

EVALUAREA PSIHOLGICĂ CLINICĂ

REPERE TEORETICE ȘI METODOLOGICE

IULIA CIORBEA

EVALUAREA PSIHOLOGICĂ CLINICĂ
REPERE TEORETICE ȘI METODOLOGICE



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2014

Colecția PSIHLOGIE

Referenți științifici: Conf. Dr. Cătălin Nedelcea
Conf. univ. dr. Diana Vasile

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Angelica Mălăescu

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

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
CIORBEA, IULIA

**Evaluarea psihologică clinică : repere teoretice
și metodologice** / Iulia Ciorbea. - București : Editura
Universitară, 2014
ISBN 978-606-591-931-0

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065919310

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

Copyright © 2014
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

PARTEA I: INTRODUCERE ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ

1. Definirea și caracteristicile fundamentale ale psihologiei clinice	7
2. Rolurile și activitățile psihologului clinician	12
3. Abordări teoretice actuale utilizate în psihologia clinică	15
3.1. Modelul biopsihosocial	15
3.2. Modelul rezilienței asistate	23
4. Conceptualizarea clinică	30
4.1. Abordarea psihodinamică	34
4.2. Abordarea cognitiv-comportamentală	48
4.3. Abordarea umanist-experiențială	61
4.4. Alte sisteme teoretice	78
4.5. Utilizarea eficientă a abordărilor teoretice	85
5. Clasificarea tulburărilor psihice	91
6. Aspecte etice în practica evaluării clinice	110

PARTEA II. PROCESUL DE EVALUARE CLINICĂ

1. Definirea, etapele și caracteristicile procesului de evaluare clinică	127
2. Procesul de evaluare clinică din perspectiva principalelor modele clinice	138
2.1. Evaluarea clinică în abordarea psihodinamică	138
2.2. Evaluarea clinică în abordarea cognitiv-comportamentală	143
2.3. Evaluarea clinică în abordarea umanist-experiențială	149

2.4. Evaluarea clinică din perspectiva modelului biopsihosocial	153
3. Alianța de lucru/raportul psihologic	164
4. Metode de evaluare clinică	176
4.1. Interviu	178
4.2. Observațiile comportamentului	197
4.3. Instrumente psihometrice - inventare, scale și checklist-uri	201
4.4. Instrumente psihometrice – inventare clinice de personalitate	221
5. Raționamentul clinic. Judecata clinică	248
6. Raportul de evaluare clinică	268
Bibliografie	275

PARTEA I

INTRODUCERE ÎN PSIHLOGIE CLINICĂ

1.

Definirea și caracteristicile fundamentale ale psihologiei clinice

Psihologia clinică s-a conturat ca domeniu particular al psihologiei la sfârșitul secolului al XIX-lea atât în Franța cât și în Statele Unite ale Americii. În Franța, în 1897, a fost dezvoltată de doi medici, Revista de Psihologie Clinică și Terapeutică, iar în Statele Unite, în 1986, Lightner Witmer introducea termenul de psihologie clinică (cf. Doron în Ionescu & Blanchet, 2009). De atunci, psihologia clinică a cunoscut o evoluție sinuoasă, marcată de întreruperi și dispute ideologice sau pragmatice. Abordarea clinică a fost deseori contestată ca „știință adevărată”; cu toate acestea are o istorie lungă (Dafinoiu, 2002).

Principala dispută legată de psihologia clinică a fost legată de legitimitatea (validitatea) datelor obținute prin metodele clinice clasice, de altfel o dispută mai generală a teoreticienilor psihologiei, legată de abordarea nomotetică sau idiografică în psihologie. Odată cu pretenția psihologilor de a încadra domeniul psihologiei în aria științelor exacte, prin aplicarea riguroasă a unor metode științifice, domeniul psihologiei clinice a cunoscut numeroase contestații și, respectiv, evoluții. Cea mai elegantă împăcare între abordarea nomotetică și cea idiografică a fost dată de Lamiell (1981, 1982, 1987, cf. Zlate, 1996) care considera că descrierea personalității trebuie realizată în termeni idiografici (așadar, prin aplicarea meto-

delor clinice tradiționale *n.a*), iar evaluarea acesteia, în termeni nomotetici (prin aplicarea preponderent a metodei experimentale, care decupează psihicul în unități mici pe care apoi le studiază în condiții cvasicontrolate, în scopul realizării unor generalizări).

După ani întregi de lupte ideologice ce păreau nesfârșite, există astăzi un consens, și anume, că deși personalitatea (psihicul) poartă amprenta unicității individului, există legi care guvernează procesualitatea internă de organizare a acesteia (idee accentuată încă din 1981 de Allport). Descoperirea tuturor acestor legi este în continuare un obiectiv al psihologiei în general, iar cercetările din acest sens ajută psihologia clinică în demersurile sale practice.

Descrierea și mai ales, înțelegerea psihicului unei persoane devine o necesitate atunci când psihologul practicant este confruntat cu suferința persoanei care i se adresează și necesită ajutor. Psihologia clinică este cu preponderență un domeniu aplicativ al psihologiei, iar psihologii clinicieni trebuie să-și folosească cunoștințele pentru a realiza activitățile principale: evaluarea persoanei, urmată de realizarea unui plan de intervenție personalizat.

Omul aflat în suferință este preocuparea principală a psihologiei clinice, iar acest aspect reiese din orice definiție mai veche sau mai nouă dată acestui domeniu al psihologiei. Astfel, psihologia clinică este o ramură a psihologiei de factură integrativă care se focalizează pe „studiul omului aflat sub incidența bolii, abordându-l într-o perspectivă dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării lui psiho-individuale și sociale” (Bălăceanu și al., 1985, p. 10). Omul aflat în situația de boală intră pe „tărâmul nesiguranței, al incertitudinii, al necunoașterii, al semnelor de întrebare” care îl angajează la un nivel profund emoțional. În această situație existențială,

persoana dezvoltă stări psihice care influențează aproape toate componentele bolii – etiologia, evoluția, terapia (Bălăceanu și al., 1985, p.12).

Psihologia clinică este o ramură a psihologiei care studiază, evaluează și tratează persoanele cu probleme sau tulburări psihologice (de ex., Colman, 2006; Corsini, 1999; Hayes & Stratton, 2003; Myers, 2007 cf. Pomerantz, 2011).

După Plante (2005), psihologia clinică se focalizează pe evaluarea, terapia și înțelegerea problemelor și tulburărilor psihice; este preocupată de interacțiunile dintre psihic și aspectele fizice, emoționale și sociale ale sănătății și bolii. Această ramură a psihologiei utilizează principiile psihologice cunoscute pentru a ajuta oamenii să facă față problemelor relaționale, emoționale, fizice apărute de-a lungul vieții lor.

Conform APA (2009 cf. Pomerantz, 2011), domeniul psihologiei clinice integrează știința, teoria și practica pentru a înțelege, a face predicții și a trata dezadaptarea, dizabilitatea și disconfortul dar și pentru a promova adaptarea, și dezvoltarea personală. Psihologia clinică se focalizează pe aspectele intelectuale, emoționale, biologice, psihologice, sociale și comportamentale ale funcționării umane de-a lungul existenței sale, în contexte culturale variate și la toate nivelurile socioeconomice.

Psihologia clinică este un aspect al științei și practicii psihologice care se ocupă de analiza, tratarea și prevenția tulburărilor psihologice umane dar și cu îmbunătățirea adaptării și eficienței personale (Rodnick, 1985 cf. Plante, 2005).

După David (2006) „psihologia clinică este știința care studiază mecanismele psihologice implicate în starea de sănătate (promovarea, optimizarea sănătății și prevenirea patologiei) și boală” (p.15).

După enumerarea câtorva definiții ale psihologiei clinice, putem desprinde caracteristicile sale generale. Astfel, psihologia clinică are:

- un *caracter integrativ* – necesită informații aprofundate integrate din toate celelalte domenii ale psihologiei – mai ales din psihopatologie, psihoterapie, evaluare psihologică;
- un *caracter holist* – vizează abordarea tuturor aspectelor unei persoane, de la cele biologice la cele sociale și culturale, de la cele normale la cele patologice;
- un *caracter aplicativ* – urmărește conceptualizarea cazului individual pentru realizarea unui plan de intervenție.

Esența psihologiei clinice este construirea cazului individual sau *studiul de caz*. Lagache (1949 apud. Dafinoiu, 2002) considera că abordarea clinică vizează “studiul aprofundat al cazurilor individuale”, “studiul conduitei umane individuale și al condițiilor sale” (gândire, maturizare, condiții fiziologice și patologice, istoria vieții), adică studiul persoanei totale “în situație”. „Miezul psihologiei clinice este reprezentat de studiul de caz: întâlnirea unui subiect considerat singular, constituit de o istorie specifică și perceput în totalitatea sa, refuz al obiectivismului, sensibilitate la istorie, importanța relației observator-observat, transferul...” (Guillaumin, 1977; Schauder, 2004; Emmanuelli, 2004, apud. Ionescu & Blanchet, 2009).

Studiul de caz este cu certitudine o construcție a psihologului clinician, care în urma informațiilor culese din multiple metode de la persoană, va da sens acestora prin formularea unor explicații, prin descrierea unor procese interne și formularea unor posibile soluții. „Subiectivismul” de care au fost acuzați abordarea clinică și respectiv, psihologii clinicieni

se datorează particularităților studiului de caz pe care Pedinielli (în Ionescu & Blanceht, 2009) le descrie astfel:

a) *Singularitatea* - cazul să fie tratat în unicitatea sa și să nu fie redus la ceea ce ar putea să exemplifice (de ex. tipul de patologie) iar acest lucru se poate întâmpla doar prin „privirea” clinicianului care va urmări aspectele ce individualizează persoana din fața sa și nu pe cele comune.

b) *Totalitatea* - persoana este o unitate indivizibilă (intrasubiectivitate) aflată în interacțiune cu lumea exterioară (intersubiectivitate). Informațiile culese (reprezentări, conflicte, stări emoționale...) nu pot fi înțelese decât în contextul persoanei și a vieții sale. Un simptom poate fi interpretat doar în lumina istoriei subiectului, a funcției pe care acesta o îndeplinește în psihicul persoanei, a consecințelor și a reprezentărilor apărute.

c) *Istoria* - discursul prezent al persoanei poate fi înțeles doar prin raportare la o cronologie; omul nu se află niciodată înafara timpului, el vorbește la prezent, dar construiește un trecut punctat de amintiri, căutări, semnificații. Psihologul îl ajută pe om în această reconstrucție.

d) *Întâlnirea* implică o relație cu psihologul, care prin prezența și ascultarea sa, este un catalizator al emoțiilor, reprezentărilor. Această întâlnire bazată pe construirea unei relații între persoană și psiholog este cea care poate facilita construirea cazului individual sau studiul de caz.

Studiul de caz se bazează pe metode de evaluare diferite dar integrarea informațiilor obținute trebuie să fie conformă cu principiile abordării clinice.

2.

Rolurile și activitățile psihologului clinician

Conform lui Plante (2005) principalele activități ale psihologului clinician sunt următoarele:

a. Cercetarea. Cercetarea este considerată baza oricărei activități psihologice clinice, este cea care orientează și fundamentează orice intervenție. Programele de cercetare pot urmări mai multe obiective: determinarea eficienței evaluărilor și terapiilor pentru diferite probleme clinice precum depresia, anxietatea, tulburările alimentare, abuzul de substanțe, etc.; identificarea riscului unor persoane de a dezvolta anumite probleme psihologice; evaluarea metodelor cele mai bune de diagnostic. Chiar dacă nu toți clinicienii realizează cercetări științifice, tuturor li se cere, prin coduri deontologice, să fie puși la curent cu rezultatele studiilor actuale pentru a își optimiza permanent activitatea profesională.

b. Evaluarea. Psihologii clinicieni folosesc diferite proceduri de evaluare psihologică a aspectelor intelectuale, emoționale, comportamentale, educaționale, de personalitate sau neuropsihologică ale persoanelor, familiilor sau grupurilor. Obiectivul evaluării psihologice este de a determina aspectele subtile și adesea ascunse ale psihicului persoanei în contextul factorilor biologici, psihologici și socioculturali.

c. Consilierea și psihoterapia. Abordările terapeutice actuale sunt numeroase și adresează toată gama de probleme psihologice. De obicei, clinicienii sunt formați într-o anumită perspectivă terapeutică pe care o aplică pentru evaluarea,

înțelegerea și tratarea cazurilor individuale. În practica clinică contemporană există tendințe de integrare de diferite tipuri.

d. Activități de învățare. Psihologii clinicieni pot desfășura activități de predare în diferite universități, de supervizare a studenților sau de training în diferite contexte (de exemplu, workshopuri de management a stresului, de abordare a problemelor de cuplu, de relaționare, etc.)

e. Consultanță. Psihologii clinicieni pot realiza activități de consultanță în diferite contexte. De exemplu, consultanță pentru medici care doresc să managerieze mai bine complianța pacienților la tratament; consultanță pentru prevenția violenței etc.

Deși majoritatea psihologilor își formează competențe clinice pentru o plajă largă de probleme clinice și populații clinice, unii și pot continua specializarea în câteva arii specifice (Plante, 2005):

- *Psihologia clinică a copilului și familiei* axată pe aprofundarea cunoștințelor de psihologie a dezvoltării, evaluării (de exemplu, tulburări comportamentale, de învățare, întârzieri în dezvoltare) și terapiei copilului. Clinicienii se pot specializa pe abordarea copiilor abuzați fizic și/sau sexual, cu deficit de atenție/hiperactivitate, tulburări de conduită, autism, etc. Ei pot oferi consultații profesorilor și părinților pentru a-i ajuta să managerieze mai bine copiii cu diferite probleme. Psihologii clinicieni specializați în problematica copiilor pot lucra cu cei care suferă de tulburări medicale severe (de exemplu, cancer, epilepsie, diabet, dizabilități diferite etc.) pentru a face față consecințelor emoționale și comportamentale ale bolilor respective. De asemenea, se pot specializa în abordarea unei problematici psihice specifice a copilului (de exemplu, tulburări de alimentație, tulburări de anxietate, tulburări depresive).

- *Psihologia clinică a sănătății* a fost definită de Matarazzo (1982, cf. Plante, 2005) ca fiind un ansamblu de contri-

buții specifice educaționale, științifice și profesionale ale psihologiei la promovarea și menținerea sănătății, la prevenirea și tratarea bolii, la identificarea corelatelor etiologice și diagnostice ale sănătății, bolii și disfuncțiilor asociate acesteia, la analizarea și optimizarea sistemului de sănătate și politicii de sănătate. Psihologii specializați în această practică au ca obiective să ajute persoanele sănătoase să rămână sănătoase și să asiste oamenii bolnavi sau cu factori de risc să facă față mai bine situației de boală. Tendința actuală este de a învăța oamenii să aibă un stil de viață sănătos.

- *Neuropsihologia clinică*. Neuropsihologia vizează identificarea relațiilor dintre creier și comportament. Clinicienii specializați în acest domeniu evaluează funcționarea creierului și a comportamentului persoanelor care suferă de probleme neurologice (de exemplu, demență, traumatisme craniene, tumori, accidente vasculare cerebrale, epilepsie, etc.). Psihologii evaluează abilitățile cognitive, funcționarea senzorială și motorie, memoria, raționamentul.

- *Psihologia judiciară* vizează aplicarea psihologiei la problemele legale. Psihologii specializați în acest domeniu utilizează principiile comportamentului uman în sistemul judiciar și legal (Otto & Heilbrun, 2002 cf. Plante, 2005). Principalele lor activități vizează: evaluarea psihologică a deținuților, oferirea de expertiză psihologică judecătorilor, evaluarea psihologică în situația de custodie a copiilor, în situația de divorț, etc.

- *Geropsihologia*, prin specialiștii săi, oferă servicii psihologice persoanelor vârstnice: evaluare psihologică și neuropsihologică, terapie individuală și de familie, dezvoltarea de strategii de maximizare a independenței și self-care, activități de optimizare a stimei de sine, controlului, strategiilor de diminuare a depresiei.

3.

Abordări teoretice actuale utilizate în psihologia clinică

3.1. Modelul biopsihosocial

Tendința actuală în psihologia clinică este de a utiliza o abordare integrativă de înțelegere a problemelor umane. În general, majoritatea clinicienilor (mai ales cei care au o specializare în domeniul psihoterapiei) aderă preponderent la o anumită orientare teoretică; cu toate acestea, în practică este folosită o abordare integrativă care susține că factorii cauzali interacționează și contribuie la problema respectivă.

Clinicienii care sunt specializați în psihoterapie folosesc teoria la care aderă pentru înțelegerea comportamentului (normal și anormal) și pentru construirea strategiilor de evaluare și intervenție. Practicienii care desfășoară doar activități de evaluare, cercetare, învățare și consultanță își organizează munca conform modelului actual al psihologiei clinice și a sănătății – **modelul biopsihosocial**.

Mai multe teorii au influențat dezvoltarea perspectivei biopsihosociale, iar principalele sunt: modelul diateza-stres, perspectiva reciprocității gene - mediu.

Modelul diateza – stres (the Diathesis-Stress Perspective) subliniază ideea că orice tip de vulnerabilitate în combinație cu stresul psihologic sau de mediu creează condițiile necesare pentru ca boala să apară (Bremner, 2002; Eisenberg, 1968; Meehl, 1962; Segal & Ingram, 1994; Zubin & Spring,

1977 cf. Plante, 2005). Această perspectivă teoretică afirmă că oamenii au tendințe biologice, genetice, cognitive sau emoționale de a dezvolta anumite probleme sau comportamente. Diateza se referă la vulnerabilitățile moștenite care fac persoana susceptibilă să dezvolte o problemă particulară. Atunci când apar anumiți stresori sau când condițiile de mediu sunt propice, problema se va manifesta. Acest model a fost confirmat ulterior prin studiile de epigenetică.

Perspectiva reciprocității genelor și a mediului (the Reciprocal-Gene-Environment Perspective) sugerează că există o legătură strânsă între vulnerabilitatea biologică sau genetică și evenimentele de viață în sensul că fiecare o influențează pe cealaltă. Astfel, anumite persoane au tendința genetică de a trăi sau căuta anumite situații stresante. Această idee este conformă cu argumentele mai multor autori că influențele genetice cresc probabilitatea ca individul să experimenteze anumite evenimente de viață (Rende & Plomin, 1992 cf. Plante, 2005). De exemplu, o persoană care are tendința genetică spre alcoolism poate dezvolta această problemă care va determina tulburarea relațiilor, a comportamentului de muncă și a aspectelor financiare.

Engel (1977, 1980) a dezvoltat abordarea biopsihosocială ca model de înțelegere și tratare a bolii fizice și mentale. Conform acestui model, toate bolile fizice și psihice au componente biologice, psihologice și sociale care interacționează și impactează funcționarea umană și care trebuie luate în considerare pentru o intervenție eficientă. Autorul oferă o *perspectivă sistemică* în sensul că, datorită interacțiunii dintre elemente, schimbările apărute într-o arie a funcționării vor determina apariția unor consecințe în celelalte. De exemplu, simptomele depresive pot avea cauze multiple, pot afecta diverse aspecte ale funcționării biologice, psihologice, sociale

ale individului și pot fi asociate cu boli somatice etc. De altfel, majoritatea clienților care se adresează clinicianului prezintă multiple aspecte problematice din diferite arii ale funcționării în același timp. Perspectiva biopsihosocială este *holistă* în sensul că ia în considerare persoana ca întreg în mediul său de viață și se referă în mod specific la interacțiunea holistă a influențelor biologice, psihologice și sociale.

Astfel, fiecare tulburare psihică sau fizică este concepută ca fiind rezultatul interacțiunii dintre factorii biologici, psihologici și sociali iar sarcina clinicienilor este de cântări ponderea și relevanța fiecărei categorii și a le adresa adecvat pe fiecare pentru a putea realiza planuri de evaluare valide și a formula planuri de intervenție eficiente.

Din ce în ce mai mulți cercetători recunosc limitele modelului medical tradițional în a explica sănătatea și boala; pe de altă parte, există din ce în ce mai multe date de cercetare care susțin modelul biopsihosocial. Llewelyn și Kennedy (2003) identifică principalele argumente care pledează în favoarea modelului biopsihosocial:

a. Factori psihologici secundari bolii somatice/rănilor fizice/dizabilității fizice (de exemplu, arsuri grave, amputări, alte operații chirurgicale; boli cronice etc.). Aproape toate problemele de sănătate se asociază cu aspecte psihologice plasate pe un continuum, de la reacții normale de adaptare până la depresia majoră a individului sau a membrilor familiei. Factorii psihologici pot complica recuperarea fizică (de exemplu, depresia după infarctul miocardic).

b. Acuzele somatice ale disfuncțiilor psihologice. Unele probleme de sănătate mentală se prezintă sub forma simptomelor fizice. De exemplu, mulți pacienți care acuză dureri în piept, au de fapt un atac de panică. Din aceeași categorie fac parte tulburările de somatizare.

c. *Tulburările psihofiziologice.* O serie de probleme de sănătate au componente psihofiziologice semnificative, de exemplu: migrenele, sindromul colonului iritabil.

d. *Simptomele fizice care răspund la intervenții comportamentale.* Există o serie de condiții fizice care, indiferent de etiologie, răspund la intervenții psihologice, de exemplu, incontinența urinară, durerea, starea anticipatorie de vomă asociată cu chimioterapia.

e. *Complicațiile somatice asociate cu factori comportamentali.* Unele probleme de sănătate sunt exacerbate de factori comportamentali. De exemplu, eșecul diabeticului de a-și doza adecvat insulina are consecințe negative; non-complianța de a lua medicamentele recomandate poate avea consecințe grave.

f. *Prezentarea unor acuze psihologice în cazul problemelor/bolilor organice.* De exemplu, depresia este un simptom al hipotiroidismului sau cancerului. De asemenea există o serie de tratamente medicale care au efecte secundare de ordin psihic (de exemplu, depresia indusă de tratamentul cu interferon în cazurile de hepatită C, psihoza indusă de steroizi).

g. *Aspecte psihologice ale unor proceduri medicale stresante,* De exemplu, efectele psihologice ale procedurilor chirurgicale, anesteziei, utilizării RMN-ului (poate induce comportamente claustrofobice).

h. *Factori comportamentali de risc pentru bolile organice,* de exemplu, fumatul, creșterea în greutate, exercițiile fizice, abuzul de substanțe, etc.

Plante (2005) a realizat o sinteză a factorilor biologici și sociali care, pe baza datelor de cercetare științifică, s-au dovedit a avea un impact asupra funcționării umane în general, și asupra funcționării psihologice, în special. Îi prezentăm în continuare sintetic, cu câteva completări pe care le considerăm necesare:

Factori biologici

Cercetările recente în medicină și științele biologice au evidențiat conexiunea puternică dintre dimensiunea fizică și cea psihologică a ființei umane (Institute of Medicine, 2001 cf. Plante, 2005), astfel că o înțelegere cât mai completă a unei probleme emoționale sau comportamentale trebuie să ia în considerare factorii biologici potențiali. Studiile au arătat că:

- O serie de boli fizice (de exemplu, sindromul Down, cancerul, retardul mental, boala cardiacă etc.) dar și boli psihiatrice (de exemplu, schizofrenia, alcoolismul, boala bipolară) au puternice influențe biologice sau genetice (de exemplu, Dykens & Hodapp, 1997; Gottesman, 1991 cf. Plante, 2005). Aceste influențe biologice sau genetice au o contribuție semnificativă dar incompletă asupra dezvoltării sau evoluției multor boli. Vulnerabilitățile și predispozițiile biologice sau genetice nu determină în mod automat apariția unei boli sau trăsături, ci trebuie examinate în contextul social și psihologic specific (Pinker, 2003 cf. Plante, 2005). Aici sunt de actualitate studiile de epigenetică care au arătat că exprimarea (activarea) anumitor gene se face doar sub impactul anumitor evenimente de viață specifice.

- Alte influențe biologice asupra comportamentului se referă la funcționarea chimică a creierului. De exemplu, serotonina este un neurotransmițător asociat cu o serie de comportamente instinctuale (mâncatul, sexualitatea sau schimbarea de dispoziție). Nivelurile scăzute de serotonină se asociază cu comportament impulsiv și depresie (Institute of Medicine, 2001; Spont, 1992; Thase et al., 2002 cf. Plante, 2005). Dopamina, un alt neurotransmițător, a fost asociat cu schizofrenia.

Cele mai noi tehnologii în studierea creierului – CAT, Computerized Axial Tomography; PET, Positron Emission Tomography; MRI, Magnetic Resonance Imaging – au contri-

buit la înțelegerea mai rafinată a relațiilor dintre creier și comportament. Astfel, studiile de epigenetică și studiile care au demonstrat plasticitatea neuronală (creșterea și diferențierea creierului nu este determinată numai genetic ci și prin interacțiunea continuă cu mediul) contribuie decisiv la înțelegerea mai complexă a interacțiunii factorilor biologici cu cei psihologici și sociali. Formarea creierului nu se încheie în copilăria timpurie ci este un proces ce parcurge toată viața individului; astfel are loc o continuă formare de paternuri corticale în funcție de experiența individuală, chiar și la nivelul neuronilor din hipocampusul adult (Bjorklund și Lindvall, 2000 cf. Fuchs, 2004).

Factori sociali

Problemele individuale nu pot fi înțelese în afara contextului de viață al persoanei respective. Psihologii clinicieni iau în considerare factorii sociali și culturali care influențează comportamentul, conform celor mai recente studii științifice. Astfel, cercetările s-au focalizat pe aspectele care pot influența comportamentul uman: cultura, factori socioeconomici, etnia, orientarea sexuală, religia, suportul social și resursele comunității.

- S-a demonstrat că prevalența schizofreniei, depresiei și abuzului de substanțe în mediul urban este semnificativ mai mare decât în mediul rural (G. Lewis, David, Andreasson, & Allsbeck, 1992; van Os, Hanssen, Bijl, & Vollebergh, 2001; Eaton et al., 1984; Regier et al., 1984 cf. Plante, 2005), și a alcoolismului în mediul rural.

- S-a demonstrat importanța relațiilor sociale pentru protecția persoanelor de o serie de probleme fizice și psihice (alcoolism, depresie, hipertensiune) (S. Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; J. S. House, Landis, & Umberson, 1988 cf. Plante, 2005). Sistemul de suport social s-a demonstrat eficient

pentru longevitate (S. Brown et al., 2003; Berkman & Syme, 1979; J. A. House, Robbins, & Metzner, 1982 cf. Plante, 2005), pentru abilitatea oamenilor de a face față și a se recupera în urma problemelor fizice și psihice (D. Mahoney & Restak, 1998; McLeod, Kessler, & Landis, 1992; T. Seeman, 2001 cf. Plante, 2005).

- Factorii sociali au și efecte negative. De exemplu, boala și moartea apar frecvent în urma morții unui partener sau a divorțului, mai ales la vârstnici (Arling, 1976 cf. Plante, 2005). De asemenea, sărăcia, violența, vagabondajul, se asociază cu efecte psihologice negative. APA sugerează clinicienilor să recunoască cultura și etnia ca fiind parametrii importanți în înțelegerea proceselor psihologice (APA, 1993 cf. Plante, 2005).

- influențele psihosociale pot modifica circuitele hormonale și funcționarea neurotransmițătorilor (Anisman, 1984; Institute of Medicine, 2001 cf. Plante, 2005). Animalele crescute cu exerciții fizice și stimulare au mai multe conexiuni neuronale în părți variate ale creierului decât animalele crescute fără (Greenough, Withers, & Wallace, 1990 cf. Plante, 2005). Statutul social are un impact asupra producției hormonale (de ex., cortizolul) ceea ce influențează stresul (Institute of Medicine, 2001 cf. Plante, 2005).

- alți factori psihosociale care par a influența funcționarea biologică sunt: izolarea socială, stresul interpersonal și de mediu, pesimismul, depresia și furia, care s-au asociat puternic cu tulburări fizice variate și chiar cu moartea (Bremner, 2002 cf. Plante, 2005). Aceste tulburări fizice sunt, de exemplu, hipertensiunea sau infarctul miocardic dar și cancerul (Goleman, 1995; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002; Shorter, 1994 cf. Plante, 2005).

Integrarea aspectelor biologice cu cele sociale și psihologice în abordarea clinică a cazurilor dispune de câteva implicații teoretice și practice:

- *înțelegerea influențelor biologice și chimice ale medicamentelor* (de exemplu, antidepresivele, anxioliticele, antipsihoticele). Întotdeauna tratamentul medicamentos al unor aspecte psihice are efecte secundare diverse (amețelă, creșterea toleranței la substanță, dependență fizică sau psihică – anxioliticele; insomnie, nervozitate – antidepresivele; rigiditate musculară, creștere în greutate, constipație, uscarea mucoasei bucale – antipsihoticele) care, la rândul lor conduc la apariția altor consecințe emoționale, fizice și sociale, creând, de multe ori un cerc vicios greu de explicat pacientului și dificil de abordat de către clinician.

Un psiholog care cunoaște aceste influențe și consecințe, va folosi medicația numai în cazuri speciale, în funcție de gravitatea simptomelor (de exemplu, delir, halucinații) sau a situației în care se află persoana (de exemplu, atac de panică înaintea unei intervenții chirurgicale urgente). Grawe (2007 cf. Corsini & Wedding, 2010) susține că, din perspectiva neuroștiințifică, terapia psihofarmacologică care nu este coordonată simultan cu alterarea experiențelor personale (prin psihoterapie), nu este justificată și este iresponsabilă.

Psihoterapia nu poate fi înlocuită cu medicația pentru că nu există încă mijloace biochimice care să determine schimbarea dispozițiilor dezadaptative de interacțiune și comportament care conduc la apariția unei tulburări. Aceste dispoziții pot fi schimbate doar prin experiențe noi și repetate, adică prin procese de învățare emoționale, verbale și interpersonale care, în timp devin noi rețele în structurile creierului (Fuchs, 2002 cf. Fuchs, 2004).

- *înțelegerea impactului experiențelor emoționale*, (provocate de evenimentele trăite sau de procesul psihoterapeutic) asupra activării genetice și asupra rețelelor neuronale. Aspectele culturale, în general și cele familiale, în special funcționează ca activatori genetici. Efecte epigenetice pot fi pozitive

sau negative în funcție de calitatea experiențelor. Astfel, această complexă matrice bio-culturală a organicului și mediului social construiește modul în care omul funcționează dar și potențialul său de creștere (Baltes, Reuter-Lorenz, & Rösler, 2006 cf. Corsini & Wedding, 2010).

- există o *transformare mutuală reciprocă între procesele psihologice și cele biologice*, activată de creier. Astfel, o tulburare psihică este produsul unei cauzalități circulare între influențele psihologice, neurofiziologice, de mediu și sociale care interacționează continuu unele cu celelalte. Creierul este doar un factor mediator și nu cauza tulburărilor psihice.

Perspectiva biopsihosocială a fost larg acceptată atât în medicină cât și în psihologie și deține date de cercetare care îi susțin puternic eficiența. Acest model a devenit extrem de influent în psihologia clinică.

3.2. Modelul rezilienței asistate

Un model actual de teoretizare și practică clinică care se situează în congruență cu modelul biopsihosocial este cel propus de Ionescu (2009, 2013) – modelul rezilienței asistate. Acesta lărgeste cadrul de înțelegere a tulburărilor psihice și mai ales subliniază importanța a două obiective practice ale activităților clinice, deseori uitate sau ignorate: recuperarea psihică și prevenția apariției patologiei psihice.

Sub presiunea obiectivului de diagnosticare psihică a persoanelor, psihologii clinicieni pierd deseori din vedere faptul că, etichetarea psihodiagnostică (chiar dacă corectă!) nu are în sine o valoare pentru persoana evaluată. Punerea unui diagnostic psihic se justifică numai în măsura în care este o activitate prelungită cu identificarea unor modalități de ameliorare, îmbunătățire a funcționării psihologice a persoanei. Este vorba, până la urmă, de misiunea fundamentală a

psihologului (cf. Codului deontologic al profesiei de psiholog, 2013, p.5) – „psihologul desfășoară activități (...) pentru prevenirea tulburărilor emoționale și de personalitate, precum și a fenomenelor de inadaptare la mediul social și profesional, în vederea optimizării funcționării umane”.

Modelul clinic al rezilienței asistate se aliniază pe deplin acestui deziderat și oferă modalități concrete de înțelegere a tulburărilor psihice și acțiune clinică. Inițiatorul acestei perspective, Ionescu (2009, 2013) introduce noțiunea de reziliență asistată pentru a muta accentul clinic de pe patologizarea excesivă a persoanelor, pe accesarea resurselor naturale de recuperare pe care acestea le au. Această nouă formă de analiză a datelor clinice contribuie, pe de o parte, la înțelegerea faptului că factorii de risc nu conduc în mod automat la apariția formelor de patologie psihică, ceea ce contează fiind balanța dinamică a elementelor de risc cu cele de protecție, iar, pe de altă parte, schimbă fundamental obiectivul practicii clinice – recuperarea și prevenția. Conceptul de reziliență asistată și acțiunile ce derivă din acesta vizează atât nivelul individual (centrat pe persoană) cât și cel grupal, comunitar sau societal. Evenimentele potențial traumatizante acționează nu numai asupra persoanei individuale cât și asupra grupurilor sociale, determinând răspunsuri și evoluții psihice diferite.

Ionescu & Jourdan-Ionescu (în Ionescu și Blanchet, 2009) contribuie la înțelegerea apariției și menținerii tulburărilor psihice, conceptualizând *psihopatologia ca un proces* cu doi piloni: *vulnerabilitate și reziliență psihologică*. Noțiunea de vulnerabilitate este considerată o formă de fragilitate, o capacitate de rezistență mai redusă, o sensibilitate mai mare la adversitate (Ionescu, 2009, 2013, Nedelcea, 2012). Vulnerabilitatea este o trăsătură stabilă înăscută sau dobândită; este latentă, greu de observat și nu se exprimă în absența stresului (vezi modelul diateză-stres). „Vulnerabilitatea apare mai

degrabă ca un teren fragilizat de acțiunea factorilor de risc prezenți sau care au acționat înainte” (Ionescu, 2009, p. 195).

Factorii de risc pot fi diverși – genetici, biologici, psihologici, de mediu și sociali – și pot forma lanțuri cauzale multiple. În dezvoltarea unei tulburări psihice contează: numărul factorilor de risc, efectele specifice pe care fiecare factor le determină și gradul de proximitate al persoanei cu factorul de risc. Există numeroase studii centrate pe identificarea factorilor de risc specifici unei tulburări psihice particulare. O trecere în revistă a acestora este realizată în secțiunea dedicată modelului biopsihosocial în abordarea clinică. În evaluarea psihologică clinică devin esențiale: identificarea factorilor de risc pentru persoana evaluată și inferarea potențialului de vulnerabilitate.

În plus, Ionescu & Jourdan-Ionescu (în Ionescu & Blanchet, 2009) relevă importanța, deseori ignorată în evaluarea clinică, a rezilienței psihice a persoanei în dezvoltarea unor tulburări psihice. *Reziliența* este definită ca (p. 204):

- a) o capacitate de a se dezvolta bine pe plan psihic sau de a se recupera rapid, de a se adapta la evenimente de viață dificile, cu potențial traumatizant;
- b) un rezultat constând în absența unor tulburări psihice în și după situații care ar putea să le provoace;
- c) procese de interacțiune între persoană-mediu și factori de protecție moderatori ai riscului.

Printr-o comparație cu noțiuni înrudite propuse de alți teoreticieni – *anduranță, simțul coerenței, împlinire, adaptare* – autorii specifică o parte dintre atributele persoanelor reziliente:

- sentimentul controlului propriei vieți, a alegerilor proprii de acțiune și influență evenimentelor adverse;