

Seria *Psihologie* este coordonată de Ștefan Boncu

Camelia Maria Dindelegan (coord.) este profesor universitar doctor habilitat la Universitatea din Oradea, Facultatea de Socio-Umane, Departamentul de Psihologie. A obținut licența în psihologie (2001) la Universitatea din Oradea și doctoratul în psihologie (2007) la Universitatea din București.

Camelia Dindelegan, *Breviar de psihopatologie și psihologie clinică, volumul III*

© 2022 Institutul European Iași pentru prezenta ediție

INSTITUTUL EUROPEAN

Iași, Str. Bălușescu nr. 2, 700309, OP. 6, C.P. 1309

tel. 0232/230800; tel./fax 0232/230197

euroedit@hotmail.com.; <http://www.euroinst.ro>

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Breviar de psihopatologie și psihologie clinică / Camelia Maria

Dindelegan ; introd. de Florin Alin Sava. - Iași: Institutul European,

2021 - vol.

ISBN 978-606-24-0303-4

Vol. 3 / coord.: Camelia Maria Dindelegan. - 2022. - Conține

bibliografie. - ISBN 978-606-24-0330-0

I. Dindelegan, Camelia Maria (coord.)

616

159.9

Potrivit Legii nr. 8/1996, a dreptului de autor, reproducerea (parțială sau totală) a prezentei cărți fără acordul Editurii constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu aceasta.

PRINTED IN ROMANIA

CAMELIA MARIA DINDELEGAN
(coord.)

BREVIAR DE PSIROPATOLOGIE ȘI PSIHOLOGIE CLINICĂ

Volumul III

Introducere de Florin Alin Sava

INSTITUTUL EUROPEAN
2022

Cuprins

Introducere / 9

Capitolul 1. Psihologia clinică / 11

(Camelia Maria Dindelegan)

1.1. Psihologie clinică *versus* psihopatologie / 11

1.2. Conceptul de sănătate psihică / 13

1.3. Relația psihologiei clinice cu alte discipline / 16

Capitolul 2. Tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice / 19

(Camelia Maria Dindelegan)

2.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor din spectrul schizofreniei și ale altor tulburări psihotice / 21

2.1.1. Tulburarea delirantă / 24

2.1.2. Tulburarea psihotică scurtă / 27

2.1.3. Tulburarea schizofreniformă / 28

2.1.4. Schizofrenia / 29

2.1.5. Tulburarea schizoafectivă / 33

2.2. Incidență și Prevalență / 34

2.3. Factorii etiologici / 37

2.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 41

2.5. Tratament și prognostic / 46

Capitolul 3. Tulburări legate de consumul de substanțe și dependențe / 53

(Vasile Marin Dindelegan)

3.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor legate de consumul de substanțe și dependențe / 53

3.1.1. Tulburarea consumului de alcool / 56

3.1.2. Intoxicația cu alcool / 58

3.1.3. Sevrăjul la alcool / 60

- 3.1.4. Tulburări legate de consumul altor substanțe / 62
- 3.1.5. Jocul patologic de noroc / 65
- 3.2. Incidență și Prevalență / 67
- 3.3. Factorii etiologici / 70
- 3.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 76
- 3.5. Tratament și prognostic / 82

Capitolul 4. Tulburările de comportament alimentar / 87

(Darian Faur)

- 4.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor de comportament alimentar / 87
 - 4.1.1. Pica / 87
 - 4.1.2. Tulburarea de ruminație / 89
 - 4.1.3. Tulburarea de comportament alimentar de tip evitant/disruptiv / 90
 - 4.1.4. Anorexia nervoasă / 91
 - 4.1.5. Bulimia nervoasă / 94
 - 4.1.6. Tulburarea de alimentație compulsivă / 96
- 4.2. Incidență și Prevalență / 98
- 4.3. Factorii etiologici / 102
- 4.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 111
- 4.5. Tratament și prognostic / 116

Capitolul 5. Stigmatizarea bolnavului psihic / 119

(Camelia Maria Dindelegan)

- 5.1. Definirea conceptului de stigmă / 119
- 5.2. Cauze ale stigmei în tulburările psihice / 122
- 5.3. Destigmatizarea bolnavului psihic / 126

Bibliografie / 129

Note despre autori / 139

Introducere

Atât psihopatologia, cât și psihologia clinică acoperă un domeniu vast, iar acest lucru se datorează complexității ființei umane. Elementele morbide pot apărea în diverse structuri ale psihicului uman, fie că vorbim de dimensiunea cognitivă, fie că ne referim la cea afectivă sau comportamentală. Patologia psihică poate să apară inclusiv în cadrul trăsăturilor de personalitate, lucru care influențează într-un mod negativ interpretarea evenimentelor și comportamentul reactiv.

Toate aceste lucruri demonstrează faptul că tulburările psihice, dar și componentele psihologice din boală variază împreună cu omul. Ele iau forma elementelor caracteristice persoanei și le transformă în extreme disfuncționale. Din acest motiv, aprofundarea lor într-o manieră sistematizată și în același timp explicativă este imperioasă, din mai multe motive: în primul rând, pentru cunoașterea și înțelegerea fenomenelor care stau la baza afecțiunilor psihice. Mai apoi, pentru prevenirea și conturarea unui stil de viață care să promoveze sănătatea mentală. În cele din urmă, aprofundarea este necesară și pentru intervenția în cazul instalării bolii, în vederea stabilirii unui prognostic cât mai favorabil.

Volumele de față completează seria de patru lucrări dedicate psihopatologiei și psihologiei clinice. Autorii ne-au obișnuit în lucrările precedente cu o analiză riguroasă, fundamentată științific a conceptelor fundamentale întâlnite în cele două domenii de studiu, prezentând riguros și clar elemente

care țin de tabloul clinic, factorii etiologici, prevalența și incidența, dar și tratamentul tulburărilor psihice cunoscute.

Volumul III începe cu o descriere a diferențelor și asemănarilor dintre cele două discipline care stau la baza lucrărilor, continuând cu prezentarea tulburărilor din spectrul schizofreniei, a tulburărilor legate de consumul de substanțe și dependențe și a tulburărilor de comportament alimentar. Capitolul final aduce în discuție impactul stigmei asociate tulburărilor psihice și oferă câteva mijloace de prevenție a ei.

Volumul IV se concentrează pe tulburările de personalitate, pe care autorul le evaluează într-un mod practic, oferind secțiuni în care fiecare domeniu al sistemului psihic uman este analizat prin lentila patologiei explicate. Mai apoi sunt prezentate capitole legate de tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită, urmând ca mai apoi să se aplece asupra tulburărilor cu simptome somatice. Capitolele finale fac referire la tulburările care fie nu sunt recunoscute ca afecțiuni de sine stătătoare, fie necesită studii suplimentare în vederea realizării acestui lucru, urmând ca volumele să fie completate în încheiere de informații despre importanța suportului socio-familial în tulburarea psihică.

La fel ca primele două volume, persoanele cărora li se adresează aceste lucrări sunt atât studenții de la psihologie, dar și persoanelor interesate de psihologia clinică și de psihopatologie.

Florin Alin Sava

Capitolul 1

Psihologia clinică

Camelia Maria Dindelegan

1.1. Psihologie clinică *versus* psihopatologie

Realizarea distincției dintre psihologia clinică și psihopatologie este un lucru dificil de făcut. Deseori, termenii sunt folosiți interschimbabil și desemnează același lucru. Abordată dintr-o perspectivă practică, diferența dintre cei doi termeni este mai degrabă artificială, întrucât amândoi au aceeași adresabilitate în materie de domeniu asupra căruia se focalizează. Dintr-o perspectivă profesională, distincția este neutralizată prin faptul că nu există profesia de psihopatolog în practica psihologică, eticheta fiind pe alocuri atribuită profesorilor care predau această disciplină în universități. Există o multitudine de abordări prin care am putea defini termenii amintiți. Totuși, pentru a putea să identificăm posibile diferențe între cele două concepte, prima dată trebuie să îi definim. Sub incidența psihopatologiei intră studiul comportamentului anormal. Acesta poate fi la rândul său o deviere de la norma statistică, un comportament dezadaptativ sau unul ineficient (Maddux, Gosselin & Winstead, 2015).

Când vorbim despre psihologie clinică, ne referim la studiul mecanismelor psihologice care sunt implicate în sănătate și boală. Consecutiv definirii termenului putem deduce două

direcții majore pe care le urmează psihologia clinică: profilaxia și investigația clinică. Profilaxia apropie psihologia clinică de psihologia sănătății, întrucât are menirea de a promova și optimiza sănătatea, concomitent cu prevenirea apariției bolii. Investigația clinică apare când psihologia clinică se adresează tulburării deja instalate, în acest caz fiind vorba de o apropiere a psihologiei clinice de psihologia medicală sau psihologia sănătății clinice (David, 2006).

Pe de altă parte, dicționarul de psihologie al APA definește psihopatologia în două feluri distincte: în primul rând, dicționarul înțelege prin conceptul amintit o disciplină științifică de studiu a etiologiei, evoluției, simptomatologiei, diagnosticului și tratamentului unei tulburări mintale. În limba engleză, un sinonim al psihopatologiei este conceptul de psihologie anormală (*abnormal psychology*). În al doilea rând, psihopatologia mai poate fi văzută ca un complex de manifestări cognitive și comportamentale ale unei boli psihice, iar în acest caz termenul de psihopatologie este identic cu cel de tulburare mintală (APA, 2015).

Psihologia clinică este definită de același dicționar prin referire la acea ramură a psihologiei generale care e specializată în cercetarea, evaluarea, diagnosticarea, prevenirea și tratamentul tulburărilor emoționale și comportamentale. Pentru a spor nivelul de înțelegere al psihologiei clinice, dicționarul oferă și descrierea succintă a atribuțiilor psihologului clinician. Astfel, el este un profesionist în domeniul sănătății mintale care s-a specializat în tehnici de cercetare și de identificare a diferitelor tulburări psihologice. Activitatea lui se desfășoară în clinici, spitale, cabinete private sau în mediul academic (APA, 2015).

Având în vedere definițiile de mai sus, putem spune că diferența principală dintre psihologie clinică și psihopatologie

rezidă din faptul că prima are o finalitate practică, prin intermediul tehnicilor de prevenire a tulburărilor mintale sau de evaluare a cazurilor clinice, în timp ce a doua are o finalitate teoretico-științifică prin intermediul tehnicilor de cercetare care au ca scop înțelegerea fenomenelor psihologice din spatele bolilor psihice.

1.2. Conceptul de sănătate psihică

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definea conceptul de sănătate psihică sau sănătate mentală apelând la trei componente fundamentale ale vieții unui om: componenta individuală, componenta profesională, respectiv componenta relațională. Astfel, sănătatea mentală reprezintă o stare de bine în cadrul căreia persoana reușește să își conștientizeze propriile abilități, poate să facă față factorilor stresori, poate lucra productiv și este capabilă să aducă plus valoare în comunitatea în care trăiește (OMS, 2004 apud Galderisi et al., 2015).

Conștienți de diferențele culturale care pot apărea în explicarea acestui concept, Galderisi și colaboratorii (2015) au încercat să formuleze o definiție a sănătății psihice ceva mai elaborată care să depășească eventualele constrângeri impuse de barierele socio-culturale. Prin urmare, pentru ei sănătatea mentală înseamnă o stare dinamică internă de echilibru care permite individului să își folosească abilitățile în concordanță cu valorile universale ale societății. Pentru a descrie această stare de echilibru, autorii amintiți enumeră următoarele caracteristici: prezența abilităților cognitive și sociale fundamentale, abilitatea de a recunoaște și exprima emoții și capacitatea de a empatiza cu alții, respectiv flexibilitate în alternarea rolurilor în viață și capacitatea de a face față stresorilor.

Adițional definițiilor conceptului de sănătate psihică, literatura de specialitate identifică o serie de indicatori ai anormalității care vin în sprijinul specialistului. Holey, Nock & Butcher (2019) le amintesc după cum urmează:

1. Distresul resimțit la nivel subiectiv: acest indicator este valabil pentru pacienții care au conștiința bolii și raportează nivele ridicate distres asociat tulburării de care suferă. Totuși, pentru pacienții care nu conștientizează boala (cum ar fi indivizii care prezintă un episod maniaco-acut), acest indicator nu este valabil. De asemenea, el nu constituie o condiție suficientă pentru a stabili nivelul de anormalitate, întrucât o persoană poate raporta distres emoțional ridicat, care nu afectează, însă, funcționalitatea acesteia;
2. Incapacitatea adaptării: este un indicator care situează un comportament în afara contextului adaptativ al funcționării. Astfel, un pacient depresiv se poate retrage din majoritatea relațiilor sociale pe care le-a avut până la un punct;
3. Devianța statistică: presupune un comportament care se îndepărtează de o valoare medie prezumtivă a comportamentelor generale. Acest parametru ridică problema persoanelor cu o inteligență care depășește mult media generală. Tocmai datorită acestei situații întâlnim uneori în literatura de specialitate controversa geniului nebun;
4. Încălcarea standardelor societății: conform acestui indicator, un comportament este anormal în momentul în care violează legile sau standardele explicite ale comunității locale în care trăiește.
5. Disconfort social: este un alt indicator care face referire la standarde comunitare, însă de data aceasta le are în vedere pe cele implicite, nescrise. Încălcarea lor nu coincide cu o infracțiune, așa cum este cazul comportamentelor care intră

sub incidența punctului anterior, dar generează un disconfort pentru persoanele din comunitatea respectivă (dacă ne imaginăm un pacient cu tulburare de personalitate borderline, modalitatea foarte apropiată prin care s-ar raporta la o persoană de-abia cunoscută ar putea genera nivele considerabile de disconfort social);

6. Iraționalitate și impredictibilitate: este un indicator similar cu cel al devianței statistice. Pentru că ne așteptăm ca oamenii să se comporte într-un anumit fel pe care îl considerăm normal, indicatorul iraționalității și impredictibilității are în vedere acele comportamente pe care nu le putem anticipa pe baza rațiunii și a experiențelor anterioare;
7. Pericol: acest ultim indicator al anormalității face referire la comportamentele de risc pentru sine și pentru alții. Sub incidența lui intră actele suicidale, cele vătămătoare, cât și cele care includ acte de vandalism cu potențial vătămător pentru persoana prejudiciată.

Formularea conceptului de sănătate psihică, împreună cu indicatorii care au venit în sprijinul operaționalizării sale, a atras după sine un alt termen, anume cel de alfabetizare cu privire la sănătatea mintală (*mental health literacy*). Introdus pentru prima dată în literatura de specialitate în anul 1997, conceptul a avut un impact puternic asupra studiilor și campaniilor de promovare a sănătății mentale. El face referire la totalitatea cunoștințelor care ajută individul să prevină o tulburare mentală, să recunoască fazele prodromale ale unei tulburări mentale, să cunoască posibilitățile de intervenție existente odată cu identificarea instalării bolii și să aibă deprinderile de auto-ajutorare primară necesare. Două motive au stat la baza formulării acestui concept: în primul rând, domeniul alfabetizării sănătății era ignorant cu privire la

sănătatea mentală; în al doilea rând, domeniul sănătății mintale era ignorant cu privire la alfabetizarea sănătății și a importanței ei. Consecințele practice ale alfabetizării cu privire la sănătatea mentală constau în stabilirea unor cadre legislative publice la nivel internațional, alături de dezvoltarea unor tehnici de evaluare și intervenție specifice care vin în sprijinul sănătății mentale (Jorm, 2015).

1.3. Relația psihologiei clinice cu alte discipline

Pentru a înțelege mai bine specificul psihologiei clinice, este necesar să o analizăm în context interdisciplinar. În acest sens, putem să îi vedem specificul, atât în comparație cu disciplinele din cadrul aceleiași științe (psihologia), cât și cu domenii diferite de studiu, dar care se află în strânsă legătură cu ea.

Relația cu discipline din cadrul psihologiei

Așa cum am văzut deja, psihologia clinică se află într-o strânsă legătură cu psihologia sănătății. David (2006) vede o similitudine între psihologia sănătății și psihologia clinică focalizată pe latura ei profilactică. Dintr-o perspectivă practică, relația dintre cele două discipline este dependentă de capacitatea unui psiholog clinician de a se folosi de cunoștințele asimilate în cadrul cursurilor de psihologie a sănătății pentru a integra în practică acele elemente de psihoeducație necesare preîntâmpinării tulburărilor psihice la pacienții pe care îi evaluează. Dintr-o perspectivă teoretică, cele două discipline sunt studiate separat în context universitar.

În plan teoretic, psihologia clinică este studiată împreună cu psihopatologia. Acest lucru este explicat de acordul care se află între obiectele de studiu ale celor două discipline: totalitatea

gândurilor, emoțiilor și comportamentelor patologice. În practica profesională, psihopatologia servește ca o bază importantă și necesară psihologului clinician în vederea identificării caracteristicilor clinice și etiologice ale unei tulburări psihice pe care trebuie să o evalueze.

Relația dintre psihologia clinică și psihologia judiciară este caracterizată de colaborare, întrucât psihologia judiciară este prin definiție acea practică profesională a psihologilor formați în domeniul clinic, al consilierii, al neuropsihologiei și al psihologiei educaționale, care sunt implicați în calitate de experți în activități menite să ofere expertize psihologice în cadrul sistemului legal. Literatura de specialitate vorbește chiar de domeniul psihologiei clinice judiciare, care este definit ca un domeniu care implică evaluarea, tratamentul și consultarea care se realizează în jurul problemelor clinice care pot apărea în context legal (Douglas et al., 2012).

De-a lungul anilor s-a conturat o relație de colaborare și între psihologia clinică și psihologia socială, apărând numeroase tratate de psihologie socială clinică. Această denumire nu presupune o contopire a disciplinelor, ci are menirea de a sublinia tocmai acea relație de comunicare eficientă care există între discipline. Relația dintre cele două discipline are la bază premisa conform căreia tulburările emoționale își pot avea originea în felul în care indivizii realizează atribuțiile la nivel cognitiv asupra evenimentelor din viața cotidiană. Prin urmare, sunt descrise în cadrul lucrărilor de referință ale psihologiei sociale clinice procese psihosociale care implică cogniții sociale, roluri asumate în societate și relații interpersonale care se află la baza patologiei psihice, elemente de evaluare și psihodiagnosticare similare cu procesele sociale de strângere a informațiilor, cât și metode terapeutice sociale și de grup venite

în sprijinul specialiștilor care intervin pentru ameliorarea unei condiții clinice (Dafinoiu & Boncu, 2014).

Relația cu discipline din afara psihologiei

Psihologia clinică are o strânsă legătură cu medicina, în special cu psihiatria. Atât psihiatria, cât și psihologia clinică sunt interesate de tulburările psihice, de tablourile clinice și de etiologia acestora, însă psihiatria le abordează dintr-o perspectivă biologică, în vreme ce psihologii clinicieni încearcă să înțeleagă factorii psihologici care stau la baza tulburărilor respective. O altă diferență dintre psihologia clinică și psihiatrie este că specialiștii care fac parte din ultima categorie prescriu medicamente, în vreme ce psihologii clinicieni recomandă diverse forme de psihoterapie, în funcție de rezultatele evaluării și expertizei lor (Oltmanns & Emery, 2019).

În ceea ce privește relația psihologiei clinice cu asistența socială, putem spune că cea din urmă se focalizează mai puțin pe cercetare și se orientează mai mult înspre intervenția directă. Asistența socială are în vedere reducerea unor variabile precum sărăcia care limitează accesul unor persoane defavorizate la educație, în vreme ce psihologia clinică se concentrează pe diferențe care apar la nivel individual în cazul unei patologii psihice (Oltmanns & Emery, 2019).

Capitolul 2

Tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice

Camelia Maria Dindelegan

În anul 1810, John Haslam, farmacistul renumitului spital psihiatric Bethlem (sau Bedlam) din Londra, a publicat o carte intitulată „*Illustrations of Madness*” (*Ilustrații ale nebuniei*). În această lucrare era descris, în detaliu, cazul unui pacient pe nume James Tilly Matthews care era un cunoscut al spitalului de mai bine de 10 ani la acea vreme. Părerile erau împărțite cu privire la starea de sănătate a lui Matthews. Mulți prieteni de-ai săi considerau că el este sănătos psihic, iar această poziție era susținută și de către o parte din medicii psihiatrii care l-au consultat. Chiar și Matthews susținea că este perfect sănătos. Totuși, Haslam a observat la pacient un sistem de convingeri delirante pe care acesta și l-a construit fără să aibă vreo bază reală (Haslam, 2014).

După aproximativ 50 de ani, psihiatrul francez Benedict Morel a descris cazul unui băiat de 13 ani, care la început a prezentat un interes considerabil pentru școală, având rezultate remarcabile, însă treptat s-a retras din studiile sale și a devenit letargic, singuratic și retras. Chiar și informațiile pe care odinioară le stăpânea atât de bine, acum păreau inaccesibile pentru el. Concluzia medicului francez a fost că pacientul suferă de o boală degenerativă cerebrală pe care a moștenit-o ereditar,