

# PERSOANELE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN ROMÂNIA: STEREOTIPURI, CAUZE ȘI MODALITĂȚI DE ÎNGRIJIRE PERCEPUTE, ATITUDINI ȘI DISTANȚĂ SOCIALĂ

MANUELA SOFIA STĂNCULESCU  
DANA NIȚULESCU  
MIHNEA PREOTESI  
MUGUR CIUMĂGEANU  
RALUCA SFETCU

**S**tudiul prezintă principalele rezultate ale unei cercetări privind concepțiile publice și atitudinile populației față de persoanele cu probleme de sănătate mintală. Conform datelor din acest articol, în România există un deficit de cunoaștere al termenilor de specialitate privind problemele de sănătate mintală. Populația nu aplică cu ușurință eticheta „boală mintală”, însă, 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 țări precum Germania, Rusia sau Slovacia.

Marea majoritate a populației știe să identifice situațiile problematice din punctul de vedere al sănătății mintale, care ar necesita vizita la medic și tratament, înainte să devină cronice, dar nu procedează în consecință.

**Cuvinte-cheie:** Boli mintale, etichetare, riscul perceput de violență, devalorizare, discriminare, distanță socială.

Acest studiu prezintă analiza cuprinzătoare a datelor culese de ICCV în perioada 27 iunie–15 iulie 2007, în cadrul proiectului PHARE „Ai încredere în mintea lor! Campanie pentru reintegrare socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală”, care a fost desfășurat, în parteneriat, de: Așezământul Cultural

---

**Adresele de contact ale autorilor:** **Manuela Sofia Stănculescu**, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: manuelasofia@cliknet.ro; **Dana Nițulescu**, CegeDim România, Str. Dornei, nr. 81, București, e-mail: danan76ro@yahoo.com; **Mihnea Preotesi**, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: mihneapre1@yahoo.com; **Mugur Ciumăgeanu**, Asociația Română de Terapie Comportamentală și Cognitivă, Șos. Berceni, nr. 10–12, sector 4, București, 041915, e-mail: ciumageanu@yahoo.com; **Raluca Sfetcu**, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Str. Republicii, nr. 24, Cluj-Napoca, e-mail: ralu\_sf@yahoo.com.

Academia Cațavencu – Dept. Agenția de Monitorizare a Presei (AMP), Asociația Română de Psihiatrie Comunitară și Fundația CONCEPT.

Cercetarea ICCV a avut o componentă cantitativă și una calitativă. Datele cantitative provin dintr-un sondaj<sup>1</sup> realizat pe un eșantion reprezentativ pentru populația de 18 ani și peste, neinstituționalizată, a României și dintr-un sondaj<sup>2</sup> pe un lot semnificativ de 98 de experți/profioniști în domeniul sănătății mintale. Datele calitative sunt produsul unei cercetări<sup>3</sup> desfășurate în strânsă colaborare cu specialiști<sup>4</sup> în domeniul sănătății mintale, care a inclus interviuri și focus-grupuri cu trei categorii-țintă (experți/profioniști în domeniul sănătății mintale, beneficiari de servicii și populație).

Principalele obiective ale cercetării au fost:

- 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 specifice;
- identificarea concepțiilor laice cu privire la cauzalitatea și modalitățile de îngrijire a tulburărilor mintale;
- identificarea principalelor caracteristici și modalități de schimbare ale actualului sistem de îngrijiri în domeniul sănătății mintale.

Analiza prezentată în continuare are la bază un set multinivel de predictorii (vezi *Anexa*), care a fost sistematic testat. Toate rezultatele de mai jos sunt statistic semnificative pentru  $p \leq 0,05$ .

<sup>1</sup> Cercetarea ICCV s-a desfășurat în perioada 27 iunie–15 iulie 2007. Eșantionul (probabilist, stratificat în funcție de provincia istorică, mediul de rezidență, mărimea localității urbane, respectiv tipul satului) a inclus 1 070 persoane, care au fost selectate din 67 comune și orașe (inclusiv București). 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).

<sup>2</sup> 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/profioniști din domeniu. Au fost avute în vedere următoarele categorii de experți/profioniști 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 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.

<sup>3</sup> Cercetarea calitativă s-a desfășurat în București, Timișoara și Câmpulung Moldovenesc și a inclus 5 focus-grupuri și 24 de interviuri în profunzime, la care au participat 58 de profesioniști în sănătate mintală, pacienți în spitale de psihiatrie și beneficiari de servicii sociale.

<sup>4</sup> Mulțumim pentru sprijinul consistent acordat în realizarea cercetării domnului dr. Paziuc (director Spital Psihiatrie Câmpulung Moldovenesc), doamnei dr. Stoica (medic-șef Centrul de Sănătate Mintală, Timișoara), domnului dr. Roșca (medic-șef Centrul de Sănătate Mintală, București, sector 4), precum și Fundației ESTUAR.

## EXPERIENȚA PRIVIND BOLILE MINTALE

### 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 de cazul anterior, 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.

Tabelul nr. 1

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

	Urban	Rural	Total
<b>Din experiență directă</b>			
– 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%
<b>Doar din experiență indirectă</b>			
– de tip profesional:			
– persoana sau cineva din familie lucrează/studiază în 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%
<b>Nu știe nimic despre subiect</b>	1,2%	2,7%	1,9%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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 persoane 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

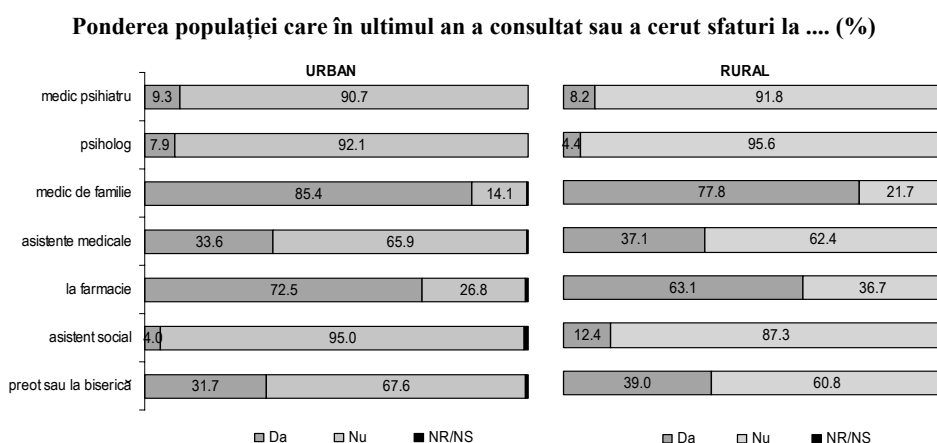
diverse activități pe cont propriu, în asigurări (de viață, de locuință), în computere și sunt dotate cu Internet. Cu excepția acestui grup, indiferent de sex, educație, religie, etnie, nivelul veniturilor ș.a.m.d., populația se distribuie în funcție de tipul de experiență privind bolile mintale așa cum arată *Tabelul 1*.

Peste jumătate din populație (circa 55%<sup>5</sup>) 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.

### 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



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, în mediul rural, preoții

<sup>5</sup> 51% în mediul urban și 61% în mediul rural.

sunt mai apropiați de enoriași, iar pe de altă parte, practica socială a consultării preotului este mult mai răspândită în sate, în 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 femeii și bărbații, 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;

- 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 la 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).

→ Dintre 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.

→ Dintre 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 ajung neapărat la un psiholog ca urmare a unei trimiteri de la medicul de familie, așa cum nu cer, neapărat, 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, lipsite 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).

### **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.

### **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	<i>Viața medicală</i>	23,5
2	<i>Psihologia azi</i>	9,2
3	<i>Medic ro</i>	6,1
4	<i>Revista română de psihiatrie</i>	5,1
5	<i>Psihologia</i>	5,1
6	<i>Revista de psihologie</i>	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](http://www.msf.ro), [www.ms.ro](http://www.ms.ro), [www.psihiatria.ro](http://www.psihiatria.ro), [www.psihiatru.ro](http://www.psihiatru.ro), [www.medline.ro](http://www.medline.ro), [www.romedic.ro](http://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% dintre psihologi, 50% dintre medicii de familie, 44% dintre medicii psihiatri și doar 17% dintre asistenții sociali – consideră drept sursă importantă de informare cărțile și tratatele de specialitate, precum și conferințele, congresele, simpoziioanele și schimburile de experiență.

## CONCEPȚII PUBLICE DESPRE BOLILE MINTALE

### Metoda vinițetelor

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

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

Nici una dintre aceste vinițete 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 vinițetă. Au rezultat astfel 72 (= 4 boli x 2 genuri x 3 etnii x 3 niveluri de educație) vinițete posibile, care au fost distribuite aleator în cadrul eșantionului național la nivelul populației.

## Vinietele testate

### 1. Alcoolism

*Acum să vorbim despre situația unui [GEN] de [ETNIE], cu [NIVEL EDUCAȚIE], pe care să zicem că-l/o 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 băutură, 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/o 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/o 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 șase 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/o 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.*



Tabelul nr. 2

## Caracteristicile respondenților în funcție de tipul vinietei, România, 2007

Tip vinietă	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșanțion
<b>Gen</b>					
– femei	25,0%	25,7%	24,7%	24,5%	100,0%
– bărbați	23,8%	24,4%	26,5%	25,3%	100,0%
<b>Vârstă</b>					
– 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%
<b>Etnie</b>					
– 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%
<b>Nivel de educație</b>					
– 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%
<b>Mediu rezidență</b>					
– urban	25,2%	25,3%	25,2%	24,3%	100,0%
– rural	23,6%	24,9%	25,9%	25,5%	100,0%
<b>N – % eșanțion</b>	<b>24,5%</b>	<b>25,1%</b>	<b>25,5%</b>	<b>24,9%</b>	<b>100,0%</b>
<b>– număr de cazuri</b>	<b>262</b>	<b>269</b>	<b>273</b>	<b>266</b>	<b>1070</b>

Notă: Nu există nici o asociere statistic semnificativă între tipul vinietei și caracteristicile respondenților, tocmăi pentru că vinietele au fost distribuite aleator.

După citirea vinietei, urma un set de întrebări care testau: (1) dacă situația descrisă în vinietă 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 vinietă, (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.

### Identificarea/etichetarea bolilor mintale

Măsura în care populația identifică bolile mintale este estimată cu ajutorul întrebării: *În opinia dvs., cât de probabil este ca persoana descrisă (în vinietă) să sufere de o boală mintală?* Ponderea persoanelor care identifică vinietă ca fiind descrierea unei boli mintale variază statistic semnificativ<sup>6</sup> de la 50%, în cazul alcoolismului și depresiei, la 75%, în cazul schizofreniei și la doar 29% pentru

<sup>6</sup> Pearson  $\chi^2=113.6$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ .

vinietă 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 vinietă. Astfel, bolile mintale sunt recunoscute de populația din România în ponderi asemănătoare<sup>7</sup> cu cele puse în evidență pentru populația SUA.

Tabelul nr. 3

**Identificarea vinietelor drept descrieri ale unei boli mintale (% populație):  
o comparație între România și SUA**

Tip vinietă	SUA (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 <sup>(1)</sup>	257	48,7%	98%	262	49,6%	87%
Depresie majoră <sup>(2)</sup>	278	69,1%	95%	269	49,8%	70%
Schizofrenie <sup>(3)</sup>	287	88,1%	85%	273	74,7%	55%
Vignetă control <sup>(4)</sup>	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 vinietă) 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 vinietă de control (persoană fără probleme de sănătate mintală).

Simptome folosite în viniete pentru descrierea 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 funcționarea normală a persoanei.

Tabelul 3 arată că pe baza simptomelor oferite în vinietă, 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 viniete, respectiv „alcoolism”, „depresie majoră”, „schizofrenie”; această întrebare nu a fost aplicată pentru vinietă de control.

Astfel pusă întrebarea, ponderea populației care identifică boala crește semnificativ în cazul alcoolismului și al depresiei, dar nu și al 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 răspunde „nu știu”. În cazul schizofreniei, situația este diferită. Populația o identifică drept o boală mintală, însă utilizarea descriptorului „schizofrenie” duce la scăderea ponderii (de la 75% la 55%, vezi tabel 3) pentru că aproape un sfert (23%) din populație reacționează la acest termen cu „nu cunosc”.

<sup>7</sup> 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%.

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 al persoanelor în vârstă, cu precădere din mediul rural;

(3) marea majoritate a populației știe să identifice situațiile problematice din punctul de vedere al sănătății mintale, care ar necesita vizita la medic și tratament înainte să devină cronice. În aceste condiții, vedem în continuare care sunt considerate a fi cauzele acestor boli, precum și cele mai potrivite moduri de îngrijire.

### Posibilele cauze ale bolilor mintale

Au fost testate șase 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?*

Tabelul nr. 4

„Probabil” și „foarte probabil” cauze ale bolii mintale din vinieta (% coloană)

Cauze	Tip vinieta	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșantion
<b>România (2007)</b>						
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
<b>USA (1996)</b>						
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	

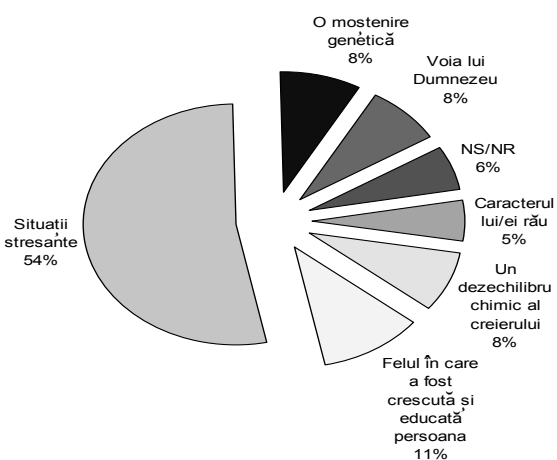
Sursa: Pentru SUA, date din Link et al. (1999, p. 1330).

Simptome folosite în vinieta pentru descrierea 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 funcționarea normală a persoanei.

*Tabelul 4* arată că în România, ca și în SUA, peste trei sferturi din populație consideră stresul drept cauza bolilor mintale, indiferent de tipul de vinieta avut în vedere. Mai mult, chiar dacă stresul nu este singura cauză, situațiile stresante reprezintă cauza principală, indiferent de tipul vinietei. Este de reținut faptul că o mare parte dintre 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 vinieta este un bărbat, mai ales dacă acesta are cel mult 8 clase. Celelalte patru cauze avute în vedere nu diferă semnificativ în funcție de caracteristicile (sex, educație, etnie) persoanei descrise în vinieta.

„Caracterul rău” al persoanei este considerat 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.

„Dezechilibrul chimic al creierului” este o cauză menționată de către 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 vinieta 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.

### 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 șapte 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”.

Tabelul nr. 5

**Ponderea populației care consideră modalitatea de îngrijire menționată ca fiind adecvată, în funcție de tipul vinietei (% coloană)**

Modalități îngrijire	Tip vinietă	Alcoolism	Depresie	Schizofrenie	De control	Total eșantion
<b>România (2007)</b>						
<b>Biologice:</b>						
– 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
<b>Nonbiologice:</b>						
– 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
<b>N</b>		<b>262</b>	<b>269</b>	<b>273</b>	<b>266</b>	<b>1 070</b>
<b>SUA (1996)</b>						
<b>Biologice:</b>						
– 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
<b>Nonbiologice:</b>						
– 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
<b>N</b>		<b>257</b>	<b>278</b>	<b>287</b>	<b>260</b>	

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

Simptome folosite în viniete pentru descrierea 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 funcționarea normală a persoanei.

Și în privința opțiunilor populației pentru cel mai adecvat tratament, datele pentru România indică un tipar similar cu cel obținut pentru SUA, deși cu valori diferite. Astfel, în România ca și în SUA populația optează, mai degrabă, pentru tratamente nonbiologice, în special pentru discuții cu familia și prietenii. Apelul la psihologi, asistenți sociali sau preoți este preferat<sup>8</sup> administrării de medicamente sau internării într-un spital psihiatric. Însă, spre deosebire de SUA, în România, apelul la psihologi, 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 psihiatru, administrarea de medicamente și internarea într-un spital psihiatric sunt modalități de îngrijire indicate mai ales de către 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 punctul de vedere al sănătății mintale și, așa cum arată *Tabelul 5*, 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 situație gravă, 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 acum. În primul rând, apare o tulburare psihică 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. 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 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 psihoeducație a comunității, a personalului, a familiei ș.a.m.d., atunci 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).

<sup>8</sup> În ponderi considerabil mai mici în România, prin comparație cu SUA.

## ATITUDINI ȘI DISTANȚĂ SOCIALĂ

### Riscul perceput de violență

Literatura de specialitate arată că un aspect central al stereotipurilor privind persoanele cu probleme de sănătate mintală ține de riscul perceput de violență. De altfel, cercetarea ICCV asupra profesioniștilor din domeniu, precum și studiul calitativ, identifică „nebunii sunt agresivi, violenți” ca fiind unul dintre 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”.

Tabelul nr. 6

Riscul perceput de violență

Tip vinieta	SUA (1996)				România (2007)			
	N	Probabil sau foarte probabil % vinieta	Valoare medie	St. Dev.	N	Probabil sau foarte probabil % vinieta	Valoare medie	St. Dev.
Alcoolism <sup>(1)</sup>	257	71	2,83	0,77	262	73	2,99	0,81
Depresie majoră <sup>(2)</sup>	278	33	2,25	0,85	269	30	2,13	0,88
Schizofrenie <sup>(3)</sup>	287	61	2,65	0,81	273	50	2,55	0,82
Vignetă control <sup>(4)</sup>	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 SUA, cât și pentru România, diferențele între valorile medii sunt semnificative, conform unor analize de varianță semnificative pentru  $p < 0,001$ .

Simptome folosite în vinieta pentru descrierea 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 funcționarea normală a persoanei.

Riscul perceput de violență diferă semnificativ în funcție de boala descrisă în vinieta. Persoanele care suferă de alcoolism sunt asociate cu cel mai ridicat risc de violență asupra altor persoane. Dacă vinieta 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.

### Distanță socială

Pentru măsurarea distanței sociale am folosit scala clasică formată din cinci 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 cinci itemi și împărțire sumei la cifra 5, am determinat scorul distanței sociale care poate lua valori de la 1 – distanța socială mică (acceptare) la 4 – distanță socială mare (respingere).

*Tabelul nr. 7*

**Scorul distanței sociale, valori medii în funcție de tipul vinierei, România (2007)**

Tip viniere	Scorul distanței sociale		
	N	Valoare medie	St. Dev.
Alcoolism <sup>(1)</sup>	262	2,99	0,58
Depresie majoră <sup>(2)</sup>	269	2,43	0,65
Schizofrenie <sup>(3)</sup>	273	2,71	0,66
Viniere control <sup>(4)</sup>	266	2,27	0,79

Distanța socială – scor sumativ care ia valori de la 1 – distanță socială mică la 4 – distanță socială mare. Diferențele între valorile medii sunt semnificative, conform unor analize de varianță semnificative pentru  $p < 0,001$ .

Simptome folosite în viniere pentru descrierea 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 funcționarea 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 vinierei de control (2,27) ca 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 viniere de control (fără probleme de sănătate mintală) și cea cu depresie majoră sunt mai degrabă acceptate (având scoruri medii mai mici



de 2,5), fiind considerate persoane care au nevoie de ajutor. Spre deosebire de situația anterioară, persoanele care suferă de schizofrenie și mai ales alcoolicii sunt, mai degrabă, respinși (având scoruri medii mai mari de 2,5), fiind considerate persoane periculoase.

Distanța socială crește în aceeași măsură în care crește și riscul perceput de violență din partea acestor persoane. Există o corelație<sup>9</sup> 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 vignetă este femeie.

### **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 Link<sup>10</sup>.

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 centrată 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 dezirabilitatea 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 stigmatizării 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, pentru că sunt 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

<sup>9</sup> Coeficientul de corelație Pearson 0.536 (p=.000).

<sup>10</sup> Link, B. G., *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, 1987.

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 coeficient<sup>11</sup> *Cronbach-Alpha*=0.74.

Răspunsurile obținute la itemii scalei devalorizării – discriminării în România (*Tabelul 8*) 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 către majoritatea populației și din partea angajatorilor publici sau privați, dar și din partea femeilor tinere. Cu alte 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.

*Tabelul nr. 8*

**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 dintre 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
	<b>Dezacord</b>	<b>57,7</b>	<b>24,7</b>	<b>29,6</b>	<b>36,6</b>
2. Cei mai mulți dintre 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
	<b>Dezacord</b>	<b>48,0</b>	<b>17,0</b>	<b>23,6</b>	<b>31,4</b>
3. Cei mai mulți dintre 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
	<b>Dezacord</b>	<b>60,0</b>	<b>32,3</b>	<b>30,9</b>	<b>40,4</b>
4. Cei mai mulți dintre 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
	<b>Dezacord</b>	<b>75,5</b>	<b>76,0</b>	<b>62,8</b>	<b>58,8</b>

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

5. Cei mai mulți dintre oameni consideră că a sta un timp într-un spital de boli mintale este un eșec personal.	<b>Acord</b>	<b>47,0</b>	<b>25,9</b>	<b>40,6</b>	<b>41,6</b>
	Dezacord	29,5	51,9	37,1	37,7
6. Cei mai mulți dintre 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.	<b>Acord</b>	<b>76,6</b>	<b>69,1</b>	<b>52,1</b>	<b>63,4</b>
	Dezacord	16,4	23,2	20,2	16,2
7. Cei mai mulți dintre oameni nu respectă persoanele care au fost într-un spital de boli mintale.	<b>Acord</b>	<b>65,4</b>	<b>53,7</b>	<b>49,2</b>	<b>58,6</b>
	Dezacord	19,0	23,2	26,3	16,6
8. Cele mai multe dintre 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
	<b>Dezacord</b>	<b>55,3</b>	<b>37,4</b>	<b>44,8</b>	<b>46,5</b>
9. Cele mai multe dintre întreprinderi și firme ar prefera pe oricine altcineva în locul unei persoane care în trecut a suferit de o boală mintală.	<b>Acord</b>	<b>65,2</b>	<b>70,5</b>	<b>65,5</b>	<b>67,3</b>
	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
	<b>Dezacord</b>	<b>43,7</b>	<b>33,7</b>	<b>27,5</b>	<b>43,3</b>
11. Cele mai multe dintre femeile tinere ar avea rețineri să iasă cu un bărbat care a fost internat într-un spital de boli mintale.	<b>Acord</b>	<b>73,3</b>	<b>71,7</b>	<b>62,1</b>	<b>59,4</b>
	Dezacord	11,1	14,9	11,3	13,8
12. Cei mai mulți dintre oameni nu mai iau în serios o persoană, dacă află că a fost internată într-un spital de boli mintale.	<b>Acord</b>	<b>71,3</b>	<b>47,2</b>	<b>36,5</b>	<b>39,9</b>
	Dezacord	12,1	27,0	29,9	23,7
<b>N</b>		<b>1 070</b>	<b>745</b>	<b>1 000</b>	<b>464</b>

*Sursa:* Pentru datele din alte țări, Schomerus (2006, p. 439). Datele pentru Germania reprezintă un subșantion din orașele mari cu peste 500 de mii de 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) cred că „cei mai mulți dintre oameni” consideră aceste persoane „mai puțin inteligente decât majoritatea oamenilor”; 60% (față de 31–40%) consideră că „cei mai mulți dintre 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 dintre oameni” nu respectă persoanele care au fost într-un spital psihiatric, iar 71% din populație (prin comparație cu 37% din Bratislava, 40% din Germania și 47% din Novosibirsk) împărtășesc opinia că „cei mai mulți dintre 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%<sup>12</sup> din populație (față de 25% în Novosibirsk și 37% în Germania) crede că „cei mai mulți dintre oameni” nu ar accepta o astfel de persoană ca prieten apropiat; 47% (față de 26–42%) cred că „cei mai mulți dintre 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 devalorizarea și discriminarea percepute, ca fiind la un nivel foarte ridicat (*Tabel 9*).

*Tabelul nr. 9*

**Scorul devalorizării – discriminării percepute, în România (2007)**

		Sub-scor devalorizare	Sub-scor discriminare	Scor devalorizare – discriminare
N	<i>Valid</i>	952	903	870
	<i>Missing</i>	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.

<sup>12</sup> 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.

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 dintre oameni”.

Tabelul nr. 10

**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
<b>Riscul perceput de violență</b>	Coef. Pearson	,048	,075(*)	,059
	Sig. (2-tailed)	,158	,030	,097
	N	871	832	803
<b>Scor de distanță socială</b>	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 6, 7 și 9.

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 internate 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.

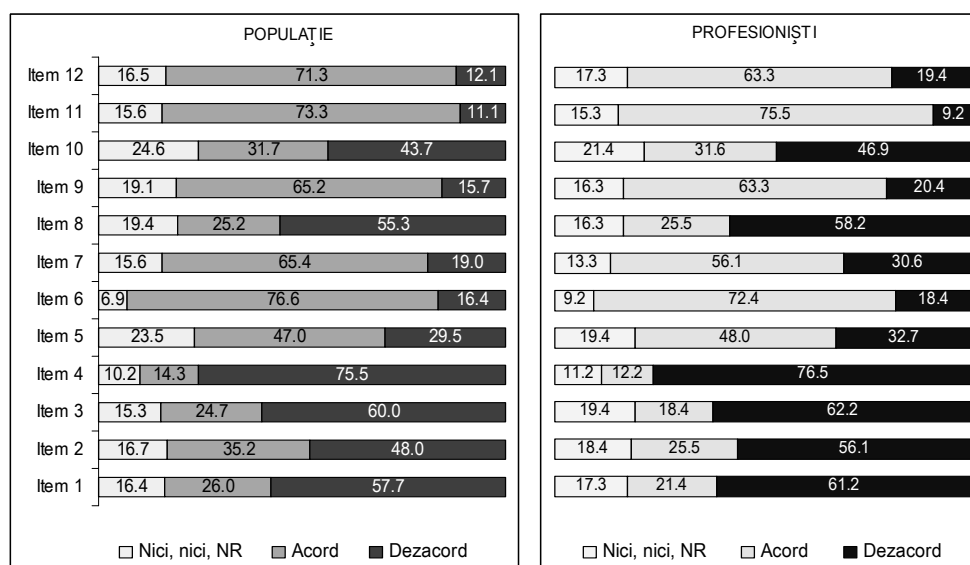
– Discriminarea este percepută semnificativ mai accentuată în Dobrogea, Banat și Oltenia, precum și semnificativ mai redusă în Muntenia, Crișana-Maramureș și Moldova.

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 medii<sup>13</sup> 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.

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 8. Populație: N=1 070; 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.

### Profesioniștii din domeniu, despre discriminare și stigmatizare

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

<sup>13</sup> 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 9*.

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 imaginarea colectivă doar dacă se face referire la boli precum schizofrenia și alcoolismul, 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”<sup>14</sup>.

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, dintre care numai o parte ajung să se trateze pentru boli mintale. Prin contrast, 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, dar 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-sociale<sup>15</sup> 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 problemă<sup>16</sup>.

*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. Dacă, să zicem că e un bolnav mintal și și-a ucis părintele, cam pe aceea sunt, 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 aici... (Focus grup, populația generală, femei).*

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Precum cele recent mediatizate, din județul Giurgiu.

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

*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. Comunică pentru senzație, nu spune nimic adevărat, o minciună. Eu așa înțelege ceva care ar fi un lucru bun. 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 acum au fost niște reportaje cu niște spitale din astea, în care stare jalnică sunt spitalele.*

*– De la Bolintin.*

*– Dezastru. Noi îi tratăm ca pe niște animale, ceea ce nu e corect. 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. Oameniiăștia își pot reveni, dacă sunt tratați corect.*

*Î – Dvs. ce părere aveți ?*

*– E foarte important să ai grijă de oameniiăștia 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. Am un bolnav depresiv, cum am avut situații, pentru faptul că a făcut hemofizie superioară. A fost trimis la psihiatrie să-l tratăm de hemofizie, ori problema era una medicală și chiar de viață și de moarte. Asta 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 pacienții 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 de 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 stigmatului, 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, în comparație cu persoanele 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.

Beneficiarii<sup>17</sup> intervievați explică ce tipuri de comportamente defensive dezvoltă ca reacție la stigmat. 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: 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 mai mult 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 ăsta 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: ăsta 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 stigmat, 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).*

*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 ăsta se înțelege că au fost o dată*

<sup>17</sup> Persoane care au suferit/suferă de boli mintale și care beneficiază de servicii de specialitate.

*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).

Stigmatul 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?*

*R: 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).

### 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”<sup>18</sup>, cu excepția psihologilor, care tind să-l aprecieze drept „rău”. Totuși, 63% dintre 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.

### Principalele disfuncționalități 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, sector 4, 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.

<sup>18</sup> 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”.

Monitorizarea postspitalicească a pacienților reprezintă a doua verigă slabă a sistemului. Prin urmare, persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt captive într-un 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 Centre de Sănătate Mintală (CSM) 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 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 inefficientă 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 punctul 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 doi, eu cu acea sută trebuie să tratez doi pacienți și nu unul. Și atunci este clar că atât calitatea 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).

### **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;

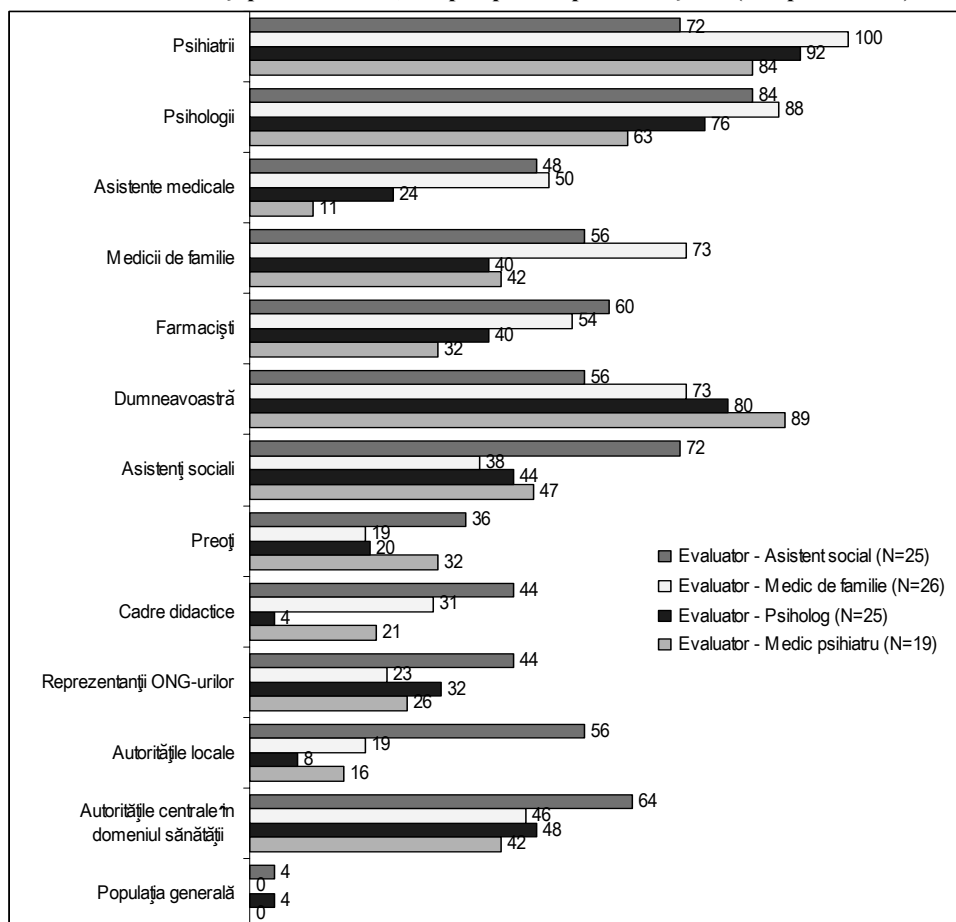
(3) autoritățile centrale și locale, care au un rol important în elaborarea politicilor și strategiilor, modificarea în concordanță a cadrului legislativ, precum și în finanțarea/dezvoltarea de programe și servicii adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală;

(4) populația generală.

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 submediu, mai ales din perspectiva psihiatrilor și psihologilor (*Figura 4*).

Figura 4

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



Mai mult, implicarea medicilor de familie în educarea și sensibilizarea populației este considerată nesatisfăcătoare. În timp ce 76% dintre medicii de familie consideră că propria categorie profesională se implică „suficient” în educarea și sensibilizarea populației, 60% dintre asistenții sociali și, mai ales, 84% dintre psihiatrii și 88% dintre psihologii 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 problemei – pacienții ajung direct în spitalele 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 psihoeducație 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 ușă, 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 în spital de psihiatrie.(...) Și în spitalul de psihiatrie, în general nu sunt locuri, apărând această supra-aglomerare. Supra-aglomerarea afectează pacientul pentru că nu mai este tratat în condițiile omenesti în care trebuie să fie tratat; sunt spitale în care pacienții stau câte doi 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 (psihiatristii și psihologii) 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-medie (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 măsură<sup>19</sup> în vedere această problemă, ceea ce explică absența sau subdezvoltarea serviciilor comunitare adresate acestor persoane (fapt care, de asemenea, contribuie la tiparul mai sus menționat – persoanele cu probleme de sănătate mintală ajung direct în spitalele 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”<sup>20</sup> un subiect despre care se vorbește puțin și cu rețineră.

### Cadrul legislativ

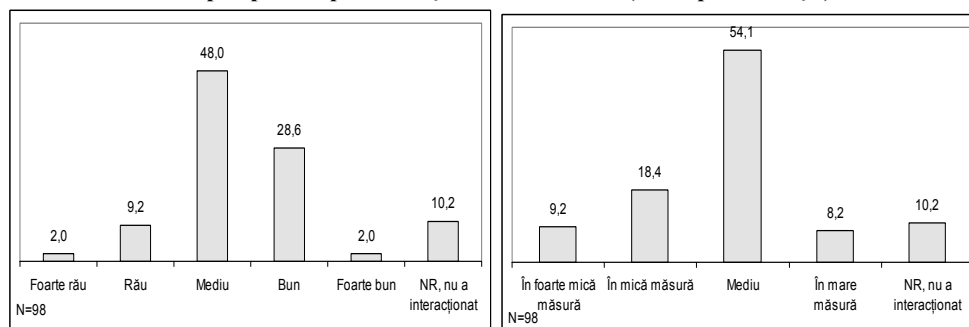
Majoritatea profesioniștilor apreciază că actualul cadru legal cu privire la persoanele cu boli mintale este „mediu” (pe o scală de la foarte rău la foarte bun) și este pus în practică în mod eficient, mai degrabă (Figura 5).

<sup>19</sup> Valoare medie 2,4 pe o scală de la 1 – foarte mică măsură, 5 – foarte mare măsură.

<sup>20</sup> Valoare medie 3,5 pe o scală de la 1 – foarte mică măsură, 5 – foarte mare măsură.

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. Pensionarea 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 excluziune și chiar izolare socială.

### **Ce trebuie făcut?**

#### ***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 profesioniștilor 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 profesionist. 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 stimulare a 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-media.

### ***Campanii de destigmatizare și sensibilizare a populației***

Așadar, campaniile de destigmatizare 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 destigmatizare 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 anterior 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 „serioase” 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 proinstituții de ocrotire a bolnavilor psihici și atunci ați vedea că stigmatul 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.

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Kuppin, S., Carpiano, R. M., *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, pp. 1766–1771, 2006.
2. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. și Pescosolido, B. A., *Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance*, „American Journal of Public Health”, Vol. 89, No. 9, pp. 1328–1333, 1999.
3. Link, B. G., Phelan, J. C., *Conceptualizing Stigma*, „Annual Reviews Sociology”, 27, pp. 363–385, 2001.
4. Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P. și Angermeyer, M. C., *Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities*, „European Psychiatry”, 21, pp. 436–441, 2006.



*This study presents the main results of a sociological research regarding public conceptions and attitudes toward persons with mental health problems. According to this analysis, in Romania there is a consistent knowledge deficit with respect to mental health related concepts. The Romanian population is reticent in applying the label “mental illness”, but, at least at the public perception level, the former patients of mental hospitals have to face devaluation and discrimination more severe than in countries such as Germany, Russia or Slovakia. The large majority of the population knows to identify a mental health problem, but do not usually put this knowledge into practice.*

**Keywords:** mental illnesses, labeling, dangerousness, devaluation, discrimination, social distance.

### Anexă

#### SETUL DE PREDICTORI

##### Variabile independente la nivel de individ

- sex;
- vârsta;
- 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, față de viață, față de sănătate, față de banii pe care îi are, față de serviciu (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/produției 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 indicelui<sup>1</sup> de sărăcie/dezvoltare comunitară, elaborat de D. Sandu, 2004, în *Raportul Dezvoltării Umane*, PNUD.