

Linii directoare pentru
îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate
mentală în România

3

Manual pentru acțiuni antistigma în școli

Uniunea Europeană



Proiect finanțat prin PHARE

ROMÂNIA



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII

București, Noiembrie 2009

Acest manual a fost produs în cadrul unei serii de 4 manuale

Linii directoare pentru îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate mintală în România

Manual 1: Set de Instrumente pentru serviciile de sănătate mintală

Manual 2: Curs structurat pentru terapie ocupațională

Manual 3: Manual pentru activități antistigma în școli

Manual 4: Training pentru screening interactiv psihiatric pentru medicii de familie

Editat de

Heinz Katschnig, Mugur Ciumăgeanu, Dan Ghenea și Raluca Sfetcu

în cooperare cu

Michaela Amering, Ștefan Bandol, Peter Denk, Birgit Elsayed-Glaser, Stefan Frühwald,
Liviu Gaja, Frank Hoedelmans, Christian Horvath, Hans Kroon, Edwin Ladinser, Gerhard Lenz,
Andreea Luca, Ovidiu Mărginean, Roxana Mărginean, Cristian Oana, Rafael Rabenstein,
Wolfgang Spiegel, Jan Spijker, Gabriela Tănăsan, Franz Trautmann și Barbara Weibold

Dezvoltat în cadrul proiectului de twinning al Comisiei Europene în România

„Sprijin pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală
și de instituționalizarea persoanelor cu tulburări mintale”

Prefață

Acest manual pentru proiecte anti-stigma în școli a fost dezvoltat pornind de la experiența unor proiecte similare derulate în Austria. Programul consta în întâlniri de 90 de minute ale beneficiarilor de servicii de sănătate mintală, membrilor familiilor acestora și profesioniștilor de sănătate mintală cu elevi de liceu

Esențial în acest program este faptul că elevii au posibilitatea de a asculta poveștile de viață ale pacienților și ale membrilor familiilor și de a interacționa direct cu aceștia, experiență care le oferă elevilor accesul la trei perspective diferite ale unui aceluiași fenomen: boală mintală. Contactul direct cu o persoană afectată de boala (fie ea un pacient sau un membru al familiei acestuia) reprezintă un instrument eficient pentru destigmatizare, așa cum arata cercetările în domeniu.

Rolul psihiatrului în cadrul echipei, este de a oferi auditorului informații succinte despre principalele forme de tulburări psihiatrice și tratamentul acestora, precum și despre întreg spectrul serviciilor de sănătate mintală, acțuând faptul că nu doar spitalul este relevant ci și serviciile comunitare. Cu toate acestea, este important ca, în cursul prezentărilor, expertul psihiatru să nu devină punctul de greutate al discuțiilor, ci mai degrabă să fie disponibil pentru a răspunde unor întrebări specifice, în fundalul discuției elevilor cu beneficiarul sau aparținătorul.

Programul a fost testat în România cu elevi de la 15 ani în sus, acest grup fiind mai receptiv la problemele de sănătate mintală. Experiența arata ca durata optimă este de 90 de minute pentru a ține cont de capacitatea de concentrare a elevilor și de programul școlilor, crescând astfel șansa de a fi implementat în cât mai multe școli cu puțință.

Manualul conține un set de instrucțiuni pas cu pas pentru designul, pregătirea și implementarea unui astfel de program. În anexe sunt oferite instrumente care pot fi copiate sau printate direct din CD-ul interactiv și folosite imediat. Manualul este disponibil în varianta electronică pe CD-ul însoțitor și va putea fi downloadat de pe websiteul Ministerului Sănătății (www.ms.ro>Programe>Sănătate Mintală).

Acest manual a fost dezvoltat de către Stefan Bandol, Christian Horvath, Edwin Ladinser, Mugur Ciumageanu, Raluca Sfetcu și Heinz Katschnig, un grup mixt de beneficiari, membri ai familiilor și experți în domeniul sănătății mintale.

Cuprins

Introducere	1
Descrierea programului	3
1. Obiectivele programului	3
2. Grupul țintă	3
3. Durata întâlnirilor	3
4. Echipa de prezentatori	3
5. Teme relevante de discuție	5
6. Considerații asupra organizării programului	5
7. Aspecte organizatorice suplimentare	6
Desfășurarea programului	9
1. Selecția grupului de prezentatori	9
2. Etapa de planificare	9
3. Etapa de contactare a școlilor. Planificarea întâlnirilor	10
4. Implementarea și evaluarea programului	10
Anexe	11
A1. Listă de verificare pentru profesionist	11
A2. Listă de verificare pentru aparținător (membru al familiei)	13
A3. Listă de verificare pentru expertul prin experiență	15
A4. Scala de distanță socială	17
A5. Evaluarea întâlnirii de astăzi	19
A6. Model de istorie de viață prezentată de un membru al familiei unei persoane cu probleme de sănătate mintală	21
A7. Model de istorie de viață a unei persoane cu probleme severe de sănătate mintală	23

Introducere

Persoanele cu probleme de sănătate mintală, membrii familiilor lor, precum și profesioniștii din domeniul psiho-social, se confruntă zilnic cu stereotipuri și frici ale oamenilor din populația generală cu privire la tematica sănătății mintale. Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt privite ca periculoase, de nevindecate, imprevizibile și bizare. Rudele și apropiații acestora, la rândul lor, sunt tratați ca responsabili pentru boală sau ca "tarași". De asemenea, perspectiva publică asupra profesioniștilor de sănătate mintală îi asociază pe aceștia cu rolul de paznic sau de ciudați.

Atitudinea generală a publicului în ceea ce privește persoanele cu probleme de sănătate mintală (și, în mod particular, cu schizofrenie), este, în general, una negativă (Angermeyer și Dietrich, 2006). Chiar dacă percepția publicului este diferențiată în funcție de diversele diagnostice, atitudinea generală nu s-a schimbat considerabil din anii '90, schizofrenia și alcoolismul continuând să fie asociate pericolozității în majoritatea culturilor (Crisp și colab., 2000; Link și Phelan, 1999; Thompson și colab., 2002; Angermeyer și Matschinger, 1999).

Ca posibile explicații ale atitudinii generale a publicului în privința persoanelor cu probleme de sănătate mintală (și în special în privința celor cu probleme severe) ca periculoase, imprevizibile și "diferite" se pot formula mai multe ipoteze:

1. Procesul stigmatizării, care presupune, printre altele, etichetarea negativă a diferențelor, este puternic activat în cazul problemelor de sănătate mintală severe și este influențat de mecanisme culturale și de distribuție a puterii (Link și Phelan, 2001):
2. Îngrijorarea publică este o reflectare a eșecului sistemului de îngrijiri în a conține fenomenul violenței (Torrey, 1994):
3. Mass-media, în special prin emisiunile de divertisment, contribuie la ideea că boala mentală este strâns legată de violență (Dietrich și colab., 2006; Wahl, 2003).

Această opinie publică este susținută de multe ori de un discurs media care promovează o serie de stereotipuri negative, în special în rândul persoanelor care nu au avut contact direct cu cineva afectat de o tulburare psihică. O serie de studii a arătat că există o corelație între informațiile despre problematica sănătății mintale din mass-media și informațiile deținute de persoana obișnuită.

Schimbarea atitudinilor și comportamentelor publicului general față de persoanele cu probleme severe de sănătate mintală implică acțiuni la mai multe niveluri, dintre care putem enumera:

Media training – studiile arată că reflectarea în media a problematicii schizofreniei și a altor tulburări psihiatrice severe influențează percepția asupra acestor persoane. Educația media a tinerilor (transmiterea unor abilități de judecată critică a relatărilor media), împreună cu educarea jurnaliștilor de a controla relatățile senzaționale și care promovează stereotipurile, sunt considerate ca o soluție de a contura o percepție adecvată a situației persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală, chiar dacă acest tip de intervenții nu are un impact direct asupra distanței sociale (Dietrich și colab., 2006).

Contactul interpersonal cu persoane cu probleme de sănătate mintală – studii de tip review arată că una dintre cele mai eficiente metode de a combate stereotipurile și prejudecățile populației

generale față de persoanele cu probleme de sănătate mintală (și în special față de cele cu probleme severe) este aceea de a pune persoane din populația generală în contact cu persoane afectate de o tulburare mentală. Contactul retrospectiv (contact prealabil cu o persoană care are o problemă severă de sănătate mentală) și cel prospectiv (organizarea proactivă de întâlniri, conferințe, prezentări sau alte oportunități de contact cu persoane cu probleme de sănătate mintală) duc la o reducere a distanței sociale și la atitudini mai pozitive față de persoanele cu afecțiuni psihiatrice (Couture și Penn, 2003).

Campanii centrate pe problematici specifice – la ora aceasta, există un consens crescând în ceea ce privește organizarea de campanii anti-stigma. În primul rând, campaniile țintite pe o problematică specifică par să fie mai eficiente decât cele care abordează problema sănătății mintale în general (pentru o discuție legată de ideologia intervenției, vezi Kelly, 2006). În al doilea rând, ținta campaniilor centrate pe o anumită problematică ar trebui să vizeze acele stereotipuri care aduc cel mai mare prejudiciu populației stigmatizate. În cazul schizofreniei, candidatul cel mai probabil pare să fie impredictibilitatea și pericolozitatea persoanelor cu schizofrenie (Angermeyer și Matschinger, 2005; Thompson și colab., 2002).

Ideea de bază a programului este aceea de a oferi elevilor posibilitatea unui contact nemediat cu persoane cu probleme de sănătate mintală, cu membri ai familiilor lor și cu profesioniști de sănătate mintală. Studiile arată că adolescenții sunt un public țintă extrem de sensibil la schimbare atitudinală. Din acest punct de vedere, organizarea unor programe care asigură un contact prospectiv cu persoane cu probleme severe de sănătate mintală, cu membri ai familiilor lor și cu profesioniști de sănătate mintală, pare să fie o bună oportunitate pentru a iniția un proces de schimbare a modului de raportare la problematica generică a sănătății mintale și la problemele severe de sănătate mintală.

Bibliografie

1. Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:163-179.
2. Angermeyer M.C., Matschinger H. (2005) Labeling – stereotype – discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40:391-395.
3. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000) Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177:4-7.
4. Couture S.M., Penn D.L. (2003) Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3):291-305.
5. Dietrich S., Heider D., Matschinger H. Angermeyer M.C. (2006) Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41:318-332.
6. Kelly B.D. (2006) The power gap: Freedom, power and mental illness. *Social Science & Medicine*, 63:2118-2128.
7. Link B.G., Phelan J.C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 27:363-385.
8. Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A. (1999) Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89: 1328-1333.
9. Thompson A.H., Stuart H., Bland R.C., Arboleda-Florez J., Warner R., Dick R.A. (2002) Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37:475-482.
10. Torrey E.F. (1994) Dangerous behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45:653-662.
11. Wahl O.F. (2003) Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health*, 12:249-258.

Descrierea programului

1. Obiectivele programului

Programul vizează asigurarea unei oportunități de contact nemediat al adolescenților cu persoane cu probleme de sănătate mintală, cu membri ai familiilor lor și cu profesioniști de sănătate mintală, cu scopul de a transmite informații necontaminate de stereotipuri și prejudecăți față de problematica sănătății mintale.

Programul vizează o nuanțare atitudinală prin:

- Transmiterea de informații de bază despre tulburările psihice și despre tratamentul acestora;
- Combaterea stereotipurilor referitoare la persoanele cu probleme de sănătate mintală și stabilirea unor punți de înțelegere a experienței acestora, precum și a experiențelor aparținătorilor și persoanelor apropiate;
- Conștientizarea pericolelor și riscurilor la care îi expunem pe cei afectați de o tulburare psihică atunci când îi stigmatizăm.

2. Grupul țintă

Grupul țintă al programului este constituit din elevi de liceu care au peste 15 ani, precum și profesorii acestora.

3. Durata întâlnirilor

Întâlnirile durează o oră și jumătate, existând posibilitatea unei întâlniri de "reîmprospătare", distanțată la o lună / o lună și jumătate după prima întâlnire cu același grup.

4. Echipa de prezentatori

Din echipa de prezentatori pot face parte următoarele persoane:

1. **O persoană (sau mai multe) cu o tulburare psihică severă** – schizofrenie, tulburare bipolară, tulburare schizoafectivă, tulburare de personalitate borderline. Pentru a include în proiect o persoană cu experiență de contact cu structurile psihiatrice, o serie de condiții ar trebui îndeplinite pentru a asigura succesul întâlnirilor:
 - a. Acceptul de a discuta despre experiențele sale și o bună capacitate de auto-dezvăluire
 - b. O bună experiență a revenirii
 - c. Acceptul de a participa la program, o bună înțelegere a structurii acestuia, precum și o disponibilitate de a desfășura activități de voluntariat
 - d. Colaborarea bună cu profesionistul de sănătate mintală și cu ceilalți membri ai echipei de prezentatori

Descrierea programului

- e. Abilități adecvate de prezentare și de vorbit în public
- f. De preferință, să nu existe mai mult de 20 de ani (2 generații) între vârsta persoanei și public
- g. O toleranță bună a situațiilor de stres interpersonal (vizând în special situații critice din cursul întâlnirilor, întrebări incomode sau situații conflictuale)
- h. Capacitatea de a respecta un program structurat (punctualitate la întâlniri, participare la întâlnirile de grup cu ceilalți prezentatori)

2. **Un aparținător (sau mai mulți) care au în familie o persoană cu probleme severe de sănătate mintală.** Includerea în proiect a unui aparținător presupune:

- a. Acceptul de a discuta despre experiențele sale și ale persoanei afectate din familie (ideal, cu obținerea acceptului rudei afectate sau cu respectarea unor reguli minime de confidențializare a informației)
- b. Acceptul de a participa la program, o bună înțelegere a structurii acestuia, precum și o disponibilitate de a desfășura activități de voluntariat
- c. Colaborarea bună cu profesionistul de sănătate mintală și cu ceilalți membri ai echipei de prezentatori
- d. Abilități adecvate de prezentare și de vorbit în public
- e. O toleranță bună a situațiilor de stres interpersonal (vizând în special situații critice din cursul întâlnirilor, întrebări incomode sau situații conflictuale)
- f. Capacitatea de a respecta un program structurat (punctualitate la întâlniri, participare la întâlnirile de grup cu ceilalți prezentatori)

3. **Un profesionist (sau mai mulți) de sănătate mintală** – medic psihiatru, psiholog, asistent social, nursă de psihiatrie. Participarea la proiect a unor persoane din cadrul sistemului de îngrijiri presupune:

- a. O bună cunoaștere a sistemului, a aspectelor teoretice legate de domeniul sănătății mintale, precum și capacitatea de a transpune într-un mod comprehensibil și simplificat aceste informații pentru un public țintă constituit din adolescenți:
- b. Experiență de lucru în grupuri și experiența didactică sunt de dorit, precum și capacitatea de a modera o discuție și de a organiza programe de intervenție comunitară
- c. Acceptul de a participa la program, o bună înțelegere a structurii acestuia, precum și o disponibilitate de a desfășura activități de voluntariat
- d. O bună colaborare și o bună cunoaștere a persoanelor care participă în program ca prezentatori
- e. Abilități adecvate de prezentare și de vorbit în public
- f. O toleranță bună a situațiilor de stres interpersonal (vizând în special situații critice din cursul întâlnirilor, întrebări incomode sau situații conflictuale).

5. Teme relevante de discuție

Structura programului și a prezentărilor la clasă pot să difere, în principal în funcție de constituirea grupei de prezentatori, de interese sau de caracteristicile organizatorice ale programului.

Ca teme de discuție relevante pentru un asemenea program, putem enumera:

1. Defnirea tulburărilor psihice și ale problemelor de sănătate mintală
2. Formele principale de tulburări psihice
3. Cauzele tulburărilor psihice (prezentarea modelului bio-psiho-social)
4. Modalități de tratament al problemelor de sănătate mintală
5. Aspecte legate de internare și de internarea nevoluntară a persoanelor cu probleme de sănătate mintală
6. Aspecte legate de pericolozitatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală
7. Reprezentarea problemelor de sănătate mintală în media
8. Abordarea celor mai frecvente stereotipuri și prejudecăți cu privire la problematica sănătății mintale (și în special a problemelor severe de sănătate mintală)
9. Prezentarea unor istorii de viață care să prezinte realitatea experimentarii unei probleme de sănătate mintală, atât în ceea ce privește persoana afectată, cât și membri familiei acesteia.
10. Prezentarea unor ghiduri de comportare și a unor atitudini adecvate pe care adolescenții pot să le pună în practică în cazul în care cineva din anturaj ar dezvolta o problemă de sănătate mintală

6. Considerații asupra organizării programului

Experiența derulării programului în școli arată următoarele:

- Partea inițială, de prezentare a problematicii sănătății mintale (definiții, forme principale de tulburări, tratament etc.) ar trebui să fie cât mai succinte, sintetice și simplificate cu putință, pentru a crea o bază de înțelegere pentru adolescenți în discuțiile ulterioare, fără a monopoliza însă discuția
- Având în vedere că, în cazul curriculei de psihologie este posibil ca elevii să fi fost în contact cu informații despre boli psihice și despre sănătate mintală în general, este bine să evaluăm nivelul anterior de expunere la aceste informații. În cadrul curriculei de psihologie, este posibil ca prezentarea problematicii de sănătate mintală să fie făcută diferit de discursul psihiatric. Echipele de prezentatori trebuie să fie conștiente că unii profesori s-ar putea să fi prezentat această problematică într-o manieră negativă (de exemplu, un profesor poate să afirme că schizofrenia este de nevindecat sau că alcoolismul este o problemă de voință și moralitate)
- Prezentările efectuate de aparținători și de persoanele afectate generează cele mai multe discuții și întrebări, aducând cu sine o experiență vie și ușor de înțeles pentru elevi

- În cursul discuțiilor și întrebărilor, este indicat să existe o înțelegere bună în echipa de prezentatori, iar răspunsurile să fie date alternativ de către aceștia (monopolizarea discursului și răspunsurilor de către profesionistul de sănătate mintală, chiar dacă acesta poate să dea de multe ori răspunsuri pertinente la întrebări tehnice, duce la o prezentare a unei relații inegale între profesionist și ceilalți prezentatori, care nu este dezirabilă pentru programul de față). Esența mesajului este aceea a unui dialog, în care expertiza și experiența profesionistului, a persoanei afectate și ale membrului familiei sunt în mod egal valorizate și promovate. Prezentarea este similară unui talk-show, cu regulile sale, cu un obiectiv comun și cu stabilirea unor limite de timp pentru vorbitori.
- Sunt favorizate relatări ale unor experiențe concrete și nu filozofări sau considerații generice. Atenție, în momentul în care în echipa de prezentatori există un veteran, care a povestit de multe ori aceeași istorie de viață, există riscul unei încărcări emoționale prea mari sau pur și simplu a plictiselii. De aceea, în mod ideal, echipa de prezentatori ar trebui să cuprindă mai mulți beneficiari și mai mulți aparținători.
- Pregătirea întâlnirilor, în mod neapărat, trebuie să cuprindă elaborarea unui set de materiale informative pentru elevi, precum și a unor instrumente de evaluare și feed-back.

7. Aspecte organizatorice suplimentare

1. **Echipa de prezentare** – în mod ideal, pentru a înfățișa un mesaj coerent, din echipa de prezentare fac parte un profesionist, o persoană afectată și un aparținător. De asemenea, este favorizată o prezentare ținută a unei problematice circumscrise de sănătate mintală – preferabil, persoana afectată are diagnosticul de schizofrenie (tulburare considerată ca fiind generatoarea stereotipurilor celor mai negative din cadrul populației generale), iar aparținătorul are o rudă care poate fi încadrată într-o categorie diagnostică similară. Există posibilitatea de a nu identifica în teren persoane dispuse să vorbească despre experiența lor psihiatrică care să aibă același diagnostic. În acest caz, prezentarea va trebui adaptată la diagnosticul persoanelor care sunt dispuse să își împărtășească experiența (de ex., depresie, tulburare bipolară. Este bine să se transmită ideea publicului că nu există aspecte ușoare sau grele în ceea ce privește tulburările mintale (depresia cea "bună" vs. schizofrenia cea "rea") – la nivelul persoanei și a membrilor familiei, experiența poate fi la fel de împovărătoare în ambele cazuri.
2. **Disponibilitatea instituției** – în mod ideal, echipa de prezentatori va solicita instituției alocarea unui timp de două ore didactice pentru întâlnire – în cazul în care programul nu permite această organizare, iar elevii nu sunt dispuși să vină în timpul lor liber, se poate opta, în extremis, pentru împărțirea întâlnirii în două sesiuni de câte o oră. Întâlnirile de reîmprospătare, la o lună-o lună jumătate distanță, sunt de dorit, acolo unde este posibil. Există posibilitatea de a aborda direct inspectoratele școlare județene pentru implementarea programului (atunci când ne așteptăm, pe plan local, să avem suport local și contact). În alte situații, este mai bine să mergi pe rețele informale de suport și cunoștințe.
3. **Adaptarea tematică** – în introducerea acestui material, am menționat mai multe posibilități de intervenție (educație media, contact nemediat cu persoane afectate, organizarea de campanii etc.). În funcție de creșterea expertizei echipei de prezentatori, precum și de creșterea responsivității locale, există posibilitatea de a lucra cu elevi sau cu profesori pe programe diferite – monitorizare media, studii de caz, organizarea de concursuri sau dezbateri anti-stigma în școli, etc. Pentru extinderea rețelei de colaborare, echipa de prezentatori poate lucra

împreună cu profesorii de psihologie, de biologie sau cu consilierii școlari, spre exemplu, sau poate să se alăture unor programe extra-curriculare desfășurate în școlile respective

4. **Rețele de suport** – este indicat ca pilotarea locală a programului să se desfășoare în instituții în care există un interes crescut sau care pot fi accesate prin intermediul unor recomandări “informale”. Cunoașterea cadrelor didactice sau a grupurilor de copii cu care se implementează inițial proiectul crește șansa de succes și posibilitatea de a crește coeziunea și colaborarea în echipa de prezentatori.
5. **Resurse suplimentare** – în lucrul cu instituțiile școlare, ar fi bine să susținem o implicare preliminară a profesorilor – există posibilitatea vizionării unor filme, implicarea elevilor în proiecte școlare pe tematica sănătății mintale, oferirea de resurse suplimentare – resurse web, contactul cu ONG-uri etc.

Desfășurarea programului

1. Selecția grupului de prezentatori

Inițierea programului poate fi la inițiativa unei echipe locale de sănătate mintală (dintr-un centru de sănătate mintală sau dintr-o secție spitalicească), din partea unui grup de beneficiari, a unui membru a familiei sau a unei organizații ne-guvernamentale. Indiferent de inițiatorii programului, selecția echipei și planificarea inițială sunt obligatorii. Manualul de față dă o serie de indicații despre această selecție.

- Asigurați-vă de un bun potențial de colaborare între prezentatori.
- Dintre membrii unei echipe de profesioniști, optați pentru a trimite în școli persoanele cu cel mai bun contact cu elevii și cu o bună capacitate de a adecva limbajul la nivelul de înțelegere a publicului (nu neapărat cea mai expertă persoană în domeniul sănătății mintale este cea recomandată pentru a vorbi elevilor).
- Asigurați-vă că persoanele din echipa de profesioniști au o bună înțelegere a modalităților de intervenție atât tradiționale (spitalicești) cât și comunitare, și o atitudine pozitivă în ceea ce privește șansa de revenire a persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.
- În cazul persoanelor cu probleme de sănătate mintală, asigurați-vă că există o capacitate adecvată de auto-dezvăluire și de introspecție în ceea ce privește tulburarea mintală. De asemenea, o poziție categoric opusă tratamentelor și sistemului psihiatric de îngrijiri poate să dăuneze în timpul interacțiunii cu clasa. Diferențele de opinie între persoana afectată, profesionist și aparținător pot să existe, dar nu ar trebui să fie fundamental incompatibile – este necesar ca persoana afectată să accepte o formă oarecare de tratament psihiatric sau psihologic și să nu fie în mod agresiv contestatară a sistemului psihiatric.
- În cazul aparținătorilor, este necesară disponibilitatea acestora de timp și de a dezvălui informații personale, precum și acceptarea unor puncte de vedere potențial diferite formulate de profesionist și de persoana afectată.
- În selecția grupului de prezentatori, ar trebui să se pună accent pe o bună compatibilitate între prezentatori, precum și pe o atitudine încrezătoare a tuturor celor implicați în ceea ce privește șansele de revenire din experiența unei tulburări mentale severe.
- Selecția grupului de prezentatori ar fi bine să fie completată de o listă de rezervă, cu persoane care pot să îi înlocuiască pe cei care prezintă și care pot fi invitați la elaborarea materialelor și la planificarea programului.
- După prezentare, este bine să se discute cu toți participanții cum s-au simțit în timpul prezentării (nu putem discuta despre o supervizare în sine, ci mai degrabă despre o ventilare și o analiză la "cald" a întâlnirii, eventual la o cafea după întâlnire). Este bine să fie aduse în discuție emoțiile participanților, în special în cazul discuțiilor în contradictoriu.

2. Etapa de planificare

Echipele de prezentatori, folosind lista de verificare atașată (anexele A1, A2, A3), pregătește partea de prezentări și stabilește o listă de contacte cu posibile instituții în care se va desfășura programul. Pentru etapa de planificare, este necesară numirea unei persoane responsabile (care poate să fie oricare dintre cei din echipa de prezentare sau o altă persoană, din echipa terapeutică sau din anturaj, care să aibă bune capacități organizatorice).

Ca rezultate ale etapei de planificare, menționăm:

- existența unui desfășurător de uz intern pentru echipa de prezentare, a unei estimări de durată și a unei distribuii clare a rolurilor în cadrul echipei
- existența unei planificări și calendarizări inițiale (în funcție de disponibilitatea de timp a celor implicați în organizarea programului și a celor din echipa de prezentare). Calendarizarea inițială urmează să fie confruntată cu calendarizarea instituțiilor școlare contactate
- existența unui set de materiale (handout-uri, formulare de evaluare, scrisori de contact, scrisori de mulțumire, calendar preconizat al întâlnirilor)
- existența unei baze de date cu contacte în școli (pentru faza de pilotare și pentru faza de desfășurare a programului)

3. Etapa de contactare a școlilor. Planificarea întâlnirilor

După cum am menționat anterior, în mod ideal echipa de prezentare ar trebui să desfășoare o serie de activități pilot pentru a testa atractivitatea programului, precum și posibile modalități de îmbunătățire a lui.

Contactarea pentru programul pilot ar trebui desfășurată prin mobilizarea unor rețele informale de contact. Ulterior, instituțiile școlare pot fi abordate pe o cale instituțională (o scrisoare din partea centrului de sănătate mintală sau a unei organizații non-guvernamentale adresată directorului), precum și identificarea persoanei de contact.

Este indicat ca după identificarea unei persoane de contact la nivelul instituției, înainte de implementarea programului, să aibă loc cel puțin o întâlnire pentru a aprecia atitudinile și așteptările grupului țintă (o discuție prealabilă cu câțiva elevi din școală ar putea fi de asemenea benefică).

4. Implementarea și evaluarea programului

Este recomandat ca programul să fie implementat în serii de întâlniri, pe cât posibil, pentru a crește eficiența acestuia. Evaluarea fiecărei întâlniri duce la creșterea experienței prezentatorilor, cât și la o eventuală modificare a structurii prezentărilor, precum și la generarea unor noi modalități de contact și de lucru cu elevii.

Anexe

A1. Listă de verificare pentru profesionist

- adecvează-ți limbajul la nivelul de înțelegere a auditoriului
- alege tematica de prezentare în funcție de istoriile pe care le vor prezenta colegii tăi (aparținătorul și beneficiarul)
- în faza de pregătire a prezentării, asigură-te că nu vor fi transmise mesaje contradictorii comparativ cu ceilalți doi co-prezentatori
- pregătește câteva exemple care să fie accesibile copiilor (filme populare, personaje aparținând culturii adolescente, tematici actuale de discuție în media)
- pregătește-ți prezentarea în prealabil și repet-o pentru co-prezentatori înainte de a merge la clasă. Cronometrează durata aproximativă și conținutul, în funcție de feed-backul de la colegii de prezentare
- nu intra în dispute cu ceilalți prezentatori
- nu corecta prezentările celorlalți în fața elevilor
- implică elevii în discuții. Documentează-te despre exemple cunoscute care pot să trezească interesul elevilor și să fie relevante pentru tema discuției. Asigură-te că termenii au fost înțeleși de elevi solicitând unor persoane din auditoriu să repete explicația pe care ai oferit-o sălii
- identifică două-trei mesaje cheie pe care le vei repeta de câteva ori de-a lungul prezentării
- asigură-te că profesorul sau profesorii care sunt prezenți nu vor transmite elevilor mesaje contradictorii despre problematica sănătății mintale în general sau a schizofreniei în particular. Discută în prealabil cu cadrele didactice pentru a vedea care este punctul lor de vedere
- ferește-te de utilizarea de etichete clinice sau de apelative tip diagnostic (ex. preferabil se va utiliza termenul de "persoană cu schizofrenie" în locul celui de "schizofrenic") asigură-te că transmiți elevilor vocabularul adecvat de a vorbi despre problemele de sănătate mintală. Asigură-te că membrii echipei de prezentare folosesc același vocabular.
- sumarizează, din cadrul relatărilor efectuate de beneficiar și de aparținător, acele aspecte care relevă normalitatea sau calitatea de persoană, precum și acele aspecte care țin de reacții emoționale firești la situații de criză
- în cazul unor întrebări agresive din partea elevilor sau care promovează stereotipurile, fie pentru tine, fie pentru co-prezentatorii tăi, subliniază intenția agresivă a întrebării și solicită o reformulare – atenție mare la subiectul violenței în schizofrenie

- mulțumește pentru întrebări și pentru dezvăluirile personale din public.
- amintește auditoriului, ori de câte ori este nevoie, caracterul confidențial al discuției și faptul că tu ești în sală un garant al confidențialității. Pe de altă parte, încurajează copiii să vorbească despre lucrurile discutate în familie
- în cazul unor întrebări cu caracter personal din public sau a dezvăluirii unor diagnostice referitoare la persoane prezente în sală sau la terți, sugerează continuarea discuției în afara contextului prezent
- precizează-ți disponibilitatea de a fi contactat și în afara contextului discuției prezente. Pune la dispoziția elevilor adresa ta de mail sau datele de contact ale instituției unde lucrezi
- nu uita, în final, să mulțumești școlii care a făcut posibilă această întâlnire și în special colegiilor tăi de prezentare care și-au asumat curajos riscul de a expune o istorie foarte personală
- găsește-ți timp, împreună cu ceilalți colegi de prezentare, pentru a evalua întâlnirea – a fost limbajul folosit adecvat înțelegerii elevilor? Au fost exemplele folosite cele mai bune? Încadrarea în timp a fost optimă? Modalitatea de a implica elevii în discuție, de a răspunde la întrebări sau de a sumariza a fost adecvată? Identifică, împreună cu colegii tăi de prezentare, care au fost punctele forte ale prezentării și care au fost acele aspecte care pot fi îmbunătățite
- nu uita să aplici formularele de evaluare ale întâlnirii și să le centralizezi răspunsurile

A2. Listă de verificare pentru aparținător (membru al familiei)

- prezintă experiența pe care ai trăit-o ca membru al familiei în termeni cât mai simpli, pe înțelesul elevilor
- în cursul discuțiilor, fii atent să păstrezi contactul cu sala și cu colegii prezentatori
- concentrează-te asupra mesajului pe care vrei să îl transmiți auditoriului – fie despre povara pe care o resimte un membru al familiei, fie despre speranța pe care o dezvolți în cursul experienței de a trăi lângă o persoană cu probleme de sănătate mintală că lucrurile vor merge spre bine, fie legat de faptul că poți face unele lucruri. Nu te sfi să repeți mesajul acesta de mai multe ori de-a lungul prezentării
- pregătește-ți prezentarea în prealabil și repet-o pentru co-prezentatori înainte de a merge la clasă. Cronometrează durata aproximativă și conținutul, în funcție de feedback-ul de la colegii de prezentare
- fii atent cum captezi atenția auditoriului. De regulă, captăm atenția prin prezentarea fie a unei părți a relatării care implică o emoție puternică, fie prin prezentarea într-un mod atractiv a mesajului principal pe care vrem să-l transmitem
- de preferință, vorbește liber. Încearcă să păstrezi contact vizual cu sala
- în prezentarea experienței tale ca membru al familiei, poți începe prin a prezenta câteva detalii despre ruda ta afectată de dinainte de apariția îmbolnăvirii (detalii "normale" despre personalitatea acesteia)
- concentrează-te asupra unei prezentări cinematografice a primului tău contact cu boala psihică a persoanei din familia ta. Este important să aduci în discuție atât elementele narrative, dar și emoțiile tale și a celorlalți membri ai familiei la debutul bolii
- nu te sfi să vorbești despre emoțiile negative pe care le-ai trăit la debut sau pe parcursul experienței ca rudă a unei persoane cu probleme psihice. Este în regulă să vorbești despre anxietatea ta, despre disperare, despre furie și deznădejde, atâta timp cât poți, la final, să dai și o "cheie" elevilor asupra felului în care ai gestionat aceste emoții, tu și ceilalți membri ai familiei
- este în regulă să vorbești despre modul în care îmbolnăvirea unei persoane din familia ta a modificat percepția asupra tulburărilor psihice și asupra modalității lor de tratament – vorbește-le elevilor despre credințele tale de dinainte și de după apariția bolii psihice în familia ta
- nu te sfi să relatezi obiectiv contactul cu serviciile de sănătate mintală, precum și propriile tale opinii asupra eficienței tratamentelor psihiatrice. Este important ca elevii să își dea seama că există uneori două perspective asupra sistemului de îngrijiri – a aparținătorilor și membrilor familiei și a persoanei afectate. Este util pentru elevi ca aceștia să afle că de multe ori familia și persoana afectată au opinii diferite asupra sistemului psihiatric

- nu este nevoie să prezinți în amănunt tot parcursul tău ca rudă a unei persoane afectate de o tulburare psihică. Selectează, împreună cu colegii tăi din grupul de prezentare, acele evenimente sau istorii care pot să fie relevante pentru elevi
- nu intra în dispute cu ceilalți prezentatori
- nu corectă prezentările celorlalți în fața elevilor
- asigură-te că profesorul sau profesorii care sunt prezenți nu vor prezenta elevilor mesaje contradictorii despre problematica sănătății mintale în general sau a schizofreniei în particular. Discută în prealabil cu cadrele didactice pentru a vedea care este punctul lor de vedere
- implică elevii în discuții. Documentează-te despre exemple cunoscute care pot să trezească interesul elevilor și să fie relevante pentru tema discuției. Asigură-te că termenii au fost înțeleși de elevi solicitând unor persoane din auditoriu să repete explicația pe care ai oferit-o sălii
- în cazul unor întrebări din partea elevilor agresive sau care promovează stereotipurile, fie pentru tine, fie pentru co-prezentatorii tăi, subliniază intenția agresivă a întrebării și solicită o reformulare
- mulțumește pentru întrebări și pentru dezvăluirile personale
- elevii pot întreba orice. Rezervă-ți dreptul de a nu răspunde la întrebări care sunt foarte inconfortabile (de exemplu, dacă un elev întreabă pe beneficiar dacă a fost abuzat sexual în copilărie, persoana poate spune că refuză să răspundă la această întrebare)
- amintește auditoriului, ori de câte ori este nevoie, caracterul confidențial al discuției și faptul că tu ești în sală un garant al confidențialității
- găsește-ți timp, împreună cu ceilalți colegi de prezentare, pentru a evalua întâlnirea – a fost limbajul folosit adecvat înțelegerii elevilor? Au fost exemplele folosite cele mai bune? Încadrarea în timp a fost optimă? Modalitatea de a implica elevii în discuție, de a răspunde la întrebări sau de a sumariza a fost adecvată? Identifică, împreună cu colegii tăi de prezentare, care au fost punctele forte ale prezentării și care au fost acele aspecte care pot fi îmbunătățite

A3. Listă de verificare pentru expertul prin experiență

- prezintă experiența pe care ai trăit-o în termeni cât mai simpli, pe înțelesul elevilor
- în cursul discuțiilor, fii atent să păstrezi contactul cu sala și cu colegii prezentatori
- concentrează-te asupra mesajului pe care vrei să îl transmiți auditoriului – dincolo de experiența bolii, accentuează pentru elevi care sunt lucrurile care te-au ajutat și care te-au făcut să îți păstrezi speranța, care sunt elementele care au contribuit la o bună revenire din boală
- pregătește-ți prezentarea în prealabil și repet-o pentru co-prezentatori înainte de a merge la clasă. Cronometrează durata aproximativă și conținutul, în funcție de feed-backul de la colegii de prezentare
- fii atent cum captezi atenția auditoriului. Prezența ta în clasă este un stimul puternic pentru atenția elevilor – faptul că ai curajul să vorbești despre experiența ta ca persoană afectată de o tulburare psihică este de multe ori suficientă pentru o captare optimă a atenției
- de preferință, vorbește liber. Încearcă să păstrezi contact vizual cu sala
- în prezentarea experienței tale ca membru al familiei, poți începe prin a prezenta câteva detalii despre copilărie și despre modul în care a decurs viața ta până în momentul debutului bolii – e important să subliniezi pentru elevi care erau pasiunile tale, care erau relațiile tale cu școala, cu prietenii, cu familia, pentru a crea o punte cu auditoriul
- concentrează-te asupra unei prezentări cinematografice a debutului tulburării. E important să aduci în discuție atât elementele narative, dar și emoțiile tale și a celor din jur la debutul bolii
- nu te sfi să vorbești despre emoțiile negative pe care le-ai trăit la debut sau pe parcursul experienței tale. E în regulă să vorbești despre anxietatea ta, despre disperare, despre furie și deznădejde, atâta timp cât poți, la final, să dai și o "cheie" elevilor asupra felului în care ai gestionat aceste emoții, tu și cei din jur
- este în regulă să vorbești despre modul în care îmbolnăvirea ți-a modificat percepția asupra tulburărilor psihice și asupra modalității lor de tratament – vorbește-le elevilor despre credințele tale de dinainte și de după apariția bolii psihice
- nu te sfi să relatezi obiectiv contactul cu serviciile de sănătate mintală, precum și propriile tale opinii asupra eficienței tratamentelor psihiatrice. Este important ca elevii să își dea seama că există uneori două perspective asupra sistemului de îngrijiri – a aparținătorilor și membrilor familiei și a persoanei afectate. Este util pentru elevi ca aceștia să afle că de multe ori familia și persoana afectată au opinii diferite asupra sistemului psihiatric
- nu este nevoie să prezinți în amănunt tot parcursul tău ca beneficiar al serviciilor de sănătate mintală. Selectează, împreună cu colegii tăi din grupul de prezentare, acele evenimente sau istorii care pot să fie relevante pentru elevi

- este important să alternezi istorii și evenimente cu impact negativ (tratamente, contacte cu anumite persoane din sistemul de îngrijiri, experiențe ale membrilor familiei sau a celor din jur etc.) cu istorii și evenimente cu impact pozitiv – persoane care ți-au fost alături, tratamente sau intervenții care ți-au fost de folos, modalități proprii de a face față situațiilor
- este important să vorbești mai mult despre experiența cu boala, și mai puțin de probleme sociale sau familiale
- nu intra în dispute cu ceilalți prezentatori
- nu corecta prezentările celorlalți în fața elevilor
- asigură-te că profesorul sau profesorii care sunt prezenți nu vor prezenta elevilor mesaje contradictorii despre problematica sănătății mintale în general sau a schizofreniei în particular. Discută în prealabil cu cadrele didactice pentru a vedea care este punctul lor de vedere
- implică elevii în discuții. Documentează-te despre exemple cunoscute care pot să trezească interesul elevilor și să fie relevante pentru tema discuției. Asigură-te că termenii au fost înțeleși de elevi solicitând unor persoane din auditoriu să repete explicația pe care ai oferit-o sălii
- în cazul unor întrebări din partea elevilor agresive sau care promovează stereotipurile, fie pentru tine, fie pentru co-prezentatorii tăi, subliniază intenția agresivă a întrebării și solicită o reformulare
- mulțumește pentru întrebări și pentru dezvăluirile personale
- amintește auditoriului, ori de câte ori este nevoie, caracterul confidențial al discuției și faptul că tu ești în sală un garant al confidențialității
- găsește-ți timp, împreună cu ceilalți colegi de prezentare, pentru a evalua întâlnirea – a fost limbajul folosit adecvat înțelegerii elevilor? Au fost exemplele folosite cele mai bune? Încadrarea în timp a fost optimă? Modalitatea de a implica elevii în discuție, de a răspunde la întrebări sau de a sumariza a fost adecvată? Identifică, împreună cu colegii tăi de prezentare, care au fost punctele forte ale prezentării și care au fost acele aspecte care pot fi îmbunătățite

A4. Scala de distanță socială (Link 1989)

Bifați căsuța care corespunde în perspectiva dumneavoastră părerii „celor mai mulți oameni”.

	Total de acord	Parțial de acord	Parțial în dezacord	Dezacord total
1. Cei mai mulți oameni ar accepta ca prieten apropiat o persoană care în trecut a suferit de o boală mintală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cei mai mulți oameni cred că o persoană care a fost într-un spital de boli mintale este la fel de inteligentă ca majoritatea oamenilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cei mai mulți oameni cred că se poate avea încredere într-o persoană care a suferit de o boală mintală, tot atâta cât și în majoritatea oamenilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cei mai mulți oameni ar fi de acord ca o persoană care a suferit de o boală mintală și s-a vindecat să fie cadru didactic într-o școală sau grădiniță de stat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cei mai mulți oameni consideră că a sta un timp într-un spital de boli mintale este un eșec personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cei mai mulți oameni nu ar accepta ca o persoană care a suferit de o boală mintală să aibă grijă de copiii lor, chiar dacă această persoană s-a vindecat de ceva timp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cei mai mulți oameni nu respectă persoanele care au fost într-un spital de boli mintale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cele mai multe întreprinderi și firme ar angaja o persoană care în trecut a suferit de o boală mintală, dacă este calificată pentru slujba respectivă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cele mai multe întreprinderi și firme ar prefera pe oricine altcineva în locul unei persoane care în trecut a suferit de o boală mintală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cele mai multe femei tinere ar avea rețineri să iasă cu un bărbat care a fost internat într-un spital de boli mintale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cei mai mulți oameni nu mai iau în serios o persoană dacă află că a fost internată într-un spital de boli mintale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Evaluarea întâlnirii de astăzi

Am primit o serie de informații care mi s-au părut noi și surprinzătoare

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

Dacă un prieten sau un membru al familiei ar trece printr-o perioadă mai dificilă din punct de vedere al sănătății mintale, informațiile discutate m-ar ajuta să îi recomand obținerea unui ajutor psihologic

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

Temele discutate m-ar putea determina să mă comport diferit cu persoanele cu probleme de sănătate mintală

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

Mi-am dat seama că aveam o altă imagine despre persoanele cu probleme de sănătate mintală

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

Audierea unor prezentări făcute de o persoană care a trecut prin experiența de pacient de psihiatrie și a unui membru de familie m-a ajutat să înțeleg mai corect ce înseamnă să trăiești cu o tulburare mintală

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

Întâlnirea mi s-a părut bine organizată iar prezentările și discuțiile interactive și interesante

Dezacord total ___1___2___3___4___5___6___7___8___9___ Acord total

În mod obișnuit, o persoană care a trecut prin experiența uneia sau mai multor internări la psihiatrie, devine ușor victima stigmatizării sau discriminării. Notează mai jos ce consideri că s-ar putea face pentru a combate aceste fenomene.

A6. Model de istorie de viață prezentată de un membru al familiei unei persoane cu probleme de sănătate mintală

Povestea Mariei – această istorie de viață prezintă experiența unui membru al familiei care asistă la momente dificile prin care trece sora lui. Povestea prezintă în mare amănunt atât evenimentele de criză a persoanei afectate, precum și emoțiile și gândurile aparținătorului și ale celorlalți membri ai familiei.

Acum 5 ani, pe când eram student, am primit un telefon de la părinții mei. Erau foarte îngrijorați pentru că sora mea nu se simțea bine de loc – dormea foarte puțin, asculta muzică la maximum în timpul nopții, era din ce în ce mai neîngrijită (cu toate că asta nu o caracteriza în mod obișnuit), plângea frecvent, reacționa agresiv la toate încercările de ajutor ale mamei, vorbea constant de un prieten cu care urma să se mărite, era din ce în ce mai ineficientă la lucru și nu se putea concentra.

Când am auzit toate acestea, m-am gândit la început că sora mea era îndrăgostită și că mama noastră exagera în relatări. Locuiam în alt oraș și pentru orice eventualitate i-am asigurat pe ai mei că îmi voi vizita sora în Capitală. Ca o informație suplimentară, pe vremea aceea nu aveam aproape nici o noțiune despre tulburări mintale sau despre psihiatrie.

Ajuns în capitală, am găsit-o pe sora mea extrem de schimbată – era tremurândă, nervoasă, cu toate că se străduia să-mi arate că totul este în regulă. Își cumpăraseră un câine ca să o protejeze. Stătea cu acesta în pat, iar câinele își făcuse nevoile pe cearșafuri. În jurul patului, era un strat important de scrum de la țigările pe care sora mea le fumase.

Baia era plină de fecale de câine. Sora mea mi-a explicat că s-a hotărât să nu-i mai dea de mâncare și de băut câinelui, pentru a rezolva problema fecalelor și urinii. Mi-a spus că ieri l-a folosit pe câine pentru a lua urma prietenului ei, care intenționat se lăsase urmărit. Pe stradă observase prietenii ai prietenului ei, care o observau din mașini, pentru ca să nu i se întâmple nimic.

Mai mult decât atât, prietenul ei comunica cu ea, modificând ordinea melodiilor la radio. Sora mea asculta un CD cu Pavarotti la un volum teribil de crescut. Pentru mine, a fost o experiență atât de supărătoare, încât nu mai pot asculta Pavarotti de atunci. O prietenă a sorei mele (care venea frecvent în vizită) mi-a spus că sora mea se îmbăia de mai multe ori pe zi, cu toate că boilerul nu permitea mai mult de o cadă de apă caldă pe zi – probabil o parte dintre băi erau reci – atunci când am ajuns, cada era plină, iar la suprafață pluteau nenumărate mucuri de țigară.

Sora mea a propus să mergem la o cafenea. Am acceptat să o acompaniez, pentru că nu-mi venea să o las singură. Pe drum mi-a spus o serie de povești confuze, iar traversarea străzilor se desfășura fără să respecte nici o regulă a circulației. Am rămas cu ea câteva zile, încercând să o conving să accepte ajutor – ajutor de orice fel. Era destul de ambivalentă în ceea ce mă privește – pe de o parte se bucura că există cineva cu care să vorbească, pe de altă parte eram pentru ea un factor de stres. Toată situația era foarte stranie – nu mai dormea de loc, ieșea pe stradă cu părul ud (era o iarnă friguroasă), îmbrăcată subțire, pentru că își pierduse hainele de iarnă. Cheltuia sume imense de bani pe taxiuri.

Am sunat la secția de psihiatrie, unde un psihiatru foarte binevoitor m-a ascultat și a confirmat că este important ca sora mea să primească ajutor de specialitate. Mi-a spus că pot face apel la poliție, dacă lucrurile vor scăpa de sub control.

A7. Model de istorie de viață a unei persoane cu probleme severe de sănătate mintală

Povestea lui S. – istoria de viață a lui S prezintă parcursul de mai bine de 25 de ani a unei persoane care a trecut prin mai multe momente de tulburare psihică severă. S. aduce în discuție mai multe subiecte sensibile – experiența unei persoane cu probleme de sănătate mintală cu spitalul psihiatric, parcursul de viață cu momente dificile și momente de normalitate, sursele de suport și de agravare ale stării persoanei.

Salut, sînt S. Am fost un copil normal, am avut o copilărie fericită, am făcut liceul, m-am înțeles cu părinții. Am avut mai multe prietene în liceu.

Am dat admiterea la facultate în 1980 și am intrat la facultate din prima, după care am început armata. Nu a fost nici mai greu nici mai ușor ca în alte părți. La sfîrșitul armatei am cedat nervos, am avut o primă criză. Nu știam ce se întîmpla cu mine. Fabulam despre importanța mea ca persoană și credeam că pot să schimb țara. Înainte de criză, încercasem să fac un experiment tâmpit, vrînd să văd cât rezist nedormit. Ulterior am citit în revista Magazin că americanii au făcut un studiu despre experiența nedormitului, care arată că după 120 de ore apar experiențe de schizofrenie.

Lumea în jur, colegii mei de armată, mă tratau foarte prost și eu încercam să nu ripostez împotriva persoanelor. La un moment dat, fiind înjurat, am ripostat spărgînd un geam cu piciorul. După un an și jumătate mi-a fost descoperit un ciob în picior, pentru că în momentul crizei nimeni nu s-a sinchisit să îmi curețe atent plaga. Cei de acolo au fost și mai tâmpîți, au vrut să mă ducă la spital dar li s-a stricat salvarea și m-au ținut legat de o targă o zi întreagă, fiindu-le frică că voi deveni violent. După o zi în care toată lumea mă privea ca pe o maimuță la grădina zoologică, am devenit agresiv față de obiecte, și am distrus interiorul salvării. La spitalul militar din Craiova nimeni nu a vrut să stea de vorbă cu mine, și m-au trimis la un sanatoriu de lîngă Craiova, la Podari, – probabil pentru că se gîndeau că sunt violent.

La Podari m-au legat puternic de pat, și după o jumătate de oră nu îmi mai simțeam nici mâinile, nici picioarele. Am strigat după ajutor și l-am rugat pe un coleg de salon să mă ajute – era un tip pe la 50 de ani care părea în lumea lui, făcînd incantații ca un indian. Încercînd însă să iau contact cu el, după jumătate de oră mi-a spus că nu mă dezleagă, pentru că îl vor lega pe el. Într-un final m-a dezlegat – cînd a intrat un infirmier în salon, s-a petrecut ceva șocant pentru mine: infirmierul l-a lovit pe colegul meu de salon și l-a legat de pat.

Ideile mele de salvat lumea dispăruseră complet – era pur și simplu o groază că voi rămîne în spital toată viața. Ulterior, am aflat că îmi făcuseră electroșocuri. Mi-a spus mama, care venise la ceva vreme să mă viziteze, pentru că nu a fost anunțată imediat. Acesta a fost primul meu contact cu sistemul psihiatric.

În momentul în care a venit mama la spital, am fost transferat la spitalul militar din București – acolo a fost mai bine, nu am mai fost tratat cu violență. Mulți dintre pacienți plecau în weekend acasă. Am solicitat și eu permisiunea de a pleca acasă de ziua mea, iar cînd nu mi-au dat drumul am fugit din spital ca în filmele cu Stan și Bran, tîrîndu-mă pe sub ghereta portarului. Eram în halat și în papuci, și de rușine am luat un taxi spre casă. În weekend mi-am vizitat prietenii. Luni dimineața a venit o salvare după mine... La spital eram aproape de o lună. Le-am spus celor de acolo că aș prefera să mă

reîntorc la unitatea militară. Mi-au dat un pumn de pastile – m-au urcat în salvare, spunându-mi că mă duc acasă. Am văzut că nu mă duc acasă și m-am trezit într-un salon la spitalul 9, cu trei medici care mă întrebau dacă văd sau aud chestii ciudate. Le-am spus că nu mi s-a întâmplat asta, ci că doar am avut niște idei mai ciudate. Am fost băgat sub cheie, fără să fiu crezut că sunt bine.

Am mai stat la 9 aproape 2 luni, sedat și cu promisiunea că o să mi se dea drumul. Văzând că nu mi se dă drumul, am apelat la un șantaj asupra mamei, amenințând cu fuga din spital. A doua zi mama a venit și m-a scos din spital.

Pe urmă am început școala, dar eram foarte trist – aveam o depresie majoră, pe care n-am recunoscut-o. Vroiam să mă las de facultate, dar la sugestia prietenilor am amânat un an. M-am apucat să lucrez pentru bani de vacanță, am avut o prietenă și anul următor am început din nou facultatea. Am absolvit-o cu rezultate medii. În timpul facultății n-a mai apărut nici o criză. La sfârșitul facultății m-am însurat.

După patru ani de căsnicie, am divorțat. Eram mutat deja în alt oraș, am început să abuzez de alcool, cafea, stresul la serviciu era foarte mare, așa că în 91, toate acumulându-se, am avut o nouă criză. În continuare, nu înțelegeam ce se întâmplă, dar de data asta nu am mai fost violentat, dar am văzut multe scene de violență asupra altor pacienți. Mi-am dat seama că în această perioadă familia m-a ajutat foarte mult. În timpul spitalizării, mi-aș fi dorit să mă duc la resocializare, dar mi s-a spus că nu am nevoie. Cu toate acestea, încă sunt convins că m-ar fi ajutat.

După ce am ieșit din spital, mă simțeam bine și am continuat câteva luni cu tratamentul. La un moment dat, era greu să procuri medicamentele, și am renunțat la medicație, pentru că eram ok. Interpretam această criză ca urmare a stresului și abuzului de alcool. Am reușit să îmi găsesc un job, lucrând mult peste program. Am început iar să abuzez de cafea – ajungeam să beau și doi litri pe zi. În 94 m-am internat iar. Începusem din nou să am idei delirante. Cert este că în spital am avut și halucinații auditive.

Am fost apoi la sanatoriu la Predeal, dar nu eram refăcut complet, și după două luni am ajuns iarăși la 9, și mi-am petrecut anul nou în spital. După aceea a urmat o perioadă de revenire dificilă, pentru că aveam aceleași doze mari pe care le primisem în spital, și eram turtit de la medicație. Mi-a fost greu să-l conving pe cei din jur că pentru a fi bine ar trebui să iau doze mai mici, pentru a putea funcționa. Dormeam foarte mult și eram pleoștit. La întâlnirile cu medicul psihiatru, nu puteam să stăm mult de vorbă. În acele momente, eram legumă câteva zile, atunci când luam injecții. Trei-patru zile pe lună nu eram eu, când luam injecțiile. Am încercat să-l conving pe psihiatru că poate ar fi bine să-mi schimbe tratamentul cu medicamente mai noi, care nu au efectele astea. Am reușit să schimb tratamentul schimbând doctorul. În momentul în care am început să-mi fie mai bine, mi-am găsit din nou o serie de joburi. Am ajuns iar să dorm puțin, și după ceva ani (în 2000), am avut o nouă criză. După a urmat o perioadă de 7 ani în care am fost bine, am renunțat să mai caut job, aveam 40 de ani, m-am pensionat și cu sprijinul alor mei a fost ok. Acesta a fost momentul în care am început să mă implic în proiecte în sprijinul persoanelor cu probleme de sănătate mintală. În 2002, am înființat o organizație în favoarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală, prima de acest gen din România.

Acum mă ajută să funcționez bine medicația, relația foarte bună cu psihoterapeuții și faptul că mi-am găsit un scop prin organizația unde activez. Cred că este foarte important să-ți dai un sens vieții. Dacă stai zi după zi și nu faci nimic, ajungi să fii devastat moral. Pentru o persoană activă cum sunt eu, contează foarte mult să fac ceva.