestările psihice (comportamentale) care se iau în considerare în psihodiagnoză au un caracter discontinuu și dificil de evaluat la persoanele cu deficiențe față de persoanele cu dezvoltare normală ; pentru a spori gradul de încredere în valoarea psihodiagnozei, examinarea/reexaminarea se efectuează la un interval de timp care trebuie apreciat în funcție de : factorii sau capacitățile supuse procesului de măsurare/evaluare, ritmul achizițiilor subiectului, calitatea și cantitatea procesului informativ și formativ în care este implicat subiectul într-o anumită perioadă de timp.

Orice probă clasică de psihodiagnostic poate fi sau poate deveni o probă formativă ; cu alte cuvinte, investigațiile psihodiagnostice urmăresc nu numai evidențierea nivelului actual al dezvoltării subiectului evaluat (eventual cu explicarea cauzelor și a evoluției acestei dezvoltări de-a lungul etapelor parcurse), ci și previziunea evoluției în etapa imediat următoare (prognoza consecutivă diagnozei). Metodele formative de diagnoză trebuie aplicate în două faze fundamentale :

- faza inițială, în care examinarea are un caracter consultativ și se desfășoară similar cu aplicarea tradițională a diferitelor probe diagnostice ;
- faza de intervenție, în care se continuă examinarea/testarea, oferindu-se pentru probele nerezolvate, elemente de sprijin pentru a sonda capacitățile latente (blocate de starea emoțională din timpul evaluării sau de alte condiții).

Din ansamblul instrumental al psihologiei aplicate, printre cele mai apropiate orientării formative sunt probele psihogenetice piagetiene, adică probele operatorii.

Pentru fundamentarea orientării formative și asigurarea caracterului dinamic al actului psihodiagnostic, un rol important îl deține teoria psihologică referitoare la zonele dezvoltării, elaborată de L.S. Vîgotski, care consideră că, în aprecierea nivelului de moment și a perspectivelor ce se întrevăd, trebuie avute în vedere :

- zona actuală a dezvoltării – la nivelul căreia copilul, aflat într-o situație de învățare, poate acționa eficient, cu forțe proprii, fără a avea nevoie de sprijinul sau îndrumarea unei alte persoane ;
- zona proximei dezvoltări – la nivelul căreia copilul poate acționa eficient numai dacă este ajutat și dirijat, adică dacă beneficiază de sprijin din exterior (din partea educatorului sau a oricărei alte persoane capabile să-i medieze, să-i înlesnească înțelegerea și să-i faciliteze accesul la informație)¹.

1. În comparație cu un copil care are o dezvoltare mintală normală, copilul cu deficiență mintală, de aceeași vârstă cronologică, se deosebește atât prin zona actuală a dezvoltării aceluiași parametru

Prin urmare, orientarea formativă în procesul cunoașterii copiilor, în special a celor cu deficiențe mintale, este de natură să asigure ameliorarea diagnosticului lor diferențial și să prevină apariția unor greșeli în dirijarea acestor copii spre instituții școlare și de asistență, dar și în alegerea modalităților de intervenție instructiv-educativă și terapeutică.

Pe baza unor cercetări în domeniul evaluării dinamice, au fost puse în evidență diferențe majore existente între metodologia clasică de psihodiagnoză (bazată pe aplicarea tradițională a testelor de inteligență) și diagnosticul dinamic-formativ ; acesta din urmă poate fi caracterizat ca fiind :

- comprehensiv – în sensul că poate face aceleași selecții și predicții ca și metodele clasice, dar, în plus, oferă indicii ale progresului cognitiv ;
- discriminativ – identifică nu numai nivelurile intelectuale pe care le putem stabili prin testele cunoscute, ci și diferențele din interiorul acestor niveluri ;
- eficient din punct de vedere psihopedagogic – orientează intervenția psihologică și stimularea cognitivă spre ameliorarea performanțelor intelectuale.

Utilizarea probelor de diagnostic formativ este importantă și necesară, mai ales în situațiile în care testele psihometrice clasice diferențiază prea puțin între subiecți sau între categorii nozologice cu simptomatologie asemănătoare. În plus, cu ajutorul probelor de diagnostic dinamic-formativ, se pot evidenția mai ușor capacitățile ascunse/mascate care pot susține evoluția lor (de exemplu, cazul copiilor cu intelect de limită sau a celor cu pseudodeficiență mintală), desigur, în condiții optime de stimulare, din ce în ce mai apropiate de ritmurile normale ale dezvoltării pentru vârsta dată. Altfel spus, probele formative permit elaborarea unor planuri de recuperare cognitivă mult mai bine țintite decât cele elaborate pe baza rezultatelor oferite de testele psihometrice.

E. Verza (1987) menționează că, pentru efectuarea unei psihodiagnoze valide în domeniul psihopedagogiei speciale, se impune respectarea următoarele condiții :

- diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale ;
- stabilirea rolului factorilor socioculturali și familiali ;
- identificarea factorilor etiologici ;
- estimarea nivelului deficienței ;
- elaborarea prognozei și stabilirea unei metodologii recuperativ-compensatorii.

Același autor evidențiază câteva dintre cerințele deontologice, care trebuie îndeplinite în actul psihodiagnostic, exercitat asupra copiilor cu cerințe speciale :

- asigurarea încrederii în examinator ;
- înlăturarea stării de anxietate, care se manifestă în timpul examinărilor, mai ales la copiii cu tulburări senzoriale și de limbaj ;
- asigurarea unor condiții de confort pe timpul examinării și eliminarea influențelor negative din exterior.

Mihai Golu (1997), referindu-se la raportul dintre psihodiagnoza stării în care se află copilul la un moment dat (adică în momentul investigațiilor) și previziunea perspectivei

(respectiv a inteligenței), mai restrânsă sau mai limitată, cât și prin zona proximei dezvoltări, condiționată în mod evident de nivelul dezvoltării intelectuale actuale, care va influența și particulariza ritmul și capacitatea acumulărilor viitoare.

schimbărilor imediate, pe care el le va suporta, pune accentul pe importanța deosebită pe care o au, în psihodiagnoză, schimbările petrecute la vârstele timpurii; la acest nivel, raportul dintre stare și schimbare (transformare) este în favoarea celei din urmă: starea este un scurt răgaz pe continuumul schimbărilor, al devenirii. Altfel spus, evaluând copilul pentru a-l putea stimula mai bine în procesul dezvoltării sale, pe lângă elucidarea nivelului la care acesta se află în momentul dat (adică, pe lângă delimitarea zonei dezvoltării sale actuale), este cel puțin la fel de importantă evidențierea ritmurilor specifice în dezvoltare, a vitezei cu care el avansează în propria zonă a proximei dezvoltări. În fiecare situație de examen psihologic, diagnosticianul poate elabora o schemă de lucru și o sinteză a informațiilor din primele observații și date privind un caz oarecare; această sinteză se constituie într-un prim diagnostic provizoriu ce va sta la baza diagnozei psihice diferențiale (stabilit în urma aplicării de probe, scale de dezvoltare, teste etc. și a corelării rezultatelor astfel obținute cu date suplimentare anamnezice și de observație).

Orice practician știe că un copil care nu poate face față primului moment la întâlnirea cu psihologul, rareori prezintă și o întârziere mintală, deși conduita lui ar sugera un astfel de diagnostic. Incapacitatea sau inhibiția lui de moment se poate datora mai multor cauze, cum ar fi lipsa de interes și de atenție față de situație, timiditatea și anxietatea, inhibiția nevrotică etc. Examenul începe cu observarea conduitei copilului și, adesea, cu o aplicare a unui test mai general de inteligență². Rezultatele se compară cu performanța școlară, iar neconcordanța atrage după sine necesitatea suplimentării diagnosticului psihic cu mijloace de control mai fine și mai diversificate (de exemplu, se verifică dacă rezultatele slabe la anumiți itemi se pot explica cumva printr-o dislexie; în funcție de concluzia obținută, se aplică în continuare, după necesități, teste de atenție, de memorie, clasificări etc.). Rezultatul final permite să se constate ce caracteristici intelectuale se pot atribui subiectului respectiv, iar examenul psihic elaborat în urma evaluării din aproape în aproape a caracteristicilor psihice ale subiectului permite abordarea unui diagnostic psihic progresiv, funcțional sau multi-fazic. Nu în ultimul rând, în stabilirea diagnozei psihice trebuie avut în vedere gradul de convergență și divergență al rezultatelor; sunt subiecți cu o structură divergentă evidentă la care nu au acționat satisfăcător factorii educativi sau au un caracter nativ divergent. Este cunoscut faptul că nu există o dependență direct proporțională între condițiile optime de mediu și valorificarea ereditară maximală; subiecții cu predispoziție psihică foarte slabă (într-o anumită componentă a structurii psihice) sunt mai mult sau mai puțin sensibili la influențele educogene din acea direcție (din acest motiv este bine să se cunoască toate resursele compensatorii de care dispun)³.

Pentru a avea o imagine mai completă asupra diversității instrumentelor și probelor de evaluare pentru vârstele mici, la finalul acestui capitol sunt prezentate două anexe cu teste și instrumente pentru examinarea psihologică și psihopedagogică, preluate din *Setul de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități*, elaborat în 2003 de UNICEF și Asociația RENINCO (vezi Anexa 1), și din *Testarea psihologică a copilului mic* (Mitrofan, 1997).

2. În rutina noastră ne-am obișnuit deja cu Raven color, Binet-Simon, Stanford-Binet pentru copii de la 5 la 10 ani sau testul de inteligență Wechsler pentru copii de peste 10 ani.
3. Aceste idei sunt detaliate în lucrări de referință din literatura noastră semnate de U. Șchiopu (2002), E. Vlad (1999), N. Mitrofan (1997), M. Minulescu (2001).

43.3. Evaluarea psihologică a persoanelor cu diverse tipuri de dizabilitate

Evaluarea psihologică a persoanelor cu diverse tipuri de dizabilitate capătă particularități specifice în funcție de scopul evaluării, gravitatea deficienței și posibilitatea de a adapta anumite probe sau teste psihologice la specificul unei dizabilități.

43.3.1. *Evaluarea psihologică a persoanelor cu deficiență mintală*

În abordarea examinării psihologice a unui copil cu deficiență mintală, sarcinile diferă în funcție de scopul examinării :

- a. dacă examenul urmărește stabilirea diagnosticului deficienței mintale, a orientării școlare și a alcătuirii unui program de recuperare specială, sarcinile vor viza : nivelul de maturitate psihosocială, relevarea unor simptome specifice în funcție de etiologie, precizarea structurii mintale conform rezultatelor evaluării nivelului de inteligență.
- b. în cazul în care evaluarea psihologică urmărește identificarea programului de școlarizare adecvat sau obținerea unui randament optim în achizițiile școlare, sarcinile examinării trebuie să vizeze : stabilirea dinamicii nivelului dezvoltării mintale, relevarea simptomelor cu caracter etiologic, nivelul și maturizarea funcțiilor instrumentale, aspecte privind potențialul și stilul de învățare, trăsăturile de personalitate și maturitatea psihosocială.

Depistarea precoce și diagnosticul formelor de deficiență mintală reprezintă o acțiune de maximă importanță și responsabilitate, în perspectiva optimizării intervenției și maximizării șanselor de recuperare a copiilor, acțiune la care participă o echipă multi-disciplinară formată din medic, psiholog, psihopedagog special, asistent social etc. Activitatea echipei presupune investigarea clinică și elaborarea diagnosticului, recomandarea și urmărirea aplicării tratamentului etiopatogenetic (pentru anumite cazuri/situații) și alegerea programelor educativ-recuperatorii în funcție de particularitățile individuale ale fiecărui copil.

Examenul psihologic permite formularea unor concluzii diagnostice pornind de la : dezvoltarea psihomotorie, nivelul dezvoltării mintale ; dezvoltarea psihomotrică, funcțiile senzoriale și perceptiv-motrice, atenția, memoria, limbajul, personalitatea, nivelul maturizării psihosociale, capacitatea/resursele de învățare. Pentru *examinarea nivelului dezvoltării mintale* se urmărește stabilirea vârstei mintale (VM), a coeficientului de inteligență (IQ), a structurii mintale, a indicilor de deteriorare mintală și a indicilor semnificativi pentru dizarmoniile cognitive. Cele mai utilizate probe pentru examinarea nivelului inteligenței sunt : testul Binet-Simon, testul Wechsler (WISC), matricele progresive Raven (color și alb-negru), testul colectiv Dearborne etc. În *examenul psihopedagogic* se urmărește diagnosticarea deficienței mintale și a posibilităților educaționale pe baza unui evantai foarte variat de metode : observația, convorbirea, experimentul, aplicarea de teste, probe psihogenetice, probe de diagnostic dinamic-formativ etc. În *examinarea dezvoltării psihomotrice*

se urmărește stabilirea coeficientului de dezvoltare psihomotorie și evidențierea componentelor psihomotricității unde dezvoltarea este deficitară sau mai apropiată de normalitate. Pentru examinarea psihomotricității se pot utiliza: scala de dezvoltare psihomotrică Brunet-Lezine, testul Ozeretski-Guilmain, scala Denver (*Denver Development Screening Test*), scala Gessel, fișe de dezvoltare psihomotrică, testul Buhler și Hetzer, probe de investigare a sincineziilor periferice și axiale, probe de dominanță laterală Piaget-Head-Ajuriaguerra, probe de ritm Stambak, proba Ricosay, proba *tapping*, probe de punctare, probe de decupaj etc. Examinarea motricității devine importantă pentru diagnosticarea și conturarea tabloului deficienței mintale din cel puțin două motive:

- a. prezența tulburărilor sau afecțiunilor în plan motric reprezintă un predictor major în depistarea deficiențelor mintale;
- b. aduce unele informații privind motricitatea generală, dinamică și statică, echilibrul, praxiile, dexteritatea manuală, schema corporală și lateralitatea, sincineziile și coordonarea.

Există o legătură logică între gradul deficienței mintale și nivelul tulburărilor de motricitate; cu cât gradul deficienței mintale este mai pronunțat, cu atât nivelul dezvoltării motricității este mai scăzut și tulburările motrice sunt mai frecvente și mai grave (în cazul deficienței mintale ușoare, de regulă, nivelul dezvoltării motricității este mai apropiat de cel al normalului, iar tulburările motrice sunt mai puține și mai ușoare, comparativ cu formele mai grave de deficiență mintală unde și tulburările motrice sunt mai evidente și mai frecvente); așa se justifică de ce, indiferent de scopul pentru care este efectuat examenul psihologic, acesta trebuie să cuprindă și examinarea motricității⁴. *Examinarea funcțiilor senzoriale și perceptiv-motrice* vizează investigarea funcțiilor auditive și vizuale, a gnoziilor, somatognoziilor, percepțiilor de mărime, formă, greutate și a ritmului și maturității funcției vizuo-motrice. Se pot utiliza probele de acuitate senzorială (auditivă și vizuală), probele de examinare a auzului fonematic, probele de percepția culorilor (planșele Ishihara), probe de percepția formei (Bender, Bender-Santucci, Benton), probe de percepție spațială (Proba Meuris). *Examinarea personalității* vizează cu precădere afectivitatea, stabilitatea emoțională, trăsăturile de personalitate, impulsivitatea, agresivitatea, toleranța la frustrare, tulburările de personalitate etc. Cele mai des utilizate sunt probele de desen (testul arborelui, testul familiei), testele proiective (CAT, Pata neagră, Rorschach, fabulele Duss etc.) și, în anumite situații, unele chestionare de personalitate (care pot fi înțelese de copil).

4. Tulburările motrice depind și de etiologia deficienței mintale; astfel, cercetările comparative (A.A. Strauss, M. Chiva, M.C. Hurtig, H. Santucci) relevă faptul că, la deficiența mintală determinată de factori socioculturali și familiali, dezvoltarea motrică este asemănătoare subiecților normali, în timp ce la deficiența mintală determinată de o patologie organică (afecțiuni și/sau leziuni cerebrale) apare și o insuficiență sau o dezvoltare și funcționare deficitară a componentelor motrice și psihomotrice. Altfel spus, prin investigarea motricității se pot oferi informații pentru stabilirea aspectelor etiologice ale diagnosticului deficienței mintale. De asemenea, evaluarea motricității, mai ales sub aspectul eficienței, prezintă importanță majoră în stabilirea prognosticului, întrucât eficiența motrică constituie unul din parametrii principali care stau la baza formării deprinderilor practice care să asigure integrarea profesională și socială a deficienților mintal.

43.3.2. *Evaluarea psihologică a persoanelor cu deficiență auditivă*

În cazul copiilor cu deficiențe auditive, este necesară coroborarea rezultatelor examenului psihologic cu examinarea ortofonică ; în acest mod, se pot stabili programele educative și corectiv-compensatorii, la nivelul echipei de specialiști, cu implicarea părinților și a serviciilor existente în arealul sau zona de domiciliu a fiecărui caz în parte. Altfel spus, rezultatele la probele psihologice, alături de informații provenite din alte surse (examene clinice, audiologice, audiometrice, anamneză, observații etc.), contribuie la conturarea deciziei echipei, formate din specialiști și părinți, privind orientarea copilului și includerea sa într-un curent educativ : oral, gestual sau bazat pe comunicare totală. În același timp, examinarea psihologică are rol în selectarea tipului de examinare audiometrică și în interpretarea rezultatelor acesteia ; împreună cu examinarea ortofonică, examinarea psihologică permite realizarea diagnosticului diferențial între cazurile de deficiențe auditive și cele care se traduc prin manifestări lingvistice și comportamentale similare (forme de deficiență mintală cu perturbări ale dezvoltării limbajului, alalie, afazie, audio-mutate etc.), contribuie la analiza cazurilor cu dificultăți de adaptare școlară și/sau socială. Colin (1991) consideră că informațiile furnizate de probele psihologice, specifice sau doar adaptate deficienței auditive, pot fi grupate în două categorii :

- informații care permit evaluarea dezvoltării mintale a deficienților de auz în comparație cu cea a auzitorilor – aceste date contribuie la disocierea efectelor surdității de cele ale unor forme de deficiență mintală ;
- informații mult mai detaliate/date analitice care țin seama de conținutul probelor și de nivelul reușitelor la probe și subprobe – acestea contribuie la clarificarea efectului surdității asupra activității intelectuale.

Cu alte cuvinte, este important să aflăm dacă deficiența auditivă poate fi invocată în apariția formelor de întârziere în dezvoltarea mintală ; pentru explicarea acestor întârzieri putem avea fie cauze de natură organică sau funcțională, fie limitarea informațiilor socioeducative determinate de prezența deficienței senzoriale.

Valoarea și conținutul probelor psihologice pentru domeniul deficienței auditive depind de mai multe condiții :

- testul să fie nonverbal (se admite folosirea probelor verbale, dar se impun precauții în administrarea și interpretarea lor ; unii specialiști în domeniu au constatat că subiecții cu deficiență auditivă obțin rezultate slabe la aceste probe, comparativ cu auzitorii, în sensul că deficienții de auz sunt defavorizați de conținutul probei, chiar dacă forma de administrare a fost adaptată cerințelor specifice acestor subiecți) ;
- să conțină exerciții preliminare – exercițiile și antrenamentele vin să înlocuiască instructajul verbal oral, chiar dacă acesta ar fi administrat în scris sau în limbaj mimico-gestual pentru a avea un nivel de certitudine că subiectul a înțeles natura solicitării sau conținutul sarcinii ;
- flexibilitate privind timpul acordat executării sarcinilor – se recomandă eliminarea limitei de timp la subiecții preșcolari și includerea ei la subiecții de vârstă școlară ; este acreditată și ideea că deficienții de auz pot atinge aceleași niveluri de dezvoltare

ca auzitorii, dacă sunt întrunite anumite condiții, dar, în realitate, dezvoltarea este mai lentă, iar lentoarea în executarea unor sarcini poate fi compensată printr-o durată mai mare de lucru.

O sinteză asupra performanțelor obținute în cursul testărilor psihologice de persoanele cu deficiențe de auz accentuate a fost făcută de Colin (1991), pornind de la rezultatele a numeroase cercetări în domeniu. Astfel au fost identificate :

- dificultăți la itemii bazați pe înțelegerea numerelor ;
- dificultăți la reproducerea modelelor cu cuburi, expuse și extrase din câmpul lor vizual (Borelli-Oleron), precum și în probe de atingere a cuburilor ;
- un număr mai mare de eșecuri (comparativ cu auzitorii) la subtestele scării de performanță Wechsler (proba cod și cea de aranjare a imaginilor) ;
- dificultăți în stabilirea relației dintre termenii unui raționament, precum și în manipularea fluidă a simbolurilor, în vederea combinării și a recombinației acestora ;
- dificultăți în realizarea raționamentelor de tip inductiv și în realizarea operațiilor de abstractizare etc.

Examinarea psihologică a copiilor deficienți de auz se realizează cu probe în care limbajul verbal intervine cât mai puțin⁵, respectiv probele nonverbale (care au un conținut figurativ) și de performanță (se bazează pe manipularea unui material concret, obiectual)⁶. O altă cerință adresată probelor psihologice destinate acestei categorii de deficiență se referă la existența unei etalonări realizate pe un eșantion reprezentativ, cu precizarea parametrilor caracteristici (vârstă, sex, tipul și gradul deficienței auditive, orientarea școlară, momentul și natura protezării, prezența/absența intervenției precoce, părinți auzitori/surzi⁷).

Dintre testele/probele psihologice destinate examinării copiilor cu deficiențe de auz amintim :

- *Testul Sans-Paroles*⁸ (Anca, 2003) pentru aprecierea nivelului mintal al copilului cu vârste mici și foarte mici. Acest instrument a fost conceput pentru a răspunde nevoilor

-
5. Denumirea de „test fără limbaj” este relativă deoarece se adresează unor mecanisme psihologice puternic marcate de formalizarea lingvistică.
 6. M. Roșca (1972), într-o taxonomie a testelor de inteligență, distinge între : a. *teste de inteligență individuale, predominant verbale* (Binet-Simon, Wechsler etc.) ; b. *teste individuale nonverbale și de performanță* (Kohs, Labirinte Porteus etc.) ; c. *teste de inteligență de grup* (Raven, Domino 48, Domino 70 etc.).
 7. Numeroase cercetări în acest domeniu nu conțin aceste precizări, cu atât mai necesare atunci când sunt destinate realizării unor comparații, ale diferitelor domenii de dezvoltare psihică, pe diferite loturi de subiecți sau stabilirii unor etaloane de referință. Etaloanele trebuie elaborate pe comunități lingvistice ; chiar dacă probele nu au etalon specific, ele pot fi utilizate la culegerea de informații relative unor domenii ale dezvoltării copilului sau pot fi corelate rezultatele examinării psihologice cu cele ale examinării ortofonice, percepției și discriminării auditive, capacității de citire labială.
 8. Testul a fost elaborat de Suzanne Borel Maissony, publicat în 1948 și reetalonat în 1971 de Maryse Forgue, care a adăugat câțiva itemi noi. Au fost și unele critici privind demersul lui Maryse Forgue, care a considerat util să adauge exprimarea rezultatelor la probe și sub formă de coeficient de inteligență. Criticile susțineau că testul nu permite evaluarea unui IQ și

specialiștilor care doresc să se edifice rapid asupra nivelului mintal al copiilor care nu vorbesc sau care nu au încă un limbaj format. În realitate, cuprinde trei teste : primul (numit și testul pentru bebeluși) permite examinarea copiilor de la 18 luni la 3 ani ; al doilea se aplică până la 5 ani ; al treilea test este prevăzut pentru subiecți de 5 până la 10 ani. Probele primului test nu fac deloc apel la limbaj. În cel de-al doilea test examinatorul are posibilitatea să vorbească, dar acest lucru nu este foarte util ; este adăugată o probă facultativă destinată punerii în evidență a posibilităților lingvistice ale subiectului. Copilul va fi evaluat în funcție de activitatea sa psihomotrică. Probele sunt dispuse în ordinea dificultății. Se acordă importanță jucăriilor și utilizării lor, se studiază comportamentul copilului și se notează modul său de reacție la jucăriile propuse. Este un instrument cu o valoare clinică incontestabilă datorită bogăției de observații pe care le furnizează (dacă subiectul reușește sau nu la probele propuse, dar mai ales cum a procedat pentru aceasta). Se notează comportamentul subiectului în fața sarcinii, respectiv : modul de organizare a activității, capacitatea de concentrare a atenției, apariția oboselii, posibilitățile de raționament, comportamentul motor, anumite aptitudini perceptiv-motorii etc. Parcurgerea probei este rapidă, copiii apreciază mult acest material care evocă jocurile și jucăriile, iar o anumită rigoare a parcurgerii face din el un instrument foarte precis.

- *Testul Snijders-Oomen* – test nonverbal, aplicat subiecților cu vârste între 3 și 16 ani, alcătuit din opt subteste, elaborat inițial pentru măsurarea inteligenței copiilor cu surditate, dar care poate fi aplicat și în alte situații în care este împiedicată comunicarea verbală. Alături de capacitatea de percepție a formei și capacitatea de manipulare a obiectelor, testul măsoară și nivelul gândirii abstracte, precum și capacitatea de recunoaștere a situațiilor. Cele opt subteste sunt grupate în două scale : scala P (mozaic, memorare de imagini, combinații, analogii) și scala Q (completare, cuburile Knox⁹, desenare, sortare). La începutul fiecărui subtest se precizează la ce vârstă și cu care probă se începe examinarea, iar nereușita subiectului, după un anumit număr de erori, necesită întoarcerea la o proba anterioară, mai ușoară.
- *Scala de performanță Borelli-Oleron* a fost concepută pentru investigarea subiecților cu surditate, dar poate fi aplicată și altor categorii de subiecți cu probleme de comunicare (întârzierea limbajului, inhibiție sau opoziție față de probele verbale), precum și subiecților normali ca test nonverbal de dezvoltare. Scala face apel la menținerea atenției subiectului, acesta fiind solicitat să privească atent la anumite modele, care ulterior trebuie reproduse din memorie. Fiecare probă are o subprobă pentru demonstrație (antrenament) care nu se cotează, dar care asigură înțelegerea rezolvării (trebuie să avem certitudinea că subiectul a fost atent în timpul demonstrației și doar apoi să se treacă la proba propriu-zisă). Scala conține 7 probe : reproducerea cuburilor, manechin, încastrarea, puzzle Healy-Fernald, cuburile Knox, copierea desenelor geometrice, construcții de cuburi după imagini.
- *Scala Webster&Webster* – o scală orientativă care permite identificarea achizițiilor subiectului, a momentului când se manifestă aceste achiziții, precum și vârsta la care

că această intervenție nu concordă cu rolul ortofonistului. Atfel spus, se încerca o distincție clară între probele ortofonice și cele psihologice, testul „Sans-Paroles” fiind inclus de fapt în prima categorie.

9. Cuburile Knox sunt puțin diferite de cuburile obișnuite Kohs prin faptul că sunt mai mari și mai ușor de utilizat în relația de examinare cu copii de vârste foarte mici.

ele se permanentizează. Este alcătuită din două părți mari : a. comunicare – conține următoarele secțiuni : comunicare funcțională (pragmatică), interacțiune (de la stadiile preverbale la conversație), ascultare (folosirea auzului), limbajul receptiv, limbajul expresiv, claritatea vorbirii, citirea pe degete (dactilare), semnalizarea gestuală ; b. strategii de învățare – adaptarea cu protezele auditive, controlul atenției, cititul, scrisul, ortografia, scrisul de mână, apariția numărului, concepte matematice, concepte de bază, îndemânare, priceperi, deprinderi, abilități, independența personală, maturitatea socială și jocul, conștiința mediului, conștiința economică. Completarea grilei acestei scale oferă un tablou detaliat asupra dezvoltării copilului la un moment dat, evidențiind componentele care au evoluat în parametrii normali, precum și eventualele rămăneri în urmă, fapt ce permite intervenția recuperatorie adecvată situației și momentului. În plus, ea poate oferi și o imagine asupra evoluției longitudinale a copilului, cu evidențierea principalelor momente ale acesteia, rezultând un profil evolutiv.

43.3.3. *Evaluarea psihologică a persoanelor cu deficiență vizuală*

Evaluarea copiilor cu tulburări sau deficiențe ale funcției vizuale determină o serie de probleme în legătură cu : diferențele datorate gradului de maturizare a sistemului vizual (care poate fi diferit, chiar dacă subiecții supuși evaluării au aceeași vârstă cronologică), nivelul de dezvoltare mintală, a limbajului și abilităților de comunicare, a motivației sau importanței acordate sarcinilor vizuale. În măsura în care funcționarea și eficiența vizuală sunt asociate factorilor fiziologici, psihologici, intelectuali și de mediu, putem spune că evaluarea este specifică fiecărui copil (doi copii cu aceeași tulburare a vederii vor funcționa vizual diferit). Altfel spus, evaluarea funcțiilor vizuale trebuie să țină seama de faptul că subiecții își folosesc vederea în moduri diferite, în funcție de particularitățile mediului în care își desfășoară activitatea cotidiană, de starea fizică sau emoțională, de experiențele anterioare, stilul propriu de învățare etc. De asemenea, funcționarea vizuală a aceluiași copil poate varia chiar și de la o zi la alta sau de la o situație la alta, în funcție de o serie de factori. Alături de factorii care țin de copil și de particularitățile deficienței, evaluarea copiilor cu tulburări ale funcției vizuale este dificilă și din punct de vedere al probelor sau instrumentelor diagnostice folosite în evaluare, cel puțin din următoarele motive :

- folosirea unor itemi care nu sunt de natură predominant vizuală și aplicați în condițiile unor canale de comunicare vizuală limitate.
- utilizarea unui număr insuficient de instrumente diagnostice pentru evaluarea copiilor cu deficiențe vizuale (mai ales pentru determinarea nivelului de dezvoltare) ; cele mai multe instrumente au fost derivate din cele utilizate pentru evaluarea copiilor văzători ; altele au fost adaptate, mai mult sau mai puțin corespunzător (de exemplu, prin transformarea elementelor vizuale în forme palpabile), sau nu au validitate demonstrată științific. De obicei, la adaptarea probelor pentru copiii cu deficiențe vizuale este necesar să se ia în considerare și condițiile de aplicare (lumina suficientă, evitarea suprafețelor strălucitoare, folosirea unor culori contrastante, evitarea stimulilor acustici sau vizuali perturbatori, folosirea iluminatului artificial și evitarea luminii soarelui cu ajutorul draperiilor etc.). În plus, materialele adaptate trebuie să aibă culori

fundamentale (roșu, galben, verde) și să fie folosite pe un fond contrastant (negru sau albastru-închis).

- răspunsurile pot fi întârziate, inconsistente sau se pot manifesta doar în anumite registre sau condiții sau după sprijinul oferit de evaluator. De asemenea, variațiile în răspunsuri nu pot fi înregistrate dacă se folosește, spre exemplu, un sistem de înregistrare binară a datelor, de tipul adevărat/fals.

Recomandări pentru aplicarea instrumentelor/probelor de evaluare la persoanele cu deficiențe vizuale :

- utilizarea de instrumente optice (lupe, lentile) pentru mărirea de texte, imagini sau alte obiecte incluse în protocolul instrumentului de evaluare ;
- în anumite situații se poate apela inclusiv la stimuli suplimentari tactili și/sau acustici ;
- conținutul itemilor să fie cât mai simplificat și clar prezentat ;
- alegerea setului de probe/instrumente depinde atât de obiectivele evaluării, cât mai ales de intervenția asupra deficitului și comportamentelor adaptative (astfel, probele/testele standardizate pot fi folosite doar în scopul raportării copilului la o populație dată și mai puțin în scopul intervenției, dacă ele nu oferă informații care să explice de ce a greșit la itemul respectiv sau cum poate fi îmbunătățită o anumită performanță) ;
- dacă se urmărește plasarea copilului într-o anumită instituție școlară sau se vor lua decizii privind forma de instrucție, evaluarea trebuie să vizeze următoarele aspecte : funcționarea vizuală, dezvoltarea cognitivă și inteligența, abilitățile psihomotorii și capacitatea de învățare ;
- acordarea unui interval de timp mai mare pentru realizarea unei sarcini (din acest motiv, nu se recomandă utilizarea de teste/probe care sunt contra cronometru ;
- evaluatorul are obligația să determine poziția și distanța de la care poate fi văzut fiecare item ;
- atunci când protocolul de evaluare permite, se recomandă ca subiectul să aibă posibilitatea de a explora materialul în timpul manipulării ;
- scorurile obținute trebuie raportate la populația cu deficiențe vizuale (etalonarea instrumentelor să se facă pe populație cu deficiențe vizuale).

Referitor la evaluarea psihologică a copiilor cu deficiențe de vedere, apar și aici o serie de aspecte particulare determinate de o procesare mai lentă a informației (natura esențial liniară sau secvențială a percepției tactile la orbi, respectiv aria restrânsă a câmpului perceptiv sau a imaginilor neclare la ambliopi). Un test elaborat și standardizat pentru diagnosticarea elevilor cu vedere normală, aplicat copiilor cu deficiențe vizuale, îi va pune pe aceștia din urmă într-un dezavantaj considerabil, chiar dacă itemii au fost transcriși în limbaje adaptate (Braille sau text cu caractere de format mare). Un alt dezavantaj apare și în cazul în care nu există limită de timp sau se acordă timp suplimentar, prin faptul că sarcinile vor dura mai mult și se vor introduce elemente noi în situația de testare (de exemplu, oboseala și efectele ei asupra performanței la probele tot mai dificile din bateria respectivă).

Unul dintre testele dezvoltate în anii '90 pentru evaluarea inteligenței la copiii nevăzători este *Intelligence Test for Visually Impaired Children* (ITVIC)¹⁰ (Dekker, 1993). El

10. *Intelligence Test for Visually Impaired Children* include 12 subteste care evaluează următorii factorii : *vocabular* (din WISC-R) pentru factorul verbal ; *digit-span* (din WISC-R), *analogii*

reprezintă un test nonverbal aplicabil copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 15 ani, bazat pe modelul inteligenței elaborat de Thurstone ; 10 dintre subtestele tactile continute sunt noi și măsoară factorii de raționament perceptiv și spațial, în timp ce alți factori precum cel verbal, fluența verbală, memoria și factorul numeric sunt preluați din WISC-R și R-AKIT (*Revised Amsterdam Intelligence Test for Children*). Alte probe folosite pentru copiii nevăzători sunt : *testul de inteligență Williams* (Williams, 1956), *testul de aptitudini de învățare pentru nevăzători BLAT* (Newland, 1971) sau testele de citire precum *testul de viteză Tooze-Braille*, *testul Lorimer de recunoaștere Braille* (Lorimer, 1962) și *analiza NEALE a abilităților de citire*. O serie de analize privind validitatea instrumentelor de evaluare psihologică a persoanelor cu deficiențe vizuale au arătat că testele verbale și de raționament pe bază de informații tactile prezintă corelații puternice cu performanța școlară la citit, înțelegere verbală și scris. De asemenea, ambele sunt relaționate și cu comportamentul socioemoțional, corelația cea mai puternică fiind între scalele ce măsoară memoria de lucru și stilurile de învățare ale copiilor.

43.3.4. *Evaluarea psihologică la copiii cu tulburări din spectrul autist*

Evaluarea clinică pentru stabilirea diagnosticului tulburărilor din spectrul autist se bazează pe înregistrarea detaliată a istoricului tuturor semnelor care îi îngrijorează pe părinți, a istoricului dezvoltării copilului, atenție acordându-se tuturor nivelurilor și ariilor de dezvoltare, și pe un inventar al tuturor bolilor pe care le-a avut copilul (se acordă atenție tuturor semnelor/simptomelor care pot fi importante în diagnosticul diferențial). La înregistrarea istoricului familiei (restrânse și lărgite) trebuie făcută o evaluare a vulnerabilității genetice a familiei, acordându-se atenție unor factori precum : autism, simptomatologie asemănătoare autismului, retard mintal, X fragil, scleroză tuberoasă.

Observarea persoanei suspectate de autism în diferite medii, atât în situații structurate, cât și în situații nestructurate, pe care clinicianul o face direct sau apelând la filmări video făcute acasă sau în diverse alte ocazii, este cea de-a doua cale prin care se face evaluarea. Pentru copiii până în 3 ani trebuie evaluate variate aspecte ale funcționării, respectiv :

- capacitățile cognitive : verbale și nonverbale, abilitățile de funcționare în viața de zi cu zi ;
- comunicarea : abilitatea copilului de a folosi strategii de comunicare nonverbală (a arăta cu degetul spre un obiect pentru a-l obține sau doar pentru a-l arăta), comportamente de comunicare atipice (privire sau alte gesturi atipice), capacitatea copilului de a folosi funcțional limbajul (cum folosește copilul cuvintele pentru a obține ce vrea), întârzierea apariției limbajului, pierderea limbajului sau tipare de comunicare atipice (repetarea cuvintelor sau folosirea cuvintelor fără intenția de a comunica) ;

verbale (din R-AKIT), *percepția figurilor*, *excluderea figurilor și analogii cu figuri*, reprezentând toate factorul raționament ; *block design* și *puzzle-uri cu dreptunghiuri*, reprezentând factorul abilități spațiale ; *fluente verbală* (din R-AKIT), reprezentând factorul fluentă ; *învățarea de nume* (din R-AKIT), reprezentând factorul memorie ; *harta* și *testele-plan*, reprezentând factorul orientare ; de asemenea, scala mai conține și subtestul *percepția figurilor*.

- interacțiunea socială : inițierea interacțiunilor sociale (a da sau a arăta obiecte celorlalți cu scopul împărtășirii interesului pentru acestea), imitarea socială (capacitatea de a imita acțiunile, gesturile altora), reciprocitatea la nivelul vârstei (abilitatea de a-și aștepta rândul în timpul unui joc), tiparul de atașament în prezența părinților (indiferența, evitarea părintelui sau excesiva „agățare” de acesta), tendința copilului de izolare socială sau preferința pentru a fi singur, folosirea oamenilor pe post de unelte pentru a ajunge la ceva sau a obține ceva (a lua un adult de mână pentru a ajunge la o jucărie), interacțiunea socială cu adulții și cu cei de-o seamă cu care sunt familiari, precum și cu cei cu care nu sunt familiari.
- comportamentul și răspunsul la mediu : tipare comportamentale și probleme comportamentale, reacții neobișnuite la anumite experiențe senzoriale (procesarea senzorială), abilități motorii/fizice, abilități de joc, comportamente/abilități adaptative, abilități de autoservire.

În procesul de evaluare a copiilor suspecți sau diagnosticați cu tulburări din spectrul autist, se folosesc o diversitate de scale și instrumente centrate pe diverse arii de dezvoltare și funcționare, unele dintre ele fiind utilizate pentru a monitoriza în timp evoluția copilului, progresele sau răspunsul la programele de terapie educațională.

Pentru exemplificare, am ales câteva dintre cele mai des folosite de specialiști :

- *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)* – un interviu semistrukturat, revizuit, aplicat părinților sau îngrijitorilor copiilor suspecți că ar avea o tulburare de tip autistic, determinând în ce măsură criteriile DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de diagnosticare sunt sau nu întrunite pentru acest tip de tulburare. Este compus din 93 de itemi care se concentrează asupra a trei domenii funcționale : limbaj/comunicare, interacțiuni sociale reciproce, comportamente și interese restrictive, repetitive și stereotipe.
- *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*¹¹ – un instrument de evaluare semistrukturat care include diverse activități, în contexte standardizate de interacțiune, ce permit observarea comportamentului social și a comunicării asociate diagnosticului de tulburare pervazivă de dezvoltare (aceste activități asigură situații standard importante care pot fi întâlnite în sfera cotidiană și pot fi reproduse astfel în practica diagnostică) ; poate fi folosit acolo unde este suspectată orice formă de autism, indiferent de vârstă sau de nivelul de dezvoltare a limbajului. ADOS cuprinde patru module, fiecare dintre acestea necesitând 35-40 de minute pentru a fi administrat. Modulul 1 este utilizat pentru copiii care nu au un limbaj frazal constant, modulul 2 este pentru cei care au un limbaj frazal, dar nu au fluentă verbală ; modulul 3 este pentru copiii cu limbaj fluent și modulul 4 pentru adolescenții și adulții cu limbaj fluent (singura categorie din spectrul autismului care nu este cuprinsă de ADOS este aceea a adolescenților și adulților care nu au o comunicare verbală).
- *Child behavior checklist (CBCL)* – sistemul Achenbach al evaluării cu baza empirică (ASEBA) oferă posibilitatea evaluării funcționării adaptative și maladaptative¹². Există

11. ADOS este recunoscut la nivel internațional, alături de ADI-R, drept *golden standard* pentru evaluarea autismului ; are la bază operaționalizarea criteriilor diagnostice pentru autism și pentru tulburări pervazive de dezvoltare din DSM-IV/ICD-10.

12. Numeroase studii demonstrează asocierea dintre scorurile ASEBA și categoriile diagnostice DSM-IV.

o variantă aplicabilă copiilor mici (1-5 ani) și una pentru copii mai mari (6-18 ani). Chestionarele sunt completate de părinți, educatori sau îngrijitori care cunosc bine copilul. CBCL și C-TRF (variante pentru educatori/profesori) pun în evidență problemele pe care copilul le are în raport cu două scale :

- a. scala de simptome : reactivitate emoțională, anxietate/depresie, probleme somatice, retragere socială, probleme de somn, probleme de atenție, comportament agresiv ;
 - b. scala de sindroame (corelate DSM) : tulburări afective, tulburări anxioase, tulburări pervazive de dezvoltare, ADHD (*attention-deficit hyperactivity disorder*), tulburări de tip opoziționist, tulburări de conduită.
- *Autism Screening Instrument for Educational Planning (ediția a doua) ASIEP-2* – este forma revizuită a celui mai popular instrument de evaluare individuală a subiecților care au caracteristici ale comportamentului autist. Standardizat și cercetat în numeroase centre de diagnostic din lume, ASIEP-2 evaluează comportamentul verbal, interacțiunea și comunicarea și determină gradul de învățare ; examinează 5 arii : senzorial, relaționare, utilizarea propriului corp și a obiectelor, limbaj, autonomie personală, pentru a oferi informații despre comportamentul persoanelor de la 18 luni până la viața adultă.
 - *Analysis of Sensory Behavior Inventory ASBI-R (ediție revizuită)* – înregistrează informații despre comportamentul copilului în relație cu stimulii senzoriali. Sunt evaluate 6 sisteme senzoriale : vestibular, tactil, proprioceptiv, auditiv, vizual și gustativ-olfactiv, iar în cadrul fiecărui sistem evaluat se pot înregistra atât hipersensibilități, cât și hiposensibilități. Informațiile obținute cu ajutorul acestui instrument pot fi foarte utile în analiza unui comportament și în conceperea unor strategii de intervenție.
 - *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* – instrument dezvoltat de către specialiștii programului TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) în Carolina de Nord, pentru a monitoriza observarea comportamentului copiilor de-a lungul zilei. Este o scală scurtă, ușor de aplicat și potrivită pentru orice copil cu vârsta mai mare de 2 ani ; este compusă din 15 itemi, cu fiecare item centrat pe o anumită caracteristică, ce surprind diverse comportamente și abilități menite să identifice copiii cu autism și să-i diferențieze de cei cu deficite în dezvoltare, dar care nu sunt autiști.
 - *Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R)* – un test conceput pentru a fi utilizat cu copii de nivel preșcolar și cu vârstă cronologică cuprinsă între 6 luni și 7 ani. PEP-R oferă informații despre funcționarea următoarelor arii de dezvoltare : imitație, percepție, motricitate fină/grosieră, coordonare oculo-motrică, comunicare verbală, performanță cognitivă ; de asemenea, PEP-R identifică grade diferite ale deficitului în relaționare și afectivitate (cooperarea și interesul pentru persoane), joc și interesul pentru materiale, răspunsuri senzoriale, limbaj.
 - *Scala ECA (evaluarea comportamentului autist)* – este destinată observării copilului în cadrul micului grup în care este inclus în mod obișnuit. Scala permite explorarea copilului cu tulburări din spectrul autist prin prisma a șapte domenii comportamentale : izolare de tip autist ; tulburări ale comunicării verbale și nonverbale ; reacții bizare față de mediu ; motricitate perturbată ; reacții afective inadecvate ; tulburări ale funcției instinctive ; tulburări ale atenției, ale percepției și ale funcțiilor intelectuale.

Stabilirea diagnosticului de tulburare din spectrul autismului nu are valoare în sine, ci este importantă pentru că îl îndreptățește pe copil/adult să beneficieze de servicii

educaționale și de tratamente adecvate nevoilor acestuia. Evaluarea și stabilirea cât mai timpurie a diagnosticului, făcută de o echipă multi-disciplinară de profesioniști cu experiență, care respectă criteriile acceptate pe plan internațional și folosește teste validate, reprezintă baza intervenției individualizate, la care mai adăugăm importanța intervenției timpurii în obținerea unor rezultate favorabile recuperării maxime a beneficiarilor.

Șansele pentru obținerea unor rezultate de succes în evoluția copiilor cu autism sporesc considerabil dacă intervenția se produce la vârste cât mai mici; s-a demonstrat că intervenția timpurie poate accelera dezvoltarea generală a copilului, reduce comportamentele-problemă, iar rezultate funcționale de lungă durată sunt mai bune.

43.3.5. *Evaluarea psihologică la copiii cu ADHD* (attention deficit & hyperactivity disorder)

Având în vedere eterogenitatea etiologică și simptomatologică, procesul de diagnoză pentru ADHD se constituie într-o activitate complexă care nu concordă cu modelul clasic de abordare și care, adesea, solicită un interval de timp pentru a avea suficiente argumente în fundamentarea diagnosticului¹³. Ultimele recomandări ale specialiștilor în domeniu spun că la stabilirea diagnosticului trebuie să se țină cont în primul rând de observațiile și aprecierile părinților, ale psihologilor școlari și ale cadrelor didactice și mai puțin de testele psihometrice utilizate până în prezent (de multe ori este dificil pentru un clinician să stabilească un diagnostic de ADHD deoarece testele utilizate nu sunt suficient de relevante și eficiente).

În conformitate cu DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), criteriile pentru stabilirea ADHD sunt :

- debutul simptomelor să aibă loc înainte de vârsta de 7 ani ;
- simptomele să fie prezente de cel puțin 6 luni de zile ;
- simptomele să fie pervazive și să se manifeste în cel puțin 2 locuri diferite (școală sau serviciu și acasă)¹⁴ ;
- frecvența și severitatea simptomelor să fie mai mari decât cele ale copiilor cu același nivel de dezvoltare ;
- simptomele să determine o afectare semnificativă a funcționalității la nivel social, academic sau ocupațional ;

13. În practica școlară întâlnim frecvent o tendință de pseudodiagnosticare și chiar etichetare a copiilor mai „agitați” care nu intră în modelul de „normalitate” stabilit sau dorit de educatorul de la clasă și care, invocând expertiza și competența dobândită printr-o serie de cursuri la distanță (atât la propriu, cât și la figurat), lansează cu mare ușurință și convingere ipoteza prezenței ADHD la astfel de subiecți. De aici și o falsă percepție asupra incidenței/frecvenței în rândul populației școlare a acestei tulburări, care nici pe de parte nu poate fi diagnosticată „ochiometric” sau în urma unei scurte vizite la cabinetul specialistului.

14. Este important de menționat că uneori simptomele ADHD nu sunt prezente în toate situațiile ; astfel, simptomele pot lipsi când copilul este acasă, în cabinetul evaluatorului sau la grădiniță. Recomandările curente cer, pentru stabilirea diagnosticului, ca simptomele să fie prezente în cel puțin două locații și discutarea comportamentului copilului cu toți adulții care vin în contact cu el.

- simptomele să nu apară exclusiv în cursul unor afecțiuni de dezvoltare, schizofrenie sau alte psihoze și să nu se explice mai bine prin alte tulburări mintale (de exemplu : afective, anxioase, de personalitate) ;
- diagnosticul include o listă de comportamente și caracteristici operaționale care par legate de neatenție, hiperactivitate sau impulsivitate.

În examinarea și evaluarea copilului cu ADHD pot fi întâlnite o serie de tulburări asociate care determină dificultăți în stabilirea diagnosticului diferențial :

- dificultăți de învățare – grup eterogen de tulburări datorate unor disfuncții minimale ale sistemului nervos central, exprimate prin dificultăți majore în achiziționarea, utilizarea și înțelegerea limbajului, a vorbirii, scrierii, citirii, dificultăți în utilizarea abilităților matematice și a altor abilități sociale ;
- tulburarea opoziționismului provocator (*oppositional defiant disorder* – ODD)¹⁵ – se caracterizează printr-un *comportament* nesupus, sfidător, negativ și ostil față de formele de autoritate, care persistă timp de cel puțin 6 luni ;
- tulburarea de conduită (*conduct disorder* – CD) – se caracterizează printr-un comportament persistent de încălcare a normelor sociale și a drepturilor altora ;
- tulburări afective și anxioase – indiferent de originea tulburărilor, mulți experți consideră că unele consecințe ale comportamentelor cauzate de ADHD pot să producă prin ele însele anxietate sau depresie și pot reduce stima de sine (atunci când sunt prezente, tulburările afective sau anxioase necesită tratament specific, suplimentar față de ADHD) ;
- tulburări depresive – apar frecvente trăiri în care se simt izolați, lipsă de interes pentru activități altădată plăcute, stimă de sine scăzută etc. ;
- sindromul Tourette – acești copii manifestă anumite ticuri sau mișcări spastice asupra cărora nu au control, emiterea necontrolată a unor cuvinte sau sunete (fenomen mai degrabă fiziologic, bazat pe ticuri nervoase) ; asocierea acestor afecțiuni alterează dramatic relațiile cu cei din jur ;
- tulburări de somn – cea mai comună dintre ele este insomnia, fiind urmată de sindromul picioarelor neliniștite sau apneea de somn.

Deși această tulburare prezintă un tablou simptomatic, adesea alarmant pentru cei mai mulți părinți, identificarea, diagnosticarea și intervenția timpurie au condus la rezultate și efecte încurajatoare în rândul specialiștilor, punctul de vedere unanim subliniind importanța individualizării programului terapeutic sub toate aspectele și a implicării familiei în susținerea terapiei și în asigurarea confortului psihic pentru copil.

15. Conform *National Institute of Mental Health* (NIMH) din SUA, copiii cu ADHD, în special băieții, au un risc mai mare de a dezvolta două tulburări psihiatrice : tulburarea opoziționismului provocator și tulburarea de conduită. Deoarece până în prezent nu există tratamente aprobate pentru cele două tipuri de tulburări, părinții pot avea nevoie o susținere suplimentară pentru a putea controla aceste manifestări ale copiilor cu ADHD.

Anexe

Anexa 1: *Setul de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități (UNICEF și Asociația RENINCO, 2003)*

<i>Nr. crt.</i>	<i>Domeniul</i>	<i>Teste, scale și instrumente de evaluare</i>
1.	Dezvoltare psihomotorie	<ul style="list-style-type: none"> • Scala Portage pentru evaluarea timpurie • Scala de dezvoltare Denver • Scalele de dezvoltare Gesell • Scala Brunet-Lézine • Fișe de dezvoltare psihomotorie
2.	Dezvoltare intelectuală	<ul style="list-style-type: none"> • Scala metrică a inteligenței Binet-Simon • Scala de inteligență Stanford-Binet • Scala de inteligență Wechsler pentru preșcolari (WPPSI) • Scala de inteligență Wechsler pentru școlari (WISC) • Scalele de dezvoltare Bayley pentru copii (BSID) • Bateria de evaluare Kaufman pentru copii (KABC ȘI KABC-II) • Matricele progresive RAVEN, alb-negru și color • Testul Goodenough (testul omulețului) • Testul Snijders-Oomen • Testul „Sans paroles” • Bateria Borel-Maisonny pentru evaluarea nivelului mintal al copiilor surzi și cu tulburări de limbaj cu vârste cuprinse între 1 și 5 ani • Scale pentru diferențierea abilităților (DAS) etc.
3.	Procese psihice	<ul style="list-style-type: none"> • Proba de atenție distributivă „Praga” • Proba de baraj Zazzo • Proba labirinturi • Proba de memorie auditivă a cuvintelor (Rey) • Probe de memorie a numerelor • Proba de memorie a formelor geometrice (Pieron) • Probe pentru examinarea praxiilor • Probe primare pentru abilități perceptive • Proba perceptiv-motrică Bender-Santucci • Scara de dezvoltare a limbajului (C. Păunescu) • Testul de vocabular în imagini • Testul de limbaj Borel-Maisonny • Probe pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului (A. Descoedres) • Derbyshire Language Scheme – pentru evaluarea progresului în limbaj • Proba de vocabular Rey – pentru evaluarea dezvoltării limbajului • Scala de evaluare Harvey • Proba de citire Boyet • Testul de înțelegere a lecturii
4.	Psihomotricitate	<ul style="list-style-type: none"> • Proba Ozeretzki-Guilmain • Proba de lateralitate Harris • Proba Rey pentru determinarea sincineziilor • Bateria pentru lateralitate Galifret-Granjon • Proba „Tapping”

		<ul style="list-style-type: none"> • Proba „Perle” • Proba „Decupaș” • Proba „Discuri” • Proba „Bile” • Proba de bifare a semnelor Zazzo
5.	Personalitate	<ul style="list-style-type: none"> • Scala de maturizare socială Gunzburg • Scala Vineland • Lista de control pentru depistarea tulburărilor de comportament Werry-Quay • Listă de itemi privind formarea timpurie a deprinderilor comportamentale • Probe de desen (om, casa, familia, arborele) • Teste proiective (CAT, Fabulele Duss, Pata neagră)

Anexa 2: Teste și probe pentru evaluarea copilului mic, 0-7/10 ani
(N. Mitrofan, 1997)

<i>Instrumente de măsurare de tip screening :</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Testul Denver de evidențiere a achizițiilor în planul dezvoltării - Inventarul de dezvoltare Battelle - Testul de triere Brigance (revizuit) pentru grădiniță și copiii din clasa I-a - Testul de triere Brigance (revizuit) pentru preșcolăritatea timpurie - Inventarul de triere pe baza activităților de dezvoltare - Indicatorii dezvoltării pentru măsurarea efectelor învățării - Inventarul pentru trierea timpurii - Profilele trierii timpurii - Testul de triere a lui McCarthy (MST) - Testul Miller de măsurare a preșcolărilor - Inventarul pentru măsurarea dezvoltării preșcolărilor - Teste de măsurare pentru arii de dezvoltare specifice
<i>Mijloace de măsurare a dezvoltării :</i>	<p><i>a. pentru nou-născuți :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Scala de măsurare a comportamentului neonatal - Grile pentru evaluarea neurologică și a comportamentului copilului născut înainte de termen și la termen <p><i>b. pentru copii foarte mici (0-2/3 ani) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistemul de măsurare, evaluare și programare pentru copiii mici - Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului - Carolina Curriculum pentru copiii foarte mici cu nevoi speciale - Profilul de dezvoltare al intervenției timpurii - Profilul achizițiilor învățării timpurii - Profilul Hawaii al învățării timpurii - Inventarul Minnesota de dezvoltare a copilului - Scalele ordinale ale dezvoltării psihologice <p><i>c. pentru copiii preșcolari și a școlărilor mici :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventarul dezvoltării copilului - Inventarul diagnostic al lui Brigance pentru dezvoltarea timpurie (revizuit) - Profilul achizițiilor învățării - Sistemul de planificare a serviciilor pentru copilăria timpurie - Carolina Curriculum pentru preșcolarii cu nevoi speciale - Testul Gesell pentru preșcolari - Scalele de dezvoltare Gesell

<i>Teste pentru măsurarea inteligenței la preșcolari :</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Scala de inteligență pentru copii mici a lui Cattell – Bateria Kaufman pentru măsurarea copiilor – Scalele McCarthy pentru abilitățile copiilor – Scalele pentru diferențierea abilităților – Scala de inteligență Stanford-Binet – Scala de inteligență Wechsler pentru copiii preșcolari și școlarii mici (revizuit)
--	---

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) (5th ed., revised). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Anca, M.D. (2003). *Metode de evaluare a copiilor cu CES*. Cluj-Napoca : Presa Universitară Clujeană.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Buică, C.B. (2004). Specificul diagnozei psihice în stările de handicap. *Revista de Psihopedagogie Specială*, 1.
- Colin, D. (1991). *Psychologie de l'enfant sourd*. Paris : Masson.
- Dekker, R. (1993). Visually impaired children and haptic intelligence test scores : intelligence test for visually impaired children (ITVIC). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 35(6), 478-489.
- Freud, A. (2002). *Normal și patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării*. București : Editura Fundației Generația.
- Gherguț, A. (2011). *Evaluare și intervenție psihoeducațională. Terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii*. Iași : Editura Polirom.
- Golu, M. (1997). Dezvoltarea stadială și cerințele cunoașterii psihologice a copilului. În S. Dima (coord.), *Copilăria, fundament al personalității*. București : Editura Revistei Învățământului Preșcolar.
- Jordan, R., Powell, S. (1995). *Understanding and Teaching Children with Autism*. Chichester, England : John Wiley & Sons, Inc.
- Kestenbaum, C., Williams, D. (1988). *Handbook of Clinical Assessment of Childrens and Adolescents*. New York, USA : New York University Press.
- Lorimer, J. (1962). *The Lorimer Braille Recognition Test*. Bristol : College of Teacher of the Blind.
- Minulescu, M. (2001). *Bazele psihodiagnosticului*. București : Editura Universității „Titu Maiorescu”.
- Mitrofan, N. (1997). *Testarea psihologică a copilului mic*. București : Edit Press Mihaela SRL.
- Newland, T.E. (1971). *Blind Learning Aptitude Test*. University of Illinois Press.
- Roșca, M. (1972). *Metode de psihodiagnostic*. București : Editura Didactică și Pedagogică.
- Șchiopu, U. (2002). *Introducere în psihodiagnostic*. București : Editura Fundației Humanitas.
- Verza, E. (1987). Psihodiagnoza și prognoza în defectologie. *Revista de Psihologie*, 4.
- Vlad, E. (1999). *Evaluarea în actul educațional-terapeutic*. București : Editura Pro Humanitate.
- Vrășmaș, E., Oprea, V. (coord.) (2003). *Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități*. București : MarLink.
- Williams, M. (1956). *Williams' Intelligence Test for Children with Defective Vision*. University of Birmingham, Institute of Education.

44. Evaluarea psihologică în context corecțional

Andreea-Mădălina Aiftincăi, Violeta Enea
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Rezumat

Capitolul *Evaluarea psihologică în context corecțional* prezintă tipurile de evaluare psihologică realizate în mediul penitenciar și scopul acestora, principalele teorii ce explică tulburările de comportament în mediul carceral, fiind vizate atât restricțiile impuse, cât și caracteristicile persoanelor custodiate, precum și principalii factori de risc implicați în comportamentele agresive, tentativele și actele suicidare și în victimizarea deținuților.

44.1. Introducere

Cel mai adesea, raportându-se la instituțiile publice de apărare, ordine publică și siguranță națională și la procesul penal, comunitatea are în vedere factorii implicați până la momentul condamnării definitive. După această etapă însă, este implicată o componentă esențială: sistemul corecțional, ce are ca scop atât paza sau supravegherea persoanelor condamnate, cât și reintegrarea socială a acestora. În România, la finalul lunii martie 2017, se aflau în custodia instituțiilor din subordinea Administrației Naționale a Penitenciarelor (penitenciare, centre de detenție și centre educative) 27.237 de persoane private de libertate, iar în evidența Birourilor de Probațiune erau 10.837 de persoane condamnate și contravenienți. După cum evidențiază Megargee (2003), rolul evaluării psihologice în mediul corecțional este de a identifica afecțiunile psihice și dizabilitățile ce predispun la hetero- și autoagresivitate și cresc riscul de victimizare, precum și de a identifica nevoile de asistență psihologică.

44.2. Evaluarea psihologică în diverse etape ale executării pedepsei

Cadrul legal stabilește caracterul specific al evaluării psihologice ce are loc în mediul carceral, evaluare ce vizează identificarea nevoilor și riscurilor persoanelor custodiate, în

scopul oferirii unei intervenții adecvate. Astfel, vom prezenta în continuare principalele tipuri de evaluări, conform Ghidului de bune practici pentru psihologul care lucrează în sistemul penitenciar elaborat de Pripp și Decsei-Radu (f.d.):

- a) *Evaluarea inițială* are loc imediat după depunerea în locul de deținere, fiind urmărite următoarele aspecte : aprecierea nivelului de dezvoltare cognitivă, emoțională și socială, identificarea și diagnosticarea problemelor psihice, precum și a mecanismelor etiopatogenetice implicate, identificarea ariilor de intervenție necesare și formularea recomandărilor, identificarea situațiilor ce pot prezenta risc pentru siguranța locului de deținere și a persoanelor ce intră în contact cu persoana privată de libertate, menținerea unui nivel optim de funcționare și evaluarea potențialului de adaptare la noul mediu.
- b) *Evaluarea de parcurs* reia elementele analizate în evaluarea inițială, punându-se accentul pe progresele ori regresele înregistrate de persoanele private de libertate. Acest demers este reluat periodic conform prevederilor legale, dar și atunci când apar noi factori de risc (decesul unei persoane apropiate, conflictele în cadrul penitenciarului etc.) ori se pot obține noi informații.
- c) *Evaluarea finală* are loc înaintea întrunirii Comisiei de propuneri pentru liberare condiționată, fiind ultimul demers de specialitate realizat la sfârșitul executării pedepsei. Ea are ca obiective analiza progresului ori a regresului înregistrat, precum și analiza abilităților dobândite ca urmare a intervențiilor psihologice, aspecte ce pot facilita reinsertia socială în urma liberării.

44.3. Tulburări de comportament în penitenciar. Trăsături de personalitate sau metodă de supraviețuire?

Venirea în penitenciar afectează negativ individul prin reducerea spațiului de viață, a timpului personal și a comportamentului social, aspecte ce conduc la resimțirea stărilor de abandon, de izolare, de „suspendare a viitorului”, toate acestea având o influență directă asupra relațiilor interpersonale, motivației, voinței și, în anumite cazuri, chiar asupra temperamentului (Butoi și Butoi, 2004).

Termenul „adaptare” este definit ca reducerea treptată a răspunsului unui organism în urma expunerii repetate la un stimul, implicând toate acțiunile care favorizează supraviețuirea într-un anumit mediu. În acest context, adaptarea poate fi privită prin prisma a trei elemente : adaptarea fizică, fiziologică și psihologică.

Adaptarea fizică presupune toate modificările pe care o persoană le face cu scopul de a fi în concordanță cu mediul, fie prin schimbarea propriului comportament (adaptare reactivă), fie prin schimbarea circumstanțelor (adaptare interactivă). Adaptarea fiziologică implică atenuarea tensiunii fizice în urma expunerii la stimul, iar cea psihologică echilibrarea în plan psihic (Nikolopoulou, Baker și Steemers, 1999).

Adaptarea la încarcerare implică sentimentul siguranței, autonomia, starea de bine, nivelul de stres resimțit și abaterile de la norme (van der Laan și Eichelsheim, 2013). La nivel comportamental, adaptarea la mediul carceral poate fi monitorizată prin prisma încălcării dispozițiilor legale privind obligațiile și interdicțiile, precum și prin evaluarea implicării în activități proactive.

În ceea ce privește abaterile săvârșite, cercetările în domeniu propun o structurare a acestora în patru categorii :

1. *Abateri generale*, ce indică existența oricărui fel de abatere disciplinară ;
2. *Abateri care implică violență*, ce privesc asaltul asupra altui deținut sau a unui angajat al penitenciarului, automutilarea/tentativele de suicid și deținerea unei arme ;
3. *Abateri privind contrabanda*, ce indică deținerea unui telefon mobil, a drogurilor, alcoolului sau a oricărui alt obiect interzis prin lege ;
4. *Comportamente deviate*, ce implică încălcarea regulamentului de ordine interioară și/sau comportamentul lipsit de respect față de orice angajat al penitenciarului (Dâmboeanu și Nierbeerta, 2016).

Cercetarea în domeniul comportamentului adaptativ sau dezadaptativ al persoanelor private de libertate include două teorii principale în ceea ce privește adaptarea la încarcerare : modelul privării de libertate și modelul importării.

44.3.1. *Restricțiile din mediul penitenciar și modelul privării de libertate*

Modelul privării de libertate are la bază studiile derulate de Clemmer (1940), Sykes (1958) și Goffman (1961) și susține că inadaptația la penitenciar este produsul caracteristicilor mediului de detenție, comportamentele agresive și autodistructive fiind rezultatul condițiilor privative de libertate (Huey, 2008).

Huey (2008) identifică în teoria lui Sykes (1958) cinci „suferințe” specifice încarcerării, ce se asociază unui sistem social în care se fac eforturi în vederea menținerii controlului social în manieră totală sau aproape totală :

1. *Privarea de libertate*, ce vizează atât detenția, cât și condițiile restrictive din cadrul instituției, ce izolează individul de familie, prieteni și lumea exterioară ;
2. *Privarea de bunuri și servicii* face referire la standardele de viață specifice mediului, acestea conturând condiții aspre pentru majoritatea deținuților, în pofida satisfacerii nevoilor de bază (mâncare, îmbrăcăminte, adăpost, acces la servicii medicale) ;
3. *Privarea de relații heterosexuale* – de cele mai multe ori dreptul la vizita conjugală este refuzat, iar vizitele au loc în condiții stricte de securitate ;
4. *Privarea de autonomie* aduce în prim-plan discrepanța dintre statutul de adult și cel de copil al deținuțului, libertatea de a alege fiind limitată de reguli ;
5. *Privarea de securitate* include frica față de agresiunile fizice, exploatarea și posibilele amenințări din partea altor deținuți.

Totodată, Gheorghe (2001) aduce în prim-planul factorilor de risc în tulburarea echilibrului personalității o triadă a privațiunilor : a spațiului de viață, a timpului personal (trecutul devine relativ, iar viitorul incert) și a comportamentului social (individul este izolat de rețeaua socială semnificativă).

Pe de altă parte, Goffman (1961) accentuează importanța izolării de societate și a modului formal de trai, ce conduc la pierderea propriei personalități și adoptarea rolului de deținut docil. În ceea ce privește izolarea de societate, factorii ce o compun variază de la ușile închise, gardurile înalte, supravegherea constantă la dificultatea de a lucra și

de a menține contactul cu rețeaua de suport social, formalitatea fiind rezultatul prezenței constante a altor deținuți sau a personalului angajat în penitenciar și a programului strict.

Ca o continuare a acestei abordări, Farrington (1992) deosebește între penitenciarele moderne și cele de „supermaximă siguranță”, atrăgând atenția asupra faptului că efectele descrise de Goffman apar doar în cazul celor din urmă. Conform autorului, penitenciarele moderne implică nevoi instituționale ce presupun accesul persoanelor din exterior, fie că vorbim despre profesioniști în domeniul educației, medical sau despre personalul angajat, ce are libertatea de mișcare între exterior și interior. Totodată, contactul cu exteriorul se păstrează atât la nivel de vizite, de comunicare prin scrisori, apeluri telefonice, mass-media, precum și prin permisiunea de a ieși din penitenciar pentru căutarea unui loc de muncă în vederea pregătirii pentru reintegrarea în societate.

44.3.2. *Factori de risc individuali și modelul importării*

În contrast cu modelul privării de libertate, modelul importării atribuie comportamentele dezadaptative caracteristicilor persoanelor private de libertate. Astfel, întregul proces de adaptare la noul mediu este determinat de atitudinile, factorii de risc, nevoile și personalitatea deținutului.

De asemenea, Megargee (2003) amintește cele 5 tipologii ale infractorilor, fiecare dintre acestea necesitând o intervenție specifică :

- *Tipul I* – agresiv-psihopat – reprezintă infractorii ce au trăsături antisociale și întâmpină cele mai multe probleme în relație cu autoritățile. Plictisindu-se ușor și având un grad scăzut al preocupării pentru cei din jur, îi vor exploata pe ceilalți și vor cauza cele mai multe abateri disciplinare într-o instituție.
- *Tipul II* – manipulator – descrie infractorul mai puțin agresiv decât tipul I, dar nu mai puțin ostil și nedemn de încredere, care deseori organizează grupuri infracționale și îi manipulează pe ceilalți în vederea satisfacerii propriilor nevoi.
- *Tipul III* – moderat – este echivalentul infractorului situațional, cu puține antecedente penale, care este responsabil și de încredere.
- *Tipul IV* – dependent – este caracteristic infractorului imatur și indecis, rar implicat în abateri disciplinare, fiind cunoscut de către angajații instituției ca fiind dependent emoțional.
- *Tipul V* – nevrotic-anxios – evidențiază un infractor cu un grad crescut de anxietate, mereu îngrijorat și ușor de supărat, existând un risc crescut de exploatare și victimizare/marginalizare.

44.3.3. *Model integrativ al adaptării la mediul penitenciar*

Ca urmare a discrepanțelor dintre cele două modele consacrate în explicarea adaptării la mediul penitenciar, cercetările recente s-au focalizat pe integrarea factorilor specifici mediului carceral și a factorilor de risc individuali (Cao, Zhao și Van Dine, 1997 ; Huey, 2008 ; Steiner și Wooldredge, 2008 ; van der Laan și Eichelsheim, 2013 ; Dâmboeanu și Nieuwebeerta, 2016).

În una dintre primele cercetări ce au vizat integrarea factorilor Modelului Privării de libertate și a Modelului Importării, factorii identificați ca predictori semnificativi ai

adaptării comportamentale au fost vârsta, nivelul educației, genul, rasa și istoricul de încarcerare în minorat (Cao, Zhao și Van Dine, 1997).

Ulterior, rafinarea factorilor a arătat faptul că recidiva, anxietatea ca trăsătură, tendința de exercitare a controlului asupra celorlalți, toleranța scăzută la frustrare, optimismul nerealist, credința că oamenii sunt buni în pofida comportamentului criminal și istoricul de abuz de alcool apar frecvent la persoanele private de libertate care sunt supuse unor măsuri disciplinare. Totodată, inadaptarea emoțională, nivelul anxietății și al depresiei duc la un grad ridicat de resimțire a stresului, fără consecințe semnificative în adaptarea la nivel comportamental (Boothby, 2001).

Pe populația carcerală românească, factorii identificați până la acest moment ca fiind predictorii ai abaterilor de la normele penitenciare sunt gradul de securitate, accesul la muncă, accesul la programe socioeducative și psihologice, vârsta, statutul marital, natura faptei (cu sau fără violență), istoricul de infracțiuni cu violență și comportamentul violent al altor deținuți (Dâmboeanu și Nieuwbeerta, 2016).

Sintetizăm în continuare principalii factori abordați de literatura de specialitate, factori ce pot duce la comportamente indezirabile (fie ilegale, fie deviante – încălcarea regulamentului de ordine interioară) (vezi tabelul 44.1).

Tabelul 44.1. Sumar al factorilor de risc implicați în săvârșirea abaterilor disciplinare

Factori specifici privării de libertate	Factori de risc individuali
Gradul de securitate – regimul de detenție : maximă siguranță/închis <i>versus</i> semideschis/deschis	Afecțiunile psihice
Aglomerarea – numărul de deținuți cu care stă persoana în cameră	Antecedentele în consum de alcool și droguri
Accesul la programe psihologice/sociale/educative – numărul de programe la care persoana a participat	Tentativele de suicid și/sau automutilare în istoric
Accesul la muncă – implicarea în muncă	Natura faptei – prezența sau absența violenței
Condamnare	Recidiva și natura faptei anterioare
Fracțiunea de pedeapsă executată	Lipsa suportului social
Victimă a comportamentelor de tip <i>bullying</i>	Nivelul de educație
	Vârsta

44.3.4. Teoria generală a solicitărilor în mediul penitenciar (GST)

Teoria generală a solicitărilor în mediul penitenciar integrează modelul privării de libertate, modelul importării și modelul strategiilor de coping (Blevins *et al.*, 2010).

Conform GST-ului, persoanele private de libertate sunt expuse unui mediu distinct față de tot ce au cunoscut până atunci, mediu la care trebuie să se adapteze – fie în manieră convențională, fie în manieră deviantă. Mediul carceral, în sine, elimină stimularea pozitivă, favorizează stimularea negativă și face imposibilă sau improbabilă atingerea obiectivelor personale. Însă nu toate persoanele private de libertate vor reacționa la acești stimuli prin comportamente deviante, comportamentele fiind în concordanță cu trăsăturile și valorile personale. Nu în ultimul rând, reacția la restricții este dependentă de strategiile de coping disponibile.

44.4. Evaluarea riscurilor specifice

Conform OMJ Nr. 1322/C din 25 aprilie 2017, principalele arii vizate în cadrul evaluării psihologice a persoanelor private de libertate, precum și a intervențiilor ulterioare sunt :

- a) dificultățile de gestionare a impulsurilor sexuale ;
- b) antecedentele în adicții, consum de droguri ori alte substanțe psihotrope ;
- c) diagnosticul psihiatric ;
- d) dificultățile de gestionare a agresivității ;
- e) riscul de suicid ;
- f) riscul de vulnerabilizare/marginalizare.

Deși cazurile de descoperire a *substanțelor susceptibile a fi stupefiante*, aflate în posesia deținuților, în anul 2016, în România, au fost doar în număr de 162, iar *actele sexuale* sunt rareori declarate la nivelul instituției corecționale, riscurile privind dificultățile de gestionare a impulsurilor sexuale și antecedentele în adicții reprezintă domenii de intervenție importante, atât în vederea ameliorării comportamentului după liberare, cât și pe parcursul executării pedepsei. Relevantă în acest sens este cercetarea desfășurată de Seal *et al.* (2008), pe un lot de 197 de persoane cu istoric de încarcerare, ce arată faptul că 50% din subiecți au consumat alcool sau droguri pe parcursul executării pedepsei, iar 17% au fost implicați în acte sexuale nepermise de regulamentul de ordine interioară (excluzând vizitele conjugale). În acest context, este esențial de abordat istoricul persoanei, atât prin prisma antecedentelor penale/condamnărilor anterioare (natura faptei – dacă implică agresiuni sexuale și consum de alcool/droguri), cât și prin prisma consumului sau abuzului de alcool/droguri.

În ceea ce privește *diagnosticul psihiatric*, se poate constata că acesta este deseori un factor de risc pentru comportamentul agresiv, actele și tentativele suicidare și victimizarea în mediul punitiv, persoana diagnosticată devenind atât victimă a abuzurilor fizice (Blitz, Wolff și Shi, 2008), cât și a celor sexuale (Wolff, Blitz și Shi, 2007).

În ceea ce privește *comportamentul agresiv* în mediul carceral, acesta este prezis de vârstă, statut marital, nivelul educației, abuzul fizic, încarcerările anterioare pentru comportamente violente sau pentru consum de droguri, condamnare, fracțiunea de pedeapsă executată, participarea la programe sau muncă (Steiner și Wooldredge, 2008), violența fiind corelată și cu factori precum arhitectura penitenciarului, nivelul securității, atitudinile și comportamentul personalului din penitenciar, subcultura carcerală și presiunea politică asupra instituției penitenciare (Homel și Thomson, 2005).

Probabil cea mai utilizată scală de evaluare din mediul corecțional, la nivel internațional, *Scala de psihopatie – revizuită (Psychopathy Checklist – Revised, PCL-R; Hare, 1991)* conține 20 de itemi, măsurați pe scale Likert în 3 trepte, ce acoperă prin prisma unui interviu semistructurat trăsăturile de personalitate și comportamentele specifice psihopatiei, fiind completat de informațiile obținute prin anamneză și analiza dosarului persoanei private de libertate. Literatura de specialitate confirmă intenția autorului de a dezvolta o scală ce vizează recidivismul, atât în ceea ce privește recidivismul privind infracțiunile sexuale (Rice și Harris, 1997), cât și cele cu violență (Harris, Rice și Quinsey, 1993).

Pentru mai multe informații, recomandăm parcurgerea capitolului *Evaluarea riscului de violență* din cadrul acestui volum.

Vorbind despre *suicid* în mediul penitenciar, este important de diferențiat între tentativele reale de suicid și actele autoagresive, ce sunt deseori utilizate ca mijloc de șantaj, prin care se încearcă obținerea unor anumite avantaje, îndeosebi atenție din partea persoanelor responsabile de intervenție în astfel de cazuri (Pripp și Decsei-Radu, f.d.). Pe lângă încercarea de a manipula, automutilarea a fost înregistrată și ca urmare a imitării comportamentului altor deținuți, precum și ca metodă de a descărca emoții negative cum ar fi anxietatea sau tensiunea (Fulwiler *et al.*, 1997).

Între cele două categorii se observă diferențe în ceea ce privește existența simptomelor depresive și a ideărilor suicidare, planificarea actului astfel încât rezultatul să fie letal, însă și în ceea ce privește metodele la care se apelează. Astfel, în cazul automutilării, se identifică inserția de obiecte în uretră, tăieturi superficiale la nivelul încheieturilor, ingerarea de obiecte ascuțite, supradoze nonletale de pastile și spânzurare în locuri în care este o posibilitate crescută de a fi găsit, iar în cazul tentativelor de suicid predomină spânzurarea (în special pe parcursul nopții), tăieturile adânci, supradoze letale de pastile, săritul de pe clădire și incendiere (Fulwiler *et al.*, 1997).

Diferența dintre cele două categorii de comportamente a devenit și mai clară odată cu introducerea conceptului de automutilare fără intenție suicidară (*nonsuicidal self-injury* – NSSI) ca tulburare separată în DSM-5 (APA, 2013). Astfel, NSSI este caracterizat în principal prin: implicarea în comportamente voluntare de autorănire timp de minimum 5 zile pe parcursul ultimului an, existând expectanța că vătămarea va cauza doar o suferință fizică minoră sau moderată, individul neavând intenții suicidare; scopul implicării în astfel de comportamente este fie descărcarea unei emoții negative sau a unei stări cognitive, fie rezolvarea unei situații dificile interpersonale, fie inducerea unei stări emoționale pozitive; NSSI-ul este asociat cu cel puțin una dintre următoarele: cognițiile cu privire la automutilare apar frecvent, chiar dacă nu sunt transpuse în plan comportamental, anterior implicării în act există o perioadă de preocupare, dificil de gestionat, cu privire la comportament, iar imediat înaintea automutilării apar emoții negative sau cogniții disfuncționale precum furie, distres, depresie sau anxietate (APA, 2013). Conform Enea, Dafinoiu, Bogdan și Matei (2015), în cazul deținuților implicați în comportamente de automutilare fără intenție suicidară, furia ca trăsătură este asociată cu scorurile la depersonalizare (conceptualizată ca senzația că sinele este ireal), absorbție (conceptualizată ca ignorarea stimulilor externi datorită unei preocupări) și neajutorare, neajutorarea corelând la rândul ei cu depersonalizarea și absorbția.

În vederea stabilirii riscului suicidar, cercetările ce au inclus *Scala probabilității de suicid* (*Suicide Probability Scale*) (Cull și Gill, 1989) au determinat o validitate predictivă satisfăcătoare și în cazul populației carcerale (Naud și Daigle, 2010). Scala conține 36 de itemi, dintre care 9 inversați, mășurați pe scale Likert în 4 trepte (1 – niciodată sau în puține ocazii, 4 – în marea majoritate a timpului), ce vizează patru dimensiuni ale probabilității suicidare:

- a) Lipsă de speranță;
- b) Ideatie suicidară;
- c) Autoevaluare negativă;
- d) Ostilitate.

În urma ponderării răspunsurilor, scorul total la chestionar poate fi interpretat și prin încadrarea în una dintre următoarele clase: subclinic (SPS 0-24), ușor (SPS 25-49), moderat (50-74), sever (74-100).

Având în vedere însă repercusiunile instituționale ce se succed declarării unor gânduri suicidare și faptul că, de cele mai multe ori, instrumentele care măsoară riscul suicidar conțin itemi direcți ce intră în contradicție cu disponibilitatea persoanelor private de libertate de a da răspunsuri sincere în domenii ce le pot restricționa și mai mult activitatea, recomandăm specialiștilor din domeniu să acorde o atenție sporită factorilor de risc identificați în literatura de specialitate, factori pe care îi prezentăm succint în continuare.

Se observă o creștere a incidenței de suicid la persoanele ce au avut evenimente traumatice în prima parte a vieții, evenimente precum tentativa de suicid a unei persoane semnificative (Ivanoff, 1992 ; Blaauw *et al.*, 2002), abuzul sexual, abuzul fizic, abuzul emoțional și abandonul (Blaauw *et al.*, 2002). De asemenea, sunt persoane cu risc crescut de suicid cele cu vârsta de peste 40 de ani, care au săvârșit infracțiuni cu violență, au antecedente penale și antecedente în consumul de droguri (Blaauw, Kerkhof și Hayes, 2005), au istoric de tratament psihiatric, un ultim predictor fiind lipsa unui cămin (Ivanoff, 1992 ; Blaauw, Kerkhof și Hayes, 2005). Nu în ultimul rând, incidența tentativelor de suicid este prezisă semnificativ de supraaglomerarea din instituțiile penitenciare în general și de privarea de libertate (Huey și McNulty, 2005), evidențiindu-se efectul semnificativ pe care îl au nivelul de securitate, supraaglomerarea și mediul violent, aspecte specifice penitenciarelor de maximă siguranță, precum și componența colectivului persoanelor private de libertate – prin frecvența celor aflați sub tratament psihiatric (Huey, 2008).

În ceea ce privește gradul de *vulnerabilitate* ce ține strict de mediul carceral și de dificultățile de adaptare, nu putem ignora existența conflictelor cu alți deținuți și grijile cu privire la siguranța fizică și probabilitatea de a fi atacat.

Deși este parte a vieții carcerale, *bullyingul* în mediul penitenciar este o temă abordată recent în literatura de specialitate, deși efectele acestuia includ creșterea riscului de suicid, al automutilării, creșterea nivelului de stres și de utilizare de substanțe (alcool și droguri), al frecvenței cererilor de transfer între penitenciare sau mutări din cameră (Ireland, 2012). Manifestările *bullyingului* în penitenciare variază de la răspândirea de zvonuri, excluderea socială și amenințări, la abuzul fizic, precum îmbrâncirea sau arderea intenționată cu țigara și, nu în ultimul rând, la abuzul sexual și forțarea în a deveni „servitor personal”.

În construcția instrumentului consacrat de măsurare a comportamentelor de tip *bullying* în mediul penitenciar (*Direct and indirect prisoner behavior checklist*), Ireland și Ireland (2008) identifică 5 factori pentru itemii cu privire la victimă și 5 factori pentru itemii cu privire la agresor :

- *Factori – Itemii cu privire la victimă*
 1. Bunuri și servicii – oferirea de bunuri și servicii agresorului ;
 2. Verbal-indirect și psihologic – agresiuni indirecte și forme subtile de agresiuni directe (verbale și psihologice) ;
 3. Agresiune fizică ;
 4. Agresiune sexuală – include atât violul, cât și hărțuirea sexuală ;
 5. Activitate coercitivă – implicarea forțată în activități.
- *Factori – Itemii cu privire la agresor*
 1. Bunuri și servicii – primirea de bunuri și servicii prin constrângere ;
 2. Verbal-indirect și psihologic – agresiuni indirecte și forme subtile de agresiuni directe (verbale și psihologice) ;
 3. Familie – implicarea altor membri ai familiei în abuzurile săvârșite ;
 4. Agresiune sexuală – include atât violul, cât și hărțuirea sexuală ;
 5. Furtul indirect – agresiuni asociate furtului.

Ca urmare a scorurilor obținute la DIPC, persoanele private de libertate sunt împărțite în 4 grupe, fie prin raportarea la mediană, fie prin metoda clasică propusă de autor :

- Agresor absolut – minim un item cu privire la agresor și niciunul cu privire la victimă ;
- Victimă absolută – minim un item cu privire la victimă și niciunul cu privire la agresor ;
- Agresor/Victimă – minim un item cu privire la agresor și unul cu privire la victimă ;
- Persoană neimplicată în comportamente de tip *bullying* – niciun item.

La momentul actual, asistența psihologică în mediul carceral ce vizează categoriile vulnerabile este particularizată în funcție de factori precum vârsta (minori, tineri și vârstnici), sexul (femei) și condiția medicală (bolnavi cronici).

Pe de altă parte, grupurile vulnerabile pentru adaptare, raportează în urma anamnezei instabilitate pe mai multe planuri : dificultăți la școală sau suspendare, abuz de substanțe, prieteni cu antecedente penale, contact cu specialiștii de la Protecția Copilului, încarcerarea părinților și prezența comportamentelor agresive în mediul de proveniență al persoanei (Cesaroni și Peterson-Badali, 2010). Conform Hochstetler, Murphy și Simons (2004), victimizarea în cadrul penitenciarului prezice stresul posttraumatic și depresia, relevându-se efecte directe și din partea traumelor anterioare încarcerării și a capacității de autocontrol. Mai mult decât atât, efectele încarcerării se resimt și pe termen lung, inclusiv la nivel somatic, observându-se potențialul semnificativ al privării de libertate în a prezice probleme neurologice și psihologice (depresie, ruminății), hipertensiune, probleme la nivel cardiac și boli pulmonare cronice (Massoglia, 2008).

Concluzii

Rolul psihologului în mediul corecțional depășește atribuțiile clasice în care specialistul ajută clientul în a identifica problema și cel mai bun mod de rezolvare a acesteia. Astfel, într-un mediu al privațiunilor, scopul evaluării psihologice este cel de a determina riscul pentru propria persoană și pentru siguranța celor din jur, intervenția fiind particularizată în vederea îmbunătățirii climatului carceral și a dobândirii de noi competențe ce vor facilita reintegrarea în societate. Totodată, specialistul trebuie să-și asume și să accepte limitele confidențialității impuse de mediul de lucru și să dezvolte capacitatea clientului de a amâna recompensele și de a urmări scopurile pe termen lung, în ciuda factorilor de risc individuali ce conduc la comportamentul infracțional.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W., Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates : the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of traumatic stress*, 15(1), 9-16.
- Blaauw, E., Kerkhof, A.J., Hayes, L.M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.

- Blevins, K.R., Listwan, S.J., Cullen, F.T., Jonson, C.L. (2010). A general strain theory of prison violence and misconduct: An integrated model of inmate behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 26(2), 148-166.
- Blitz, C.L., Wolff, N., Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International journal of law and psychiatry*, 31(5), 385-393.
- Boothby, L.J. (2001). *Evaluating the relation between coping variables and prison adjustment*. Lucrare de disertație nepublicată.
- Butoi, I.T., Butoi, T. (2004). *Tratat universitar de psihologie judiciară-teorie și practică*. București: Editura Phobos.
- Cao, L., Zhao, J., Van Dine, S. (1997). Prison disciplinary tickets: A test of the deprivation and importation models. *Journal of Criminal Justice*, 25(2), 103-113.
- Cesaroni, C., Peterson-Badali, M. (2010). Understanding the adjustment of incarcerated young offenders: A Canadian example. *Youth Justice*, 10(2), 107-125.
- Clemmer, D. (1940). *The Prison Community* (pp. 297-298). Boston: The Christopher Publishing Co.
- Cull, J.G., Gill, W.S. (1989). *Suicide probability scale (SPS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Dâmboeanu, C., Nieuwebeerta, P. (2016). Importation and deprivation correlates of misconduct among Romanian inmates. *European Journal of Criminology*, 13(3), 332-351.
- Enea, V., Dafinoiu, I., Bogdan, G., Matei, C. (2015). Death anxiety and pain catastrophizing among male inmates with nonsuicidal self-injury behavior: a comparative study. *American Journal of Men's Health*.
- Farrington, K. (1992). The modern prison as total institution? Public perception versus objective reality. *NPPA Journal*, 38(1), 6-26.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S.L., Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(1), 69-77.
- Gheorghe, F. (2001). *Psihologie penitenciară*. București: Editura Oscar Print.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the condition of the social situation of mental patients and other inmates*. Random House.
- Goffman, E. (1961). On the characteristics of total institutions. *Symposium on preventive and social psychiatry*, 43-84. Washington, DC: Walter Reed Army Medical Centre.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare psychopathy checklist-revised: Manual*. North Tonawanda: Multi-Health Systems, Inc.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Criminal justice and behavior*, 20(4), 315-335.
- Hochstetler, A., Murphy, D.S., Simons, R.L. (2004). Damaged goods: Exploring predictors of distress in prison inmates. *Crime & Delinquency*, 50(3), 436-457.
- Homel, R., Thompson, C.M. (2005). Causes and prevention of violence in prisons. În S. O'Toole & Simon E. (Eds.), *Corrections criminology* (pp. 101-108). Sydney: Hawkins Press.
- Huey, M.P. (2008). *Deprivation, importation, and prison suicide*. Lucrare de doctorat nepublicată.
- Huey, M.P., McNulty, T.L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *The Prison Journal*, 85(4), 490-514.
- Ireland, J.L. (2012). Understanding bullying among younger prisoners: recent research and introducing the Multifactor Model of Bullying in Secure Settings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 24(1), 63-68.
- Ireland, J.L., Ireland, C.A. (2008). Intra-group aggression among prisoners: bullying intensity and exploration of victim-perpetrator mutuality. *Aggressive behavior*, 34(1), 76-87.
- Ivanoff, A. (1992). Background risk factors associated with parasuicide among male prison inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 19(4), 426-436.
- van der Laan, A., Eichelsheim, V. (2013). Juvenile adaptation to imprisonment: Feelings of safety, autonomy and well-being, and behaviour in prison. *European Journal of Criminology*, 10(4), 424-443.

- Massoglia, M. (2008). Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(1), 56-71.
- Megargee, E.I. (2003). Psychological assessment in correctional settings. *Handbook of psychology. Assessment psychology*, 10, 365-388. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Naud, H., Daigle, M.S. (2010). Predictive validity of the suicide probability scale in a male inmate population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 333-342.
- Nikolopoulou, M., Baker, N., Steemers, K. (1999). Thermal comfort in urban spaces: different forms of adaptation. În M. Perez-Latoore (Ed.), *Proc. REBUILD 1999: Shaping Our Cities for the 21st Century*. Barcelona.
- Pripp, C., Decsei-Radu, A. (f.d.). *Ghid de bune practici pentru psihologul care lucrează în sistemul penitenciar*.
- Rice, M.E., Harris, G.T. (1997). Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and human behavior*, 21(2), 231-241.
- Seal, D.W., Margolis, A.D., Morrow, K.M., Belcher, L., Sosman, J., Askew, J. (2008). Substance use and sexual behavior during incarceration among 18- to 29-year old men: prevalence and correlates. *AIDS and Behavior*, 12(1), 27-40.
- Steiner, B., Wooldredge, J. (2008). Inmate versus environmental effects on prison rule violations. *Criminal Justice and Behavior*, 35(4), 438-456.
- Sykes, G.M. (1958). *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*. Princeton University Press. ISBN – 0691028141, 9780691028149.
- Wolff, N., Blitz, C.L., Shi, J. (2007). Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. *Psychiatric Services*, 58(8), 1087-1094.
- *** ORDIN nr. 1322/C din 25 aprilie 2017 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și desfășurarea activităților și programelor educative, de asistență psihologică și asistență socială din locurile de deținere aflate în subordinea Administrației Naționale a Penitenciarelor.

Collegium. Psihologie

au apărut :

- Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii și metode*
Ștefan Boncu – *Psihologia influenței sociale*
Daniel Gaonac’h, Pascale Larigauderie – *Memorie și funcționare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunității*
Ion Dafinoiu, Jenő László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizații și comportament organizațional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil și familie*
Jacques Montangero – *Vis și cogniție*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*
Patrick Rateau – *Metodele și statisticile experimentale în științele umane*
Ivana Marková – *Dialogistica și reprezentările sociale*
Zoltán Bogáthy (coord.) – *Manual de psihologia muncii și organizațională*
Dorina Sălăvăștru – *Psihologia educației*
Mielu Zlate – *Leadership și management*
Constantin Enăchescu – *Tratat de igienă mintală*
Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizațional-managerială (vol. I)*
Ticu Constantin – *Evaluarea psihologică a personalului*
Ana Stoica-Constantin – *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor*
Alex Mucchielli – *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*
Nicolae Mitrofan, Laurențiu Mitrofan – *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha – *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*
Vasile Cernat – *Psihologia stereotipurilor*
Marius Milcu – *Psihologia relațiilor interpersonale*
Romeo Zeno Crețu – *Evaluarea personalității*
Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman – *Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe*
Daniel David – *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*
Mihai Curelaru – *Reprezentări sociale*
Daniel David – *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*
Dennis Howitt, Duncan Cramer – *Introducere în SPSS pentru psihologie*
Ana Muntean – *Psihologia dezvoltării umane*
Alin Gavreliuc – *De la relațiile interpersonale la comunicarea socială. Psihologia socială și stadiile progresive ale articulării sinelui (ediția a II-a)*
Constantin Enăchescu – *Tratat de teoria cercetării științifice (ediția a II-a)*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză și psihoterapie (ediția a III-a)*
Nicolas Guéguen – *Psihologia manipulării și a supunerii*

Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizațional-managerială* (vol. II)
Zoltán Bogáthy (coord.) – *Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*
Daniel David, Oana Benga, Alina S. Rusu – *Fundamente de psihologie evoluționistă și consiliere genetică. Integrări ale psihologiei și biologiei*
Serge Moscovici, Fabrice Buschini (coord.) – *Metodologia științelor sociumane*
Adrian Neculau – *Dinamica grupului și a echipei*
Mihai Aniței – *Psihologie experimentală*
Petru Lucian Curșeu – *Grupurile în organizații*
Gilles Amado, André Guittet – *Psihologia comunicării în grupuri*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihopatologie* (ediția a IV-a)
Septimiu Chelcea (coord.) – *Psihosociologie. Teorii, cercetări, aplicații*
Roger Fontaine – *Psihologia îmbătrânirii*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie* (ediția a IV-a)
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihologie morală* (ediția a III-a)
Marian Popa – *Statistică pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS*
Marian Popa – *Introducere în psihologia muncii*
Eugen Avram, Cary L. Cooper (coord.) – *Psihologie organizațional-managerială. Tendințe actuale*
Constantin Enăchescu, Liliana Enăchescu – *Psihosomatică*
Ana Muntean – *Psihologia dezvoltării umane* (ediția a III-a)
Gabriel Moser – *Introducere în psihologia mediului*
Gerald R. Adams, Michael D. Berzonsky (coord.) – *Psihologia adolescenței. Manualul Blackwell*
Mielu Zlate – *Fundamentele psihologiei*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihologie diferențială*
Nicolae Mitrofan – *Testarea psihologică. Aspecte teoretice și practice*
Sandra A. McIntire, Leslie A. Miller – *Fundamentele testării psihologice. O abordare practică*
Dennis Howitt, Duncan Cramer – *Introducere în SPSS pentru psihologie. Versiunea 16 și versiunile anterioare* (ediția a II-a)
Mihaela Boza – *Atitudinile sociale și schimbarea lor*
Michel-Louis Rouquette (coord.) – *Gândirea socială. Perspective fundamentale și cercetări aplicate*
Robin Harwood, Scott A. Miller, Ross Vasta – *Psihologia copilului*
Romeo Zeno Crețu – *Amprenta comportamentală și evaluarea personalității*
Marian Popa – *Statistici multivariate aplicate în psihologie*
Elena Cocoradă – *Introducere în teoriile învățării*
Jean-Pierre Deconchy – *Credințe și ideologii. Abordări psihosociale*
Alin Gavreliuc – *Psihologie interculturală*
Ana Muntean, Anca Munteanu – *Violență, traumă, reziliență*
Florin A. Sava (coord.) – *Metode implicite de investigare a personalității*
Serge Moscovici – *Influență socială și schimbare socială*
Serge Moscovici, Ivana Marková – *Psihologia socială modernă. Istoria creării unei științe sociale internaționale*
Mihaela Chraif, Mihai Aniței – *Metoda interviului în psihologia resurselor umane*
Adrian Opre – *Inconștientul cognitiv. Modele teoretice, suport experimental și aplicații*
Septimiu Chelcea – *Psihosociologia publicității. Despre reclamele vizuale*
Ticu Constantin – *Pregătirea și realizarea evaluării psihologice individuale. Norme, metodologie și proceduri*

Marian Popa – *Psihologie militară*
Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman – *Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe* (ediția a II-a)
Grigore Havârneanu – *Psihologia transporturilor. O perspectivă psihosocială*
Florin A. Sava – *Psihologia validată științific. Ghid practic de cercetare în psihologie*
Kory Floyd – *Comunicarea interpersonală*
Ștefan Boncu, Ciprian Ceobanu (coord.) – *Psihosociologie școlară*
Ion Dafinoiu, Ștefan Boncu (coord.) – *Psihologie socială clinică*
Maria Nicoleta Turliuc, Cornelia Măirean – *Psihologia traumei*
Daniel David, Silviu-Andrei Matu, Oana David – *Psihologie și tehnologie. Fundamente de roboterapie și psihoterapie prin realitate virtuală*
Ștefan Boncu, Dorin Nastas (coord.) – *Emoțiile complexe*
Corneliu Havârneanu, Grigore Havârneanu (coord.) – *Psihologia riscului*
Florinda Golu – *Manual de psihologia dezvoltării. O abordare psihodinamică*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie* (ediția a III-a)
Dragoș Iliescu, Coralia Sulea (coord.) – *Tratat de psihodiagnostic al personalității*
Ion-Ovidiu Pânișoară, Georgeta Pânișoară – *Managementul resurselor umane* (ediția a III-a)
Septimiu Chelcea – *Psihosociologie aplicată. Publicitatea*
Georgeta Pânișoară, Dorina Sălăvăstru, Laurențiu Mitrofan (coord.) – *Copilăria și adolescența. Provocări actuale în psihologia educației și dezvoltării*
Ștefan Boncu, Maria Nicoleta Turliuc (coord.) – *Relațiile intime. Atracție interpersonală și conviețuire în cuplu*
Daniel David – *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale* (ediția a III-a)
Aurora Szentágotai-Tătar, Daniel David (coord.) – *Tratat de psihologie pozitivă*
Violeta Enea, Ion Dafinoiu (coord.) – *Evaluarea psihologică. Manualul psihologului clinician*

www.polirom.ro

Coperta : Radu Răileanu
Tehnoredactor : Luminița Păun

Bun de tipar : decembrie 2017. Apărut : 2017
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266
700506, Iași, Tel. & Fax : (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro
București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,
sector 4, 040031, O.P. 53
Tel. : (021) 313.89.78 ; E-mail : office.bucuresti@polirom.ro

Tiparul executat la S.C. Tipolidana S.R.L.
Calea Unirii nr. 35, Suceava
Tel. : 0230/517.518 ; Fax : 0330/401.062
E-mail : office@tipolidana.ro ; www.tipolidana.ro
