



Academia Română

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII

Casa Academiei,
Calea 13 Septembrie, Nr. 13,
sector 5, 050711 București
Tel.: + 40 21-318 2461
Fax.: + 40 21-318 2462
iccv@iccv.ro
www.iccv.ro

Raport Final

Ai incredere in mintea lor!

Campanie pentru reintegrarea socială a
persoanelor cu probleme de sănătate mentală

Pregătit pentru:
Așezământul Cultural Academia Cașavencu
Dept. Agenția de Monitorizare a Presei
Iulie 2007

Echipa de proiect
Manuela Sofia Stănculescu (coord.)
Dana Cornelia Nițulescu
Mihnea Preotesi

INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII



Academia Română București

Raport Final

Concepții publice privind bolile mintale în România:

stereotipuri, cauze și modalități de îngrijire, atitudini și
distanță socială

Autor: Manuela Sofia Stănculescu

București

23 August 2007

Conținut

1	Introducere.....	4
2	Date și metodă.....	5
2.1	Datele	5
2.1.1	Sondajul AMP la nivelul populației.....	5
2.1.2	Sondajul AMP la nivelul profesioniștilor în domeniu.....	6
2.1.3	Cercetarea calitativă	7
2.2	Metoda.....	9
3	Experiența privind bolile mintale	11
3.1	De unde au aflat oamenii ceea ce știu despre bolile mintale?	11
3.2	Interacțiunea cu instituțiile relevante.....	12
3.3	Încrederea populației în profesioniștii din sistem.....	13
3.4	De unde se informează profesioniștii din domeniu?	14
3.5	Cui se va adresa campania AMP?	14
4	Concepții publice despre bolile mintale.....	16
4.1	Metoda vignetelor.....	16
4.2	Identificarea/ etichetarea bolilor mintale.....	18
4.3	Posibilele cauze ale bolilor mintale	19
4.4	Cele mai potrivite modalități de îngrijire în opinia populației.....	21
5	Atitudini și distanță socială.....	23
5.1	Riscul de violență perceput	23
5.2	Distanță socială.....	24
5.3	Devalorizare și discriminare percepute	25
5.4	Profesioniștii din domeniu despre discriminare și stigma.....	29
6	Sistemul de îngrijiri din perspectiva profesioniștilor	34
6.1	Principalele disfuncționalități care duc la stigmatizare.....	34
6.2	Actorii cheie ai sistemului.....	36
6.3	Cadrul legislativ	38
6.4	Ce trebuie făcut?.....	39
6.4.1	Reformarea sistemului	39
6.4.2	Campanii de destigmatizare și sensibilizare a populației.....	39
7	Bibliografie.....	40

1 Introducere

Acest raport este o analiză comprehensivă a datelor culese de ICCV, în cadrul proiectului „Ai încredere în mintea lor! Campanie pentru reintegrare socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală”, care este desfășurat în parteneriat de Așezământul Cultural Academia Cașavencu – Dept. Agenția de Monitorizare a Presei (AMP), Asociația Română de Psihiatrie Comunitară și Fundația CONCEPT.

Analiza are la bază atât date cantitative, cât și calitative. Datele cantitative provin din cercetarea ICCV, realizată în perioada 27 iunie-15 iulie 2007, pe un eșantion reprezentativ de populație și pe un lot semnificativ de 98 experți/profesioniști în domeniul sănătății mintale. Datele calitative sunt produsul unui studiu calitativ ICCV, ce a inclus interviuri și focus-grupuri cu trei categorii țintă (experți/profesioniști în domeniul sănătății mintale, beneficiari de servicii și populație).

În conformitate cu TOR-ul, analiza de față este structurată în funcție de obiectivele cercetării, și anume:

- Identificarea unor modele conceptuale, în funcție de analiza literaturii de specialitate, cu privire la fenomenul stigmatizării, discriminării și marginalizării persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- Identificarea credințelor, atitudinilor și stereotipurilor cu privire la problematica sănătății mintale, în rândul populației generale și a unor categorii populaționale specifice.
- Identificarea concepțiilor laice cu privire la cauzalitatea și modalitățile de îngrijire a tulburărilor mintale.
- Identificarea unor elemente cheie și a unor direcții de acțiune pentru desfășurarea unor campanii anti-stigma în domeniul sănătății mintale.

2 Date și metodă

2.1 DATELE

Analiza prezentată în continuare are la bază atât date cantitative, cât și calitative. Triangularea informațiilor culese prin metode calitative și cantitative, la nivel de populație și de specialiști în domeniul sănătății mintale, asigură obținerea unei imagini de ansamblu asupra concepțiilor publice privind persoanele cu probleme de sănătate mintală: stereotipuri, cauze și modalități de îngrijire, atitudini și distanță socială.

2.1.1 SONDAJUL AMP LA NIVELUL POPULAȚIEI

Datele cantitative provin dintr-o cercetare ICCV, realizată în perioada 27 iunie-15 iulie 2007. Eșantionul include 1070 persoane, care au fost selectate din 67 comune și orașe (inclusiv București). Rata de refuz a sondajului a fost de 20%.

La nivel de populație, eșantionul probabilist a fost stratificat în funcție de provincia istorică (8 provincii), mediul rezidențial (urban - rural), mărimea localităților urbane (3 categorii - oraș mic sub 30 mii loc., oraș mediu 30-100 mii loc., oraș mare 100 mii loc. sau peste) și, în mediul rural, tipul satului (4 tipuri, construite în funcție de mărimea populației, aproape de oraș *versus* izolat, central *versus* periferic).

Tabel 1 Distribuția populației în funcție de regiune istorică și tipul de localitate (%)

Strat eșantionare*	Sat cu +500 loc., centru comună, < 30km de un oraș	Sat cu +500 loc., periferic în comună, < 30km de un oraș	Sat cu < 500 loc., periferic în comună, < 30km de un oraș	Oraș mic (sub 30 mii loc)	Oraș mijlociu (30-100 mii loc)	Oraș mare (+100 mii loc)	Total
Moldova	5.3	3.7	1.0	1.9	2.3	5.9	21.0
Muntenia	5.7	4.0	0.9	2.0	3.1	3.6	19.6
Oltenia	2.7	1.6	0.9	1.7	1.0	2.4	10.8
Dobrogea	1.0	0.3	0.0	0.5	1.0	1.5	4.5
Transilvania	4.0	2.0	1.4	3.3	4.7	4.3	20.1
Crișana-MM	2.2	1.4	0.4	1.6	0.2	3.0	9.1
Banat	1.0	0.4	0.2	0.7	0.8	1.5	4.7
București-Ilfov	0.5	0.2	0.0	0.5	0.0	9.1	10.3
NAȚIONAL	22.3	13.6	4.8	12.2	13.0	31.3	100
Moldova	3.6	6.3	1.0	1.7	2.2	6.4	21.1
Muntenia	7.1	2.9	1.3	2.1	3.4	3.6	20.3
Oltenia	2.5	2.0	1.4	1.7	1.0	2.3	10.9
Dobrogea	1.8				1.4	1.5	4.7
Transilvania	4.3	2.6	1.8	2.8	3.4	4.4	19.3
Crișana-MM	2.6	0.8	0.7	1.9		3.4	9.3
Banat	1.7			0.9	0.9	1.7	5.2
București-Ilfov	0.0					9.2	9.2
EȘANTION	23.6	14.6	6.2	11.0	12.3	32.3	100

Notă: La nivel național, diferențele până la 100% reprezintă ponderile stratului lipsă din eșantion, și anume sat mic (< 500 loc.), periferic în comună și izolat (la +30 km față de orice oraș).

Așa cum arată tabelul 1, eșantionul include 44% respondenți din mediul rural și 56% din mediul urban (11% din orașe mici, 12% din orașe mijlocii și 32% din orașe mari).

Eșantionul la nivelul populației este reprezentativ pentru populația de 18 ani și peste neinstituționalizată a României.

Tabel 2 Eșantionul la nivel de populație pe grupuri de vârstă și gen (% din total eșantion)

Vârstă	Bărbați	Femei	Total eșantion
18-24 ani	5.5%	5.3%	10.9%
25-34 ani	8.2%	9.0%	17.2%
35-44 ani	6.4%	8.5%	14.9%
45-54 ani	10.2%	9.2%	19.4%
55-64 ani	7.0%	8.9%	15.9%
65+ ani	8.5%	13.1%	21.6%
Total	45.9%	54.1%	100%

Datele ICCV la nivelul populației respectă toate relațiile logice puse în evidență la nivelul întregii populații din România: femeile predomină între persoanele de vârstă de 65 ani și peste, femeile sunt în medie mai puțin educate decât bărbații, populația rurală este mai puțin educată decât populația urbană, gospodăriile rurale au venituri monetare semnificativ mai mici decât gospodăriile urbane etc.

Respondenții au fost majoritar (60%) selectați aleator din listele electorale (corespunzătoare unor secții de vot precizate). Prin metoda drumului aleator au fost selectați 40% din respondenți - în 17 localități unde listele electorale nu au fost disponibile și în 14 localități în care subeșantionul nu a fost completat după epuizarea adreselor din listele principale și din listele cu rezerve.

2.1.2 SONDAJUL AMP LA NIVELUL PROFESIONIȘTILOR ÎN DOMENIU

La nivelul fiecărei localități selectate în eșantion au fost realizate 1-3 interviuri (și 11 în cele 6 sectoare din București) cu profesioniști în domeniul sănătății mintale. În total au fost intervievați 98 experți/profesioniști din domeniu.

Tabel 3 Lotul de profesioniști în funcție de regiunea istorică și tipul de localitate (număr cazuri)

	Rural	Urban mic (sub 30 mii loc)	Urban (30 mii loc și peste)	Total
Moldova	8	3	11	22
Muntenia	8	2	8	18
Oltenia	4	3	4	11
Dobrogea	1	0	3	4
Transilvania	6	4	6	16
Crișana-MM	3	2	4	9
Banat	1	2	4	7
București-Ilfov	0	0	11	11
LOT EXPERȚI	31	16	51	98

Au fost avute în vedere următoarele categorii de experți/profesioniști în sănătate mintală:

- a. medici psihiatri, asistenți medicali de psihiatrie, psihologi angajați în spitale de psihiatrie
- b. medici de familie

- c. asistenți sociali și psihologi ce activează în structuri ale societății civile sau în structuri guvernamentale care furnizează servicii sociale persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Profesioniștii au fost recrutați prin vizite directe la instituțiile locale, cu sprijinul autorităților locale și prin metoda „bulgărelui de zăpadă”. Prin urmare, profesioniștii intervievați funcționează în contexte instituționale diverse, de la spitale de psihiatrie la unități medicale care furnizează servicii de medicină generală, dar și în primării, școli, întreprinderi sau organizații neguvernamentale.

Tabel 4 Lotul de profesioniști în funcție de tipul de localitate și tipul de instituție (număr cazuri)

Tip instituție	Rural	Urban mic (sub 30 mii loc)	Urban (30 mii loc și peste)	Total
Spital	0	3	12	15
Policlinică	0	0	6	6
Dispensar	7	1	2	10
Cabinet medical particular	5	5	17	27
Școală*	0	3	7	10
Primărie	19	2	1	22
ONG sau similar	0	2	3	5
Altele**	0	0	3	3
LOT EXPERȚI	31	16	51	98

* Include centru de plasament și școală specială; ** AJOFM, penitenciar, RATB sau alte regii și întreprinderi.

Din chestionarul conceput special pentru profesioniștii din domeniu rezultă principalele caracteristici ale sistemului de îngrijiri acordate în prezent persoanelor cu probleme de sănătate mintală, precum și direcțiile de acțiune considerate a fi prioritare în vederea unei campanii anti-stigma în domeniul sănătății mintale.

Tabel 5 Lotul de profesioniști în funcție de tipul de localitate și tipul de expertiză (număr cazuri)

Tip instituție	Rural	Urban mic (sub 30 mii loc)	Urban (30 mii loc și peste)	Total
Medici psihiatri	0	1	18	19
Medici de familie	12	7	7	26
Psihologi	0	4	21	25
Asistenți sociali	19	2	4	25
Alții*	0	2	1	3
LOT EXPERȚI	31	16	51	98

* Include asistent medical și instructor școală specială.

2.1.3 CERCETAREA CALITATIVĂ

Datele calitative sunt produsul unei cercetări desfășurate în perioada 27 iunie-15 iulie de o echipă de sociologi ICCV, în strânsă colaborare cu specialiști¹ în domeniul sănătății mintale.

¹ Mulțumim pentru sprijinul consistent acordat în realizarea cercetării lui Mugur Ciumăgeanu și Raluca Sfetcu (Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, București), Dr. Paziuc (director Spital Psihiatrie Câmpulung Moldovenesc), Dr. Stoica (sef CSM Timișoara), Dr. Roșca (medic șef CSM, București, sector 4), precum și Fundației ESTUAR.

Cercetarea a fost desfășurată în 3 orașe și a produs 5 focus grupuri și 24 interviuri cu profesioniști în sănătate mintală.

Tabel 6 Cercetarea calitativă – număr de focus grupuri și interviuri realizate pe oraș

Oraș	Județ	Nr. focus grupuri	Nr. interviuri
BUCUREȘTI	B	4	12
TIMIȘOARA	TM	0	6
CÂMPULUNG MOLDOVENESC	SV	1	6
TOTAL		5	24

Cele trei orașe în care a fost realizată cercetarea calitativă au fost alese în principal pentru că: (a) sunt din regiuni diferite; (b) sunt bine reprezentate toate categoriile cheie din punct de vedere al proiectului (profesioniști, beneficiari, ONG-uri active în domeniul sănătății mintale) și (c) Câmpulung Moldovenesc reprezintă un „caz exemplar”, adică un model de acțiune și de bună practică în domeniul sănătății mintale, Timișoara este mai degrabă un „caz tipic” cu privire la sistemul de îngrijire în domeniu, în timp ce București este capitala țării, cu infrastructura cea mai bine dezvoltată, dar și foarte eterogen.

Cercetarea a vizat **trei categorii țintă**:

2. experții/profesioniștii în sănătate mintală:

- a. medici psihiatri, asistenți medicali de psihiatrie, psihologi angajați în spitale de psihiatrie
- b. medici de familie
- c. asistenți sociali și psihologi ce activează în structuri ale societății civile sau în structuri guvernamentale care furnizează servicii sociale persoanelor cu probleme de sănătate mintală

3. beneficiarii de servicii:

- a. activi în ONG-uri care le reprezintă interesele și beneficiari de servicii sociale oferite de structuri ale societății civile
- b. pacienți în spitale de psihiatrie

4. populația generală: femei și bărbați

În total, la cercetarea calitativă au participat 58 persoane, și anume:

Categorie	Interviuri și focus grupuri
Profesioniști	<ul style="list-style-type: none"> • 6 medici psihiatri • 2 asistenți medicali psihiatrie • 5 psihologi • 3 medici de familie • 8 asistenți sociali • Un focus grup la care au participat 6 reprezentanți CSM
Beneficiari	<ul style="list-style-type: none"> • Un focus grup pacienți (10 persoane) • Un focus grup beneficiar ONG (6 persoane)
Populație	<ul style="list-style-type: none"> • Un focus grup femei (6 persoane) • Un focus grup bărbați (6 persoane)

Profesioniștii intervievați sunt activi:

- în spitale de psihiatrie (București și Câmpulung Moldovenesc)
- în cadrul unui Centru de Sănătate Mintală
- în cadrul unei Direcții de Asistență Socială Comunitară
- în cadrul Fundației ESTUAR (București), Centrului TREPTE (București), Fundației ORIZONTURI (Câmpulung Moldovenesc), ONG-ului ARMONIA (Timișoara) sau Fundației COPII ÎN DIFICULTATE (București)
- în cadrul unui dispensar.

Profesioniștii și beneficiarii de servicii au fost recrutați cu ajutorul consultanților beneficiarului. Participanții la focus-grupurile cu populație au fost recrutați de echipa ICCV, prin metoda "bulgărelui de zăpadă".

Interviurile și focus grupurile au urmat ghiduri de interviu puse de acord cu chestionarele utilizate în cercetarea cantitativă.

2.2 METODA

Rezultatele prezentate în continuare au la bază analize de asociere (crosstaburi cu test de asociere Chi-pătrat semnificativ și valori reziduale ajustate care în valoare absolută sunt egale sau mai mari decât 2), analize de varianță unidimensională (One-Way Anova) și analize de regresie liniară sau logistică.

Raportul prezintă doar rezultatele semnificative pentru $p \leq 0.05$. Dar, ca metodă, următorul set multinivel de variabile independente (predictori) a fost testat sistematic.

Variabile independente la nivel de individ

- sex
- vârstă
- ultima școală absolvită
- statut ocupațional și ocupația principală în iunie 2007
- stare civilă
- etnie
- religie
- capital cultural: după obținerea ultimei diplome a urmat un curs de calificare/recalificare la locul de muncă sau în afara acestuia (25% din eșantion); știe să utilizeze computerul (32%); știe cel puțin o limbă străină suficient de bine pentru a urma o conversație (36%); a călătorit în străinătate după 2000, indiferent dacă declară că a lucrat sau nu (25%). O variabilă globală, construită sumativ, distinge între persoanele cu capital cultural ridicat (21%), cele cu capital cultural mediu (33%) sau scăzut (46%).
- consumul mediatic: frecvența cu care se informează din emisiuni TV, de la radio, din ziare, reviste sau de pe Internet. O variabilă globală, construită sumativ, face diferența între persoanele care se informează relativ rar (cel mai adesea doar de la TV) și persoanele care combină informarea zilnică de la TV cu încă o sursă de informare, precum și persoanele informate care zilnic confruntă informațiile din trei surse de informare, în medie.
- satisfacție în general cu viața, cu sănătatea, cu banii pe care îi are, cu serviciul (dacă există) și optimism privind modul în care va trăi peste un an. O variabilă, construită ca scor factorial, face diferența între persoanele nesatisfăcute și pesimiste și cele satisfăcute și optimiste.
- tipul de experiență (cunoaștere) privind problemele de sănătate mintală (vezi secțiunea 3.1).

Variabile independente la nivel de gospodărie

- dimensiunea (număr membri) și compoziția (numărul de copii 0-14 ani) gospodăriei
- veniturile monetare ale gospodăriei: venitul lunar monetar per capita, principala sursă de venit a gospodăriei în anul 2006/7, aprecierea subiectivă a veniturilor raportate la nevoi și autoestimarea pe scala de la 1 (sărac) la 10 (bogat)
- strategiile de supraviețuire la nivelul gospodăriei:
 - a) *de tip tradițional* - cel puțin un membru din gospodărie se ocupă cu munca agricolă, creșterea animalelor sau silvicultură (47% din eșantion, din care marea majoritate doar pentru autoconsum; doar 6% din eșantion obțin venituri ocazionale sau regulate din vânzarea de produse agricole)
 - b) *de tip modern* - cineva din gospodărie este asociat(ă) sau are în proprietate o întreprindere particulară sau o afacere (12% din eșantion), respondentul sau altcineva din gospodărie a lucrat temporar în străinătate după 2000 (22%), gospodăria a investit în PC (35%), acces la Internet (23%) și în cel puțin o formă de asigurare (de viață, a locuinței, a terenurilor/producției agricole) - 21%.

Variabile independente la nivel de comunitate locală

- regiunea istorică
- mediul de rezidență
- tipul localității: tipul satului și orașele în funcție de mărime (vezi tabel 1)
- nivelul de dezvoltare al comunei, stabilit pe baza indicelui² de sărăcie/ dezvoltare comunitară, elaborat de D. Sandu, 2004, în *Raportul Dezvoltării Umane*, PNUD.

² Indicele de dezvoltare/ sărăcie comunitară (DEVSAT02) a fost determinat pe baza datelor de Recensământ (2002). El reprezintă scorul factorial al altor patru indici (de asemenea calculați ca scor factorial) privind: 1. capitalul uman al satului (stocul de educație, salariați la 1.000 locuitori, proporția ocupării în agricultură); 2. capitalul biologic al satului (ponderea populației din sat în total populație comună, ponderea populației în vârstă de muncă); 3. capitalul de locuire al satului (proporția locuințelor din sat dotate cu apă curentă, proporția locuințelor dotate cu canalizare, suprafața locuințelor); 4. izolarea satului (tipul administrativ al satului, distanța dintre sat și cel mai apropiat oraș).

3 Experiența privind bolile mintale

3.1 DE UNDE AU AFLAT OAMENII CEEA CE ȘTIU DESPRE BOLILE MINTALE?

În timp ce unii oameni au avut ei înșiși probleme de sănătate mintală, alții cunosc subiectul pentru că cineva din familie, un prieten, vecin sau coleg a avut astfel de probleme. În aceste cazuri vorbim despre experiență directă (mai mult sau mai puțin profundă) cu bolile mintale. Spre deosebire, alte persoane cunosc subiectul doar printr-o experiență indirectă, care poate fi una de tip profesional (persoana sau cineva din familie a studiat/lucrează în domeniu), dar și, una incompletă și superficială, adică din discuțiile în familie, „de pe la vecini, colegi sau prieteni” sau chiar din filme, cărți sau din mass media.

Tabel 7 Ceea ce știți despre persoanele cu boli mintale și problemele lor, ați aflat ...?

	Urban	Rural	Total
Din experiență directă			
- persoana sau cineva din familie a avut p.s.m.	14.1%	10.8%	12.6%
- a avut sau are colegi/ vecini/ prieteni cu p.s.m.	29.9%	23.2%	26.9%
Doar din experiență indirectă			
- de tip profesional			
- persoana sau cineva din familie lucrează/studiază d.s.m.	3.5%	2.7%	3.2%
- de tip neprofesional			
- de pe la colegi, vecini, prieteni sau discuții în familie	28.2%	31.6%	29.7%
- doar din mass media, filme, cărți	23.2%	28.9%	25.7%
Nu știe nimic despre subiect	1.2%	2.7%	1.9%
Total	100%	100%	100%

Notă: p.s.m. – probleme de sănătate mintală; d.s.m. – domeniul sănătății mintale.

În România, 3.2% din populație declară că a avut probleme de sănătate mintală. Însă ponderea populației care știe despre boli mintale din experiență directă, din interacțiunile cu membrii ai familiei, prieteni, colegi sau vecini cu astfel de probleme, se ridică la circa 40%. Această pondere este semnificativ mai mare în mediul urban, prin comparație cu mediul rural (44% față de 34%), unde se înregistrează semnificativ mai multe persoane care declară că tot ce știu despre subiect este „de la TV”, precum și a celor care susțin că „nu știu nimic despre persoanele cu boli mintale și problemele lor”.

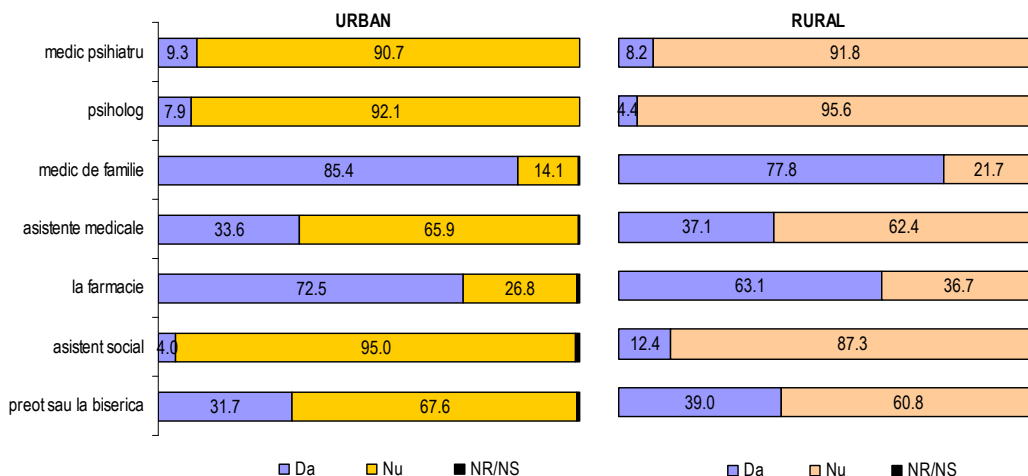
Singurele diferențe statistic semnificative înregistrate la nivel de individ sau gospodărie se referă la grupul persoanelor care lucrează/studiază în domeniu sau care au în familie pe cineva activ în domeniu, grup care reprezintă 3.2% din populație. Prin comparație cu populația generală, acest grup este în ponderi semnificativ mai mari localizat în orașe mari, este mai bine educat, are un capital cultural considerabil, are un consum mediatic peste medie, aparține unor gospodării cu venituri mai ridicate, care adoptă strategii moderne – călătorește în străinătate, investește în diverse activități pe cont propriu, în asigurări (de viață, de locuință), în computere și sunt dotate cu Internet. Cu excepția acestui grup, indiferent de sex, educație, religie, etnie, nivelul veniturilor ș.a.m.d., populația se distribuie în funcție de tipul de experiență privind bolile mintale așa cum arată tabelul 9.

Peste jumătate din populație (circa 55%³) cunosc subiectul bolilor mintale doar prin intermediul informațiilor aflate în cadrul rețelelor sociale (vecini, colegi etc.) sau din mass media. Deci, rețelele sociale și mass media reprezintă medii importante în formarea atitudinilor și concepțiilor privind bolile mintale.

3.2 INTERACȚIUNEA CU INSTITUȚIILE RELEVANTE

Marea majoritate a populației a consultat în ultimul an un medic de familie și a fost la farmacie. În jur de o treime a cerut sfaturi unei asistente medicale, unui preot, pastor sau la biserică. În schimb, doar 4%-12% din populație a consultat un medic psihiatru, un psiholog sau un asistent social.

Figura 1 Ponderea populației care în ultimul an a consultat sau a cerut sfaturi la (%)



Diferențele între mediul urban și cel rural sunt semnificative și reflectă gradul de acoperire și de dezvoltare a serviciilor medicale. În mediul rural, ponderea persoanelor care au fost la un medic de familie este semnificativ mai mică, dar a celor au fost la o asistentă medicală este semnificativ mai mare, tocmai pentru că în unele comune, rolul medicului de familie este în fapt jucat de o asistentă medicală. De asemenea, ponderea persoanelor care au mers la o farmacie este semnificativ mai mică în mediul rural, pentru că există sate cu acces extrem de limitat la o farmacie. În schimb, consultarea unui asistent social este mai ridicată în mediul rural, pentru că accesul la departamentele sociale din cadrul primăriei este mai facil decât în orașe. Asemănător, în cazul preoților. Pe de o parte, preoții sunt mai apropiați de enoriași, iar pe de altă parte, practica socială a consultării preotului este mult mai răspândită în sate prin comparație cu orașele.

Circa 9% din populație, atât din urban, cât și din rural, a consultat în ultimul an (iunie 2006-iunie 2007) un medic psihiatru. La medicul psihiatru au fost în egală măsură femei și bărbați, din toate grupurile etnice, de toate vârstele, cu toate nivelurile de educație, elevi, pensionari, casnice și din toate categoriile ocupaționale. Pacienții medicilor psihiatri se diferențiază de populația generală prin:

- Autoaprecierea stării de sănătate în termeni mult mai negativi: „rea” sau „foarte rea”
- O stare generală de insatisfacție (cu felul în care trăiesc, cu sănătatea, cu banii și serviciul) și de pesimism

³ 51% în mediul urban și 61% în mediul rural.

- Au interacționat cu celelalte instituții relevante în ponderi semnificativ mai mari: 36% au discutat și cu un psiholog, 96% au văzut un medic de familie, 60% au cerut sfaturi și unei asistente medicale, 80% la farmacie, 14% au apelat la un asistent social și 49% la un preot.

La un psiholog au apelat 8% din populația urbană și doar 4% din cea rurală, în principal pentru că instituțiile în care activează psihologii sunt mult mai numeroase în orașe decât sate. La psiholog, ca și la psihiatru, au mers în egală măsură femeii și bărbații, de toate etniile, vârstele, nivelurile de educație, elevi, pensionari, casnice și din toate categoriile ocupaționale. Totuși, la psiholog caută sfaturi cu precădere persoanele care trăiesc experiența unui divorț sau separări (21% dintre aceste persoane au consultat un psiholog), mai ales cele fără copii și cele cu un capital cultural mediu (și nu scăzut sau ridicat).

→ Din toate persoanele care consultă un medic de familie 10% ajung să consulte un medic psihiatric. → Dintre aceștia, 80% merg la farmacie, 49% cer sfatul unui preot și 14% ajung și la un asistent social.

→ Din toate persoanele care consultă un medic de familie 7% ajung să consulte un psiholog. → Dintre aceștia, 79% merg la farmacie, 49% cer sfatul unui preot și 21% ajung și la un asistent social.

Desigur, medicul psihiatru sau psihologul nu reprezintă neapărat veriga intermediară. Adică, oamenii nu neapărat ajung la un psiholog ca urmare a unei trimiteri de la medicul de familie, așa cum nu neapărat cer ajutorul unui asistent social urmând recomandarea unui psiholog. Totuși, datele par să indice faptul că interacțiunea cu un medic psihiatru sau cu un psiholog „convinge” persoanele-în-nevoie să caute sprijin și în afara familiei, la specialiștii și instituțiile relevante pentru rezolvarea situațiilor problematice cu care se confruntă.

La asistenții sociali au apelat în jur de 8% din populație. Cei care cer sprijin asistenților sociali fac predominant parte din segmente defavorizate: persoanele cu nivel redus de educație (cel mult 8 clase), cu capital cultural redus, lipsiți de informații și de deprinderea/abilitatea de a se informa, romii, tinerii, persoanele excluse sau marginalizate pe piața muncii, forțate să-și câștige traiul în sectorul informal, familiile cu mulți copii, precum și persoanele/gospodăriile cu venituri monetare extrem de reduse. Deci, asistenții sociali trebuie să ofere sprijin segmentelor de populație care se confruntă zilnic cu situații traumatizante și sunt supuse unor forme complexe de discriminare/stigmatizare.

Majoritatea celor care au interacționat cu instituțiile avute în vedere se declară mulțumiți. Există totuși diferențe între instituții, acestea fiind situate pe un continuum cuprins între valorile minime acordate interacțiunii cu asistenții sociali și valorile maxime acordate interacțiunii cu farmaciștii. Medicii psihiatri și psihologii ocupă o poziție medie. Astfel, declară că au primit toate explicațiile necesare între 82% (dintre persoanele care au interacționat cu asistenți sociali) și 90% (dintre persoanele care au cerut sfaturi la farmacie); apreciază că au fost tratate corect între 75% (dintre persoanele care au interacționat cu asistenți sociali) și 92% (dintre persoanele care au cerut sfaturi la farmacie); consideră că li s-a rezolvat problema între 71% (dintre persoanele care au interacționat cu asistenți sociali) și 89% (dintre persoanele care au cerut sfaturi la farmacie).

3.3 ÎNCREDEREA POPULAȚIEI ÎN PROFESIONIȘTII DIN SISTEM

Profesioniștii care furnizează servicii medicale cu caracter general (medicii de familie, asistentele medicale, preoții și farmaciștii) sunt cunoscuți și beneficiază de încrederea mării majorități a populației. Farmaciștii se bucură de cel mai ridicat capital de încredere: 10% din populație declară „nu cunosc”, 70% au „multă” sau „foarte multă” încredere și doar 20% au „puțină” sau „foarte puțină” încredere. Medicii de familie

sunt primii ca notorietate - doar 1% din populație declară că „nu cunosc” un medic de familie - dar au un capital de încredere ceva mai redus decât farmaciștii - 71% au încredere, în timp ce 27% spun că nu au încredere. Urmează asistentele medicale, care au atât notorietate, cât și capital de încredere mai reduse.

Medicii psihiatri, psihologii, dar și asistenții sociali constituie grupuri profesionale cu notorietate redusă. Peste 60% din populație spun „nu cunosc”. Mai mult, capitalul de încredere acordat acestor profesioniști este relativ redus. Adică, cei aproximativ 40% din populație care declară câtă încredere au în aceste categorii de profesioniști se grupează majoritar în favoarea celor care au încredere în cazul psihologilor (cca. 25% au încredere, 15% nu au încredere) și al medicilor psihiatri (cca. 22% au încredere, 18% nu au încredere), dar nu și în ceea ce îi privește pe asistenții sociali (aprox. 20% au încredere și 20% nu au încredere). Notă aparte fac persoanele care au interacționat în ultimul an cu un medic psihiatru, psiholog, respectiv asistent social. În cazul acestora, rata de încredere „multă” și „foarte multă” crește consistent la 64%-74%. Deci, o campanie de promovare a acestor grupuri de profesioniști care furnizează servicii adresate direct persoanelor cu probleme de sănătate mintală ar aduce un beneficiu net sistemului.

3.4 DE UNDE SE INFORMEAZĂ PROFESIONIȘTII DIN DOMENIU?

Cea mai mare parte a profesioniștilor chestionați își iau, cel mai frecvent, informațiile necesare pentru activitățile profesionale din reviste de specialitate, mai ales din:

	Cele mai citite reviste de specialitate	% Profesioniști
1	Viata medicala	23,5
2	Psihologia azi	9,2
3	Medic ro	6,1
4	Revista romana de psihiatrie	5,1
5	Psihologia	5,1
6	Revista de psihologie	5,1

Acest comportament este comun tuturor profesioniștilor, cu excepția asistenților sociali care consultă revistele de specialitate în semnificativ mai mică măsură.

În funcție de frecvența cu care sunt apelate, ierarhia surselor de informare preferate de profesioniști continuă cu Internetul (mai ales www.msf.ro, www.ms.ro, www.psihiatria.ro, www.psihiatru.ro, www.medline.ro, www.romedic.ro), urmat îndeaproape de televiziune, cele mai frecvent menționate posturi TV fiind ProTV, Antena 1, TVR1, Realitatea și Discovery. Discuțiile cu alți specialiști, radioul și ziarele sunt utilizate de mai puțini profesioniști și/sau mai rar ca surse de informare pentru activitățile profesionale.

Peste 40% dintre lotul de profesioniști - 60% din psihologi, 50% din medicii de familie, 44% din medicii psihiatri și doar 17% din asistenții sociali - consideră drept sursă importantă de informare cărțile și tratatele de specialitate, precum și conferințele, congresele, simpozioanele și schimburile de experiență.

3.5 CUI SE VA ADRESA CAMPANIA AMP?

Campania de de-stigmatizare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală urmează să fie desfășurată pe două canale: Internet și radio. În aceste condiții, este util a determina profilul persoanelor care cu regularitate (zilnic, de câteva ori pe săptămână sau de câteva ori pe lună) accesează Internetul, respectiv ascultă radioul.

Așa cum am precizat deja, profesioniștii din domeniu folosesc în mod regulat Internetul pentru a se informa (vezi mai sus site-urile accesate cel mai frecvent). În ceea ce privește radioul, doar în jur de o treime dintre profesioniști ascultă cu

regularitate emisiunile radio, cu precădere ale posturilor România Actualități, Europa FM și Pro FM.

La nivelul populației, aproape un sfert (23%) accesează cu regularitate⁴ Internetul, care reprezintă:

- i. 51% din tinerii 18-29 ani (prin comparație cu 31% din persoanele 25-44 ani, 12% din cele 45-54 ani și doar 4% din cei de 65 ani și peste);
- ii. 37% din persoanele de etnie maghiară (față de 23% din persoanele de etnie română și doar 2% din cele de etnie roma);
- iii. 67% din persoanele cu studii superioare, 35% din cele cu liceu (față de doar 2-3% din cele cu nivel de educație mai redus);
- iv. 83% din elevi și studenți, 50% din patroni și lucrători pe cont propriu, 40% salariați (față de 5% din agricultori, casnice sau 3% din pensionari);
- v. 35% din populația urbană (mai ales din orașe mari) și doar 7% din cea rurală;
- vi. Peste 33% din populația regiunilor București-Ilfov, Transilvania și Dobrogea și doar 12% din Muntenia și Oltenia; în restul regiunilor istorice ponderea populației este în jur de 20-25%, ca și la nivel național.

Cei mai mulți vizitează www.google.com, www.yahoo.com și www.edu.ro.

Peste jumătate (52%) din populație ascultă cu regularitate radioul. Aceste persoane au un profil asemănător cu cel descris anterior. Sunt cu precădere persoane tinere (sub 45 ani), de toate etniile, cu nivel mediu sau peste medie de educație, întreprinzători, salariați, elevi și studenți, mai ales din mediul urban⁵, dar și din mediul rural, și din toate regiunile țării. Posturile de radio cele mai ascultate sunt România Actualități, Europa FM, Kiss FM, Pro FM și Antena Satelor.

⁴ Zilnic, de câteva ori pe săptămână sau de câteva ori pe lună.

⁵ Persoanele care ascultă cu regularitate radioul reprezintă 58% din populația urbană și 47% din cea rurală.

4 Concepții publice despre bolile mintale

4.1 METODA VIGNETELOR

Pentru identificarea concepțiilor publice privind bolile mintale a fost folosită metoda vignetelor din modulul *MacArthur Mental Health a General Social Survey (SUA)*, așa cum este descrisă în Link et al. (1999) și Kuppin și Carpiano (2006).

Studiul ICCV a avut la bază 4 vignete, construite după modelul prezentat în Link et al. (1999, p. 1329). Fiecare vignetă descrie situația unei persoane definită de un set de simptome caracteristice pentru: (a) alcoolism, (b) depresie majoră și (c) schizofrenie. Cel de-a patra vignetă este de control, situația descrisă fiind a unei persoane fără probleme de sănătate mintală, care trece însă printr-o perioadă de greutate.

Nici una dintre aceste vignete nu descrie situații cronice, pentru a testa în ce măsură populația ar identifica situațiile respective ca necesitând intervenție (vizită la medic, tratament) înainte de a se ajunge la crize.

Am variat sexul, etnia (română, maghiară, romă) și nivelul de educație (gimnaziu, liceu, facultate) ale persoanei descrise în vignetă. Au rezultat astfel 72 (= 4 boli x 2 genuri x 3 etnii x 3 niveluri de educație) vignete posibile, care au fost distribuite aleator în cadrul eșantionului național la nivelul populației.

Vignetele testate

1. Alcoolism

Acum să vorbim despre situația unui [GEN] de [ETNIE], cu [NIVEL EDUCAȚIE], pe care să zicem că-l cheamă Ion/Maria. În ultima lună, Ion/Maria a început să bea mai mult decât de obicei. El/ea a observat că trebuie să bea de două ori mai mult pentru a obține același efect. De câteva ori a încercat să bea mai puțin sau să se abțină de la băutura, dar nu a putut. De fiecare dată când a încercat să bea mai puțin, el/ea devenea foarte agitat/ă, transpira mult și nu mai reușea să doarmă, și de aceea începea iar să bea. Familia lui/ei se plânge că Ion/Maria este adesea mahmur/ă și nu se mai poate baza pe el/ea.

2. Depresie majoră

Acum să vorbim despre situația unui [GEN] de [ETNIE], cu [NIVEL EDUCAȚIE], pe care să zicem că-l cheamă Ion/Maria. În ultimele două săptămâni, Ion/Maria nu s-a simțit bine deloc. În fiecare dimineață s-a trezit cu un sentiment de apăsare în suflet, care l-a urmărit toată ziua. Nu îi mai plac lucrurile care de obicei îi făceau plăcere. De fapt, nimic nu îi mai place. Nici lucrurile bune care i se întâmplă nu îl/o mai bucură. Ion/Maria face tot ce are de făcut, ca de obicei, dar totul îi pare greu, chiar și activitățile cele mai simple. Nu se poate concentra la nimic. Se simte complet lipsit/ă de energie și chef. Chiar dacă se simte obosit/ă, noaptea nu poate să doarmă. Se simte de parcă nu ar fi bun/ă de nimic și este descurajat/ă. Familia a observat că, în ultima lună, Ion/Maria nu a fost el/ea însuși/însăși și se izolează. Pur și simplu nu îi mai vine să vorbească.

3. Schizofrenie

Acum să vorbim despre situația unui [GEN] de [ETNIE], cu [NIVEL EDUCAȚIE], pe care să zicem că-l cheamă Ion/Maria. Până acum un an, Ion/Maria a avut o viață normală. Apoi lucrurile au început să se schimbe. Ion/Maria a început să creadă că oamenii din jurul lui/ei nu sunt de acord cu ceea ce face el/ea și îl/o vorbesc pe la spate. Era convins/ă că oamenii au început să-l/o spioneze și că pot să îi audă gândurile. Ion/Maria și-a pierdut pofta să meargă la muncă și să ia parte la activitățile

familiei de zi cu zi. S-a retras în locuința lui/ei, petrecându-și mai tot timpul în propria sa cameră. El/ea auzea voci, chiar și atunci când nu era nimeni în preajmă. Aceste voci îi spuneau ce să facă și ce să gândească. Așa trăiește Ion/Maria de 6 luni.

4. *Persoană fără probleme de sănătate mintală* (vignetă de control)

Acum să vorbim despre situația unui [GEN] de [ETNIE], cu [NIVEL EDUCAȚIE], pe care să zicem că-l cheamă Ion/Maria. Până acum un an, Ion/Maria a dus o viață normală. Deși nimic rău nu s-a întâmplat în viața lui Ion/Mariei, câteodată el/ea se simte îngrijorat/ă, întristat/ă sau nu poate să doarmă noaptea. Din timp în timp, Ion/Maria simte că anumite lucruri îl/o deranjează mai mult decât pe ceilalți oameni. Când ceva nu merge bine, se întâmplă să devină nervos/nervoasă și iritat/ă. Altfel, Ion/Maria se descurcă. Îi place să fie cu alți oameni și este în relații bune cu familia, chiar dacă uneori se mai ceartă.

Tabel 8 Caracteristicile respondenților în funcție de tipul vignetei, România, 2007

Tip vignetă	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșantion
Gen					
- femei	25.0%	25.7%	24.7%	24.5%	100.0%
- bărbați	23.8%	24.4%	26.5%	25.3%	100.0%
Vârstă					
- 18-29 ani	25.8%	26.3%	26.3%	21.7%	100.0%
- 30-44 ani	26.4%	23.1%	26.0%	24.4%	100.0%
- 45-64 ani	19.7%	25.5%	27.1%	27.6%	100.0%
- 65 ani și peste	29.0%	25.5%	21.6%	23.8%	100.0%
Etnie					
- români	24.6%	24.3%	25.9%	25.2%	100.0%
- maghiari	26.1%	37.0%	17.4%	19.6%	100.0%
- romi	19.2%	30.8%	26.9%	23.1%	100.0%
Nivel de educație					
- cel mult 8 clase	23.3%	27.4%	23.6%	25.7%	100.0%
- ucenici, treapta I, profesională	22.3%	23.3%	24.8%	29.7%	100.0%
- liceu	23.6%	25.8%	30.0%	20.6%	100.0%
- postliceală, colegiu	22.9%	28.6%	27.6%	21.0%	100.0%
- facultate, postuniversitare	32.7%	19.0%	21.6%	26.8%	100.0%
Mediu rezidență					
- urban	25.2%	25.3%	25.2%	24.3%	100.0%
- rural	23.6%	24.9%	25.9%	25.5%	100.0%
N					
- % eșantion	24.5%	25.1%	25.5%	24.9%	100.0%
- număr de cazuri	262	269	273	266	1070

Notă: Nu există nici o asociere statistic semnificativă între tipul vignetei și caracteristicile respondenților, tocmai pentru că vignetele au fost distribuite aleator.

După citirea vignetei, urma un set de întrebări care testau: (1) dacă situația descrisă în vignetă este identificată/etichetată drept „boală mintală”, (2) care sunt posibilele cauze ale bolii, (3) care ar fi cele mai adecvate moduri de îngrijire, (4) evaluarea riscului potențial de violență din partea persoanei din vignetă, (5) deschiderea de a interacționa cu persoana respectivă (scală clasică de distanță socială). Aceste teme sunt analizate în secțiunile următoare, pentru prima dată în România urmând această metodologie.

4.2 IDENTIFICAREA/ ETICHETAREA BOLIILOR MINTALE

Măsura în care populația identifică bolile mintale este estimată cu ajutorul întrebării: *În opinia dvs., cât de probabil este ca persoana descrisă (în vigneta) să sufere de o boală mintală?* Ponderea persoanelor care identifică vigneta ca fiind descrierea unei boli mintale variază statistic semnificativ⁶ de la 50% în cazul alcoolismului și depresiei, la 75% în cazul schizofreniei și la doar 29% pentru vigneta de control (persoană fără probleme de sănătate mintală). Aceste ponderi nu variază semnificativ în funcție de sexul, etnia și educația persoanei (Ion/Maria) descrise în vigneta. Astfel, bolile mintale sunt recunoscute de populația din România în ponderi asemănătoare⁷ cu cele puse în evidență pentru populația SUA.

Tabel 9 Identificarea vignetelor drept descrieri ale unei boli mintale (% populație): o comparație între România și SUA

Tip vigneta	USA (1996)			România (2007)		
	N	Probabil sau foarte probabil boală mintală*	Probabil sau foarte probabil descriptor**	N	Probabil sau foarte probabil boală mintală*	Probabil sau foarte probabil descriptor**
Alcoolism ⁽¹⁾	257	48.7%	98%	262	49.6%	87%
Depresie majoră ⁽²⁾	278	69.1%	95%	269	49.8%	70%
Schizofrenie ⁽³⁾	287	88.1%	85%	273	74.7%	55%
Vigneta control ⁽⁴⁾	260	21.5%	-	266	28.9%	-

Sursa: Pentru SUA date din Link et al. (1999, p. 1330).

* Ponderea răspunsurilor „probabil” și „foarte probabil” la întrebarea: *În opinia dvs., cât de probabil este ca persoana descrisă (în vigneta) să sufere de o boală mintală?*. ** Ponderea răspunsurilor „probabil” și „foarte probabil” la întrebarea: *În opinia dvs., cât de probabil este ca Ion/Maria să sufere de [DENUMIRE BOALĂ]?*; Această întrebare nu a fost aplicată pentru vigneta de control (persoană fără probleme de sănătate mintală).

Simptome folosite în vignete pentru descriere bolilor: (1) toleranța la alcool, retragere, neputință de a reduce și controla consumul de alcool; (2) deprimare, pierderea interesului și plăcerii, oboseală, sentiment de inutilitate, lipsă de concentrare, izolare socială; (3) deluzie, halucinații auditive, disfuncții sociale și ocupaționale; (4) tristețe, nervozitate, îngrijorare, insomnie la nivel subclinic, care nu afectează funcționare normală a persoanei.

Tabelul 9 arată că pe baza simptomelor oferite în vigneta, marea majoritate a populației identifică situația de boală mintală doar în cazul schizofreniei. O posibilă cauză ar putea fi reținerea populației de a aplica eticheta „boală mintală”. De aceea, a fost inclusă o a doua întrebare - *În opinia dvs., cât de probabil este ca Ion/Maria să sufere de [DENUMIRE BOALĂ]?*, în care am utilizat descriptorii corespunzători fiecărei vignete, respectiv „alcoolism”, „depresie majoră”, „schizofrenie”; această întrebare nu a fost aplicată pentru vigneta de control.

Astfel pusă întrebarea, ponderea populației care identifică boala crește semnificativ în cazul alcoolismului și a depresiei, dar nu și a schizofreniei. În ceea ce privește dependența de alcool, populația identifică boala, dar tinde să nu o considere boală mintală. Privind depresia majoră, situația este asemănătoare, doar că utilizarea descriptorului duce și la o pondere de 17% din populație care răspund „nu știu”. În cazul schizofreniei, situația este diferită. Populația o identifică ca boală mintală, însă utilizarea descriptorului „schizofrenie” duce la scăderea ponderii (de la 75% la 55%,

⁶ Pearson $\chi^2 = 113.6$, $df=3$, $p=.000$.

⁷ O diferență mai importantă se înregistrează cu privire la depresie, în cazul căreia în timp ce în SUA 69% din populație recunoaște semnele bolii, în România ponderea corespunzătoare este de 50%.

vezi tabel 9) pentru că aproape un sfert (23%) din populație reacționează la acest termen cu „nu cunosc”.

În concluzie:

- (1) Populația din România nu aplică cu ușurință eticheta „boală mintală”. Tendință semnificativ mai ridicată de a utiliza eticheta „boală mintală” au doar persoanele din Oltenia, cu precădere din sate periferice, mici, precum și cele care au experimentat probleme de sănătate mintală fie personal, fie pentru că cineva din familie a avut/are astfel de probleme.
- (2) Există un deficit de cunoaștere al termenilor de specialitate, deveniți cunoaștere comună în societățile mai dezvoltate. Acest deficit de cunoaștere este localizat cu precădere la nivelul persoanelor cu nivel redus de educație și a persoanelor în vârstă, cu precădere din mediul rural.
- (3) Marea majoritate a populației știe să identifice situațiile problematice din punct de vedere al sănătății mintale, care ar necesita vizita la medic și tratament înainte să devină cronice. În aceste condiții, care sunt considerate a fi cauzele și cele mai potrivite moduri de îngrijire vedem în continuare.

4.3 POSIBILELE CAUZE ALE BOLILOR MINTALE

Au fost testate 6 posibile cauze. Pentru fiecare dintre acestea am întrebat: *Credeți că situația lui Ion/Mariei este cauzată de ..?.*, cu răspunsurile pe scala de la „foarte probabil” la „foarte puțin probabil”. Apoi am întrebat: *Și dintre posibilele cauze de mai sus, care credeți că este cauza principală?*

Tabel 10 „Probabil” și „foarte probabil” cauze ale bolii mintale din vigneta (% coloană)

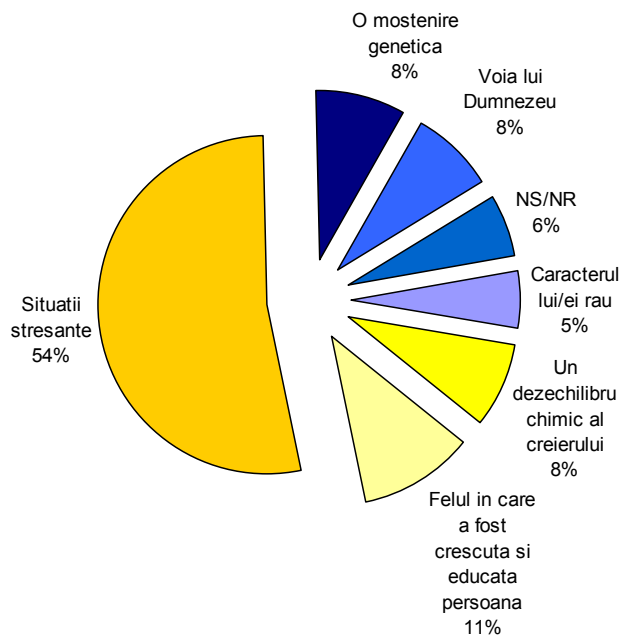
Cauze	Tip vigneta	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșantion
România (2007)						
Caracterul ei/lui rău		37.0	16.4	24.9	20.3	24.6
Un dezechilibru chimic al creierului		34.4	28.6	50.5	19.5	33.4
Felul în care a fost crescut/ă și educat/ă		51.1	33.8	42.5	37.6	41.2
Situații stresante: „necazurile”		74.0	81.0	81.3	82.0	79.6
O moștenire genetică		48.1	36.8	45.1	32.7	40.7
Voia lui Dumnezeu		20.2	32.3	34.4	32.3	29.9
N		262	269	273	266	1070
USA (1996)						
Caracterul ei/lui rău		51.3	38.2	32.8	39.9	
Un dezechilibru chimic al creierului		62.8	72.8	84.6	42.8	
Felul în care a fost crescut/ă și educat/ă		65.9	47.6	45.1	58.0	
Situații stresante		91.9	94.8	90.7	93.5	
O moștenire genetică		60.2	52.9	67.0	38.1	
Voia lui Dumnezeu		9.0	15.4	17.4	27.6	
N		257	278	287	260	

Sursa: Pentru SUA date din Link et al. (1999, p. 1330).

Simptome folosite în vignete pentru descriere bolilor: (1) toleranța la alcool, retragere, neputință de a reduce și controla consumul de alcool; (2) deprimare, pierderea interesului și plăcerii, oboseală, sentiment de inutilitate, lipsă de concentrare, izolare socială; (3) deluzie, halucinații auditive, disfuncții sociale și ocupaționale; (4) tristețe, nervozitate, îngrijorare, insomnie la nivel subclinic, care nu afectează funcționare normală a persoanei.

Tabelul 10 arată că în România, ca și în SUA, peste trei sferturi din populație consideră stresul drept cauza bolilor mintale, indiferent de tipul de vigneta avut în vedere. Mai mult, chiar dacă stresul nu este singura cauză, situațiile stresante reprezintă cauza principală, indiferent de tipul vignetei. Este de reținut faptul că o mare parte din respondenți au ținut să completeze formularea standard din chestionar „situații stresante” cu termeni precum „necazurile” sau „nenorocirile”.

Figura 2 Cauza principală a bolilor mintale în percepția populației



Dincolo de stres, care în percepția publică reprezintă cauza comună tuturor bolilor mintale, populația face totuși diferență între celelalte cauze ale bolilor. Cauza secundară a alcoolismului este percepută a fi felul în care persoana a fost crescută și educată. Spre deosebire, rolul de cauză secundară este atribuit eredității, în cazul depresiei majore, și unui dezechilibru chimic al creierului pentru schizofrenie.

Caracterul rău al persoanei este o cauză asociată în percepția publică cu alcoolismul și semnificativ mai rar cu depresia sau schizofrenia.

„Caracterul rău” și „felul în care a fost crescut și educat” sunt cauze mai frecvent menționate atunci când persoana descrisă în vigneta este un bărbat, mai ales dacă acesta are cel mult 8 clase. Celelalte 4 cauze avute în vedere nu diferă semnificativ în funcție de caracteristicile (sex, educație, etnie) persoanei descrise în vigneta.

„Caracterul rău” al persoanei este considerată cauză a bolii mintale mai ales de către persoanele cu nivel redus de educație, cu capital cultural scăzut și consum mediatic sub medie, excluse sau marginalizate pe piața muncii, sărace, care nu au încredere în asistenți sociali, nesatisfăcute cu propria viață, pesimiste, cu precădere din mediul rural și din Oltenia. În contrast, „situațiile stresante” sunt menționate drept cauză de marea majoritate a populației, dar în semnificativ mai mare măsură de persoanele cu studii superioare, cu capital cultural ridicat și consum mediatic peste medie, întreprinzători, mai ales din Muntenia, Oltenia și Dobrogea.

„Dezechilibru chimic al creierului” este o cauză menționată de toate categoriile de persoane, dar în semnificativ mai mare măsură de persoanele care au suferit/suferă de probleme de sănătate mintală sau au avut pe cineva din familie în această situație.

Felul în care persoana din vigneta a fost crescută și educată este o cauză semnificativ mai des menționată în Moldova, Oltenia și Dobrogea decât în celelalte regiuni ale țării.

„Voia lui Dumnezeu” este o cauză selectată în mai mare măsură de femei decât de bărbați, cu precădere femeile cu nivel redus de educație, de 65 ani și peste, din mediul rural, din regiunile Moldova și Oltenia.

4.4 CELE MAI POTRIVITE MODALITĂȚI DE ÎNGRIJIRE ÎN OPINIA POPULAȚIEI

După modelul prezentat în Kuppin și Carpiano (2006), cele mai adecvate modalități de tratare ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală au fost determinate pe baza întrebării: *Ce credeți că ar trebui să facă o persoană ca Ion/Maria?*, unde răspunsurile au fost dihotomice, da=1 și nu=0, și au avut în vedere 7 comportamente posibile: „să consulte un medic psihiatru”, „să ia medicamente”, „să se interneze într-un spital de boli mintale”, „să consulte un medic de familie sau un medic generalist”, „să meargă la un psiholog sau la un asistent social”, „să vorbească cu familia și prietenii”, „să vorbească cu un preot, pastor sau alți reprezentanți ai bisericii”.

Tabel 11 Ponderea populației care consideră modalitatea de îngrijire menționată ca fiind adecvată în funcție de tipul vignetei (% coloană)

Modalități îngrijire	Tip vignetă	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșantion
România (2007)						
Biologice:						
- consult psihiatru		70.3	73.9	89.8	59.2	73.4
- administrare medicamente		53.7	50.8	65.6	40.7	52.8
- internarea în spital psihiatric		42.0	33.9	64.8	27.6	41.9
- consult medic familie/generalist		67.2	66.7	60.5	59.2	63.4
Nonbiologice:						
- apel la psiholog, asistent social		73.9	72.4	74.2	58.6	69.8
- discuții cu familia și prietenii		84.1	85.1	85.5	87.1	85.5
- apel la preot/biserică		65.3	62.0	68.4	63.6	64.8
N		262	269	273	266	1070
USA (1996)						
Biologice:						
- consult psihiatru		65.9	77.4	92.0	43.8	70.3
- administrare medicamente		43.8	73.6	84.5	49.3	59.7
- internarea în spital psihiatric		29.2	29.8	59.5	10.9	35.0
- consult medic familie/generalist		73.0	79.8	74.0	56.7	72.2
Nonbiologice:						
- apel la psiholog, asistent social		90.3	90.4	86.5	61.2	83.6
- discuții cu familia și prietenii		95.1	96.6	94.5	95.5	95.9
- apel la preot/biserică		90.3	90.4	81.0	83.1	86.7
N		257	278	287	260	

Sursa: Pentru SUA date din Kuppin și Carpiano (2006, p. 1768), date 1996.

Simptome folosite în vignete pentru descriere bolilor: (1) toleranța la alcool, retragere, neputință de a reduce și controla consumul de alcool; (2) deprimare, pierderea interesului și plăcerii, oboseală, sentiment de inutilitate, lipsă de concentrare, izolare socială; (3) deluzie, halucinații auditive, disfuncții sociale și ocupaționale; (4) tristețe, nervozitate, îngrijorare, insomnie la nivel subclinic, care nu afectează funcționare normală a persoanei.

Și în privința opțiunilor populației pentru cel mai adecvat tratament, datele pe România indică un pattern similar cu cel obținut pentru USA, deși cu valori diferite. Astfel, în România ca și în USA, populația optează mai degrabă pentru tratamente nonbiologice, în special pentru discuții cu familia și prietenii. Apelul la psihologi, asistenți sociali sau preoți este preferat⁸ administrării de medicamente sau internării într-un spital psihiatric. Însă, spre deosebire de USA, în România, apelul la psihologi,

⁸ În ponderi considerabil mai mici în România prin comparație cu USA.

asistenți sociali sau preoți nu sunt comportamente preferate consultării unui medic de familie/ generalist, și mai ales consultării unui medic psihiatric.

Tratamentele de tip biologic - consultarea unui medic psihiatric, administrarea de medicamente și internarea într-un spital psihiatric - sunt considerate a fi cele mai potrivite în cazul vignetei care descrie schizofrenia, în semnificativ mai mare măsură decât pentru depresie majoră și alcoolism. În schimb, ponderea persoanelor care consideră adecvată consultarea unui medic de familie/generalist nu variază semnificativ în funcție de boala mintală descrisă în vigneta.

Consultarea unui medic psihiatric, administrarea de medicamente și internarea într-un spital psihiatric sunt modalități de îngrijire indicate mai ales de persoanele care consideră că principala cauză a bolii este un dezechilibru chimic al creierului sau o moștenire genetică. Persoanele care cred că voia lui Dumnezeu reprezintă principala cauză a bolii tind să recomande apelul la un preot sau alți reprezentanți ai bisericii. Apelul la psiholog sau asistent social și discuțiile cu familia și prietenii sunt modalități de îngrijire asociate cu credința că stresul constituie principala cauză a bolii.

Deci, în România, majoritatea populației știe să identifice situațiile problematice din punct de vedere al sănătății mintale și, așa cum arată tabelul 11, știe că pentru persoanele cu astfel de probleme cel mai potrivit ar fi „să vorbească cu familia și prietenii”, „să consulte un medic psihiatru”, să consulte și un medic de familie, alți terapeuți, un preot. Studiul calitativ a pus însă în evidență discrepanța între ceea ce spune și ceea ce face efectiv populația. Adică, majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală ajung doar în stare de gravă, în situații de criză, direct în spitalele de psihiatrie. Majoritatea profesioniștilor intervievați au subliniat faptul că printre principalele instituții deficitare în sistem se află și familia - care nu este pregătită să accepte și să gestioneze boala psihică:

“Deci vă spun cum se întâmplă acuma. În primul rând apare o tulburare psihică, da, pe care familia din lipsă de informare nu o sesizează la timp, sau nu-i vine a crede sau nu are cine să recunoască acest lucru. Bun, apare momentul critic, în care criza este deosebită, în care vocile și țipetele, comportamentul iese în afara apartamentului, în afara curții ș.a.m.d. Și atunci, familia și vecinii se sesizează și pacientul este dus la medicul de familie care îl orientează direct către internare. Marea majoritate a pacienților, cel puțin din zona noastră, sunt duși direct către spitalul de psihiatrie. Sigur, logic și firesc ar fi dacă ar exista o psiho-educație a comunității, a personalului, a familiei șamd, aceste persoane ar fi dirijate poate mai din timp către un serviciu comunitar care la ora actuală nu există, sau ceea ce există este insuficient.” (Medic psihiatru, Director Spital psihiatric, Câmpulung Moldovenesc)

5 Atitudini și distanță socială

5.1 RISCUL DE VIOLENȚĂ PERCEPUT

Literatura de specialitate arată că un aspect central al stereotipurilor privind persoanele cu probleme de sănătate mintală ține de riscul de violență. De altfel, cercetarea ICCV asupra profesioniștilor din domeniu, precum și studiul calitativ, identifică „nebunii sunt agresivi, violenți” ca fiind unul din cele mai răspândite stereotipuri negative privind persoanele cu probleme de sănătate mintală. Pentru a testa în ce măsură populația percepe un risc de violență din partea acestor persoane am utilizat întrebarea: *În opinia dvs., cât de probabil este ca Ion/Maria să fie violent/ă cu alte persoane?*, cu răspunsuri pe scala de la „foarte puțin probabil” la „foarte probabil”.

Tabel 12 Riscul perceput de violență

Tip vigneta	USA (1996)				România (2007)			
	N	Probabil sau foarte probabil % vigneta	Valoare medie	St. Dev.	N	Probabil sau foarte probabil % vigneta	Valoare medie	St. Dev.
Alcoolism ⁽¹⁾	257	71	2.83	0.77	262	73	2.99	0.81
Depresie majoră ⁽²⁾	278	33	2.25	0.85	269	30	2.13	0.88
Schizofrenie ⁽³⁾	287	61	2.65	0.81	273	50	2.55	0.82
Vigneta control ⁽⁴⁾	260	17	1.84	0.80	266	35	2.04	0.91

Sursa: Pentru SUA date din Link et al. (1999, p. 1331).

Riscul perceput de violență - Valoare medie pe o scală de la 4-foarte probabil, 3-probabil, 2-puțin probabil, 1-foarte puțin probabil. Atât pentru USA, cât și pentru România, diferențele între valorile medii sunt semnificative, conform unor analize de varianță semnificative pentru $p < 0.001$.

Simptome folosite în vignete pentru descriere bolilor: (1) toleranța la alcool, retragere, neputință de a reduce și controla consumul de alcool; (2) deprimare, pierderea interesului și plăcerii, oboseală, sentiment de inutilitate, lipsă de concentrare, izolare socială; (3) deluzie, halucinații auditive, disfuncții sociale și ocupaționale; (4) tristețe, nervozitate, îngrijorare, insomnie la nivel subclinic, care nu afectează funcționare normală a persoanei.

Riscul perceput de violență diferă semnificativ în funcție de boala descrisă în vigneta. Persoanele care suferă de alcoolism sunt asociate cu cel mai ridicat risc de violență asupra altor persoane. Dacă vigneta de control este luată ca termen de referință – cu un risc perceput de violență de 2.04, se observă că toate celelalte boli sunt considerate a duce la creșterea semnificativă a riscului de violență la 2.13 în cazul depresiei majore, 2.55 în cazul schizofreniei, respectiv 2.99 în cazul dependenței de alcool.

De reținut, riscul de violență perceput nu depinde de nici o caracteristică a respondentului-evaluator, cu două excepții. În primul rând, tind să evalueze riscul de violență semnificativ mai ridicat persoanele care au experimentat probleme de sănătate mintală sau au pe cineva în familie care a trecut prin astfel de situații. În al doilea rând, sunt persoanele cu capital mediatic peste medie. Cu alte cuvinte, modul în care sunt prezentate știrile sau emisiunile relevante în acest context pare să alimenteze stereotipul negativ conform căruia persoanele cu probleme de sănătate mintală „sunt nebuni, agresivi și violenți”.

Dintre cei care se așteaptă la violență („probabil” sau „foarte probabil”), majoritatea (62%) se așteaptă la violență fizică și verbală, 31% doar la violență verbală și restul de 7% doar la violență fizică. Singurele diferențe semnificative țin de cultura regională.

Prin comparație cu restul țării, ponderi semnificativ mai mari de populație se așteaptă la violență verbală în Muntenia, în timp ce în Banat se așteaptă la violență fizică, iar în Crișana-Maramureș la violență fizică și verbală.

5.2 DISTANȚĂ SOCIALĂ

Pentru măsurarea distanței sociale am folosit scala clasică formată din 5 itemi: *Dvs. „v-ați muta lângă o persoană ca Ion/Maria”, „ați petrece o seară vorbind cu cineva ca Ion/Maria”, „ați putea fi prieten(ă) cu cineva ca Ion/Maria”, „ați lucra împreună cu cineva ca Ion/Maria”, „ați accepta ca ginere/noră un bărbat/o femeie ca Ion/Maria”?* Prin însumarea valorilor corespunzătoare acestor 5 itemi și împărțire sumei la 5, am determinat scorul distanței sociale care poate lua valori de la 1- distanța socială mică (acceptare) la 4- distanța socială mare (respingere).

Tabel 13 Scorul distanței sociale, valori medii în funcție de tipul vignetei, România (2007)

Scorul distanței sociale			
Tip vigneta	N	Valoare medie	St. Dev.
Alcoolism ⁽¹⁾	262	2.99	0.58
Depresie majoră ⁽²⁾	269	2.43	0.65
Schizofrenie ⁽³⁾	273	2.71	0.66
Vigneta control ⁽⁴⁾	266	2.27	0.79

Distanța socială – scor sumativ care ia valori de la 1- distanța socială mică la 4- distanța socială mare. Diferențele între valorile medii sunt semnificative, conform unor analize de varianță semnificative pentru $p < 0.001$.

Simptome folosite în vignete pentru descriere bolilor: (1) toleranța la alcool, retragere, neputință de a reduce și controla consumul de alcool; (2) deprimare, pierderea interesului și plăcerii, oboseală, sentiment de inutilitate, lipsă de concentrare, izolare socială; (3) deluzie, halucinații auditive, disfuncții sociale și ocupaționale; (4) tristețe, nervozitate, îngrijorare, insomnie la nivel subclinic, care nu afectează funcționare normală a persoanei.

Distanța socială față de persoanele cu probleme de sănătate mintală depinde de boala avută în vedere. Astfel, dacă luăm valoarea medie a vignetei de control (2.27) ca și termen de referință, tendința de respingere crește semnificativ la 2.43 față de persoanele care experimentează depresie majoră, la 2.71 în cazul persoanelor cu schizofrenie și la 2.99 în cazul persoanelor dependente de alcool.

Persoana descrisă de vigneta de control (fără probleme de sănătate mintală) și cea cu depresie majoră sunt mai degrabă acceptate (având scoruri medii mai mici de 2.5), ca și persoane care au nevoie de ajutor. Spre deosebire, persoanele care suferă de schizofrenie și, mai ales, alcoolicii sunt mai degrabă respinși (având scoruri medii mai mari de 2.5), ca persoane periculoase.

Distanța socială crește în aceeași măsură în care crește și riscul perceput de violență din partea acestor persoane. Există o corelație⁹ pozitivă semnificativă între cele două variabile, fapt ce explică și de ce distanța socială față de persoanele cu boli mintale este mai redusă dacă persoana descrisă în vigneta este femeie.

9 Coeficientul de corelație Pearson 0.536 ($p = .000$).

5.3 DEVALORIZARE ȘI DISCRIMINARE PERCEPUTE

Stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală am măsurat-o urmând studiul lui Schomerus et al. (2006), care are la bază scala devalorizării-discriminării dezvoltată de către Link¹⁰.

Scala devalorizării-discriminării permite înțelegerea modului în care comunitatea se raportează și reacționează față de persoanele care au suferit o boală mintală/ care au fost pacienți ai unui spital psihiatric. Spre deosebire de scala distanței sociale care este focalizată pe modul în care indivizii acceptă/ resping diferite tipuri de interacțiuni, scala devalorizării-discriminării se concentrează pe așteptările indivizilor față de atitudinea de acceptare/ respingere generalizată la nivelul comunității. Mai precis, indivizii sunt întrebați cum gândesc/ reacționează „cei mai mulți oameni” din comunitatea în care trăiesc. Spre exemplu, indivizii nu sunt întrebați dacă ei înșiși ar putea fi prieten(ă) cu ..., ci dacă în opinia lor „cei mai mulți oameni” (din comunitate) ar accepta ca prieten o persoană cu probleme de sănătate mintală. În acest mod, erorile induse de dezirabilitate socială sunt diminuate – este mult mai probabil ca un individ care are atitudini negative, pe care însă nu le poate afirma despre sine, să le exprime ca fiind caracteristice comunității. Mai mult, chiar dacă o persoană ar fi tolerantă, în cazul în care se așteaptă ca atitudinea comunității să fie una de respingere, atunci își va modela comportamentul în public mai degrabă în funcție de aceste așteptări decât față de propriile atitudini. De aceea, literatura de specialitate arată că, prin comparație cu scala distanței sociale, scala devalorizării-discriminării pune în evidență o imagine mai realistă a stigmei căreia trebuie să-i facă față persoanele cu probleme (de sănătate mintală, dar și de alt tip) într-o comunitate dată.

Scala devalorizării-discriminării este alcătuită din 12 itemi. Jumătate din itemii incluși în scală măsoară acordul/dezacordul cu afirmații conform cărora persoanele care suferă de boli mintale sunt devalorizate în comunitate, fiind percepute de „cei mai mulți oameni” ca fiind mai puțin inteligente, nedemne de încredere sau de respect, de neluat în serios. Cealaltă jumătate măsoară acordul/dezacordul cu afirmații conform cărora persoanele care suferă/ au suferit de o boală mintală sunt discriminate de „cei mai mulți oameni” în diferite contexte și relații sociale. Scala este astfel gândită încât un scor ridicat indică un nivel ridicat de devalorizare-discriminare.

Scala este prima dată aplicată în România. De aceea am testat fidelitatea (consistența internă) acesteia, obținând un coeficient¹¹ Cronbach-Alpha=0.74.

Răspunsurile obținute la itemii scalei devalorizării-discriminării în România (tabel 14) indică faptul că persoanele care au suferit/ suferă de boli mintale se confruntă cu atitudini negative, în mai multe contexte ale vieții și într-o măsură considerabil mai ridicată decât în Novosibirsk, Bratislava sau orașele din Germania.

Privind o persoană care a suferit de o boală mintală, chiar dacă această persoană s-a vindecat de ceva timp, în România, în egală sau chiar mai mare măsură decât în celelalte țări, cetățenii se așteaptă că „cei mai mulți oameni” nu ar accepta-o să aibă grijă de copiii lor și nici nu ar fi de acord să fie cadru didactic într-o grădiniță sau școală de stat. Atitudini de discriminare sunt așteptate de majoritatea populației și din partea angajatorilor publici sau privați, dar și din partea femeilor tinere. Cu alte

¹⁰ Link, BG. (1987) „Understanding labeling effects in the area of mental-disorders – an assessment of the effects of expectations of rejection”, *American Sociological Review*, 52(1), p. 96-112.

¹¹ Pentru că scala include 6 itemi formulați pozitiv și 6 negativ, scorul maxim se obține prin dezacord cu cei 6 itemi formulați pozitiv și acord cu cei 6 itemi formulați negativ. Pentru determinarea coeficientului Cronbach-Alpha, în prealabil am inversat cei 6 itemi formulați negativ, căci acordul cu un item negativ este sinonim cu un scor de devalorizare-discriminare mare.

cuvinte, în oricare dintre țările avute în vedere, persoanele care suferă/au suferit de boli mintale au de înfruntat atitudini discriminatorii puternice pe piața muncii și pe piața maritală.

Tabel 14 Devalorizarea și discriminarea persoanelor care au suferit/ suferă de boli mintale în percepția populației din România prin comparație cu Novosibirsk, Bratislava și orașele mari din Germania (% coloană)

		România	Novosibirsk	Bratislava	Germania urban
1. Cei mai mulți oameni ar accepta ca prieten apropiat o persoană care în trecut a suferit de o boală mintală	Acord	26.0	56.4	42.9	36.2
	Dezacord	57.7	24.7	29.6	36.6
2. Cei mai mulți oameni cred că o persoană care a fost într-un spital de boli mintale este la fel de inteligentă ca majoritatea oamenilor	Acord	35.2	67.8	52.7	39.2
	Dezacord	48.0	17.0	23.6	31.4
3. Cei mai mulți oameni cred că se poate avea încredere într-o persoană care a suferit de o boală mintală, tot atâta cât și în majoritatea oamenilor	Acord	24.7	46.1	38.7	30.9
	Dezacord	60.0	32.3	30.9	40.4
4. Cei mai mulți oameni ar fi de acord ca o persoană care a suferit de o boală mintală și s-a vindecat să fie cadru didactic într-o școală sau grădiniță de stat	Acord	14.3	16.2	15.5	16.9
	Dezacord	75.5	76.0	62.8	58.8
5. Cei mai mulți oameni consideră că a sta un timp într-un spital de boli mintale este un eșec personal	Acord	47.0	25.9	40.6	41.6
	Dezacord	29.5	51.9	37.1	37.7
6. Cei mai mulți oameni nu ar accepta ca o persoană care a suferit de o boală mintală să aibă grijă de copiii lor, chiar dacă această persoană s-a vindecat de ceva timp	Acord	76.6	69.1	52.1	63.4
	Dezacord	16.4	23.2	20.2	16.2
7. Cei mai mulți oameni nu respectă persoanele care au fost într-un spital de boli mintale	Acord	65.4	53.7	49.2	58.6
	Dezacord	19.0	23.2	26.3	16.6
8. Cele mai multe întreprinderi și firme ar angaja o persoană care în trecut a suferit de o boală mintală, dacă este calificată pentru slujba respectivă	Acord	25.2	39.5	23.3	22.0
	Dezacord	55.3	37.4	44.8	46.5
9. Cele mai multe întreprinderi și firme ar prefera pe oricine altcineva în locul unei persoane care în trecut a suferit de o boală mintală	Acord	65.2	70.5	65.5	67.3
	Dezacord	15.7	13.4	11.2	11.3
10. Cei mai mulți oameni din localitatea dvs. ar trata o persoană care în trecut a suferit de o boală mintală la fel ca pe oricine altcineva	Acord	31.7	42.7	28.3	22.8
	Dezacord	43.7	33.7	27.5	43.3
11. Cele mai multe femei tinere ar avea rețineri să iasă cu un bărbat care a fost internat într-un spital de boli mintale	Acord	73.3	71.7	62.1	59.4
	Dezacord	11.1	14.9	11.3	13.8
12. Cei mai mulți oameni nu mai iau în serios o persoană dacă află că a fost internată într-un spital de boli mintale	Acord	71.3	47.2	36.5	39.9
	Dezacord	12.1	27.0	29.9	23.7
N		1070	745	1000	464

Sursa: Pentru datele din alte țări Schomerus (2006, p. 439). Datele pentru Germania reprezintă un subeșantion din orașele mari cu peste 500 mii locuitori. Datele privind România sunt la nivel național, dar o analiză de varianță a arătat că nu există nici o diferență semnificativă între rural, urban mic, orașe mijlocii și capitală. Deci, datele sunt comparabile.

Scala de răspuns de tip Likert: adevărat-1, mai degrabă adevărat-2, nici,nici-3, mai degrabă fals-4, fals-5. Procentele din tabel reprezintă ponderi cumulate: „acord” – adevărat și mai degrabă adevărat; „dezacord” – fals și mai degrabă fals. Am marcat îngroșat ponderile care cu cât sunt mai mari, cu atât indică o devalorizare-discriminare mai accentuată.

Schomerus et al. (2006) arată că percepția publică a discriminării și devalorizării (ex-)pacienților spitalelor de psihiatrie este relativ similară în Novosibirsk, Bratislava și orașele mari din Germania. În toate cele trei țări, o persoană despre care se știe că a trecut printr-un tratament psihiatric, chiar dacă este vindecată, este tratată cu suspiciune și este de așteptat să se confrunte cu variate situații de discriminare.

În România, situația pare să fie mai gravă decât în celelalte țări. Devalorizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală pare a fi mult mai accentuată în România: 48% din populație (prin comparație cu 17% în Novosibirsk sau 31% în Germania) crede că „cei mai mulți oameni” consideră aceste persoane „mai puțin inteligente decât majoritatea oamenilor”; 60% (față de 31-40%) consideră că „cei mai mulți oameni” nu cred că în astfel de persoane se poate avea încredere tot atâta cât și în majoritatea oamenilor; 65% (față de 49-59%) cred că „cei mai mulți oameni” nu respectă persoanele care au fost într-un spital psihiatric și chiar 71% din populație (prin comparație cu 37% din Bratislava, 40% din Germania și 47% din Novosibirsk) împărtășesc opinia că „cei mai mulți oameni nu iau în serios o persoană dacă află că a fost internată într-un spital de boli mintale”.

De asemenea, discriminarea este așteptată pe scară mult mai largă în România prin comparație cu celelalte țări: 58%¹² din populație (față de 25% Novosibirsk și 37% în Germania) crede că „cei mai mulți oameni” nu ar accepta o astfel de persoană ca prieten apropiat; 47% (față de 26-42%) cred că „cei mai mulți oameni” consideră internarea într-un spital psihiatric drept un eșec personal. Cu alte cuvinte, în România, (ex-)pacienții spitalelor de psihiatrie ar avea probleme de integrare socială mai serioase decât în celelalte țări, tendința de a blama victima fiind mai extinsă.

În concluzie, cel puțin la nivelul mentalului colectiv, în România, o persoană care a suferit de boli mintale, chiar dacă s-a vindecat, trebuie să facă față unor situații de devalorizare și discriminare mult mai numeroase și mai severe decât în celelalte țări. De altfel, un scor general de 44.4 (din 60 posibil) indică o devalorizare și discriminare percepută de un nivel foarte ridicat (tabel 15).

Tabel 15 Scorul devalorizării-discriminării percepute în România (2007)

		Sub-scor devalorizare	Sub-scor discriminare	Scor devalorizare- discriminare
N	Valid	952	903	870
	Missing	118	167	200
Medie		22.50	21.79	44.43
Mediană		23.00	22.00	45.00
Std. Dev.		4.53	4.31	7.93

Sub-scor devaluare – suma valorilor (de la 1-adevărat până la 5-fals) pentru itemii 2, 3, 4, 7, 9, 12; deci ia valori de la 6 la 30. Sub-scor discriminare – suma valorilor (de la 1-adevărat până la 5-fals) pentru itemii 1, 5, 6, 8, 10, 11; deci ia valori de la 6 la 30. Scor devalorizare-discriminare – suma sub-scor devalorizare și sub-scor discriminare, care poate lua valori de la 12 la 60.

Devalorizarea și discriminarea percepute sunt pozitiv corelate cu distanța socială față de persoanele cu probleme de sănătate mintală. Însă riscul perceput de violență este pozitiv corelat doar cu discriminarea percepută, nu și cu devalorizarea percepută. Adică, cu cât oamenii percep persoana cu probleme de sănătate mintală ca fiind o persoană periculoasă, cu atât se așteaptă să fie discriminată mai puternic sau în mai multe sfere ale vieții de către „cei mai mulți oameni”.

12 Conform scalei distanței sociale, 48% din eșantion declară că „ar putea fi prieten(ă) cu cineva ca Ion/Maria”, iar 52% răspund negativ sau evită răspunsul la această întrebare.

Tabel 16 Corelații între distanța socială, riscul de violență, devalorizarea și discriminarea percepute față de persoanele cu probleme de sănătate mintală, România (2007)

		Sub-scor devalorizare	Sub-scor discriminare	Scor devalorizare- discriminare
Riscul perceput de violență	Coef. Pearson	.048	.075(*)	.059
	Sig. (2-tailed)	.158	.030	.097
	N	871	832	803
Scor de distanță socială	Coef. Pearson	.140(**)	.110(**)	.134(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000
	N	765	734	709

** Corelație semnificativă pentru $p < 0.01$. * Corelație semnificativă pentru $p < 0.05$.

Notă: Pentru construcția indicilor vezi notele tabelelor 12, 13 și 15.

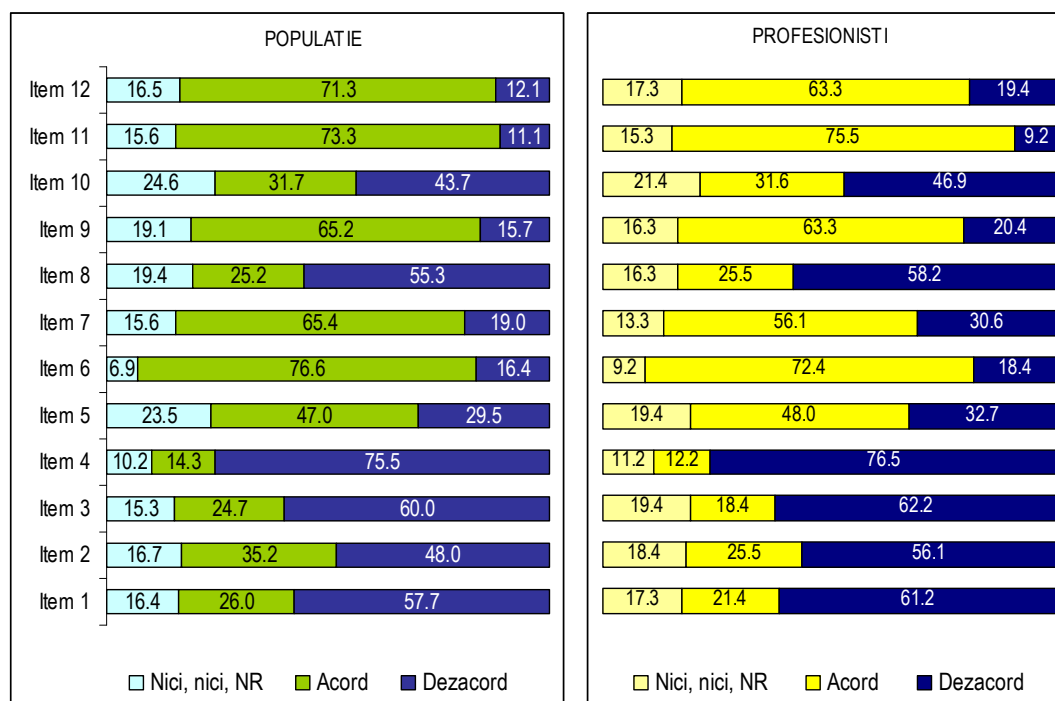
Nici devalorizarea și nici discriminarea percepute nu diferă semnificativ de la o categorie socială la alta. Femei și bărbați, români, maghiari și romi, tineri și vârstnici, cu nivel redus sau ridicat de educație, toți percep mediul social din România atât din sate, cât și din orașe, ca fiind marcat de multiple obstacole de incluziune a persoanelor care au un istoric de boală mintală, mai ales dacă au fost și tratate într-un spital de psihiatrie. Există totuși câteva segmente de populație care fac notă aparte:

- Persoanele cu un capital cultural sub medie, mai ales dacă toate cunoștințele pe care le au despre boli mintale provin din „gura lumii”, tind să perceapă devalorizarea și discriminare persoanelor cu probleme de sănătate mintală la un nivel semnificativ mai ridicat.
- Persoanele cu un consum mediatic peste medie, mai ales dacă tot ceea ce știu despre persoanele cu boli mintale provine din mass media, tind să evalueze nivelul de devalorizare (dar nu și de discriminare) semnificativ mai ridicat.
- Persoanele care au suferit de o boală mintală sau au avut în familie pe cineva în această situație tind să evalueze devalorizarea și discriminarea la niveluri înalte, dar semnificativ mai reduse decât celelalte segmente de populație.
- Discriminarea este percepută semnificativ mai accentuată în Dobrogea, Banat și Oltenia, prin comparație cu Muntenia, Crișana-Maramureș și Moldova, cu restul regiunilor plasate pe o poziție medie.

Scala de devalorizare-discriminare a fost aplicată și lotului de profesioniști din domeniul sănătății mintale. Figura 3 ilustrează faptul că între percepțiile populației și cele ale profesioniștilor nu există diferențe semnificative. În fapt, valorile medii¹³ pentru lotul de profesioniști arată că profesioniștii din domeniul sănătății mintale descriu mediul social din România ca și populația – un mediu în care persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt sever devalorizate și discriminate în mai toate contextele de viață.

13 Sub-scor devalorizare: N=91, Medie=21.88, Mediană=23, Std. Dev.=4.80. Sub-scor discriminare: N=88, Medie=21.53, Mediană=22, Std. Dev.=4.03. Scor devalorizare-discriminare: N=83, Medie=43.08, Mediană=44.00, Std. Dev.=8.48. Pentru modul în care sunt construite cele trei scoruri, vezi notele tabelului 15.

Figura 3 Devalorizarea și discriminarea persoanelor care au suferit/ suferă de boli mintale în percepția populației și a profesioniștilor în domeniul sănătății mintale din România (%)



Notă: Pentru definiția itemilor 1-12 vezi tabelul 14. Populație: N=1070; Profesioniști: N=98.

Scala de răspuns de tip Likert: adevărat-1, mai degrabă adevărat-2, nici,nici-3, mai degrabă fals-4, fals-5. Procentele din figură reprezintă ponderi cumulate: „acord” – adevărat și mai degrabă adevărat; „dezacord” – fals și mai degrabă fals.

5.4 PROFESIONIȘTII DIN DOMENIU DESPRE DISCRIMINARE ȘI STIGMA

Din experiența profesioniștilor, bolile mintale cele mai expuse la discriminare sunt schizofrenia (menționată de 83%) și dependența de alcool (49%). Această evaluare este consistentă cu spusele populației: am arătat în secțiunile anterioare că persoanele care suferă de aceste două boli sunt percepute ca având un risc de violență ridicat și față de ele se păstrează o distanță socială considerabilă.

De altfel, completează specialiștii, cele mai răspândite stereotipuri negative cu privire la persoanele cu boli mintale sunt “e dus cu capul”, “nebun de legat”, “nebunii sunt agresivi, violenți”, “sunt handicapați, retardați”, “care nu se vindecă”, “sunt irecuperabili”. De aici rezultă o imagine conform căreia persoanele cu boli mintale sunt mai degrabă persoane periculoase, imprevizibile, incapabile să ia decizii raționale și, în plus, “irecuperabile”. Această imagine este compatibilă cu imaginărilor colective doar dacă se face referire la boli precum schizofrenia și alcoolism, mai puțin în cazul altor boli, precum depresia.

În deplin acord cu populația, marea majoritate (86%) a profesioniștilor din domeniul sănătății mintale susțin că persoanele cu boli mintale din România sunt discriminate “în mare măsură”.¹⁴

14 Valoarea medie la întrebarea: *În ce măsură sunt discriminate persoanele cu boli mintale?* este de 3.69, unde scala de răspuns a fost de la 1-în foarte mică măsură, 5-în foarte mare măsură.

Accesul limitat la servicii medicale primare sau specializate sunt forme de discriminare manifeste în mică măsură, susțin profesioniștii, indiferent de specialitate. Accesul limitat la servicii de asistență socială, la locuințe și la școală sau oportunități de educație sunt, de asemenea, prezente, însă, într-o măsură mult mai mică decât discriminarea la locul de muncă sau în obținerea unui loc de muncă.

Discriminarea în comunitate și în familie reprezintă un subiect controversat. În timp ce asistenții sociali și medicii de familie consideră că atitudinile discriminatorii în comunitate și familie sunt prezente în mică măsură, psihiatrii și psihologii susțin că acestea sunt mai degrabă problematice. Este posibil ca această diferență de opinii să fie rezultatul raportării la tipuri diferite de persoane cu probleme de sănătate mintală. Asistenții sociali și medicii de familie interacționează frecvent cu reprezentanți ai grupurilor defavorizate, din care numai o parte ajung să se trateze pentru boli mintale. Spre deosebire, psihologii și psihiatrii se raportează la persoanele care au fost tratate (în spital sau ambulatoriu) pentru diverse tulburări. (Ex-)pacienții spitalelor de psihiatrie sunt mai expuși la devalorizare și discriminare decât persoanele care chiar dacă suferă de o boală nu au ajuns (sau nu se știe că ar fi ajuns) într-un spital/la un medic de specialitate.

Discriminarea din familie și cea din Centrele medico-sociale¹⁵ par a fi formele de stigmatizare cu cele mai negative efecte asupra celor cu probleme de sănătate mintală. În astfel de cazuri, pe lângă stigmatizare, apar agresiunile și abuzurile fizice și emoționale ale celor care sunt chemați să aibă grijă de acești oameni.

Studiul calitativ a pus în evidență și alte forme de discriminare.

Mass media este considerată atât de către profesioniști, cât și de populație ca fiind un factor influent ce întreține stereotipurile negative relativ la persoanele cu probleme de sănătate mintală, pentru că, în fuga după senzațional, nu prezintă adecvat această problemă¹⁶.

“Sunt prezentate numai cazurile care fac senzație și nici măcar acelea nu sunt prezentate corect. Pentru că, persoanele care se duc și investighează cazul respectiv, asta le e jobul, să prezinte o știre cât mai senzațională, să scoată partea, poate mai urâtă a lucrurilor. Acuma nu cred că e nimeni, dacă să zicem că e un bolnav mintal și și-a ucis părintele, cam pe aicea sunt, și nu cred că e nimeni să intre puțin în adâncul situației și să vadă: a fost tratat corespunzător, a fost internat, cum se purtau cei din jur cu el, de ce a ajuns aicea...” (Focus grup populația generală, femei)

“Mass-media exagerează tot ce este negativ. Exagerează, face spectacol și distruge. Distruge încrederea celor pe care îi ia în obiectiv și, evident, publicului care ia contact cu această imagine. (...) Domn'e, mass-media a ajuns o publicitate. Ei, ce comunică, comunică ca să facă o senzație, nu spune nimic adevărat, o minciună. Eu aș înțelege ceva, care ar fi un lucru bun. Când tu publici un caz din asta, că sunt cu miile în țară, ce faci tu, că mass-media are cea mai mare posibilitate de a-l ajuta, dar ea nu face nimic ca să-l ajute. Numai că publică senzația, nu ajută cu nimic.” (Focus grup populația generală, bărbați)

Totuși, relatările din mass media pot genera și sentimente pozitive, de compătimire și de solidaritate cu victimele discriminării și abuzurilor.

“Î- Considerați interesante informațiile despre persoane cu probleme de sănătate mintală ?

-Da, în general mă uit. Chiar acuma, au fost niște reportaje cu niște spitale din astea, în ce stare jalnică sunt, spitale din astea.

¹⁵ Precum cele recent mediatizate, din județul Giurgiu.

¹⁶ Doar 14% dintre profesioniștii din domeniu consideră că problematica persoanelor cu boli mintale este prezentată adecvat în mass media.

-De la Bolintin

-Dezastru. Noi îi tratăm ca pe niște animale, ceea ce nu e corect. Deci, mi se pare că sunt și ei oameni și, dacă au o problemă, trebuie tratați, nu ignorați, nu izolați. Deci, pur și simplu, dezastru, nu îngrijiți, nu spălați, fără medicamente, fără nimic. Oamenii ăștia își pot reveni, dacă sunt tratați corect.

Î- Dvs. ce părere aveți ?

-E foarte important să ai grijă de oamenii ăștia dar, din păcate, în România nu prea ai parte de așa ceva." (Focus grup populația generală, bărbați)

O formă gravă de discriminare a persoanelor cu boli mintale este cea din partea medicilor de alte specialități, cu atât mai gravă cu cât, în multe cazuri, duce la neglijarea lor din punct de vedere medical, prin evitarea oricărui contact profesional cu ei, chiar în cazuri în care acesta se impune. Mai concret, dacă un pacient cu probleme de sănătate mintală necesită un consult sau un tratament pentru o afecțiune de altă natură, unii medici se feresc să consulte un asemenea pacient.

"Acum vorbim de ceilalți colegi care au același halat. Deci, dacă am un depresiv, cum am avut situații, un pacient cu depresie severă, pentru faptul că a făcut hemoftizie superioară. A fost trimis la psihiatrie să-l tratăm de hemoftizie, ori problema era una medicală și chiar de viață și de moarte. Țsta e un exemplu foarte clar de cât de frică le este celor de la spitalul general, ca să zic așa, de bolnavul psihic." (Medic psihiatru, Câmpulung Moldovenesc)

"Există stigmatizare, începând cu colegii noștri de alte discipline care se feresc să trateze pacienți de psihiatrie. Eu am făcut ani mulți, gardă. Și era și este în continuare o întreagă problemă să transferăm sau pur și simplu să trimitem un bolnav într-un consult interdisciplinar. E așa o atitudine, de parcă boala psihică a respectivului, e contagioasă. Atâta discuție și parlamentare la telefon cu colegii mei de gardă prin alte spitale, că, la un moment dat ... e groaza ca nu cumva să-l părăsești în Spitalul lor, parcă ar fi o bombă cu ceas, care așteaptă să explodeze." (Medic psihiatru, membru CSM, sector 4 București)

Mediul social marcat de etichetare și stereotipuri negative, devalorizare și discriminare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală înseamnă stigmatizarea acestora (în conformitate cu definiția stigmei elaborată de Link și Phelan, 2001). Iar stigmatizarea este un factor indirect de agravare a stării lor de sănătate, în principal prin amânarea deciziei de a merge la un consult psihiatric.

"Oamenii evită să se prezinte la noi pentru că părerea celorlalți este încă foarte importantă și nu este favorabilă la momentul de față și, evitând lucrul acesta, amână niște lucruri care și-ar putea găsi o rezolvare mult mai rapidă și mai eficace dacă prezentarea ar fi la timp, mai devreme și nu în condiții de urgență, adus cu forța, pentru că se pot decompensa într-o perioadă mai mică sau mai mare. Dar există această amânare..." (Medic psihiatru Spitalul Obregia, București)

Stigmatizarea duce și la reducerea încrederii în sine, aflată deja la un nivel destul de scăzut la bolnavii cu afecțiuni psihice cronice, fapt ce cauzează, de asemenea, agravarea stării lor de sănătate.

Aproape toți profesioniștii intervievați consideră că stigmatizarea este mai puternică la persoanele despre care se știe că au fost internate, prin comparație cu persoanele despre care, chiar dacă se știe că au anumite probleme de sănătate mintală, nu au fost sau nu se știe că au fost internați într-un spital de psihiatrie. Așadar, a fi fost internat într-un Spital de psihiatrie reprezintă o sursă de stigmatizare chiar mai puternică decât cea asociată situației corelative de a avea probleme de sănătate mintală.

Beneficiarii¹⁷ intervievați explică ce tipuri de comportamente defensive dezvoltă ca reacție la stigma. Majoritatea beneficiarilor intervievați în cadrul focus grupurilor ascund sau au ascuns o perioadă lungă de timp faptul că au fost pacienții unui Spital de psihiatrie.

“Adrian: Deci eu, de exemplu, nu am spus nimănui. Fiind prima internare nu am spus nimănui că vin aici să mă internez la spitalul de psihiatrie. Am preferat să-mi iau concediu de odihnă...”

Î: De ce, au idei preconcepute?

Da...

Femeie: Asta (n.n. informația privind internarea) se ascunde.

Adrian: Deci, mi-am luat concediu de odihnă exact pentru că m-am gândit la reacția celor din jur și nu a familiei; familia este familie și este pusă de o parte; părinții, soția, rudele apropiate.” (Focus grup beneficiari, Spitalul de psihiatrie, Câmpulung Moldovenesc)

“Zece ani am putut ascunde faptul că sunt persoană cu probleme mintale, însă în '86 am avut o problemă la serviciu. Lucram la aprovizionare și au chemat salvarea cei de acolo și de atunci s-a știut despre problema mea de sănătate, pe care n-am mai putut s-o ascund, și din ce în ce am avut probleme și la serviciu și în societate.” (Focus grup beneficiari, Fundația Estuar, București)

Un factor important pentru decizia de a ascunde sau nu internarea într-un Spital de psihiatrie este contextul social în care funcționează respectiva persoană. În principiu, într-un context cu oameni mai educați, reacțiile defensive sunt mai slabe pentru că stigmatizarea este mai redusă. În schimb, în comunitățile mici, unde nivelul general de educație al populației este mai redus, iar controlul social este mult mai mare, reacțiile defensive sunt mai puternice. Spre exemplu, se merge la medicii din orașele apropiate și nu la medicul din comună/oraș mic, sau și mai adesea se apelează la spitale de psihiatrie aflate cât mai departe:

“Oamenii care vin din comunități mai mici, adică din orașe de provincie mai mici, se prezintă la noi și spun că asta e motivul pentru care vin la noi, pentru că acolo, dacă te vede cineva că intri pe poarta spitalului de psihiatrie, deja ești înregistrat într-un catastif simbolic, bineînțeles, și spun că: asta e dus!” (Medic psihiatru, Spitalul Obregia, București)

Există și oameni care nu au ascuns boala psihică de care suferă și nici faptul că au fost internați într-un Spital de psihiatrie. Această situație diferită poate fi generată de natura bolii. Schizofrenia, de exemplu, este o boală asociată cu un grad mai ridicat de stigmă prin comparație cu boli precum depresia, epilepsia sau nevroza. Așa cum explică beneficiarii intervievați, nevroza este o „boală mult mai puțin gravă, pe care nu ai atâtea motive să o ascunzi”, în timp ce schizofrenia este „cu adevărat o boală psihică” ce se manifestă prin comportamente sancționate social.

“O nevroză nu e băgată în seamă chiar așa, ba chiar dă bine, de la familie și până la vecinii de bloc. Sunt și variabilele pozitive ale situației de bolnav psihic.” (Focus grup experți CSM, sector 4 București)

“Și plus, în mediul rural, există un paravan dat de această stigmă. Atunci când vin la noi, pacienții care au avut o problemă serioasă spun: „am avut o depresie”. În sensul asta se înțelege că au fost o dată internați la psihiatrie, și nu că ar fi avut o depresie, doar că ei cred că este un diagnostic mai insignifiant.” (Focus grup experți CSM, sector 4 București)

17 Persoane care au suferit/suferă de boli mintale care beneficiază de servicii de specialitate.

Stigma nu se oprește la nivelul persoanelor cu probleme de sănătate mintală, ci se extinde și la nivelul profesioniștilor din domeniu. Astfel, 28% dintre profesioniștii chestionați apreciază că angajații din domeniul sănătății mintale sunt la rândul lor discriminați (atât medicii psihiatrii, cât și asistentele medicale, precum și întregul personal al spitalelor de psihiatrie). În cadrul studiului calitativ, majoritatea profesioniștilor intervievați consideră că se poate vorbi de o anumită stigmatizare în ceea ce îi privește, însă la un nivel mult mai redus și cu consecințe mult mai puțin grave decât în cazul persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Profesioniștii nu se percep stigmatizați de către populația generală, ci de către colegii lor, medici de alte specialități care, fie „nu consideră psihiatria o treabă serioasă” (Medic psihiatru, Spitalul Obregia, București), fie consideră că dacă lucrează zi de zi cu acești oameni, „împrumută” din caracteristicile lor.

“Î: Există și stereotipuri negative care îi privesc pe cei care lucrează în domeniul sănătății mintale?”

- Ceilalți colegi într-adevăr stigmatizează sau nu acceptă cu ușurință să examineze un bolnav psihic și există chiar și o izolare a profesioniștilor care lucrează în domeniu. Deci, stigmatizarea există și față de pacienții cu probleme de sănătate mintală și față de cei care se ocupă cu aceștia.” (Medic psihiatru, Spital psihiatrie, Câmpulung Moldovenesc)

6 Sistemul de îngrijiri din perspectiva profesioniștilor

Pe o scală de la foarte bun la foarte rău, sistemul de îngrijiri acordate în prezent persoanelor cu probleme de sănătate mintală din România este evaluat de către profesioniști drept „mediu”¹⁸, cu excepția psihologilor care tind să-l aprecieze drept „rău”. Totuși, 63% din profesioniști, de toate specialitățile, cad de acord asupra faptului că actualul sistem contribuie în mare măsură la discriminarea/stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

6.1 PRINCIPALELE DISFUNȚIONALITĂȚI CARE DUC LA STIGMATIZARE

Majoritatea celor intervievați consideră sistemul de servicii adresat persoanelor cu probleme de sănătate mintală ca fiind incomplet, având verigi slabe sau verigi lipsă. Aprecierile merg de la a considera că instituțiile implicate nu sunt integrate într-un sistem (Focus-grup experți CSM, sector4, București), până la a considera că sistemul este funcțional în ansamblu, dar anumite componente fie nu sunt suficient dezvoltate, fie nu sunt bine integrate.

Prevenția este considerată a fi principala verigă slabă din sistem - pe cât e de importantă, pe atât e de neglijată pe traseul instituțional urmat de o persoană cu probleme de sănătate mintală. O consecință gravă este faptul că de regulă bolnavii ajung la Spital în „situații limită”, când boala deja a evoluat destul de mult și recuperarea este dificilă.

Monitorizarea postspitalicească a pacienților reprezintă a doua verigă slabă a sistemului. Prin urmare, persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt captive unui cerc vicios, care funcționează astfel: ajung într-un spital, de regulă, într-o „situație limită”, adică decompensați, în stare gravă, de criză; în spital sunt tratați, sunt compensați; odată externați din Spital, însă, fie pentru că nu urmează tratamentul prescris, fie din alte cauze ce agravează starea lor de sănătate (cel mai adesea, marginalizarea lor socială, uneori, chiar în raport cu propria familie) ajung din nou în Spital, tot în stare gravă; de fiecare dată, șansele de a se însănătoși sunt mai mici. Doar promovarea unor măsuri ferme de prevenție și de monitorizare postspitalicească ar face posibilă spargerea acestui cerc vicios. De altfel, spun profesioniștii din sistem, recent înființatele CSM-uri se așteaptă a rezolva o mare parte a problemelor din sistem referitoare la monitorizarea complexă postspitalicească a pacienților.

Puncte tari ale sistemului au fost menționate foarte rar și au făcut referire la existența resurselor umane calificate și dedicate, atât profesiei și beneficiarilor. În schimb, majoritatea intervievaților au menționat puncte slabe ale sistemului, cel mai adesea privind proasta coordonare a instituțiilor implicate, precum cea între Direcția de asistență socială și Spitalele de psihiatrie sau cea între Spitalele de psihiatrie și unitățile de tratament ambulatoriu, precum CSM-urile. Au existat și mențiuni ale unor disfuncționalități punctuale, cum este colaborarea greoaie între Salvare și Poliție, în cazul bolnavilor ce necesită o internare fără consimțământul propriu sau chiar împotriva voinței lor. Aceste disfuncționalități sunt cauzate atât de lipsa de resurse din sistem (spre exemplu, numărul insuficient de salvări dedicate unor asemenea operațiuni), cât și de curențe în domeniul legislativ care reduc capacitatea de

¹⁸ Pe scala de la 1-foarte rău la 5-foarte bun, la nivelul întregului lot de profesioniști, valoarea medie a variabilei este 2.76. Conform unei analize de varianță (p=.002), psihologii tind să fie semnificativ mai critici, obținând o valoare medie de 2.16, similară cu aprecierea sistemului drept „rău”.

intervenție a Poliției (spre exemplu, normele legislative care creează dificultăți în ceea ce privește accesul Poliției în locuința unei persoane aflate într-o stare gravă de criză datorată unei afecțiuni de sănătate mintală).

Principalele mecanisme care duc la discriminarea/stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt (în ordinea în care au fost menționate de lotul de profesioniști):

1. Lipsa de fonduri și gestionarea ineficientă a resurselor existente
2. Insuficiența specialiștilor, dar și lipsa de răbdare și preocupare a personalului
3. Lipsa de informare a populației, care se transformă în prejudecăți și intoleranță față de persoanele cu probleme de sănătate mintală
4. Lipsa unor programe de asistență/incluziune socială și de servicii comunitare dedicate persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Există totuși diferențe de opinie între profesioniștii de specialități diferite.

- Psihiatrii și profesioniștii din zona medicală a sistemului tind să aprecieze pozitiv serviciile medicale atât în ceea ce privește situația actuală în raport cu cea de acum 15-16 ani, cât și în ceea ce privește prognoza pe termen scurt și mediu. Însă, reclamă în principal: (a) lipsa sau gradul insuficient de dezvoltare a serviciilor sociale adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală și (b) lipsa de informare a populației.
- Psihologii și asistenții sociali, activi în principal în organizații neguvernamentale, sunt de acord asupra faptului că programele de asistență/incluziune socială și serviciile comunitare sunt încă insuficient dezvoltate și susținute. În schimb, reclamă: (a) orientarea sistemului către partea medicală a serviciilor, atât din punct de vedere al resurselor, cât și al importanței relative acordate; (b) lipsa de răbdare și preocupare a personalului.
- Medicii de familie tind să se concentreze pe lipsa de fonduri și pe „indiferența și neglijența autorităților”.

Subfinanțarea este adusă în discuție de toți actorii implicați, dar cu sensuri diferite. Medicii de familie doresc fonduri mai mari alocate serviciilor medicale primare, asistenții sociali doresc fonduri mai mari puse la dispoziția autorităților locale/ONG-urilor pentru bugetarea programelor de asistență socială și dezvoltarea unor servicii comunitare. Profesioniștii din serviciile de specialitate pun în discuție nu atât volumul total de resurse, cât modul deficitar în care sunt gestionate acestea. Mai concret, accentul prea mare pus pe tratamentul în regim spitalicesc consumă foarte multe resurse și grevează sistemul ambulatoriu de resursele necesare unei funcționări eficiente. Ca un efect pervers, este afectată și capacitatea sistemului spitalicesc, căci acesta trebuie să facă față unui număr atât de mare de bolnavi încât resursele financiare alocate devin insuficiente.

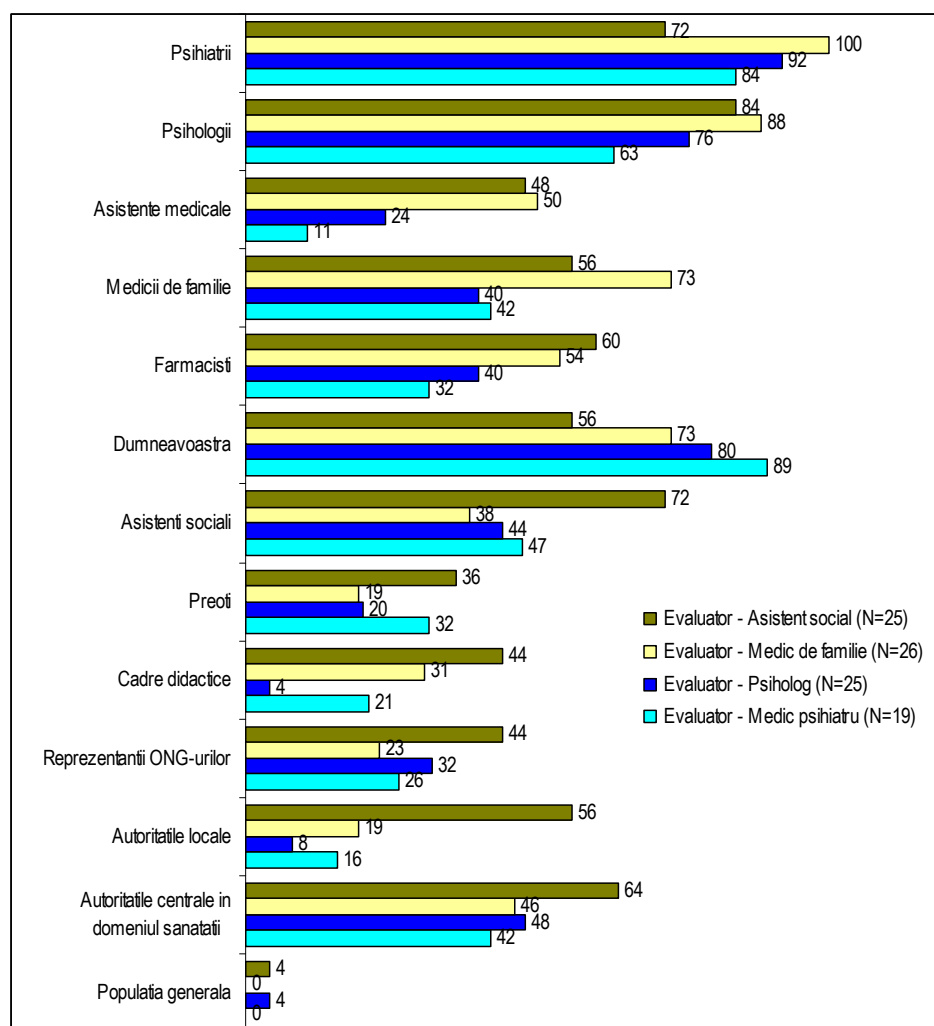
“Finanțarea e problema sistemului. Finanțarea, în sensul că noi nu recunoaștem numărul real de pacienți pe care trebuie să-i tratăm. Eu dacă primesc 100 dolari pentru un pacient, dau un exemplu, și mie îmi vin 2, eu cu acea sută trebuie să tratez 2 pacienți și nu 1. Și atunci este clar că atât calitate serviciilor medicale, cât și calitatea condițiilor în care este ținut acest pacient este la jumătate față de ceea ce ar fi trebuit să fie.” (Medic psihiatru, Director Spital de psihiatrie, Câmpulung Moldovenesc)

6.2 ACTORII CHEIE AI SISTEMULUI

Cercetarea ICCV a avut în vedere patru mari categorii de actori cheie:

- (1) profesioniștii din sistemul de sănătate - medici psihiatri, psihologi, asistente medicale, medici de familie și farmaciști - care joacă principalul rol în tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- (2) reprezentanții societății civile - reprezentanți ONG-uri, cadre didactice, preoți, asistenți sociali - așteptați să aibă un rol activ în prevenirea, monitorizarea postspitalicească și incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- (3) autoritățile centrale și locale, care au un rol important în elaborarea politicilor și strategiilor, modificarea în concordanță a cadrului legislativ, precum și în finanțarea/dezvoltarea de programe și servicii adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- (4) populația generală.

Figura 4 Pondere actorilor cheie cu un nivel „foarte bun” sau „bun” de cunoștințe privind persoanele cu boli mintale și problemele lor, din perspectiva profesioniștilor (% tip evaluator)



Așa cum era de așteptat, profesioniștii din sistemul de sănătate mintală au un nivel de cunoștințe ridicat. Totuși, dacă nivelul de cunoștințe al psihiatrilor și psihologilor este evaluat drept „bun” sau „foarte bun”, cel al medicilor de familie și al farmaciștilor este considerat „mediu” (cu excepția medicilor de familie care își autoevaluează cunoștințele semnificativ mai pozitiv), iar cel al asistentelor medicale este sub-mediu, mai ales din perspectiva psihiatrilor și psihologilor (figura 4).

Mai mult, implicarea medicilor de familie în educarea și sensibilizarea populației este considerată nesatisfăcătoare. În timp ce 76% din medicii de familie consideră că propria categorie profesională se implică „suficient” în educarea și sensibilizarea populației, 60% din asistenții sociali și, mai ales, 84% din psihiatrii și 88% din psihologi îi contrazic, și susțin că medicii de familie constituie o „verigă slabă” a sistemului. Fie pentru că nu au pregătirea necesară pentru a stabili un diagnostic corect și o trimitere oportună în direcția corectă, fie pentru că nu dispun de timpul și resursele financiare necesare depistării cât mai timpurii a problemelor de sănătate mintală, medicii de familie contribuie la perpetuarea patternului – pacienții ajung direct în spitale de psihiatrie și doar în situații limită.

“(…) apare momentul critic, în care criza este deosebită (...). Și atunci, familia și vecinii se sesizează și pacientul este dus la medicul de familie care îl orientează direct către internare. Marea majoritate a pacienților, cel puțin din zona noastră, sunt duși direct către spitalul de psihiatrie. Sigur, logic și firesc ar fi dacă ar exista o psiho-educație a comunității, a personalului, a familiei ș.a.m.d., aceste persoane ar fi dirijate poate mai din timp către un serviciu comunitar care la ora actuală nu există, sau ceea ce există este insuficient. Dar nu pot să cred că un medic de familie care are 20-30 pacienți la ușa, care scrie rețetare, are și timp să facă o evaluare corectă a pacientului respectiv. Și atunci e mai ușor să scrii bilet de trimitere pentru internare spital de psihiatrie.(...) Și în spitalul de psihiatrie, în general nu sunt locuri, atuncea apare această supra-aglomerare. Bun, supra-aglomerare afectează pacientul pentru că nu mai este tratat în condițiile omenești în care trebuie să fie tratat; sunt spitale în care pacienții stau câte 2 în pat, sau condițiile de masă sunt cele care sunt. (...) Noi, de exemplu, în spitalul nostru demult nu mai internăm pacienți să stea. Dar, în schimb, numărul de internări este mult depășit față de ce am contractat cu Casa (de Sănătate). Casa ne impune un anumit număr de internări pe care nu avem voie să-l depășim, dar, din nefericire, necazurile și probleme din teren ne impun nouă într-un fel sau altul să facem față.”
(Medic psihiatru, Director Spital psihiatric, Câmpulung Moldovenesc)

De reținut, numărul insuficient de specialiști (psihiatrii și psihologi) reprezintă o temă de consens, atât în unitățile medicale, cât și în ONG-urile active în domeniu.

Nivelul de cunoștințe al reprezentanților societății civile - reprezentanți ai ONG-urilor, preoți, cadre didactice, asistenți sociali - este evaluat drept „mediu” sau sub-medi (figura 4). Acest fapt poate reprezenta o explicație a implicării lor „insuficiente” în educarea populației cu privire la problematica persoanelor cu boli mintale. Astfel, 60% din lotul de profesioniști susțin că ONG-urile active în domeniu sunt prea puține și se implică insuficient în educarea și sensibilizarea populației. Procentul celor critici crește la 69% cu privire la implicarea preoților, respectiv la 75% în cazul cadrelor didactice.

În timp ce autoritățile centrale din domeniul sănătății au, conform profesioniștilor, un nivel mediu de cunoștințe privind problematica persoanelor cu probleme de sănătate mintală, autoritățile locale sunt creditate doar cu un nivel scăzut de astfel de cunoștințe (figura 4). Mai important însă, atât autoritățile centrale, cât și autoritățile locale nu au decât în mică măsură¹⁹ în vedere această problematică, ceea ce explică absența sau subdezvoltare serviciile comunitare adresate acestor persoane (fapt care

19 Valoare medie 2.4 pe o scală de la 1-foarte mică măsură, 5-foarte mare măsură.

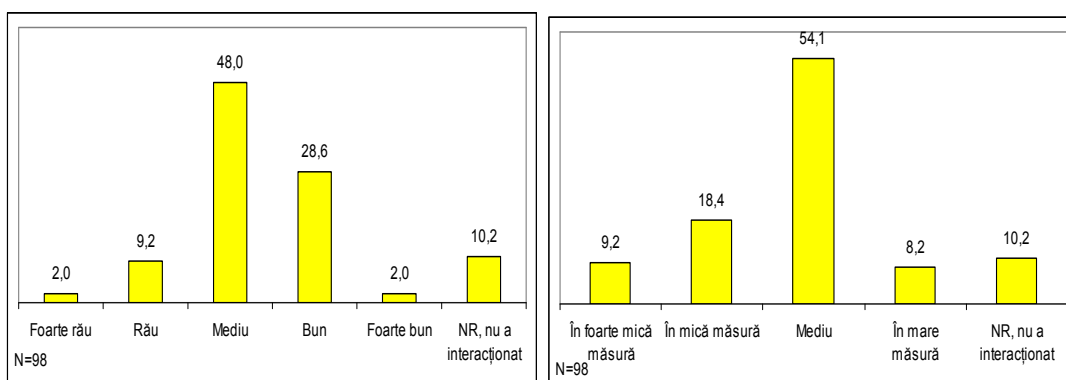
de asemenea contribuie la patternul mai sus menționat - persoanele cu probleme de sănătate mintală ajung direct în spitale de psihiatrie).

În opinia specialiștilor, populația are un nivel de cunoștințe foarte redus (figura 4). Mai mult, spun specialiștii, stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală se reflectă și în faptul că această problemă reprezintă „în mare măsură”²⁰ un subiect despre care se vorbește puțin și cu rețineră.

6.3 CADRUL LEGISLATIV

Majoritatea profesioniștilor apreciază că actualul cadru legal cu privire la persoanele cu boli mintale este „mediu” (pe o scală de la foarte rău la foarte bun) și este pus în practică mai degrabă în mod eficient (figura 5).

Figura 5 Evaluarea cadrului legal actual și a măsurii în care acesta este pus în practică în mod eficient, din perspectiva profesioniștilor din domeniu (% lot profesioniști)



Totuși, legile de protecție și stimulare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt încă insuficiente. Actualul cadru legislativ contribuie la discriminare, cu precădere în cazul persoanelor cu o situație materială precară. Exemplul cel mai des invocat în acest sens face referire la pensionarea pe caz de boală a celor cu deficiențe psihice majore. Pensionare pe caz de boală îi exclude pe aceștia de la orice modalitate de a munci legal, decizia de pensionare stipulând în multe cazuri, în mod explicit și expres: „fără drept de muncă”. Pe de altă parte, frica de a pierde un venit mic, dar sigur, în speranța realizării unui venit mai mare, dar cu atât mai nesigur pentru o persoană cu probleme de sănătate mintală, descurajează comportamentele active în această direcție și încurajează blazarea și complacerea într-o situație generatoare de excludere și chiar izolare socială.

²⁰ Valoare medie 3.5 pe o scală de la 1-foarte mică măsură, 5-foarte mare măsură.

6.4 CE TREBUIE FĂCUT?

6.4.1 REFORMAREA SISTEMULUI

Ce modificări principale ar trebui aduse prezentului cadru legal și, mai general, sistemului de îngrijiri pentru a contribui la destigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală?

Conform specialiștilor intervievați este necesară reformarea în sensul psihiatriei comunitare, al dezinstituționalizării. În acest scop, devin esențiale informarea și sensibilizarea populației, educarea și stimularea participării familiei.

Ar fi necesare fonduri mai mari pentru a se asigura: angajarea mai multor cadre medicale, calificarea/educația continuă a personalului, condiții de spitalizare mai bune, o mai bună dotare cu medicamente. Pentru a realiza aceste obiective se cere atenție din partea autorităților, precum și management profesional. Însă, în același timp ar fi nevoie de sensibilizarea personalului angajat și implicarea mai mare a acestuia. Iar, în afara unităților medicale, ar trebui încurajată integrarea socială și profesională a bolnavilor, prin completarea cadrului legislativ cu legile de protecție și stimularea persoanelor cu probleme de sănătate mintală, prin elaborarea de programe naționale pentru pacienții cu boli psihice, prin dezvoltarea de centre de reabilitare și reintegrare, dar și prin implicarea activă a asistenților sociali și ai reprezentanților societății civile (ONG-uri, preoți, cadre didactice etc.), precum și a mass mediei.

6.4.2 CAMPANII DE DESTIGMATIZARE ȘI SENSIBILIZARE A POPULAȚIEI

Așadar campaniile de distigmatizare și sensibilizare a populației reprezintă un instrument central pentru îmbunătățirea actualei situații, pentru că ajută considerabil atât la prevenirea bolilor mintale, cât și la identificarea și tratamentul din timp al acestora, precum și la incluziunea socială a persoanelor care au avut astfel de probleme.

Profesioniștii chestionați au apreciat că, în acest moment, în România, o campanie de distigmatizare și sensibilizare a populației cu privire la problematica persoanelor cu probleme de sănătate mintală ar fi necesară în „foarte mare măsură” (65%) sau „mare măsură” (24%). Analizele prezentate în secțiunile acestui raport susțin cu fermitate acest punct de vedere.

Desigur, desfășurarea unei campanii de informare și sensibilizare nu ar rezolva celelalte probleme din sistem, pe care le-am punctat anterior. În acest sens, atât profesioniștii, cât și populația consideră că o campanie de informare nu ar fi eficientă în absența unor măsuri „hard” de reformare a sistemului.

„Dacă îmi puneți întrebarea, da, o asemenea campanie (de informare și sensibilizare a populației) ar fi utilă, dar nu ar rezolva problema bolnavului psihic. Adică, mai degrabă ați putea face o campanie pro-instituții de ocrotire a bolnavilor psihici și atunci ați vedea că stigma se reduce.” (Focus grup experți CSM, sector 4 București)

„Eu cred că cea mai bună soluție ar fi să se ia atitudine, mă refer la persoanele care sunt în drept. Nu e vorba de percepție, e vorba să faci mai mult decât au făcut până acum. Nici o campanie nu poate să reușească să convingă pe toată lumea.” (Focus grup populație generală, femei)

Mesajul pe care îl transmit atât profesioniștii, cât și populația este că o campanie de destigmatizare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală ar trebui să țintească și autoritățile, pe cei cu putere de decizie în sistem, și nu doar populația.

7 Bibliografie

- Kuppin, S. și Carpiano, R. M. (2006) „Public Conceptions of Serious Mental Illness and Substance Abuse, Their Causes and Treatments: Findings from the 1996 General Social Survey”, *American Journal of Public Health*, Vol. 96, No. 10, p. 1766-1771.
- Link, B.G., Phelan, Jo C., Bresnahan, M., Stueve, A. și Pescosolido, B. A. (1999) „Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance”, *American Journal of Public Health*, Vol. 89, No. 9, p. 1328-1333.
- Link, B.G. și Phelan, Jo C. (2001) „Conceptualizing Stigma”, *Annual Reviews Sociology*, 27, p. 363-385.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P. și Angermeyer, M. C. (2006) „Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities”, *European Psychiatry*, 21, p. 436-441.