

Raportul psihologic în psihologia clinică, psihoterapie și consiliere

Mugur Ciumăgeanu

Victor Badea

Florinda Golu

Adelina-Mihaela Ștefănuț

Dalia Stoia

Rezumat al capitolului

Acest ghid abordează problematica redactării raportului psihologic asociat evaluării clinice, psihoterapiei și consilierii. În urma lecturării acestui ghid cititorul va dispune de informațiile necesare întocmirii unui raport psihologic ce oferă răspunsuri coerente și ușor de înțeles la întrebările care au condus la inițierea respectivului demers. Sunt prezentate diferite tipuri de rapoarte psihologice, este realizată o trecere în revistă a problematicii conținutului unui astfel de raport dar și a diferitelor stiluri ce pot fi utilizate în redactare. Ghidul oferă de asemenea descrieri ale principalelor secțiuni ce se recomandă a fi incluse într-un document de acest fel. Pentru fiecare dintre ele sunt prezentate sugestii asupra tipului de informație ce ar trebui să se regăsească în secțiunea respectivă, dar și sugestii utile pentru evitarea unor greșeli frecvent întâlnite în practică.

Raportul psihologic – tentarea unei definiții

Înainte de a ne afunda în problematică, este necesar să furnizăm o circumscriere a domeniului și o lărgire conceptuală a termenului de *raport psihologic*. accentul, în căutarea unei definiții, cade mai degrabă pe noțiunea de *integrare* a informațiilor, fie că aceasta este realizată ca urmare a unui proces de evaluare sau a unui proces de intervenție. Din acest punct de vedere, considerăm că raportul psihologic este un document și, în același timp, un

deznodământ structurat și integrat al integrării informațiilor rezultate dintr-un proces de evaluare sau de intervenție.

Prin integrarea de informații înțelegem un proces expert de culegere, înregistrare, selecție și interpretare a datelor obținute în timpul procesului de evaluare și intervenție. Integrarea presupune procese (re)iterative în care, în interacțiune cu clientul/pacientul sau cu grupuri de clienți/pacienți, profesionistul obține, codează, selectează și interpretează informațiile și le redă apoi într-un format scris, adecvat nivelului de competență al destinatarilor, care poartă numele de *raport psihologic*.

Operarea cu informații obținute direct sau indirect de la client/pacient nu este singura premisă a redactării unui raport psihologic. Procesul este complex, implicând uneori o serie de pași descurajant de complecși – psihologul trebuie, în vederea redactării unui raport, să se conformeze programatic unei succesiuni în care 1) identifică corect motivele adresării; 2) selectează instrumentele sau metodele de evaluare conforme cu întrebările clinice; 3) formulează o integrare inițială a întrebărilor și răspunsurilor preliminare la ipotezele clinice sub forma unei conceptualizări de caz conform cu 4) un cadru / orientare teoretică; urmată de 5) corelarea cadrului teoretic și a formulării de caz cu informațiile obținute din analiza biografică și din diferitele forme de interacțiune verbală și de 6) interpretarea scorurilor la teste, urmate de 7) integrarea finală a surselor de informație și 8) prioritizarea lucrurilor importante de inclus, toate sub un scrutin atent care duce la selecția 9) celor mai adecvate mijloace de transmitere și unificare a acestor informații (Groth-Marnat & Horvath, 2006, adaptat).

Raportul psihologic – o sarcină cu dublă investiție

Ownby (1997), într-una din lucrările clasice asupra raportului psihologic, aduce în discuție câteva scopuri supra-ordonate care pot fi atinse prin raportul psihologic¹:

¹ Pentru a lărgi domeniul de aplicație a raportării psihologice, am extins obiectivele supra-ordonate ale lui Ownby și la procesul de intervenție psihologică (psihoterapie & consiliere).

- oferirea unui răspuns la întrebarea/solicitarea/motivul celui ce a solicitat evaluarea psihologică – urmată, în cazurile în care solicitarea vizează și un proces de intervenție/asistență, de documentarea acestui proces în concordanță cu obiectivele stabilite în timpul evaluării;
- recomandarea unor acțiuni și demersuri (clinice, psihosociale sau de altă natură), pentru îmbunătățirea stării pacientului/clientului, în cazul în care psihologul se ocupă exclusiv de evaluarea clientului;
- transmiterea informațiilor suplimentare relevante puse în evidență pe parcursul procesului de evaluare și/sau de intervenție;
- documentarea și înregistrarea datelor/informațiilor obținute prin evaluare (sau ca urmare a procesului de intervenție) pentru o eventuală utilizare viitoare.

Pentru atingerea acestor scopuri, principalele întrebări cu care se confruntă psihologul clinician (sau consilierul/psihoterapeutul) pe parcursul redactării raportului psihologic sunt: *‘ce informații e necesar să includem în raport?’* și *‘care e cea mai potrivită modalitate de transmitere a acestor informații?’* .

Nu este ușor să te antrenezi pentru a scrie un raport psihologic bun – există, cum se vede mai sus, o investiție dublă pentru orice profesionist, în special pentru cei care sunt la începutul carierei. Pe de o parte, clinicianul trebuie să se concentreze pe a) o *integrare și formulare adecvată a cazului* și b) să-și pună problema unei *comunicări eficiente cu destinatarul/destinatarii raportului* (Wiener & Costaris, 2012). Aceste două investiții, de preferință complementare, nu au parte de un fundal formativ unitar – învățăm atât abilitățile de integrare și formulare, cât și cele de comunicare, mai degrabă prin relația de mentorat, similar, dar mai puțin structurat, cu formarea psihoterapeutică. Acest tip de transmitere de competențe nu este, din păcate, standardizat, iar lipsa unei tradiții dominante de formare duce la o varietate de deznodăminte în practică, multe dintre ele inadecvate calitativ.

Pentru un răspuns economic la cele două întrebări de mai sus, preferăm să formulăm inițial, răspunsul la cea de-a doua întrebare (referitoare la stil, format și modalitate de transmitere), ca, ulterior, să aprofundăm sintetic câteva din aspectele de conținut ale raportului.

A. Raportul clinic – aspecte formale și stilistice

Natura raportului trebuie să fie una explicativă și să integreze atât informațiile cantitative cât și informațiile calitative disponibile. Acest lucru se realizează prin interpretarea scorurilor obținute la teste și prin corelarea lor cu rezultatul observației comportamentelor clientului/pacientului, cu informațiile furnizate de acesta, de aparținători, de personalul medical și/sau psihosocial și de rapoarte și documente diferite, medicale sau de altă sorginte. Raportul psihologic este cu atât mai valoros cu cât reușește să mențină atenția asupra particularităților persoanei și asupra problemei cu care aceasta se confruntă (Lichtenberger et al., 2004).

A.1. Lungimea unui raport clinic

Un aspect controversat prezent în literatura de specialitate se referă la lungimea optimă a raportului psihologic (Groth-Marnat & Horvath 2006). Chiar dacă lungimea medie a raportului psihologic se situează undeva între 5-7 pagini, în practică se întâlnesc rapoarte a căror lungime variază între una și mai mult de 50 de pagini, fără existența unui acord universal. Nu există o recomandare fixă cu privire la lungimea raportului psihologic, însă este important ca în redactare să se țină seama de *contextul* pentru care el este realizat.

În context clinic-medical, primează nevoia unui feedback rapid, astfel că rapoartele psihologice tind să fie scurte (aproximativ 1 pagină sau chiar mai puțin), să folosească liste pentru a sublinia aspectele importante, să se concentreze asupra simptomelor, diagnosticului și recomandărilor. În special în comunicarea profesională între psihiatru și psiholog, rapoartele care ajung de la psihologul clinician la medic sunt extrem de succinte, luând în practică forma unor *scrisori*, care în mod frecvent ajung să fie anexă la foaia de observație medicală (fapt citat, spre exemplu, de Ownby, încă din 1997).

Rapoartele redactate pentru contextul judiciar sunt considerabil mai lungi, deoarece există nevoia includerii unor informații mai detaliate asupra istoricului persoanei, al rapoartelor conexe, al punctelor forte și al vulnerabilităților precum și al recomandărilor (Ackerman, 2006). Autorul

remarcă faptul că inclusiv în contextul judiciar, există trei formate acceptate. Aceste formate pot fi extinse și agreeate și în alte domenii de activitate psihologică (cum ar fi cel clinic sau cel psihoterapeutic), cu relevanță crescută pentru contextul românesc (a se vedea mai jos):

- a) *rapoartele clinice sau judiciare scurte* – au, în general, una până la trei pagini în lungime, cuprinzând mențiunea motivelor adresării și un succint răspuns la întrebările clinice cuprinse în această secțiune, cu un accent crescut pe recomandări;
- b) *rapoartele clinice sau judiciare standard* – au o lungime de două până la 10 pagini, în funcție de numărul de domenii sau întrebări adresate. Acest tip de raport cuprinde informații biografice, informații despre rezultatele relevante obținute în urma evaluării, iar, în cazul demersurilor de terapie sau consiliere, informații sintetice despre obiectivele terapeutice, tehnicile terapeutice precum și rezultatele unor evaluări suplimentare pe parcursul procesului de intervenție. Obligatoriu, un raport de evaluare va cuprinde o secțiune consistentă de recomandări, iar un raport de intervenție o evaluare cantitativă și calitativă a atingerii obiectivelor intervenției;
- c) *rapoartele clinice sau judiciare comprehensive (complexe)* – un raport comprehensiv cuprinde mare parte a corpusului de informații obținute în cursul evaluării sau intervenției, împreună cu argumente din teorie sau din cercetare care susțin ipotezele clinice sau concluziile la care ajunge profesionistul. Un asemenea raport are nu mai puțin de 20 de pagini, dar poate ajunge și la 50-70 de pagini, menționând o serie de aspecte din timpul evaluării (de exemplu, detalii din jurnale de tip ABC sau jurnale reflexive, observarea comportamentelor clientului în situații experimentale, înregistrări audio sau video realizate în afara cabinetului etc.) sau în timpul intervenției (transcripturi ale situațiilor de interviu, prezentarea cursului intervenției ședință de ședință, inserturi ale produselor din cadrul terapiei – jurnale, desene, etc.).

Această tipologizare după lungime (și, evident, conținut), așa cum anunțăm și mai sus, are toate șansele să aibă o relevanță crescută pentru clinicianul român – în perioada de supervizare, *practicantul* deprinde abilitățile de realizare a

rapoartelor scurte și realizează un pasaj lin spre redactarea rapoartelor standard, care ar trebui, în teorie, să fie nucleul de competență a psihologului *specialist*. Pentru psihologii clinicieni sau psihoterapeuții care vor să accedă la treapta de *principal*, redactarea rapoartelor comprehensive va fi condiția obligatorie în momentul apariției ghidului național de raportare.

A.2. Stilul unui raport clinic

Stilul abordat de psihologul clinician în redactarea raportului psihologic este influențat de formarea și orientarea acestuia (Groth-Marnat & Wright, 2016) și se poate situa în următoarele categorii: literar, clinic, științific, profesional (Ownby, 1997). Fiecare dintre aceste stiluri are puncte forte și puncte slabe, iar în practică se întâlnește de fapt o combinație a lor.

Stilul literar – folosește limbajul uzual, este creativ, uneori dramatic; poate fi imprecis și predispus la exagerări. Stilul literar poate fi folosit cu succes în descrierea proceselor de intervenție terapeutice sau în comentarea unor rezultate la probe sau în ceea ce privește observațiile clinicianului, atunci când raportul este pregătit pentru destinatari non-profesioniști. Uneori, scrise cu talent, asemenea rapoarte pot fi utilizate (cu respectarea confidențialității), ca prezentări de caz în publicații de popularizare a psihologiei către publicul larg;

Stilul clinic – se concentrează asupra aspectelor patologice ale persoanei; descrie mecanismele de coping, dinamicile dezadaptative, reacțiile tipice la stres, tiparele interpersonale problematice, aspecte legate de temperament și de vulnerabilități psihologice sau biologice multiple. Punctul forte este constituit de faptul că oferă informații asupra ariilor ce necesită schimbare, precum și asupra posibilelor dificultăți din timpul tratamentului. Punctul slab este constituit de faptul că tinde să omită aspectele psihologice pozitive ale persoanei, descrierea rezultată fiind a unui "pacient", nu a unei persoane în întregul său (pentru o critică a acestui tip de rapoarte, precum și pentru înțelegerea unei pledoarii pentru includerea unor aspecte cum ar fi speranța sau punctele forte ale persoanei, a se vedea Snyder et. al, 2006). De asemenea, există o capcană a acestui tip de rapoarte pe care

nu o putem eluda – pe lângă faptul că ele sunt de multe ori cvasi-incompreensibile pentru clienți, există posibilitatea ca ele să nu fie ușor de urmărit nici de experți intra- sau interprofesional, mai ales dacă jargonul clinic este unul foarte specializat (ca exemplu extrem, un raport clinic care se bazează pe cotaarea și interpretarea testului Rorschach nu va fi ușor descifrat de un medic psihiatru sau de către un psiholog clinician care nu utilizează tehnici proiective în procesul de evaluare);

Stilul științific – include referiri asupra diverselor teorii, modele sau constructe psihologice teoretice și oferă o descriere compartimentalizată a diferitelor arii de funcționare ale persoanei (cognitivă, emoțională, comportamentală, perceptuală, motivațională etc.). Asemenea rapoarte cuprind arii care sunt adesea descrise separat și cu un grad crescut de detaliu, și nu oferă (în mod neapărat) o viziune de ansamblu asupra personalității clientului. Chiar dacă o abordare derivată din teorie (deci mai degrabă deductivă) are o serie de avantaje, rapoartele rezultate sunt de multe ori percepute ca fiind seci și, în conformitate cu derivarea deductivă, destul de greu de particularizat la nivel de recomandări pentru contextul *real* al fiecărui client/pacient în parte;

Stilul profesional – este considerat cel mai important stil în redactarea rapoartelor psihologice. Redactarea este clară, folosește cuvinte scurte, din limbajul uzual, cu semnificații precise; construcția frazelor și lungimea lor sunt orientate spre a menține interesul cititorului; paragrafele sunt scurte și se concentrează asupra unui singur concept – un raport redactat profesional este gândit din start pentru audiențe multiple (atât pentru un posibil cititor din domeniu, dar și pentru parcurgerea de către client).

Este important ca psihologul clinician să își mențină flexibilitatea și să combine aceste stiluri ținând cont de aspectele pozitive și de limitările fiecăruia. În orice raport poate exista nevoia unor descrieri literare, a accentuării unor aspecte patologice sau a furnizării de informații de natură științifică (Groth-Marnat & Wright, 2016). Manualele contemporane încearcă să ofere o structurare a informațiilor necesare profesioniștilor pentru dezvoltarea unor abilități de

raportare flexibilă, cu accent pe raportul profesional (vezi Lichtenberger et al., 2004 sau Groth-Marnat & Davis, 2014).

A.3. Claritate și aspecte legate de comunicarea cu clientul

Un aspect particular este acela de conștientizare din partea clinicienilor a necesității de creștere a abilităților stilistice. Pentru dobândirea unei flexibilități stilistice, există în prezent, pentru vorbitorii de engleză, manuale specializate (de exemplu, Allyn, 2012). În continuare sunt prezentate câteva recomandări succinte ce pot contribui la creșterea clarității raportului psihologic (Lichtenberger et al., 2004):

- Asigurați organizarea logică a raportului pe toate nivelurile: global, pe secțiuni și paragrafe. Nu amestecați conținutul secțiunilor (de exemplu, nu includeți recomandări în secțiunea destinată prezentării probelor psihologice utilizate); utilizați paragrafe separate pentru idei diferite;
- Pentru o mai bună unitate a textului, utilizați cuvinte de legătură: *după, în timp ce, în consecință, în plus, similar, totuși, dar, chiar dacă, etc.*;
- Adoptați un stil concis în exprimare: evitați repetițiile, asigurați un echilibru între propozițiile scurte și fraze mai lungi, utilizați paragrafe scurte;
- Evitați termenii ambigui, abstracți, vagi, tehnici; atunci când este necesară utilizarea unor termeni tehnici includeți clarificări; evitați utilizarea incorectă a cuvintelor sau utilizarea unor cuvinte care nu sunt necesare;
- Evitați exprimarea colocvială deoarece poate fi inexactă și poate induce în eroare sau genera confuzii în interpretare – exprimarea colocvială este acceptată doar dacă se redau exact cuvintele pacientului plasate între ghilimele;
- Utilizarea acronimelor este permisă doar dacă la prima apariție în text se utilizează acronimul după menționarea sintagmei întregi (de exemplu în cazul numelui testelor);
- Utilizați semnele de punctuație (virgulă, punct și virgulă, punct, două puncte, ghilimele), pentru a scoate în evidență unde se termină o idee și unde începe următoarea.

B. Raportul clinic – aspecte legate de terminologie și tipologie

Înainte de a face o trecere formală a principalelor componente ale raportului psihologic, este nevoie să facem câteva precizări asupra unor dihotomii pe care le regăsim în practica de cabinet sau în practica clinică în ansamblu. Vom face, astfel, referire, la diferențierea practicii de testare vs. practica de evaluare; la sistemele automate de raportare vs. raportarea integrativ-interpretativă și la diferențierea între rapoarte generice vs. rapoarte cu destinații speciale.

Aceste comentarii au, evident, o relevanță practică crescută. Concluzia generică pe care o formulăm este aceea că psihologul clinician, psihoterapeutul sau consilierul nu sunt simpli (psiho)tehnicieni – expertiza lor le permite operarea autonomă cu concepte și constructe psihologice; le facilitează opțiunea pentru variate forme de raportare, adecvate contextului și solicitărilor; îi încurajează să vadă dincolo de rapoartele automatizate adevărata însemnătate a scorurilor pentru fiecare client în parte; și, nu în ultimul rând, le certifică abilitatea de comunicator profesionist și nuanțat, indiferent de publicul cărora li se adresează.

B.1. Testare versus evaluare psihologică și relevanța pentru redactarea rapoartelor clinice și planificarea terapiei

Chiar dacă la prima vedere cele două procese par similare (ca mecanism și desfășurare), evaluarea psihologică este mai elaborată și necesită o serie de competențe suplimentare testării. Într-o frază simplă, *evaluarea psihologică* este un proces care presupune *integrarea* informațiilor din surse și metode multiple, și poate cuprinde, printre altele (fără ca enumerarea să fie exhaustivă):

- Informații obținute prin interacțiune verbală cu persoana, în timpul interviului de admitere, examenului stării prezente, interviului diagnostic și psihodiagnostic, aplicării unor interviuri structurate sau semistructurate;
- Informații obținute prin observare directă sau înscenată a interacțiunilor și comportamentelor persoanei în cabinet sau în mediul natural de viață;

- Informații obținute prin aplicarea unor probe, scale sau inventare clinice, de screening, psihopatologice, simptomatice etc., în diferite etape ale interacțiunii cu subiectul/pacientul;
- Informații obținute în urma aplicării unor probe, scale sau teste care vizează personalitatea normală, mecanismele de coping sau alte aspecte ale funcționării normale ale persoanei;
- Informații obținute din aplicarea unor teste de abilități, de inteligență, a unor teste sau probe de interese și atitudini, a unor probe neuropsihologice;
- Informații obținute din examene paraclinice relevante (analize de hormoni, investigații imagistice, determinări polisomnografice etc.);
- Informații colaterale, fie de la terți (aparținători, alte persoane relevante din mediul subiectului, profesioniști de sănătate sau din alte domenii cu care persoana a avut de-a face anterior), sau informații colectate din studiul documentelor medicale, sociale sau legale care sunt accesibile evaluatorului.

Drept concluzie, evaluarea clinică este mult mai mult decât simpla testare – cu bunele și cu relele care derivă din aceasta. Încă de la sfârșitul secolului XX, după mai bine de aproape opt decenii de la apariția primului test psihologic modern (cel al lui Binet-Simon), Matarazzo, într-un articol clasic, atrăgea atenția că *„evaluarea inteligenței, a personalității sau a oricărui tip sau nivel de afectare psihologică, este o operațiune complexă care implică extragerea unor semnificații diagnostice [atât] din istoricul de viață al persoanei [cât] și din scorurile obiective ale testelor”* (1990, p. 1000, traducere de M.C. 2022, adăugirile ne aparțin). Suntem în acord cu autorul în a desemna procesul de evaluare ca un proces cu un grad relativ de subiectivitate, și, ca urmare, failibil dar, în egală măsură, categoric mai relevant pentru ideograficul persoanei.

B.2. Raportare automată versus raportare integrativ-interpretativă

Multe dintre probele complexe propun clinicienilor apelul la rapoarte automate (preformate). Instrumentele actuale, cu completare online, propun un raport automat (sau posibilitatea de a genera un raport după introducerea manuală a datelor), de multe ori în formate multiple – fie ca întindere (raport rezumativ vs. raport *in extenso*), fie ca finalitate (raport pentru autocunoaștere sau raport cu recomandări specifice pentru

demararea unei intervenții psihologice), fie ca adresare (raport pentru terți – instanță, mediul profesional etc. sau pentru client/pacient). În această direcție, putem da, ca exemple, două instrumente: Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota[®]-2 (MMPI[®]-2 – Butcher et al., 1989) – pe plan internațional, și Formularul Clinic de Personalitate (PCF – Sava, 2020), pe plan local.

Raportarea automată are meritul de a crea un cadru deductiv optim pentru răspunsurile la probă (și, ca urmare, poate răspunde la întrebarea *ce este în neregulă cu clientul?*), dar nu se poate substitui unui proces integrativ și inductiv al evaluatorului (care răspunde, chiar dacă uneori doar parțial, la întrebarea *de ce și de când are clientul această constelație de simptome și caracteristici?*).

Prin urmare, indiferent de cât de complexe și de amănunțite ar fi, rapoartele automate nu sunt decât începutul procesului de integrare și în nici un caz produsul procesului de evaluare. Autorii de testele contemporane explicitează acest fapt – iată, spre exemplu, cum este introdus unul dintre inventarele cele mai utilizate în clinică (p. IV): *„utilizatorii ar trebui să fie conștienți că serviciul de raportare și interpretare automatizat disponibil împreună cu Inventarul clinic multiaxial Millon[®]-IV (MCMI[®]-IV) este considerat o consultație profesionist-la-profesionist. Fiind doar un instrument de auto-raportare, evaluarea MCMI-IV reprezintă doar o fațetă a evaluării totale a pacientului”* (Millon, Grossman & Millon, 2015, traducere de M.C., 2022).

B.3. Raportarea tematică versus raportarea bazată pe întrebări clinice

Majoritatea rapoartelor clinice ajung să păcătuiască la capitolul integrare, lăsându-i pe autorii lor să plătească un tribut confortului și reflexelor școlărești-tematice. Mai precis, mulți dintre autorii de rapoarte clinice umplu „la bifă” lucrurile pe care au învățat să le testeze în facultate și, în funcție de portofoliul de probe pe care îl dețin, realizează un „profil de scoruri” pentru clientul din fața lor. Acest tip de raportare, numit raportarea tematică, aduce un aport minim interpretativ și profesionist înțelegerii clientului. În general, temele sunt cele bine cunoscute (afectivitate, inteligență, personalitate, comportamente problematice etc.), iar clinicienii pricepuți pot să automatizeze informatic la cabinet bateriile lor de teste și să lase să „curgă” doar scoruri cu interpretarea minimă (de genul, „la matricele progresive Raven clientul obține IQ=112, adică o inteligență normal superioară și la Inventarul de depresie Beck un scor de 24, adică o depresie de intensitate moderată”).

În contrast cu raportările tematice, raportarea bazată pe întrebări clinice (sau pe motivele adresării), necesită un alt tip de efort și de flexibilitate din partea

clinicianului, și se poate dovedi utilă și relevantă pentru un context variat de situații – fie că pregătește un set nuanțat de recomandări, fie că realizează bazele planificării terapeutice.

Raportarea bazată pe întrebări clinice este, cel puțin în teorie, în vizorul nostru ca profesioniști. În urmă cu mai bine de un deceniu, un colectiv de profesioniști români (D. Iliescu, M. Minulescu, C. Nedelcea și I. Andrei) traducea în limba română ediția a 5-a a unui manual european de redactare a rapoartelor psihologice (Westhof & Kluck, 2009), lucrare care corespunde ghidurilor europene de elaborare a rapoartelor psihologice. Între timp, lucrarea a ajuns la ediția a 6-a, având un impact crescut în special în arealele germanofone (Westhof & Kluck, 2014).

Raportarea bazată pe întrebări clinice, fie pe această linie europeană, fie pe îndrumările structurate ale lui Groth-Marnat în tradiția nord-americană (de exemplu, Groth-Marnat & Davis, 2014), îndeamnă clinicianul sau terapeutul să demareze procesul de evaluare de la problema adresată de client și nu de la portofoliul de probe deținut de clinician. Din păcate, puțini dintre clinicienii sau terapeuții români țin cont de această cerință, iar cartea lui Westhof și Kluck (chiar dacă există o traducere în română) are, încă, o penetranță redusă în ceea ce privește utilizarea ei ca suport pentru elaborarea de rapoarte clinice.

C. Raportul clinic – aspecte legate de conținut și de structura acestuia

Subiectele abordate în raportul psihologic clinic pot fi foarte variate. Cele mai multe rapoarte sunt structurate adecvat în jurul axei constituite din prezentarea funcționării cognitive, emoționale și a modului de relaționare interpersonală. Pe lângă aceste aspecte, raportul psihologic poate include informații asupra punctelor forte, aptitudinilor vocaționale, defenselor (mecanismelor de coping), potențialului suicidal, comportamentului în condiții de stres, impulsivității, ariilor de conflict, sexualității (Groth-Marnat & Wright, 2016). Pentru ca o informație să se regăsească în raportul psihologic ar trebui să corespundă următoarelor criterii:

- să corespundă contextului care a generat cererea de evaluare;

- să fie necesară pentru a răspunde la întrebarea ce a generat evaluarea;
- să corespundă cunoștințelor celui ce a realizat cererea (adică a clientului);
- să contribuie la înțelegerea particularităților persoanei.

Deoarece evaluarea psihologică a fost realizată în urma unei cereri, un raport psihologic corect întocmit trebuie ca prin conținutul său să răspundă la această cerere (numită în unele tradiții „întrebare” sau „motiv de adresare”). Solicitățile de evaluare psihologică pot fi primite de la profesioniști din diverse domenii: medici cu diverse specializări (psihiatri, neurologi, medici de familie etc), asistenți sociali, judecători, avocați, profesori, consilieri școlari, dar și de la părinți sau de la pacienții înșiși (Lichtenberger et al., 2004).

Ca urmare a acestei diversități, întrebările primite sunt la rândul lor foarte diferite iar informațiile necesare pentru a răspunde la ele sunt de tipuri diferite. Spre exemplu, ca urmare a unei cereri de evaluare cognitivă formulată de un medic psihiatru, raportul psihologic ar trebui să conțină referiri la eventualele asociații bizare, la gradul de organizare al gândirii pacientului, la orientarea spre abstract sau concret a proceselor gândirii. Într-un context diferit precum contextul educațional, raportul psihologic ar trebui să conțină referiri la abilitățile, la scopurile, la punctele forte dar și la vulnerabilitățile pacientului (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Ca urmare a originii foarte diverse a cererilor de evaluare, rapoartele psihologice pot fi citite de profesioniști din alte domenii decât cel al sănătății mentale, de părinți, profesori sau de clienții înșiși. Pentru ca informațiile ce nu sunt înțelese nu sunt utile, în includerea informației în raportul psihologic trebuie să se țină seama de nivelul cunoștințelor de specialitate în psihologie al celor ce îl vor citi. Pentru a crește gradul de înțelegere și lizibilitate al rapoartelor psihologice, este recomandat să se insiste mai puțin asupra rezultatele brute obținute la teste și să se facă o legătură mai bună cu comportamente din viața de zi cu zi a pacientului, să se evite utilizarea jargonului de specialitate și al acronimelor. De asemenea, este important ca recomandările să fie cât mai specifice și orientate spre concret și cu o atenție mare pe înțelegerea lor de către clienți sau aparținători în contexte cotidiene (Groth-Marnat & Horvath, 2006).

Un alt criteriu de includere al unei informații în raport este măsura în care contribuie la înțelegerea modului unic de funcționare al persoanei. Cel care a formulat cererea de evaluare sau terapie este interesat de ceea ce îl diferențiază pe client/pacient de majoritatea oamenilor și nu de ceea ce îl face similar lor. O eroare frecvent întâlnită în redactarea rapoartelor psihologice o constituie includerea unor afirmații foarte vagi aplicabile populației generale (Groth-Marnat & Wright, 2016). Este recomandată evitarea unor astfel de descrieri stereotipe, deoarece nu ajută la înțelegerea particularităților persoanei și nu pot fi folosite pentru stabilirea unor direcții de acțiune pentru rezolvarea problemei cu care aceasta se confruntă.

Deoarece, la fel ca în cazul oricărei comunicări, valoarea raportului psihologic este dată atât de conținut, cât și de modul de transmitere al informațiilor, psihologul clinician trebuie ca în redactarea rapoartelor psihologice să acorde importanță ambelor aspecte.

Așa cum precizam anterior, utilizarea secțiunilor și împărțirea în paragrafe contribuie la organizarea logică a raportului, la structurarea informației și la o mai bună înțelegere a conținutului. Deși nu există un format unic pentru raportul psihologic, este important ca el să integreze atât informația cunoscută despre pacient înaintea procesului de evaluare sau terapie, cât și informația nouă, pusă în evidență în urma acestui proces.

În continuare vom prezenta un format frecvent întâlnit în practică ce cuprinde următoarele secțiuni: *date generale asupra clientului; motivul adresării; proceduri de evaluare utilizate; observațiile comportamentale; informații generale (istoricul persoanei); rezultate obținute la teste psihologice și chestionare; discuții și interpretări; rezumat și recomandări* (Groth-Marnat, 2003). Acesta nu este singurul format posibil și el poate varia în funcție de preferințele clinicianului. Astfel pot fi adăugate secțiuni noi (exemplu: *diagnostic, formulare de caz*) sau subsecțiuni în cadrul unei secțiuni existente (exemplu: subsecțiuni precum *funcționare cognitivă și/sau emoțională, stiluri de coping, funcționare interpersonală* etc.).

Alți autori propun formate diferite pentru redactarea raportului psihologic. Un astfel de format alternativ, ancorat într-o perspectivă psihodinamică asupra

persoanei, este: *interviul clinic; organizarea cognitivă și testarea realității; funcționarea intelectuală; natura anxietății; impulsivitate versus controlul impulsurilor; structura defensivă; identitate și comportament interpersonal; diagnostic și prognostic* (Kellerman & Burry, 2007). Indiferent de structura aleasă pentru redactarea raportului, este important să avem în vedere scopurile pe care acesta trebuie să le atingă (și întrebările la care trebuie să răspundă) iar conținutul documentului să reflecte aceste scopuri și să răspundă structurat la întrebările clinice.

C.1. Datele generale asupra clientului și motivul adresării (referral question)

Această secțiune a raportului este centrală și esențială atât pentru raportul psihologic în sine (ca și document), cât și pentru părțile implicate în realizarea acestuia (psihologul și clientul/clientii și alte persoane implicate). Motivul (motivele) adresării (M.A.) reprezintă o sumarizare care spune de ce este clientul în situația de admitere în serviciu (de evaluare sau terapie), precum și care sunt principalele ipoteze care necesită un răspuns.

În general, această secțiune are trei părți componente intercorelate, iar recomandările se centrează pe prezentarea lor legată (de ex. Groth-Marnat & Davis, 2014):

1. prezentarea succintă a datelor generale despre client, împreună cu filiera / traiectoria de adresare;
2. mențiunea, atunci când este cazul, a simptomelor evidente sau a simptomelor cardinale, sau a stării de disconfort care a dus la inițierea contactului;
3. formularea unor întrebări clinice generale (în mod ideal, între 2 și maximum 9, conform sugestiilor autorilor de mai sus), a căror răspuns să centreze tot procesul de evaluare și intervenție.

C.1.1. Prezentarea succintă a datelor despre client și a filierelor de adresare

Această secțiune include informații precum:

- Numele persoanei evaluate (sau inițialele, după caz și adresare);

- Data nașterii, vârsta clientului/pacientului;
- Data redactării raportului, împreună cu mențiunea primului contact cu serviciul, precum și a numărului de ședințe de evaluare și terapie desfășurate între primul contact și momentul redactării raportului;
- Date pașaportale relevante (statut profesional, statut locativ, statut relațional etc.);
- Numele evaluatorului și numele supervisorului (dacă este relevant).

În funcție de contextul pentru care se face evaluarea, sau de particularitățile demografice ale persoanei, pot fi incluse și alte informații precum: apartenența religioasă sau etnică, orientarea sexuală, statutul legal, numele părinților, școala etc. (Lichtenberger et al., 2004).

C.1.2. & C.1.3. Descrierea succintă a clientului și problemei, precum și formularea întrebărilor clinice

În această secțiune este precizat contextul întregului raport, reprezentând rațiunea pentru care se va realiza procesul de evaluare și intervenție. Dacă există mai multe întrebări la care trebuie să se răspundă în urma evaluării, unii clinicieni preferă să le numeroteze și să răspundă pentru fiecare separat și integrativ în secțiunea *rezumat și recomandări*. Dacă motivul trimiterii nu este suficient de clar, se recomandă contactarea persoanei care a făcut trimiterea pentru obținerea unor precizări (Lichtenberger et al., 2004).

C.2. Proceduri de evaluare utilizate

În această secțiune sunt listate testele psihologice, precum și alte proceduri de evaluare utilizate, fără a include rezultatele obținute. De obicei sunt precizate numele întregi ale testelor urmate de abrevierile lor, în continuarea raportului fiind utilizate doar abrevierile. În cazul rapoartelor redactate pentru contextul legal este important să se includă și alte detalii, precum data administrării fiecărui test sau timpul de testare. Dacă evaluarea include și interviuri cu pacientul este important să se precizeze nivelul lor de structurare precum și timpul alocat. Evaluarea mai poate să cuprindă o analiză a rapoartelor medicale, militare, psihologice sau psihiatrice anterioare. Informații suplimentare pot fi obținute de la parteneri, prieteni, medici, avocați, asistenți

sociali, profesori etc.. Dacă sunt folosite astfel de surse este important să se noteze datele întocmirii lor precum și cine le-a realizat. Secțiunea se încheie prin precizarea timpului total alocat evaluării (Groth-Marnat, 2003). În cazul raportării unui parcurs terapeutic sau de consiliere, în această secțiune se menționează procedurile de evaluare periodice, centrate fie pe evaluarea evoluției simptomatice sau pe evaluarea deznodămintelor clinice (*outcome evaluation*), precum și periodicitatea acestor evaluări.

C.3. Observațiile comportamentale și evaluarea stării prezente

În această secțiune sunt incluse observațiile asupra comportamentului pacientului pe parcursul evaluării. Acest tip de informație este important deoarece poate ajuta la înțelegerea problemei cu care se confruntă pacientul, de asemenea poate confirma, modifica sau pune sub semnul întrebării interpretările rezultatelor testelor. Observațiile comportamentale relevante se referă la:

- **Înfățișarea pacientului:** sunt notate particularități ale expresiei faciale, îmbrăcămînții, posturii etc.
- **Comportamente față de sarcini și față de clinician:** nivelul de anxietate, depresie, ostilitate, participarea activă sau pasivă, preocuparea sau indiferența față de rezultatele obținute, impulsivitatea, dezorganizarea, verbalizări neobișnuite referitoare la materiale etc.

Nivelul de cooperare exprimat de pacient este important în aprecierea validității rezultatelor, acest aspect trebuie considerat mai ales în cazul testelor de inteligență și abilitate, care presupun din partea persoanei o stare de alertă și concentrare a atenției.

În această secțiune se notează, de asemenea, evenimentele importante premergătoare testării precum: crize situaționale, utilizarea medicamentelor, insomnie în noaptea precedentă. Dacă acești factori pot influența validitatea testării, este important ca în raport să se menționeze acest aspect. Observațiile comportamentale trebuie să fie concise, specifice, relevante și trebuie să vizeze acele aspecte ce creează o impresie unică asupra persoanei (Groth-Marnat, 2003).

Un aspect particular, în cadrul acestei secțiuni, este dedicat *examenului stării prezente* (ESP). Examinarea stării prezente are o relevanță foarte crescută atât în contextul clinicii psihiatrice, cât și în context juridic, iar evaluările desfășurate pe o perioadă mai lungă de timp pot include ESP-uri la fiecare sesiune de evaluare. De asemenea, în context complex de evaluare-intervenție (în mediul penitenciar, spitale de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță etc.), este necesar să existe documentări periodice ale stării prezente, făcute de multe ori după formate structurate propuse de instituțiile respective.

C.4. Informații de fundal (istoricul de viață și istoricul problemei)

Această secțiune include informații din istoricul persoanei ce sunt relevante pentru problema cu care se confruntă aceasta, precum și pentru modul în care se interpretează rezultatele testelor. Ea ar trebui să cuprindă atât o bună descriere a istoricului problemei cât și evenimente de viață importante, dinamici de familie, relații interpersonale relevante trecute și prezente, activități zilnice, istoria profesională. Aceste informații trebuie însoțite și de precizări asupra sursei lor și pot fi structurate conform următoarei scheme:

1. *Predispozițiile pacientului* pentru problema cu care se confruntă, și care pot fi inferate luând în considerare **istoricul familial și personal**.

Informațiile privind istoricul familial al pacientului ar trebui să cuprindă cel puțin o descriere scurtă a părinților, dacă sunt în viață/decedați, dacă sunt împreună/ separați/ divorțați, nivelul socioeconomic, ocupația, contextul cultural, dacă trăiesc în mediu rural/ urban, starea de sănătate. Dacă pacientul nu a fost crescut de proprii părinți (de exemplu din cauza decesului acestora), sunt obținute informații asupra persoanelor de îngrijire semnificative. Se notează emoțiile pacientului față de membrii familiei, precum și percepția relațiilor familiale. Aceste informații vor fi folosite pentru a stabili dacă familia poate reprezenta un factor suportiv pentru pacient sau dacă trebuie luată în considerare o intervenție și la nivelul sistemului familial.

Istoricul personal al pacientului include informații asupra copilăriei (istoric medical, relația cu covârșnicii, adaptarea la mediul școlar, performanțele școlare, domeniile școlare preferate/ lipsite de interes),

adolescenței (adaptarea academică, psihologică, socială în perioada liceului, reacțiile în timpul pubertății, relațiile sexuale timpurii, consum de droguri/ alcool) și perioadei adulte (ocupație, scopuri profesionale, familie, relații interpersonale apropiate, modul de petrecere al timpului liber).

2. *Factorii precipitanți și de menținere*, pot fi aflați luând în considerare **istoricul problemei**. Acesta include informații asupra primelor manifestări ale acesteia, natura simptomelor (frecvență, intensitate, mod de expresie), tentative trecute de rezolvare și rezultatul lor. În detectarea factorilor de menținere a problemei poate fi de ajutor și punerea în evidență a evenimentelor de viață stresante actuale și/sau schimbările cu care se confruntă pacientul. Dacă există afectări de natură organică este important ca ele să fie de asemenea menționate în această secțiune (Groth-Marnat, 2003).

Această secțiune are o relevanță foarte crescută în cazul în care raportul psihologic nu sumarizează numai procesul de evaluare, ci și cel de intervenție terapeutică. Analiza biografică sau analiza funcțională a mecanismelor de întreținere, agravare sau ameliorare a simptomelor își găsesc un loc aici – pentru un exemplu de analiză biografică și funcțională specifică metodei cognitiv-comportamentale, a se vedea, de exemplu, capitolul clasic a lui Kirk (1989).

C.5. Rezultate obținute la teste psihologice și chestionare

Includerea sau nu a rezultatelor testelor în raportul psihologic reprezintă un subiect controversat în literatura de specialitate (Groth-Marnat & Horvath, 2006). Pe de o parte, sunt cei ce susțin că includerea acestor scoruri îi poate ajuta pe alți psihologi ce citesc raportul să înțeleagă mai bine clientul și problema și să evalueze progresele înregistrate prin compararea cu rezultatele obținute la evaluări ulterioare. Pe de altă parte sunt cei care susțin ca rapoartele psihologice sunt adesea citite de non-specialiști, ceea ce poate conduce la interpretări greșite ale datelor (Groth-Marnat & Horvath, 2006). O soluție pentru această dispută ar putea fi includerea datelor într-o anexă a raportului psihologic. Există de asemenea și contexte (precum cel legal sau

cele în care se știe că destinatarul raportului deține cunoștințe psihologice de specialitate), în care se recomandă includerea rezultatelor la teste (Groth-Marnat, 2003).

Dacă psihologul clinician hotărăște să includă în raportul psihologic rezultatele testelor, acestea ar trebui furnizate sub forma unor scoruri standard. Este de preferat ca rezultatele să fie furnizate sub forma percentilelor. De asemenea se poate opta pentru includerea magnitudinii relative a rezultatelor ("scăzut" , "mediu" , "ridicat"), sau pentru precizarea poziției lor față de anumite valori prag (*cut-off*) (Groth-Marnat, 2003).

Includerea și descrierea rezultatelor obținute la testele proiective poate fi mai dificilă. În cazul testului Rorschach, poate fi inclus tabelul de sumarizare al rezultatelor. În cazul testului de apersepcție tematică (*Thematic Apperception Test - TAT*), pot fi incluse scurte sumarizări cu privire la cele mai importante nevoi, precum și cu privire la cele mai frecvente teme întâlnite în ilustrații (Groth-Marnat, 2003).

O altă dezbatere, enunțată câteva secțiuni mai sus, este aceea a includerii (în această secțiune), a rapoartelor automatizate la probele clinice complexe (cum ar fi rapoartele MMPI sau PCF menționate anterior). În cadrul unor raportări standard, este indicat ca psihologul clinician să facă o selecție, relevantă pentru problemă sau pentru contextul clientului, și să nu „aglomereze” raportul cu informații redundante sau irelevante.

C.6. Discuții și interpretări

Această secțiune este considerată, alături de efortul de sinteză din secțiunea M.A., partea principală a raportului psihologic. Informațiile relevante aflate pe parcursul evaluării - din toate sursele utilizate, nu doar cele obținute în urma testării - sunt prezentate integrat sub forma unor ipoteze. Datele pot fi organizate pe domenii (modalitate de abordare recomandată pentru contextul educațional), pe abilități (modalitate de abordare recomandată deoarece presupune un grad ridicat de integrare) sau test cu test (modalitate de abordare puternic descurajată) (Lichtenberger et al., 2004).

Ca mesaj central pentru rapoartele clinice și terapeutice, partea de integrare și interpretare ar trebui să fie în continuitate *și ca răspuns* la întrebările clinice formulate în secțiunea M.A. Nu există o listă de subiecte recomandate sau obligatorii, deoarece tematicile prezentate ar trebui să se refere la întrebările formulate în secțiunea de început. Dacă motivul trimiterii este o problemă foarte specifică, este posibil să fie suficientă prezentarea a două-trei subiecte. Dacă motivul trimiterii este mai general, ar putea fi necesară includerea unui număr mai mare de subiecte (Groth-Marnat, 2003).

Fluxul logic al ideilor este susținut de trecerea de la global la particular, de la rezultatele formale obținute la teste la informații mai puțin formale. Pentru o mai bună organizare a informației, se recomandă ca acolo unde este necesar să se introducă subsecțiuni (Lichtenberger et al., 2004).

Deoarece abilitățile intelectuale oferă un **cadru general de înțelegere a funcționării persoanei**, de multe ori clinicienii preferă să înceapă secțiunea cu acest subiect (chiar dacă este de-recomandată utilizarea excesivă în raportare a scorurilor IQ pentru clienții care au probleme emoționale sau relaționale). În acest caz sunt incluse, mai degrabă, considerații asupra memoriei, concentrării, rezolvării de probleme, raționamentului abstract, fondului de informații disponibil. Pot fi incluse, de asemenea, informații asupra punctelor forte și vulnerabilităților intelectuale, asupra preferinței pentru activități independente sau pentru un cadru structurat. În cazul evaluării pentru un context psihiatric, se includ informații asupra asociațiilor bizare, nivelului de organizarea gândirii, orientării spre concret sau abstract a gândirii (Groth-Marnat, 2003).

Următoarele **subiecte abordate** pot fi mai dificil de selectat, dar în această selecție trebuie întotdeauna să se țină seama de M.A.. Se pot include considerații asupra personalității, funcțiilor senzoriale/ perceptive, asupra limbajului, abilităților executive, sau asupra nivelului de conștientizare a problemei. Tematici importante de abordat pot fi nivelul patologiei, dependența, ostilitatea sau sexualitatea. O modalitate eficientă de structurare a informației poate fi utilizarea axei: funcționare cognitivă / emoțională / relațională (Groth-Marnat, 2003).

O subsecțiune ce poate fi inclusă în raportul psihologic se referă la **diagnostic**. Includerea acestei secțiuni ar trebui făcută doar dacă clinicianul are calificarea necesară și doar dacă informațiile de care se dispune nu sunt contradictorii. Exprimat într-un mod mai formal sau mai puțin formal, diagnosticul este de ajutor în înțelegerea dificultăților cu care se confruntă pacientul, precum și în explicarea apariției anumitor comportamente (Lichtenberger et al., 2004). Totuși, există și specialiști care consideră că precizarea unui diagnostic poate conduce la fenomenul de auto-îndeplinire a profeției sau la neasumarea responsabilității de către pacient pentru demersul terapeutic ulterior (Groth-Marnat, 2003).

Nu în ultimul rând, în cazul în care în urma evaluării s-au obținut **informații contradictorii**, clinicianul trebuie să prezinte aceste aspecte și să încerce o explicare a lor. Dacă acest lucru nu este posibil, sunt prezentate motivele pentru care în momentul respectiv nu pot fi oferite explicații (Lichtenberger et al., 2004).

O altă subsecțiune inclusă adesea de clinicieni în raportul psihologic se referă la **prognostic**. Un model ce poate fi folosit în prezentarea prognosticului include listarea și evaluarea factorilor predispozanți, precipitanți și de protecție (Zuckerman, 2010). Într-un astfel de demers, se poate face legătura cu secțiunea "*Informații de fundal*", în cadrul căreia au fost puși în evidență factorii amintiți.

Prognosticul poate include (Zuckerman, 2010):

- Tipul de rezultat: ameliorare, revenire parțială/ totală, revenirea la job-ul inițial/ necesitatea unui alt loc de muncă, plasarea într-o instituție/în îngrijire familială/în comunitate etc.;
- Descriptorul prognosticului (în funcție de stadiu): excelent/ bun/ pozitiv/nesigur/rezervat/defavorabil;
- Descriptorul cursului problemei (în funcție de stadiu): benign/ cut/fluctuant/ cu remisii și exacerbări/ neschimbat cu sau fără tratament/ în declin/ malign/ fulminant;

- Descriptorul clientului: în revenire/ în convalescență/ făcând progrese/ greu de tratat/refractor la tratament/cu simptome ce continuă să afecteze funcționarea cotidiană.

Un prognostic ce ia în considerare aceste elemente poate fi sintetizat astfel:

“Prognosticul pentru ... [tipul de rezultat] este ... [descriptorul prognosticului]. Evoluția problemei se preconizează a fi ... [descriptorul cursului problemei], deoarece clientul pare a fi ...[descriptorul clientului].” (Zuckerman, 2010)

Clinicianul prezintă argumentat modul de evoluție al pacientului în viitor. Dacă predicția clinicianului se referă la un răspuns slab al pacientului la tratament, ar trebui să fie incluse și motivele acestei predicții: un nivel ridicat al defenselor, capacitate de introspecție redusă. În mod similar, ar trebui susținute și predicțiile favorabile: se includ aici referiri la motivația pentru schimbare, suportul social disponibil, resursele pacientului etc. (Groth-Marnat, 2003). O altă modalitate de prezentare a prognosticului este aceea bazată pe diagnostic. În acest caz este important ca formularea diagnostică să fie una detaliată (Kellerman & Burry 2007).

C.7. Rezumat și recomandări (în loc de concluzii)

În această secțiune sunt prezentate, din nou, foarte succint, informațiile obținute despre pacient precum și concluziile evaluării sau deznodămintele procesului terapeutic. Dacă în secțiunea M.A. au existat mai multe întrebări, se răspunde concis la fiecare dintre ele.

Recomandările precizează pașii de urmat pentru rezolvarea problemei pacientului și trebuie să fie clare și practice. Pentru a putea realiza acest lucru clinicianul trebuie să aibă o bună înțelegere a problemei cu care se confruntă pacientul, a alternativelor de soluționare, precum și a resurselor disponibile (Groth-Marnat & Wright, 2016). Resursele disponibile ale clientului/pacientului (regăsite în literatură și sub denumirea de puncte forte, factori de protecție, competențe, reziliență, sau aspecte legate de împuternicire - *empowerment*) sunt subliniate mai ales în acele rapoarte în care se dorește prezentarea acestuia ca persoană, ca întreg, și nu doar a aspectelor patologice ale acestuia. Aceste resurse pot fi variate: la nivelul

comunității, în domeniul relațiilor interpersonale, la nivel ocupațional, educațional, fizic, afectiv, la nivelul personalității (Zuckerman, 2010).

În formularea recomandărilor, clinicianul trebuie să dea dovadă de atenție și tact, în special atunci când profesionistul care face evaluarea nu se va ocupa și de componenta de intervenție. În cazul în care același profesionist care face evaluarea este responsabil și pentru intervenție (sau pentru o parte a parcursului terapeutic), recomandările respective vor fi menționate explicit, și în legătură cu întrebările clinice cuprinse la secțiunea M.A., ca **obiective de intervenție**. Raportarea ulterioară a procesului terapeutic (care nu face, decât ca mențiune, obiectul capitolului de față), pornește de la aceste obiective și menționează evoluția deznodământului clinic pentru client/pacient.

D. Câteva idei pentru studenți, psihologi sub supervizare și, evident, supervizorii lor, cu privire la raportul psihologic

Anticipând schimbări care sunt de așteptat în profesia noastră, există câteva direcții în însușirea unor competențe de raportare, spre care ar fi bine să ne îndreptăm cu toată responsabilitatea. Aceste direcții pot fi sintetizate, conform criteriilor lui Groth-Marnat (2009), drept cele „cinci motive pentru care un clinician ajunge în raiul raportării” :

- 1) *Lizibilitate* – un raport psihologic contemporan, în condițiile în care există o posibilitatea crescută să fie solicitat de client sau de persoane care nu sunt de specialitate, trebuie să fie pe deplin accesibil acestora ca nivel de înțelegere;
- 2) *Conexiuni semnificative cu contextul de viață al persoanei* – rapoartele psihologice reprezintă un document și o colecție de afirmații și interpretări care ar trebui să fie relevante pentru persoana evaluată în contextul vieții ei cotidiene, iar problemele să fie corelate cu interpretări sau recomandări comprehensibile și concrete;
- 3) *Interpretări integrate* – idealul unui raport psihologic este acela în care rezultatul evaluării sau descrierea intervențiilor sunt realizate fluid și interconectat/integrat, și nu se prezintă ca o listă fragmentată de rezultate, descrieri sau agende de ședință;

- 4) *Accentul pe persoană în integralitate, inclusiv pe punctele tari ale acesteia* – un raport ideal ar trebui să se desprindă de presiunea modelului medical de raportare (care pune accent aproape exclusiv pe nereguli, deficiențe, afectări sau disfuncționalități), și să prezinte o imagine de ansamblu a persoanei, în care să existe un echilibru între aspectele care funcționează și cele care sunt subiecte de îmbunătățire sau intervenție;
- 5) *Relații clare între motivele adresării și procesul de evaluare și intervenție* – un raport psihologic ideal stabilește legături clare și transparente între motivul adresării la evaluare sau terapie, între ipotezele/întrebările clinice formulate de clinician și răspunsurile la aceste întrebări.

Ca și concluzie a capitolului prezent, până a ajunge în raiul raportării (vezi mai sus, Groth-Marnat, 2009), mai avem de traversat niște purgatorii stilistice și de structurare/integrare a informației. Apariția, în viitorul apropiat, a unor ghiduri profesionale în domeniu raportării pot face această călătorie mai facilă, asigurând generații mai bine pregătite pentru realitatea clinică românească.

Bibliografie

Ackerman, M.J. (2006) Forensic report writing. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 59-72.

Allyn, J.B. (2012) *Writing to clients and referring professionals about psychological assessment results – A handbook of style and grammar*. New York, NY: Routledge.

Butcher, J., Dahlstrom, W.G., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989) *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. – Adaptat în română de C.E. Munteanu, R. Livinți și D. Iliescu, O.S. România (2010).

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (fourth edition). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Groth-Marnat, G. (2009) The five assessment issues you meet when you go to heaven. *Journal of Personality Assessment*, 91(4), 303-310.

Groth-Marnat, G., & Davis, A. (2014) *Psychological report writing assistant*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Groth-Marnat, G., & Horvath, L., S. (2006). The psychological report: A review of current controversies. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 73-81.

Groth-Marnat, G., & Wright, A.J. (2016). *Handbook of psychological assessment* (sixth edition). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Kellerman, H., & Burry, A. (2007) *Handbook of psychodiagnostics testing: Analysis of personality in the psychological report* (fourth edition). New York: Springer

Kirk, J. (1989) Cognitive-behavioural assessment. În K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark (eds.). *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems – a practical guide*. Oxford: Oxford University Press, p. 13-51.

Lichtenberger, E.O., Mather, N., Kaufman, N.L., & Kaufman, A.S. (2004) *Essentials of assessment report writing*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Matarazzo, J.D. (1990) Psychological assessment versus psychological testing. Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist*, 45(9), 999-1017.

Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015) *MCMII® -IV - Millon® clinical multi-axial inventory – IV – Manual*. Bloomington, MN: NCS Pearson.

Ownby, R.L. (1997) *Psychological reports: A guide to report writing in professional psychology* (3rd. edition). New York: Wiley.

Sava, F.A. (2020) *Formularul clinic de personalitate (PCF). Manualul utilizatorului*. Timișoara: Editura ArtPress.

Snyder, C.R., Ritschel, L.A., Rand, K.L., & Berg, C.J. (2006) Balancing psychological assessments: including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 33-46.

Westhoff, K., & Kluck, M.-L. (2009) *Raportul psihologic: Redactare și evaluare* (ediția a 5-a), traducere în română de D. Iliescu, M. Minulescu, C. Nedelcea, & I. Andrei, Cluj-Napoca: Sinapsis.

Westhoff, K., & Kluck, M.-L. (2014) *Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen*, (6. Auflage). Berlin: Springer Verlag.

Wiener, J. & Costaris, L. (2012) Teaching psychological report writing: Content and process. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 119-135.

Zuckerman, E.L. (2010). *The Clinician' s Thesaurus: The Guide to Conducting Interviews and Writing Psychological Report*. New York: Guilford Press.

Anexe.

ACORDUL INFORMAT al CLIENTULUI/BENEFICIARULUI DE SERVICII PSIHOLOGICE

1. Datele Clientului	Numele și prenumele:	
	Domiciliul/reședința:	
2. Reprezentantul legal al clientului*)	Numele și prenumele:	
	Domiciliul/Reședința:	
	Calitatea:	
2'. Reprezentantul legal al clientului*)	Numele și prenumele:	
	Domiciliul/Reședința:	
	Calitatea:	
3. Actul Psihologic (descriere) (se va menționa tipul de activitate desfășurată cu clientul – de evaluare, de intervenție, modalitatea de intervenție, numărul de ședințe preconizate etc.)		
4. Au fost furnizate clientului (și reprezentantului legal) următoarele informații în legătură cu actul psihologic**):		
Date despre starea prezentă, despre caracteristicile sale de personalitate, precum și despre mecanismele sale de gestiune a stresului și adversității	Da	Nu se aplică
Date despre diagnosticul psihologic și psihopatologic		
Informații despre prognosticul natural și despre evoluția posibilă ca urmare a intervenției psihologice		
Natura și scopul actului (actelor) psihologic(e) propuse		

Informații despre metodele și instrumentele folosite în cursul evaluării și intervenției			
Intervențiile și strategia terapeutică propuse			
Beneficiile și consecințele actului psihologic, insistându-se asupra următoarelor aspecte _____ (beneficii la nivel de simptom, la nivel de achiziție de abilități, la nivel de întărire a stimei de sine, a ameliorării comunicării în familie sau la școală etc.)			
Riscurile potențiale ale actului psihologic, insistându-se asupra următoarelor aspecte _____ (riscuri ale dezvăluirii unor aspecte legate de viața interioară, accentuarea unor conflicte interpersonale, riscul stigmatizării sau auto-stigmatizării legate de diagnostic etc.)			
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor aspecte _____ (tratament psihiatric sau pediatric ca alternativă, activități sportive sau recreative ca alternativă etc.)			
Riscurile neefectuării actului psihologic (riscuri referitoare la posibile consecințe legale ale neefectuării evaluării sau neparcurgerii programului de intervenție)			
Riscurile nerespectării recomandărilor din raportul psihologic rezultat ca urmare a evaluării și/sau intervenției			
5. Consimțământ pentru completarea unor probe psihologice (în variantă creion-hârtie sau online)	Clientul (sau reprezentantul legal) este de acord cu completarea unor probe psihologice și cu păstrarea rapoartelor (în condiții de respectare a confidențialității) fie în format fizic sau online		
6. Consimțământ pentru utilizarea datelor obținute în cadrul evaluării și intervenției în cadrul procesului de supervizare și intervizare	Clientul (sau reprezentantul legal) este de acord cu utilizarea parțială sau totală a datelor (în condiții de respectare a confidențialității) pentru procesul de supervizare și/sau intervizare a psihologului care realizează evaluarea/intervenția		
7. Consimțământ pentru utilizarea datelor obținute în cadrul evaluării și intervenției pentru cercetare	Clientul (sau reprezentantul legal) este de acord cu utilizarea parțială sau totală a datelor (în condiții de respectare a confidențialității) pentru proiecte de cercetare		
8. Alte informații care au fost furnizate clientului			
Informații despre serviciile psihologice, psihopedagogice, medicale și sociale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului suplimentar care va participa la procesul de evaluare și intervenție ***)			
Informații despre regulile/practicile din forma de exercitare (cabinet sau societate), din unitatea școlară sau socială, sau din structura de psihologie în care este oferită asistența			
Clientul (sau reprezentantul legal) a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie psihologică și că poate să opteze pentru o altă modalitate de			

intervenție decât cea propusă		
9. Clientul (sau reprezentantul legal) dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate mintală în cadrul unor evaluări periodice ulterioare încheierii procesului de evaluare/intervenție sau dorește să fie informat despre publicarea unor rezultate în cazul desfășurării unor cercetări științifice		
10. Clientul (sau reprezentantul legal) este informat, dacă este cazul, că raportul de evaluare sau de intervenție va fi transmis unor terți (instanță, instituție de învățământ sau de asistență socială), în condițiile prevăzute de lege		

*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ **) **Nu este obligatoriu să se completeze toate rubricile cu DA. În cazul în care nu au fost aduse în discuție anumite aspecte în cadrul acordului realizat cu clientul (sau cu reprezentantul legal), se va bifa „NU se aplică”.**

***) Identificat în tabelul cu personalul care participă la procesul de evaluare și intervenție ale clientului

I) Subsemnatul, (numele și prenumele clientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele psihologului) și enumerate mai sus, că am prezentat psihologului doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului psihologic.

X	Data:/...../.....
	Ora:
Semnătura clientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului psihologic	

I') Subsemnatul, (numele și prenumele clientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele psihologului) și enumerate mai sus, că am prezentat psihologului doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului psihologic.

X	Data:/...../.....
	Ora:
Semnătura clientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului psihologic	

II) Subsemnatul client / reprezentant legal,, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele psihologului care a informat clientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului psihologic și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului psihologic.

X	Data:/...../.....
	Ora:
Semnătura clientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului psihologic	

Tabel cu personalul care acordă servicii psihologice, psihopedagogice, psihosociale și medicale clientului

(numele și prenumele clientului)

Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		
...		

Ghid general pentru evaluare psihologică²

Date generale

Nume și prenume

Data nașterii

Adresa clientului

Nr. de telefon

Contact aparținător

Adresat (trimis) de

Numele examinatorului

Consimțământ informat (vezi anexa 1)

În timpul primei întâlniri, clientul este informat despre scopul evaluării și despre aspecte legate de confidențialitate. Clientul este informat despre faptul că evaluarea psihologică va cuprinde informații personale, observațiile și concluziile clinice ale examinatorului, precum și recomandări de tratament. Clientul va fi încurajat să pună întrebări cu privire la evaluare și la fluxul informațiilor înainte de a semna formularul de consimțământ. Mențiunea pentru client a utilității evaluării și a faptului că un examen al stării prezente face referire la momentul prezentului și nu are o valoare pentru momente ulterioare.

² Pentru structura generică a formularului, au fost folosite ghiduri ale serviciilor militare canadiene (Veteran Affairs Canada)

Motive ale adresării

În această secțiune, va fi menționată persoana și/sau instituția care a solicitat examinarea, precum și motivul invocat pentru adresare. De asemenea, vor fi menționate, în cuvintele clientului, motivele identificate de acesta pentru consultație.

Metode de evaluare

1. **Trecerea în revistă a documentelor medicale sau psihologice** – parcurgerea foilor de observație, a biletului de trimitere, de externare sau a oricăreia documentații care face referință la condiția clientului. Se vor trece în revistă fișele și documentele consultate
2. **Interviul clinic** – se va menționa numărul de întâlniri, durata acestora, persoanele care au fost prezente
3. **Instrumente psihometrice, interviuri standardizate**

Informații relevante (istoric al vieții)

- Date de identificare: vîrstă, statut marital, copii, ocupație etc.
- Istoric psihiatric/psihologic
 - Personal: probleme psihologice/psihiatrice anterioare, tratament, spitalizări, diagnostice, identificarea persoanelor care au asigurat îngrijirea:
 - Familial: dacă se aplică și/sau dacă este relevant
- Istorie personală: istoric al familiei, scurtă descriere a copilăriei, adolescenței, vieții de adult
- Istoric legal: istoricul, dacă este cazul, a problemelor legale (arestări, condamnări, detenții)
- Istoric militar: vîrsta înrolării, durata și locația geografică a efectuării stagiului militar, circumstanțele și data lăsării la vatră

- Istoria longitudinală a evenimentelor de viață stresante: o scurtă documentare a evenimentelor de viață stresante raportată de client, cu menționarea perioadei, locației, circumstanțelor și a răspunsului emoțional raportat de client

Observații asupra statutului mental și comportamental prezent

În mod obișnuit, va include o descriere a următoarelor aspecte:

- Aspect general
- Comportament și atitudine generice
- Nivelul de vigilență
- Orientare spațio-temporală
- Memorie (de scurtă și de lungă durată)
- Calitatea/maniera vorbirii
- Nivelul de insight
- Gîndire logică
- Discernămînt
- Procesul gîndirii
- Conținut al gîndirii
- Dispoziție raportată
- Nivel de emoționalitate observat de evaluator

Evaluare a validității observațiilor

Se va formula o ipoteză despre validitatea celor observate (de ex. Lucruri legate de coerența relațiilor, despre validitatea observării unor simptome, despre exagerarea sau minimizarea unor simptome)

Problema curentă

Perspectiva clientului:

Documentarea unor îngrijorări generice, așa cum sînt ele menționate de către client – de exemplu, asupra debutului și cauzelor lui, asupra impactului asupra funcționării zilnice, afectarea domeniilor de viață (impactul asupra sferei profesionale, educaționale), obișnuințelor de viață (consum de alcool, droguri, țigări, gambling), relații cu persoane semnificative, acuze fizice, dificultăți cognitive, limitări sau incapacități.

Perspectiva unui (unor) membri ai familiei – dacă este cazul:

Vor fi enumerate dificultăți și probleme, impactul lor asupra unor rutine, precum și calitatea relațiilor interpersonale (cu partenerul de viață, alți membri ai familiei, amici etc.), în cuvintele folosite de aparținător (aparținători).

Simptome psihologice

- Vor fi listate toate simptomele și descrise în termeni de debut, natură, frecvență și intensitate
- Vor fi menționate problemele de dependență/adicție, precum și debutul acestora
- Va fi descris impactul asupra persoanei, familiei, relațiilor, funcționării ocupaționale, precum și eventualul grad de invaliditate/dizabilitate asociat simptomuli
- Se va descrie evoluția simptomelor în timp
- Va fi formulată o opinie profesională care explică instalarea și menținerea simptomelor

Evaluare a funcțiilor cognitive (dacă este cazul)

Un rezumat cantitativ și/sau descriptiv al evaluării cognitive: memorie, atenție, concentrație, procesarea informației

Managementul personal al simptomelor

- Identificarea mecanismelor de coping adaptativ și maladaptativ
- Enumerarea medicamentelor, perioadelor de administrare, precum și numele medicilor care le-au prescris

Conceptualizare clinică

Evaluare diagnostică multiaxială (DSM de preferință)

Evaluarea riscului

Evaluarea riscului suicidar (indicarea prezenței ideății, planurilor sucidare și a iminenței acestora, precum și orice altă informație relevantă, în cazul în care se aplică)

Evaluarea riscului de auto-vătămare

Evaluarea riscului de heteroagresivitate

Concluzii și recomandări de tratament

Se va nota natura, frecvența și durata estimată a intervențiilor, precum și formularea unor obiective clinice care necesită intervenție.

Dacă evaluarea se face în scopul includerii într-un program de reabilitare psiho-socială, se vor formula obiective și intervenții de tip psihosocial.

Dacă evaluarea prevede o adresare sau un transfer către serviciul spitalicesc, se va menționa sau se va iniția un contact cu serviciul medical și va fi menționat în raport numele persoanei de îngrijire.

Prognostic

Se vor documenta acei factori care prezic un prognostic bun sau unul rezervat.