

# **APLICAȚII ALE INTERVENȚIEI PSIHOLOGICE ÎN MEDIUL PENITENCIAR**

Ramona Moldova,

Oana Musat Cobeanu,

Silviu Matu,

Daniel David,

Catedra de Psihologie Clinica si Psihoterapie, Universitatea Babes-Bolyai

## **I. Sănătate și boală. Principii ale intervenției psihologice în mediul penitenciar**

1. Sănătate și boală. Delimitări conceptuale și date epidemiologice
2. Sănătate și boală în mediul penitenciar
3. Stigma și suicidul
4. Starea curentă a serviciilor psihologice în mediul penitenciar
5. Principii ale intervenției psihologice în mediul penitenciar
6. Beneficii ale îmbunătățirii sănătății mentale în închisori

## **II. Aplicații ale psihologiei clinice și psihoterapiei în mediul penitenciar**

1. Screeningul psihologic
2. Psihodiagnostic și evaluarea psihologică clinică
3. Evaluarea riscului de suicid și a riscului reprezentat de deținut pentru ceilalți
4. Tehnici de intervenție psihologică
5. Particularități ale intervenției psihologice în penitenciar la copii și adolescenți

## **III. Etică și deontologie în intervenția psihologică din mediul penitenciar**

## I. Sănătate și boală

### Principii ale intervenției psihologice în mediul penitenciar

#### 1. Sănătate și boală. Delimitări conceptuale și date epidemiologice

Organizația Mondială a Sănătății (OMS – World Health Organization – [www.who.int](http://www.who.int)) definește starea de *sănătate* ca o stare de bine fizic, psihic și social. *Boala*, în sens larg, este definită prin prisma modificărilor la nivel biologic și/sau psiho-comportamental, modificări care generează o stare de stres și/sau dizabilitate sau un risc crescut spre stres și/sau dizabilitate. *Boala mentală* constă într-un pattern sau sindrom psihologic sau comportamental semnificativ clinic care apare la un individ și care este asociat cu detresă prezentă (de exemplu, un simptom supărător) sau incapacitate (deteriorare într-unul sau în mai multe domenii de funcționare) sau cu un risc crescut de a se confrunta cu durere, infirmitate sau o pierdere importantă a libertății (DSM IV-R - Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, Asociația Americană de Psihiatrie – APsya, 2003). Comportamentele deviante (de exemplu, politic, religios sau sexual) și conflictele care există între individ și societate nu sunt tulburări mentale propriu-zise, cu excepția situațiilor în care devianța sau conflictul sunt simptome ale unei disfuncții a individului, așa cum este descrisă mai sus.

La nivel mondial, OMS (2001) estimează că peste 450 de milioane de oameni suferă de tulburări mentale sau de comportament - 154 milioane de oameni în întreaga lume suferă de depresie, 25 de milioane de schizofrenie, 91 de milioane sunt afectați de o tulburare legată de consumul de alcool și 15 milioane de tulburări de abuz de substanțe. Unul din patru pacienți care apelează la un serviciu medical suferă de o tulburare mentală, neurologică sau de comportament. Mai mult, cele mai multe dintre aceste probleme nu sunt nici diagnosticate, nici tratate ([www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)).

În ceea ce privește rata de suicid la nivel internațional, rapoartele OMS (2004) indică faptul că aproximativ 877.000 de persoane mor anual la nivel mondial în urma suicidului. Dintre aceștia, 86% provin din țările cu venit mic sau mediu, iar

aproximativ jumătate au vârsta cuprinsă între 15 și 44 de ani. Ratele cele mai înalte de suicid sunt întâlnite în țările est-europene. Cauza cea mai frecventă a suicidului o constituie tulburările mentale (pentru detalii vezi [www.euro.who.int/mentalhealth](http://www.euro.who.int/mentalhealth))

În populația României, în anul 2007, prevalența tulburărilor mentale (numărul de cazuri existente la un moment dat din totalul populației) era de 1,07%, iar incidența (numărul de cazuri noi într-un an de zile) era de 1070,5 cazuri la 100.000 de locuitori. Față de anii trecuți de exemplu, incidența și prevalența tulburărilor mentale au crescut simțitor: în 2000 se înregistrau valori de 0,49% respectiv 925,12 cazuri noi la 100.000 de locuitori, iar în anul 2005 valori de 1,41% respectiv 1178,21 de cazuri noi la 100.000 de locuitori. În ceea ce privește suicidul, în 2007 rata cazurilor de suicid era de 10,54 la 100.000 de locuitori comparativ cu 11,42 în 2005 și 12,44 în 2000 ([www.data.euro.who.int/hfadb](http://www.data.euro.who.int/hfadb)).

## **2. Sănătate și boală în mediul penitenciar**

Din păcate, în România nu există încă studii epidemiologice care să fi identificat valorile prevalenței și incidenței problemelor de sănătate mentală în rândul populației din penitenciare. Comparativ, știm că la nivel mondial se estimează că aceasta este mult mai mare decât cea în rândul populației generale. De exemplu Centrul Regional pentru Europa al OMS (1998) estimează că în țările europene, până la 32% din prizonieri suferă de tulburări mentale, excluzând tulburările de consum de substanțe. Dacă sunt luate în considerare și acestea din urmă, procentul se ridică până la 63%. Cei mai mulți din prizonieri suferă de tulburări de personalitate (mai ales tulburare de personalitate antisocială) ([www.euro.who.int/prisons/](http://www.euro.who.int/prisons/)).

În Statele Unite au fost raportate cifre asemănătoare. Un studiu realizat de U.S. Department of Justice (2006) arată că între 44,8% și 64,2% dintre deținuți au probleme de sănătate mentală. Procentul variază în funcție de tipul de închisoare, procentele cele mai mari fiind întâlnite în închisorile locale, unde deținuții sunt închiși temporar înainte de detenție, comparativ cu închisorile statale și federale, unde sunt trimiși după sentință. Între 6 și 15% dintre deținuții din închisorile americane au tulburări mentale grave (cum ar fi schizofrenie sau depresie majoră) (Lamb &

Weinberger, 1998). Prevalența simptomelor pentru diverse categorii de tulburări mentale identificate a fost între 35 și 54% pentru manie, între 16 și 30% pentru depresie majoră și între 10 și 24% pentru tulburările psihotice. O comorbiditate crescută a fost raportată între prezența simptomelor unei tulburări mentale și dependența sau abuzul de droguri sau alcool. Între 28 și 49% dintre deținuți manifestau atât o tulburare mentală cât și o dependență sau abuz de substanțe. Comorbiditatea cea mai frecvent întâlnită în mediul penitenciar este cea a tulburărilor emoționale cu tulburarea de personalitate antisocială (Abram & Teplin, 1991).

În ceea ce privește consumul de alcool și droguri, același studiu a identificat faptul că între 63,6 și 76,4% dintre deținuți erau dependenți sau au abuzat de droguri sau alcool. Între 34 și 37% consumaseră droguri la momentul faptei pentru care erau acuzați sau fuseseră deja condamnați.

În ceea ce privește mediul penitenciar din România, datele epidemiologice sunt extreme de puține. Știm, de exemplu, dintr-un raport al Autorității Naționale Antidrog (ANA, 2006), că 14% dintre deținuții intervievați au consumat medicamente în detenție fără sfatul medicului. Dintre aceștia, 36,7% au consumat benzodiazepine sau alte substanțe cu acțiune asupra sistemului nervos central, 18,5% dintre deținuții intervievați au consumat cel puțin o dată în viață droguri iar 2% au consumat droguri în perioada de detenție.

### **3. Stigma și suicidul**

Prizonierii pot avea adesea sentimente de vină sau rușine legate de faptele pe care le-au săvârșit sau legate de consecințele faptului că au fost încarcerați, pentru ei, pentru familie sau prieteni. Acestor aspecte li se adaugă stigma și discriminarea cu care se pot confrunta datorită tulburărilor mentale de care suferă. Stigma și marginalizarea socială pot accentua izolarea socială iar rezultatul cumulativ al acestor factori poate duce la o creștere a riscului de suicid. În mediul penitenciar femeile și tinerii au cel mai mare risc spre suicid. Astfel, probabilitatea ca un tânăr să se sinucidă în închisoare este de 18 ori mai mare decât probabilitatea ca acesta să se

sinucidă în comunitate ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)). Similar, una din zece femei va încerca să-și curme viața în perioada în care este încarcerată ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).

Ca și caz aparte, identificarea riscului suicidar și prevenirea lui necesită o atenție sporită respectiv instrumente eficiente de intervenție și evaluare. În acest sens, pot fi organizate traininguri pentru personalul care nu este de specialitate (asistente, gardieni), în urma cărora aceștia să poată recunoaște semnele riscului de suicid, folosindu-se de proceduri standard, cum ar fi fișele de observație create special pentru astfel de cazuri (construite în baza literaturii de specialitate), fișe ce fac referire la situații, circumstanțe și comportamente ce ar putea indica acest risc. Evaluarea factorilor de risc (de exemplu, un istoric care cuprinde auto-vătămare, prima încarcerare, o sentință mai severă decât cea așteptată, un istoric care cuprinde tulburări mentale, mai ales depresie, psihoză sau tulburare bipolară, consum cronic de alcool sau droguri) și a comportamentelor ce ar putea indica creșterea riscului de suicid (de exemplu, izolarea socială, refuzul vizitatorilor, auto-neglijare, refuzul mâncării, o schimbare puternică a dispoziției, lipsa motivației și a planurilor de după eliberare, donarea propriilor posesii) pot fi decisive în prevenția suicidului în mediul penitenciar ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)).

În plus, pot fi stimulați o serie de factori protectivi ce ar putea reduce riscul de suicid, cum ar fi suportul social (crearea unor relații de încredere, în cadrul cărora individul să se poată destăinui, implicarea în activitățile grupului sau în organizații religioase), legăturile familiale (individul este responsabilizat prin prisma impactului pe care l-ar avea sinuciderea lui asupra familiei, iar în cazul femeilor, asupra copiilor lor), resursele personale (o stimă de sine ridicată, mecanisme de coping puternice, abilități de rezolvare a problemelor, sentimentul că viața are scop și sens) și un mediu securizant (sentiment de siguranță, împărțirea celulei cu un alt deținut, lipsa accesului la diverse modalități de a comite suicid etc.).

#### **4. Starea curentă a serviciilor psihologice în mediul penitenciar**

La ora actuală nu există protocoale, programe sau sisteme standardizate în ceea ce privește intervenția psihologică validată științific în sănătatea și boala

mentală din mediul penitenciar, deși există tratamente a căror eficiență și eficacitate pentru diferite tulburări mentale au fost deja testate (www.apa.org). Barierele care împiedică tratamentul eficient al tulburărilor mentale includ, printre altele, neidentificarea respectiv nerecunoașterea gravității tulburărilor mentale și necunoașterea beneficiilor pe care le-ar putea aduce serviciile de sănătate mentală din mediul penitenciar.

Detectarea, prevenția și tratamentul adecvat al tulburărilor mentale, alături de promovarea sănătății mentale, sunt principii care ar trebui să constituie repere solide pentru politicile sănătății publice în mediul penitenciar precum și pentru managementul propriu-zis al închisorilor. Chiar și în condițiile în care resursele financiare, umane sau logistice sunt limitate, există o serie de pași care pot fi urmați în vederea îmbunătățirii sănătății mentale a deținuților sau a personalului din penitenciare. Vom discuta în continuare principiile intervenției psihologice validate științific în mediul penitenciar, precum și aplicațiile psihologiei clinice și psihoterapiei în mediul penitenciar.

## **5. Principii ale intervenției psihologice în mediul penitenciar**

Pe lângă factorii predispozanți sau favorizanți care țin de experiențele trecute ale persoanelor aflate în detenție (copilăria în custodia autorităților, violență în familie sau abuz sexual), există anumiți factori ce țin de mediul penitenciar și care pot avea un impact negativ asupra sănătății mentale. Astfel, cunoscând faptul că mediul penitenciar are un efect negativ asupra sănătății mentale a deținuților (în urma privării de libertate, a suprapopulării, a lipsei de intimitate, a condițiilor improprie de igienă sau a agresiunilor de orice tip, a calității proaste a serviciilor de sănătate, a insecurității privind viitorul și în lipsa unor activități semnificative, etc.), ne putem aștepta la o agravare a stării de sănătate a celor ce au deja tulburări mentale, la dezvoltarea unor tulburări în cazul celor ce încă nu au fost diagnosticați respectiv la o creștere a nivelului de stres și a sentimentului de ineficacitate în rândul personalului, în lipsa unei strategii coerente de management a dificultăților ce rezultă

din cele de mai sus. Prin urmare, stabilirea unor principii de bază în ceea ce privește promovarea sănătății mentale în închisori se dovedește esențială.

Literatura dedicată sănătății publice în mediul penitenciar nu are o tradiție lungă în a aborda sănătatea mentală (atât în ceea ce privește prevenția, evaluarea sau intervenția). Recent însă, autoritățile din mai multe state europene și nord americane au adoptat ghiduri privind standarde minime și bune practici în ceea ce privește serviciile care se adresează sănătății mentale în mediul penitenciar.

Standardele minime sunt de regulă abordate în literatură ca și reguli elementare de care diversele categorii de servicii trebuie să țină cont. Aceste standarde sunt formulate ținând cont de diverse considerente științifice, etice și legale (Livingston, 2009). Bunele practici sunt acele abordări (în cazul de față privind evaluarea și intervenția psihologică în mediul penitenciar) care țin cont de date valide sau dovezi empirice (inclusiv date ale studiilor științifice sau opinii ale experților). Rolul bunelor practici este acela de a sugera strategii optime de a aborda un domeniu (Livingston, 2009).

Lucrarea de față nu are ca și obiectiv stabilirea de astfel de standarde minime sau bune practici; avem convingerea însă că discutarea unor principii de bază ale intervenției psihologice în mediul penitenciar reprezintă un prim pas spre elaborarea și adoptarea unei strategii coerente de management al sănătății mentale în mediul penitenciar.

Principiile și strategiile abordate în continuare vizează serviciile de evaluare și intervenție psihologică în mediul penitenciar în general. Pentru o abordare comprehensivă a standardelor deja adoptate la nivel internațional, a se vedea [www.who.int](http://www.who.int) (World Health Organisation) și [www.ncchc.org](http://www.ncchc.org) (National Commission on Correctional Health Care) iar pentru a consulta ghidurile de evaluare și intervenție psihologică pentru tulburări mentale specifice, a se vedea [www.apa.org](http://www.apa.org) (American Psychological Association) și [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (National Institute for Health and Clinical Excellence).

În condițiile unei prevalențe a bolilor mentale și a unei rate a suicidului semnificativ mai ridicate în cadrul penitenciarelor decât în populația generală, promovarea sănătății mentale în acest mediu devine esențială, atât pentru deținuți cât și pentru personalul ce interacționează cu aceștia. Vorbim în acest context de

noțiunea de prevenție (în raport cu boala psihică), prevenție ce poate fi primară, secundară și terțiară (David, 2006).

1. *Prevenția primară* constă în intervenția ce previne instalarea bolii. Astfel, prevenția primară descrie intervenția care se realizează la nivelul populației sănătoase dar care prezintă risc spre boală, înainte de debutul bolii, pentru a preveni instalarea acesteia. Se au în vedere factorii de risc, factorii predispozanți sau alți factori etiologici. Deseori, intervenția primară se realizează la nivel de grup (selecționat sau comunitar).
2. *Prevenția secundară* constă în intervenția ce are loc imediat după apariția bolii și este menită să prevină evoluția și complicațiile acesteia (de exemplu, reducerea riscului de suicid sau reducerea frecvenței comportamentelor auto-mutilante etc.).
3. *Prevenția terțiară* are loc în cazul bolilor cronice și urmărește reducerea problemelor determinate de complicațiile bolii (prevenția terțiară se exprimă spre exemplu în creșterea calității vieții persoanelor cu tulburări mentale severe).

Prevenția este un principiu solid care stă la baza politicilor organismelor internaționale preocupate de sănătatea mentală în mediul penitenciar. Astfel, o serie rapoarte și documente oficiale (pentru detalii vezi [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int), [www.ncchc.org](http://www.ncchc.org)) promovează principii și recomandări referitoare la ce măsuri ar trebui implementate în acest mediu pentru a îmbunătăți sănătatea mentală a prizonierilor, măsuri ce pot fi adaptate contextului cultural, social și economic al fiecărei țări:

- deținuții au aceleași drepturi ca și populația generală în ceea ce privește accesul la tratamente preventive sau la serviciile de sănătate în general;
- esențial în promovarea sănătății mentale este un bun screening al stării mentale a deținutului la intrarea acestuia în custodia închisorii, bazat pe un protocol de evaluare standardizat și pe instrumente psihologice de evaluare validate;
- trainingul adecvat al personalului (profesional și paraprofesional) din închisori în ceea ce privește identificarea și managementul tulburărilor mentale constituie o componentă importantă a succesului unui program de promovare

a sănătății mentale; un astfel de program de training ar putea contribui la o mai bună înțelegere a tulburărilor mentale (inclusiv a noțiunii de stigmatizare și a consecințelor ei) precum și pentru o mai bună identificare și prevenție a riscului suicidar;

- promovarea sănătății mentale vizează atât deținuții cât și personalul aferent mediului penitenciar; prezența unor deținuți cu tulburări mentale nediagnosticsate sau netratate poate face ca mediul penitenciar să fie mai solicitant decât în mod obișnuit pentru personal. Astfel, o bună politică de management va promova sănătatea mintală a deținuților și implicit pe cea a angajaților, oferind un mediu de lucru mai sigur și mai puțin stresant pentru aceștia.

Respectarea acestor principii și măsuri poate contribui sensibil la scăderea frecvenței incidentelor violente dintre deținuți și personalul din închisori, scăderea riscului reprezentat de deținuți atât pentru ei, cât și pentru ceilalți, inclusiv creșterea posibilității implicării acestora în programe destinate reintegrării lor cu succes în societate, fără a mai fi considerați un pericol pentru aceasta.

Practicile internaționale promovează sănătatea mentală pe trei paliere (pentru mai multe detalii, vezi [www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)):

1. Întărirea rezilienței emoționale a individului;
2. Întărirea comunității, astfel încât fiecare individ să se simtă inclus;
3. Îndepărtarea barierelor care pun în pericol promovarea sănătății mentale.

Practic, următoarele activități s-au dovedit deja eficiente în întărirea rezilienței emoționale a indivizilor și în întărirea comunității ([www.who.int](http://www.who.int)):

- prevenția sau tratamentul tulburărilor emoționale prin tehnici cognitiv-comportamentale și/sau spirituale;
- practicarea regulată a exercițiilor fizice;
- cursuri sau muncă efectivă;
- dezvoltarea de aptitudini și folosirea resurselor personale ale deținuților (de exemplu, oferirea de suport colegilor lor).
- învățarea de strategii de comunicare, anti-bullying și anti-mobbing (*bullying*: agresiune repetată împotriva unei persoane aflată într-o poziție mai slabă decât cel/cei care agresează, agresiune ce poate fi fizică,

verbală, de tip manipulativ, sub forma unor zvonuri, etc.; *mobbing*: comportament abuziv prin care se urmărește anihilarea celui ce este văzut ca o amenințare);

În cazul celor ce suferă deja de tulburări mentale severe, deci în cazul prevenției terțiare, sunt încurajate practicarea regulată a exercițiilor fizice, educația și munca regulată, precum și accesul la diverse activități.

## **6. Beneficii ale îmbunătățirii sănătății mentale în închisori**

Promovarea sănătății mentale în închisori aduce beneficii detinuților, personalului dar și comunității, în general. Plecând de la premiza că scopul final al sistemului este acela de a reintegra individul în societate, protejarea sănătății mentale a acestuia mărește posibilitatea unei bune reacomodări în comunitate, după ispășirea pedepsei, fapt ce reduce posibilitatea unei recidive. În consecință, acest fapt aduce beneficii comunității prin scăderea riscului producerii unor noi infracțiuni, reducerea numărului celor ce se reîntorc în închisori și, implicit, scăderea costurilor determinate de întreținerea acestora.

Principalele beneficii care ar putea fi obținute de pe urma ameliorării sănătății mentale în penitenciare includ ([www.who.int](http://www.who.int)):

- pentru persoanele încarcerate
  - creșterea bunăstării emoționale și fizice;
  - îmbunătățirea abilităților de a se confrunța cu situațiile dificile sau stresante;
  - creșterea încrederii și îmbunătățirea abilităților sociale;
  - abilitatea de a folosi într-un mod constructiv timpul petrecut în închisoare și de a construi planuri realiste pentru viitor;
  - o mai bună incluziune socială după perioada de încarcerare și creșterea probabilității de reabilitare;
  - reducerea probabilității de a dezvolta tulburări mentale.
- pentru angajații închisorilor
  - creșterea satisfacției în muncă;

- creșterea moralului;
- scăderea nivelului de tensiune și stres;
- îmbunătățiri consecvente în sănătate mentală și fizică.
- pentru penitenciare
  - îmbunătățirea securității;
  - un climat mai sigur;
  - îmbunătățirea relațiilor prizonieri – angajați;
  - recrutarea mai ușoară și reținerea pe termen mai lung a angajaților;
  - reducerea numărului de agresiuni.
- pentru comunitate
  - o societate mai incluzivă, cu o probabilitate mai mare de reabilitare după eliberare;
  - reducerea tulburărilor mentale în rândul deținuților eliberați;
  - creșterea siguranței generale.

## **II. Aplicații ale psihologiei clinice și psihoterapiei în mediul penitenciar**

### **1. Screeningul psihologic**

Screeningul stării generale a deținutului la intrarea acestuia în custodia penitenciarului este absolut necesar. Screeningul psihologic este de altfel o componentă esențială a serviciilor destinate sănătății mentale. Scopul screeningului psihologic este acela de a depista rapid situațiile de urgență sau persoanele care au nevoie de o intervenție rapidă. De regulă, în cadrul screeningului psihologic ne interesează să stabilim prezența consumului excesiv de alcool sau alte droguri (fiind cunoscută comorbiditatea acestora cu tulburările mentale), prezența unui istoric de agresivitate (orientată împotriva celorlalți sau a propriei persoane – spre exemplu, auto-mutilarea), prezența în trecut a unor tentative de suicid precum și istoricul psihiatric (dacă există).

Screeningul psihologic poate să vizeze distresul emoțional, gândurile automate negative sau credințele iraționale (cunoscute ca și factori de vulnerabilitate generală pentru o categorie largă de tulburări psihice, personalitatea sau diverse simptome care ar putea avea legătură cu categoriile generale de diagnostic cum ar fi tulburările anxioase sau afective, tulburările în legătură cu o substanță sau tulburările de personalitate. Există deja o serie de instrumente traduse și adaptate pentru populația românească ce pot fi utilizate în cadrul screeningului psihologic; menționăm aici Interviu clinic structurat pentru DSM-IV-TR, (SCID), Modul de Screening Opțional (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR; First et. al, 2002), Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa II a DSM-IV-TR - SCID II, Chestionarul de Personalitate SCID-II, precum și diverse scale care măsoară distresul emoțional, gândurile automate negative, credințele iraționale, stima de sine, optimismul etc (pentru mai multe detalii vezi David, 2006, 2007).

## 2. Psihodiagnostic și evaluare psihologică clinică

Psihodiagnosticul se referă la cunoașterea acelor factori psihologici ai subiectului uman care pot fi relevanți în anumite situații sau pentru diverse activități. Specific, psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală (David, 2006). Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare clinică, apelând la metode precum testarea psihologică, sau interviul clinic (liber, semistrukturat, structurat).

Vom descrie în continuare prototipul psihodiagnosticului și evaluării clinice, respectiv principalele etape de parcurs (pentru mai multe detalii despre secvențele procesului de psihodiagnostic și evaluare clinică nosologică vezi David, 2006):

1. Într-o primă etapă sunt investigate și evaluate simptomele pacientului (debut, evoluție), posibilele tulburări mentale și de personalitate. Este investigată și prezența altor tulburări somatice, istoricul medical al pacientului (alte internări) precum și stresorii psihosociali cu care se confruntă acesta (condițiile socio-economice, situația familială, suportul familial, situațiile stresante cu care se confruntă). La finalul acestei etape se poate stabili un indice global de funcționare al individului evaluat, indice care oferă o perspectivă generală asupra stării acestuia. În urma parcurgerii acestei etape este propus un diagnostic nosologic ipotetic și sunt identificați factori ipoteci care au declanșat, favorizat, predispus și menținut simptomatologia.
2. În cadrul celei de-a doua etape se realizează o investigare detaliată a comportamentului și a funcțiilor psihice. Principalele aspecte care pot fi urmărite în cadrul interviului și testării psihologice vizează funcția perceptivă (eventuala prezență a halucinațiilor), alterarea mimicii, gesticii, interacțiunilor sociale, a posturii sau comportamentului motor, starea memoriei, gândirii și inteligenței, atenția, personalitatea, dispoziția afectivă, prezența unor sentimente de derealizare sau depersonalizare, prezența unor obsesii sau compulsi, orientarea în timp și spațiu și prezența sau absența conștiinței bolii. La finalul acestei etape se clarifică și definitivează diagnosticul nosologic.
3. Cea de-a treia etapă a psihodiagnosticului și evaluării clinice este una de aprofundare și identificare a particularităților specifice individului diagnosticat.

Avem în vedere aici cele patru nivele de analiză a subiectului uman: subiectiv-afectiv (emoțional), cognitiv, comportamental și psihofiziologic.

Parcurgerea acestor etape de psihodiagnostic și evaluare clinică ne permite atât stabilirea unui diagnostic nosologic cât și clarificarea modului în care acest diagnostic se particularizează la individul evaluat.

În mod evident, demersul psihodiagnosticului și evaluării clinice în penitenciare trebuie să țină cont de particularitățile acestui mediu, în sensul adăugării unor puncte de interes și relevanță majoră, pe care le vom descrie în cele ce urmează. Ca un prim exemplu, dacă demersul de psihodiagnostic și evaluare clinică este realizat de profesioniști, screeningul psihologic poate fi realizat și de către paraprofesiști, cu condiția instruirii și supervizării acestora de către personal calificat în psihodiagnostic și evaluare clinic (spre exemplu, psihologi cliienți).

### **3. Evaluarea riscului de suicid și a riscului reprezentat de deținut pentru ceilalți**

În condițiile în care rata sinuciderilor este semnificativ mai ridicată în penitenciare decât în populația generală (în parte pe fondul unei prevalențe mai mari a tulburărilor psihice), evaluarea riscului de suicid se impune cu necesitate atât în cadrul screeningului inițial cât și periodic, pe parcursul detenției.

Ghidurile internaționale (pentru mai multe detalii vezi [www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)) recomandă o abordare directă în evaluarea acestui risc, respectiv întrebări explicite adresate pacientului/deținutului despre gândurile, intențiile și planurile sale. Trebuie luate în considerare câteva particularități ce țin de vârstă sau personalitate, în sensul că deținuții tineri sunt mai impulsivi decât cei mai în vârstă, iar cei cu un comportament dificil și necooperant pot în realitate să ascundă sentimente de disperare și incapacitatea de a face față situației, motiv pentru care trebuie evaluați cât mai obiectiv.

Evaluarea riscului de suicid trebuie realizată în echipă, folosind informații de la mai multe surse – familie, gardieni, medic generalist, asistente. De asemenea, în

condițiile în care riscul de suicid fluctuează în timp, evaluarea trebuie repetată în mod periodic.

Dacă ne referim la principalele categorii de deținuți predispuși la a comite un act suicidar, câțiva factori de risc trebuie luați în considerare:

- cei aflați pentru prima dată în arest preventiv, cei care în urma procesului de judecată au obținut o sentință mai lungă decât se așteptau sau cei al căror status s-a modificat de puțin timp (au trecut de la a fi în arest preventiv la ispășirea unei sentințe);
- cei ce au un istoric de tentative de suicid;
- cei ce au un istoric de tulburări mentale (în special depresie sau psihoze);
- cei ce au un istoric de consum abuziv de alcool sau alte droguri;
- cei ce suferă de boli fizice cronice sau foarte dureroase;
- cei ce sunt condamnați pentru crimă sau delikte sexuale;
- cei ce au dificultăți în comunicare și mecanisme de coping foarte slabe;
- cei ce au un istoric de agresiune sexuală sau abuz sexual;
- cei ce sunt izolați din punct de vedere social, atât în interiorul penitenciarului cât și în afara lui.

În afara acestor situații, un risc deosebit îl reprezintă abuzul de droguri. Astfel, deținuții care sunt în curs de dezintoxicare sunt predispuși spre a dezvolta idei suicidare. De asemenea, deținuții ce au consumat cocaină înaintea intrării în detenție sunt și ei predispuși spre suicid, ca reacție la absența acestui drog, ce are o durată de viață scurtă în fluxul de sânge și nu are substitut. La fel, cei ce se află în proces de depășire a unei cure de dezintoxicare, pot prezenta un risc crescut spre depresie, anxietate și auto-agresiune, fapt ce nu trebuie considerat în mod necesar un efect al drogurilor, ci un posibil semn al unei tulburări mentale anterioare consumului de droguri sau al unui distress ascuns.

La fel de relevante sunt orice alte circumstanțe stresante pentru deținut, cum ar fi actele de agresiune ale celorlalți deținuți îndreptate împotriva lui, cu accent pe agresiunea sexuală, înfățișările la tribunal și deznodământul lor, recursurile, problemele maritale/relaționale, problemele cu familia în general, izolarea socială, respingerea cererii de eliberare condiționată, doliul, problemele disciplinare, apropierea eliberării, eliberarea altor deținuți, comemorarea unei morți, mutări

frecvente în cadrul închisorii, interogatoriile, tentativa de suicid a unui alt deținut, a unui membru al familiei sau a unui prieten.

În plus, printre comportamentele ce ar putea indica un posibil risc de suicid se numără evitarea companiei celorlalți sau refuzul de a primi vizitatori, neglijarea igienei personale și a alimentației, refuzul de a participa la muncă, la activități educaționale sau care implică colaborarea, o modificare semnificativă a dispoziției sau comportamentului, absența motivației, a planurilor de viitor, dăruirea obiectelor personale și punerea în ordine a afacerilor personale.

Evaluarea riscului reprezentat de deținut pentru ceilalți constituie următorul pas în cadrul evaluării clinice. Ne interesează aici:

- istoricul deținutului (pentru a identifica posibili factori de risc) cum ar fi comportamente violente sau suicidale anterioare; dovezi ale unei instabilități sociale, în sensul schimbării frecvente a locului de muncă sau a locuinței și al unui număr redus de relații interpersonale; complianță redusă la tratamentul psihiatric; abuz de droguri ; apartenența la un grup social ce încurajează violența (atât în trecut cât și în prezent); factori declanșatori ai actelor de violență anterioare sau ai decompensărilor; factori de stres recenți, în mod deosebit confruntarea cu o pierdere majoră sau posibilitatea unei astfel de pierderi (deces în familie, divorț, etc.); întreruperea recentă a medicației.
- evaluarea mediului deținutului, pentru a stabili dacă acesta are sau nu acces la potențiale victime sau la mijloacele necesare realizării unei agresiuni. În cazul unei tulburări delirante, o atenție deosebită trebuie acordată persoanelor ce apar în delirul pacientului (colegi de celulă, membri ai familiei, gardieni).
- evaluarea stării mentale, în special identificarea unor idei delirante de persecuție sau de pasivitate, a unor emoții aferente unui comportament violent (furie, ostilitate, suspiciune) sau a unor amenințări specifice făcute de către deținut.

În final, această evaluare trebuie să arate cât de mare este riscul reprezentat de deținut pentru ceilalți, dacă este specific sau general, imediat sau nu, constant sau nu și care este cea mai bună intervenție pentru a reduce acest risc (tratament psihiatric, plan de management, etc.).

În ajutorul celor ce acordă servicii de asistență medicală primară poate veni construirea unui instrument de observație și evaluare, bazat pe informațiile amintite anterior, care să poată permite, în baza unui scor general, o estimare aproximativă a gradului de risc reprezentat de deținut pentru sine sau pentru ceilalți (cu titlu de exemplu, vezi Brief Risk Indicator Checklist, [www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)).

Dacă, în urma evaluării istoricului medical, a stării mentale, a riscului de suicid și a riscului reprezentat de deținut pentru ceilalți, se consideră necesară evaluarea psihiatrică de specialitate, pasul următor este o recomandare în acest sens.

Există câteva recomandări pe care organismele internaționale le fac cu privire la trimiterea deținutului la un control de specialitate ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org), [www.ncchc.org](http://www.ncchc.org), [www.who.int](http://www.who.int)). În cazul în care circumstanțele nu constituie o urgență, controlul de specialitate este de regulă solicitat pentru motive ca: deținutul constituie un pericol pentru sine sau pentru ceilalți, este posibil să sufere de o tulburare mentală, este posibil să necesite spitalizare și implicit tratament, deținutul este foarte afectat de boala mentală de care suferă, nu poate să desfășoare activități zilnice obișnuite și nu poate fi îngrijit în mod adecvat în interiorul penitenciarului.

Trimiterea urgentă către un control de specialitate (luându-se în considerare inclusiv transferarea deținutului într-o locație adecvată condiției sale sau tratamentului impus) este de regulă recomandată în situații cum ar fi prezența unor simptome psihotice ce determină un distress sever, un comportament periculos sau care împiedică funcționarea normală a individului; mediul penitenciar nu mai este sigur pentru deținutul cu o anumită tulburare psihică; refuzul tratamentului și deteriorarea stării de sănătate până la punctul în care este necesară intervenția de urgență; deteriorare fizică puternică, determinată de boala psihică (refuzul alimentației); deținutul prezintă un risc foarte ridicat de suicid, necesitând supraveghere directă continuă etc. În cazul în care este necesar transferul, acesta trebuie realizat în cel mai scurt timp posibil.

#### 4. Tehnici de intervenție psihologică

Intervenția psihologică vizează, în sens larg, factorii psihologici implicați în sănătate și boală la nivel cognitiv (de exemplu, modificarea gândurilor automate negative, a cognițiilor iraționale), comportamental (de exemplu, modificarea comportamentelor dezadaptative), și psihofiziologic (de exemplu, modificarea diverselor parametri fiziologici prin relaxare). Specific, în tulburările mentale, tratamentul psihologic vizează modificarea tabloului clinic (i.e., emoții negative disfuncționale) prin intermediul intervenției la nivelul mecanismelor etiopatogenetice (i.e., cogniții centrale iraționale). Putem interveni psihologic însă, așa cum am detaliat anterior, și înainte de instalarea bolii, la nivelul populației sănătoase care prezintă risc spre boală – intervenția se adresează în acest caz factorilor de risc care ar putea predispune anumite persoane la a dezvolta tulburări emoționale în viitor (presupunând, de exemplu că se vor confrunta cu diverse situații stresante).

Serviciile psihologice în sănătate și boală sunt livrate de obicei de personal specializat (psihologi clinicieni, consilieri psihologici, psihoterapeuți), în urma absolvirii unui program adecvat de pregătire academică și/sau profesională. În România, autoritatea care reglementează condițiile și formele exercitării profesiei de psiholog este Colegiul Psihologilor din România ([www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)).

Pe lângă serviciile oferite de specialiști, mai multe studii (Eijk et al., 2004; Mynors Wallis et al., 2000) au arătat că o serie de intervenții psihologice de bază, care nu necesită neapărat pregătire de specialitate și care pot fi foarte utile în prevenția sau managementul tulburărilor mentale respectiv în dezvoltarea personală, pot fi aplicate cu succes și de către persoane care nu au o astfel de pregătire (de exemplu, asistente medicale, medici, profesori). Astfel de intervenții oferite de paraprofioniști pot viza creșterea abilităților de rezolvare de probleme sau a abilităților de comunicare, rezolvarea conflictelor, autocunoașterea și dezvoltarea personală, etc. și s-au dovedit a fi eficiente inclusiv în managementul unor tulburări mentale cum ar fi depresia, tulburările legate de consumul de substanțe sau de comportament alimentar. Astfel, este important să reținem că paraprofioniștii supervizați și coordonați de profesioniști pot obține rezultate eficiente în diverse intervenții psihologice; ca o direcție viitoare, mai ales în condițiile în care resursele

umane și financiare reprezintă o problemă acută în mediul penitenciar, programele de intervenție psihologică ar putea include diverse componente în care paraprofioniștii, coordonați și supervizați de către profesioniști, să fie implicați.

Vom prezenta pe scurt în continuare câteva tehnici de intervenție psihologică ce se pot dovedi utile în faza de prevenție primară (așa cum am arătat mai sus) sau dezvoltare personal (pentru o prezentare detaliată a acestor tehnici vezi David, 2006). O parte dintre aceste tehnici pot fi implementate cu succes și de către paraprofioniști. Reamintim însă că responsabilitatea actului psihologic revine psihologului pregătit în acest sens. Mai mult, tratamentul psihologic (psihoterapia) în cazul diverselor tulburări mentale este de competența psihoterapeuților acreditați de către Colegiul Psihologilor din România.

*A. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv.* Aceste proceduri vizează restructurarea cognitivă, respectiv schimbarea modului în care individul își reprezintă realitatea sau a modului disfuncțional în care o interpretează. Gândurile disfuncționale se referă spre exemplu la Catastrofare (exagerarea aspectelor negative ale unui eveniment); Personalizare (însușirea evenimentelor negative la care subiectul n-a avut nici o contribuție); Raționamentul emoțional („trebuie să fie adevărat pentru că așa simt eu”); Generalizarea excesivă (concluzia pe care subiectul o trage acoperă mai multe situații decât există); Etichetarea sau evaluarea globală (spre exemplu, ”sunt prost, incapabil”, „toată lumea mă urăște”); Citirea minții celuiilalt (crede că știe ce este în mintea celuiilalt, fără să discute cu acesta); Maximizarea aspectelor negative și minimizarea celor pozitive; Formulări în termeni de „trebuie” absolutist; Gândirea dihotomică (totul sau nimic) etc. În restructurarea cognitivă utilizăm următoarele categorii de tehnici:

- a. Tehnici de identificare gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale
  - i. Tehnica întrebărilor directe (“La ce te gândești când ești furios?”)
  - ii. Tehnica imageriei dirijate (“Încearcă să îți amintești sau să îți imaginezi, cât mai real, o situație în care ai fost extrem de furios. La ce te gândeai înainte să devii atât de furios?”)

- iii. Tehnica înregistrării zilnice a gândurilor ("De fiecare dată când te confrunți cu o situație neplăcută sau stresantă, te rog să o descrii pe scurt, să notezi felul în care te-ai simțit în acea situație și gândurile care îți treceau prin minte în acele momente")
  - iv. Tehnica asociațiilor libere ("Care este primul lucru care îți vine în minte atunci când ești furios?")
- b. Tehnici de modificare a gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale
- i. Tehnici logice ("Care este logica acestui gând?", "Cum poți argumenta asta?")
  - ii. Tehnici empirice ("Unde scrie că lucrurile trebuie să stea așa cum crezi tu?", "Ce dovezi ai?")
  - iii. Tehnici pragmatice – Analiza costuri-beneficii ("Te rog să faci o listă cu beneficiile și costurile pe care acest gând le are")
  - iv. Tehnici metaforice (povești care promovează un stil de gândire rațional; cântece sau proverbe cu tâlc, ce promovează un stil de gândire funcțional și rațional, versete și rugăciuni, umor)
- c. Procedura rezolvării de probleme (Persoanele sunt învățate cum să formuleze și cum să abordeze, în etape, o problemă: identificarea problemei, stabilirea scopurilor, generarea soluțiilor alternative, considerarea consecințelor, luarea deciziei, implementarea deciziei luate, evaluarea)
- d. Procedura antrenamentului asertiv (Persoanele sunt învățate cum să se exprime, cum să își ceară drepturile respectând însă și drepturile celorlalți: examinarea modului în care aceștia de regulă interacționează cu ceilalți; selectarea situațiilor în care ar dori să se comporte mai asertiv; examinarea propriului comportament dintr-un eveniment trecut în care persoana a fost fie agresivă, fie pasivă; identificarea unor persoane care se comportă asertiv; listarea mai multor variante de comportament asertiv; imaginarea propriei

persoane realizând comportamente asertive; jocuri de rol în care sunt exersate comportamentele asertive; implementarea în situații reale a comportamentelor asertive)

B. *Proceduri de intervenție la nivel comportamental.* Aceste proceduri vizează de regulă întărirea (accelerarea) unor comportamente care s-au dovedit utile, funcționale respectiv eliminarea (decelerarea) unor comportamente disfuncționale

a. Tehnici de accelerare a comportamentului

- i. Tehnica întăririi pozitive (acordarea de întăriri pozitive, recompense – obiecte materiale sau simbolice, activități – după realizarea comportamentelor țintă)
- ii. Tehnica întăririi negative (acordarea de întăriri negative – critică, pedeapsă – pentru nerealizarea comportamentelor țintă)
- iii. Tehnica contractului (realizarea unei înțelegeri scrise între două sau mai multe persoane prin care se stabilește care sunt comportamentele țintă pentru fiecare dintre părți și care sunt consecințele executării sau neexecutării acestora)
- iv. Tehnica amorsajului (organizarea mediului în așa fel încât să fie prezenți stimulii care favorizează apariția comportamentului țintă)

b. Tehnici de decelerare a comportamentului

- i. Tehnica pedepsei (aplicarea de pedepse – consecințe neplăcute – imediat după apariția comportamentului pe care dorim să îl eliminăm)
- ii. Tehnica extincției (eliminarea recompenselor care însoțesc comportamentele dezadaptative)
- iii. Tehnica izolării (îndepărtarea sau izolarea persoanei de întăririle pozitive care apar după efectuarea unui comportament dezadaptativ)

- C. *Proceduri de intervenție la nivel biologic.* Aceste proceduri urmăresc de regulă inducerea de modificări la nivel psihofiziologic, în vederea obținerii unui răspuns de relaxare).
- a. Tehnica de control al respirației (persoanele sunt învățate să respire ușor și lent pe nas, 3-4 secunde inspirația și 3-4 secunde expirația; respirând calm, timp de câteva minute, se generează răspunsul de relaxare). Această tehnică este extrem de utilă în controlul furiei sau în anxietate.
- D. *Tehnici autoadministrate.* Tehnicile descrise anterior, și multe altele în plus față de acestea, pot fi și autoadministrate având astfel rol de autoterapie (este important însă ca în această perioadă psihologul să aibă un rol de consultare și monitorizare). De altfel, în condițiile în care resursele umane și financiare sunt limitate în mediul penitenciar, intervenția psihologică autoadministrată poate constitui o soluție viabilă. Avantajele acestei abordări includ accesul mai ridicat al persoanelor încarcerate la intervenția psihologică, costuri semnificativ mai reduse, posibilitatea de a forma paraprofesioniștii în a facilita intervenția psihologică autoadministrată, reducând astfel nevoia de personal calificat etc.
- E. *Intervenții în situații de criză.* Criza se referă la situațiile inopinate cu care se poate confrunta o persoană la un moment dat, situație în care persoana întâmpină unul sau mai multe obstacole care nu pot fi depășite cu resursele pe care le are atunci la dispoziție. Se consideră că în prima oră de la producerea unui eveniment negativ major cel puțin 25% din persoanele implicate vor fi buimăcite, speriate sau apatice; intervenția psihologică în aceste situații poate fi extrem de utilă prin implementarea rapidă de proceduri de rezolvare de probleme, antrenament asertiv sau inoculare a stresului.

## **5. Particularități ale intervenției psihologice în penitenciar la copii și adolescenți**

Prevalența tulburărilor mentale și a tulburărilor de personalitate în rândul adolescenților acuzați sau condamnați pentru diverse infracțiuni este mult mai mare decât prevalența tulburărilor în rândul populației generale de aceeași vârstă. De altfel, mulți dintre ei raportează în experiența lor evenimente despre care se știe că sunt factori de risc pentru dezvoltarea unor probleme de sănătate mentală: provin din case de copii sau au fost crescuți sub custodia statului, au un istoric care cuprinde abuzuri sexuale sau excluderea din școală, au un nivel al educației scăzut și un statut socio-economic modest iar mulți dintre ei se găsesc deja în postura de a fi părinți ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org), [www.who.int](http://www.who.int)).

Evaluarea și intervenția psihologică în rândul adolescenților din mediul penitenciarelor sau centrelor de reeducare, deși similară evaluării și intervenției care se realizează în cazul adulților, au câteva particularități.

În cadrul procesului de evaluare se va încerca obținerea de informații din cât mai multe surse: familie, angajați ai serviciului social, persoane implicate în educația copilului. Cel care realizează evaluarea trebuie să se aștepte la comorbidități ale tulburărilor sau problemelor de sănătate mentală și să le investigheze. De exemplu, abuzul de substanțe poate fi consecința unei tulburări de comportament sau un mijloc de a face față unei probleme emoționale; între 30 și 50% dintre adolescenții cu un debut precoce al unei tulburări de comportament suferă și de ADHD ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)). Trebuie investigate în mod sistematic: fobiile, obsesiile, simptomele depresive, impulsivitatea, probleme de atenție, hiperactivitate, probleme de învățare, comportamentul delinvent, agresiv sau încălcarea regulilor, consumul de substanțe și relațiile cu familia sau aparținătorii legali. Cele mai frecvente tulburări de personalitate întâlnite la delincvenții juvenili sunt tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate paranoidă și cea de tip borderline. Evaluarea la adolescenți va viza de asemenea funcționarea cognitivă, nivelul rezultatelor școlare și prezența unor tulburări de dezvoltare (de exemplu, autism) precum și a unor dificultăți de învățare (de exemplu, dislexia), care sunt destul de comune la delincvenții juvenili. Pe lângă aspectele relevante clinic, se vor

investiga punctele tari și resursele de care dispune adolescentul, fie personale, fie în rețeaua socială formată din familie, prieteni, sau personalului instituțiilor în care este reținut. Este important să fie identificate persoanele în care are încredere sau are relații strânse întrucât aceștia pot fi incluși în programul de intervenție.

Problemele emoționale și de comportament ale adolescenților sunt într-o mare măsură expresii ale relațiilor deteriorate cu familia și covârșnicii, și de aceea intervenția psihologică în rândul adolescenților va consta în mare măsură în a încerca modificarea mediului și a relațiilor din viața adolescentului sau în a-l învăța cum să facă mai bine față acestora; tocmai de aceea, ori de câte ori va fi posibil, se va încerca implicarea familiei în tratament.

Vom aborda în continuare, pe scurt, câteva din cele mai frecvente tulburări care apar la copii și adolescenți.

*Tulburarea de conduită* descrie un pattern persistent și repetitiv de comportamente care încalcă drepturile fundamentale ale altora, ori normele sau regulile sociale majore corespunzătoare vârstei. Aceste comportamente pot fi încadrate în patru grupe principale de comportamente antisociale: comportament agresiv (care cauzează sau amenință cu vătămarea fizică alți oameni sau animale), comportament non-agresiv (care cauzează pierderea sau prejudicierea proprietății altora), fraudă sau furt și violări serioase ale regulilor (de ex., viol, cruzime fizică). Tulburarea poate fi diagnosticată și la persoanele peste 18 ani, dar cu condiția să nu se întrunească criteriile și pentru un diagnostic de tulburare de personalitate antisocială. (APsyA, 2003). Tulburarea apare deseori împreună cu alte probleme care trebuie identificate și abordate. Abuzul de alcool și droguri este un astfel de exemplu. Abuzul de substanțe nu cauzează tulburarea de conduită, aceasta din urmă fiind deja prezentă, de cele mai multe ori, înaintea celeilalte probleme. Intervenția eficientă în cazul abuzului de substanțe va reduce probabilitatea persistenței problemelor psihologice la vârsta adultă. Un alt set de probleme, deseori asociate tulburării de conduită îl constituie dislexia și tulburările limbajului vorbit. Abordarea lor va facilita reușita școlară și găsirea unui loc de muncă, care ambele cresc șansele de succes ale intervenției asupra tulburării de conduită. O comorbiditate importantă există între tulburarea de conduită și ADHD (comorbiditate este de până la 30% pentru băieți și 59% pentru fete) ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)). Prezența ambelor

tulburări reduce șansele de reușită ale tratamentului și de aceea, tulburarea ADHD trebuie diagnosticată și tratată. O altă comorbiditate importantă există între tulburarea de conduită și depresie (până la 37%) care trebuie abordată separat, tratamentul ei nu aduce modificări asupra tulburărilor de comportament ([www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)).

Tulburările de conduită sunt deseori asociate *tulburărilor emoționale*, mulți dintre delincvenții juvenili neavând abilitățile de a-și identifica și controla propriile emoții. Cazurile de tulburări emoționale includ deseori simptome fizice ca oboseala constantă sau iritabilitatea. Deseori se asociază cu atacuri de panică, perturbarea somnului și coșmaruri, comportamente de auto-vătămare și retragere socială. Criteriile de diagnostic pentru tulburările emoționale ale adolescenților sunt aceleași cu cele pentru adulți, dar ne putem aștepta la câteva particularități ale simptomatologiei.

*Depresia* se manifestă la tineri și adolescenți mai degrabă ca iritabilitate decât ca tristețe și nefericire. Sunt comune elementele atipice ca somnul prelungit, agitație și apetit crescut. Ratele de comorbiditate cu alte tulburări sunt mari (38% cu tulburările de anxietate, 15-30% cu tulburarea de conduită, și 20-50% cu abuzul de substanțe) ([www.who.int](http://www.who.int)).

*Anxietatea* constă în preocuparea excesivă față de unul sau mai multe aspecte ale vieții. Grijile și preocupările sunt comune în rândul adolescenților, mulți dintre ei temându-se de posibilitatea de a nu fi plăcuți, de fi respinși sau criticați de către ceilalți. Criteriile de diagnostic sunt același ca și pentru adulți, dar există totuși diferențe la nivelul tabloului clinic. Focusul anxietății la adolescenți constă de cele mai multe ori în situațiile sociale, teama de a se face de rușine sau anxietatea de performanță. Mulți dintre ei pot fi foarte conformiști, perfecționiști și nesiguri de ei înșiși. În mediile instituționalizate, vor încerca să ascundă de ceilalți de vârsta lor preocupările și simptomele fiziologice asociate tulburării.

### **III. Etică și deontologie în intervenția psihologică din mediul penitenciar**

Principiile și standardele exercitării profesiei de psiholog, așa cum sunt ele reglementate de către Colegiul Psihologilor din România prin intermediul Codului deontologic al profesiei de psiholog cu drept de libră practică ([www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)), au rolul clar de a orienta și regla activitatea psihologului, indiferent de condițiile sau mediul în care își desfășoară acesta activitatea. Responsabilitatea și integritatea profesională sau standardele de competență și conduită sunt clar delimitate și sunt menite să constituie repere solide în actul psihologic. În plus față de acestea, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) face câteva sugestii privind particularitățile serviciilor psihologice din mediul penitenciar ([www.who.int](http://www.who.int)). Prezentăm în continuare, pe scurt, câteva din recomandările OMS.

Îngrijirea și tratamentul destinate sănătății mentale pe care deținuții le primesc în mediul penitenciar trebuie să fie echivalente cu cele pe care le-ar primi dacă s-ar afla în comunitate. Evaluarea și intervenția psihologică de specialitate ar trebui așadar să facă parte din serviciile de sănătate pe care deținuții le primesc în mod curent în mediul penitenciar. Aceste standarde ar putea fi atinse prin măsuri cum ar fi vizitele regulate în penitenciare ale echipelor de specialiști în sănătate mentală, posibilitatea de a apela la servicii sau facilități din afara penitenciarului atunci când aceste servicii sunt necesare și nu sunt disponibile în penitenciar, pregătirea de bază a angajaților în a recunoaște și a aborda problemele de sănătate mentală etc ([www.who.int](http://www.who.int)). Personalul din mediul penitenciar care se ocupă de sănătatea deținuților trebuie să aibă și rolul de a promova sănătatea mentală a deținuților și de a semnaliza persoanelor sau autorităților competente, acolo unde este cazul, necesitatea îmbunătățirii serviciilor de sănătate mentală.

Evaluarea și intervenția în sănătatea mentală în mediul penitenciar se poate face doar după obținerea consimțământului informat. Acesta presupune informarea, într-un limbaj adecvat, care să faciliteze înțelegerea deținutului asupra scopului și procedurii de evaluare sau intervenție, a riscurilor, beneficiilor și alternativelor tratamentului propus. Este recomandat, dacă este posibil, ca aceste informații să fie prezentate atât verbal cât și în scris. Consimțământul trebuie să fie liber și să nu fie

obținut în urma unor presiuni. Ca și oricare alt serviciu medical, consimțământul pe probleme de sănătate mentală presupune capacitatea pacientului de a-și da consimțământul. Prezența unei tulburări mentale sau a unei deficiențe de învățare nu presupune neapărat pierderea acestei capacități. În linii generale, cel care evaluează capacitatea de a consimți, urmărește dacă pacientul înțelege, în termeni generali, natura tratamentului și motivul pentru care este necesar, beneficiile, riscurile și alternativele tratamentului precum și posibilele consecințe ce ar putea apărea dacă nu este urmat tratamentul propus. Consimțământul oferit inițial poate fi retras mai târziu pe parcursul evaluării sau a intervenției. În cazul minorilor, consimțământul va fi solicitat, urmând prevederile legale aflate în vigoare și codurile de conduită profesionale.

Confidențialitatea este un element cheie în relația psiholog-pacient și presupune încrederea pacientului că psihologul nu va divulga informațiile pe care le are într-un mod care să-l dezavantajeze. Cu toate acestea, în mediul penitenciar apar situații în care este necesară informarea altor persoane în legătură cu starea pacientului. Câteva exemple sunt: informarea personalului închisorii în legătură cu anumite necesități sau pericole; informarea și implicarea familiei în tratament, atunci când este nevoie; pacientul reprezintă un risc de vătămare pentru un alt individ sau grup de indivizi. Astfel de situații pot fi depășite fără a compromite confidențialitatea prin câteva metode: cererea acordului pacientului pentru a divulga anumite informații; oferirea de informații generale personalului în legătură cu modul în care ar trebui abordate anumite grupuri de persoane cu diverse probleme, fără a specifica însă care sunt persoanele sau problemele cu care se confruntă acestea. Există și situații în care păstrarea confidențialității ar putea aduce un prejudiciu grav deținutului însuși, unei alte persoane sau societății precum și situațiile în care ținta intervenției sunt persoane minore, iar familia trebuie informată sau implicată în tratament. În astfel de cazuri, păstrarea sau compromiterea confidențialității se va face respectând prevederile legale și codurile de conduită profesională (vezi Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, [www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)).

#### IV. BIBLIOGRAFIE

- Abram K., M. & Teplin, L., A., (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. Implications for public policy, *American Psychologist*, 46, 1036-1045.
- Asociația Americană de Psihiatrie (APsya), (2003). *Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, Ediția a IV-a, Text revizuit (DSM-IV-R)*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București.
- Autoritatea Națională Antidrog, (2006). *Prevalența consumului de droguri în sistemul penitenciar din România* ([www.ana.gov.ro/rom/studii.htm](http://www.ana.gov.ro/rom/studii.htm)).
- David, D. (2006). *Psihologie clinică, Fundamente*. Editura Polirom, Iași
- David, D. (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom, Iași.
- David, D. (coordonator) (2007). *Sistem de evaluare clinică*. Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Eijk, J. Th., Diederiks, J. P. M., Kempen, G. I. J. M., Honig, A., van der Meer, K., & Brenninkmeijer W. J. M., (2004). Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease, *Patient Education and Counseling*, 54, 87–94.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., și Benjamin, L.S. (1997). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de Personalitate de pe Axa II a DSM*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007). Editura RTS, Cluj-Napoca
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., și Williams, J.B.W. (1997). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM - Versiune Clinică*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007). Editura RTS, Cluj Napoca
- Lamb, H., R. & Weinberger, L. (1998). Persons With Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review, *Psychiatric Services*, 49, 483-492.
- Livingston, J. D. (2009). Mental health and substance use services in correctional settings. A review of minimum standards and best practices

Mynors-Wallis, L. M., Gath D. F., Day, A., & Baker, F (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care, *BMJ*, 320, 483-492..

Sadock, B. J. & Sadock, V.A., (Editors), (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

U.S. Department of Justice, (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*.

World Health Organization (OMS), (2001). *World Health Report, Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva.

World Health Organization (OMS), (1998). *Report on a WHO Meeting, The Hague, Netherlands, 18-21 November*.

World Health Organization (OMS) *Fact sheet on Prisons and Mental Health* – <http://www.euro.who.int/prisons/>

World Health Organization (OMS) *Information sheet: Mental health and prisons* – [www.euro.who.int/prisons/publications/](http://www.euro.who.int/prisons/publications/)

World Health Organization (OMS) *Facts on mental health* – [www.euro.who.int/mentalhealth](http://www.euro.who.int/mentalhealth)

World Health Organization (OMS) *Fact sheet on Prisons and Mental Health* – [www.apa.org](http://www.apa.org)

[www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)

[www.euro.who.int/mentalhealth](http://www.euro.who.int/mentalhealth)

[www.euro.who.int/prisons/](http://www.euro.who.int/prisons/)

[www.ncchc.org](http://www.ncchc.org)

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

[www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)