

**PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE STIGMATULUI PACIENȚILOR CU
TULBURĂRI MINTALE**

**PSYCHOLOGICAL PARTICULARS OF THE STIGMA OF PATIENTS WITH
MENTAL DISORDERS**

Tatiana ROȘCA, drd., asist. univ.,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
ORCID: 000-0003-4318-6610
tatianarosca37@gmail.com

Alexandr DOROSEVICI, drd.,
USMF „Nicolae Testemițanu”
ORCID: 0009-0004-0554-0409
adorosevici@gmail.com

Tatiana ROSCA, PhD student, University Assistant,
Free International University of Moldova

Alexandr DOROSEVICI, PhD student,
“Nicolae Testemitanu” SUMP

CZU: 159.964

DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p62-74

Abstract. The deinstitutionalization process led to radical changes in psychiatric policies and clinical practice through community psychiatry. However, despite the closure of mental asylum units, the drastic reduction of beds in psychiatric institutions and the placement of psychiatric services within the community, marginalization, social exclusion and prejudice still remain the cause of new suffering for people affected by mental disorders. The main barriers to addressing people with mental health problems are the complexity of providing support, especially after the pandemic and the recent events related to the war, where there is a higher incidence of mental disorders in the population, which leads to a innovative view on mental illness.

Keywords: stigma, mental illness, suffering, psychosocial attitude, prejudice, mental health.

Introducere

Sănătatea mintală este o componentă esențială în definirea sănătății, deoarece permite individului să se autoîmplinească într-un context social. Datele demonstrează că persoanele care suferă de boli mintale sunt numeroase și foarte răspândite, astfel încât conform estimărilor internaționale se afirmă că numărul se va tripla în următorii 30 de ani.

Cuvântul *stigma*, de origine greacă, înseamnă *marcă, amprentă, semn distinctiv*. Este folosit în diverse domenii, dar preponderent de experții în sănătate mintală, care identifică cu acest termen discriminarea bazată pe prejudecăți față de bolnavii mintali. În consecință, pentru o persoană bolnavă mintal, a suferi de stigmatizare înseamnă a trăi în fiecare zi în excludere, respingere, rușine și singurătate.

Prejudecățile față de bolnavii mintali se dezvoltă în contexte în care informațiile sunt acceptate într-o manieră aparentă și superficială și, în consecință, duce la apariția prejudecăților

și marginalizare față de persoanele bolnave. La bază există o lipsă de recunoaștere a suferinței provenite din bolile psihice și o atribuire a dizabilității stabile față de aceste persoane, care dacă sunt considerate și tratate adecvat, și-ar putea recupera o parte din abilitățile sociale și intelectuale.

Rezultate și discuții

Multe dintre prejudecățile care stăpânesc astăzi bolile psihice și bolnavii afectați de tulburări mintale au fost stabilite și își au rădăcinile în secolele trecute. Încă din perioada Vechiului Testament, nebunia este înțeleasă ca pierderea rațiunii și este citată ca o pedeapsă divină. În Antichitate, se credea că bolile mintale se datorează unor cauze supranaturale. Societățile mai avansate asociau bolile mintale cu zeii (convulsiile erau considerate drept manifestări miraculoase ale acestora), pe când societățile mai primitive asociau bolile mintale cu demonii, ceea ce a dat naștere practicilor de exorcism. Prin urmare, modul și tipul de tratament la care erau supuși bolnavii mintal, de-a lungul istoriei, era strâns legat de concepția despre originea bolii în sine.

Mai târziu, la grecii antici, medicina era practică de către magicieni și vindecători, care reușeau să stabilească o relație de încredere cu bolnavii și îi supuneau la ritualuri de purificare, exorcizări și rugăciuni de curățare de demoni [5].

De-a lungul anilor, din Antichitatea clasică, viziunea asupra bolii mintale a evoluat către o latură mai naturalistă, care concepea creierul ca fiind cauza bolii. Astfel, Hipocrat vedea boala ca pe un dezechilibru al umorilor în corp (sânge, bila neagră, bila galbenă, flegmă), iar tratamentele se bazau, în mare parte, pe epurarea sângelui [apud 12]. În acest context, prima doctrină psihiatrică naturalistă este cea hipocratică, care are ca referință creierul și unde medicul își baza activitatea pe observarea și descrierea manifestărilor bolii, adoptând o viziune lipsită de intruziuni magice sau supranaturale.

În aceeași ordine de idei, Platon [apud 2] a propus o ipoteză idealistă, bazată pe distincția universului în două tărâmurii ontologice: unul în care se aplică legile fizicii și care aparține corpului și celălalt în care se aplică legile metafizice și care aparține sufletului. Această ipoteză ar sta la baza ideii că tulburările psihice sunt boli ale creierului sau ale sufletului. Ambele ipoteze pot fi atribuite conceptului de boală *naturalistă*, întrucât se consideră că psihicul și patologicul sunt fenomene naturale, având cauze de ordin rațional, deși cu diferențe substanțiale. Viziunea dualistă a lui Platon asupra bolilor psihice implică o entitate metafizică imaterială și o continuitate și iraționalitate, ambele legate de divinitate, ca caracteristică a perioadelor anterioare, în care unele manifestări ale tulburărilor mintale erau văzute ca efect al acțiunilor divinităților malefice sau al unor pedepse rezultate în urma unor transgresiuni. Pe de altă parte, tulburările psihice sunt considerate de Platon [apud 2] ca fiind și un dar, deoarece sunt o sursă de noi experiențe, care adaugă și aduc ceva nou omului. Un exemplu aparținând acestei categorii de tulburări este considerată nebunia profetică dăruită de Apollo, nebunia mistică a lui Dionisos, nebunia poetică a Muzelor și cea a iubirii Afroditei și a lui Eros. Potrivit unor autori, ambiguitatea conceptului despre boală, pentru a explica tulburările psihice, pot fi urmărite de interpretarea pe care diferite școli de gândire au atribuit-o acestui concept, punând accentul pe elemente precum: soma, psihic, minte și spirit [2].

În timpul perioadei medievale, gândirea privind bolile mintale avea un caracter pur religios. Aici, bolile mintale erau considerate ca fiind o manifestare și o posedare demonică a

forțelor rele. În acest sens, practicile de tortură și ardere pe rug erau utilizate pentru a pedepsi oamenii pentru păcatele lor.

De abia în secolul al XVII-lea, a fost inaugurat pentru prima dată un spațiu special destinat pacienților de boli mintale, și anume internarea în instituții medicale izolate, unde bolnavii supraviețuiau în condiții de izolare socială, maltratare și condiții igienice deplorabile. În timpul Revoluției Franceze, odată cu afirmarea drepturilor omului și a cetățeanului, aceste instituții au fost închise și, datorită lui Filip Pinol și a discipolului său, Esquirol, părintele psihiatriei, s-a produs o evoluție în tratamentul și conceptualizarea bolii mintale, care nu a mai fost considerată o expresie a unei posesiuni demonice, ci o consecință a factorilor de mediu sau ereditari [apud 12]. În 1860, francezul Benedict-Augustin Morel [apud 16, pp. 111-116] a prezentat teoria degenerării, potrivit căreia bolile mintale erau consecința unei degenerări ereditare ale cărei efecte erau nebunia, demența, idiotețenia și criminalitatea. În pofida tuturor schimbărilor în reprezentarea bolilor mintale, care s-au născut din dorința nobilă de a elibera persoanele care suferă de tulburări psihice din lanțurile lor și de a le reintegra în societate, totuși aceste centre de excludere socială erau percepute ca locuri destinate să reducă la tăcere pe cei care prezentau un mod diferit de a gândi, simți și un comportament diferit de al celorlalți și care reprezentau astfel o amenințare pentru societate.

Mai recent, E. Kraepelin [apud 9] a dezvoltat un model pozitivist al bolilor mintale care clasifică diferite tulburări în funcție de simptomele lor, identificând astfel psihoza maniaco-depresivă și demența timpurie. În 1911, Eugen Bleuler a înlocuit conceptul de „demență precoce” al lui Kraepelin [apud 17] cu cel de „schizofrenie”, reunind sub acest termen tulburările psihice care rezultă dintr-un proces de scindare a funcțiilor psihice și vorbind pentru prima dată despre posibilitatea unui prognostic privind vindecarea de anumite boli mintale. În secolul al XX-lea, asistența medicală a început să progreseze și să se profesionalizeze datorită activității de pionierat a asistentei medicale britanice Florence Nightingale [apud 10]. Pe parcursul celei de-a doua jumătăți a secolului XX, au apărut noi modele de asistență medicală. Dintre acestea, contribuția lui Hildegard Peplau [apud 4] pare demnă de menționat, fiind considerată mama îngrijirii medicale a pacienților din psihiatrie, valorificând relațiile interpersonale, punând accentul pe semnificația psihologică a bolii și, în același timp, subliniind influența personalității asistentei medicale asupra pacientului. În 1968, în Italia a avut loc o cotitură epocală datorită reformei legii privind „Providența pentru asistența psihiatrică”. Prin această lege s-a încercat pentru prima dată să se limiteze funcția de control și custodie și să se extindă în schimb funcția terapeutică [2]. Reforma aceasta prevedea posibilitatea spitalizării voluntare a persoanei bolnave pentru investigații și tratament, abolirea obligației de a interna definitiv pacientul, eliminarea modelului tradițional de instituție psihiatrică și interzicerea construirii spitalelor noi de psihiatrie. De asemenea, s-a pus accentul pe faptul că pacientul bolnav psihic are aceeași demnitate ca și pacienții care suferă de alte tipuri de boli. Legea prevedea, de asemenea, reconversia profesională a personalului de îngrijire, instituind astfel schimbarea abordării culturale și profesionale a personalului de asistență medicală. În cele din urmă, în 1978, legea a impus înlocuirea vechiului model de îngrijire medicală cu modelul teritorial [1].

În această conjunctură, devine esențială necesitatea înțelegerii genezei prejudecăților și atitudinilor psihosociale. Așadar, stigma este un fenomen socio-cultural care se dezvoltă în diverse domenii și derivă din cuvântul latin „stigma”, folosit în Grecia și Roma Antică pentru a

indica semnele făcute cu fierul incandescent sau tatuajele pe care sclavii și criminalii le purtau pentru a fi identificați și, în consecință, evitați, mai ales în locurile publice [7, pp. 33-42].

Cu toate acestea, termenul nu a avut întotdeauna o conotație negativă. În secolele următoare, în creștinism, termenul a fost folosit pentru a desemna semnele harului divin care se manifestau ca erupții pe pielea anumitor sfinți. De-a lungul timpului, înțelesul atribuit termenului s-a schimbat, și în prezent este definit ca fiind „o atribuire de calități negative unei persoane sau unui grup de persoane, îndreptată în special împotriva statutului și reputației sociale sau din punct de vedere psihofizic, rasial, etnic și religios”. Stigma se referă la un atribut discreditant și denigrator, care etichetează o persoană ca fiind inferioară față de restul societății și purtătoare a unui atribut, trăsătură sau comportament „inacceptabil din punct de vedere cultural”, ceea ce presupune un sentiment de inferioritate față de restul societății și duce la vinovăție, umilință și rușine pentru persoana căreia îi aparține [3]. Stigma indică un defect, o deficiență sau un handicap, fie în sens fizic, fie în sens social. Aceasta este, de asemenea, un construct eterogen care include atitudini, sentimente și convingeri negative, precum și comportamente influențate de mediul social și contextul cultural. Termenul a fost utilizat, de-a lungul secolelor, pentru a desemna caracteristicile personale, cum ar fi culoarea pielii, orientarea sexuală, religia și multe boli, în special HIV și bolile mintale [11].

Cu referire la aceste aspecte, E. Goffman [12] susține că fiecare persoană posedă atribute care îi aparțin și care o fac diferită de ceilalți. Potrivit acestui autor, fiecare societate categorisește indivizii în funcție de caracteristicile lor și le atribuie un tip de „identitate socială virtuală”, care conține atribute pur speculative, deoarece acestea nu pot fi comparabile cu realitatea. Atunci când una dintre aceste caracteristici duc la faptul ca un individ să fie „mai puțin dezirabil”, ne aflăm în fața unui atribut stigmatizant, care produce o discreditare sau un dezavantaj generalizat. În acest sens, Goffman [13] diferențiază trei tipuri de stigmatizare: cele care se referă la deformări fizice, cele care se referă la caracter și, în sfârșit, cele care se referă la identitatea de grup, de exemplu, la rasă, națiunea din care face parte persoana/grupul și religia. Tulburările psihice s-ar încadra, astfel, în cea de-a doua grupă, alături de dependența de droguri, alcoolism, homosexualitate, șomaj și sinucidere. Potrivit aceluiași autor, atunci când ne confruntăm cu un străin, extragem din înfățișarea acestuia elementele care ne permit să identificăm cărei categorii îi aparține. Astfel, a fost demonstrat că stereotipurile față de pacientul cu boli psihice tind să fie asociate cu pericolozitatea, responsabilitatea pentru boală, incapacitatea cauzată de boală și inteligența scăzută [12]. Stigmatizarea se manifestă prin intermediul a trei aspecte specifice comportamentului social: stereotipurile, prejudecățile și discriminarea. Inițial, o etichetă este atașată grupului care urmează să fie stigmatizat, inițiind astfel un proces care este dificil de inversat.

Acest lucru generează declarații eronate, pe care majoritatea societății le presupune că sunt adevărate, cu privire la un anumit grup social și care condiționează în mare măsură percepția și evaluarea caracteristicilor și comportamentului persoanelor aparținând grupului stigmatizat. Atunci când aceste stereotipuri sunt presupuse a fi adevărate, ele sunt în mod normal asociate cu emoții negative care declanșează prejudecăți sociale. Acestea din urmă se manifestă sub forma unor atitudini, măsurate de obicei în termeni de distanță socială și de comportament de respingere, care plasează membrii grupului stigmatizat într-o poziție dezavantajată, dând astfel naștere discriminării [10]. Societatea consideră că o persoană prezintă o boală mintală în funcție de patru variabile care generează reacțiile emoționale negative. Aceste variabile sunt: a)

identificarea simptomelor psihiatrice, cum ar fi, de exemplu, „comportamentul ciudat”; b) deficitul de abilități sociale, cum ar fi absența contactului vizual; c) așteptările sociale privind aspectul fizic, de exemplu, în ceea ce privește igiena personală și îmbrăcămintea; d) etichetele asociate cu persoanele cu afecțiuni psihiatrice, de exemplu, cea referitoare la pericolozitate [15, pp. 345-354].

Potrivit lui P.W. Corrigan [10], cei mai mulți oameni sunt speriați de simptomele bolii, de tulburările afective, comportamentul bizar, tulburări de vorbire și vorbitul cu voce tare. Corrigan [9] definește stereotipurile ca fiind concepte internalizate de-a lungul vieții, care se bazează, de obicei, pe idei negative. Potrivit autorului [10] însă, oamenii, fiind conștienți de aceste stereotipuri, nu sunt obligați să le însușească. În cazul în care totuși le acceptă, stereotipurile devin prejudecăți și, în acest fel, se produc emoții negative care duc la adoptarea unui comportament discriminatoriu. Formarea stigmatizării se dezvoltă în câteva etape:

- 1) etichetarea, produsă pe baza diferențelor față de ceea ce se consideră a fi „normal”;
- 2) stereotipurile, elaborate prin ignorarea tuturor caracteristicilor, cu excepția celor distinctive sau indezirabile;
- 3) crearea unei distincții între „noi” și „ei”, adică între ceea ce este considerat a fi acceptabil din punct de vedere social și persoanele care se abat de la această construcție;
- 4) pierderea statutului de subiect al persoanei stigmatizate, care este văzută ca fiind doar „persoană bolnavă” sau „toxicoman”.

Acest proces face din persoana stigmatizată un obiect de discriminare și excludere socială. Procesul cognitiv și emoțional pe care tocmai l-am descris, are repercusiuni importante asupra stării generale de sănătate a persoanei, deoarece toate acestea duc la simptome depresive, stimă de sine scăzută și autoeficacitate scăzută, care contribuie la întârzierea cererii de ajutor și tratament din partea pacienților [16].

În acest sens, teoria etichetării a sociologului T.J. Scheff [apud 6], care a luat naștere în 1966, postulează că toți oamenii, în cursul vieții lor, internalizează imagini stereotipice prin interacțiunea socială. Încă din copilărie, oamenii învață să folosească termeni precum „nebun”, pentru a se referi la persoanele cu tulburări mintale. Adesea, caracteristicile particulare ale acestor persoane sunt asociate cu comportamentul lor perturbat. Conform acestei teorii, mass-media joacă un rol important în propagarea prejudecăților împotriva acestor persoane, deoarece acestea sunt adesea asociate cu comportamente criminale și violente, uneori chiar nejustificate. Scheff [apud 6] consideră că boala mintală este o etichetă conferită indivizilor care prezintă un comportament care se abate de la așteptările sociale „normale”, iar cel afectat este considerat o „devianță”. Atunci când o persoană este etichetată ca fiind *bolnavă mintal*, aceasta primește, de obicei, o reticență din partea societății. De asemenea, autorul a postulat că faptul de a fi etichetat „bolnav mintal”, face ca persoana chiar să devină bolnavă psihic. Odată ce această idee a fost internalizată, subiectul trece printr-o modificare negativă a propriei concepții despre sine. În plus, individul conștientizează schimbarea așteptărilor sociale față de el ca persoană bolnavă. Tot potrivit acestui autor, spitalizarea întărește și mai mult acest rol social și îl obligă pe individ să și-l interiorizeze. Spitalizarea unei persoane pentru o tulburare mintală duce la etichetarea automată și publică ca fiind o persoană „ne bună” și, astfel, pacientul în cauză se vede forțat să devină membru al unui grup social deviant.

În acest caz, devine dificil pentru o persoană „deviantă” să revină la nivelul ei de funcționare anterioară, deoarece statutul de „pacient” provoacă evaluări discreditare din partea

propriei persoane și a celorlalți. Stigma pe care societatea o proiectează asupra acestei categorii este adesea internalizată și asimilată de către aceștia din urmă și generează un proces care este denumit „autostigmatizare”, adică un proces prin care persoana acceptă prejudecățile sociale și le integrează în propriul concept de sine. Corrigan [8] descrie acest fenomen ca fiind internalizarea stereotipurilor, atitudinilor și percepțiilor negative legate de un grup devalorizat din punct de vedere social. Potrivit autorului [8], acesta este modul în care unele stereotipuri negative asociate cu boala mintală, cum ar fi periculozitatea sau incompetența, sunt încorporate în propria identitate. Acest proces de internalizare a stereotipurilor negative duce la o agravare a simptomelor și favorizează o slabă aderență terapeutică, deoarece aceste concepte sunt asumate de către persoană ca fiind adevărate, ducând astfel la acceptarea situațiilor de marginalizare și discriminare prin pierderea controlului asupra propriei persoane, precum și la pierderea sentimentului de încredere în posibilitatea de recuperare. O astfel de situație poate, prin urmare, să determine persoana bolnavă să renunțe la posibilitatea de a munci și de a duce o viață independentă, precum și la eșecul procesului de tratament și la devalorizarea propriului concept de sine [13].

Un interes deosebit în același context îl comportă termenul de „instituție totală”, ca fiind locul de reședință în care locuiesc persoanele îndepărtate de societate pentru o anumită perioadă de timp și care sunt nevoite să împartă spațiile, timpul și activitățile vieții lor într-un regim închis și administrativ. În 1955, Goffman [12] a decis să studieze experiențele subiective ale pacienților internați la „St. Elizabeth's” din Washington, o instituție de boli mintale cu 7 mii de paturi, cu scopul de a înțelege mai bine cum se dezvoltă viața socială a pacienților internați. Prin intermediul observației, Goffman [13] a postulat cinci tipuri de instituții totale:

- instituții înființate pentru a proteja persoanele considerate nepericuloase sau incapabile, cum ar fi azilurile de bătrâni, instituțiile pentru nevăzători și orfelinatele;
- instituții destinate să protejeze persoanele care, pe lângă faptul că sunt considerate incapabile să aibă grijă de ele însele, reprezintă un pericol pentru comunitate, de exemplu, spitalele pentru bolnavi cu boli infecțioase, aziluri și spitale pentru leproși;
- centre înființate pentru a proteja comunitatea de persoanele care amenință în mod deliberat societatea, de exemplu, închisorile și lagărele de muncă;
- instituții de muncă, cum ar fi cazarmile și navele;
- organizații destinate pregătirii religioșilor, de exemplu, mănăstirile.

Potrivit lui Goffman [13], toate aspectele vieții persoanelor internate se desfășoară în contact cu un număr mare de oameni, în același loc și sub aceeași autoritate. Toți primesc același tratament din partea instituției, astfel încât viața cotidiană a acestor persoane se desfășoară într-un mediu planificat, cu o organizare impusă de sus și un set de reguli explicite, impuse și controlate de un grup de funcționari. Instituția totală elimină distincția dintre timp liber, muncă și odihnă, impunându-și propria cultură și schimbând comportamentul și personalitatea pacienților. Relația dintre angajații instituției și cea a pacienților este o relație asimetrică, în sensul că primii se simt superiori asupra celorlalți și își asumă o poziție de putere, în timp ce pacienții, care au contact redus cu lumea exterioară, se simt slabi și inferiori. Potrivit lui Goffman [13], instituția conferă, de asemenea, persoanei internate eticheta asociată instituției în care se află și din acest motiv se poate spune că mănăstirea transformă individul în călugăr, închisoarea în deținut și azilul în persoană bolnavă mintal. La intrarea în aceste centre, pacienții își aduc propriile concepții despre sine și o cultură fondată de-a lungul anilor socioculturală și familială.

De îndată ce individul intră în instituție, el este imediat deposedat de sprijinul pe care îl avea. Procesele birocratice necesare pentru intrarea în instituție, cum ar fi colectarea de date anamnestice și măsurarea greutateii și înălțimii, sunt menite să codifice și să unifice numărul mare de persoane internate în mod ordonat pentru a asigura buna funcționare a instituției. Goffman [12] descrie, în eseul său, o pierdere sistemică a identității de sine și numește acest proces „mortificare”. Principalele mecanisme ale „mortificării” sunt:

- privarea de rol: persoana își pierde rolul în societate devenind și asumându-și rolul de pacient, client și bolnav;
- programarea și degradarea propriei identități: persoana este adesea considerată ca fiind doar un număr în dosarele administrative de către instituție;
- deposedarea de obiecte personale: persoana este lipsită de obiectele sale personale care o identifică. De exemplu, faptul că trebuie să poarte tricoul pus la dispoziție de către spital;
- impunerea unor poziții degradante care sunt adesea justificate prin necesitatea de intervenții medicale sau de asistență medicală;
- expunerea contaminantă: aceasta are loc atunci când instituția asigură puțin sau deloc confidențialitatea activităților private ale persoanei, de exemplu, atunci când persoana este obligată să împartă o cameră cu altele. Un alt factor contaminant este acela al atitudinilor paternaliste din partea îngrijitorului, care, pierzându-și limbajul profesional, se adresează pacientului într-un mod „afectuos” cu termeni precum „draga mea/dragul meu” etc.;
- întreruperea relației obișnuite dintre individ și comportamentul său: aceasta se întâmplă atunci când regulile instituției nu permit individului să își desfășoare activitățile sale zilnice așa cum o făcea în trecut. De exemplu, a face o ceașcă de ceai la domiciliu are loc în mod natural și discret, în timp ce într-o instituție totală se află sub incidența regulilor organizatorice ale locului;
- restricții ale autodeterminării și autonomiei: devine dificil sau imposibil de a urmări propriile interese, de a face alegeri sau de a relaționa cu ceilalți în timp ce individul este în cadrul unei instituții totale. Această situație este legată de birocrăție și sistemul organizației, mai degrabă decât de dificultățile fizice sau psihice ale pacientului.

Instituțiile totale și modalitățile lor constrângătoare pot merge până la strivirea personalității pacientului spitalizat, standardizându-l, iar acest lucru face posibilă tratarea acestuia într-un mod de parcă nici nu ar fi existat. Această categorie depersonalizantă este definită ca fiind „cariera morală” a pacientului internat, care constă într-un lung parcurs de agresiune și de modificare a identității proprii, care își are originea chiar înainte de a fi spitalizat datorită intervenției unei serii de figuri sociale din jurul individului considerat „deviant”, care începe să interiorizeze progresiv rolul care i-a fost conferit. Pacienții, deși nu au încălcat nicio lege, se trezesc în cadrul unei instituții comparabile cu particularitățile organizatorice și cotidiene ale unei închisori. Acest model autoritar reprezintă binomul îngrijire-custodie, care zădărnicește orice posibilitate de alianță terapeutică.

După o lungă perioadă de aplicare a acestui model, mai tarziu se începe să se întrevadă o deschidere către un tratament holistic pentru care rutina spitalicească a început să se convertească la o logică relațională care vizează umanizarea îngrijirii. În acest sens, gestionarea patologiei necesită din partea sistemului de sănătate o mai mare flexibilitate care ia în considerare particularitățile fiecărui pacient.

În același context, cercetările privind stigma în rândul personalului de îngrijire medicală a determinat că există gânduri negative (stereotipuri) din partea personalului de îngrijire față de pacienții cu probleme de sănătate mintală. Conform acestor investigații [13], la baza comportamentului discriminatoriu ar fi cunoașterea inadecvată a bolii. În acest sens, un număr mare de asistenți medicali par să împărtășească cu populația generală anumite convingeri stereotipice despre tulburările psihice care au fost bazate pe reprezentări istorice eronate și favorizate de mass-media. Pacientul cu boli psihice este adesea văzut ca fiind periculos, imprevizibil, violent și bizar, iar aceste conceptualizări dau naștere, în mod evident, atitudinilor de teamă. De asemenea, s-a constatat că mulți asistenți medicali au declarat că nu au abilitățile necesare pentru a gestiona în siguranță și eficient simptomele comportamentale ale pacienților bolnavi mintal, subliniind lipsa de resurse. Cercetătorii afirmă că ostilitatea și învinovățirea sunt cele mai frecvente comportamente care apar în timpul îngrijirii. De fapt, mulți asistenți medicali sunt adesea convingși că bolile psihice sunt cauzate de factori personali, cum ar fi slăbiciunea morală, temperamentul, lipsa de voință, lenea, lipsa de disciplină sau autocontrol și adesea simptomele bolii sunt atribuite comportamentului bolnavului. La fel, rezultatele acestor investigații sugerează că vina pentru boală pare să fie deosebit de evidentă în special față de pacienții care comit acte de automutilare, întrucât asistenții experimentează o anumită ostilitate față de aceste persoane, deoarece percep îngrijirea oferită ca pe o risipă de resurse, menite să păstreze în schimb viața celor care doresc să moară [13].

Studiile arată, totodată, că există o fragmentare conceptuală care împarte îngrijirea medicală în „îngrijire fizică” și „îngrijire psihiatrică”, cu o clară devalorizare a componentei mentale și convingerea că acest aspect al îngrijirii „nu este treaba lor” [12]. Intervențiile coercitive, în special cele care reprimă drepturile utilizatorilor și care se pot manifesta prin spitalizări forțate sau prin utilizarea de tratamente fără ca pacientul să fie informat în mod adecvat pot fi clasificate drept comportament paternalist. Atitudinile coercitive se bazează pe următoarele stereotipuri:

1) *incompetența*: unii profesioniști cred că pacienții cu boli mintale, din cauza naturii diagnosticului lor, nu au abilități necesare pentru a lua decizii cu privire la tratamentul lor. Conform acestei concepții, pacientul nu ar fi capabil să aleagă ceea ce este cel mai bine pentru el/ea din cauza pierderii autodeterminării;

2) *periculozitatea*: persoanele sunt considerate potențial periculoase și, prin urmare, se consideră că ar trebui să se ia măsuri coercitive pentru a proteja pacientul și pe cei din jurul lui;

3) *devalorizarea*: unii profesioniști devalorizează incapacitatea pacientului de a lua decizii realiste cu privire la propria sănătate. Unii cercetători au arătat că există mulți profesioniști din domeniul sănătății care dețin opinii pesimiste cu privire la probabilitatea ca pacienții să se vindece și că acest lucru este resimțit de aceștia ca o formă de stigmatizare și barieră. Cercetările sugerează faptul că pesimismul profesioniștilor din domeniul sănătății față de prognosticul și tratamentul acestui utilizator este asociat cu sentimentul de neputință și de frustrare perceput în timpul procesului terapeutic, care îi determină să creadă că „ceea ce fac ei nu contează” [14]. Totodată, conform acestor cercetări, se pare că personalul medical care lucrează în domeniul sănătății mintale este stigmatizat de colegii care lucrează în domeniul îngrijirii somatice, precum și de populația generală și de mass-media. Adesea, asistenții medicali, dar și psihiatrii, își abandonează specialitatea, deoarece se simt lipsiți de respect din partea altor specialiști și simt că nu sunt suficient de bine văzuți de societate în general [5].

Mai mult decât atât, persoanelor afectate de maladii mintale le sunt puse și alte bariere care împiedică performanța adecvată în activitățile vieții de zi cu zi și le limitează participarea la viața socială, toate fiind bariere derivate din discriminare și prejudecăți.

În primul caz vorbim de o discriminare imaterială în care pacientul este victima absenței, de exemplu, a egalității de șanse în căutarea unui loc de muncă, a imposibilității de comunicare și de exprimare, în timp ce în al doilea caz, barierele derivă din comportamentele legate de prejudecăți care variază de la marginalizare la indiferență sau la excesul de atenție paternalistă. Dintr-un studiu care investighează experiențele personale ale pacienților care suferă de tulburări psihice aflați în medii diferite de îngrijire medicală a reieșit că, atunci când este vorba de boli mintale, pacienții declară adesea că se simt devalorizați, respinși și dezumanizați de mulți dintre profesioniștii din domeniul sănătății cu care intră în contact în timpul tratamentului [17]. Unii pacienți afirmă că se simt excluși din deciziile lor personale, primind amenințări subtile și fiind forțați să aștepte excesiv atunci când solicită ajutor, neprimind informații suficiente cu privire la afecțiunea lor sau la opțiunile de tratament. Ei afirmă că se simt tratați într-un mod paternalist sau umilitor, li se spune că nu se vor recupera niciodată și că sunt tratați cu un limbaj stigmatizant.

Persoanele cu o boală mintală care sunt expuse la stigmatizare pot adopta, în mod paradoxal, trei atitudini: a) internalizarea stigmatizării; b) raportarea faptului că el/ea nu suferă de o boală mintală; c) exprimarea indignării față de nedreptate.

Unii autori consideră că stigmatizarea internalizată sau autostigmatizarea scade stima de sine, eficacitatea și speranța persoanei, deteriorând calitatea vieții, precum și contribuind la un sentiment de neputință în atingerea obiectivelor proprii [3]. Prin urmare, libertatea de alegere și controlul pe care pacienții îl pot exercita asupra propriei vieți referitor la boala mintală, pot reduce barierele pe care acești pacienți le simt.

Și totuși, paradoxal, dar astăzi este încă foarte complicat să dăm o definiție comună a bolii mintale, deoarece nu există nici măcar o definiție univocă a sănătății. De asemenea, credem că este foarte dificil să categorisești o serie de experiențe subiective într-un concept specific, deoarece fiecare dintre noi are o reprezentare proprie și personală a ceea ce trăiește, întrucât toți oamenii, de-a lungul vieții, experimentează sentimente de anxietate, furie, îngrijorare, frică și iritare, care sunt considerate stări normale, atâta timp cât omul este capabil să le gestioneze și apoi să revină la un echilibru și la starea de bine. Disconfortul din viață este parte integrantă a existenței [10]. Cu toate acestea, atunci când persoana care se confruntă cu disconfortul nu este capabilă să își restabilească echilibrul, acesta este momentul în care situația riscă să devină o problemă de sănătate mintală. Disconfortul este, prin urmare, o stare de suferință legată de dificultăți de diferite tipuri care pot apărea în viața afectivă și relațională și se caracterizează prin: tensiune, frustrare, agresivitate sau tristețe, dar fără să existe un simptom specific de boală [17]. Pe de altă parte, tulburarea mintală este acea afecțiune care este experimentată de către individ atunci când acesta nu reușește să rezolve suferința provocată de disconfortul inițial, adică atunci când suferința prelungită și intensă este însoțită de simptome cum ar fi modificări ale gândirii și/sau ale comportamentului. În cazul în care această afecțiune nu este tratată la timp și în mod eficient, tulburarea poate deveni cronică, la fel ca și modificările mintale și comportamentale, care, în timp, pot deveni o boală care pune viața în pericol. Atunci când aceste tulburări nu beneficiază de tratamentul necesar, persoana este expusă riscului de marginalizare și de dizabilități, care pot interfera cu viața socială și profesională. În prezent, există tratamente eficiente pentru a atenua simptomele acestor tulburări psihice, dar, în același timp, pacienții nu

caută ajutor la timp din cauza experiențelor negative, a lipsei de informare, a lipsei de înțelegere a bolilor mintale, incertitudinea cu privire la modul și locul în care pot solicita ajutor, rușinea și teama de a fi etichetat drept „nebun”.

De aceea, necesitatea de a cataloga și de a ordona bolile în funcție de un criteriu științific este fundamentală în medicină și în psihologie, dar nu este recunoscută în mod univoc având în vedere complexitatea care caracterizează comportamentul uman [4]. Cele mai frecvente tulburări sunt: depresia, tulburarea bipolară, schizofrenia, psihozele, tulburările de personalitate și tulburările de dezvoltare, inclusiv autismul.

În acest sens, am ales să prezentăm o scurtă descriere a celor mai frecvente tulburări în rândul populației.

Depresia. Este o tulburare de dispoziție caracterizată prin tristețe, pierdere a interesului și a plăcerii, sentimentul de vinovăție, stimă de sine scăzută, probleme de somn și de apetit, astenie și dificultăți de concentrare. Din cauza simptomatologiei depresive, pacienții au adesea tendința să nu se îngrijească, au dificultăți de somn, de alimentație, suferă adesea de retragere socială, ceea ce le poate afecta relațiile sociale. Depresia poate fi cauzată de factori genetici, biologici, psihologici, de mediu și sociali și are diferite niveluri de severitate [12]. Se vorbește de depresie exogenă, atunci când aceasta apare în urma unui eveniment extern, sau endogenă, atunci când apare în absența unei situații care ar predispuce apariția ei. Evenimentele de viață stresante, pozitive sau negative, pot contribui la apariția simptomelor depresive la persoanele cele mai vulnerabile. Această vulnerabilitate individuală este o trăsătură multifactorială legată de diverse elemente, cum ar fi factorii genetici, cognitivi, afectivi, relaționali, de personalitate și prezența evenimentelor traumatice timpurii. Depresia este și un factor de risc în apariția altor boli prin intermediul unui stil de viață dăunător, cum ar fi sedentarismul și consumul de alcool sau fumatul. Depresia în combinație cu alte patologii fizice înrăutățește și mai mult calitatea vieții pacienților și este asociată cu creșterea cheltuielilor sociale și de sănătate [4]. Gestionarea depresiei de către profesioniști ar trebui să includă toate aspectele psihosociale, cum ar fi identificarea factorilor de stres și a problemelor financiare, recunoașterea dificultăților la locul de muncă, abuzul fizic sau mental. Este esențial să recunoaștem resursele pacientului pentru menținerea și reactivarea calității vieții. Stigmatizarea asociată depresiei constituie un obstacol în calea profesională, a socializării și este astfel o barieră în căutarea unei plan de tratament adecvat [2].

Tulburarea bipolară. Acest tip de tulburare se caracterizează, în general, prin episoade maniacale și depresive, care sunt separate de o fază în care starea de spirit rămâne normală. În cazul tulburării bipolare de tip I, pacientul prezintă episoade maniacale, în timp ce în tulburarea bipolară de tipul II prezintă simptome hipomaniacale. Principalele simptome ale fazei maniacale pot fi: creșterea stimei de sine, scăderea nevoii de somn, vorbărie crescută, fuga de idei, distragere a atenției, creșterea activității sau agitație psihomotorie, implicare excesivă în activități ludice care pot duce la consecințe dăunătoare [13]. Faza maniacală implică un tablou clinic care se prezintă cu o schimbare a modului de a acționa al persoanei atunci când este asimptomatică. Pe lângă terapia medicamentoasă, care presupune administrarea de stabilizatori ai dispoziției, se recomandă psihoterapia, în special cea comportamentală, cognitivă și psihanalitică. Unii autori susțin că stigmatizarea față de acest tip de pacienți este mai mică decât cea asociată schizofreniei, dar mai mare decât a tulburărilor anxioase. Ca și în cazul altor

tulburări psihice, stigmatizarea induce o stimă de sine scăzută și o participare redusă la viața socială, cu o scădere ulterioară a calității vieții [7].

Schizofrenia. Este o tulburare mintală caracterizată prin afectarea percepției realității, a capacității de judecată, precum și prin afectarea capacității de funcționare profesională și socială a persoanei. Această afectare se manifestă cu simptome cum ar fi iluzii persistente, halucinații, gândire și comportament dezorganizat, în timp ce simptomele negative includ: apatie, aplatizare afectivă, deficit de vorbire și productivitate, lipsă de atenție și afectarea funcționării sociale și profesionale. Persoanele cu schizofrenie pot auzi voci care, adesea, le insultă și le critică, voci care le pot vorbi direct sau care se pot certa între ele [4]. Pacienții încearcă adesea să dea o explicație acestor dispersii, ceea ce duce la apariția unor situații ciudate de credințe și iluzii. Simptomatologia schizofreniei poate limita pacientul în viața sa personală și profesională. Această tulburare este considerată una dintre cele mai grave afecțiuni, deoarece atrage după sine nu numai un handicap psihosocial pentru pacient, dar și o mare suferință pentru personalul de îngrijire. Această boală este supusă unor multiple prejudecăți din partea societății și poartă povara stigmatizării cu consecințe sociale inevitabile, precum și costuri ridicate pentru sistemul de sănătate. Pacienții cu schizofrenie sunt supuși unei discriminări până la reducerea accesului la tratament și la viața socială. Un alt fapt care trebuie luat în considerare este că 50% dintre pacienții schizofrenici încearcă să se sinucidă, iar 10-15% reușesc în intențiile lor. Tratamentul farmacologic și sprijinul psihoterapeutic s-a dovedit a fi util în atenuarea simptomatologiei și, în consecință, permite pacientului să ducă o viață productivă și integrată în societate. În ciuda acestui fapt, pacientul schizofrenic, în zilele noastre, întâmpină încă multe dificultăți în menținerea unui loc de muncă și a unei locuințe, pierzându-și consecvent autonomia.

Tulburări de personalitate. Personalitatea este definită ca un complex de caracteristici comportamentale și emoționale organizate astfel, încât să facă un anumit individ unic și diferit de toți ceilalți. Tulburările de personalitate sunt reprezentate de o experiență interioară și comportamentală, care se abate de la normele culturale ale individului. Acest mod dezadaptativ și inflexibil de a percepe, relaționa și gândi începe în adolescență și la începutul vieții adulte. Etiologia tulburărilor de personalitate este necunoscută, dar unii autori susțin importanța factorilor de mediu și genetici. Atunci când se vorbește despre tulburările de personalitate, se face referire la diferite caracteristici [14]:

Grupa A: tulburare schizoidă, schizotipală și paranoică. Pacienții aparținând acestui grup au comportamente care sunt adesea percepute de ceilalți ca fiind excentrice și ciudate;

Tulburarea schizoidă: persoana preferă să trăiască retrasă și singură, are un interes scăzut pentru relațiile sociale și pare rece din punct de vedere emoțional;

Tulburarea schizotipală: se caracterizează prin disconfort acut în relațiile apropiate, excentricitate în gândire și vorbire;

Tulburarea paranoică: persoana are neîncredere și suspiciune față de alte persoane. Ea îi crede pe alții ca fiind răuvoitori, se supără rapid și are dificultăți în relațiile personale.

Grupa B: tulburare antisocială, borderline, narcisistă și histrionică. Persoanele cu aceste tulburări sunt percepute ca fiind amplificatoare, emoționale și imprevizibile.

Tulburarea antisocială: persoana cu această tulburare este lipsită de respect față de ceilalți, precum și față de autorități și legi. Ca urmare a încălcării normelor, el sau ea nu are remușcări și adesea justifică aceste acțiuni prin minciună;

Tulburarea histrionică: se caracterizează prin emotivitate excesivă și nevoia de a fi în centrul atenției, adesea emoțiile sale par superficiale, iar comportamentul este seducător;

Tulburarea narcisistă: se manifestă cu o stimă de sine hipertrofiată, pacientul are adesea un comportament vanitos, nu suportă criticile și caută atenția celorlalți fără a simți empatie pentru aceștia. Pacientul apare adesea ca fiind arogant și rece. Aceste persoane sunt incapabile să accepte schimbările fizice asociate cu îmbătrânirea naturală, ceea ce duce la episoade depresive de-a lungul anilor;

Tulburarea borderline: se caracterizează printr-o instabilitate a relațiilor interpersonale, a sentimentelor cronice de furie și goliciune și o impulsivitate marcantă. Adesea pacienții cu tulburare borderline fac adesea eforturi disperate pentru a evita să fie abandonate real sau imaginar. Unii pacienți pot merge atât de departe, încât să meargă la autoagresiune, se pot chiar sinucide.

Grupa C: tulburare evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă. Aceste persoane apar adesea anxioase sau temătoare.

Tulburarea evitantă: pacienții experimentează inadecvarea și hipersensibilitatea la judecățile negative;

Tulburarea dependentă: se comportă submisiv pentru a evita să fie singuri. Acești pacienți au o nevoie excesivă de a fi mereu îndrumați și îngrijiți;

Tulburarea obsesiv-compulsivă: această tulburare se caracterizează prin nevoia de control, ordine și perfecționism.

Tulburări de dezvoltare și autismul. Acestea sunt tulburări comportamentale și cognitive care apar în timpul copilăriei, dar care tind să fie persistente la vârsta adultă și sunt asociate cu dificultăți semnificative în dobândirea și în îndeplinirea unor funcții intelectuale, motorii, lingvistice sau sociale specifice. Dizabilitatea intelectuală se caracterizează prin afectarea funcționării cognitive și a comportamentului adaptativ, cu consecințe limitative asupra vieții de zi cu zi [12]. Tulburarea de spectru autist se caracterizează printr-un deficit în comunicarea și în interacțiunea socială. Persoana are interese repetitive și inflexibile care sunt atipice sau nu sunt adaptate vârstei și contextului sociocultural al individului. Autismul, în funcție de severitate, poate, într-o măsură mai mare sau mai mică, să afecteze viața personală, familială, socială, educațională și profesională. Familia joacă un rol fundamental în îngrijirea acestor pacienți, fiind capabilă să își recunoască emoțiile față de boală, precum și să înțeleagă care sunt elementele care permit o mai bună învățare a pacientului, care este indispensabil pentru a asigura o îngrijire de calitate.

Concluzii

Conștientizarea propriilor limitări și vigilența față de propriile prejudecăți este de o importanță fundamentală în abordarea persoanelor cu afecțiuni mintale, deoarece ne permite să înțelegem când acțiunile noastre pot dăuna în mod conștient sau inconștient. Medicii, psihologii, asistenții medicali au un rol fundamental în tratarea acestor persoane, care trebuie să fie unul profesional, dar mai presus de toate, etic și uman, asumându-și responsabilitatea în cadrul echipelor profesionale și multidisciplinare în a asigura o îngrijire de înaltă calitate, eficace și continuă. Prin promovarea sănătății, înțelegem acele acțiuni și intenții care au ca scop apărarea drepturilor pacienților, în special promovarea și păstrarea autonomiei și autodeterminării, a intereselor în baza principiului justiției sociale, unde ar fi dezirabilă protejarea bunăstării pacientului prin informarea acestuia cu privire la drepturile sale și la toate opțiunile de tratament,

împreună cu responsabilizarea lui pentru a participa activ la construirea parcursului său de tratament.

Bibliografie:

1. BJÖRKMAN, T. ș.a. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. In: *National Library of Medicine*. 2008, nr. 22(2). New York. PMID: 18489686. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
2. BOYD, R. ș.a. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. In: *National Library of Medicine*. 2003, nr. 121(1). New York. PMID: 14572622. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008
3. BÜRLLI, C. ș.a. Santé psychique en Suisse, État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Paris: OFSP, 2015.
4. CAMPO-ARIAS, A. ș.a. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. In: *Revista colombiana de psiquiatria*. 2015, nr. 44(4). Madrid: Elsevier. ISSN 0034-7450.
5. CAPUTO, N. M. ș.a. Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. In: *National Library of Medicine*. 2011, nr. 26(7). New York. PMID: 21516556. DOI: 10.1080/10410236.2011.560787.
6. CARPINIELLO, B. ș.a. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. In: *National Library of Medicine*. 2017, nr. 26(7). London. PMID: 28337154. PMCID: PMC5340774. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00035.
7. CASTRO, M. Estigma y Enfermedad Mental: Un Punto de Vista Historico-Social. In: *Revista de psiquiatria y salud mental Hermilio Valdizan*. 2005, nr. 6(1). New York, 2005, pp. 33-42.
8. CORRIGAN, P.W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. In: *American Psychologist*. 2004, nr. 59(7) New York. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
9. CORRIGAN, P.W. ș.a. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. In: *National Library of Medicine*. 1999, nr. 38(1). London. PMID: 10427613. DOI: 10.1016/s0920-9964(98)00180-7.
10. CORRIGAN, P.W. ș.a. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. In: *National Library of Medicine*. 2014, nr. 15(2). New York. PMID: 26171956. DOI: 10.1177/1529100614531398.
11. EBRAHIMI, H. ș.a. Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. In: *National Library of Medicine*. 2012, nr. 17(7). New York. PMID: 23922602. PMCID: PMC3730459
12. GOFFMAN, E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. London: Anchor Books, 1961. ISBN-13: 978-0385000161.
13. GOFFMAN, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York, 1963. ISBN 9780671622442.
14. GOODMAN, B. Erving Goffman and the total institution. In: *National Library of Medicine*. 2013, nr. 33(2). London. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.09.012.
15. HAYWARD, P. ș.a. Stigma and mental illness: A review and critique. In: *Journal of Mental Health*. 1997, nr. 6(4). London, pp. 345-354. DOI: 10.1080/09638239718671.
16. KNAAK, S. ș.a. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. In: *National Library of Medicine*. 2017, nr. 30(2). London, pp. 111-116. PMCID: PMC5347358. DOI: 10.1177/0840470416679413.
17. LINK, B.G. ș.a. Stigma and its public health implications. In: *National Library of Medicine*. 2006, New York. PMID: 16473129. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68184-1.