

ANALIZA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ pentru copiii din România

Cercetare socială calitativă



Salvați Copiii
Save the Children Romania

Consultanță științifică:

Dr. Corneliu Cârțână, Cercetător științific principal CURS – metodologie de cercetare
Mihaela Manole, coordonator proiect Organizația Salvați Copiii – expert asistență
socială și protecția copilului

Coordonare cercetare:

Ciprian Grădinaru

Colectivul de autori:

Ciprian Grădinaru – sociolog
Diana Stănculeanu – psiholog

Transcriere interviuri și focus group-uri:

Alexandra Șendrea, Ana Ristoiu, Lavinia Stoica, Oana Calfa, Theodora Panduru.

Echipa de cercetare mulțumește Filialelor Salvați Copiii din județele Constanța, Brașov, Iași, Dolj, Târgu Mureș, Suceava și Vaslui pentru implicarea în culegerea datelor. Totodată, Organizația Salvați Copiii mulțumește tuturor medicilor, psihologilor, consilierilor școlari, cadrelor didactice, părinților și copiilor care au participat la studiul de față.

Acest material a fost creat în cadrul proiectului „Îngrijire de calitate pentru copii - Servicii comunitare în sănătatea mintală”, realizat prin contribuția financiară a Guvernului Norvegian.

Cuprins

INTRODUCERE	4
I. OBIECTIVELE STUDIULUI	5
II. METODOLOGIE	6
III. CONTEXT NAȚIONAL.....	8
IV. DIFICULTĂȚI ALE COPILULUI CU O TULBURARE DE SĂNĂTATE MINTALĂ	13
IV.I SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ.....	13
Instituții specializate în oferirea de servicii de sănătate mintală.	13
IV.II SISTEMUL DE EDUCAȚIE.....	20
Provocarea integrării școlare a copiilor cu risc/ tulburare de sănătate mintală	20
V. „TRASEUL” COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN SISTEMUL DE ÎNGRIJIRI PSIHOSOCIALE.....	25
VI. STIGMATIZAREA ȘI CONTEXTE SOCIALE ALE STIGMATIZĂRII.....	31
VII.CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI.....	35
VIII.1 Principalele concluzii.....	35
VIII.2 Recomandări.....	36
VIII. ÎN LOC DE ÎNCHEIERE... sau un „making off” al studiului.....	37
IX. ANEXE.....	41
I. Instrumente de cercetare.....	41
II. Date statistice	45

INTRODUCERE

De 20 de ani, Salvați Copiii România promovează și apără drepturile copiilor din întreaga țară.

În Convenția Organizației Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului, ratificată de România prin Legea nr.18/1990, este stipulat dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate pe care o poate atinge și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare necesare pentru asigurarea realizării efective a acestui drept.

Cum nu există sănătate fără sănătate mintală, asumarea unui demers care să îi vizeze în mod direct pe copiii cu tulburări de sănătate mintală ca și grup vulnerabil cu caracteristici și nevoi specifice, a devenit o prioritate pentru o organizație cu istoric în dezvoltarea de servicii și programe destinate copiilor vulnerabili.

Urmare firească a inaugurării Centrului de Educație Emoțională și Comportamentală pentru Copii, ce oferă servicii gratuite pentru copii cu tulburări de comportament, depresie, anxietate, comportament agresiv, ADHD, studiul de față a pornit de la necesitatea evaluării stării de fapt a sistemului de servicii de sănătate mintală destinate copiilor și adolescenților din România.

Cercetarea reprezintă un prim pas în identificarea și evaluarea obiectivă a dimensiunii dificultăților, lacunelor, dar sperăm și resurselor unui sistem complex, în care, adeseori, copilul cu un diagnostic de tulburare de sănătate mintală „se pierde” pe traseul labirintic al referirii între profesioniști și instituții. Acest prim pas ne dorim să fie urmat firesc de cel al construirii de soluții și transferării de bune practici, care să conducă la creșterea calității vieții tuturor copiilor din acest grup vulnerabil.

Salvați Copiii mulțumește tuturor profesioniștilor care, prin bunăvoința lor, au făcut posibilă elaborarea acestui material.

Gabriela Alexandrescu
Președinte Executiv

Organizația Salvați Copiii

I. OBIECTIVELE STUDIULUI

Cercetarea „*Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România*” a avut ca principal obiectiv descrierea „traseului” copiilor și adolescenților cu dificultăți din sfera sănătății mintale (de tipul: tulburarea de hiperactivitate și deficit de atenție - ADHD, tulburări de anxietate, depresie, tulburări de conduită etc), în sistemul românesc de servicii psihosociale.

Prin „traseu” al copilului am definit ansamblul legăturilor psiho-sociale și de status dezvoltate de copilul cu o tulburare de sănătate mintală în relația cu totalitatea persoanelor cu care intră în contact (specialiști în domeniul sănătății mintale, specialiști în medicină de familie și pediatrică, profesioniști în domeniul protecției copilului, cadre didactice, consilieri școlari, colegi etc.). Mai exact, prezentul raport de cercetare urmărește să evidențieze, pe de o parte, modelele tipice (pattern-urile) de identificare (*cine identifică aceste probleme, în ce context sunt identificate, cui sunt adresate ulterior etc.*) și de referire / colaborare între specialiștii implicați în tratarea acestor tulburări (*cum și către cine referă specialiștii implicați în identificarea, evaluarea și tratarea acestor tulburări – medici pediatri, de familie și psihiatri, consilieri școlari, psihologi și psihoterapeuți*). Pe de altă parte, traseul copilului urmărește să descrie legăturile dezvoltate de acesta cu o serie de instituții implicate în socializarea sa (grădiniță, școală, familie, grup de prieteni / grup de egali).

Exceptând elementele care descriu traseul copilului, studiul de față urmărește să descrie modalitățile de abordare terapeutică (*cum sunt privite de către profesioniștii în domeniu intervențiile psiho-educative, medicale și comportamentale / ce se face efectiv pentru tratamentul copiilor cu tulburările menționate mai sus*) și să sublinieze nevoile de informare ale specialiștilor din sistemul de sănătate mintală.

Ținând cont de caracterul exploratoriu al studiului, raportul de cercetare surprinde și o serie de elemente legate de: dificultățile copilului cu tulburări de sănătate mintală în raport cu instituțiile specializate în acest sens, dar și în relația cu sistemul educațional, de protecție a copilului, a grupul lui de egali etc.

Nu în ultimul rând, cercetarea de față dorește să ofere recomandări și/sau soluții în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate mintală adresate copiilor și adolescenților.

În completarea cercetării calitative, studiul „*Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România*” conține și o parte cantitativă, de analiză de date, care a avut drept obiectiv sublinierea ponderii diferitelor tulburări de sănătate mintală din totalul copiilor care au beneficiat de serviciile instituțiilor specializate.

II. METODOLOGIE

În acord cu obiectivele propuse pentru acest studiu s-a optat, într-o primă etapă a demersului de cercetare, **pentru o abordare de tip calitativ** pentru a pune în evidență modalitățile de interacțiune ale profesioniștilor din sistemul de sănătate mintală, nevoile lor de informare, „traseul” copiilor și adolescenților cu risc sau diagnosticați cu diferite tulburări de sănătate mintală, modul de relaționare a acestora cu școala, familia sau grupul de prieteni etc.

Cercetarea calitativă, de tip exploratoriu, a urmărit atât identificarea percepțiilor și atitudinilor specialiștilor din domeniul sănătății mintale, ale profesorilor și părinților copiilor cu tulburări din acest spectru cu privire la problematica desprinsă din obiectivele studiului, cât și identificarea posibilelor soluții pentru îmbunătățirea serviciilor de sănătate mintală adresate copiilor și adolescenților.

Pentru a obține o imagine de ansamblu a problematicii studiate, cercetarea calitativă a avut următoarele **grupuri țintă**:

1. Medici specializați în psihiatrie infantilă sau neuro-psihiatrie infantilă;
2. Psihologi clinicieni/psihoterapeuți;
3. Medici de familie;
4. Medici pediatri;
5. Reprezentanți ai direcțiilor de asistență socială și protecție a drepturilor copilului;
6. Consilieri școlari;
7. Cadre didactice;
8. Părinți;
9. Copii.

Metodele de cercetare folosite au fost Focus Group-ul și Interviuul individual în profunzime, metode ce permit investigarea detaliată a percepțiilor și atitudinilor subiecților. *Focus Group-ul ca și tehnică de cercetare calitativă poate fi descris drept o discuție moderată, centrată pe o temă bine stabilită (focalizată) la care participă între 6 și 12 persoane, ținând cont de omogenitatea opiniilor, structura de vârstă a participanților, caracteristici de ordin socio-demografic sau de status, etc. Selecția participanților este făcută pe baza unui chestionar de recrutare care asigură omogenitatea grupului de discuție și filtrează în același timp participanții după caracteristicile socio-demografice dorite.*

Principalele motive pentru care a fost ales Focus Group-ul în cazul studierii opiniilor cadrelor didactice, părinților și copiilor au fost:

- posibilitatea de a genera o cantitate mare de informații despre subiectul propus,
- oferă respondenților prilejul de a-și exprima în detaliu sentimentele, opiniile și atitudinile,
- prin procesul interacțiunii de grup, se obține o perspectivă mai amplă a fenomenului social studiat, fiind filtrate, în același timp, opiniile și atitudinile marginale.

Interviul individual în profunzime este, de asemenea, o tehnică de cercetare calitativă care presupune discuție moderată, centrată pe o temă bine stabilită sau pe un calup de teme. O astfel de tehnică de cercetare este utilă în cazul studiilor asupra unui domeniu profesional (medici, psihologi, specialiști în domeniul protecției copilului etc.), deoarece timpul și locul desfășurării interviurilor pot fi mai ușor adaptate la programul participanților.

În afară de considerentele care țin de programul participanților, alte **motivații ale alegerii acestei tehnici de cercetare (interviu individual în profunzime) au fost**:

- posibilitatea de a explora în detaliu opiniile persoanelor participante, fără a face apel la răspunsuri prestabilite,

- utilitatea crescută în analiza unor subiecte de cercetare complexe sau pentru care nu există inițial suficiente informații,
- dezvoltarea unei relații de încredere între cercetător și participant poate permite abordarea unor subiecte mai delicate sau considerate „tabu”.

Datele obținute prin metoda Focus Group-ului și a Interviuului individual în profunzime sunt utile în sens de pattern-uri de raportare la o anumită stare de fapt, opinie/atitude etc. Interpretarea acestora este bazată pe **metoda analizei de conținut**. Trebuie menționat că datele sociale astfel culese nu au reprezentativitate statistică, în sens de procente.

Structura ghidurilor de interviu și focus group a urmărit următoarele teme: modalitățile specifice de raportare la sistemul de sănătate mintală pediatrică, nevoile de informare și de formare a specialiștilor în domeniu, modul de indentificare și referire a tulburărilor de sănătate mintală, modalități de abordare terapeutică, identificarea contextelor în care pot apărea dificultăți legate de stigmatizare. (intrumentele de cercetare sunt disponibile în anexa 1)

Cercetarea calitativă a fost realizată în următoarele locații: *București, Brașov, Târgu Mureș, Constanța, Suceava, Iași, Vaslui și Dolj.*

În total au fost realizate **75 de interviuri și 12 focus group-uri**. Structura interviurilor și focus group-urilor pentru fiecare grup investigat a fost următoarea:

Nr.	Grup investigat	Metoda abordată	Nr. de unități
1.	Medici psihiatri și neuro-psihiatri	Interviu în profunzime	16
2.	Medici de familie	Interviu în profunzime	12
3.	Medici pediatri	Interviu în profunzime	12
4.	Psihologi clinicieni	Interviu în profunzime	16
5.	Consilieri școlari	Interviu în profunzime	16
6.	Cadre didactice	Focus Group	6
7.	Părinți	Focus Group	4
8.	Copii	Focus Group	2
9.	Reprezentanți ai ANPFDC	Interviu în profunzime	2
10.	Reprezentanți ai Ministerului Sănătății	Interviu în profunzime	1

Cercetarea cantitativă a făcut parte dintr-o a doua etapă a studiului și a fost bazată pe **metoda analizei datelor sociale**.

Principalul obiectiv al acesteia a fost **evidențierea (numeric sau procentual) a diferitelor tipuri de tulburări de sănătate mintală din totalul cazurilor avute de o anumită instituție specializată**. În acest sens, a fost trimisă o solicitare de date către 44 de instituții de specialitate – centre de sănătate mintală pentru copii și adolescenți, spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie infantilă.

Analiza este bazată pe 128.702 de cazuri de copii cu o tulburare de sănătate mintală, care au beneficiat de serviciile instituțiilor care au răspuns solicitării noastre, în anii 2008, 2009 și în semestrul I al anului 2010.

Procedeele de analiză sunt cele specifice statisticii descriptive sau inferențiale.

III. CONTEXT NAȚIONAL

Date statistice și documente de strategie

Datele referitoare la sănătatea mintală a copilului și adolescentului din România sunt obținute prin raportarea la datele internaționale furnizate de Organizația Mondială a Sănătății (Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, 2005)¹, precum și la Anuarul Statistic 2007.

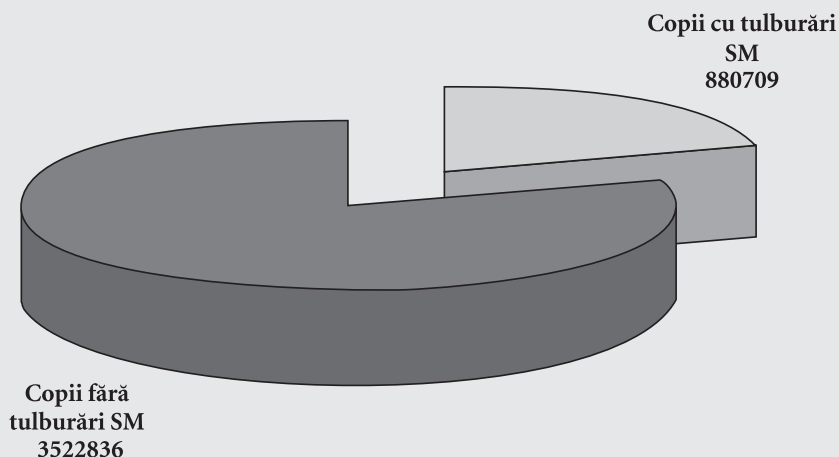
Tabel nr. 1. Estimarea numărului de copii cu tulburări de sănătate mintală din România

Număr total de copii în România (Anuarul Statistic 2007 ²)	Date internaționale – valori medii	Estimarea numărului de copii cu probleme de sănătate mintală din România
4.403.545	20 % dintre copii au probleme sau tulburări de sănătate mintală care le afectează funcționarea	880.709 copii cu probleme și tulburări de sănătate mintală
	Din care	
	13% copii cu tulburări de anxietate (anxietate generalizată, anxietate socială, fobii, anxietate de separare, atacuri de panică)	572.461 copii cu tulburări de anxietate
	5% ADHD	220.177 copii cu ADHD
	3.5% copii cu depresie clinică	154.124 copii cu depresie
	2% copii cu tulburare de conduită	88.070 copii cu tulburare de conduită
	1% schizofrenie și tulburări psihotice	44.035 copii cu schizofrenie și tulburări psihotice
	1 din 500 (0.2%) copii cu autism și tulburări pervazive de dezvoltare	8.807 cu autism

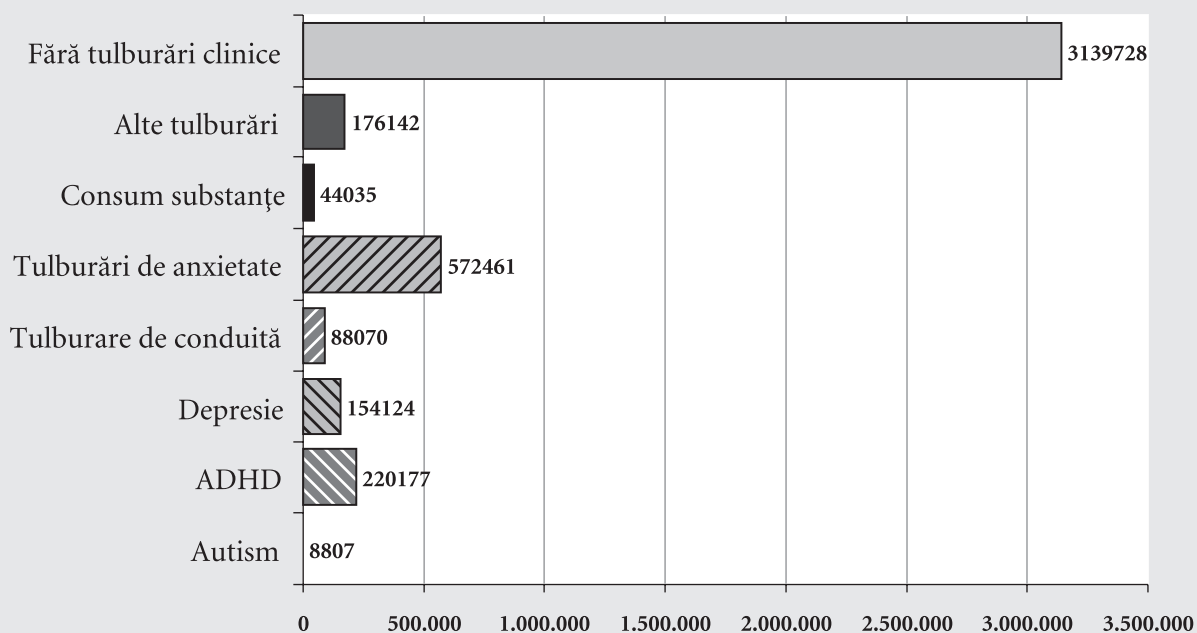
¹ Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, 2005

² Anuarul Statistic 2007

Estimarea numărului de copii cu tulburări de sănătate mintală din România



Estimarea numărului de copii cu tulburări de sănătate mintală din România, pe tipuri de patologii



Conform Organizației Mondiale a Sănătății (2001) *sănătatea mintală este acea stare de bine în care individul este pe deplin conștient de abilitățile sale, poate să facă față situațiilor dificile ale vieții de zi cu zi, este productiv la locul de muncă și are sentimentul satisfacției pentru munca depusă și este capabil să contribuie la dezvoltarea comunității în care trăiește.*

Cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală în rândul copiilor și adolescenților sunt: tulburările de anxietate, depresia, ADHD, problemele de comportament agresiv, de tip bullying, care merg până la tulburările de conduită etc.

Politici

Documentele Organizației Națiunilor Unite importante pentru domeniul sănătății mintale a copilului și adolescentului sunt Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului (ratificată de România încă din anul 1990) și Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și ale ameliorării îngrijirilor de sănătate mintală conținute în Rezoluția 46/119 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite din 17 decembrie 1991.

Până la **adoptarea Legii privind promovarea sănătății mintale și protecția persoanelor cu tulburări psihice (487/2002)** și a pachetului legislativ privitor la drepturile copilului în anul 2004 nu a existat cadrul legal comprehensiv și nici mecanismele concrete de verificare a implementării acestuia și monitorizare a drepturilor și sănătății mintale a copilului și adolescentului.

Strategia în domeniul sănătății mintale a Ministerului Sănătății din România² își propune să furnizeze servicii de sănătate mintală accesibile, de calitate și bazate pe nevoile existente, într-un mediu cât mai puțin restrictiv precum și programe acoperitoare de promovare, prevenire și educație în sănătate mintală. Prin această Strategie, Ministerul Sănătății consideră ca fiind fundamentală plasarea în poziție prioritară, în cadrul modulului de prevenție, a programelor și acțiunilor ce vizează *sănătatea mintală a copiilor și adolescenților*.

Strategia națională în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2008-2013³ este prima strategie care se adresează tuturor drepturilor copilului în România. În ceea ce-i privește pe copiii cu probleme de sănătate mintală sau la risc de a dezvolta acest tip de probleme, Strategia reafirmă și susține dreptul copiilor cu handicap fizic și mental de a beneficia de condiții de viață normale și decente care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața colectivității, precum și ameliorarea în fapt a situației reale a copiilor cu tulburări de comportament.

În prezent, **Centrul Național de Sănătate Mintală** a înaintat forurilor decidente **Strategia națională de sănătate mintală a copilului și adolescentului** – document în lucru.

Servicii

Dreptul la sănătate este recunoscut de legislația în vigoare, toți copiii până la vârsta de 18 ani având calitatea de asigurat, fără plata contribuției în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, ceea ce conferă dreptul de a beneficia de asistență medicală profilactică și curativă (inclusiv pentru probleme de sănătate mintală) în condițiile prevederilor actelor normative care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate.

Îngrijirile de sănătate mintală pentru copii și adolescenți în România se concentrează, în prezent, în spitalele de psihiatrie (**15 clinici de psihiatrie** a copilului și adolescentului și de neuropsihiatrie infantilă sau secții de psihiatrie infantilă - Arad, Argeș, Bihor, Brașov, Brăila, București, Cluj, Dolj, Galați, Iași, Neamt, Sibiu, Timiș, Vaslui) și sunt subordonate unui model excesiv biologizant. Există **20** de Centre comunitare de sănătate mintală (**CSM**) pentru copii și adolescenți: Bacău, Bihor, Brașov, București, Cluj, Constanța, Galați, Hunedoara, Iași, Mehedinți, Neamt, Olt, Prahova, Suceava, Sibiu, Tulcea, Vaslui cu aproximativ 200 de profesioniști de sănătate mintală (psihiatri, psihologi, asistenți medicali,

² Strategia în domeniul sănătății mintale a Ministerului Sănătății din România, www.ms.ro

³ Strategia națională în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2008-2013, www.copiii.ro

asistenți sociali). Nu există decât o comunicare formală între unitățile cu paturi, cele ambulatorii, medicii pediatri și medicii de familie, iar continuitatea îngrijirilor se limitează adesea la continuitatea administrării unui anumit medicament psihotrop. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a purtătorilor acestor boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor ce o îngrijesc.

Recomandările Comitetului ONU pentru Drepturile Copilului

În ultimul Raport alternativ 2003-2007⁴ trimis de Salvați Copiii România către Comitetul ONU cu privire la drepturile copilului, se fac referiri la aspecte specifice privind sănătatea mintală a copilului în România.

- ! În prezent sănătate mintală în România înseamnă “spital de psihiatrie”, este subordonată încă modelelor medicale;
- ! Nu există comunicare între instituțiile care oferă servicii de îngrijire pe termen lung și cele de tip ambulator, continuitatea îngrijirilor însemnând de cele mai multe ori doar continuitate în administrarea aceluiași medicament;
- ! Există câteva semne de întrebare cu privire la pregătirea profesionistului din domeniul sănătății mintale, la conceptul de echipă terapeutică precum și comunitate terapeutică – evaluate la nivel internațional ca subdezvoltate⁵.
- ! Datorită stigmei asociate tulburării de sănătate mintală, accesarea serviciilor disponibile în spitale este limitată;
- ! Condițiile existente în numeroase facilități de îngrijire generează riscuri suplimentare pentru sănătatea pacientului;

În iunie 2009 Comitetul ONU pentru drepturile copilului a făcut României următoarele recomandări⁶:

1. România va dezvolta un document strategic comprehensiv, incluzând: promovarea sănătății mintale; prevenirea suicidului și a comportamentului violent; servicii ambulatorii și spitalicești pentru copiii și adolescenții cu probleme de sănătate mintală; programe de sprijin pentru copiii și familiile cu risc;
2. Comitetul recomandă alocarea de resurse adiționale în vederea satisfacerii nevoilor copiilor cu probleme de sănătate mintală la nivel național, cu atenție specială acordată copiilor cu risc major, celor aparținând grupurilor minoritare, copiilor lipsiți de îngrijirea părinților, celor care trăiesc în sărăcie sau sunt în conflict cu legea.
3. Dezvoltarea de competențe pentru medici de familie, asistente medicale, asistenți sociali și alți profesioniști din asistența primară, în domeniul sănătății mintale și emoționale a copiilor și adolescenților;
4. Realizarea unui studiu comprehensiv, multidisciplinar, în vederea evaluării problemelor de sănătate, inclusiv a celor de dezvoltare psiho-socială, a copiilor și adolescenților, cu date segregate pe vârste și sex;

⁴ Salvați Copiii România, Raport Alternativ, www.salvaticopiii.ro

⁵ Peer Review 2006, Evaluation Mission on Mental Health in Romania's Report

⁶ Committee on the Rights of the Child, Consideration of Reports Submitted by States Parties Under Article 44 of the Convention

Comitetul și-a exprimat cu precădere îngrijorarea cu privire la faptul că nu există suficiente departamente de psihiatria copilului și adolescentului, copiii fiind adesea plasați în instituții pentru adulți, unde nu primesc îngrijiri adecvate.

De asemenea, cazurile frecvente de suicid la copii și adolescenți, statisticile privind violența în școală precum și lipsa programelor de prevenție în acest sens, reprezintă motive suplimentare de îngrijorare.

IV. DIFICULTĂȚI ALE COPILULUI CU O TULBURARE DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Pentru a reliefa dificultățile întâmpinate de copiii cu tulburări de sănătate mintală, cercetarea calitativă a urmărit principalele contexte/ instituții sociale în/ cu care acești copii interacționează: instituții specializate în oferirea de servicii de sănătate mintală și din domeniul protecției copilului, familie, grup de prieteni, școală. Astfel, principalele dificultăți cu care se confruntă aceștia, pot fi grupate în funcție de aceste contexte.

IV.I. SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Instituții specializate în oferirea de servicii de sănătate mintală

În prezent, îngrijirile de sănătate mintală pentru copii și adolescenți se concentrează în România în spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie infantilă din alte tipuri de unități sanitare. Există, de asemenea, aproximativ 20 de centre de sănătate mintală pentru copii și adolescenți. Cercetarea calitativă a urmărit reprezentarea cât mai echilibrată a diferitelor tipuri de instituții din sistemul de sănătate mintală, atât din perspectiva tipului acestora, cât și geografic și ca mărime a localității. Totodată, la interviurile desfășurate au participat atât profesioniști implicați direct în acest sistem (medici specializați în psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă, psihologi clinicieni, asistenți medicali, asistenți sociali), cât și medici de familie și pediatri.

Înainte de a menționa principalele tipuri de probleme identificate, trebuie subliniat că acestea sunt caracteristice sistemului ca atare, cercetarea socială urmărind identificarea unor pattern-uri, nu a unor probleme punctuale sau locale.

Principala dificultate subliniată de către participanții la interviuri este faptul că sistemul public de sănătate mintală pediatrică **este excesiv orientat spre aspectele curative în detrimentul prevenției:**

„Ideea ar fi să poți face prevenție, nu doar intervenție. Dar pentru asta ai nevoie de un sistem altfel gândit, ai nevoie de colaborare cu diferite instituții, de la școală la protecția copilului. Este nevoie de programe de informare în rândul populației, de asigurarea unei anumite igiene a sănătății mintale. La noi, psihiatria e mai mult reactivă, copiii ajung aici și noi reacționăm la problemele lor...dar asta este...când nu ai programe și instrumente de screening. S-a dorit poate să se facă ceva prin transformarea vechilor Laboratoare de sănătate mintală în Centre comunitare de sănătate mintală....însă transformarea a fost doar de nume...psihiatria nu a fost adusă aproape de comunitate...

La ce anume vă referiți când spuneți că nu a fost adusă aproape de comunitate?

Să vă dau un exemplu...implicarea familiei în terapia copilului...nu poți, nu ai timpul și nici specialiștii la dispoziție să o faci...spre exemplu, aici eu nu am nici măcar asistent social...cine să îmi aducă mie informații despre familie? Sau altceva...ați văzut, până acum, campanii de informare asupra sănătății mintale a copilului? Până nu scoatem psihiatria din secolul XIX și o aducem aproape de comunitate, nu cred că o să se schimbe nimic...dar pentru asta ai nevoie de resurse, specialiști și de voință...la noi lipsesc cam toate.” (medic psihiatrie infantilă)

O altă vulnerabilitate este dată de **numărul insuficient de specialiști din sistem**. În majoritatea centrelor de sănătate mintală, dar și a secțiilor de psihiatrie infantilă unde au avut loc interviuri, unele categorii de specialiști sunt insuficient reprezentate (psihologii clinicieni - posturile există, de regulă, dar nu sunt ocupate), iar alte categorii nu sunt deloc prezente: asistenți sociali, ergoterapeuți, logopezi etc. Astfel, posibilitățile de intervenție în familie, de identificare a factorilor de risc psihosociali din mediul din care provine copilul în cauză sunt reduse:

„Sunt două ture, patru medici și doi psihologi. Noi avem un singur psiholog clinician, ne-ar trebui doi sau trei. Asta dacă ne referim exclusiv la cazurile de psihiatrie, dar sunt și evaluările copiilor cu paralizii cerebrale, ale celor care au diferite forme de retard etc. Însă sistemul nu îți permite acest lucru, organizarea sistemului nu este pregătită să-ți confere acest confort de a lucra în echipă. Și ceea ce lipsește de multe ori din echipă, ..., e asistentul social. Pentru mine asta este marea durere.” (medic psihiatrie infantilă)

„Din câte știu eu sunt vreo două sute de psihiatri specializați în psihiatrie infantilă...la o populație de aproximativ patru milioane de copii...acum vorbim despre copii sănătoși, nu de cei cu probleme...despre care nu avem date cu privire la câți sunt...dar și așa sistemul este foarte aglomerat. Să nu mai vorbim aici de pierderile din sistem...la cum merg lucrurile, muți colegi pleacă...” (medic psihiatrie infantilă)

În strânsă legătură cu problema numărului redus de profesioniști din sistem, o altă dificultate subliniată de către specialiștii din sistemul de sănătate mintală care au participat la interviuri este **numărul mare al pacienților, raportat la capacitatea sistemului de sănătate mintală**:

„Suntem foarte încărcați, avem foarte mult de lucru, avem un număr de cazuri, rulajul pacienților care vin la noi este mare și asta înseamnă că eficiența noastră în intervenția terapeutică scade.” (medic neuropsihiatrie infantilă)

Dificultatea de a crea echipa terapeutică este un alt impediment identificat, dificultate care este generată, în principal, de două cauze:

- Lipsa unor categorii de specialiști, spre exemplu asistenții sociali, sau numărul redus de psihologi specializați în psihoterapia copilului.
- Sistemul este considerat verticalizat în mod excesiv, colaborările pe orizontală fiind foarte reduse (spre exemplu, este dificil de construit o relație între medicul psihiatru și cel de familie, atâta vreme cât acesta din urmă nu are competențe de screening în sănătate mintală).

Aceste două cauze reliefate mai sus, alături de dificultatea în comunicarea formală între specialiștii implicați (dificultate care este combătută uneori prin crearea unor rețele paralele de comunicare la nivel local – bazate fie pe diverse structuri, de regulă de tip ONG, care pun diferitele categorii de specialiști în legătură, fie pe relațiile de amicitie dintre profesioniștii implicați) limitează, adesea, îngrijirea copilului la continuarea administrării medicației.

„O altă problemă este intervenția psihoterapeutică; în sistemul public de sănătate acest tip de intervenție nu prea există ... trebuie să formăm un sistem în care să avem unde să trimitem pacienții, pentru că aici efectiv nu avem timp să intervenim, munca noastră, munca mea, se referă numai la diagnostic...se întâmplă de multe ori să nu am posibilitatea să mă întâlnesc cu părinții copilului. Copilul se internează, eu îl văd în prima zi, trebuie să pun diagnosticul numai văzând

copilul, fără să am o idee globală, să discut cu părinții în primul rând...nu mai vorbesc despre educatori, profesori, acolo nu am nicio legătură... nu am timp să discut cu profesori, diriginți, rude sau alte cunoștințe...ne limităm la copil.” (psiholog clinician)

„Sistemul nu îți permite ... să lucrezi în echipă... ceea ce lipsește de multe ori din echipă...este asistentul social. ... Treaba lui este să identifice factori psihotraumatizanți pe care eu nu am cum să-i identific, este o muncă de teren, bine structurată, trebuie să aibă cunoștințe excepționale ca să poată să mă ajute să completez ceea ce trebuie să fac. Eu încerc să fac un puzzle și nu-mi iese figura centrală, nu am toate piesele(...) mai ales ca vin mulți copii din familii monoparentale sau familii cu probleme...acolo trebuie să intri în profunzime ca să poți să ai succes. Astfel fiind sistemul, de multe ori terapia se limitează la administrarea unui anumit psihotrop. (medic psihiatrie infantilă)

În strânsă legătură cu dificultatea de a crea echipa terapeutică, **apare problema „închiderii în sine a sistemului”** a lipsei colaborării eficiente cu sistemul educațional și cu cel de protecție a copilului.

„Colaborarea cu școala este extrem de redusă....pe de o parte este și problema timpului, nu avem timp să ne ocupăm de toate aspectele; este însă și o problemă care vine din partea cadrelor didactice, a diriginților. Sunt foarte puține cazurile în care un profesor ia legătura cu noi, fie și pentru a ne întreba cum trebuie să se comporte cu un copil cu probleme. De asemenea, mai e și problema consilierilor școlari...care din câte știu eu sunt foarte puțini, unul la sute de elevi, dar nici nu au competențe în psihoterapie...” (medic psihiatrie infantilă)

Eu nu știu ca la noi în localitate să fi existat vreodată o colaborare între serviciile de psihiatrie infantilă și școală...nici nu ar avea cine să inițieze, să gestioneze această colaborare. Și vă dați seama, o mare parte din cazuri sunt ușoare sau medii, sunt copii care intră în școală și acolo nu cred că are cine să îi ajute, să îi integreze în sistem

Pai sunt consilierii școlari, nu?

Ei nu au competențe de intervenție, ..., nu au nici cea mai vagă legătură cu psihoterapia...O altă problemă a mea este colaborarea cu protecția copilului sunt anchete care durează foarte mult, intervenția în familie este foarte scăzută știu cazuri concrete de copii care au ajuns la noi în ultimă fază din cauză că s-a implicat protecția copilului ... (medic psihiatrie infantilă)

Un alt impediment identificat de specialiștii care au participat la interviuri este **reticența părinților**, fapt care se traduce în amânarea prezentării la medic, sau a solicitării ajutorului de specialitate, până în momentul în care simptomele sunt evidente, iar părintele nu mai poate „stăpâni” copilul, ori acesta are dificultăți evidente de a se integra în diverse colectivități (grădiniță, școală):

„Este o problemă pentru că am întâlnit-o și eu în practică. Să luăm un caz, un copil. Părintele îmi spune că nu știe unde să se ducă, îi e frică să meargă la psihiatru...copilul lui nu este nebun. Prevenția și informarea, cultura psihologică a părinților, a adulților e precară.” (psiholog clinician)

„Părintele nu știe cui să se adreseze, sau refuză realitatea, o neagă și nu merge unde trebuie. Mai sunt și anumite, cum să le spun eu, poate nu-i bun termenul, aspecte ce țin de gândire magică. Părinții se gândesc că totul o să se rezolve pe cale mistică, religioasă, și încearcă acolo pentru că lucrurile sunt mai retrase, acolo se păstrează misterul, ..., dacă te duci pe un coridor dintr-o policlinică nu mai e nici un mister. Acolo totul e la vedere, ești văzut, etichetat și societatea te condamnă” (medic neuropsihiatrie infantilă)

„Atunci când nu ai colaborarea din mediul din care provin copiii, s-a oprit totul și aceasta este o mare nenorocire. Noi colaborăm cu tot ce se poate, dar la un moment dat nu ai susținere din parte celor care ar trebui să aibă inițiativa pentru că și ei provin dintr-un mediu dezorganizat și nu-l pot supraveghea pe copil. Degeaba încerc eu să-i dau un tratament sau să-l trimit la psihoterapie pentru că acesta nu merge. Nici părintele nu este interesat, îl aduce la mine pentru că i se pare lui că nu e bine, dar vrea peste noapte să se rezolve tulburarea dacă nu se rezolvă imediat, se lasă, nu mai vine” (medic neuropsihiatrie infantilă)

După internare sau consultul medicului de specialitate, legătura cu familia copilului și cu acesta din urmă este apreciată ca fiind mai degrabă sporadică, copilul revenind periodic în sistem pentru tratament. Având în vedere motivele enumerate mai sus, majoritatea specialiștilor intervievați apreciază că tratamentul este axat într-o mare măsură pe medicație, în dauna intervenției psihoterapeutice.

Pe de altă parte, părinții de copii cu probleme din sfera sănătății mintale care au participat la studiu, subliniază o serie de dificultăți / experiențe neplăcute avute în relația cu sistemul public de sănătate:

Timpii mari de așteptare / aglomerarea serviciilor de sănătate mintală adresate copiilor este principala problemă identificată de părinții care au participat la studiul de față:

„Am fost la psihiatrie, la o doamnă doctor și am stat la ușa ei trei ore și jumate, copilul meu nu rezistă atât...ce să fac, să-i aduc și de mâncare?...și când intri (la medic) stai un sfert de ora și se uită la ceas că se termină programul.” (părinte)

De asemenea, părinții consideră că specialiștii din domeniul sănătății mintale **alocă foarte puțin timp pentru descrierea/ evaluarea problemelor copilului, pentru identificarea posibilelor soluții sau pentru a-i îndruma către servicii terapeutice alternative:**

„Te întreabă pe tine: ce ai observat la el, completezi niște chestionare, se uită la el două minute după care ai plecat...pur și simplu ai plecat. Mie mi-au spus: dacă nu ai să-i dai medicamentul ăsta nu ai să te înțelegi cu el niciodată. Dar asta a fost tot, nu mi-au mai spus la ce să mă aștept, dacă să merg și la psiholog...întra- devăr M. se lasă pe jos..., e capul răutăților peste tot, nu poate să socializeze cu nici un copil...” (părinte)

Cercetarea cantitativă reliefează, la rândul ei unele probleme ce caracterizează sistemul de sănătate mintală. Informațiile culese evidențiază discrepanțe semnificative între spitalele și clinicile incluse în studiu, în ceea ce privește diagnosticul pe care îl primesc copiii și adolescenții care accesează un serviciu de sănătate mintală. Spre exemplu, procentul copiilor care au fost diagnosticați cu ADHD variază, în funcție de clinica în care au beneficiat de servicii de sănătate mintală, între aproximativ 7% și 56%⁷ (din totalul beneficiarilor), în anul 2009.

Având în vedere aceste discrepanțe, pot fi formulate câteva ipoteze care să explice diferența dintre date:

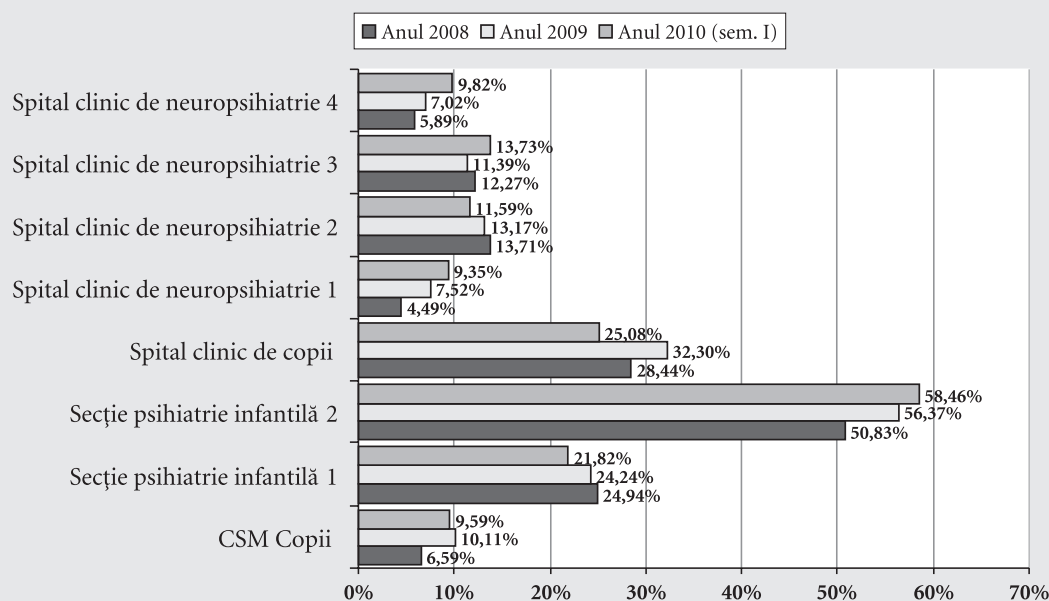
- Există ghiduri clinice care recomandă proceduri de evaluare și intervenție pentru diferite tulburări de sănătate mintală care:
 1. nu au fost încă pilotate și validate în practica profesională;
 2. nu au fost distribuite în teritoriu;
 3. nu sunt promovate de colegiile profesionale;

⁷ Datele sunt prezentate în graficele de mai jos și sunt disponibile, de asemenea, în Anexa II

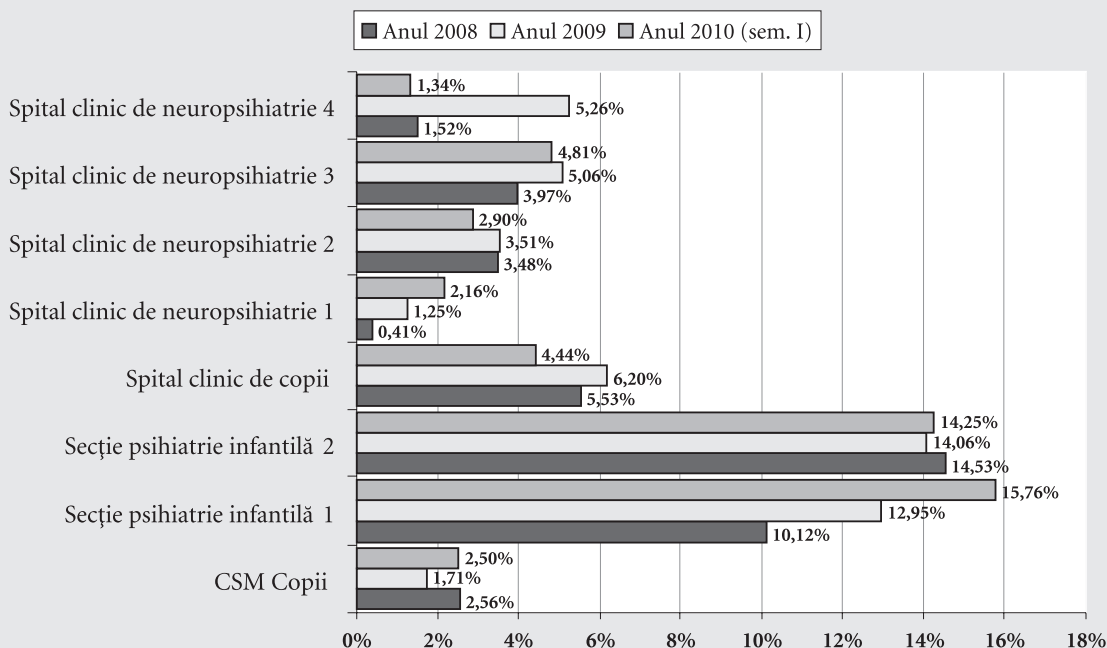
Ca urmare a acestui fapt, practica terapeutică scoate la iveală diferențe majore între profesioniști în ceea ce privește procesul de evaluare și intervenție terapeutică. Numărul mic al instrumentelor de evaluare validate pe populația românească, lipsa fondurilor pentru achiziționarea acestora, precum și pentru finanțarea pregătirii profesionale a specialiștilor în vederea utilizării bateriilor de teste, sunt factori care generează proceduri de evaluare extrem de diferite și, din păcate, cel mai adesea nestandardizate și subiectiv aplicate.

- Există diferențe de competențe și pregătire oferite de școala românească de medicină în diferitele etape ale existenței sale. La ora actuală, există în câmpul profesional neuropsihiatri de copii și psihiatri de copii, cele două categorii de profesioniști confruntându-se cu o cauzistică diferită. Începând cu anul 1996, școala românească de medicină profesionalizează în domeniile psihiatriei pediatrice și neurologiei pediatrice.
- Implicarea clinicilor în studii de farmacoterapie crește probabilitatea identificării și diagnosticării în exces a copiilor cu o anumită patologie;
- Practica utilizării de stimulente pentru medici în cazul prescripțiilor pentru anumite medicamente recomandate în terapia anumitor patologii;
- Sub diagnosticul de ADHD și / sau Tulburarea de conduită se ascund adeseori probleme de intensitate subclinică, în cazul cărora Casa Națională de Asigurări nu decontează costurile de internare. Apare astfel presiunea asupra clinicienilor de a pune diagnostice clinice chiar și în cazul unor probleme subclinice.
- Sistemul de finanțare a psihiatriei este pe caz rezolvat (DRG). Acest lucru crește, potrivit unei părți a participanților la interviuri, riscul „psihiatrizării” copilului; o parte a problemelor care pot fi tratate ambulatoriu, ajung să fie cazuri internate.

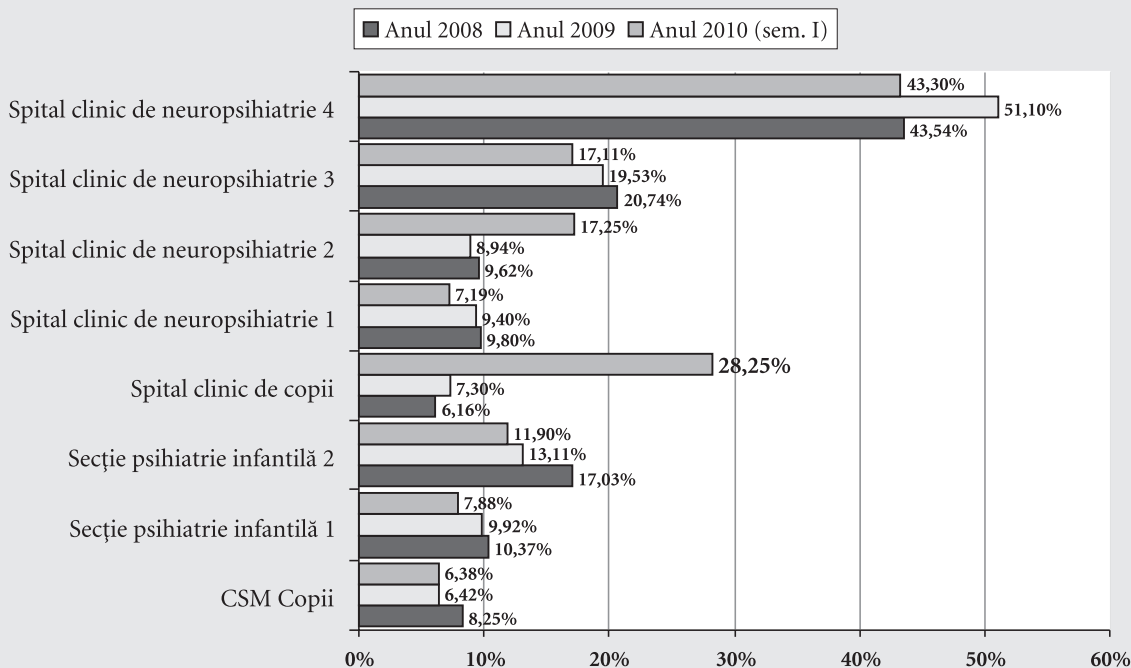
Ponderea ADHD-ului în totalul tulburărilor de sănătate mintală tratate de diferite tipuri de instituții sanitare (procente din totalul cazurilor din cadrul unității respective)



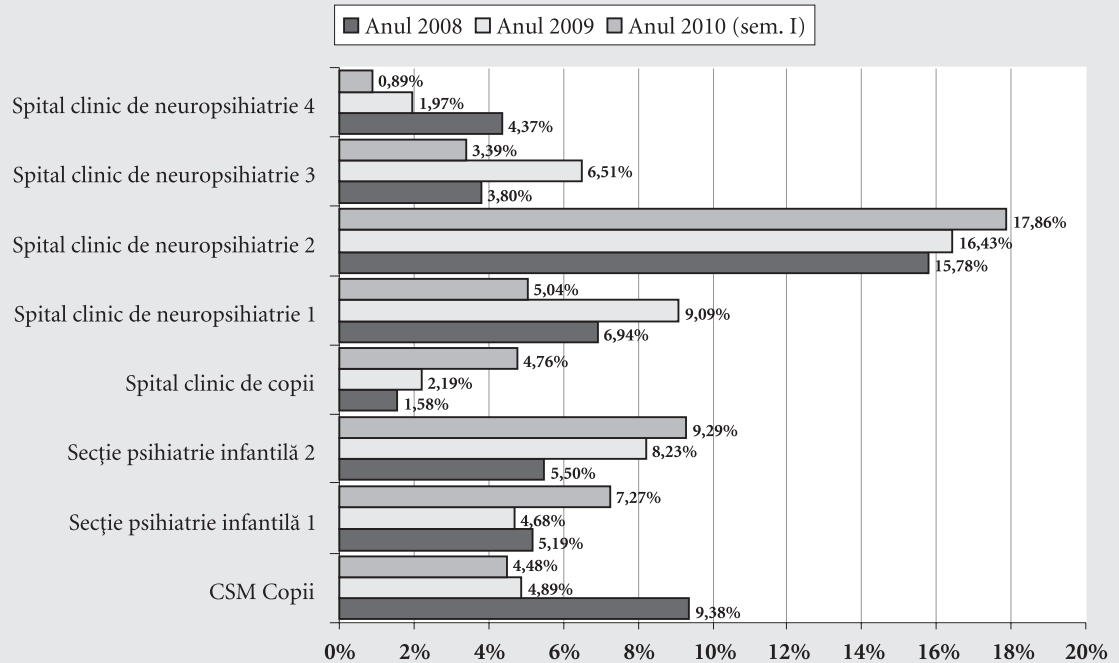
Ponderea autismului în totalul tulburărilor de sănătate mintală tratate de diferite tipuri de instituții sanitare (procente din totalul cazurilor din cadrul unității respective)



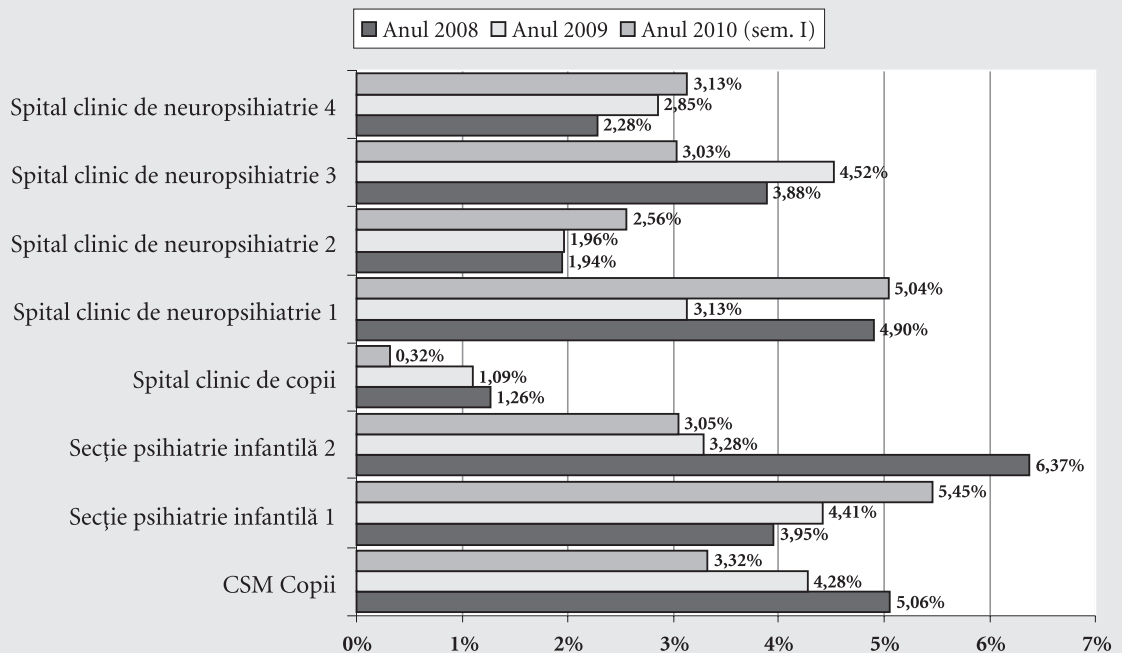
Ponderea tuburării de conduită în totalul tulburărilor de sănătate mintală tratate de diferite tipuri de instituții sanitare (procente din totalul cazurilor din cadrul unității respective)



Ponderea tuburării de anxietate în totalul tulburărilor de sănătate mintală tratate de diferite tipuri de instituții sanitare (procente din totalul cazurilor din cadrul unității respective)



Ponderea depresiei în totalul tulburărilor de sănătate mintală tratate de diferite tipuri de instituții sanitare (procente din totalul cazurilor din cadrul unității respective)



IV.II. SISTEMUL DE EDUCAȚIE

Provocarea integrării școlare a copiilor cu risc/ tulburare de sănătate mintală

Integrarea școlară a copiilor cu probleme din sfera sănătății mintale privește, pe de o parte, procesul de adaptare a acestora la cerințele instituției de învățământ frecventate și, pe de altă parte, stabilirea unor relații emoționale pozitive cu membrii grupului de egali (colegii de clasă) și cu cadrele didactice. În același timp, putem vorbi de asumarea statusului social de elev și, în virtutea acestuia, de performarea rolurilor sociale asociate. Studiul de față a încercat să surprindă cele mai importante aspecte ale acestui proces și principalele dificultăți întâmpinate de copii în relația cu:

- cadrele didactice și cerințele procesului de învățământ;
- consilierii școlari;
- colegii de clasă.

Analiza datelor sociale din cercetarea calitativă relevă că principalul impediment al acestor copii în relația cu sistemul de educație îl reprezintă **dificultățile de integrare școlară sau de acceptare în colectiv**.

Părinții participanți la focus group-uri subliniază o serie întreagă de probleme de integrare școlară, care variază de la marginalizarea copilului în colectiv până la excluderea acestuia:

„Bineînțeles că l-au mutat dintr-o grupă în alta, au vrut să îl dea afară din grădiniță, dar fiind mai cu piciorul în prag am spus: ... stați puțin, copilul ăsta are drepturi, am sunat la protecția copilului copilul are dreptul la educație.” (părinte)

„Copilul a schimbat patru școli doar în ciclu primar...ce să mai zic. De fiecare dată s-a întâmplat la presiunea învățătoarelor...acum nu știu ce să fac...va începe clasa a cincia și cred că va fi și mai greu” (părinte)

„Mi-a spus copilul acasă că doamna le-a interzis celorlalți copii să se joace cu el și că l-a mutat singur în bancă...vă dați seama, dacă învățătoarea le interzice copiilor să se joace cu el, aceștia din urmă ce pot să facă? Îl marginalizează...”(părinte)

Pe de altă parte, cadrele didactice participante la studiu apreciază că problemele de integrare școlară a copiilor cu probleme din sfera sănătății mintale sunt generate, în marea lor majoritate de:

- ! **lipsa unei programe școlare adaptate nevoilor lor (în cazul copiilor care au nevoie de acest lucru);**
- ! **numărul redus al consilierilor școlari;**
- ! **uneori, de lipsa de interes a părinților.**

„La ciclul gimnazial, profesorii îi tratează diferențiat, dar fără a avea o programă adaptată. Prin urmare, statutul lor de copii cu nevoi speciale încetează. La testările naționale, ei primesc aceleași subiecte ca și ceilalți.” (cadru didactic)

„E un consilier școlar la aproximativ 800 de copii...și asta în cazul fericit. Ce poate să facă această persoană...cine crede că face față? Îi vede o dată pe an și atât...plus că el (consilierul școlar) are și normă didactică, predă la clase...” (cadru didactic)

„...se spune că noi profesorii, cadrele didactice în general, suntem rău voitori...eu nu cred...bine, pot accepta că sunt colegi de ai mei care nu mai au răbdare, care nu știu să se poarte cu copiii, dar aceștia cred că sunt excepții, nu regula. Pe de altă parte, nici părinții nu colaborează cu noi...din experiență vă spun că, de obicei, când am un copil cu probleme, acesta provine din familii cu probleme. Să vă dau un exemplu ... am avut un copil care făcea o grămadă de probleme: pleca din oră, se descălța, fugea prin clasă, îi deranja pe toți ceilalți....i-am spus mamei de problemele copilului și ea îmi spune că „acasă e normal, tu ești nebună, nu copilul meu”... Sau alt exemplu...a venit un copil de la școala nr... și bineînțeles că avea probleme...plecase de acolo ca să nu rămână repetent. S-a mutat la noi, eu nu am știut că e cu probleme mari de comportament...și nu numai el, ci întreaga familie, pentru că am cunoscut-o. Trebuia făcut un dosar extraordinar, mama a fost de acord să cerem profesor de sprijin, dar în momentul în care a trebuit să mergem la o comisie de protecție a copilului, care ne putea acorda lucrul acesta, trei zile m-a ținut acolo și ea nu a venit. A spus: „nu vreau, copilul meu e normal, are doar prea multă personalitate”, fusese între timp la un cabinet, la cabinetul medicului de familie, care i-a spus că nu are absolut nimic copilul.” (cadru didactic)

Totodată, cadrele didactice subliniază că **lipsa lor de formare în ceea ce privește sănătatea mintală** a copilului și adolescentului poate constitui un impediment în integrarea școlară a acestor copii.:

„Recomandarea a fost ca acești copiii să fie integrați în școală, au fost presiuni mari din partea Ministerului și noi i-am acceptat. Dar de aici nimeni nu ne mai sprijină. Colegii mei nu au beneficiat de o formare în acest sens, părinții, la rândul lor, dacă la început sunt mai entuziaști, mai târziu încep să se plictisească, încep să spună că eu am ceva cu copilul și atunci devin reticenți, din ajutor ne devin dușmani. Mă scuzați că vă spun, dar școala românească nu are capacitatea de a integra acești copiii...nu are psihologi, nu formează cadrele didactice, nu are nimic dar ... se vrea să îi integrăm.” (cadru didactic, director școală generală)

„Sincer vă spun că nu am habar despre afecțiunile de care vorbiți dumneavoastră...nici nu am de unde să știu că nu ne-a informat nimeni, pe noi profesorii...” (cadru didactic)

„Autoritățile au decis ca acei copii cu cerințe educaționale speciale să ajungă în școli normale ... Nu s-a mai întrebat nimeni dacă școala are capacitatea să facă asta...”(consilier școlar)

Un alt impediment în integrarea acestor copii îl constituie **modul deficitar în care funcționează instituția profesorului de sprijin**. Cadrele didactice / consilierii școlari care au participat la studiu apreciază că procedura prin care se solicită un profesor de sprijin pentru copiii cu cerințe educaționale speciale nu poate fi făcută decât la începutul anului școlar, prin prezentarea copilului în fața unei comisii de evaluare multidisciplinară (formată din psiholog, pedagog, psihopedagog și asistent social):

„Chiar și în acest caz, când ajungi în fața comisiei, nu e o certitudine că cererea va fi aprobată. Presupunând că ai noroc și reușești să obții sprijinul necesar, prioritar este învățământul primar. Cazurile în care profesorul de sprijin lucrează constant și cu elevi de gimnaziu sunt extrem de rare...”(cadru didactic)

Totodată, nu putem vorbi de o continuitate a suportului acordat acestor copii de către profesorul de sprijin, unde acesta există:

„Profesorul de sprijin lucrează cu ei două ore săptămânal....credeți că este suficient? Vă spun eu că e mai mult decât insuficient...” (consilier școlar)

Rolul consilierului școlar

Unul din rolurile cele mai importante ale cabinetelor de asistență psihopedagogică din cadrul unităților de învățământ, **conform profesioniștilor din sănătate mintală intervievați**, ar trebui să fie strâns legat de identificarea și referirea cazurilor de tulburare de sănătate mintală. Astfel, la modul ideal, consilierii școlari, alături de medicii de familie și cei pediatri, ar putea juca un rol important în screening-ul problemelor de sănătate mintală. Totuși, în momentul de față, consilierul școlar nu poate performa acest rost din diferite motive:

- nu are, conform atribuțiilor postului, competențe de screening, dar nici de intervenție în sănătate mintală;
- nu toți consilierii școlari, din perspectiva formării profesionale, pot dobândi un rol de screening și / sau intervenție (în cabinetele de asistență pedagogică sunt încadrați, în afară de psihologi, și absolvenți / licențiați în: psihopedagogie, pedagogie, sociologie, etc.);
- chiar dacă din numărul total de 2097 de consilieri școlari la nivel național, în anul 2009, aproximativ 1100 sunt psihologi școlari, aceștia nu beneficiază de programe de formare / teste de screening.

*„Vorbind de tulburările de sănătate mintală, rolul psihologului școlar care este?
Care ar trebui mai bine spus...ar trebui să poată identifica și trimite mai departe.
Ar trebui?”*

Da, ar trebui, pentru că în realitate nu poate face asta. Poate recomanda să se meargă către psihiatrie infantilă sau către un psiholog, dar aici se oprește. Nu are nici pârgurile necesare și nici competențe în domeniu...” (medic psihiatrie infantilă)

„Vă pot spune cum văd eu rolul consilierului școlar. Acesta lucrează și trebuie să lucreze cu copiii în normalitate psihică, dar care au o dificultate. Fie că e vorba de eșec școlar, de probleme în relația cu părinții sau de natură afectivă, la vârsta adolescenței. Ce ar fi minunat să mai poată face, în momentul în care realizează că problema copilului depășește sfera sa de competență, ar fi să poată identifica problema și trimite copilul mai departe. Dar ca să facă asta, trebuie să aibă și să știe să aplice niște teste de evaluare specifice...” (director, Centru Județean de Resurse și Asistență Educațională)

De asemenea, conform fișei postului, consilierul școlar „asigură, prin intermediul procedurilor și tehnicilor specifice, prevenirea și diminuarea factorilor care determină tulburări comportamentale, comportamente de risc sau disconfort psihic. Tehnicile de intervenție în domeniul psihoterapiei și consilierii psihologice pot fi utilizate doar de către profesorul psiholog, conform atestării din partea Colegiului Psihologilor din România.”. Deși acest fapt este prevăzut, consilierii școlari care au participat la studiu apreciază că majoritatea colegilor lor nu pot acționa în acest sens (fapt susținut de structura consilierilor școlari din perspectiva licențierii – doar 1100 aveau studii în domeniul psihologiei în

anul 2009). Totodată, faptul că nu este cerută / susținută atestarea psihologului școlar (de Colegiul Psihologilor din România) constituie un alt minus al sistemului:

„E o hibă aici și la noi în județ, și dacă ați putea-o semnala aș fi foarte mulțumită...este că psihologul școlar este angajat în baza studiilor inițiale, a facultății și nu i se cere atestarea de liberă practică și o specializare pe o anumită baterie de teste, un curs de specializare pe un anumit tip de terapie. Aceștia rămân undeva la suprafața, la actul simplu de consiliere. Psihologul școlar nu are această calitate ... mai degrabă pregătire. Foarte puțini au. Pentru că nu îi obligă legea.” (director, Centru Județean de Resurse și Asistență Educațională)

O altă problemă în integrarea școlară a acestor copii, din perspectiva rolului consilierului școlar, o reprezintă numărul redus al acestor specialiști, coroborat cu faptul că, mai ales în mediul rural, un consilier școlar trebuie să acopere mai multe școli:

„Dacă comparăm regulamentul nostru care spune că trebuie un consilier școlar la 800 de copii, cu cel din Uniunea Europeană unde este un consilier la 500 de copii, diferența se vede. Asta e o problemă, dar noi ne-am adaptat la condițiile economice. Problema cea mai mare e că sunt școli care greu sunt acoperite, unii consilieri acoperă un număr mare de școli...” (director, Centru Județean de Resurse și Asistență Educațională)

Reticența părinților, și uneori a cadrelor didactice, constituie o altă dificultate în integrarea școlară a acestor copii:

„Este nevoie de acordul părinților pentru a lucra cu copilul...și uneori părinții nici nu vor să audă că copilul vine la psiholog, căci așa suntem văzuți de ei, este și o problemă de informare a acestora. Și atunci suntem între ciocan și nicovală. Trebuie să convingem familia, să trecem peste barierele lor, să îi convingem că totul este confidențial...Dar nu tot timpul și reușim...” (consilier școlar)

La început, când se înființează un cabinet într-o școală, părinții, dar uneori și cadrele didactice, merg pe ideea psihologului. La noi l-am denumit psihopedagog și chiar așa a rămas...Sună altfel, dar când îi spui psiholog școlar, deja părinții au rețineri...îl identifică în capul lor cu un psihiatru. Vă spuneam că și profesorul face uneori asta, ceea ce e extrem de rău...îi spune copilului: „dacă nu ești cuminte te trimit la psiholog”... Și pornind de la ideea preconcepută că la psiholog se duc nebunii vă dați seama ce iese. Trebuie făcute în continuare stagii de formare, de informare, pentru a se înțelege ce înseamnă consiliere, pentru a se înțelege că acest psiholog școlar, psihopedagog, consilier sau cum vrea să îl numească ministerul, lucrează cu copii aflați în normalitate psihică, dar care au o dificultate.(consilier școlar)

De ce merg copiii la consilierul școlar?

Focus group-urile la care au participat copii relevă faptul că imaginea consilierului școlar este, într-o mare măsură, distorsionată. Rolul acestuia, din perspectiva copiilor, nu poate fi clar conturat, însă pot fi desprinse anumite pattern-uri de raportare:

- consilierul școlar „este un psiholog care te ajută când ai o problemă de natură psihică”;
- consilierul școlar lucrează cu copii cu probleme de sănătate mintală;

- consilierul școlar ajută copiii cu probleme să se integreze în școală;
- rolul consilierului școlar este de a lucra cu toți copiii, prin orientarea lor în ceea ce privește viitoarea carieră;
- consilierul școlar „te susține atunci când ai un eșec” școlar sau dificultăți în relația cu anumiți profesori.

În ceea ce privește consilierii școlare participanți la studiu, principalele probleme pentru care apelează copiii la ei pot fi grupate în următoarele categorii:

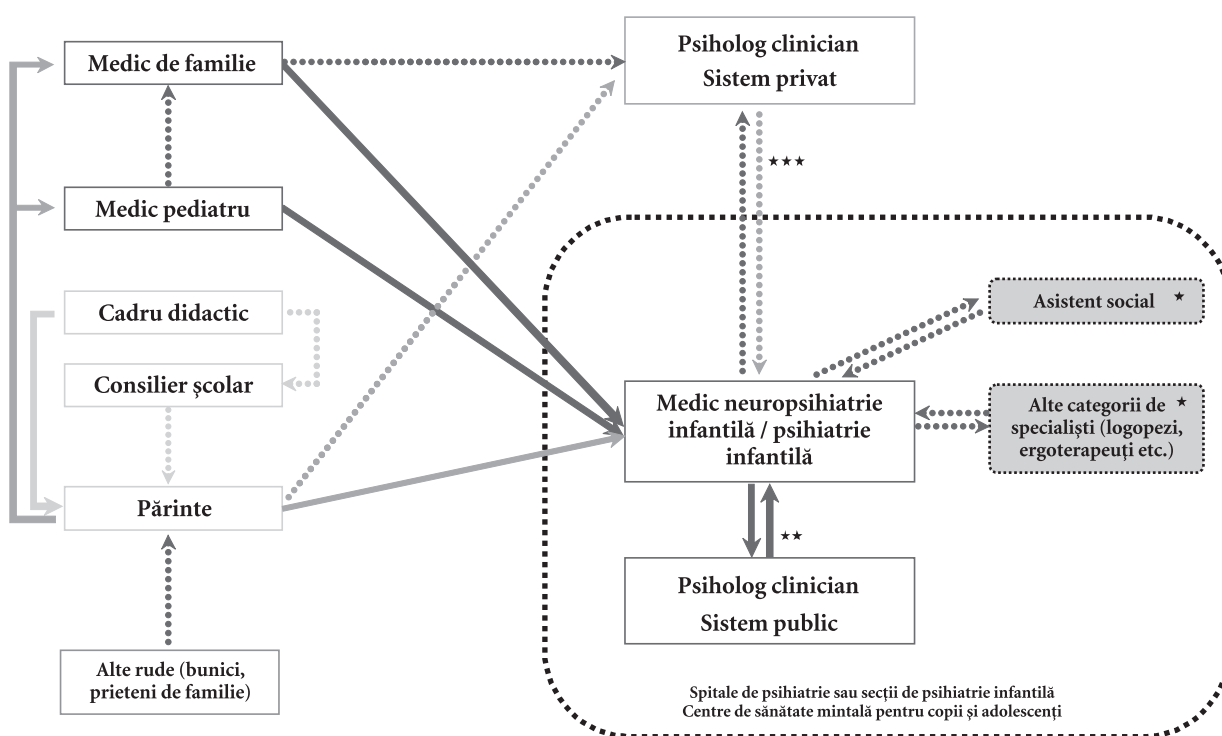
- probleme de integrare școlară (eșec școlar, tensiuni între colegi sau între elevi și profesori);
- probleme de natură emoțională tipice adolescenței;
- probleme în relaționarea cu familia / tensiuni în familie;
- necesitatea de a fi orientați în carieră.

V. „TRASEUL” COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN SISTEMUL DE ÎNGRIJIRI PSIHOSOCIALE

Prin descrierea „traseului” copiilor cu tulburări de sănătate mentală, studiul de față a urmărit să sublinieze, pe de o parte, categoriile de specialiști implicați „de facto” în terapia acestora iar, pe de altă parte, diferitele aspecte vulnerabile în relația dintre acești specialiști și posibile soluții de adresare a acestora.

De asemenea, am dorit să subliniem și rolul altor instituții sociale în ceea ce am denumit generic „traseul” copiilor. Astfel, cercetarea socială a inclus, în afara specialiștilor din sistemul de sănătate mentală, cadre didactice (educatori, învățători, profesori din ciclul gimnazial), consilieri școlari, părinți ai copiilor cu tulburări de comportament și copii de vârstă școlară.

Schematic, principalele categorii de specialiști și legăturile dintre aceștia pot fi reprezentate astfel:



* Dacă există în sistem.

** Relația este, de multe ori, axată pe diagnosticul copilului, nefiind o relație de complementaritate.

*** Liniile punctate descriu trasee alternative.

Cine identifică tulburările de sănătate mentală? În ce context sunt identificate?

Principala observație, referitor la identificarea și referirea problemelor de sănătate mentală a copiilor, este că **nu putem vorbi de un „traseu unic”, problemele copilului putând fi identificate de diferite persoane sau în diferite contexte sociale:**

- **Sistemul de învățământ.** Majoritatea participanților la studiu apreciază că problemele unui număr semnificativ de copii sunt identificate odată cu intrarea acestora în sistemul de

învățământ. Astfel, cadrul didactic sau consilierul școlar constituie primele persoane din „traseul” copilului, care, în majoritatea cazurilor anunță părinții acestuia. La acest nivel, pot apărea o serie de probleme:

- ✓ Cadrele didactice nu au, din perspectiva formării, competențe legate de sănătatea mintală. Astfel, problema copilului fie nu este corect identificată, acesta fiind considerat inițial un „copil problemă” ceea ce, de regulă, duce la marginalizarea acestuia în cadrul grupului; fie nu este identificată deloc – cazul majorității dificultăților de natură anxios-depresivă, care rareori se concretizează în comportamente care să atragă atenția sau să genereze îngrijorarea adultului.

„Dacă ar exista programe de formare pentru cadrele didactice pentru ca acestea să poată recunoaște, la un nivel minim, tulburările acestea, ar fi ideal. Dar, în practică, copilul întâi este etichetat ca oaia neagră a clasei. Trece astfel mult timp, se pierde timp mai bine spus....(psiholog clinician)

- ✓ Consilierul școlar nu are în prezent competențe de sănătate mintală, neputând juca, decât marginal, un rol în integrarea școlară a acestor copii sau în informarea cadrelor didactice;
- ✓ Instituția profesorului de sprijin nu este, decât parțial, cunoscută și funcțională. Cadrele didactice/ consilierii școlari care au participat la studiu apreciază că procedura prin care se solicită un profesor de sprijin pentru copiii cu cerințe educaționale speciale nu poate fi făcută decât la începutul anului școlar, prin prezentarea copilului în fața unei comisii de evaluare multidisciplinară (formată din psiholog, pedagog, psihopedagog și asistent social):
- **Familia.** Majoritatea profesioniștilor din domeniul sănătății mintale care au participat la studiu apreciază că familia joacă un rol destul de scăzut în identificarea sau recunoașterea problemelor de sănătate mintală a copiilor. Dat fiind că majoritatea acestor tulburări nu sunt foarte grave, familia tinde să amâne prezentarea la medic dintr-o serie de motive:
 - ✓ Problemele copilului sunt definite eronat – acesta este considerat „alintat”, „are prea multă energie”, „neastâmpărat”, „mai retras de felul lui” etc.;
 - ✓ Speranța că problemele copilului se vor atenua sau vor dispărea odată cu creșterea în vârstă;
 - ✓ Nivelul scăzut de informare a populației cu privire la problemele din sfera sănătății mintale;
 - ✓ Prejudecățile cu privire la sistemul de sănătate mintală: „copilul meu nu e nebun”, „dacă merg cu el la psihiatru sau psiholog, copilul meu va fi considerat nebun de ceilalți”;
 - ✓ Pediatrii și medicii de familie, profesioniștii din domeniul sănătății care interacționează primii și cel mai des cu copilul nu au competențe/ instrumente de screening al problemelor de sănătate mintală.

Deși majoritatea specialiștilor din sistemul de sănătate mintală apreciază că o proporție semnificativă a acestor tulburări se conturează în primii ani de viață și continuă sau se agravează ulterior dacă nu se iau măsurile adecvate, identificarea, dar mai ales definirea corectă, a acestora, în cele două contexte prezentate mai sus se face dificil.

Sunt necesare astfel, programe specifice de psihoeducație, campanii de informare și combatere a stigmatizării, programe de training parental care să țintească diferitele categorii de persoane cu care copilul intră în contact în primii ani de viață – părinți, profesioniști din medicina de familie și cea pediatrică, educatori, consilieri din învățământul preșcolar etc.

Acceptarea problemei

Cercetarea calitativă a subliniat existența unor dificultăți, din partea părinților, în acceptarea faptului că propriul copil poate suferi de o tulburare de sănătate mintală. Motivațiile principale ale acestora țin de imaginea socială a sistemului psihiatric, imagine afectată de o serie de stereotipuri/ prejudecăți - persoana cu tulburări de sănătate mintală este privită ca „alienată”, dependentă de ajutorul celor din jur, „posibil violentă”, internată într-un sistem închis. De asemenea, faptul că un copil beneficiază de îngrijiri în sistemul de sănătate mintală este considerat, de o parte a părinților și a cadrelor didactice, de natură să afecteze dezvoltarea ulterioară a acestuia:

„Nu pot să îmi închipui cum arată un astfel de centru pentru copiii aceștia...probabil e un spațiu închis, un fel de azil” (cadru didactic)

„Mă gândeam că dacă merg cu copilul la psihiatru va rămâne scris...în fișa copilului...și apoi toți o să zică de el că e nebun, nu va mai putea face o serie de lucruri, nu va mai fi primit la o școală bună...” (părinte)

„Când mi s-a spus de către medicul pediatru să merg cu copilul la CSM – ul de copiii am zis că nu se poate așa ceva. Copilul meu nu are cum să fie nebun...este adevărat, era mai agitat, făcea probleme și la școală, dar nu e nebun....

Și ce ați făcut?

Am mai stat o perioadă să vad ce se întâmplă, dar problemele cu școala au devenit din ce în ce mai grave...doamna învățătoare mi-a spus că dacă nu fac ceva cu I. nu îl mai primește la școală... îl lasă repetent...numai să îl mutăm la altă școală.” (părinte)

Odată cu acceptarea faptului că respectivul copil poate avea o problemă de sănătate mintală, decizia de a se adresa către sistemul de psihiatrie infantilă este a părinților acestuia, cu mențiunea că o puternică influență în luarea acestei decizii o pot exercita profesioniștii din sistemul educațional. **Pot apărea aici presiuni asupra părintelui care se concretizează în amenințarea cu excluderea/ mutarea din clasă a copilului, izolarea copilului în grupa de grădiniță sau în clasa de școală etc.**

„Mi-a spus învățătoarea în față...ori îl mutați ori îl las repetent...și ce era să fac...am vorbit cu directoarea de la școală, dar ea mi-a spus că e treaba învățătoarei...așa ca l-am mutat la altă școală” (părinte)

„Doamna directoare m-a chemat și mi-a cerut să îl mut...a zis că uite...e corijent la trei materii, deci în situație de repetenție. Și atunci a zis că dacă vin cu transferul vorbește cu profesorii să îi dea drumul, numai să scape de el.” (părinte)

„Se ajunsese, în prima grădiniță unde a fost copilul, la situații dramatice...educatoarea nu îl mai lăsa să se joace cu jucăriile, să se joace cu ceilalți copii...” (părinte)

Cui se adresează părinții?

Cercetarea calitativă a relevat faptul că părinții se adresează, de regulă, către următoarele categorii de profesioniști:

- ✓ Medic pediatru – majoritatea părinților afirmă că cer sfatul medicului pediatru având în vedere că, de regulă, există deja o relație de încredere cu acest specialist – acesta a mai văzut copilul cu ocazia altor probleme de sănătate;
- ✓ Medic de familie – motivele prezentării la medicul de familie sunt, în opinia părinților, necesitatea recomandării unui medic specialist sau necesitatea obținerii unui bilet de trimitere către instituțiile specializate în psihiatrie infantilă;
- ✓ Medic neuropsihiatrie infantilă/ psihiatrie infantilă – adresarea direct către medicul psihiatru este bazată, de regulă, pe recomandarea unui apropiat, pe informarea prealabilă a părintelui.
- ✓ Psiholog clinician din sistemul privat – o mică parte a părinților afirmă că s-au adresat direct unui psiholog din sistemul privat. Principala motivației a acestui pattern de adresare ține, fie de dorința de a evita sistemul public de sănătate mintală, văzut ca ineficient, fie de teama de a nu „psihiatriza” copilul. Principala limitare în accesarea acestui sistem ține de costurile ridicate ale terapiei, costuri nedecontate, de obicei, de Casa de Asigurări de Sănătate.

Cum referă specialiștii implicați în identificarea și tratarea acestor tulburări?

În ceea ce privește modul în care copiii cu probleme de sănătate mintală ajung în sistemul de psihiatrie, majoritatea medicilor și psihologilor clinicieni din domeniu identifică trei direcții distincte: medicul de familie, medicul pediatru și părinții. Marginal, o parte a profesioniștilor din instituții de sănătate mintală menționează și psihologii din sistemul privat.

Totodată, majoritatea specialiștilor care au participat la studiu subliniază importanța existenței unei relații de colaborare pe orizontală între nivelul medicină de familie și pediatrie (la care ar trebui adăugat nivelul consilierilor școlari, consideră unii medici psihiatri) și cel al serviciilor specializate de psihiatrie infantilă. Astfel, subliniază aceștia, medicii de familie și cei pediatri ar trebui să asigure o „filtrare” a cazurilor care ajung în sistemul de sănătate mintală. Totuși, acest rol de triere nu este decât parțial asigurat, din următoarele motive:

- medicii de familie nu au competențe în psihiatrie infantilă (nu este prevăzut în formarea lor inițială un stagiul de pregătire în psihiatrie pediatrică);
- medicii pediatri au prevăzut un stagiul de psihiatrie pediatrică însă, conform acestora, accentul este pus pe problematici severe, ori majoritatea cazurilor (conform aprecierilor medicilor psihiatri aproximativ 80 – 90 % dintre acestea) sunt de severitate medie sau moderată;
- există puține oportunități de cursuri de formare continuă în psihiatrie infantilă / utilizarea instrumentelor de screening;
- sunt foarte puțini consilierii școlari care au competențe în sănătate mintală (la nivelul județelor unde a fost desfășurată cercetarea, aproximativ 5 – 10 procente dintre aceștia au competențe în psihologie clinică sau screening).

Principala consecință a acestei trieri deficitare a cazurilor o reprezintă supraaglomerarea ambulatoriilor de specialitate și a Centrelor de sănătate mintală pentru copii și adolescenți. Cercetarea cantitativă oferă o măsură a acestei tendințe de aglomerare: astfel, în 2008, aproximativ 30 % dintre

copiii trimiși către un centru de sănătate mintală au fost fără tulburări clinice. Procentul crește la 44 % în 2009 și la 56% în primul semestru al anului 2010.

Merită subliniat că în modul de referire al specialiștilor poate fi identificat un anumit specific local, în ceea ce privește „traseul copilului” cu tulburări din sfera sănătății mintale. Astfel, acolo unde există o rețea (informală sau întreținută de diferite instituții din afara sistemului de sănătate mintală – instituții de tip ONG, de regulă) traseul copilului „se scurtează”, comunicarea dintre diferitele categorii de profesioniști este apreciată ca fiind mai eficientă, iar intervenția terapeutică poate avea loc mai devreme.

Ce se face efectiv pentru tratament?

În ceea ce privește sistemul de psihiatrie infantilă, majoritatea medicilor și psihologilor clinicieni subliniază importanța existenței unei echipe multidisciplinare în centrele de sănătate mintală, în spitalele de psihiatrie sau în secțiile de psihiatrie, însă, constituirea acesteia este foarte dificil de realizat din mai multe motive:

- Numărul redus de specialiști din sistem și absența unor categorii de profesioniști. Astfel, tratamentul efectiv este axat preponderent pe medicație, în dauna intervenției de tip psihoterapie;
- Numărul redus al clinicienilor specializați în problematica sănătății mintale pediatrice;
- Posibilitatea foarte redusă de intervenție în mediul de proveniență al copilului;
- Numărul redus de programe adresate părinților, cadrelor didactice și consilierilor școlari, persoane care, de regulă, prin rolul asumat în rutina de zi cu zi a copilului, condiționează într-o măsură semnificativă succesul oricărui tip de intervenție;
- Nedecontarea serviciilor de psihoterapie de către Casele de Asigurări de Sănătate, fapt ce le face prohibitive pentru o importantă categorie din populație.

Din aceste motive, terapia copilului este axată preponderent pe medicație, fapt de natură să scadă accesarea serviciului și eficiența intervenției.

Necesitatea programelor specifice adresate copiilor cu risc

O categorie care merită tratată separat din perspectiva identificării problemelor de sănătate mintală o reprezintă, conform participanților la interviuri, copiii cu risc de a dezvolta probleme din acest spectru. Majoritatea profesioniștilor din domeniu apreciază că pot fi identificate următoarele categorii de copii cu risc crescut:

- ✓ Copii ai căror părinți sunt diagnosticați cu afecțiuni psihice;
- ✓ Copii care provin din familii monoparentale;
- ✓ Copii cu părinți plecați la muncă în străinătate;
- ✓ Copii aflați în îngrijirea familiei extinse (bunici, alte rude);
- ✓ Copii care fac parte din medii socio-economice defavorizate;
- ✓ Copii instituționalizați sau aflați în plasament;
- ✓ Copii cu probleme de integrare în sistemul educațional (copiii exmatriculați, care repetă un an școlar etc.);
- ✓ Copii expuși la orice formă de violență sau abuz.

Totodată, focus group-urile cu părinți vin să întărească concluziile profesioniștilor din domeniul sănătății mintale cu privire la necesitatea programelor specifice copiilor cu risc. Deși nu putem vorbi de o abordare cantitativă a datelor culese prin această metodă, merită menționat, la nivel de tendință că, din 40 de părinți (de copii cu probleme de sănătate mintală) participanți, aproximativ 30 proveneau din familii disfuncționale.

VI. STIGMATIZAREA ȘI CONTEXTE SOCIALE ALE STIGMATIZĂRII

Înainte de a descrie contextele sociale ale stigmatizării, considerăm necesare anumite clarificări conceptuale. Astfel, stigmatul este definit de dicționarul de sociologie drept „orice atribut ori semn, fizic sau social, care devalorizează identitatea unui actor social până acolo încât el nu mai poate beneficia de întreaga acceptare a societății.”⁸. În strânsă legătură, discriminarea presupune tratarea inegală a anumitor indivizi sau grupuri în raport cu anumite trăsături cum ar fi dizabilitățile, apartenența etnică, religioasă, rasială etc. Discriminarea presupune și o acțiune, o dimensiune acțională și este bazată, de regulă, pe anumite prejudecăți. Prejudecata poate fi definită drept „judecată care nu are o justificare rațională și care, de obicei, este eronată / opinie, în general peiorativă, mai mult sau mai puțin implicită, fără verificare sau control critic.”⁹

Contexte ale stigmatizării

Studiul de față, fiind o cercetare calitativă de tip exploratoriu, identifică acele contexte sociale în care copilul este stigmatizat, dar nu poate oferi o măsură sau o ierarhizare a problemelor întâmpinate de copiii cu tulburări de sănătate mintală. Astfel, datele obținute vorbesc despre dificultățile resimțite de acești copiii și de părinții lor în relația cu anumite instituții sociale cu care interacționează: sistemul public și cel privat de psihiatrie infantilă, sistemul educațional, grupul de prieteni etc.

Principalul context social al stigmatizării, subliniază participanții la studiul calitativ, este reprezentat de sistemul de educație. Potrivit acestora, implicațiile acestui proces sunt de natură să limiteze atât integrarea copilului, cât și efectele terapiei. Principalele motivații care determină integrarea deficitară în sistemul de învățământ și, implicit, probleme legate de stigmatizare țin de:

- lipsa programelor de integrare adresate copiilor cu tulburări de sănătate mintală;
- lipsa programelor de formare a cadrelor didactice în lucrul cu acești copii;
- rolul redus pe care, din perspectiva formării, îl joacă consilierul școlar în integrarea școlară a copiilor cu tulburări de sănătate mintală.

Din perspectiva profesioniștilor în domeniul psihiatriei pediatrice, stigmatizarea copiilor cu probleme de sănătate mintală în sistemul de învățământ este cauzată de nivelul scăzut de informare cu privire la tulburările de sănătate mintală și de încălcarea confidențialității diagnosticului:

Dacă vorbim de discriminare, de stigmatizarea copilului, problema e mai complicată. Pot spune cu mâna pe inimă că nu cadrele medicale stigmatizează, ci diagnosticul....de fapt nu diagnosticul, ci lipsa de informații, de cultură a populației cu privire la acest diagnostic....

Puteți fi mai exact?...să îmi dați un exemplu dacă se poate...

Cum să nu...vedeți dumneavoastră, opinia generală cu care ne și luptăm e că noi lucrăm cu nebuni, cu alienați, nu cu oameni care au o problemă. Și atunci o vizită la psihiatru te poate

⁸ Dicționar de Sociologie, Coordonatori: Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu, Editura Babei, București 1993

⁹ Idem 2.

eticheta drept nebun...(să nu mai spun că și noi suntem văzuți ca nebuni). Revenind la copiii... uneori aceștia au o problemă care necesită o scutire medicală...scutire care ajunge la școală și pe care scrie psihiatrie. Ei, aici e problema, profesorul o vede și deja intră în alertă...iar diagnosticul nu mai e confidențial...se află imediat. Mai e și problema bârfei aici...și imediat află toți. Știu cazuri concrete, dar nu are sens să dau nume să nu îi discriminez și eu la rândul meu, în care au fost tensiuni între părinți și profesori din cauza unui diagnostic care ține de psihiatrie...și nu vorbesc aici de cazuri grave...ci de copii cu probleme minore, de cei care merg în școli normale...

Și ce soluție vedeți? Ce fac părinții în situația aceasta?

Soluția ar fi informarea populației, campaniile care să disocieze psihiatria de imaginea azilului de nebuni din filme și de cea a cămășii de forță. Dar asta nu pot face părinții. Părinții găsesc soluții alternative, spre exemplu iau o scutire de la medicul de familie, scutire în care scrie alt diagnostic. Nu e neapărat corect, dar dacă evită unele probleme, din punctul meu de vedere e de preferat...” (medic psihiatrie infantilă)

Eu nu am întâlnit în sistemul de psihiatrie infantilă probleme legate de stigmatizarea copiilor, dar în școală da, din păcate. Cine să-l stigmatizeze pe copil în psihiatrie, că în definitiv ori îl stigmatizează societatea în general, ori societatea școlară. Acela e grupul lui. Dar îl stigmatizează diagnosticul dacă el se află. Iar în școală se află cu o rapiditate extraordinară.

Cadrul didactic cum află diagnosticul?

Poate să afle de la părinte, deși mai rar, sau poate să afle din motivarea școlară pe care o dai ca medic. Află că a fost la tine, a fost internat în secție, are un bilet de externare. Obligatoriu trebuie să-i motivezi absențele. Școala, în mod normal, ar trebui să aibă un rol important în terapie...dar din păcate nu prea îl are...(medic psihiatrie infantilă)

Totodată, majoritatea părinților copiilor cu tulburări de sănătate mintală participanți la studiu identifică cel puțin o situație în care consideră că aceștia a avut de suferit în instituțiile de învățământ. Principalele acte de natură să stigmatizeze copilul sunt:

- izolarea acestuia în grupă sau în clasă;
- determinarea părintelui să mute copilul în altă școală / grădiniță la presiunea cadrelor didactice sau a părinților celorlalți copii.

“M-am dus la școală și am spus: “Domnilor, accept! Copilul meu are o problemă, trebuie să căutăm împreună o soluție” Iar învățătoarea mi-a răspuns: “Doamnă, în clasa mea toți ceilalți părinți au spus că încurcă procesul educativ, nu aveți decât să îl duceți la școala ajutătoare dacă doriți dumneavoastră, eu nu îl mai primesc în clasă”. (părinte)

“Copilul meu la grădiniță nu mai era lăsat să se joace cu jucăriile împreună cu ceilalți copii.... și știți de ce? Pentru că doamna de acolo a spus că ADHD-ul se ia...că îi molipsește și pe ceilalți” (părinte)

Pe de altă parte, cadrele didactice apreciază că implicarea părinților în integrarea școlară a acestor copii este redusă, fapt bazat fie pe lipsa de timp a acestora pentru a se dedica problemelor copilului, fie pe interesul scăzut cu privire la importanța actului educațional:

„De multe ori nu avem suportul părinților. Aceștia au pretenția că odată ce au adus copilul la școală au scăpat de orice responsabilitate, nu îi mai interesează, spun că este problema noastră, a profesorilor. Iar când noi le spunem că nu ne mai putem descurca cu un copil ei consideră ca avem noi ceva cu el.” (cadru didactic)

„Asta e societatea în care trăim. Nu mai au timp să se ocupe de copil, de problemele lui...stau cu copilul o oră, două pe zi și acest lucru se vede...neavând timp, nici în problemele școlare nu se mai implică.” (cadru didactic)

Sistemul public de psihiatrie infantilă este perceput de părinții, cadrele didactice și copiii participanți la studiu drept un „potențial generator” de stigmatizare. **Trebuie menționat aici că vorbim de anumite prejudecăți cu privire la instituțiile de sănătate mintală, neputând fi identificate situații tipice (pattern-uri) de discriminare a copilului din perspectiva tulburărilor de care suferă.** Acestea se concretizează, de regulă în tendința de a amâna prezentarea la medic, sau de a căuta soluții alternative, precum serviciile de sănătate oferite de mediul privat. Principalele motivații, conform participanților la studiu, sunt legate de:

- teama de reacția celor din jur, a familiei sau a grupului de prieteni,
- percepția distorsionată a serviciilor publice de psihiatrie,
- asocierea acestor servicii cu problematici severe:

„Mi-a fost frică inițial să merg cu copilul la medicul psihiatru...la spital...

De ce anume v-a fost frică mai exact?

De ce o să zică ceilalți...rudele, prietenii, profesorii copilului dacă află. Cel mai mult mi-a fost frică de reacția lor. Și soțul mi-a spus....dacă se află o să zică lumea că suntem o familie de nebuni. Sincer să vă spun soțul meu nu știe nici acum că V. a început terapia prin centrul acesta...” (părinte)

„Mai repede aș merge la un psiholog decât la psihiatru, dacă aș simți că am o problemă....

De ce la un psiholog?

Nu știu...aș merge la un cabinet privat, cred că m-aș simți mai în siguranță acolo...la spitalul de psihiatrie ajung doar cei cu probleme grave, care nu mai știu de ei...la psiholog te duci singur, la psihiatru te duc alții” (copil, participant la focus group)

„Sunt și părinte, sincer vă spun, dacă copilul meu ar avea o problemă, aș prefera să merg la un cabinet privat. Aș merge întâi la un psiholog și, dacă el mi-ar spune să merg și la psihiatru, aș merge la un cabinet privat. De ce? Sincer nu știu....poate am deja o imagine formată despre spitalele de psihiatrie, despre ce se întâmplă acolo, vezi atâtea lucruri la televizor, citești în presă....nu cred că ceea ce zic e bine neapărat, dar eu așa aș face.” (cadru didactic)

„Încerc să îmi dau seama cât mai exact ce poate avea copilul înainte să îi spun părintelui să meargă cu el la psihiatrie infantilă...și, dacă consider că este nevoie, îi spun cât mai delicat posibil. Dacă nu consider că e ceva grav, îl îndrum către psiholog, nu către psihiatru.” (medic de familie)

Ca urmare a imaginii distorsionate pe care o au serviciile de psihiatrie, pot apărea, în cazul acestor copii, probleme de integrare în grupul de prieteni sau situații în care copilul cu tulburări de sănătate mintală este marginalizat:

„M. le-a spus copiilor de afară că a fost la medicul psihiatru...și știți cum sunt copiii...a devenit ținta glumelor acestora....” (părinte)

„Vă pot povesti de un caz de la noi de la școală. Era un băiat, mai ciudat că să zic așa, nu prea vorbea cu noi. Nu prea vorbea cu nimeni mai exact....

Și ce s-a întâmplat?

Am aflat că are anumite probleme, că părinții l-au dus la psiholog sau psihiatru, nu știu exact. Înainte să aflăm asta am încercat de multe ori să îl integram în clasă...el venise și mai târziu, nu era coleg cu noi din clasa a cincia. Dar după ce s-a aflat, o parte din colegii de clasă au început să facă mișto de el...mie una mi-a fost milă....Avea și probleme la învățătură, așa că din clasa a șaptea părinții l-au mutat la o altă școală...” (copil)

Referindu-ne la principalele contexte ale stigmatizării, prezentate mai sus, trebuie menționat că studiul de față poate identifica doar tendințe și motivații ale acestor comportamente. Datele sociale fiind culese prin metode calitative nu pot oferi o măsură a acestor fenomene. Considerăm astfel că sunt necesare, în continuare, studii de tip cantitativ, care să poată oferi o dimensiune problemelor resimțite de copii, pentru o fundamentare cât mai exactă a viitoarelor campanii de informare și combatere a stigmatizării.

XIII. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

VII.1 Principalele concluzii

Dificultățile întâmpinate de copiii cu probleme de sănătate mintală în relația cu instituțiile specializate (Centre de sănătate mintală pentru copii și adolescenți, Spitale de psihiatrie infantilă sau Secții de psihiatrie infantilă) țin / sunt cauzate de:

- faptul că sistemul public de sănătate mintală pediatrică este excesiv orientat spre aspectele curative în detrimentul prevenției;
- numărul redus de specialiști din sistem (la nivelul anului 2007 existau în România aproximativ 200 de medici specializați în psihiatrie infantilă; de asemenea, și alte categorii de specialiști sunt insuficient reprezentate – psihologii clinicieni, logopezi, ergoterapeuți, asistenți social) face ca echipa terapeutică să fie foarte dificil de constituit, iar intervenția terapeutică să fie axată preponderent pe medicație;
- în strânsă legătură cu dificultatea de a crea echipa terapeutică, apare problema „închiderii în sine a sistemului”, a lipsei colaborării eficiente cu sistemul educațional și cu cel de protecție a copilului;
- sistemul este considerat verticalizat în mod excesiv, colaborările pe orizontală fiind foarte reduse (colaborarea între medicul de familie, cel pediatru și psihiatru, spre exemplu);
- reticența părinților, fapt care se traduce în amânarea prezentării la medic sau în solicitarea ajutorului de specialitate până în momentul în care simptomele sunt evidente și părintele nu mai poate „stăpâni” copilul, ori acesta din urmă are dificultăți evidente în a se integra în diverse colectivități (grădiniță, școală).

Analiza datelor cantitative reliefează, la rândul ei, unele probleme ce caracterizează sistemul de sănătate mintală. Informațiile culese evidențiază discrepanțe semnificative între spitalele și clinicile incluse în studiu, în ceea ce privește diagnosticele pe care le primesc copiii și adolescenții care accesează un serviciu de sănătate mintală. Acest lucru poate fi cauzat de:

- existența unor ghiduri clinice care recomandă proceduri de evaluare și intervenție pentru diferite tulburări de sănătate mintală care nu sunt încă pilotate, nu sunt distribuite în teritoriu sau nu sunt promovate de colegiile profesionale,
- diferențele de competențe și pregătire oferite de școala românească de medicină în diferitele etape ale existenței sale,
- implicarea clinicilor în studii de farmacoterapie, fapt care crește probabilitatea identificării și diagnosticării în exces a copiilor cu o anumită patologie etc.

Problemele de integrare școlară a copiilor cu tulburări din sfera sănătății mintale sunt generate de lipsa unei programe școlare adaptate, de numărul redus al consilierilor școlari coroborat cu faptul că mare parte a acestora nu au competențe în sănătate mintală, dar și de modul deficitar de funcționare a instituției profesorului de sprijin.

Identificarea primară a problemelor de sănătate mintală ale copiilor are loc, de obicei, odată cu accesarea în sistemul de învățământ (preșcolar sau școlar). De regulă, cadrele didactice semnalează părinților problemele copilului, aceștia din urmă adresându-se, de cele mai multe ori, medicului

pediatru sau celui de familie. În cazul acestor categorii de specialiști, apare problema lipsei competențelor de psihiatrie infantilă (în cazul medicului de familie) și a axării competențelor pediatrilor spre problematicile grave din psihiatrie (în condițiile în care majoritatea copiilor suferă de tulburări medii sau ușoare). Acest fapt se traduce într-o triere deficitară a cazurilor a cărei principală consecință o reprezintă supraaglomerarea ambulatoriilor de specialitate și a Centrelor de sănătate mintală pentru copii și adolescenți.

Majoritatea profesioniștilor din domeniu apreciază că sunt necesare **programe specifice** pentru copiii cu risc de a dezvolta o tulburare din spectrul sănătății mintale. Principalele categorii de risc sunt reprezentate de copiii cu părinți cu afecțiuni psihice, care provin din familii monoparentale, cu părinți plecați la muncă în străinătate, aflați în îngrijirea familiei extinse (bunici, alte rude), care fac parte din medii socio-economice defavorizate, instituționalizați sau aflați în plasament, cu probleme de integrare în sistemul educațional, expuși la orice formă de violență sau abuz.

Principalul context social de stigmatizare a acestor copii sunt instituțiile de învățământ. În acest caz, problemele întâmpinate de copii merg de la marginalizarea acestora în clasă / grupă, până la determinarea părinților să îi mute din școală / grădinița respectivă.

VII.2 Recomandări

- ! Definitivarea și aprobarea Strategiei de sănătate mintală pentru copii și adolescenți (document aflat în lucru);
 - ! Introducerea unui modul de psihiatrie infantilă în formarea medicilor de familie;
 - ! Axarea modulului din formarea medicilor pediatri și pe patologii medii și ușoare, dar extrem de frecvente;
 - ! Încurajarea programelor de formare continuă pentru medicii de familie și pediatri (dezvoltarea de competențe în sănătate mintală);
 - ! Încurajarea consilierilor școlari pentru a obține competențe de screening în sănătate mintală;
 - ! Încurajarea programelor de formare continuă pentru cadre didactice pentru a dobândi cunoștințe minimale cu privire la tulburările de sănătate mintală;
 - ! Dezvoltarea de rețele de comunicare între medici psihiatri, psihologi clinicieni, medici de familie, pediatri, consilieri școlari;
 - ! Deblocarea și scoaterea la concurs a posturilor din Centre de sănătate mintală pentru copii și adolescenți, spitale sau secții de psihiatrie (psihologi clinicieni, psihoterapeuți, asistenți sociali etc.);
 - ! Dezvoltarea serviciilor de parenting și intervenție în familie;
 - ! Decontarea serviciilor de psihoterapie de către Casa de Asigurări de Sănătate;
 - ! Dezvoltarea de programe specifice adresate copiilor cu risc;
 - ! Dezvoltarea de programe care să sprijine continuitatea terapiei ca adulți.
-

XV. ÎN LOC DE ÎNCHEIERE...sau un „making off” al studiului

*„la psiholog te duci singur, la psihiatru te duc alții...”
(copil, 14 ani, participant la focus group)*

Și, pentru că acest studiu a însemnat peste 120 ore de interviu sau focus group, iar opiniile, atitudinile și istoriile de viață ale participanților merită menționate, prezentăm aici o mică parte dintre ele, grupate în funcție de principalele direcții de cercetare. Acestea reliefează crâmpiele din trăirile, experiențele și, de ce nu, speranțele acestor persoane:

Sistem de psihiatrie infantilă, sau cum este privită psihiatria infantilă...

„ — *Care sunt primele cuvinte care vă vin în minte când auziți spital de psihiatrie?*

— *Mulți nebuni închiși laolaltă...garduri, gratii, oameni solizi îmbrăcați în alb care îi păzesc, pereți capitonați...*

— *Dar spital de psihiatrie infantilă... de psihiatrie pentru copii?*

— *La fel... dar fără prea multă pază... Copii bolnavi... care or să rămână pentru multă vreme acolo?*

— *De ce să rămână foarte multă vreme acolo?*

— *Pentru că bolile astea nu se vindecă... odată ce ai înnebunit rămâi așa” (copii, focus group)*

„ — *Dacă ar fi să vorbim despre nevoile de formare sau de informare ale specialiștilor din domeniu, care ar fi acestea?*

— *Nevoi de informare? Ar fi nevoie de specialiști întâi ca să ai pe cine forma...de mai mulți specialiști mai exact. Eu am un singur clinician aici....dacă el se îmbolnăvește, intră în concediu sau altceva...s-a dus echipa terapeutică...” (medic psihiatrie infantilă)*

„ — *Cum ați descrie, în câteva cuvinte, sistemul românesc de psihiatrie infantilă?*

— *Ați fost vreodată la Socola?*

— *N-am ajuns încă... dar va trebui să merg și acolo... să fac un interviu cu cineva de acolo.*

— *Bine că doar pentru un interviu (râde)... să vă povestesc eu... este poziționat pe un deal lângă Iași. Înainte era un loc izolat, acum nu mai este, că s-au construit tot felul de case... are o grămadă de pavilioane, cu curți interioare și gratii la fereastră, pereți scorojiți și îngălbeniți... un loc foarte deprimant. Când am fost prima dată am rămas șocată... bine, nu vorbesc de specialiștii de acolo...c are sunt niște oameni cu totul deosebiți... spun cum arată spitalul... vă dați seama ce imagine își face cineva care nu are nici o legătură cu sistemul când vede asta? Poate și de aici provin prejudecățile cu privire la psihiatrie...” (medic psihiatrie infantilă)*

„ — *Dacă ar trebui să descrieți, în câteva cuvinte, sistemul românesc de psihiatrie infantilă care ar fi acestea?*

— *Nu m-am întrebat niciodată asta...Dumneavoastră ce ați spune? Sunteți sociolog și studiați asta...veniți din afara sistemului, poate sunteți imparțial...*

— *Eu încerc să înțeleg cu funcționează...momentan mi-e greu să îmi clarific o opinie...*

- Și eu încerc asta...de 30 de ani...
- Și nu ați reușit? De ce spuneți asta?
- Mi-e greu să înțeleg haosul... și pe zi ce trece e mai mult haos... din păcate...” (medic psihiatrie infantilă)

„Mi-a spus odată un copil (un băiețel foarte inteligent, cu ADHD) că preferă să se ducă la dentist decât la psihiatru. Eu, firesc, l-am întrebat de ce? Știți ce mi-a răspuns? Că de dentist îi e frică dar scapă repede...dar de psihiatru îi e și mai frică... să nu îl oprească acolo...” (psiholog clinician)

Probleme familiale și importanța familiei în terapie...

„Diagnosticul pentru părinți...sunt două tulburări de personalitate. Deci vă dați seama ce atmosferă e în casa aceea? În momentul în care vine copilul și în două minute se liniștește și plânge, spunându-ți că el în familie nu a avut o masă în șapte ani, care să nu se termine cu țipete, urlate sau bătaie. Sau, în cel mai fericit caz, reproșuri. Întâi și întâi te uiți către familie și regăsești cel puțin în comportamentul unui părinte aspecte disfuncționale ca să nu mai vorbim de adevărate patologii... » (psiholog clinician)

„ - Am întâlnit unele cazuri absolut dramatice. Iar unul dintre acestea este situația unui copilăș care era prepsihotic....dar un copil foarte inteligent, supradotat aș spune, care la 11 ani a venit și mi-a spus că s-a autodiagnosticat din DSM.

- DSM fiind?

- Un manual de diagnosticare a tulburărilor de sănătate mintală. Ideea e că acel copil s-a autodiagnosticat, și-a văzut toată simptomatologia bine, erau punctate și halucinațiile, toate trăirile lui. Iar părinții lui nu au vrut să accepte lucrul acesta și l-au retras...acel copil va avea, va deveni o mare problemă...

- L-au retras de unde?

- De la terapie...din dialogul cu specialiștii, atât psihiatri cât și psihologi. Și nu e vorba de o familie modestă, părinții sunt oameni înstăriți, intelectuali...dar nu ține se pare de gradul de instrucție al părinților ci de neputința lor de a accepta anumite situații...vedeți, de aceea vă spun că e importantă consilierea familiei...” (psiholog clinician)

„- Să vă prezint istoria unui tânăr...pentru că e un exemplu clasic de gestionare proastă a situație de către familie, școală și alte instituții, a tot ceea ce s-a întâmplat. Un exemplu clar în care echipa terapeutică n-a colaborat, n-a putut fi făcută...părinții au mascat problema, după câteva vizite la psihiatrie nu s-au mai dus, copilul a mers din eșec în eșec la școală și a ajuns acum, la 19 ani în retard...

- Cum adică în retard?

- În retard psihic. Părinții au ajuns atât de mult să i se supună încât umblă după el prin casă să mănânce, el refuză cu orele și așa mai departe...și are o agitație specifică, îi place să se poarte ca un copil că astfel este servit. Dar când iese în lume constată că prietenii lui sunt ancorați în viața socială altfel, l-au depășit cu mult. El și-ar dori să fie în rând cu ei dar nu reușește...n-are cum. Și atunci începe durerea și revolta...pe părinți, pe toți...” (psiholog clinician)

„- Au devenit copiii ca și coletele...vin dimineată, îi dau jos din mașină în curtea școlii, după ce termină orele merg la alte ore, după amiază îi ia bunica....apoi acasă stă în fața calculatorului, e liniștit că butonează acolo pe tot felul de site-uri. Părintele sau cine e acasă e mulțumit că nu deranjează, că nu face mizerie, dar copilul nu comunică cu nimeni; de fapt, nu socializează...

- Și ce s-ar putea face?

- Glumind spun....ar trebui să fie nevoie de un permis de părinte pentru unele persoane înainte de a face copiii...dar cum așa ceva nu se poate...sunt necesare programe prin care oamenii să fie învățați ce înseamnă să fie părinți” (consilier școlar)

Probleme școlare...

„Din ce am constatat din ce în ce mai mulți copii sunt identificați, sau, mai bine zis, problemele lor devin evidente în școală. Bine, putem vorbi aici și de ADHD ca o modă...orice copil mai răzgâiat, mai răsfățat sau mai agitat este catalogat imediat că are ADHD. Cel puțin așa se vede de aici de la mine, nu spun că e o regulă. Dar ce pot spune cu tărie este că personalul din școli este absolut necalificat în zona aceasta. La mine au ajuns multe familii cărora copiii le-au fost „bușiți” ca să zic direct....” (psiholog clinician)

„ - Copilul făcea toate nebuniile pe acolo...și de ce credeți că nu se putea integra? În trei ani schimbuse trei învățătoare. Ce vină avea el că una l-a tratat într-un fel și alta în alt fel? La mine când vine un copil nou în clasă încerc să îl prezint într-o lumină cât mai frumoasă și să avem grija, cum să îl ajutăm, unde să îl așezăm în bancă...dar sunt și excepții printre colegii mei... cazurile sunt izolate, dar de existat exista. Și nu numai într-o școală, există în mai multe. Și atunci ce credeți că se întâmplă? Păi dacă tu ca învățător vii și zici „nu vă mai jucați cu el”, ceilalți copii ce fac? Copilul de care vă ziceam nu este violent în sine, este violent pentru că nu are atenție, nu i se dă atenție și atunci o obține singur. Cum? Împingând, împungând, stricând ceva...El trebuie să iasă în evidență...”

- Și atunci învățătorul ce trebuie, ce poate să facă?

- Trebuie să se lupte să îl integreze. Dar nu numai el...ci și familia copilului. Și, vă spun, poate nu e o regulă, dar când avem un copil cu probleme se întâmplă ca și familia să fie cu probleme...atunci e mai greu....dar revenind...la clasele primare e mai ușor. Copiii au o singură învățătoare, e mai simplu pentru ei...la gimnaziu e altceva. Profesorii sunt mai mulți, lucrează cu mai multe clase, nu pot avea atâta răbdare. Și în plus, chiar ca și specializare e ceva diferit. Învățătorii au mai multe cunoștințe de psihologia copilului, fac mai mult în școală. Profesorii nu. Ei știu, de regulă, materia lor și atât. Iar când un copil e obraznic nu mai stă nimeni să se întrebe de ce...e mai ușor să i se pună o notă proastă” (cadru didactic)

„ - Eu am încercat să îi sugerez mamei, e vorba de o familie monoparentală aici, să încerce să meargă cu V. la un psiholog ceva...dar nu a vrut nici măcar să audă. Eu acum ce pot să fac...trebuie să suport, că orice am încercat să fac să îl liniștesc nu am reușit.

- Ce anume ați încercat?

- Dar ce n-am încercat...și cu vorba bună, și cu calificative mici, și încercând să îi dau tot timpul ceva de făcut să nu se plictisească....dar nu mai fac față....” (cadru didactic)

Stigmatizare și contexte ale stigmatizării...

„Eu unul nu știu nici un caz, nu m-am lovit niciodată de o situație în care să spun că un copil a fost discriminat în sistemul de psihiatrie. Nu vorbesc aici de mine, că nu aș fi crezută...ci de colegii mei. Dacă ceva stigmatizează, creează probleme în acest sistem nu este modul de privire a cazului ci problemele cu care ne confruntăm...suntem aglomerați, nu avem timp să stăm la discuții, să explicăm părintelui cum ar trebui problemele copilului și atunci acesta s-ar putea simți respins....dar e ceva general....nu caracteristic unui anumit copil...altfel spus nu personalul stigmatizează un copil, ci problemele sistemului ca atare, dar nu stigmatizează un om anume....ci pe toți...asta e marea problemă.....” (psiholog clinician)

„Vorbim de discriminarea copilului...și sunt lucruri grave și foarte importante aici...dar ca să vă faceți o idee de unde provine, care sunt resorturile acestei probleme, să vă povestesc puțin de prejudecățile cu privire la psihiatri...sau psihoterapeuți....nu de puține ori aud „sunteți mai nebuni decât nebunii voștri”...din moment ce psihiatria e privită ca un loc unde nebunii umblă liberi, de o parte și de alta a barierei, cum vreți să fie privit un copil cu un diagnostic de genul?” (medic psihiatrie infantilă)

IX. ANEXE

I. Instrumente de cercetare

1. Ghid interviu – specialiști în domeniu

1. Sistemul de sănătate mintală pediatrică din România – care sunt principalele elemente care îl caracterizează, care sunt punctele forte, care sunt punctele slabe, ce ar trebui schimbat, în ce sens ar trebui să aibă loc schimbările, cine ar putea fi actorii schimbărilor?

2. Prevalența tuburărilor mintale – care sunt datele disponibile și necesarul de informații (la nivelul României). Există diferențe între datele disponibile pe diferite categorii de afecțiuni?

3. Care sunt principalele tulburări mintale caracteristice următoarelor categorii de vârstă:

- Preșcolar (3 – 6 ani)
- Școlar mic (7 – 11 ani)
- Preadolescenți și adolescenți (12 – 18 ani)

Prin ce se caracterizează serviciile adresate fiecărei categorii, care sunt principalii specialiști implicați? Descrieți în câteva cuvinte rolul fiecărui specialist. Care este modul în care aceștia interacționează? (există un pattern ideal de interacțiune?).

4. Referindu-ne la următoarele categorii de tulburări mintale:

- ADHD
- Anxietate
- Depresie

Care este traseul copilului afectat? Cine îl identifică, cui referă? Descrieți rolul fiecărui specialist implicat în tratamentul acestor copii.

Abordarea terapeutică. Ce se face efectiv pentru tratament?

5. Stigma asociată tulburărilor mintale. *Descrieți o situație tipică.*

2. Ghid Focus Group - părinți

1. Haideți să facem un tur de masă. Care sunt primele cuvinte care vă vin în minte când auziți:

- Probleme de natură emoțională
- Tulburări de comportament
- Sistem de sănătate mintală

2. Sistemul de sănătate mintală pediatrică din România

Haideți să vorbim mai mult despre sistemul de sănătate mintală. Care sunt principalele elemente care îl caracterizează, care sunt punctele forte, care sunt punctele slabe, ce ar trebui schimbat, în ce sens ar trebui să aibă loc schimbările, care ar putea fi actorii schimbărilor?

3. Istoricul problemelor . *Când au apărut primele probleme? Care au fost acestea? Ce v-a determinat să apelați la un specialist? Au fost persoane care v-au recomandat să apelați la un specialist? Cine au fost aceste persoane?*

4. Traseul copilului.

Ce ați făcut când s-au manifestat primele probleme? Cui v-ați adresat? De ce?

Care a fost diagnosticul pus de această persoană? V-a recomandat să consultați și un alt specialist? Care a fost acesta?

5. Relația cu școala.

Cum ați caracteriza, în câteva cuvinte relația copilului dvs. cu școala? De ce?

Profesorii / învățătoarea (ul) copilului dvs știu de problemele copilului? Care a fost reacția acestora? Dar consilierul școlar? Care a fost reacția acestuia ?

7. Stigma asociată tulburărilor mintale.

A fost vreodată (ați simțit dvs.), în orice context, copilul dvs. tratat diferit? În ce a constat acest lucru? Cine au fost actorii? Unde? Descrieți o situație tipică.

8. Soluții.

3. Ghid Focus Group - cadre didactice

1. Haideți să facem un tur de masă. Care sunt primele cuvinte care vă vin în minte când auziți:

- Probleme de natură emoțională
- Tulburări de comportament
- Sistem de sănătate mintală

2. Sistemul de sănătate mintală pediatrică din România

Haideți să vorbim mai mult despre sistemul de sănătate mintală. Ce știți despre el? Dacă aveți cunoștințe despre acest sistem, care sunt principalele elemente care îl caracterizează, care sunt punctele forte, care sunt punctele slabe, ce ar trebui schimbat, în ce sens ar trebui să aibă loc schimbările, care ar putea fi actorii schimbărilor?

3. Relația cu școala.

Care este rolul cadrului didactic în integrarea școlară a copiilor cu tulburări din sfera sănătății mintale? Care este rolul consilierului școlar? Există o relație de colaborare între cadre didactice și consilier școlar? Pe ce este bazată această relație?

Care este rolul părintelui în integrarea școlară a copiilor cu tulburări din sfera sănătății mintale? Cum descrieți relația între părinte și cadru didactic? De ce? Cum ar putea fi îmbunătățită această relație?

7. Stigma asociată tulburărilor mintale.

A fost vreodată (ați simțit dvs.), în orice context, un elev de-al dvs. tratat diferit? În ce a constat acest lucru? Cine au fost actorii? Unde? Descrieți o situație tipică.

8. Soluții.

4. Culegere date cantitative, model solicitare

FIȘĂ – evidența copiilor cu tulburări de sănătate mintală

1. Instituția:

2. Localitatea

3. Județul

4. Numărul total de copii care au beneficiat de serviciile instituției pe care o reprezentați în anii 2008, 2009 și 2010 – semestrul I (număr de intrări):

An:	2008	2009	2010 (sem. I)
Număr copii beneficiari:			

5. Dintre copiii menționați mai sus, câți au fost diagnosticați cu următoarele tulburări de sănătate mintală:

Număr copii Tip tulburare	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism									
ADHD									
Depresie									
Tulburare de conduită									
Tulburări de anxietate									
Consum substanțe									
Alte tulburări									
Fără tulburări clinice									

Organizația Salvați Copiii vă mulțumește pentru sprijin!

II. DATE STATISTICE

Tip instituție	Spital clinic de copii								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	11	24	35	11	23	34	4	10	14
ADHD	65	115	180	51	126	177	19	60	79
Depresie	8	0	8	3	3	6	1	0	1
Tulburare de conduită	23	16	39	23	17	40	48	41	89
Tulburări de anxietate	6	4	10	8	4	12	7	8	15
Consum substanțe	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Alte tulburări	180	181	361	134	144	278	51	55	117
Fără tulburări clinice	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	293	340	633	230	318	548	130	174	315

Tip instituție	Spital clinic de neuropsihiatrie								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	0	1	1	4	0	4	1	2	3
ADHD	4	7	11	5	19	24	5	8	13
Depresie	8	4	12	7	3	10	3	4	7
Tulburare de conduită	13	11	24	12	18	30	4	6	10
Tulburări de anxietate	8	9	17	19	10	29	5	2	7
Consum substanțe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alte tulburări	87	93	180	105	117	222	51	48	99
Fără tulburări clinice	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	120	125	245	152	167	319	69	70	139

Tip instituție	Secție psihiatrie infantilă								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	14	27	41	14	33	47	5	21	26
ADHD	28	73	101	14	74	88	4	32	36
Depresie	8	8	16	9	7	16	7	2	9
Tulburare de conduită	4	38	42	6	30	36	4	9	13
Tulburări de anxietate	9	12	21	12	5	17	8	4	12
Consum substanțe	5	2	7	1	1	2	2	2	4
Alte tulburări	54	109	163	68	89	157	19	46	65
Fără tulburări clinice	2	12	14	-	-	-	-	-	-
Total	124	281	405	124	239	363	49	116	165

Tip instituție	Spital clinic de neuropsihiatrie								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	25	145	170	20	116	136	19	24	43
ADHD	210	460	670	168	342	510	61	111	172
Depresie	45	50	95	36	40	76	22	16	38
Tulburare de conduită	155	315	470	128	218	346	122	134	256
Tulburări de anxietate	350	421	771	280	356	636	131	134	265
Consum substanțe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alte tulburări	1010	1675	2685	808	1340	2148	330	357	687
Fără tulburări clinice	5	20	25	4	16	20	6	17	23
Total	1800	3086	4886	1444	2428	3872	691	793	1484

Tip instituție	Centru de sănătate mintală								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	35	42	77	33	43	76	37	58	95
ADHD	44	154	198	106	343	449	84	283	364
Depresie	93	59	152	135	55	190	84	42	126
Tulburare de conduită	119	129	248	109	176	285	82	160	242
Tulburări de anxietate	149	133	282	125	92	217	105	65	170
Consum substanțe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alte tulburări	449	687	1136	505	734	1239	295	375	670
Fără tulburări clinice	460	452	912	771	1213	1984	922	1207	2128
Total	1349	1656	3005	1784	2656	4440	1609	2190	3795

Tip instituție	Spital clinic de neuropsihiatrie								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	11	34	45	20	36	56	11	16	27
ADHD	35	104	139	34	92	126	13	64	77
Depresie	24	20	44	39	11	50	11	6	17
Tulburare de conduită	64	170	235	64	125	216	38	58	96
Tulburări de anxietate	23	20	43	44	28	72	12	7	19
Consum substanțe	13	21	34	6	9	15	1	4	5
Alte tulburări	227	365	592	235	336	571	142	178	320
Fără tulburări clinice	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	397	735	1133	442	637	1106	228	333	561

Tip instituție	Secție psihiatrie infantilă								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	-	-	349	-	-	446	-	-	224
ADHD	-	-	1221	-	-	1788	-	-	919
Depresie	-	-	153	-	-	104	-	-	48
Tulburare de conduită	-	-	409	-	-	416	-	-	187
Tulburări de anxietate	-	-	132	-	-	261	-	-	146
Consum substanțe	-	-	138	-	-	157	-	-	48
Alte tulburări	-	-		-	-		-	-	
Fără tulburări clinice	-	-	2402	-	-	3172	-	-	1572
Total	-	-	349	-	-	446	-	-	224

Tip instituție	Spital clinic de neuropsihiatrie								
	Anul 2008			Anul 2009			Anul 2010 (sem. I)		
Tip tulburare	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total	Fete	Băieți	Total
Autism	1	7	8	4	20	24	1	2	3
ADHD	8	23	31	2	30	32	8	14	22
Depresie	9	3	12	12	1	13	5	2	7
Tulburare de conduită	124	105	229	123	110	233	46	51	97
Tulburări de anxietate	16	7	23	3	6	9	2	0	2
Consum substanțe	0	2	2	0	2	2	0	0	0
Alte tulburări	113	108	221	87	56	143	45	48	93
Fără tulburări clinice	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	271	255	526	231	225	456	107	117	224

Salvați Copiii România promovează de 20 ani drepturile copilului, în acord cu principiile Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului.

Este membră a Save the Children International, cea mai mare organizație independentă din lume de promovare a drepturilor copiilor, ce cuprinde 29 de membri și desfășoară programe în peste 120 de țări.

Salvați Copiii România este implicată în diferite proiecte de educație, protecție socială și advocacy pentru copiii din familii sărace, copiii victimă a violenței, copiii victime ale exploatării prin muncă, copiii străzii, copiii refugiați, copiii din comunitățile dezavantajate, copiii cu dizabilități etc., lucrând cu copiii și familiile acestora pentru îmbunătățirea vieții lor de zi cu zi și crearea unor planuri de viitor.

Salvați Copiii este asociație de utilitate publică ce își utilizează experiența globală pentru a obține din partea organismelor guvernamentale decizii și inițiative de pe urma cărora să beneficieze toți copiii.

Intr. Ștefan Furtună 3, Sector 1, 010899, București, România
Tel.: +4021 316 61 76, Fax: +4021 312 44 86, Mobil: +40744 36 09 15
rosc@salvaticopiii.ro, www.salvaticopiii.ro
www.savethechildren.net, info@save-children-alliance.org