

## 2. DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC

### FOAIA DE OBSERVAȚIE PSIHIATRICĂ

Diagnosticul se realizează în practica psihiatrică la fel ca în întreaga medicină de către o persoană calificată (psihiatru), care obține o serie de informații, le compară cu datele cunoscute (și, în primul rînd, cu SNN pe care se bazează în practica lui), gîndește, deliberează, ajunge la anumite concluzii și formulează – pentru sine și pentru alții – un diagnostic care susține proiectul său terapeutic și anunță comunității din care face parte existența unei anomalii maladeive. Procesul antropologic-intelectiv al diagnosticării nu este specific medicinei, avînd un rang de generalitate umană. Un subiect care se află în situația de a-și desfășura gîndirea în direcție diagnostică este orientat concomitent atît spre o identificare cît mai exactă (a cazului dat raportat la un sistem de referință), cît și spre o evaluare valorică (sau valorizantă) care poate propulsa și institui cazul dat în calitatea de „caz tipic exemplar“.

Concluzia procesului de diagnostic este fixată, de obicei, într-un cod, o etichetă, un comentariu pe axe, o descriere etc. Această concluzie nu are niciodată valoare în sine, ci este integrată într-un proces ulterior: fie în direcția sprijinirii terapiei (medicamentease, psihoterapice etc.); fie în direcția unei decizii de expertiză (medico-legală, a capacității de muncă, a capacităților de exercitare a diverselor roluri sociale etc.); fie în direcția evidențelor statistice care pot argumenta orientări de politică sanitară.

Atunci cînd desfășoară procesul intelectual de diagnosticare un medic psihiatru parcurge (uneori, inconștient) anumite etape:

- Stabilirea dacă cazul respectiv depășește sau nu limitele acceptabile ale „normalității“.
- Stabilirea dacă cazul respectiv se înscrie predominant în anormalitate, defect, episod maladiv sau boală.

- Stabilirea speței clinice de „anormalitate“, deci, a „patologiei“ despre care e vorba în cazul dat cu toate implicațiile sale (de configurație a tabloului clinic, de etio-patogenie etc.).

- Stabilirea proiectului terapeutic.

- Stabilirea evaluativă a prognosticului și a strategiilor de management, pe termen scurt, mediu și lung (în funcție de resursele și factorii terapeutici ce pot fi mobilizați de echipa ce poate fi angajată, de coterapeuții ce pot participa la acțiune etc.).

- Stabilirea nivelului abilităților psiho-sociale (de randament, de relaționare, de a face față stresurilor, de a se regenera etc.) care preced starea maladivă sau care-i urmează, deci, diagnosticul handicapurilor ce pot conduce la disabilități.

- Stabilirea (cu valoare pentru „expertize“) a unor variate capacități.

Din integrarea acestor date rezultă concluzia că diagnosticul medical-psihiatric nu se referă la o etichetare abstractă, ci furnizează date care au un impact direct asupra existenței ulterioare a persoanei în cauză.

Pentru a se realiza un diagnostic pertinent din toate punctele de vedere menționate este necesar să existe un set de informații suficient despre persoana în cauză (= persoana de diagnosticat), iar aceste informații să fie ordonate în mod logic și semnificativ, astfel încât să poată fi utilizate cu ușurință pentru concluzia diagnostică. Modalitatea standard (centrală, nucleară) de ordonare a unor asemenea date o constituie „Foaia de observație“ psihiatrică.

În ultimele decenii s-au făcut multe eforturi în direcția încercării de standardizare a unui astfel de document (cele mai importante fiind cele europene, sintetizate în sistemul AMDP). A se vedea anexa 4, p 405.

Foaia de observație psihiatrică (F.O.) urmează să posede următoarele capitole:

- I. Date pașaportale și calificarea examinatorului;
- II. Date privitoare la împrejurările internării;
- III. Antecedente heredo-colaterale;
- IV. Date privitoare la familia de origine;

V. Antecedente erotico-afective și privitoare la familia pacientului;

VI. Antecedente instructiv-educative pînă la 15 ani;

VII. Antecedente privitoare la formarea profesională și exercitarea profesiei;

VIII. Evenimente de viață importante;

IX. Structura persoanei premorbide;

X. Date privitoare la dezvoltarea biologică normală;

XI. Date de patobiografie somatică;

XII. Antecedente patologice psihiatrice;

XIII. Date privitoare la boala actuală;

XIV. Starea actuală psihopatologică;

XV. Starea somatică actuală;

XVI. Diagnosticul (elaborarea, formularea și fundamentarea acestuia);

XVII. Plan terapeutic;

XVIII. Evaluare prognostică;

XIV. Evoluție;

XX. Epicriză.

Structura F.O. astfel formulată cuprinde datele sistemului AMDP într-o ordine puțin modificată și cu unele completări:

**Date pașaportale:**

– Nume, vîrstă, sex, stare civilă, profesie, adresă, acte de identitate, numărul zilelor de concediu medical la internare, dacă este conducător auto, dacă este gravidă (pentru femei) etc.

– Bunuri și documente depuse pentru păstrare cu ocazia internării; Date privitoare la persoana care întocmește foaia.

Privitor la toate aceste domenii este necesar să se obțină informații din variate surse. Și, de asemenea, pot fi prezentate clinicianului investigator schemaghid cu date minime sau ample care se cer înregistrate și prezentate într-o anumită ordine. Pentru unele paragrafe, cum ar fi de exemplu: „Date privitoare la împrejurările internării” (III), enumerarea și standardizarea este simplă. Pentru altele, cum ar fi de exemplu: „Structura persoanei premorbide” (IX) atît obținerea unor date semnificative, cît și interpretarea și prezentarea lor standardizată, este mai dificilă. În alte paragrafe, cum ar fi antecedentele heredo-colaterale (III), se poate opta pentru o schemă simplă (de exemplu, identificarea unor boli psihice precise în arborele genealogic). Sau pentru o

schemă mai complexă (utilă pentru cercetare) în cadrul căreia este necesară identificarea și a patologiei de „spectru genetic“ (inclusiv a persoanelor cu anumite particularități caracteriale). Pentru unele paragrafe, cum ar fi „Evenimente de viață importante“ (VIII), se cere o metodologie specială care să permită atât identificarea tipului de eveniment (dintr-o listă), cât și perioada de viață cînd acesta s-a produs (de exemplu, după schema unei matrici, așa cum se procedează în AMDP).

Un paragraf deosebit de important, chiar esențial, este cel privitor la „starea psihopatologică actuală“ (XVI). Acesta se referă, desigur, la episodul maladiv actual. În cazul în care au existat episoade maladive precedente celui actual ele trebuie identificate și reconstituite în ceea ce privește durata lor, modul și împrejurările de debut, simptomatologia (și evoluția lor), eventuala internare, terapia, remisiunea, posibilul defect, intervalul între două episoade, colaborarea cu serviciile terapeutice în acest interval etc. (O schemă destul de detaliată pentru o astfel de înregistrare se găsește în documentul PHSD elaborat de OMS). Este posibil ca toate episoadele psihopatologice anterioare să fie de același tip cu cel prezent sau din aceeași clasă nosologică (de exemplu, depresive sau depresive și maniacale). Alteori clasa nosologică a episoadelor anterioare e aceeași, dar intensitatea diferă (de exemplu, depresie de intensitate nevrotică sau tulburare ciclotimă). Sînt posibile și cazuri în care în antecedente sînt prezente episoade diferite și din alte clase nosologice decît cel actual. Acest fapt se evidențiază mai ales dacă se face inventarul tuturor episoadelor și tulburărilor psihopatologice din cursul biografiei, incluzînd și tulburările tranzitorii și tulburările specifice de dezvoltare din copilărie. Un astfel de inventar este totdeauna util, mai ales dacă se corelează cu particularitățile tipologico-caracteriale ale persoanei, cu evenimentele importante ale biografiei și cu caracteristicile nișei ecologice umane în care persoana a trăit la diverse vârste.

Luînd în considerare situația în care episodul analizat este primul, principala problemă a diagnosticianului o constituie stabilirea cu cît mai multă acuratețe a stării psihopatologice actuale. Desigur, „actual“ se referă la o anumită perioadă de timp (ultimele zile, săptămîni, ultima lună; fapt ce trebuie totdeauna precizat). Punctul de plecare al acestei evaluări îl reprezintă constatările examinatorului (psihiatrului) în cadrul unui contact

nemijlocit, actual, cu pacientul. Sistematizarea informațiilor obținute cu această ocazie ar putea fi prezentată conform următoarei scheme:

**1. Aspectul, prezentarea, expresivitate mimico-gestuală și fizionomică a pacientului.** Aceste date semiologice sînt observabile înainte de încercarea de conversație (și în timpul acesteia). Se pot reține indicii semiologici pe care-i grupează constituția bio-tipologică: vestimentația, podoabele, îngrijirea corporală (părul, fața, tegumentele), aspectul mimico-gestual). Acestea oferă informații asupra stării afective de moment (emoționale, de tipul spaimii, furiei, disperării, bucuriei etc.), asupra dispoziției afective de durată (depresie, iritare, indiferență, euforie etc.), asupra structurării cîmpului de conștiință și a modului de raportare actual la ambianță (investigație neliniștită, concentrare pe o problemă, detașare, dezorientare, neînțelegere, perplexitate, absența confuzivă etc.). Pe calea observației pot rezulta date care indică existența unei stări de neliniște psihomotorie, de agitație, de stupor (cataton, melancolic, confuziv) etc. La fel, observațional, pot fi sesizate, descifrate și notate date de serie fiziognomică, adică indici care sugerează (după expresivitatea corporal-facială) inteligența, diverse particularități sau caracteristici tipologico-morale (răutate, viclenie, ipocrizie, naivitate, bunătate, aroganță etc.).

Datele menționate pot fi notate la începutul paragrafului privitor la „examenul psihopatologic al stării actuale“, acordîndu-se o extindere variabilă diverselor subpuncte. Ele vor constitui un punct de sprijin pentru diverse alte „simptome“. O parte din datele de observație din timpul examinării pot fi notate și în cadrul unor sisteme standardizate de inventarierea semiologică. Astfel, în PSE se menționează: – comportarea în timpul convorbirii (autonegligența în aspectul corporal), apariția bizară, lentă în mișcări (mers, subactivitatea), agitație (în sens de neastîmpăr, neliniște), excitația grosieră și violentă, comportament ireverențios, distractibilitate, comportament neadecvat social, manifestări și atitudini posturale, mișcări stereotipe, comportament sugerînd prezența halucinațiilor, mișcări catatonice, expresia afectivă în timpul interviului, depresia observată în

expresie, histrionism, dispoziție hipomaniacală, iritabilitate ostilă, suspiciune, perplexitate, dispoziție labilă, tocirea afectivă exprimată, inadecvare afectivă, vorbirea în timpul interviului, neologisme (cuvinte sau fraze folosite în sens strict personal), tulburarea conținutului vorbirii, incoerența ei, sărăcia conținutului dialogului, răspunsuri înșelătoare.

O mențiune aparte merită datele „fiziognomonice”. Acestea, împreună cu datele observării bio-tipologice, participă la susținerea unui „diagnostic al fondului de personalitate”. Datele fiziognomonice pot fi obținute printr-o observare și „contemplare” mai îndelungată a pacientului (de exemplu, cea pe care o realizează pictorul contemplând figura cuiva pentru realizarea unui portret). Merită, de asemenea, semnalată interpretarea specială pe care o dă Jaspers „fizionomiei” în ultimele ediții ale tratatului său de psihopatologie și care se referă la „stilul în care e organizată ambianța habitatului persoanei”. Desigur că datele privitoare la fizionomie, în sens restrâns sau lărgit, nu pot fi obținute și sintetizate rapid, cu ocazia unei scurte întâlniri cu pacientul în spital.

Datele privitoare la aspect și prezentare pot fi consemnate în foaia de observație în modalități standardizate sau nestandardizate, fiind utilizate pentru susținerea celorlalte paragrafe semiologice.

**2. Contactul psihic, expresivitatea verbală spontană și provocată.** Felul în care subiectul se exprimă spontan și solicitat în raport cu alte persoane reprezintă un important indice semiologic. Se pot menționa următoarele eventualități: – adresața spontană a pacientului, greu de ordonat și dirijat; – adresața spontană ce se transformă în dialog; – deschidere spre comunicare variată și bogată; – răspuns reținut și scurt (telegrafic) sau neadecvat („vag”) la întrebări; – răspuns „alături”; – răspuns adecvat, însă, doar la întrebări repetate și insistente; – lipsa răspunsului (mutism) cu impresia că pacientul dorește comunicarea, dar nu o poate realiza; – lipsa de răspuns la solicitări cu ignorarea interlocutorului și a ambianței.

Un alt aspect îl constituie caracteristicile formale ale vorbirii care, de obicei, sînt sinergice cu cele ale expresivității și comportamentului. La acest nivel se poate nota: – ritmul vorbirii; –

intensitatea vorbirii (ca ton); – modularea (nuanțarea) vorbirii în funcție de conținut; – bogăția comunicativă a vorbirii (vorbire concisă, telegrafică, vagă, manieristă); – corectitudinea gramaticală și logica a vorbirii.

**3. Orientarea, nivelul și structura câmpului de cunoștință.** La acest nivel e necesar să se stabilească în ce măsură subiectul este orientat în spațiu, timp, în raport cu situația, cu alte persoane și cu sine. Funcționarea memoriei este fundamentală pentru această orientare, dar joacă un rol important și capacitatea de „aprehensiune” și înțelegere.

**4. Date semiologice privitoare la funcțiile de cunoaștere:** atenție, percepție, memorie, imaginare, gândire, flux ideativ, nivel de înțelegere.

**5. Date semiologice privitoare la funcțiile conative:** instinctive (energetice, oral-alimentare, sexuale, de agresivitate, ciclul somn-veghe, funcțiile vegetative), afective (emotivitate, dispoziție afectivă, afectivitate tranzitivă), aspirație socială, sociabilitate, aspirație valorică.

**6. Date semiologice privitor la funcțiile volitive:** motivație, deliberare, decizie și persistența în acțiune, capacitatea realizatorie etc.

**7. Date privitoare la conștiința de sine:** receptare a propriei corporalități, identități, poziții în lume, a convingerilor proprii, a înțelegerii stării actuale (de boală etc.).

Datele astfel structurate pot cuprinde variate simptome care trebuie, apoi, regrupate. Pentru aceasta sînt utile sistemele standardizate (AMDP, PSE etc.), astfel încît să se poată înșira „liste de simptome” (dintre cele definite în sistemele respective, precum și altele care nu sînt explicit definite în aceste sisteme). Întocmirea unei „liste de simptome” este fundamentală și obligatorie pentru o F.O. psihiatrică. Ea permite configurarea unor sindroame și stabilirea unor argumente pentru diagnostic. De asemenea, dacă o astfel de listă este repetată la intervale regulate se poate stabili ordinea apariției unor noi simptome și a dispariției altora sub tratament.

## OBTINEREA DATELOR NECESARE DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC

Așa cum a rezultat din comentarea F.O. psihiatrice, pentru formularea unui diagnostic este necesar să se culegă o serie de date despre o anumită persoană. Doar astfel se pot identifica simptomele și restul datelor care dezvăluie prezența bolii.

În raport cu medicina generală în domeniul psihiatriei crește foarte mult rolul simptomelor „subiective” și a celor „comportamentale”. Modificările anormale ale „trăirilor afective”, ale „stărilor de conștiință”, ale percepțiilor și convingerilor, precum și ale comportamentelor consecutive acestora, constituie „baza de date” pentru semiologia psihiatrică. De aceea, conceptul de simptom din medicina generală se modifică parțial în psihiatrie (Tatossian). El își păstrează sensul de indiciu, dar capătă, deseori, și valoare de simbol. În plus, în semiologia psihiatrică este mult implicat limbajul. Majoritatea simptomelor psihiatrice ale unei stări psihopatologice actuale constau din trăiri subiective, conștiente, anormale, relatate prin limbaj. Însuși felul în care se structurează selectarea, textul vorbit al pacientului, poate constitui un simptom psihopatologic. Vom putea nota următoarele modalități de abordare ale simptomatologiei (a „fondului de date” cu valoare semiologică) în cadrul psihiatriei:

- Relatarea pacientului spontană, dar mai ales orientată prin chestionare, ca răspuns la întrebări.
- Observarea pacientului în situație, în manifestările sale expresive, lingvistice, comportamentale.
- Manifestări expresive durabile sau persistente ale persoanei sub forma scrisorilor, mărturisirilor scrise, a „operelor” create etc.
- Informații obținute de la terțe persoane care cunosc pacientul, au conversat cu el, l-au observat un timp mai scurt sau mai îndelungat etc. Aceste relații pot fi spontane sau pot rezulta dintr-o investigație ținută, din chestionări, anchete etc.
- Relațiile examinării psihologice realizate în anumite condiții standard. Există tranziții între aceste examinări psiho-

logice și investigarea notată la punctul 1 (interviu structurat) și cea de la punctul următor.

- Observarea pacientului în împrejurări standard (de exemplu, în cadrul activităților de socioterapie, a activităților profesionale etc.).

- Informațiile care rezultă din observarea și analizarea pacientului în cadrul unei cure psihoterapeutice.

O problemă importantă care se cere precizată ori de câte ori se obțin date despre pacient este cea a incidenței existenței sale la care abordarea se referă. De obicei, se diferențiază între: a) starea actuală (avînd și o durată anume, de exemplu, o zi, o săptămînă, o lună); b) comportamentul perturbat care se referă, de regulă, la o perioadă mai îndelungată (luni, ani); c) fondul structural-caracterial (manifestat prin „trăsături de caracter“ persistente în timp, de-a lungul anilor).

1. *Interviul.* Principala sursă de date pentru identificarea stării malade, a simptomelor psihopatologice și a unei boli psihice date, o constituie *interviul*. Situația interviului psihiatric este cea a unei relații interpersonale asimetrice. Psihiatrul caută printr-o investigare orientată să afle o serie de date despre trăirile subiective și despre problemele vieții pacientului, iar acesta ajunge să relateze, să „mărturisească“, să „destăinuie“ aspecte ale vieții sale ori trăiri deosebite care, în mod spontan, nu le comunică. De aceea, o bună investigare prin interviu se realizează în condițiile unei atmosfere psihologice speciale, de încredere, pe care psihiatrul trebuie să știe să o inducă. În al doilea rînd, în cadrul interviului clinicianul dorește să obțină anumite informații precise, să identifice anumite simptome (sau trăsături de caracter), astfel încît el întrebă după un anumit plan, orientat de o schemă pe care vrea să o completeze (de exemplu, schema foii de observație), de o listă de simptome a căror prezență sau absență vrea să o identifice. Acest fapt face ca el să pună anumite întrebări, deseori, într-o anumită ordine. Orice interviu (orice chestionare semiologică) este astfel mai mult sau mai puțin structurat, investigatorul căutînd în mod deliberat să afle ceva precis. Această „structurare“ a interviului poate fi mai rigidă sau mai laxă. În primul caz, psihiatrul pune anumite întrebări precise (totdeauna în aceeași formulare) la care, de obicei, pacientul răspunde prin da sau nu, furnizînd în plus și detalii sau exemple. Întrebările sînt puse într-o ordine precisă, totdeauna, aceeași. Un exemplu clasic

de interviu structurat este PSE (Present State Examination, elaborat de Wing, Cooper și Sartorius). Ultima ediție a acestuia, a 10-a, stă la baza celui mai complex interviu structurat denumit prescurtat SCAN. Se poate menționa și RDC – Spitzer – Endicott și, mai recent, interviul DIS (Diagnostic Interview Schedule – Robins și coll., 1981) destinat să furnizeze o bază de date pentru numeroase diagnostice din DSM-III, insistând și asupra istoriei vieții (DIS comportă un protocol de întrebări detaliate la care se răspunde prin *da* și *nu*, lăsînd la o parte, în mare măsură, experiența clinică a examinatorului).

Într-un al doilea caz formularea întrebării nu este, totdeauna, aceeași. În plus, întrebările sînt mai „deschise”, permițînd răspunsuri mai ample. Pacientul este stimulat să se exprime cît mai „spontan” și „liber”, iar ordinea întrebărilor poate și ea să nu urmeze o succesiune fixă. Și în aceste cazuri, însă, ansamblul problemelor de investigat trebuie parcurs.

Un tip intermediar de investigare prin chestionare este acela în care sînt fixate problemele asupra cărora trebuie obținute informații, precum și „lista de simptome” a căror prezență trebuie căutată (împreună cu definiția acestora). Aceste date trebuie lămurite într-o ordine fixă, fie că sînt prezente sau nu, dar nu se oferă indicații restrictive privind felul de întrebare care trebuie pusă. Acest sistem este folosit în AMDP.

Vom indica eventualitățile care pot fi întîlnite în cadrul interviului. Datele care pot fi obținute în cadrul unui dialog direct cu pacientul se distribuie între două extreme. La un capăt, pacientul vorbește mult, spontan, neîntrebat (ca în logoreea maniacală sau în unele cazuri de schizofrenie), intervențiile examinatorului neputînd modifica decît parțial ritmul și sensul discursului. La celălalt capăt, asistăm la mutism: pacientul nu vorbește deloc chiar dacă este întrebat țintit și insistent. Între aceste două extreme se desfășoară dialogul susținut între medicul examinator și pacient. Acest dialog poate avea, din perspectiva medicului examinator, diverse grade de direcționare. Astfel se poate diferenția (după Rutter, 1982):

– Stilul în care examinatorul se lasă ghidat de orientarea relatării făcută de pacient, urmărindu-și flexibil planul de obținere al informațiilor.

– Stilul în care el pune întrebări, dar care sînt mai mult stimulative pentru exprimarea și „descărcarea” subiectului, fără a

fi întrebări țintite la care să se răspundă prin da sau nu. Se vorbește în acest caz de „stil dialogal de stimulare psihoterapeutică” (este stimulată mărturisirea pacientului, inclusiv „descărcarea” lui afectivă și mimică). Investigatorul stimulează răspunsul pacientului prin aprobări, printr-o atitudine de ascultare interesată, binevoitoare și participativă.

– Stilul în care se realizează un interviu structurat prin întrebări precise, adresate într-o anumită ordine.

– Stilul unei explorări sistematice, în care întrebările sînt extrem de țintite și rigide, pacientului fiindu-i interzis orice comentariu în plus în afara răspunsului prin *da* sau *nu*.

În ceea ce privește modul de formulare al întrebării el poate fi „închis”, în sensul că pacientul poate răspunde doar prin da sau nu; relativ „închis” în care sînt posibile cîteva variante de răspuns, dar simple și precise; sau poate fi „deschis”, în sensul că pacientul poate răspunde printr-un comentariu descriptiv mai larg. *Modelul optim al interviului pare a fi acela care să poată oscila „flexibil” între întrebări „închise” țintite și întrebări „deschise” care lasă cîmp liber pacientului pentru a relata și a se manifesta.*

„Interviurile structurate” care s-au impus în anii 1970 s-au axat mai ales pe întrebări „închise”, dar care permit multe variante și obligă examinatorul să observe manifestări expresive ale pacientului din timpul întrebărilor și răspunsurilor. Caracteristicile bazale ale interviurilor structurate constau din definirea prealabilă clară a simptomelor care sînt investigate prin întrebări și din ordinea rigidă a punerii acestora. Pe de o parte, toate „interviurile structurate” existente au o valoare limitată deoarece nu pot cuprinde întreaga arie a simptomatologiei psihopatologice, iar datorită rigidității în ordinea întrebărilor se pierde o parte din spontaneitatea informației pe care pacientul ar putea-o furniza. Pe de altă parte, interviul structurat, care obligă examinatorul să pună o suită de întrebări într-o ordine fixă evită omiterea unor simptome care altfel ar putea fi „uitate” sau cărora ar putea să nu li se acorde importanța cuvenită. În toate aceste cazuri se aplică principiul că, de cele mai multe ori, dacă cineva (un pacient) nu este întreat privitor la un simptom el poate să nu relateze, în mod spontan, respectiva trăire psihopatologică. De aceea, chiar dacă nu se utilizează un „interview structurat” examinatorul trebuie să dețină o evidență clară a simptomelor asupra cărora s-a interesat prin

interviul său, precum și asupra celor pe care nu le-a înregistrat și investigat prin întrebările sale.

În cadrul „diagnosticului de simptom“ se evaluează și *intensitatea* lui pe baza informațiilor verbale și a datelor de observare directă.

În continuare, vom prezenta un exemplu din interviul structurat PSE, care se referă la „îngrijorare“. Simptomul este expresiv, în sensul că dacă ceva nu te interesează și nu întrebi în direcția respectivă nu afli nimic despre el (Wing remarca că în literatura germană și franceză acest simptom lipsește).

**Îngrijorarea.** Acesta este posibil cel mai ubicuitar simptom psihiatric și nu are o semnificație diagnostică precisă. Indiferent de conținut, următoarele trei caracteristici trebuie să fie prezente, altfel simptomul fiind evaluat ca absent:

(I) un gând dureros, neplăcut, neconfortabil;

(II) ce nu poate fi oprit voluntar;

(III) și care este disproporționat față de motivul care l-a declanșat.

#### Întrebări:

– V-ați îngrijorat mult în timpul lunii trecute? Din ce cauză?  
 – Cercetați cauza: bani, cămin, copii, sănătate, slujbă, căsătorie, rude, prieteni, vecini, altele.

– Cât de tare v-ați îngrijorat? Sînteți de felul Dvs. un prăpăstios?

– Dacă există vreo indicație privind îngrijorările, utilizați întrebările care urmează:

– Ce se întîmplă cînd sînteți îngrijorat?

– În ce stare intră atunci mintea Dvs.?

– Apar gânduri neplăcute care se rotesc mereu și mereu în mintea Dvs.? Le puteți opri îndreptîndu-vă atenția spre altceva?

**COTAȚI ÎNGRIJORAREA:** Un noian de gânduri dureroase care nu pot fi oprite, sînt disproporționale cu motivele îngrijorării subiectului.

1 = Simptomul este, în mod diferit, prezent în timpul lunii trecute, dar cu intensitate clinică moderată sau intensă mai puțin de 50 % din timp.

2 = Simptomul este intens clinic mai mult de 50% din timp.

Din exemplul de mai sus este de reținut că examinatorul trebuie să aibă în minte o definiție a simptomului pe care îl caută,

să facă o sinteză între răspunsul primit și datele de observație și să încerce să evalueze intensitatea simptomului.

Psihiatrul poate avea (și e necesar să aibă) întrevederi, interviuri și ocazii de comunicare repetate cu pacientul; toate putând furniza date pentru completarea unui „examen psihiatric standard“ s-au a unei „foi de observație standard“. În cadrul acestei succesiuni de contacte este necesar să se degajeze una sau câteva „situații de comunicare“ centrale care să fie invocate în completarea F.O. psihiatrice standard.

2) Observarea pacientului în situația examinării, în manifestările sale expresive, lingvistice și comportamentale, joacă un rol complementar în orice interviu mai mult sau mai puțin structurat. Aspectul „subiectiv-resimțit“ și cel „obiectiv-constatat“ al unui simptom poate fi, deseori, diferențiat. De exemplu, se poate diferenția între „presiunea interioară de a vorbi mult“ și „logoreea efectivă“, adică faptul că pacientul realmente vorbește mult (sau, simetric, între faptul inhibiției subiective de a vorbi și faptul expresiv constatabil că un subiect vorbește puțin, lent, încet sau deloc). De asemenea, se poate diferenția între anxietatea resimțită subiectiv (uneori, avînd intensitatea sentimentului morții iminente), manifestarea expresivă, mimico-comportamentală a omului anxios și tulburările neuro-vegetative concomitente. În variate sisteme de investigare și observare nosologică cele două aspecte pot fi precizate separat (de exemplu, în PSE) sau evocate fără o astfel de precizare (de exemplu, în AMDP unde se specifică faptul că examinatorul trebuie să țină seama *de toate informațiile* ce rezultă din răspunsul la întrebări și din observarea subiectului pentru a identifica eticheta și evalua cantitativ un simptom). Observarea pacientului se conjugă cu relatările sale pentru a defini „starea actuală“ în care se află.

3) În completarea F.O. psihiatrice medicul poate și trebuie să țină seama de toate informațiile semnificative care rezultă din „mărturisirile“ și „exprimările obiectivate“ ale pacientului indiferent de gradul acestora de intenționalitate și valoare. Pot fi utile scrisorile pacientului, reclamațiile pe care le face, picturile pe care le produce etc. De altfel, există o continuitate între expresivitatea mimico-gestuală, vestimentară, cea legată de ordonarea ambianței în care locuiește, cea fiziognomonică și cea a „produselor“ sale (Jaspers). Toate acestea pot interesa atît sub aspectul formal, cît și

sub cel al conținutului. Poate fi interesant și util și studiul grafologic.

4) Informațiile obținute de la terțe persoane sînt obligatorii în structurarea datelor informative privitoare la un caz psihiatric. Aceste date se vor referi în egală măsură la istoria biografică în ansamblu, cît și la istoria recentă a stării maladive actuale.

Informațiile de la terțe persoane trebuie să fie cît mai ample. Ele se structurează, de obicei, în raport cu contextele proximale de existență socială ale subiectului. Astfel, se vor reține informațiile care provin de la familia pacientului (de origine sau proprie cu precizarea relației de rudenie și a raportului afectiv al celui ce informează față de persoana despre care se vorbește). Apoi, pot fi reținute informațiile de la prieteni, de la colegi (de studiu, de serviciu), provenite de la organele de ordine publică, de la instituțiile în care subiectul este încadrat prin exercitarea profesiei etc. Desigur, informațiile provenite de la orice persoană care cunoaște subiectul respectiv sînt importante pentru „fondul de date” necesare. Însă, este necesar și util ca aceste informații să fie filtrate și sintetizate adecvat.

5) Rezultatele examinărilor psihologice sînt importante pentru clasificarea unor probleme pe care clinicianul și le pune. Rostul acestor examinări este ca realmente clinicianul investigator să caute o soluție diagnostică prin cît mai variate mijloace. Examenul psihologico-psihiatric pot oferi informații, mai mult sau mai puțin cuantificate privitor la: – diverse funcții de cunoaștere (atenție, percepție, memorie, imaginație) și la nivelul de ansamblu a dezvoltării inteligenței (prin stabilirea unui „coeficient intelectual” (Q.I.); – particularități tipologico-caracteriale ale personalității și unele aspecte importante ale dinamicii acestora cum ar fi impulsivitatea, agresivitatea, tendințele explozive, sociabilitatea, particularitățile raportării și integrării sociale, răspunderea la frustrare, încrederea și stima de sine, tendințe suicidare etc. Datele menționate pot fi elucidate parțial, în cadrul examenului psihologic și din perspectiva motivațională, inclusiv a motivației profunde, preconștiente și inconștiente, a „complexelor” psiho-abisale. Din altă perspectivă, examenul psihologic poate furniza indici în direcția diverselor sindroame ori suferințe psihopatologice cum ar fi: indici de „organicitate”, de psihoză, de nevroză, de dependență (alcoolică) etc. Examenul psihologic nu

poate oferi soluții ferme pentru nici un diagnostic psihiatric (clinic) real. El poate aduce, însă, argumente care să fie utile clinicianului în gândirea lui diagnostică și terapeutică, înclinând balanța mai mult într-o direcție sau în alta.

6) Observarea pacientului în împrejurări standard de manifestare poate furniza informații privitoare la confirmarea unui diagnostic prezumtiv (de exemplu, de depresie) sau la evoluția lui sub influența unei terapii. Sînt utile informațiile pe care le pot oferi personalul medical psihiatric mediu și ajutător despre comportarea zilnică a pacienților în secție.

7) Informațiile care rezultă dintr-o cură psihoterapeutică joacă un rol important nu atît în „diagnosticul standard” al unui caz, cît în interpretarea și înțelegerea lui. Aceste date fac parte din „fondul de date” util interpretării semnificative a unui caz dat.

În continuare, vom prezenta scurte comentarii menite să completeze ideile expuse:

Informațiile obținute de la personalul medical ajutător sînt importante mai ales cînd pacientul este internat. Asistentul medical și infirmiera petrece mult mai mult timp alături de pacient decît psihiatrul sau psihologul. Acest personal poate observa comportamentul pacientului și în afara vizitelor sau contactelor „oficiale” medico-psihologice, adică manifestările bolnavului în cursul nopții, dimineții, după-amiezii, serii, felul în care el se raportează la alți pacienți, la vizitatori, la familie, precum și modul în care familia se raportează la pacient în timpul vizitelor. Datorită contactului mai strîns cu viața corporal intimă a pacientului (în cursul tratamentelor, meselor, curățeniei) și a unei distanțe psihologice mai reduse personalul mediu și auxiliar poate înregistra comportamente mai spontane, mai intime ale bolnavului, precum și unele mărturisiri. De aceea, implicarea lui în diagnostic, în urmărirea evoluției și terapiei, este foarte utilă.

S-au elaborat mai multe scale „observaționale” pe care asistentul medical le poate completa zilnic sau la intervale regulate. În funcție de necesități, psihiatrul poate elabora variate scale țintite observaționale și chestionare simple care pot fi aplicate la acest nivel. După cum personalul mediu poate fi instruit să aplice și o parte din scalele de evaluare clasică care nu sînt prea complicate.

În același sens pot fi utile datele furnizate de diverși co-terapeuți (de exemplu, socioterapeutul, ergoterapeutul, kine-

terapeutul) privitor la manifestarea pacientului în diverse contexte, care poate diferi mult de comportamentul lui în salonul de spital. Acestea privesc mai puțin eticheta diagnostică, cât diagnosticul de profunzime, care se referă la conflictele, preocupările, stilul de manifestare caracterial al pacientului, felul în care el se raportează interpersonal și față de grup, modul în care „testează realitatea“ etc.

În cazul internărilor prelungite, mai ales în cadrul spitalelor izolate de psihiatrie, se pot constitui microgrupuri relativ constante de pacienți. De asemenea, relațiile cu personalul ajutător devin mai strânse, pacientul și cei ce-l îngrijesc realizând un fel de comunitate. Mergînd la serviciu, asistenta sau infirmierul înfilnește zilnic nu doar restul personalului (cu variate funcții și poziții sociale), ci și un alt grup de oameni mai mult sau mai puțin stabil, respectiv grupul pacienților care face parte din universul lor curent.

Pe de o parte, cei care sînt internați într-un spital de psihiatrie (pentru perioade scurte, medii sau prelungite) sînt oameni care pe lângă tulburările psihopatologice continuă să aibă nu doar „valențe sănătoase“, ci o dimensiune globală omenească care trebuie mereu stimulată în sens sanogenetic. Iar, pe de altă parte, orice om are valențe psihice aberante care, în mod firesc, și le controlează, le „ține în frîu“, le integrează în ansamblul persoanei. E important ca în sînul comunității unui spital valențele maladive ale celor normali să nu se decenzureze, iar efortul sanogenetic al întregului personal să fie continuu.

În psihiatrie, o importanță deosebită în formularea diagnosticului (dar mai ales în evaluarea prognostică a diverselor capacități și în soluționarea practică a cazului) îl joacă informațiile obținute de la terțe persoane care nu se prezintă spontan pentru a le furniza. Acestea sînt obținute de un „lucrător social“ care se deplasează la solicitarea expresă și țintită a medicului și în cunoștință de cauză pentru tot ansamblul de probleme medico-sociale pe care pacientul le ridică:

a) Obținerea de informații privind identitatea și situația civilă a pacientului; unde locuiește; unde lucrează; dacă e căsătorit; dacă are rude; dacă are suport social, dacă este sub tutelă sau curatelă; dacă este implicat în litigii sau anchete juridice și are

nevoie de asistență socio-juridică; dacă este încadrat în câmpul muncii și dacă are surse de venit personale suficiente etc. Ansamblul acestor informații pot fi obținute pe cale oficială, prin corespondență, telefonic, prin deplasări în teren, prin contactarea diverselor persoane oficiale etc.

b) Situația socio-profesională a pacientului. Aceasta se poate prezenta cu totul altfel decât o prezintă pacientul, unul din aparținători sau o cunoștință. Este important să se cunoască încadrarea socio-profesională, sarcinile profesionale și felul în care subiectul trebuie să le îndeplinească, randamentul profesional, relațiile cu colegii, comportamentul la locul de muncă, atitudinea colegilor și a oficialităților în raport cu pacientul, precum și șansele lui de reinserție socio-profesională, după reîntoarcerea din spital etc. Aceste date pot fi obținute prin deplasarea la locul de muncă și discuția directă cu persoane aflate în diverse raporturi colegiale și ierarhice cu pacientul. Este util să se obțină o imagine ergonomică și ecologică cât mai complexă a locului de muncă, a atitudinii persoanelor de orice fel față de pacient, a disponibilităților de comprehensiune și suport ori a atitudinilor de intoleranță, respiecție etc.

c) Situația familială și vecinală. Aceasta poate fi diferită de cea pe care o prezintă pacientul sau ruda „activă” (care se interesează de pacient). Pot exista relații interfamiliale tensionate, nemărturisite, situații de coalitție și interes a unor grupe familiare care pot fi nefavorabile pacientului. Microgrupul familial poate să nu fie la curent cu ansamblul de situații reale ale pacientului, să fie indus în eroare de către un membru de familie interesat etc.

Desigur, o imagine cât mai completă și nuanțată a locului de habitat (a locuinței) pacientului are și ea o importanță. De altfel, ar fi foarte util dacă psihiatrul s-ar putea deplasa personal la locuința pacientului său. Se poate constata și nota la acest nivel, mărimea spațiului locativ în raport cu numărul de persoane care-l locuiesc: ordinea, curățenia și modul (stilistic) de amenajare al spațiului, gradul de intimitate pe care și-l pot permite membrii familiei, preocupările formale ale pacientului (hobby). Toate acestea pot fi corelate cu sursa de venituri, cu dinamica microgrupului familial etc.

d) Asistentul social poate obține informații din multiple alte surse sociale: de la tribunal, de la primărie, de la organizațiile

obștești, de la „oameni binevoitori“ etc. Toate aceste informații joacă un rol important în completarea „fondului de date“ necesare unui diagnostic nuanțat și a unei acțiuni terapeutice cât mai eficiente și umanitare.

## SCALELE DE EVALUARE ÎN PSIHIOPATOLOGIE

În ultimii ani s-a impus și s-a răspândit mult în psihiatrie utilizarea diverselor „scale de evaluare“ a unor simptome și sindroame. Acestea se bazează pe observația și chestionarea realizată de cotator și pe autoobservația și autoevaluarea subiectului investigat. Ele permit o înregistrare și o urmărire relativ standardizată în timp și spațiu a unor aspecte ale stării psihopatologice a bolnavului psihic. Scalele de evaluare nu se substituie diagnosticului clinic ci îl completează. Utilizarea lor are ca obiective majore: – Să realizeze pe cât posibil „obiectivarea“ tulburărilor psihopatologice atât în perspectivă calitativă (= configurația sindromatică prezentă) cât și cantitativă, privitor la intensitatea prezenței unor simptome sau a complexului sindromatic investigat, în ansamblu. Pentru aceasta sînt prevăzute „scale“ sau „punctaje“ atât pentru simptome sau „itemi“ izolați cât și pentru ansamblu, caz în care se face o sumă aritmetică a notelor fiecărui „item“ din scală. (anexa 5, p 451).

– E astfel sprijinită posibilitatea comparării unor diverși pacienți evaluați de diverși investigatori. – Devine posibilă aprecierea dinamicii în timp a tulburării psihopatologice (în măsura în care e realizată cu același instrument de către același investigator); se poate astfel urmări mai „obiectiv“ evoluția cazului, răspunsul sau terapeutic la diverse intervenții etc.

Scalele de evaluare se articulează coerent cu Foaia de Observație (F.O.) standardizată, și cu interviurile structurate, apărînd ca un instrument complementar al acestora prin care e investigat un domeniu țintit și precizat, considerat ca fiind important. De exemplu examenul clinic, F.O. standardizată și/sau interviul structurat indică faptul că pacientul prezintă o patologie

predominant din serie anxioasă sau depresivă). În continuare se poate aplica o scală de evaluare privitoare la aceste configurații sindromatice.

Din cele spuse mai sus rezultă că scalele de evaluare intervin într-un al doilea nivel al evaluării diagnostice. La primul nivel se manifestă examinarea psihologică-clinică generală, mai mult sau mai puțin standardizată, sau, un chestionar de tip „screening” care permite preselecția cazuisticii. Prin scalele de evaluare se tinde la precizarea configurației simptomatice și cuantificarea tabloului clinic.

Pe de altă parte scalele de evaluare se articulează cu „chestionarele” pe care le utilizează tehnicile de investigație psihologică. Exemplul clasic este furnizat de MMPI sau proba Woodworth-Matysus. În cadrul psihodiagnosticului se folosesc însă și multe alte metode, între care – probele de randament; – probele proiective; – metodele „analitice” (interpretarea viselor, interpretări de ale datelor pe care le oferă cura psihoterapeutică)

În corelație cu cele menționate mai sus, scalele de evaluare s-ar folosi astfel:

1. Configurarea simptomatice-sindromatică a unui tablou clinic psihopatologic, așa cum aceasta rezultă din:

●) Examenul clinic psihiatric curent;

●) Utilizarea unor check-list-uri simptomatologice în cadrul unei F.O. standardizate, ca în cazul AMDP.

●) Profilul psihopatologic ce rezultă din utilizarea unor liste de simptome sau sindroame sau a unor interviuri structurate cu arie largă de acoperire (de exemplu: CRSP, BRSP, PSE, SADS, P.S.S.)

Acest demers are la bază, deseori, o concepție nosologică formulată, care se afirmă prin „manuale de diagnostic”.

2. Scale de evaluare, care de obicei se centrează pe un complex sindromatic, dar care pot avea în vedere și alte aspecte, cum ar fi: – nivelul de funcționare și adaptare socială, existența unor deficiențe, evaluarea rețelei cu suport social, evaluarea tipului de personalitate, evaluarea concepției despre lume, a stimei față de sine, a dependenței interpersonale etc.

În ansamblu, scalele de evaluare se referă la 3 domenii principale: – tabloul psihopatologic subiectiv, expresiv, comportamental; – tipul de personalitate (și colateralele acestuia); – nivelul funcționării sociale și a eventualelor deficiențe și handicapuri.

3. Interviuri utilizate în cadrul examenului psihologic pentru precizarea unor itemi psihopatologici (în MMPI, etc.)

Scalele de evaluare se bazează pe: a) Observare, b) Chestionare, c) Autoevaluare. Aceste 3 matrice deseori se combină dar unele scale insistă mai mult asupra unei tehnici iar altele asupra altora.

Scalele de evaluare pot fi aplicate în mai multe modalități:

- Prin autoevaluare: pacientul citește singur datele scalei (întrebări, probleme de opțiune) și alege singur eventualitatea pe care o consideră că corespunde stării sale.

- Prin întrebări directe sau prin lectura de către investigator a itemilor; se evită astfel eventualele neînțelegeri sau neglijențe ale subiectului.

- Prin observarea expresivității și a comportamentului pacientului.

- Printr-o sinteză a datelor de observație directă și indirectă a dialogului și a cât mai multor informații despre pacient, considerat într-o perioadă determinată de timp. În acest ultim caz, cel ce completează scala trebuie să cunoască destul de bine pacientul, să se preocupe de el, să investigheze și să evalueze.

Se poate distinge între scale unice, care vizează în mod direct și explicit un sindrom (de exemplu scala Hamilton pentru depresie) și scale multicentrate, care permit evidențierea mai multor „trăsături“ (sindroame) psihopatologice (ca de exemplu scala Witteborn, care permite evidențierea unor trăsături de anxietate, somatic-histerice, obsesiv-compulsive-fobice, de excitație și paranoide). Acestea se aseamănă, pînă la punct, cu chestionarul Woodorth-Matysus, care permite evidențierea unor „trăsături“ de anxietate, obsesivitate, depresie, impulsivitate etc., care, de la o anumită notă în sus, pot fi considerate ca patologice.

Scalele de evaluare se aplică de către un personal calificat familiarizat cu problematica psihiatriei, cu psihologia, cu modalitățile, relațiilor interpersonale pe care le pretinde bolnavul psihic. Adică, de către psihiatru, psiholog, asistent medical, asistente sociale etc., în funcție de domeniul vizat și complexitatea scalei și a evaluării.