

**STAREA DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI  
FACTORI PSIHOSOCIALI ASOCIAȚI ACESTEIA ÎN RÂNDUL  
DEȚINUȚILOR**

**Elena Holeab,**

**Iunie 2009**

Cercetătorii au constatat că prevalența tulburărilor mintale în așezămintele corecționale este de 6%- 20% pentru tuburările mintale severe (de tipul schizofreniei și a tulburărilor afective majore), o prevalență semnificativ mai mare comparativ cu prevalența acestor tulburări identificate în comunitate. S-a constatat, de asemenea, că femeile au rate ale bolilor mintale mai ridicate comparativ cu bărbații din așezămintele corecționale (Veysey și Bichler-Robertson, 2002). Deși cele mai multe dintre tulburările mintale puteau fi prezente și înainte de încarcerare și ar fi putut contribui la săvârșirea infracțiunii pentru care deținutul a fost închis, acestea se pot agrava/complica în condiții de încarcerare (WHO, 1999). Deținuții sau persoanele recent eliberate din închisoare au o rată mai mare de a comite suicid, tentative de suicid sau autovătămări comparativ cu populația generală. Cercetările arată că există perioade critice în timpul și după încarcerare când riscul de suicid este cel mai mare. Acestea sunt în timpul primelor 7 zile de la intrarea în închisoare (Shaw *et al.*, 2004) și în zilele ce urmează eliberării. Bărbații recent eliberați au un risc de 8 ori mai mare decât alți bărbați, în timp ce femeile au un risc de 36 de ori mai mare (Pratt *et al.*, 2006 apud Weinstein, 2002).

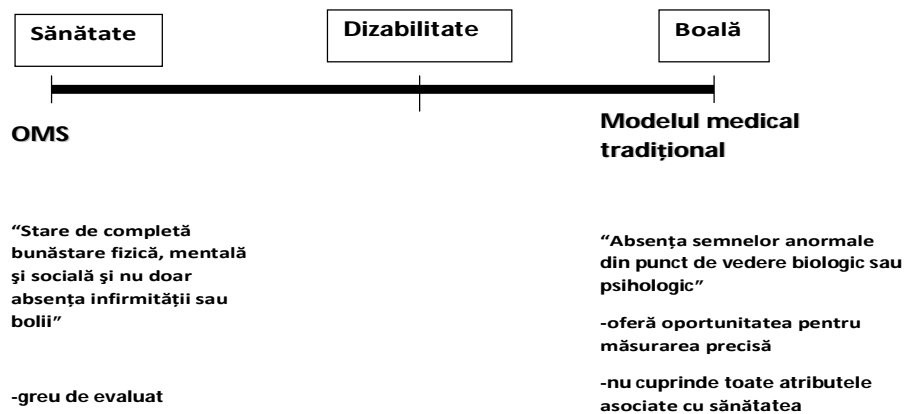
Sănătatea are rolul de a oferi indivizilor, grupurilor, comunităților sau națiunilor șansa de a se dezvolta optim din punct de vedere fizic, emoțional, social, intelectual, ocupațional sau spiritual, astfel încât calitatea vieții lor să devină mai satisfăcătoare și mai productivă. Medicalizarea din ce în ce mai accentuată a societății contemporane, manifestată prin extinderea medicinei și a modelului medical la zone nemedicale ale vieții sociale a deschis oamenilor de știință din domeniile sociologiei și psihosociologiei drumul în dezvoltarea studiilor care să evidențieze rolul aspectelor psihosociale ce stau la baza investigațiilor și intervențiilor din domeniul îngrijirii sănătății. Toate acestea au

apărut în condițiile în care atacurile virulente la adresa medicalizării societății au venit chiar din interiorul lumii medicale. Astfel, psihiatrii Szasz și Torrey au afirmat că medicina, în general, și psihiatria, în special, se extind la zone ale vieții sociale în care pot face puțin și în care aduc confuzie (Goodman, 1992).

În acest context, al unei evidente medicalizări a societății contemporane, OMS adoptă o viziune multidimensională a stării de sănătate, viziune ce extinde conceptul stării de sănătate dincolo de structura și funcționarea corpului uman, așa cum era specific modelului medical tradițional, înglobând în cadrul conceptului de sănătate personalitatea, sentimentele, emoțiile, valorile, credințele, tipul de relații interpersonale etc. Astfel, în 1947, OMS stabilește că sănătatea este „*o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolii și infirmității*” (WHO, 1947 apud Hahn și Payne, 1997). Această definiție globală a sănătății este cuprinzătoare, incluzând toate aspectele biopsihosociale, dar ea are și limite în sensul că este o definiție greu de aplicat în măsurarea și ameliorarea stării de sănătate. Așadar, importanța unei bune sănătăți mintale pentru indivizi și comunități și nu doar absența bolii este recunoscută. Sănătatea mintală este importantă pentru fiecare și nu doar pentru cei diagnosticați ca suferind de tulburări mintale (WHO, 1999).

O altă definiție a stării de sănătate, a fost dată, în urma analizării dimensiunilor stării de sănătate de Hahn și Payne (1997) care au stabilit că sănătatea reprezintă „*amestecul de resurse fizice, emoționale, sociale, intelectuale, spirituale și ocupaționale care sprijină o persoană în realizarea sarcinilor de dezvoltare biopsihosocială și care sunt necesare pentru ca ea să se bucure de o viață satisfăcătoare și productivă*” (Hahn și Payne, 1997, p.11).

**Fig. 1. Sănătatea și boala; viziunea OMS versus modelul medical tradițional**



De asemenea, sănătatea poate desemna „atât o stare individuală, cât și o stare colectivă (a unei națiuni), atât o trebuință, cât și un drept, atât un scop ce trebuie atins de către individ, cât și un obiectiv politic ce trebuie realizat de către stat” (Lupu și Zanc,1999, p.57).

Venind în sprijinul preocupărilor privind dificultatea de a măsura starea de sănătate, OMS a elaborat în anul 2001 *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății* (CIF) în scopul de a asigura o bază științifică pentru înțelegerea și analiza stării de sănătate, a efectelor și a factorilor determinanți implicați și pentru îmbunătățirea comunicării dintre specialiștii din domeniul medical, cercetători, specialiștii din domeniul social, persoanele bolnave și familiile acestora (OMS, 2004).

Având ca repere dimensiunile cuprinse în CIF, evaluarea stării de sănătate a pacientului cu probleme de sănătate mintală vizează atât aspecte problematice legate de funcțiile și structurile sistemului nervos, cât și aspecte legate de dificultățile pe care pacientul le poate avea în realiza anumite activități, probleme pe care pacientul le poate întâmpina prin implicarea în diferite situații de viață. În același timp, CIF recomandă și evaluarea factorilor ce țin de mediul fizic, social și atitudinal specific pacientului și celor din jurul său.

### *Dimensiunile biopsihosociale ale stării de sănătate*

În anul 1996, Spilker a identificat cinci domenii majore ale stării de sănătate: starea fizică și capacitatea funcțională, starea și bunăstarea psihologică, interacțiunile sociale, factorii economici, statutul social și starea spirituală sau religioasă (Institute of Medicine, 2001). Conform acestei delimitări dimensionale, dimensiunea *fizică* a stării de sănătate se referă la caracteristicile fiziologice și structurale ce ajută ca o persoană să se dezvolte, aici fiind incluse nivelul de vulnerabilitate în fața bolii, greutatea corporală, acuitatea vizuală, coordonarea mișcărilor, rezistența fizică sau capacitatea de recuperare. În anumite situații, această dimensiune pare a fi cea mai importantă. Din acest motiv, o perioadă îndelungată, mulți specialiști au asociat sănătatea aspectului și funcționării organismului (Hahn și Payne, 1997). Astfel, spuneau aceștia, echilibrul fizic poate fi atins printr-o alimentație adecvată care să cuprindă calitativ și cantitativ substanțele nutritive necesare pentru susținerea activităților specifice de viață, prin exerciții și mișcări fizice susținute și prin asigurarea unor perioade de odihnă necesare refacerii organismului (somn, relaxare, managementul stresului etc.).

O altă dimensiune a stării de sănătate, dimensiunea *emoțională*, se referă la măsura în care o persoană este capabilă să facă față stresului, adică să-și păstreze echilibrul emoțional în situații stresante, să rămână flexibilă și să negocieze sau să adopte compromisuri în situații conflictuale. Ceea ce simte o persoană în relație cu familia și prietenii săi, cu scopurile și ambițiile din viața sa, cu situațiile din viața de zi cu zi apare ca fiind relaționat cu această dimensiune emoțională a sănătății. Așadar, grija pentru menținerea stării de sănătate reprezintă un argument în favoarea conștientizării și manifestării adecvate a emoțiilor, indiferent de natura acestora. De altfel, medicina psihosomatică a lansat ipoteza conform căreia fiecărui tip de emoție refulată îi corespunde o anumită tulburare somatică (durere de cap, durere de spate, aritmie cardiacă, ulcer etc.). Cercetările realizate până în prezent nu au confirmat, dar nici nu au infirmat această ipoteză. În același timp, cercetările actuale nu mai încearcă să afle dacă emoțiile cauzează bolile, ci încearcă, mai degrabă, să afle care este rolul emoțiilor în apariția sau evoluția anumitor tipuri de tulburări (Lelord și Andre, 2003, p. 306).

În analiza dimensiunii *sociale* a stării de sănătate se pleacă de la faptul că dezvoltarea și maturizarea biopsihosocială apar, în mare măsură, datorită prezenței altor

persoane. Cât de bine se simte o persoană în compania altor persoane definește sănătatea socială a acesteia iar a avea relații sănătoase solicită, uneori, un efort considerabil. Conceptualizarea pozitivă a stării de sănătate din ultimii ani include câteva constructe de bază: un corp sănătos, relații interpersonale de calitate, existența sensului și scopului în viață. Astfel, persoanele care au relații interpersonale de calitate și rețele sociale suportive tind să fie mai rezistente la îmbolnăvire și se recuperează mai rapid după îmbolnăvire, comparativ cu persoanele care au relații sociale deficitare. Iată de ce se poate aprecia că această dimensiune a stării de sănătate reprezintă un factor important în viața oricărei persoane (Hahn și Payne, 1997). În urma a numeroase investigații, cercetătorii de la Institutul de Medicină din Washington au confirmat existența unor studii epidemiologice care arată că relațiile sociale suportive reduc riscul de deces datorat bolilor cardiovasculare și că stările psihologice pozitive sunt asociate cu o mai bună adaptare la stresorii severi ce însoțesc boli ca SIDA, cancerul sau artrita (Institute of Medicine, 2001).

Abilitatea unei persoane de a procesa și furniza informații, de a-și clarifica valorile și credințele și de a exercita capacitatea de a lua decizii reprezintă un aspect important al sănătății globale și este integrată *dimensiunii intelectuale* a stării de sănătate. Inacceptarea de noi informații și de reanalizare a propriilor credințe pot face ca procesul de dezvoltare biopsihosocială să stagneze (Hahn și Payne, 1997). Pentru a măsura această dimensiune a stării de sănătate, testele de inteligență au fost recunoscute ca fiind utile, dar limitate, ele măsurând doar parțial inteligența. Aceste teste nu măsoară existența unor deprinderi de relaționare ale unei persoane (inteligența socială) sau gradul de echilibru emoțional și de fericire al acesteia (inteligența emoțională). Inteligența măsoară capacitatea de a rezolva probleme, abilitatea de a planifica viitorul, capacitatea de a fi proactiv care semnifică luarea în considerare a trecutului și prezentului în proiectarea realistă a unui viitor aproximativ.

În evaluarea *dimensiunii spirituale* a stării de sănătate pot fi incluse credințele și practicile religioase, precum și bunăvoința de a-i ajuta pe alții. O explicație pentru reînnoirea interesului pentru dimensiunea spirituală a sănătății provine din valorizarea sa ca resursă în perioadele în care o persoană experimentează un stres personal. Mulți oameni caută o înțelegere mai profundă a ceea ce reprezintă viața, cultivând latura

spirituală a vieții lor aceștia putând descoperi modalități mai eficiente de a se integra mai bine în acest univers. O persoană își poate dezvolta sănătatea sa spirituală printr-o varietate de modalități: deschiderea către noi experiențe relaționate cu natura, arta, mișcările fizice sau muzica (Hahn și Payne, 1997). Referitor la credințele și practicile religioase și relația acestora cu starea de sănătate, Comstock și Partridge au realizat, în 1972, un studiu ce a investigat ratele de mortalitate în rândul populației din Maryland prin chestionarea a 55000 de persoane, în perioada 1960-1964. Așa cum reiese și din tabelul 1, rezultatele studiului au arătat că acele persoane care mergeau la biserică o dată sau de mai multe ori pe săptămână aveau rate de mortalitate mai reduse decât cele care mergeau mai rar sau deloc (Argyle, 1992, p. 154).

**Tabelul 1. Ratele mortalității în funcție de frecvența bisericii (la 1000 de persoane)**

	<i>O dată pe săptămână sau mai mult</i>	<i>Mai puțin de o dată pe săptămână</i>
<b>Boli cardiace</b>	38	89
<b>Emfizem pulmonar</b>	18	52
<b>Ciroza hepatică</b>	5	25
<b>Cancer rectal</b>	13	17
<b>Suicid</b>	11	29

*Sursa: Argyle M., Social Psychology of everyday life, 1992, p. 154*

Dimensiunea *ocupatională* a stării de sănătate reflectă relația directă dintre satisfacția profesională a unei persoane și alte aspecte ale sănătății unei persoane. Atunci când o persoană se simte bine la locul de muncă, ea tinde să se simtă bine în pielea ei și să aibă un stil de viață mai sănătos. Dacă un loc de muncă oferă unei persoane atât satisfacții extrinseci, precum salariul și beneficii adecvate, cât și satisfacții intrinseci de tipul interacțiunilor sociale pozitive sau al oportunității de a-și exprima creativitatea, atunci persoana poate avea sentimente pozitive în raport cu situația sa profesională. În aceste condiții, devine important ca oamenii, încă din perioadele ce premerg activităților

ocupaționale să fie încurajați să ia în considerare faptul că viitoarele lor ocupații vor fi puternic relaționate cu starea lor de sănătate.

În concluzie, definirea stării de sănătate se situează la interfața dintre științele sociale și cele biologice, întâlnire promițătoare, dar încă neinstituționalizată. Astfel, plecând de la afirmația că “omul este un *animal social*”, cercetătorii afirmă că „*biologii reduccioniști, care ignoră adjectivul au o vedere limitată, la fel ca cea a colegilor lor, specialiști în științele sociale, care uită substantivul. Specializarea diferitelor discipline științifice a lăsat un vid între ele, ceea ce a avut ca rezultat separarea substantivului de adjectiv*” (Dogan și Phare, 1993, p. 209).

Așadar, sănătatea mintală este o stare de bunăstare care aduce liniște emoțională și spirituală, importantă pentru împlinirea personală și care ne permite să supraviețuim durerii, dezamăgirii și tristeții. Ea solicită existența încrederii în demnitatea și meritele personale sau ale celorlalți (WHO, 1999).

## Referințe bibliografice

- **Argyle, Michael.** (1992). *Social Psychology of everyday life*. London: Routledge.
- **Dogan, Mattei și Phare, Robert** .[1991] (1993). *Noile științe sociale*. București: Ed. Academiei Române.
- **Goodman Norman** (1992) “*Introducere în sociologie*”, București: LIDER
- **Hahn B. Dale și Payne A. Wayne,** (1997, 3 ed ), *Focus on health* , Boston: WCB McGraw-Hill.
- **Institute of Medicine, Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy.** (2001). *Health and behavior. The interplay of biological, behavioral and societal influences*. Washington: National Academy Press.
- **Lelord F. și Andre C.,** (2003) *Cum să ne exprimăm emoțiile și sentimentele*, București: Ed.TREI
- **Lupu, Iustin și Zanc, Ioan** (1999). *Sociologie medicală. Teorie și aplicații*. Iași:Ed. Polirom.
- **Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., et al** (2004) Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263 -267
- **Veysey B.M., Bichler-Robertson G.** (2002), *Providing psychiatric services in correctional settings*, National Commission on Correctional Health Care, Chicago, pp.157 – 165
- **Weinstein Henry C. et al** (2005) *Prevalence and Assessment of Mental Disorders in Correctional Settings în Handbook of correctional mental health*, Charles L. Scott J. B. Gerbasi. (ed), American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington.
- **\*\*\***
- **Organizația Mondială a Sănătății (Geneva)** (2004). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, Bucuresti, Ed. MarLink
- **World Health Organisation, Regional Office for Europe** (1999) *Mental Health Promotion in Prisons, Report on a WHO Meeting*, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998, Denmark