

Cuprins

<i>Prezentarea autorilor</i>	9
<i>Prefață (Daniel David)</i>	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 Ciunăgeanu)	381
26. Evaluarea tulburărilor de anxietate (Diana-Mirela Căndea, 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 Dobrea, 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 Turliu)	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

Volum coordonat de
Violeta Enea și Ion Dafinoiu

EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

**MANUALUL
PSIHOLOGULUI CLINICIAN**

Prefață de Daniel David

POLIROM
2017

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 (*hipominie*) sau bucură și prea mobilă (*hiperminie*), neobișnuită (*paraminie*) și dacă imită interviewerul (*ecominie*) ;
- *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 (*agitatie*) ;
- *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 (*bovardaș*) și excesiv (*logoree*) ;
2. *Ritmul* – poate fi încetinit (*bradilalie* sau *bradifemie*) sau accelerat (*talilalie* sau *talifemie*) ;
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, bucură, 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? Variaza 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 bucuroasă (*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 (*anideeție*).
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;
 - *Fadîngul 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 *egodistonică*. 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 prevalență*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 incorporează 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 *autoimportanță*), 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 imaginate 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/numerelor 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