

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași  
Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice  
Școala doctorală de Științe Social-Politice  
Domeniul Sociologie

**EXPERIENȚA SOCIALĂ  
A PERSOANELOR CU DIAGNOSTIC PSIHIATRIC:  
ÎNTRE SPITAL ȘI SOCIETATE  
(Spitalul Clinic de Psihiatrie din Chișinău)**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Coordonator de teză:

Prof. univ. dr. **Mihai Dinu GHEORGHIU**

Doctorandă:

**Aurica BORZIN**

**Iași**

**2020**





## CUPRINS

Listă figuri (tabele și grafice) /4

### INTRODUCERE

Contextul și problematica /7

Obiectivele generale ale cercetării /9

Întrebările de cercetare /11

Ipoteze de lucru /11

Persoanele cu diagnostic psihiatric – un obiect de cercetare sociologică legitim? /12

O abordare comprehensivă /14

Conceptul de experiență socială /15

Dimensiunea narativă a experienței sociale /17

Principii teoretice și modele de analiză /17

Alegeri metodologice /21

Structura tezei și principalele axe tematice /23

Descrierea eșantionului /25

### CAPITOLUL I. ISTORIA INSTITUȚIONALĂ A PSIHIATRIEI ÎN BASARABIA

#### De la medicina mănăstirească la centre comunitare de sănătate mintală

Introducere /27

Preistoria asistenței psihiatrice: între o religiozitate caritabilă și  
una dogmatică /29

Instituționalizarea în spitale cu profil general și abolirea lanțurilor  
(1815-1894) /31

Spitalul de tip colonie agricolă organizat pe principiul *no-  
restraint* (1895-1943) /35

Asistența psihiatrică extraspitalicească și sistemul centralizat  
Semaško (1944-1990) /38

Psihiatria ca formă de represiune politică (1953-1986) /42

O tranziție în stagnare (1991-2009) /45

Centrele comunitare de sănătate mintală (2010-2018): o schimbare de strategie /47  
Provocările reformei /50  
Sănătatea mintală în cifre – o dinamică paradoxală /54  
Concluzii /55

## **CAPITOLUL II. TRANSFORMAREA PERSOANEI ÎN PACIENT – DIN FAMILIE ÎN CABINETUL PSIHIATRULUI: normă și practici**

Introducere /61  
Un statut fragil până la spitalizare /63  
Sindromul „Italia” /67  
Internarea, de la normă la practică /69  
Limitele liberului consimțământ /75  
Discernământului scăzut atribuit pacienților, justificator de practici abuzive /78  
Transportarea la spital /80  
Motivul internării: o problemă de sănătate sau de relaționare? /81  
Experiența devianței ca patologie mintală /83  
Diagnosticarea: o graniță dintre normal și patologic /87  
O mașinărie întregă menită să te convingă că nu ești „sănătos” /89  
Concluzii /91

## **CAPITOLUL III. SPITALUL DE PSIHIATRIE ÎNTRE EXTREME: reprezentări și strategii de adaptare**

Introducere /95  
Câteva repere: rutină, organizare, reguli, restricții, pedepse /96  
Tratamente (d)eficiente /100  
Spitalul – o „închisoare”? /104  
Spitalul – ca sanatoriu /105  
La spital... „ca la spital” /107  
Spitalul – „rai” și „iad” /107  
Umorul ca strategie de adaptare /109  
Diagnosticul: interiorizat, negat, neștiut, supra-interpretat /111  
Relația cu *celălalt* /116

Cu gândul la externare /119  
Concluzii /121

## **CAPITOLUL IV. INTERVENȚII EXPRESIV- NARATIVE /123**

### **STUDIU DE CAZ 1 (2012-2019)**

Pavel: „Doar un colac nu te poate salva de la înec. Trebuie o barcă, un vapor. Trebuie o persoană care să te poată salva.” /135

### **STUDIU DE CAZ 2 (2014-2019)**

Natașa: „Când oamenii apropiați cred că ești bolnavă de schizofrenie, atunci chiar nu mai poți face nimic.” /151

## **CAPITOLUL V. DE LA ALIENARE MINTALĂ LA ALIENARE SOCIALĂ ȘI INVERS**

Introducere /165

Familia pacientului: factor de suport și mecanism de excluziune /166

Segregarea socială a persoanelor cu diagnostic psihiatric /169

Percepția persoanelor cu diagnostic psihiatric. Mass-media modelatoare de prejudecăți /172

Speranțe post-spitalizare /175

Efectele adverse ale medicamentelor – impediment în continuitatea tratamentului /177

Limitele centrelor comunitare de sănătate mintală /180

Experiența angajării, între marginalizare și incluziune socială /184

Concluzii /189

## **CONCLUZII FINALE /191**

### **Bibliografie /201**

### **Anexe**

Anexa 1. Reforma serviciilor de sănătate mintală în R. Moldova /217

Anexa 2. Piramida Organizațională Mixtă Optimală a Serviciului de Sănătate Mintală /218

- Anexa 3. Numărul paturilor în spitalele de psihiatrie /219
- Anexa 4. Documente privind accesul pentru realizarea cercetării în spitalul clinic de psihiatrie /220
- Anexa 5. Acordul de consimțământ semnat de pacienții participanți la cercetare /223
- Anexa 6. Ghidul de interviu /224
- Anexa 7. Interviuri transcrise /225

## Publicații ale autoarei

- „Perceptions regarding Persons with a Psychiatric Diagnosis”, *Bulletin of Integrative Psychiatry*, nr. 1 (80)/2019, pp. 81-84. URL: [http://dev.buletindepsihiatrie.ro/wp-content/uploads/2018/07/BPI-1-2019\\_merge\\_10.pdf](http://dev.buletindepsihiatrie.ro/wp-content/uploads/2018/07/BPI-1-2019_merge_10.pdf).
- „O istorie instituțională a psihiatriei în Basarabia: tratament spitalicesc și abordare comunitară”, *Psihologia Socială*, nr. 42 (II)/2018, pp. 73-85.
- „Psychiatric Hospital or Poor House? Socio-economic precariousness and week family support”, *Bulletin of Integrative Psychiatry*, nr. 2 (77)/2018, pp. 77-82. URL: <http://dev.buletindepsihiatrie.ro/wp-content/uploads/2018/07/09.Psychiatric-Hospital-or-Poor-House-Socio-economic-precariousness-and-week-family-support.pdf>.
- Percepțiile față de persoanele cu diagnostic psihiatric. Mass-media modelatoare de prejudecăți. *portalul PLATZFORMA*, 19.10.2018. URL: <https://www.platzforma.md/arhive/386191>.
- Instituționalizarea psihiatriei în Basarabia: de la azil la psihiatrie comunitară, *portalul PLATZFORMA*, 03.10.2018. URL : <https://www.platzforma.md/arhive/386133>.
- Spital psihiatric sau azil pentru săraci? Capitalul social al persoanelor cu diagnostic psihiatric, *portalul PLATZFORMA*, 21.06.2017. URL: <https://www.platzforma.md/arhive/36682>.
- Pacienții dintr-un spital de psihiatrie în tranziție: între depersonalizare și strategii de supraviețuire (II), *portalul PLATZFORMA*, 05.02.2016. URL: <https://www.platzforma.md/arhive/34903>.
- Pacienții dintr-un spital de psihiatrie în tranziție: între depersonalizare și strategii de supraviețuire (I), *portalul PLATZFORMA*, 02.12.2015. URL: <https://www.platzforma.md/arhive/34624>.

instituția de referință când vorbim despre sistemul de sănătate mintală din Republica Moldova.

În anul 2019, în acest spital s-au aflat la tratament 6712 persoane. 44 % au fost pacienți cronici, cu internări multiple. Experiența lor socială ca persoane cu diagnostic psihiatric s-a construit și a căpătat sens, pe parcursul anilor, într-un du-te-vino între spital și societate. Instituția psihiatrică și societatea fiind pentru aceștia două fețe ale aceleiași realități, pe care le-am abordat ca pe un tot întreg. Pentru cealaltă parte a pacienților, care a constituit circa 56 % din totalul pacienților, experiența internării a fost una primară. Numărul destul de ridicat al internărilor primare ne-a invitat să reflectăm asupra reformelor din ultimii ani în domeniul sănătății mintale, reforme orientate spre dezvoltarea serviciilor psihiatrice comunitare și, în acest mod, spre prevenirea instituționalizării și a dezinstituționalizării.

Analiza experienței sociale a persoanelor cu diagnostic psihiatric este înglobată într-o perspectivă mai largă asupra restructurării profunde prin care trece sistemul de sănătate mintală din ultimii ani. În ianuarie 2005, Republica Moldova a semnat Declarația de la Helsinki privind Sănătatea Mintală prin care ameliorarea sistemului de sănătate mintală devine o prioritate la nivel național. În iulie și noiembrie 2010, Republica



Moldova a mai aderat la două acte internaționale prin care „și-a asumat responsabilitatea de a asigura respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, de a le promova și proteja în aceeași măsură ca drepturile celorlalți membri ai societății” (Keystone, 2013, p. 5). Deși există voință politică pentru schimbarea modelului de abordare și tratament al maladiilor mintale, reformele se produc foarte încet, dat fiind resursele financiare insuficiente. Începând cu 2007 se deschid aproape în fiecare an centre comunitare de sănătate mintală, astfel încât în 2018 se atestă 40 de centre comunitare de sănătate mintală raionale. Majoritatea dintre ele au fost deschise într-un mod accelerat în perioada 2012-2016.

Reforma și-a propus câteva obiective: organizarea rețelei de centre comunitare de sănătate mintală integrate în asistența medicală primară, reducerea numărului de paturi și internări din cele trei spitale de psihiatrie (prin redirectionarea persoanelor cu maladii mintale către centrele comunitare), armonizarea cadrului legislativ și sensibilizarea și mobilizarea comunității pentru incluziunea socială a persoanelor cu diagnostic psihiatric. În anii 2012-2014, când se deschid cea mai mare parte a centrelor comunitare, se înregistrează o scădere însemnată a numărului de internări în Spitalul Clinic de Psihiatrie. Din 2015 până în 2019 dinamica este una stabilă, înregistrându-se anual în jur de 7000 de internări.

## **Obiectivele generale ale cercetării**

Unul din obiectivele cercetării a fost de a analiza și înțelege sistemul psihiatric ca pe un *câmp instituțional*, traversat de raționalități, mize și interese – unele complementare, altele contradictorii –, mobilizate de *agenți sociali*, participanți la procesul psihiatric. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Spitalul de psihiatrie, centrele comunitare de sănătate mintală, organizațiile locale și internaționale de apărare a drepturilor omului, anumite instituții academice – toate împreună, dar nu în egală măsură, formează câmpul psihiatric în care fiecare instituție și agent își urmărește mizele și interesele. În același timp, spitalul psihiatric el însuși este structurat în diferite zone de putere: administrația, personalul și asistenții medicali, infirmierii, pacienții, familiile acestora, și este marcat de o distribuție inegală a resurselor în interiorul instituției și al câmpului, într-un raport de forțe între polul dominant și cel dominat.

În acest sens, un alt obiectiv este de a asculta și a înțelege „vocea” celor dominați în instituția psihiatrică, a pacienților. Or, aceștia, din cauza diagnosticului psihiatric, sunt de cele mai multe ori marginalizați și stigmatizați în sistemul medical și în societate.

## **Întrebările de cercetare**

Întrebările de cercetare care au ghidat această cercetare au fost următoarele:

- Cum s-a schimbat *câmpul psihiatric* în urma reformelor din ultimii ani și cu ce efect asupra carierelor pacienților?
- Ce mecanisme de reziliență și adaptare pun în aplicare persoanele cu diagnostic psihiatric în contextul constrângerilor la diferite nivele: familie, spital, societate?
- Care este traseul social parcurs de o persoană din familie către spital?
- Care sunt factorii și agenții sociali cei mai hotărâtori în cariera unei persoane cu diagnostic psihiatric?

## **Ipoteze de lucru**

Următoarele ipoteze de lucru mi-au ghidat căutările și explorările în terenul dinamic al cercetării.

- Reformele din domeniul sănătății mintale din ultimii ani au venit în urma unei presiuni din exterior, în virtutea actelor internaționale la care a aderat Republica Moldova.

- Deschiderea centrelor comunitare de sănătate mintală au diversificat carierele și experiențele sociale ale persoanelor cu diagnostic psihiatric.
- Există o legătură directă între „alienarea mintală” și „alienarea socială”, acestea amplificându-se reciproc.
- Practicile terapeutice și disciplinare restrictive din spital, dar și diversele forme de discriminare și marginalizare în societate a persoanelor cu diagnostic psihiatric, atrag după sine diferite mecanisme de adaptare la instituția psihiatrică și la societate.

### **Principii teoretice și modele de analiză**

Poziționarea teoretică a acestei lucrări cuprinde doi poli: polul interpretativist și cel constructivist. Pe de o parte, analizăm și explicăm un context socio-cultural și politic care determină experiența socială a persoanelor cu diagnostic psihiatric, modurile în care agenții câmpului psihiatric interacționează între ei, într-un context social stabilit, relațiile pacienților cu familia și cu diverse instituții (instituția psihiatrică, centrele comunitare de sănătate mintală, instituțiile în care aceste persoane sunt angajate sau doresc să se angajeze la lucru). Pe de altă parte, urmărim îndeaproape cum acest context și aceste relații construiesc experiența socială a persoanelor cu diagnostic

psihiatric. Pornind de la această intenție, am aplicat o serie de modele teoretice zise „post-pozitiviste” și anume: etnometodologia (Garfinkel, 1967; Rawls, 2008), interacționismul simbolic (Goffman, 1961; Becker, 1963), „grounded theory” (Strauss, Glaser, 1967; Corbin, Strauss, 1990, p. 3-21), câteva lucrări ale reprezentanților sociologiei franceze critice (Castel, 1977; 2001), și anumite principii ale sociologiei pragmatice (Boltanski și Thévenot, 1991; Nachi, 2006). Aceste modele explicative, coroborate cu alte construcții teoretice și conceptuale, permit o analiză complexă a experienței sociale trăite de pacienții psihiatrici și sunt suficient de flexibile și respectuoase față de specificitatea culturală și regională (ne-occidentală) a realității studiate. În plus, „grounded theory” ne oferă un model complex și dinamic de analiză a datelor narative colectate, prin codarea, categorizarea și conceptualizarea acestora (cu ajutorul programului de analiză a datelor NVivo).

Principiile sociologiei pragmatice ne permit să facem o analiză echidistantă, fie că este vorba de încălcări ale drepturilor pacienților în spital sau este vorba de procese de stigmatizare și discriminare în societate, și să tratăm fiecare subiect (agent) prin aceeași grilă a logicii și a dreptului la raționalitate. Astfel, am încercat să înțelegem asimetriile pozițiilor de putere pe care diverși agenți le ocupă în câmpul psihiatric, dar și să discernem

mecanismele sociale și instituționale care determină și influențează experiența socială a pacienților.

Unul din modelele teoretice de bază în această lucrare este oferit de interacționismul simbolic. Din perspectiva modelului „dramaturgiei sociale” (Goffman, 2003) am urmărit felul în care se construiește eul social al pacientului în relație cu ceilalți, într-un mod performativ, prin intermediul strategiilor pe care pacienții le concep și le aplică în viața lor cotidiană pentru a produce, a păstra și a comunica celorlalți o imagine pozitivă despre sine. Din perspectiva teoriei stigmatului social (Goffman, 1975), am analizat strategiile pe care le aplică pacienții psihiatrici, care aparțin unui grup stigmatizat, pentru a diminua efectul atitudinii negative a celorlalți față de ei și, în definitiv, pentru o adaptare la grupul majoritar cu consecințe negative cât mai mici pentru ei. Am analizat de asemenea felul în care persoanele stigmatizate, aici persoanele cu diagnostic psihiatric, își gestionează vizibilitatea stigmatului prin încercări de a diminua, de a ascunde sau, în cazuri mai rare, de a afișa un comportament considerat „anormal” de către personalul medical sau alte persoane, pentru a extrage beneficii secundare din această aparență negativă. Conceptul „instituțiilor totale” (Goffman, 2004, p. 11-24) ne-a ajutat să înțelegem felurile în care un anumit grup de persoane, care sunt supuse unui

tratament în cadrul unei instituții totale, încearcă să supraviețuiască din punct de vedere moral în condițiile în care drepturile lor sunt minimizate. Recurgând la strategii de „adaptare secundară”, aceștia încearcă să-și păstreze o imagine pozitivă despre sine și să-și facă viața acceptabilă din punct de vedere moral și social. Alături de adaptările secundare am analizat și alte tipuri de adaptări, prin diverse forme de rezistență pasivă, de tipul celor analizate de J.C. Scott (1985). Din perspectiva teoriei etichetării, am urmărit procesul în care anumite persoane devin „bolnave” din momentul în care li se aplică, cu succes, prin mijloace instituționale și în virtutea unui discurs medical instituționalizat, această etichetă (diagnosticul). Este, de asemenea, interesant felul în care o parte din pacienți rezistă acestei etichetări (Becker, 1963).

Lucrările care ne-au servit drept punct de pornire în demersul nostru sunt în speță cele care, începând cu anii 1960, au contribuit la modificarea raportului de forțe în interiorul câmpului psihiatric și au schimbat accentul de pe hegemonia modelelor biologice și a diagnosticului psihiatric pe o perspectivă social-culturală. Unele din aceste lucrări de referință au fost asociate ulterior mișcării anti-psihiatrice. Două dintre ele au apărut în același an, dar pe continente diferite, și au scos la iveală funcția latentă de „control social” a spitalelor psihiatrice. „Istoria nebuniei în epoca clasică” semnată de Michel Foucault

(1996/1961) re-examinează critic evoluția semnificației nebuniei în societatea europeană din Evul Mediu până la sfârșitul sec. al XVIII-lea și ne ajută să integrăm într-o dinamică mai largă, pe plan istoric și geografic, ceea ce ne apare acum, cu aplicare pe cazul Republicii Moldova, o schimbare de paradigmă în instituția și practica psihiatrică. Această schimbare radicală căreia îi suntem martori astăzi nu este, în definitiv, cu totul inedită. În istoria psihiatriei, chiar și în spațiul dintre Prut și Nistru, s-au succedat perioade de reformă și contra-reformă, astfel încât reformele prezente se includ într-o dinamică dialectică și istorică mai lungă.

În cadrul aceluiași model teoretic al unei sociologii a puterii psihiatrice, Robert Castel (2004) definește instituția psihiatrică drept un loc de „alienare la gradul doi”. Am ținut cont de optica casteliană în analiza practicilor în Spitalul Clinic de Psihiatrie pentru a le raporta la ansambluri ideologice și instituționale mai vaste care definesc statutul bolnavului mintal și reprezentările maladiei și sănătății mintale.

Această viziune critică asupra instituției psihiatrice face parte dintr-o reflecție mai largă asupra modernității, susținută printre alți autori, de Zygmunt Bauman (2004). Potrivit acestuia, modernitatea ar produce o cantitate crescândă de „deșeurile umane”: șomeri, persoane fără adăpost, persoane „deviante”,



infractori, persoane dependente. Statul impune o ordine socială care plasează aceste „deșeuri umane”, inutile din punct de vedere economic, în diferite instituții mai mult sau mai puțin închise, spitalul psihiatric fiind una din aceste instituții.

Majoritatea lucrărilor care s-au scris până acum în Republica Moldova despre sănătatea mintală țin de domeniul științelor medicale. Totodată, remarcăm unica teză de doctorat susținută în sociologie, la o temă învecinată cu subiectul tezei noastre: „Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova din perspectiva valorizării rolurilor sociale” (Munteanu, 2018); câteva lucrări de licență susținute în domeniul asistenței sociale, care abordează unele probleme-cheie ale persoanelor cu diagnostic psihiatric în societate, și anume: stigmatizarea (Prepelită, 2015), reabilitarea (Cenușă, 2012), asistența socială (Polevaia, 2015). Aceste cercetări observă evoluția persoanelor care suferă de tulburări mintale în societate, în faza de post-spitalizare. Alte două lucrări de licență, una dintre ele analizând factorii sociali determinanți în apariția bolilor mintale (Voloșciuc, 2014) și alta – sindromul *hospitalismului* (Negru, 2015), implică o anumită interdisciplinaritate, situându-se la intersecția științelor sociale și medicale, după modelul sociologiei medicale, care în Occident este în plină ascensiune începând cu anii '50.

## **Alegeri metodologice de colectare și analiză a datelor**

În debutul cercetării am realizat zece interviuri exploratorii cu pacienții spitalizați pentru a vedea care sunt subiectele relevante pentru ei înșiși, care sunt detaliile sensibile, delicate despre care evită să discute. Tot în această etapă exploratorie, dar și în perioada de voluntariat, am organizat, de asemenea, câteva ateliere de expresivitate narativă și creativă: discuții libere, în grup, pe teme precum libertatea, fericirea, dragostea etc.; ateliere de desen cu discuții; discuții și interpretări pe marginea unor opere de pictură moderne (cum ar fi cele ale lui Matisse, Kandinsky, Chagall). Toate acestea nu au avut ca scop terapia (după modelul art-terapiei și terapiilor expresive), ci de a oferi pacienților un alt mod de a se exprima decât acela cu care sunt obișnuiți în cadrul instituției. Aceste exerciții au fost, de asemenea, o strategie de a ne cunoaște mai bine, de a le câștiga încrederea, dar și de a înțelege cultura lor, universul lor mental și socio-cultural, modul lor de gândire și interacțiune etc.

În urma unei etape exploratorii, am realizat 67 de *interviuri aprofundate* după modelul interviului biografic „povestea vieții” și al „cercetării narative” (Atkinson, 2006; Lieblich, Tuval-Mashiach și Zilber, 2006). Din cele 67 de

interviuri, 40 au fost realizate în 2011-2012, iar 27 – în 2016-2018. Aceste interviuri au urmărit traiectoriile sociale ale pacienților intervievați, integrate într-un context social mai larg. Astfel, am reconstituit universul mental și social al persoanelor cu diagnostic psihiatric, în baza experienței, înțelegerii și percepției persoanelor cu diagnostic psihiatric asupra propriei maladii, asupra condițiilor de tratament în spital și asupra problemelor cu care se confruntă în societate și modalitățile prin care ele încearcă să le facă față. Deși interviurile reprezintă puncte de vedere singulare, acestea sunt „expresii ale unor interacțiuni și ale unor spații sociale” și prin urmare este „o chestiune de refacere și conectare a acestor singularități la spațiile de poziții și dispoziții în cadrul general al anchetei și la datele deja existente”, având în vedere principiul goffmanian al „universalului care rezidă în particular” (Beaud și Weber, 2003, p. 178).

Persoanele intervievate au fost selectate, în mare parte, după principiul „bulgărelui de zăpadă” (snowball sampling<sup>1</sup>), iar unele dintre ele s-au oferit în mod voluntar. Câteodată, pacienții intervievați ofereau numele altor pacienți interesați să-și împărtășească propria experiență de viață. Fiecare pacient

---

<sup>1</sup> Eșantionarea după principiul bulgărelui de zăpadă este o tehnică de eșantionare non-probabilistică în care subiecții de studiu existenți recomandă subiecți viitori din rândul cunoștințelor lor. Astfel, se spune că eșantionul de respondenți crește ca un bulgăre de zăpadă (Morgan, 2008).

interviewat a semnat un acord de consimțământ de a participa la această cercetare. Interviurile au durat între 50 minute și două ore și jumătate.

Având în vedere că interviurile au fost făcute de-a lungul unei perioade mai îndelungate: 2011-2012 și 2016-2018, acestea ne permit să urmărim o anumită dinamică de transformare, pe de o parte, a instituției psihiatrice și, pe de altă parte, a relației dintre pacienți și personal, dar și a relației acestora cu membrii familiei și ai comunității lor de origine. Interviurile repetate cu unii subiecți și urmărirea parcursului acestora pe parcursul a mai multor ani ne-au permis să facem studii de caz biografice aprofundate (Atkinson, 2006; Yin, 2005).

Pe lângă interviu, *observația etnografică* în interiorul instituției psihiatrice s-a dovedit o metodă de cercetare care ne-a revelat informații bogate și inedite. M-am oferit și am cerut permisiunea administrației spitalului de a face voluntariat prin asistarea personalului medical și de îngrijire, împărtășind pe de o parte viața lor de zi cu zi într-o secție de psihiatrie și, pe de altă parte, experiența pacienților în instituția psihiatrică, pentru a le descrie și a le înțelege mai bine pe amândouă. În acest mod am putut observa lucruri și fapte inaccesibile prin intermediul interviurilor, cum ar fi: comportamentul și relațiile care s-au

stabilit între pacienți și personal, între pacienții înșiși, între pacienți și membrii familiei care vin să-i viziteze în spital, între medici de statut diferit și din generații diferite, dar și mecanismele psiho-sociale puse în aplicare de pacienți (de apărare, negociere ș.a.). Observația etnografică a fost o metodă complementară interviului și o sursă de informare în sine. Unele situații observate au contrazis afirmații ale personalului medical sau ale pacienților intervievați. Această disonanță între discurs și practică indică o anumită divergență între norma oficială și norma informală acceptată.

Interviurile transcrise, articolele de presă, diverse rapoarte de expertiză sau evaluare, fișele de observație proprii au fost supuse unei analize tematice, structurate pe teme, sub-teme, concepte și categorii tematice, conform modelului „grounded theory” (Glaser, 2006/1967; Corbin & Strauss, 1990). Sursele documentare și narative au fost analizate cu ajutorul programului de analiză calitativă a datelor NVivo-10 (Bazeley și Jackson, 2013).

### **Structura tezei și principalele axe tematice**

Teza se deschide cu un studiu ce reconstituie istoria instituției psihiatrice în Basarabia, în context regional, de la începutul secolului al XIX-lea până în prezent. Astfel, capitoulul I al tezei face o periodizare a formelor de organizare

instituțională a psihiatriei, din 1815, când este inaugurată prima instituție medicală în această regiune și când începe procesul de instituționalizare a persoanelor cu maladii mintale, până în prezent. Urmărim îndeaproape perioada 1895-1918, perioadă în care spitalul de psihiatrie de la Costiujeni (Spitalul Clinic de Psihiatrie de astăzi) este construit și funcționează după principiul unei colonii agricole aplicând în activitatea sa practici psihiatrice moderne. Această perioadă continuă și după ce Basarabia devine provincie românească în 1918, până în 1940, când Basarabia este anexată de URSS. Apoi analizăm evoluția sistemului psihiatric în perioada sovietică (1944-1990), o perioadă în care continuă procesul de modernizare și de extindere a sistemului instituțional psihiatric, dar și o perioadă în care instituția și practica psihiatrică sunt folosite în calitate de instrumente de disciplinare politică. Ultima secțiune este dedicată evoluției sistemului de sănătate mintală și a practicilor psihiatrice instituționale după 1991, până în prezent. În concluziile capitolului discutăm câteva probleme cu care se confruntă sistemul actual de sănătate mintală: insuficiența resurselor umane, rețeaua de centre comunitare de sănătate mintală insuficiente pentru necesitățile populației, activitatea necoordonată între diferite părți care compun câmpul psihiatric.

Capitolul IV sistematizează intervențiile noastre expresiv-narative aplicate în cadrul unor ateliere de desen și discuții tematice în grup și propune o analiză a discursului și a strategiilor persoanelor instituționalizate implicate într-o tentativă de terapie alternativă, în care pacienții se transformă din pacienți pasivi în subiecți și participanți reflexivi.

Cu excepția capitolului istoric și a capitolului IV, despre intervenții expresiv-narative, celelalte capitole au fost structurate în baza temelor majore discutate în interviuri în urma unei analize discursive a diferitor tipuri de experiențe.

În capitolul II, analizăm din perspectiva pacienților experiențele trăite de pacienți până la apariția maladiei, până la spitalizare. În special este vorba despre experiența vieții de familie (relațiile cu membrii familiei, adesea deficiente), experiența profesională (stresul la locul de muncă – sindromul Italia, sau șomajul îndelungat), și modul de viață (adicții și diverse strategii de supraviețuire, ca răspuns la o situație de sărăcie la limita subzistenței). Experiența spitalizării este abordată din perspectiva normelor și practicilor și combină punctele de vedere ale familiei, pacientului și instituției. Astfel, în acest capitol urmărim traiectoria socială a persoanelor cu maladii mintale, din familie în spitalul de psihiatrie, și felul în care aceste persoane se transformă în pacienți, prin atribuirea diagnosticului sau confirmarea lui (în cazul internărilor

repetate). În acest context, abordăm mai multe sub-teme: caracterul formal al liberului consimțământ, discernământului scăzut atribuit pacienților – justificator de practici abuzive, contradicțiile între legislația din domeniul sănătății mintale, principiile drepturilor omului și practicile psihiatrice din Spitalul Clinic de Psihiatrie, natura subiectivă a diagnosticării.

În capitolul III ne ocupăm de experiențele trăite de pacienți în timpul spitalizării prin prisma reprezentărilor lor despre instituția psihiatrică și despre maladie. Totodată, observăm modul în care aceste reprezentări determină anumite strategii de adaptare pe parcursul perioadei de spitalizare, dar și poziționarea pacientului în raport cu ceilalți pacienți și cu personalul instituției, aceste poziții fiind definatorii pentru calitatea relaționării și a timpului petrecut în spital.

În capitolul de încheiere (V), abordăm viața persoanelor cu diagnostic psihiatric în afara spitalului, în perioadele dintre internări și analizăm experiențele ce țin de cariera profesională după externare și experiențele de interacțiune cu centrele comunitare de sănătate mintală. Ipoteza de lucru pe care o urmărim se referă la două variabile ce se influențează reciproc, întreținând cercul vicios al internărilor repetate și al cronicizării maladei. Este vorba de maladia în sine care, într-un anumit context familial și social, conduce la o alienare socială, în



special în ceea ce privește angajarea în câmpul muncii și integrarea în diverse structuri societale. Diverse forme de alienare socială, cum ar fi șomajul cronic și suportul familial fragil, amplifică, la rândul lor, manifestările maladiei.

Alături de aceste cinci capitole, am realizat două studii de caz biografice longitudinale, bogate în detalii biografice și etnografice și revelatoare pentru înțelegerea *universului social* al pacienților din Spitalul Clinic de Psihiatrie și a experienței lor sociale în interiorul și înafara spitalului.

## **Concluzii**

Ipotezele care ne-au ghidat pe parcursul tezei și care au fost niște căi de acces spre obiectul nostru de cercetare, au dobândit o consistență factuală și empirică:

- Reformele din domeniul sănătății mintale din ultimii ani au venit în urma unei presiuni din exterior, în virtutea actelor internaționale la care a aderat Republica Moldova cu privire la apărarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. A existat multă rezistență la schimbare în interiorul sistemul medical autohton. Totuși, au existat și agenți de schimbare în interiorul câmpului psihiatric, care au făcut efort pentru promovarea și aplicarea reformelor.

- Deschiderea centrelor comunitare de sănătate mintală au diversificat carierele și experiențele sociale ale persoanelor cu diagnostic psihiatric. Astfel, cariera unei persoane cu diagnostic psihiatric nu mai este una prestabilită și circulară (comunitate-spital-comunitate-spital), ci a devenit o experiență mai complexă, în care sunt implicați și alți agenți: medicul de familie, centrul comunitar cu echipa multi-disciplinară.
- Există o legătură directă între „alienarea mintală” și „alienarea socială”, acestea amplificându-se reciproc. Mediul familial, instituția psihiatrică și societatea în întregime produc un impact însemnat asupra acestei relații la nivele multiple.
- Practicile terapeutice și disciplinare restrictive din spital, dar și diversele forme de discriminare și marginalizare în societate a persoanelor cu diagnostic psihiatric, atrag după sine diferite mecanisme de adaptare la instituția psihiatrică și la societate. Totodată, constrângerile instituționale și societale nu sunt unidireționale. Mecanismele de adaptare influențează la rândul lor spitalul de psihiatrie și societatea în ansamblu.

Spitalul Clinic de Psihiatrie cunoaște un proces de segregare socială a pacienților și rămâne un loc tot mai mult

rezervat persoanelor din grupuri social-vulnerabile. Conform reformei de sănătate mintală, spitalul ar trebui să ocupe ultimul nivel al piramidei serviciilor de sănătate mintală, funcția principală a căruia ar fi gestionarea de scurtă durată a perioadelor de acutizare a crizelor care nu pot fi gestionate în centrele comunitare și în spitalele generale. În practică, însă, pe lângă cazurile de criză, spitalul internează și se ocupă cu îngrijirea și tratamentul unor categorii de persoane cu boli mintale cronicizate care nu se află neapărat în stare acută, persoane marginalizate în propriile familii: bătrâni cu diferite forme de demență și tineri cu diferite forme de retard mintal devenite poveri financiare și deseori surse de conflict în propriile familii; persoane singure sau fără adăpost, cărora spitalul le oferă ceea ce au nevoie pentru trai (adăpost, hrană, siguranță, îngrijiri medicale); persoane care din cauza cronicizării maladiei și a efectelor sociale inerente (în special, pierderea locului de muncă, șomajul prelungit) sunt marginalizate în propriile familii; persoane din familii ele însele anomice (cu violență domestică, adicții, la limita sărăciei extreme sau cu părinți ei înșiși cu tulburări mintale). Aceste persoane întrețin în spital fenomenul *revolving door*, prin internări dese, repetate și de lungă durată. Astfel, spitalul preia din nou funcțiile azilului, o tendință tot mai vizibilă în contextul

reformei, perpetuând istoria și tradiția azilară de altădată, prin funcția sa latentă de „pubelă socială” (Bauman, 2004).

Spre deosebire de persoanele cu diagnostic psihiatric din familii cu un statut socio-economic ridicat, pentru care anii tranziției și reformele din domeniul sănătății mintale din ultimii ani au contribuit la diversificarea experienței și carierei lor psihiatrice prin servicii private și serviciile centrelor comunitare, pentru categoriile de persoane enumerate mai sus, spitalul rămâne a fi instituția de referință în parcursul lor psihiatric. În aceste cazuri, factorii sociali sunt decisivi pentru spitalizare, mai mult decât factorii medicali, cum poate să pară la prima vedere. Alte obstacole care mențin în cariera lor internările repetate, în opinia critică a unor angajați din sistem, țin de natura cronică a maladii mintale, dar și de familiile acestor persoane, lăsate să facă singure față problemelor sociale cu care se confruntă.

De cealaltă parte, cele 40 de centre comunitare (cu excepția câtorva dintre ele) nu au reușit încă să se impună din cauza mai multor provocări cu care se confruntă întregul sistem de sănătate din Republica Moldova, cele mai importante fiind subfinanțarea, insuficiența specialiștilor, rezistența la schimbare la diferitele nivele instituționale, activitatea fragmentată între cele patru servicii (spitalicesc, comunitar, de asistență medicală

primară și de asistență socială). Tot aici, din experiența împărtășită de mai mulți beneficiari ai centrelor, foști pacienți, menționăm că problema mintală presupune de fapt un ghem de probleme sociale care deseori depășește competențele specialiștilor de la centrul comunitar.

Analizând parcursul social de dinainte de instituționalizare a celor 55 de pacienți intervievați, am ajuns la concluzia că pacienții acumulasera deja o experiență socială patogenică și aveau un statut fragil înainte de spitalizare. Între abordarea și tratamentul strict bio-medical a spitalului și capacitatea limitată a centrelor comunitare de a se implica în reabilitarea și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități mintale după externare, prin soluționarea problemelor de ordin social care mențin condițiile propice manifestării și agravării patologiei și, astfel, internările repetate, cele mai multe persoane cu diagnostic psihiatric sunt lăsate să facă față singure problemelor cu care se confruntă zi de zi.

Practicile instituției psihiatrice sunt influențate de cultura acestei instituții și o anumită tradiție, dar și de organizarea în sine: secții mari, personal insuficient, salarii mici. În acest sens, intervențiile coercitive sunt văzute ca mijloacele de gestionare a situațiilor definite de personalul medical drept periculoase și drept forme de nesupunere la regulile de conduită în instituție, fiind percepute de pacienți drept forme de

pedeapsă. Pe termen scurt, din perspectiva administrației, constrângerile par instrumente eficiente de gestionare a situațiilor și de control asupra pacienților. Pe termen lung, însă, și din perspectiva unui observator extern, constrângerile mențin și justifică imaginea unei instituții psihiatrice închise și opresive. Pacienții înșiși consideră aceste măsuri de constrângere drept abuzive și arbitrare. Observațiile noastre sunt congruente cu rezultatele altor studii realizate asupra unor instituții psihiatrice similare (Cintas, 2009) potrivit cărora structura și ambianța spitalului, felul în care acesta este construit și gândit să funcționeze împiedică un tratament eficient și non-conflictual.

Experiențele de angajare ale pacienților confirmă ipoteza că există o legătură directă dintre apariția maladiilor mintale și pierderea locului de muncă. În unele cazuri, constatăm apariția primelor dereglări, precum susțin intervievații, în urma stresului și problemelor de la locul de muncă. Respondenții au împărtășit o gamă largă de experiențe de angajare în câmpul muncii, în general negative: de la exploatare prin abuz fizic și psihic până la diverse strategii de subzistență financiară pe care pacienții le-au dezvoltat pe cont propriu. Doar câțiva pacienți vorbesc despre ajutorul solicitat de la asistentul social din localitate, sau din cadrul Centrului

comunitar de sănătate mintală, solicitare care, de altfel, nu le este satisfăcută.

Imaginea persoanelor cu diagnostic psihiatric promovată în presă întărește prejudecățile existente în societate față de această categorie de persoane. În majoritatea reportajelor acestea apar fie ca victime ale unui sistem medical corupt, abuziv și ineficient, fie ca infractori. Principala formă de infracțiune săvârșită de persoanele cu diagnostic psihiatric nu este *omorul*, așa cum ne sugerează materialele din presă, ci *furtul*, ca formă primară de supraviețuire a unei categorii de persoane în situație de precaritate avansată și discriminată sistematic în câmpul muncii.

Studiile de caz longitudinale au avut în vizor subiecți de ambele genuri. În contextul reformei în domeniul sănătății mintale, am observat cazul lui Pavel, un fost pacient care a reușit să evite spitalizarea în ultimii trei ani și, pe contrasens, cazul Natașei, o femeie ale cărei internări au devenit mai dese și a cărei viață s-a transformat într-un „pendul care oscilează înapoi și înainte între a fi pacient internat și pacient ambulator” (Yoshida, 1993).

În ceea ce privește reformele în domeniul sănătății mintale din ultimii ani din Republica Moldova, acestea, în mare parte, trec cu vederea cele trei spitale de psihiatrie, printre care se numără și Spitalul Clinic de Psihiatrie din Chișinău. Locul

acestora a fost regândit în Piramida Organizațională Mixtă Optimală a Serviciului de Sănătate Mintală (Anexa 2) și, drept consecință, au fost comasate secțiile mai mici în secții mai mari, acestea fiind concentrate într-un bloc cu șase etaje. Totuși, reforme de substanță și sistemice, ce țin strict de spitalele psihiatrice, nu se prevăd în Programul național privind sănătatea mintală prevăzut a fi aplicat până în 2021. Medicii psihiatri și infirmierele din Spitalul Clinic de Psihiatrie din Chișinău au o atitudine critică față de reforme, iar instruirile la care sunt constrânși să ia parte în cadrul diferitor programe în cadrul reformelor, ar avea un efect neînsemnat asupra practicilor formale și informale puse în aplicare în relaționarea cu pacienții. Condițiile grele în care aceștia sunt nevoiți să muncească ar îngreuna mai degrabă respectarea drepturilor pacienților. Totuși, spitalul a avut în istoria sa și faze reformatoare. Amintim în acest context de experiența spitalului din perioada țaristă, când instituția era organizată în clădiri mici, cu grădini care permiteau libera circulație a pacienților, oferind pacienților posibilitatea unor forme de recreare și implicare în activități ergoterapeutice. În opinia noastră, o eventuală reformă ar putea lua în considerație și acest model de organizare a spitalului și a tratamentului psihiatric. Un asemenea model ar permite un bun echilibru între terapie, tratament și respectarea drepturilor



pacienților. Pe lângă acest model de organizare, spitalul ar trebui să țină cont de criterii clare de eligibilitate a persoanelor internate. Internarea ar trebui să se facă în exclusivitate în mod benevol, iar externarea la cererea pacientului. Astfel, spitalul de psihiatrie ar deveni o instituție deschisă, în care pacienții ar fi tratați cu respect. Spitalul ar urma să angajeze un număr suficient de psihoterapeuți și de asistenți sociali, pe lângă medici psihiatri. Aceasta ar permite o abordare holistă a maladiilor mintale prin recunoașterea importanței factorilor sociali, alături de factorii de natură psihică și bio-medicală, în tratamentul și recuperarea pacienților.

## Bibliografie selectivă

Bauman, Z. (2004). *Wasted Lives. Modernity and its Outcasts*. Cambridge: Polity Press.

Becker, H. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, nr. 62-63, pp. 69-73.

Castel, R. (1977). *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Minuit.

Castel, R. (2011). *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris: Minuit.

Davtian, H., Collombet, É. (2014). Aidant familial en psychiatrie, une place «naturelle»? *Empan*, 94(2), pp. 47-52.

Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: La Découverte.

Dortier, J.F. (2014). *Le cerveau et la pensée. Le nouvel âge des sciences*. Paris: Éditions Sciences Humaines.

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39, no. 2, pp. 44-58.

Foucault, M. (2003). *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (2005/1961). *Istoria nebuniei în epoca clasică*. București: Humanitas.

Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays in face-to-face behavior*. Chicago: Aldine.

Goffman, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.

Goffman, E. (2004). *Aziluri. Eseuri despre situatia sociala a pacientilor psihiatrici si a altor categorii de persoane institutionalizate*. Iași: Polirom.