

CUPRINS

PREFATĂ.....	7
CAPITOLUL I. EVALUAREA PSIHOLOGICĂ ȘI PSIHODIAGNOSTICUL	9
CAPITOLUL II. STAREA DE CONȘTIENȚĂ ȘI CONȘTIINȚA DE SINE.....	26
CAPITOLUL III. COMPORTAMENTUL EXPRESIV ȘI CONDUITA MOTORIE	43
CAPITOLUL IV. PROCESELE COGNITIVE SENZORIALE: SENZAȚII, PERCEPȚII, REPREZENTĂRI.....	56
CAPITOLUL V. GÂNDIREA.....	77
CAPITOLUL VI. LIMBAJUL	107
CAPITOLUL VII. ATENȚIA	128
CAPITOLUL VIII. MEMORIA.....	136
CAPITOLUL IX. MOTIVAȚIA ȘI VOINȚA.....	154
CAPITOLUL X. AFECTIVITATEA	169
CAPITOLUL XI. VIAȚA INSTINCTUALĂ.....	187
CAPITOLUL XII. PERSONALITATEA	203

CAPITOLUL XIII.	
IMAGINAȚIA ȘI CREATIVITATEA	227
CAPITOLUL XIV.	
RAPORTUL DE EVALUARE PSIHOLÓGICĂ.....	235
ANEXE	246
BIBLIOGRAFIE.....	278

PREFAȚĂ

Evaluarea psihologică clinică este un proces etapizat, sistematic, extrem de complex, ce se adresează atât funcțiilor psihice cât și personalității umane, ce trebuie să ia în considerare o multitudine de aspecte care adesea nu sunt evidente, nici aparente.

Înainte de a primi tratament medicamentos sau prin intervenție psihologică, orice client trebuie să treacă prin această etapă fundamentală-evaluarea psihologică-ce poate face ca terapia să poată fi eficientă și adecvată. Este extrem de important ca evaluarea psihologică ce precedă intervenția psihologică să fie efectuată în baza unor ipoteze clinice, multimodal și corect, așa cum este prezentată în acest volum.

Rezultatele evaluării clinice trebuie, ulterior evaluării, formulate într-un limbaj profesionist, de specialitate, comun psihologiei și psihiatriei. Accesul viitorilor psihologi la acest vocabular de specialitate trebuie să se facă încă de pe băncile facultății, cunoașterea semnelor și simptomelor bolilor psihice, a principalelor entități semiologice psihiatrice fiind extrem de importantă. Scopul urmărit de această carte este acela de a oferi un set rezonabil de informații de specialitate abordate într-o manieră didactică, fluidă, pornind de la principii de bază și continuând cu metode de lucru, cazuri particulare și analiza diverselor cadre în care acestea pot fi puse în practică.

Importanța temei abordate derivă din binomul formare-informare. Acest volum este deci important din perspectivă formativă pentru că pune la dispoziția studenților, masteranzilor în psihologie, psihologilor cu competențe în consiliere, psihoterapie, psihologie clinică, dar și a celor cu alte competențe, altor lucrători în domeniul sănătății mintale, un ghid exhaustiv de semiologie a manifestărilor modurilor normale sau anormale în care fiecare proces și funcție psihică poate funcționa, îmbogățite cu exemple din cazuistica proprie a autoarei sau din literatura de specialitate, ce facilitează considerabil înțelegerea. Valența informativă vine din adresarea către categoria largă a altor persoane care sunt interesate de perspectiva psihologiei asupra bolii psihice.

Actualitatea științifică este atestată de multitudinea articolelor și cărților de specialitate recente, consultate pentru întocmirea acestui volum și a celor mai recente recomandări în materie de psihodiagnostic, bazându-se

pe cea de-a 5-a ediție a Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, aceasta fiind cea mai recentă ediție apărută la data publicării acestui volum.

Autorul acestei lucrări este un psiholog clinician experimentat, cu o pregătire teoretico-aplicativă serioasă, urmând un model scientist-practitioner. Astfel, și-a obținut doctoratul la Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila din București în domeniul Psihologie Medicală, a urmat cursuri de formare în Psihoterapie cognitiv-comportamentală la „International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health” din Cluj-Napoca, formare în Terapie Sistemică Cuplu-Copil-Familie, formare în Psihologie Clinică și este cadru didactic universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației a Universității Hyperion.

Profesor Universitar Doctor Steliana Rizeanu

CAPITOLUL I

EVALUAREA PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHODIAGNOSTICUL

1. EVALUAREA CLINICĂ psihologică, asemănătoare ca scop cu examenul psihiatric și medical în general, urmărește recunoașterea existenței unei probleme, tulburări, sesizarea semnificației ei într-o gamă nosologică, stabilirea etiologiei acesteia, înțelegerea contextului în care a apărut, cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală, înțelegerea personalității subiectului evaluat, corelarea cu vârsta acestuia prin metode diverse: observația, interviul clinic (liber, semistrukturat, structurat), testarea psihologică, în scopul stabilirii unui psihodiagnostic sau/și în scopul identificării unor factori psihologici care să explice tabloul clinic și problemele de viață ale subiectului (Rizeanu, 2013a, Rizeanu, 2013d).

Evaluarea clinică psihologică presupune mai multe etape:

1.1. STABILIREA RELAȚIEI TERAPEUTICE ȘI INTERVIUL ANAMNESTIC

Stabilirea relației terapeutice este primul pas (extrem de important) al evaluării psihologice, în care interviul cu pacientul se concentrează pe crearea unei stări confortabile, de încredere și siguranță, scădere a anxietății și a unei deschideri spre comunicare. Comunicarea cu clientul se realizează atât în *plan verbal* (interviul clinic)-pe această cale subiectul furnizează conștient și voluntar informațiile despre conținutul vieții psihice, dar și în *plan nonverbal și paraverbal*, prin care involuntar și neconștientizat acesta oferă informații despre starea sa psihică. Primul contact cu clientul poate fi hotărâtor pentru eficacitatea intervenției psihologice ulterioare (Rizeanu, 2013a).

În această primă etapă se realizează recoltarea datelor socio-demografice: numele și prenumele, vârsta, data nașterii, cetățenia, naționalitatea, domiciliul, statutul marital, orientarea sexuală, se notează dacă acesta are sau nu copii, dacă locuiește singur sau cu alte persoane,

eventual dacă locuința este a sa sau stă cu chirie sau în casa altcuiva (prieten, familie), profesia și ocupația, nivelul de studii, eventual locul de muncă, orientarea religioasă.

Acesta este debutul interviului anamnestic sau *anamneza* - ce reprezintă discuția pe care psihologul o are cu clientul său, despre client ca persoană și despre boala lui, sau problema lui (pentru care s-a prezentat la psiholog).

Heteroanamneza - reprezintă discuția purtată de psiholog cu alte persoane decât clientul, persoane din anturajul acestuia (aparținători) care pot fi: membrii familiei, și/sau după caz, colegi, vecini, reprezentanți ai autorităților, personal medical de însoțire a subiectului, culegând informații despre client și boala lui. Este obligatorie în cazul minorilor, pacienților non-verbali, și al celor cu simptome confuzive, stări de intoxicație, simptome psihotice, dar și în cazul unor tulburări de personalitate. Heteroanamneza are un rol foarte important în situații în care pacientul nu are conștiința propriei boli, a caracterului diferit de normal al propriului comportament, mod de a gândi și de a se exprima sau în privința stării de dispoziție și emoționale. În astfel de cazuri pacientul nu consideră că este bolnav (cel mult afirmă că are niște probleme de viață), deci nu consideră că este justificată prezența lui la psiholog și nu va furniza decât neintenționat informații relevante pentru situația în care se află.

1.2. EVALUAREA SIMPTOMATICĂ ȘI EVALUAREA PSIHOSOCIALĂ

1.2.1. Evaluarea simptomatică presupune identificarea motivului prezentării și scopul evaluării, examinarea stării psihice și istoricul tulburării prezente:

- **motivul prezentării** la cabinet/clinică/spital-inițial vom nota motivul prezentării și modul prezentării (voluntare sau involuntare) așa cum este el exprimat liber de către client/pacient, și ulterior vom formula tabloul clinic în limbaj de specialitate. Vom lăsa subiectul să enumere liber simptomele care l-au făcut să apeleze la ajutor de specialitate, sau pentru care este adus la evaluare, și îl vom stimula să adauge orice alte simptome, pe care le scapă momentan din vedere, ori de câte ori și când simte nevoia. În sincron cu discutarea problemei cu care se prezintă clientul vom evalua și stresorii din prezent (din contextul discursului legat de simptomele descrise), statusul cognitiv curent, statusul emoțional curent, prezența ideății suicidale, orientarea temporo-spațială auto și allopsihică, ca parte din evaluarea statusului mintal. Există și situații în care pacientul nu are

conștiența bolii, lucru care se exteriorizează în incapacitatea de a-și comunica simptomele, refuzul colaborării sau interpretarea eronată a atitudinii psihologului, inclusiv cu manifestări ostile sau agresive față de acesta (de exemplu, la pacienți cu simptome confuzive, stări de intoxicație, simptome psihotice, tulburări de personalitate).

- tot în această etapă se realizează **examinarea stării psihice** a clientului/pacientului la momentul examinării, ce presupune o procedură ordonată și sistematică realizată în una sau mai multe ședințe de evaluare, prin intermediul observației și interviului clinic (anamneza), dar și al heteroanamnezei. Vom nota impresiile noastre asupra persoanei care informează, reacțiile pacientului la prezența și cuvintele aparținătorului, ce reacții provoacă starea pacientului aparținătorilor respectivi.

- după clarificarea motivului prezentării, vom construi tabloul **istoricului tulburării prezente**-cu alte cuvinte, vom adresa întrebări clarificatoare *despre fiecare simptom în parte*-când au început problemele, când a observat pacientul aceste schimbări, când a debutat fiecare simptom, când și dacă s-a diminuat sau a încetat fiecare simptom în parte, în ce context s-a întâmplat acest lucru, când și în ce condiții s-a accentuat fiecare simptom, ce a funcționat până acum în a face aceste simptome să diminueze sau să dispară, ce nu a funcționat.

Menționăm faptul că acuratețea informațiilor legate de istoricul bolii este influențată de particularitățile tabloului clinic, de condițiile în care se desfășoară interviul, de nivelul educațional și cultural al pacientului (de aceea trebuie să folosim un limbaj de interfață), de capacitatea narativă a subiectului, de capacitatea empatică și experiența profesională a psihologului.

1.2.2. Evaluarea psihosocială

Înainte de completarea tabloului clinic cu alte elemente care pot fi recoltate prin interviul clinic structurat, sau/și instrumente standardizate, în vederea stabilirii psihodiagnosticului clinic, vom intervieva clientul/pacientul în scopul contextualizării tabloului clinic în istoria de viață a acestuia. Ca urmare, vom completa datele referitoare la **istoricul personal și social, condițiile social-economice, stresori psihosociale, istoricul sexualității pacientului, istoricul marital, profesional, medico-legal, istoricul medical anterior dar și psihiatric (antecedente personale patologice-boli somatice sau psihice, internări anterioare), personalitatea premorbidă.**

Datele de istoric vor fi culese detaliat, complet, organizat, căci nu putem anticipa ce este relevant și ce nu din viața pacientului. Pentru ușurința înțelegerii evoluției persoanei dar și a tulburării este recomandabil ca aceste informații să fie culese cronologic (Rizeanu, 2015a). O modalitate mai elaborată, dar foarte interesantă, de culegere a informațiilor este harta vieții, un tabel cronologic care pornește de la primul an de viață până în prezent, în care se notează toate elementele corespunzătoare istoricului din toate perspectivele menționate.

1.2.2.1. *Istoricul personal și social (familial, marital, rețele sociale de suport)*

1.2.2.1.1. Cuprinde datele privitoare la: *structura familiei de origine*, rangul și relațiile în frătrie, vârsta părinților la nașterea pacientului, dacă a fost copil dorit sau nedorit, imaginea și prezența părinților (mai ales a mamei) în copilărie, relațiile cu fiecare membru al familiei, relațiile percepute dintre membrii familiei, atmosfera din mediul familial, raporturile și ierarhiile din familie, calitatea rolului parental, modele de comportament pozitive și respectiv negative din familie, dominantele personalității părinților; relațiile clientului/pacientului cu copiii de aceeași vârstă, atitudinea față de adulți. Se vor cere informații și despre situația locativă, statutul social, economic și profesional al părinților, ce obiceiuri, tradiții, hobby-uri aveau, care este apartenența etnică, religioasă a membrilor familiei, ce limbă se vorbea în casă, care era starea de sănătate a părinților sau a altor adulți semnificativi care s-au ocupat de copil (starea lor de sănătate în copilăria clientului, dar și în prezent), care au fost evenimentele de viață psihotraumatizante majore (de tipul: decesul unui membru al familiei, al animalului de companie, divorț, agresivitate, bulling, abuz fizic, emoțional, psihologic, sexual).

1.2.2.1.2. Se va aborda în interviu și discuția legată de *istoricul marital și familia actuală a individului precum și de condițiile social-economice*: care este istoricul relațiilor stabile și de medie sau lungă durată, care este structura familiei/relației actuale, în ce fel de relație este implicat, dacă are o relație, când și-a cunoscut partenerul actual și în ce context, la ce vârstă, care este vârsta, starea de sănătate și ocupația partenerului, particularitățile căsătoriei sau relației de cuplu, dacă are încredere în partener, dacă au fost probleme în căsnicie (separări, despărțiri traumatizante), satisfacția sexuală în cuplul actual, experiențele sexuale, vârsta și starea de sănătate a membrilor familiei, situația locativă curentă, condițiile de locuit, resurse economice și măsura în care acestea sunt

suficiente, cum se gestionează aceste resurse, și cine gestionează bugetul, statutul profesional al membrilor familiei, calitatea relațiilor familiale, relațiile cu copiii și familiile acestora, cu nepoții (la persoanele care au copiii mari, eventual căsătoriți).

1.2.2.1.3. Se cer date legate de *rețelele sociale de suport* - vom întreba clientul dacă are prieteni, dacă relațiile cu aceștia sunt relații suportive, mobilizatoare, dacă există relații de dependență, bazate pe interes, relații mobilizatoare, sau relații abuzive-ce durată și ce intensitate au avut aceste relații de-a lungul vieții, cum s-a modificat această rețea în timp, ce modificări structurale a suferit rețeaua primară și secundară (familie, prieteni, vecini, relații conjuncturale, colegi de muncă etc). Se vor nota și rolul și poziția în mediul social, sociabilitatea, calitatea relațiilor interpersonale, accesul la valorile comune.

În cazul vârstnicilor este foarte important de stabilit pe lângă rețeaua de suport și care este persoana de suport sau de referință pentru subiect.

Pe baza acestor informații se pot extrage concluzii legate de psiho-sociogeneză și anume capacitatea de comunicare și relaționare interpersonală, atitudinea față de animale și natură, calitatea relațiilor de grup, tipul interacțiunilor cu membrii grupurilor sociale din care subiectul face parte, nivelul de dependență, ierarhiile, modelele de conduită, modul în care subiectul se raportează la normele și valorile sociale, dacă a manifestat sau nu și în ce măsură atitudini și conduite antisociale.

1.2.2.1.4. Vom evalua și *calitatea funcționării în rolurile existențiale* - stabilind care a fost nivelul maxim al funcționării în rolurile vieții-acesta reprezentând reperul fundamental și punctul de pornire al aprecierii deficitului și/sau declinului funcțional produs de tulburarea psihică și în raport cu care se poate face și aprecierea gradului actual de disfuncționalitate (care se face clinic și psihometric cu ajutorul scalei GAF Scala de evaluare globală a funcționării, sau conform DSM 5 cu ajutorul scalei WHODAS 2.0 Inventarul de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății).

1.2.2.1.5. *Credințe, valori, planuri de viață personale* - prin prisma informațiilor obținute despre apartenența etnică, culturală și religioasă, respectiv aderența la o anumită filosofie de viață putem identifica sursa unor posibile conflicte intra-, interpersonale, sau între generații, deoarece constelația de valori și credințe izvorâte din cele menționate pot avea un rol protectiv, stimulat, adaptativ sau dimpotrivă.

Sunt de notat și eventualele superstiții, credințe și teme mistice care pot interfera puternic cu simptomatologia, în special cea psihotică productivă.

Tot în acest context pot fi discutate și gândurile/concepțiile despre viață ale persoanei, scopurile sale în viață, planurile de viitor, planurile pe termen mediu și lung (și dacă acestea au caracter realist sau nu), căci structurarea psihopatologică și imaturitatea personalității, dar și procesele psihopatologice episodice, pot afecta strategiile cognitive proiectate în viitor, deschiderea spre noi experiențe, curiozitatea, creativitatea individului.

1.2.2.2. Istoricul formării educaționale, formării profesionale și traseul profesional

1.2.2.2.1. Istoricul formării educaționale - traseul educațional - se notează debutul rutei educaționale (unde a fost înscris prima dată: la creșă, grădiniță sau a mers direct la școală, sau a făcut homeschooling), care au fost etapele traseului educațional, stabilitatea frecventării cursurilor, modele de conduită în fiecare etapă de școlarizare, relația cu colegii și cadrele didactice, bullying, ironii, porecle, materii preferate și dezagreate (și de ce erau agreate sau nu), rezultate deosebite la învățătură, participări la concursuri, eșecuri (și cauzele presupuse ale acestora), gratificații, succese, aptitudini fizice sau intelectuale deosebite, talente; care au fost, în opinia subiectului, evenimentele pozitive respectiv negative din fiecare treaptă de școlarizare, calitatea finalizării studiilor, atitudinea părinților/familiei față de aceste rezultate.

Se va menționa dacă pe perioada școlarizării a stat la cămin, internat sau la gazdă, dacă a urmat învățământul normal sau a fost la școli speciale, dacă a fost înscris în sistemul privat de învățământ sau de stat, dacă s-a mutat de la o unitate de învățământ la alta și de ce.

Deși armata nu mai este obligatorie, încă mai întâlnim în cabinet, policlinică sau spital clienți/pacienți care au satisfăcut stagiul militar-este important de consemnat orice informație legată de experiența persoanei în acest context.

1.2.2.2.2. Traseul formării profesionale - se notează momentul de debut al formării profesionale și momentul opțiunii profesionale elaborate, dacă aceasta a fost opțională sau impusă, dacă profesia aleasă are un istoric familial (de exemplu: familii de medici, de arhitecți, tânărul poate alege profesia vocațional sau nu, ca o continuare a tradiției de familie, sau din dorința de a se diferenția de restul membrilor familiei), vom evalua dacă subiectul are aptitudini și particularități temperamentale-caracteriale potrivite

profesiei alese. Vom identifica etapele formării profesionale în succesiunea lor, particularitățile lor, și vom identifica elementele pozitive și negative menționate de subiect pe parcursul acestor etape de formare profesională.

1.2.2.2.3. Traseul profesional și calitatea funcționării în acest traseu-care este succesiunea locurilor de muncă și ocupațiilor abordate și motivele pentru care au fost acestea alese, nivelul de îndeplinire a sarcinilor și rezolvare a problemelor specifice meseriei alese, performanțe, succese, gratificații, afirmarea de sine prin profesie, sentimentul de împlinire personală, ce experiențe negative (frustrări, eșecuri, abuzuri) a avut de suferit în domeniul profesional, ocupația curentă și satisfacția în muncă, și dacă satisfacția materială este corespunzătoare activității prestate. Dacă nu lucrează-de când nu lucrează și de ce, care este natura relațiilor cu colegii, subalternii și șefii ierarhici, ce valori are în comun cu aceștia și cu organizația din care face parte, iar dacă funcționează profesional pe cont propriu-care sunt motivele care l-au făcut să aleagă acest mod de lucru. Vom putea astfel avea informații legate de capacitatea pacientului de a relaționa eficient cu autoritatea, de a face față dificultăților sau mai degrabă fugi din fața lor, deci apreciem rezistența, toleranța la frustrare, asumarea responsabilității, reziliența.

1.2.2.3. Istoricul psihosexual

Vom nota informații legate de debutul vieții sexuale, gradul de satisfacție adus de viața sexuală, dacă problemele legate de viața intimă se discutau în familie, dacă există libertinaj în privința relațiilor sexuale, preferințele sexuale, orientarea sexuală.

1.2.2.4. Istoricul medical (și psihiatric)

1.2.2.4.1. Antecedente personale fiziologice și patologice - vom intervieva clientul solicitând date și informații despre-data nașterii și datele antropometrice la naștere, dacă au existat factori de risc perinatali (dinainte, din timpul și imediat după naștere) individuali, materni și ambientali, care a fost dezvoltarea neuro-motorie în perioada copilăriei, dacă a fost normală sau nu, dacă au fost boli semnificative de natură să încetinească sau să oprească o perioadă dezvoltarea normală.

Vom nota date despre menarhă (vârsta la care clienta a avut prima menstruație) și cum a reacționat la acel moment, cum și cine a informat-o despre acest moment din viața sa; ciclurile menstruale (frecvență, regularitate, durata-deși nu sunt în domeniul de expertiză psihologică aceste informații, aduc informații relevante despre potențiale surse de disconfort

sau chiar dezechilibru în funcționarea hormonală care pot orienta psihologul spre a recomanda pacientului să viziteze un medic endocrinolog sau/și ginecolog). Vom întreba dacă menstrele sunt însoțite sau precedate de disforie, iritabilitate, disconfort; când a fost ultima menstruație (această informație nu este necesară decât dacă suspectăm că manifestările psihoemoționale din prezent, ce se manifestă cu o anumită periodicitate, pot fi datorate unui sindrom premenstrual). În anumite contexte psihopatologice este bine de știut dacă au existat nașteri (și numărul lor), sarcini pierdute, proceduri de reproducere umană asistată, avorturi și problematica psihoemoțională asociată acestor proceduri, atunci când există.

La bărbați vom solicita informații legate de viața sexuală, probleme de dinamică sexuală, de asemenea vom nota dacă există/a existat pubertate precoce.

Sunt de notat și bolile copilăriei (în special cele care au necesitat internare), intervenții chirurgicale, afecțiuni somatice invalidante sau nu, accidente, traumatisme (în special cele cranio-cerebrale), dacă au existat crize epileptice sau pierderi de cunoștință, dacă a suferit de tulburări comportamentale-ticuri, balbism, enurezis, encoprezis, pavor și automatisme nocturne, ADHD.

Ne interesează aceste antecedente personale prin prisma interferențelor lor cu tulburările psihice (în ce privește determinismul, particularitățile evolutive și impactul subiectiv), putând influența și atitudinea individului față de boli, medici, spital, medicamente, psihologi precum și complianța la tratament.

1.2.2.4.2. Istoricul psihiatric - vom consemna toate datele privitoare la interacțiunea profesională cu psihologi, psihiatri, alte cadre medicale care au recomandat medicație de tip psihiatric pacientului, contextele în care a apelat la această categorie de specialiști, natura interacțiunii, diagnosticele, tratamentele prescrise. De aceea:

- notăm datele privind primul episod clinic manifest (detaliat) și cele consecutive: vârsta la care au avut loc, factori favorizanți și declanșatori, intensitatea și durata simptomelor (ore, zile, săptămâni, luni), tratamentele spitalicești și extraspitalicești urmate, complianța la tratament, cum au răspuns la tratament (efectul medicamentelor), accesul la medicație, tolerabilitate, efecte adverse, cum a fost între episoadele clinice, calitatea remisiunii bolii, ce alterări ale stării clinice sau social-relaționale s-au observat;

- revenim pe datele legate de episodul psihopatologic actual, deoarece, de multe ori, pacientul, revizuiind manifestările din istoric, poate adăuga informații noi, relevante pentru episodul actual. Notăm factorii favorizanți și

declanșatori ai episodului actual, ordinea apariției simptomelor, tratamentele urmate până la momentul prezentării, locul, modul, data și perioada debutului episodului actual.

Este interesant de notat istoricul interacțiunilor cu psihologii de-a lungul timpului, părerea subiectului despre relația terapeutică, ce tip de terapie a urmat, pentru ce probleme, cât timp, dacă a fost eficientă, ce a funcționat și ce nu a funcționat, dacă a întrerupt sau încheiat unilateral terapia, de ce a făcut-o și ce efecte a avut acest lucru asupra sa (Rizeanu și Haica, 2020c).

- istoricul psihiatric va fi completat, pe cât posibil și cu date obținute prin heteroanamneză și consultarea istoricului documentat al bolii (documente medicale).

1.2.2.4.3. Consumul de substanțe și alte dependențe (jocuri de noroc, calculator) - consemnăm istoricul tendințelor toxicofilice ale subiectului, știut fiind că acestea însoțesc frecvent majoritatea tulburărilor psihice: consumul de cafea (moderat sau excesiv) produce efect anxiogen sau produce tulburări de somn; fumatul-cu efect de dependență și grevare a bugetului, plus efectul de fumat pasiv în familie; consumul de alcool - dacă este abstinent, sau uz social, ori consum exagerat; și notăm cantitatea, ritmul de consum, de când consumă, ce tip de alcool; consumul de droguri - cu uz intermitent, conjunctural sau cronic, ce substanțe (pentru a identifica manifestările specifice), din ce motive consumă, în ce contexte, consumul de medicamente psihotrope (prescrise medical, iatrogenii sau automedicație). Vom încerca să identificăm și să consemnăm consecințele consumului de toxice și efectele acestuia în starea de sănătate fizică și psihică, fenomenele de sevraj, cum impactează consumul de substanțe toxice funcționarea în rolurile vieții și în relațiile cu cei din jur, randamentul și relațiile profesionale și dificultățile financiare consecutive.

Putem utiliza adițional interviului clinic și Scala de severitate a adicțiilor (ASI).

Este important de identificat prezența dependenței de jocuri de noroc, jocul de noroc patologic, cu efecte de răsunet nu doar asupra vieții personale, manifestărilor psihoemoționale și comportamentale, dar și asupra relațiilor familiale și sociale în general (Rizeanu, 2012a, Rizeanu 2012c, Rizeanu, 2015b).

În special în cazul copiilor și adolescenților dar și adulților emergenți (20-29 ani) dependența de jocuri pe calculator (Anderson și colab., 2017) și dependența de internet crează efecte cum sunt: gestionarea defectuoasă a timpului care se reflectă ulterior în interferențe cu viața socială, scăderea

performanțelor academice, profesionale și alterarea rutine zilnice (Chou și colab., 2005).

1.2.2.5. Istoricul medico-legal

Istoricul medico-legal poate cuprinde informații legate de prezența unor acte antisociale, probleme cu autoritățile, alte probleme medico-legale (amenzi de circulație, de tulburare a ordinii și liniștii publice, condus sub influența alcoolului sau drogurilor ș.a.m.d., rețineri, condamnări etc.), dar și consemnări legate de prezența unor idei, preocupări și tentative suicidale în antecedente și în momentul evaluării, de tentativele de suicid cu risc vital scăzut sau crescut, dacă au fost realizate impulsiv sau elaborat, unice sau repetate-notăm în ce context, ce metodă a fost aleasă, dacă au fost simulate sau în contextul consumului de toxice (alcool, droguri).

1.2.2.6. Antecedente heredo-colaterale patologice

Vom nota dacă există boli somatice și/sau psihice la rudele de gradul I (părinți, frați, soț/soție, copii) dacă există afecțiuni genetice sau alte afecțiuni grave invalidante ale membrilor familiei, cu efect anxiogen sau psihotraumatizant asupra clientului, sau care, pe lângă aceste efecte, îi grevează bugetul financiar sau de timp.

1.2.3. Stresori psihosociali

Factorii de stres psihosocial variază în funcție de interpretarea culturală a evenimentelor, de structura familiei, de îndatoririle specifice stadiului de dezvoltare și de contextul social, grupurile culturale de referință ale individului (DSM 5, 2013).

Între stresorii psihosociali (conform DSM IV, 2008) se pot enumera:

Probleme cu grupul de suport primar-decesul unui membru al familiei, probleme de sănătate în familie, destrămarea familiei prin separare, divorț, înstrăinare, plecarea de acasă, recăsătorirea unui părinte, abuzul sexual sau fizic, hiperprotecția parentală, neglijarea copilului, disciplină inadecvată, discordie între frați, nașterea unui frate;

Probleme în legătură cu mediul social-moartea sau pierderea unui prieten, suport social inadecvat, a trăi singur, dificultăți legate de aculturație, discriminare, adaptarea la tranziția la o altă etapă de viață (ex: pensionarea);

Probleme educaționale-analfabetism, probleme școlare, neînțelegerea cu profesorii sau colegii, mediu școlar inadecvat;

Probleme profesionale-șomaj, amenințarea cu pierderea serviciului, orar de lucru stresant, condiții de lucru dificile, insatisfacție profesională, schimbarea profesiei, neînțelegeri cu angajatorul sau colegii de serviciu;

Probleme cu locuința-lipsa locuinței, locuință necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînțelegeri cu vecinii sau cu proprietarul;

Probleme economice-pauperitate extremă, resurse financiare insuficiente, ajutor social insuficient;

Probleme cu accesul la servicii de asistență medicală-servicii de asistență medicală inadecvate, transport inaccesibil la unitățile de asistență medicală, asigurare de sănătate inadecvată;

Probleme în legătură cu interacțiunea cu sistemul legal/penal-arest, închisoare, litigiu, victimă a unei infracțiuni;

Alte probleme psihosociale și de mediu-expunerea la un dezastru, război, pandemie, alte ostilități, neînțelegere cu tutorii care nu fac parte din familie, cum ar fi un avocat, asistent social sau medic, inaccesibilitate la serviciile sociale etc.

Se vor identifica acele categorii relevante de probleme psihosociale și de mediu și se vor indica factorii specifici implicați, fiind de o evidentă importanță întrebările pe care le adresăm clientului în legătură cu aceste subiecte.

1.2.4. Personalitatea premorbidă

Vom recolta informații legate de felul de a fi, trăsăturile de personalitate dinainte de episodul clinic prezent, știut fiind că personalitatea joacă un rol important în riscul mai crescut de a face anumite boli psihice (spre exemplu tulburarea de personalitate borderline) (Rizeanu, 2016b), cât și în coloratura pe care tablourile psihopatologice o iau de la un pacient la altul (de exemplu, manifestările clinice ale unei tulburări anxioase la o persoană histrionică față de o persoană evitantă).

1.2.5. Critica bolii

Se va nota impresia pe care starea actuală o produce asupra pacientului, credințele lui despre problema sa actuală, dar și despre posibila evoluție a ei.

Conștiența bolii, critica bolii, nu este niciodată complet absentă, de aceea ne vom folosi de diverse întrebări ca să identificăm critica bolii: *Dumneavoastră considerați că sunteți bolnav/că aveți o problemă? Ce fel de problemă/suferință/boală credeți că aveți? Ce vă deranjează cel mai mult legat de această problemă? Credeți că problema dumneavoastră ține*

de o boală psihică? Care credeți că e motivul pentru care vă aflați aici/cauza acestei suferințe/probleme? De ce credeți că vi se întâmplă asta? V-a neliniștit ceva în mod special? Ce cred membrii familiei, prietenii, colegii despre această situație (problemă)? De ce fel de ajutor credeți că aveți nevoie acum?(DSM 5, 2013)

Informațiile culese de la client/pacient vor fi grupate într-un algoritm de conceptualizare a cazului care se încheie cu realizarea unui *psihodiagnostic nosologic ipotetic* și cu identificarea factorilor ipotetici declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei.

1.3. Abia după ce avem aceste informații inițiem **etapa a treia - evaluarea prin intermediul probelor standardizate, interviuri clinice structurate** în scopul investigării detaliate a funcțiilor psihice și personalității (etapă pe care o vom detalia în capitolele următoare). La finalul acestei etape putem clarifica și definitivă *psihodiagnosticul nosologic prezumtiv*.

Wright (2011) (în Enea și Dafinoiu, 2017) afirmă că evaluarea psihologică se realizează în șase etape/procese:

1. interviul clinic;
2. alegerea bateriei de teste psihologice (în capitolele următoare aferente semiologiei proceselor și funcțiilor psihice am propus la secțiunea *Cu ce se evaluează* o parte din larga gamă de teste validate științific cu care se poate evalua procesul respectiv, dar lista nu este exhaustivă). Se va ține cont în alegerea testelor de faptul că cel mai important factor de selectare a acestora este gradul în care acestea corespund obiectivului general al evaluării clinice.

O altă recomandare este aceea de a utiliza măsurători multiple ale aceluiași construct (de exemplu, pentru depresie am putea utiliza și Inventarul de depresie Beck și Scala de evaluare a depresiei Hamilton, ale căror rezultate le vom combina și compara cu date obținute din interviul clinic și observațiile comportamentale);

3. administrarea, scorarea și interpretarea testelor-ținând cont de vârsta clientului, locul și momentul testării;

4. integrarea și conceptualizarea informației colectate din rezultatele testelor, interviul clinic, observațiile comportamentelor și alte surse (heteroanamneză, analiza documentelor medicale, teme pentru acasă, etc) care se finalizează în **conceptualizarea cazului**;