

FACTORI PSIHOSOCIALI CU ROL ÎN EVOLUȚIA ȘI COMBATERICA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ LA DEȚINUȚI

Elena Holeab,

Iunie 2009

Momentul în care psihologii sociali au început să-și concentreze atenția asupra componentelor sociale ale îngrijirii sănătății este destul de recent. Dezvoltarea unei noi arii- psihologia socială a sănătății și bolii- promite să ajute la găsirea soluțiilor uneia dintre cele mai critice probleme cu care se confruntă societatea modernă: menținerea unei bune sănătăți. Cercetătorii din acest domeniu arată că factori psihosociali precum relațiile interpersonale, apartenența la un grup, influența familiei, suportul social comunitar, normele sociale pot fi la fel de importante în determinarea stării de sănătate a individului ca și factorii de sorginte biofizilogică. Mai mult decât atât, psihologii sociali au propus noi abordări terapeutice care să aibă drept scop ameliorarea problemelor de sănătate și să prevină apariția îmbolnăvirilor. Așadar, viziunea tradițională conform căreia îmbolnăvirea are cauze ce țin exclusiv de compoziția sângelui sau de metabolism și care pot fi tratate prin medicamente sau intervenții chirurgicale a fost înlocuită treptat de o viziune ce stabilește drept cauze ale îmbolnăvirii stresurile de diferite tipuri. În multe situații, menținerea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor sunt procese psihosociale care sunt influențate de cultură, de interacțiunile cu profesioniștii din domeniul medico-social, de credințe și sentimente, de relațiile cu ceilalți.

Conceptualizarea factorilor psihosociali

Unele comunități medicale reflectă în continuare viziunea lor sceptică referitoare la posibilele efecte ale stresului, emoțiilor și trăsăturilor de personalitate asupra evoluției unei boli. În ciuda acestei viziuni, există o bogată literatură acumulată în științele comportamentale și cele relaționate cu acestea care sugerează concluzii opuse, în termeni de existență a influenței factorilor psihosociali asupra procesului îmbolnăvirii (Baum, 1999; Cohen 1996; Schneiderman 2001 apud Kratz și McCeney, 2002). Aceste divergențe de opinii între oamenii de știință comportamentaliști și cei din comunitatea medicală duc la concluzia că o rezolvare informată a acestor viziuni opuse va depinde de o evaluare atentă a literaturii de cercetare existentă. S-a constatat, astfel, că există date conform cărora cercetătorii atribuie influența incidenței și gravității bolilor stilurilor în care oamenii fac atribuiri cu privire la sănătate sau boală, controlului personal ce intervine în derularea acestor procese. Așadar, menținerea stării de sănătate, realizarea bunăstării personale, dar și îmbolnăvirea, depind într-o foarte mare măsură de *modul în care o persoană gândește*.

Dar ce sunt factorii psihosociali asociați îmbolnăvirii? Factorii psihosociali pot fi definiți ca reprezentând dimensiuni măsurabile ce se constituie în punți ce relaționează între ele fenomenele psihologice, mediul social și modificările patologice. Factorii psihosociali pot acționa asupra stării de sănătate izolați sau combinați, în mod direct sau indirect. Luându-se în considerare diferite căi de interrelaționare a acestor factori, se poate constata că aceștia pot influența comportamentele relaționate cu sănătatea cum ar fi fumatul, alimentația, consumul de alcool sau activitatea fizică care, la rândul lor, pot influența riscul de îmbolnăvire. În al doilea rând, factorii psihosociali pot cauza direct schimbări patologice acute sau cronice și, în al treilea rând, sursele de suport social percepute de individ pot influența accesul la îngrijirea medicală sau la un anumit tip de îngrijire.

Un rol important în evidențierea și analizarea acestor tipuri de factori îl au și sociologii care au fost și rămân contributory importanți la cercetarea factorilor psihosociali implicați în starea de boală, în mod particular a factorilor sociali de risc pentru bunăstarea și sănătatea mentală (Cockerham, Glasser și Heuser, 1998). Conform

studiilor sociologice, datele existente în acest moment stabilesc clar o puternică asociere între condițiile psihosociale și boală. Dincolo de aceste evidențe, sociologii, psihologii sociali sau epidemiologii sociali trebuie să cerceteze în mod susținut aceste aspecte, dincolo de descrierea pattern-ului social al bolii. Progrese importante în stabilirea unui rol causal pentru factorii sociali s-au centrat pe două aspecte majore: direcția cauzalității dintre condițiile sociale și starea de sănătate și mecanismele ce explică asocierile observate (Cockerham, Glasser și Heuser, 1998). Cu privire la direcția cauzalității, au apărut numeroase controverse în jurul anumitor relații dintre condițiile sociale și starea de sănătate. Astfel de controverse se referă, de exemplu, la faptul că statutul socioeconomic scăzut cauzează o stare de sănătate precară sau starea de sănătate precară cauzează reducerea mobilității sociale sau suportul social reduce mortalitatea și morbiditatea sau îmbolnăvirea restricționează interacțiunile sociale și astfel, conduc la suportul social deficitar?

Tipuri de factori psihosociale asociați problemelor de sănătate mintală la deținuți

Printre factorii psihosociale care au o contribuție în degradarea sănătății mintale a deținuților pot fi menționați factorii identificați de OMS în 2005: supraaglomerarea, diferite forme de violență, izolarea forțată, lipsa spațiului intim, lipsa activităților de interes, izolarea de rețelele sociale, nesiguranța privind planurile de viitor (profesie, relații etc), servicii de sănătate inadecvate, în special servicii de sănătate mintală, în închisori (WHO, 1999).

În timp ce studiile arată faptul că detenția are un efect negativ asupra stării de sănătate mintală a deținutului, nu întotdeauna este așa. Chitsabesan *et al.* (2006) au afirmat că deținuții încarcerați au o stare de sănătate, inclusiv sănătatea mintală, mai bună comparativ cu deținuții supravegheați în comunitate. Și asta se întâmplă deoarece închisorile introduc ordine în stilurile de viață haotice ale deținuților.

Printre alți factori ce pot contribui la degradarea sănătății mintale în rândul deținuților mai pot fi menționați: presiunea exercitată de către alți deținuți, preocupări legate de dificultatea de a comunica cu familia; inexistența unei persoane de încredere cu care deținutul să poată vorbi atunci când are nevoie; existența unui număr redus de

activități interesante; monotonia regimului din închisoare; lipsa spațiului privat; îngrijorările și preocupările privind eliberarea; lipsa substanțelor care dau dependență; incompatibilitatea cu colegii de celulă; alimentația deficitară; accesul limitat la activitatea fizică; existența unor traume existențiale din trecut nerezolvate; dificultate în accesarea serviciilor, în special a celor de îngrijire a sănătății și a celor de consiliere. Deținuții provin în general din comunități defavoizate. Mulți dintre ei au experimentat excluziunea socială extremă și au probleme complexe. Ei au o stare de sănătate generală și mintală deficitară, un parcurs educațional limitat și câțiva dintre ei nu sunt calificați pentru a obține un loc de muncă. Mulți se confruntă cu abuzul de substanțe, unii nu au unde să locuiască, experimentând relații deficitare cu viața de familie încă din copilărie. Aceasta se întâmplă și din cauza faptului că serviciile de sănătate mintală din comunitate au eșuat în a-i integra pe mulți dintre deținuți în perioada premergătoare încarcerării (Weinstein, 2002).

Farrell *et al.*, (2006) au descoperit că majoritatea deținuților cu probleme de sănătate mintală nu au cerut sprijin serviciilor de sănătate mintală în anul anterior încarcerării. Iar pentru cei recidiviști se poate remarca, de asemenea, lipsa unui răspuns din partea serviciilor de sănătate mintală comunitare la eliberarea lor din închisoare (Weinstein, 2002).

Factorii structurali și cei sociali, precum calitatea șederii în închisoare, oportunitățile de angajare precum și relațiile cu familiile, prietenii și grupurile sociale mai largi au un impact major asupra stării de sănătate mentală. Un alt factor important este capacitatea individuală de a face față situațiilor emoționale stresante, care variază de la o persoană la alta (WHO, 1999).

Procesul stresului social și componentele acestuia

Majoritatea oamenilor aflați sub o anumită stare de presiune ar putea deveni vulnerabili la apariția unui anumit grad de tulburare mintală sau a unui grad de distress care-i determină să renunțe la a se mai bucura de viață și la reducerea stării de bunăstare în general (WHO, 1999)

Stresul este un termen utilizat de mulți oameni de știință, dar și de publicul larg, fiind, deseori, relaționat cu starea de sănătate fizică sau psihologică. În ultimele decenii ale secolului al XX-lea, în științele medicale și sociale termenul de stres s-a bucurat de o popularitate în creștere, numărul articolelor cu privire la stres și la tulburările mentale crescând rapid.

Așadar, stresul este un proces prin care solicitările ambientale sau interne afectează sau depășesc capacitatea de adaptare a unui organism rezultând, în urma percepției evenimentelor evaluate ca fiind amenințătoare sau provocatoare, diverse schimbări biologice, psihologice și sociale ce pot pune o persoană la risc de a se îmbolnăvi. Așadar, prin stres se înțelege orice eveniment care solicită adaptare fizică, psihologică sau socială, dar și ansamblul situațiilor externe care determină emoții de disconfort și tensiune, în condițiile în care aceste situații sunt percepute ca fiind amenințătoare sau frustrante sau ca depășind capacitățile individului de a le face față acestora (Argyle, 1992). Se constată, astfel, că stresul nu este doar o stare obiectivă, ci și o stare care depinde de percepția și interpretarea acestor condiții externe sau interne de către individ, interpretare ce se referă atât la gravitatea percepută în legătură cu aceste condiții, cât și la măsura în care este individul este capabil să facă față acestor condiții.

Perspective teoretice explicative cu privire la stres

Principalele teorii explicative cu privire la stres, teorii ce se focalizează pe relația specifică stabilită între solicitările externe (stresori) și procesele organismului pot fi grupate în trei categorii de abordări: abordarea sistemică a stresului bazată pe fiziologie și psiho-biologie, avându-l ca fondator, printre alții, pe Selye, în 1946; abordarea psihologică a stresului dezvoltată în aria psihologiei cognitive (Lazarus și Folkman, 1984) și abordarea sociologică a stresului social (Pearlin, 1989; Thoits, 1995).

În științele biomedicale, prin stres se înțelege, în general, răspunsul organismului la o stimulare adversă. Astfel, dacă o persoană spune că *se simte stresată*, ea se referă la răspunsul apărut în contextul anumitor situații adverse de viață, focalizarea fiind pe modul în care organismul său reacționează la respectivele situații.

În 1946, Selye definea stresul ca fiind *o stare manifestată printr-un sindrom ce cuprinde toate schimbările nespecifice induse în sistemul biologic de stimulările adverse*, denumind această stare Sindromul General de Adaptare (S.G.A), un model al răspunsului stereotipizat. Așadar, S.G.A a fost identificat ca fiind un set fiziologic, universal, de reacții și procese nespecifice, apărute în urma acțiunii unui *stresor* și care evoluează în timp, traversând trei etape: reacția de alarmă, etapa rezistenței și etapa epuizării (Selye, 1956, p.32). Prima fază a S.G.A., faza de alarmă, cuprinde o fază a șocului inițial și o fază ce urmează acestui șoc. Faza șocului exteriorizează automat excitabilitatea, producând o creștere a cantității de adrenalină și putând produce ulcerații gastro-intestinale. Reacția de alarmă are rolul de a mobiliza corpul pentru un răspuns de fugă sau luptă, văzut ca o reacție adaptativă de scurtă durată, apărută în situații de urgență. Faza ulterioară șocului marchează inițierea unor procese de apărare. În această fază apar reacții imediate la stres ce se manifestă în plan fiziologic, înregistrându-se creșterea tensiunii arteriale, a ritmului bătăilor inimii sau a frecvenței respiratorii. Există, de asemenea și reacții emoționale, mergând de la frică la fugă, de la furie la confruntare sau depresie etc. În multe situații, episodul de stres este rezolvat în timpul acestei etape, de alarmă. Însă, în condițiile în care situația solicitantă continuă, organismul intră în a doua etapă a S.G.A., etapa de rezistență. Aceasta este fază în care organismul încearcă să-și adune toate resursele pentru a obține o adaptare satisfăcătoare. În această etapă simptomele reacției de alarmă dispar, ceea ce poate sugera o aparentă adaptare a organismului la stresor. Astfel, deși persoana nu dă impresia că s-ar afla sub stres, organismul său începe să nu mai funcționeze bine și pot apărea semnele unor afecțiuni. Conform teoriei lui Selye, în această etapă, sistemul imunitar este compromis și, sub persistența stresorilor se pot dezvolta anumite boli specifice de adaptare, precum ulcerele sau bolile cardiovasculare (Nezu et al. ,2003). În același timp, pe măsură ce rezistența la stimularea adversă crește, scade rezistența la alte tipuri de stresori. Astfel, în condițiile în care situațiile solicitante persistă, etapa rezistenței lasă loc fazei de epuizare. În această fază, capacitatea organismului de a se adapta la stresori este epuizată, reapar simptomele etapei fazei de alarmă, dar, de această dată, rezistența nu mai este posibilă. În anumite situații, capacitatea de rezistență a organismului poate scădea până la îmbolnăvire,

situație în care apar distrugerii iremediabile ale țesuturilor și, în care, în condițiile în care stimularea aversivă persistă, organismul putând muri.

În contrast cu abordarea medicală centrată pe răspuns, teoriile psihologiei moderne subliniază faptul că un determinant important al reacției în fața unei situații stresante este reprezentat de interpretarea indivizilor cu privire la acea situație.

În psihologie, în mod obișnuit, prin stres se înțelege procesul prin care o persoană interacționează cu mediul său de viață, caracteristica esențială a răspunsului unui organism la mediul său înconjurător, nefiind lipsa sa de specificitate, ci gradul său înalt de specificitate (Lazarus și Folkman, 1984). În 1966, psihologii stabilesc că stresul este procesul prin care răspundem la anumite evenimente sau situații neprevăzute, tracasante (de exemplu conflictele interne ce obligă individul să aleagă între două alternative incompatibile, schimbările majore din viața individului -boala, moartea cuiva drag, șomajul, încarcerarea, căsătoria, divorțul etc.) (Lazarus și Folkman, 1984).

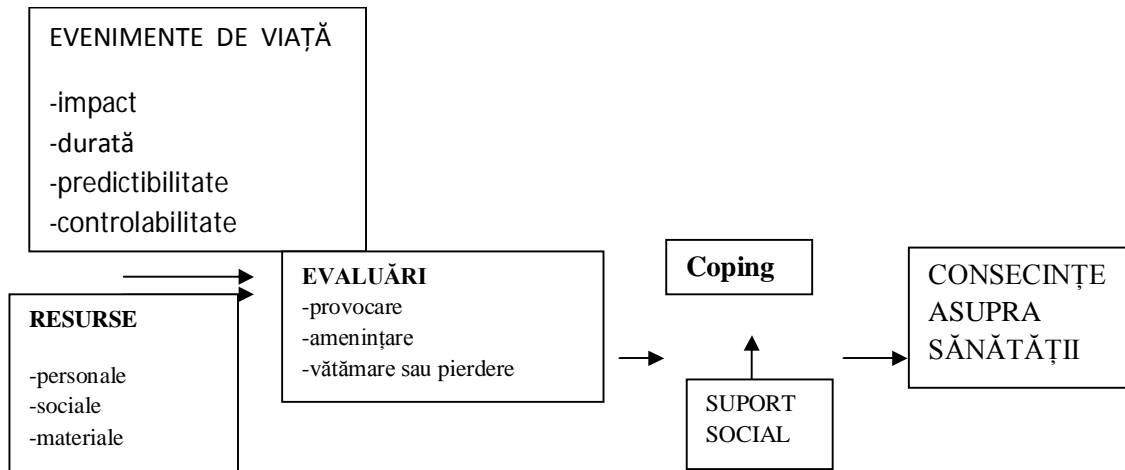
În anii 70, în gama teoriilor cu privire la stres este introdus conceptul de vulnerabilitate a individului în fața expunerii la stimuli stresogeni. În 1976, Cassel a emis ipoteza conform căreia rezistența organismului este un factor crucial în ceea ce înseamnă impactul stresului asupra sănătății. Conform teoriei sale, Cassel afirmă că există doi factori esențiali în determinarea gradului de rezistență a organismului unui individ: capacitatea de *coping* și rețelele de suport social.

În 1976, Lazarus elaborează modelul "interacționist" al stresului, ce inițiază ideea conform căreia percepția capacității de a face față solicitărilor se realizează în funcție de evaluarea cognitivă a amenințării și de importanța acordată frustrării și/sau conflictului determinate de aceasta.

În 1991, Lazarus completează modelul cognitiv asociat evaluărilor cognitive primare și secundare afirmând că stresul este un concept *relațional*, în sensul că acesta este văzut ca fiind o relație (tranzacție) între indivizi și mediilor lor de viață. Astfel, stresul este privit ca fiind un proces activ compus din antecedente cauzale, procese de mediere și efecte ale stimulilor. Antecedentele cauzale pot fi variabile personale, precum obligațiile sau credințele personale sau variabile care țin de mediu, precum constrângerile situaționale și solicitările externe. Procesele de mediere se referă la strategiile de coping și la evaluările cognitive ce privesc solicitările și resursele. Experimentarea stresului și a

resurselor de coping conduc la efecte imediate, precum reacțiile afective sau fiziologice și la efecte pe termen lung precum bunăstarea psihologică, sănătatea somatică și funcționarea socială (vezi Fig.1) (Nezu et al., 2003).

Fig. 1 Modelul procesului relației stres/sănătate, bazat pe teoria tranzacțională a stresului a lui Lazarus (1991)



Sursa: Nezu et al. (2003) "Health Psychology", vol. 9 in Handbook of Psychology, John Wiley & Sons, Inc, NJ., pag.29.

Așadar, în anul 1993, Lazarus remarcă faptul că în orice teorie referitoare la stresul psihologic două concepte centrale sunt considerate mediatori centrali în tranzația persoană-mediu: *evaluarea cognitivă* a indivizilor cu privire la semnificația a ceea ce se întâmplă cu starea lor de bunăstare și *evaluarea resurselor de coping*, ce semnifică eforturile cognitive și comportamentale depuse de indivizi în scopul gestionării anumitor solicitări specifice. Conceptul de evaluare se bazează pe ideea că procesele emoționale (inclusiv stresul) sunt dependente de așteptările actuale pe care o persoană le manifestă cu privire la semnificația și impactul unui anumit stimul. Necesitatea acestui concept de evaluare apare ca evidentă pentru a explica diferențele dintre indivizi în ceea ce privește calitatea, intensitatea și durata unei emoții specifice în mediile care, obiectiv, sunt aceleași. Se consideră, că reacția finală este generată, menținută și afectată de un anumit model de evaluare.

Copingul a fost definit ca fiind ansamblul *eforturilor cognitive și comportamentale realizate în scopul de a gestiona, tolera sau reduce solicitările externe sau interne și conflictele dintre acestea*. Acțiunile de coping pot fi diferite, în funcție de centrarea lor pe diferite elemente ale evenimentului stresant. Astfel, ele se pot focaliza pe realitățile problematice dintre persoană și mediu ascunse în spatele emoțiilor negative sau al stresului (*coping focalizat pe problemă*) sau pot fi relaționate cu elemente interne, emoționale, încercându-se, în această situație, reducerea stării emoționale negative sau schimbarea evaluării cognitive a situației solicitante (*coping centrat pe emoție*) (Lazarus și Folkman, 1984).

În psihologia sănătății, cercetarea este focalizată pe efectele cumulate pe care personalitatea și mediul le au asupra patologiei individului, dar și pe factorii de mediere sau moderare ai stresului cum ar fi strategiile de coping sau suportul social (Hobfoll, 1998).

În concluzie, cercetătorii tind să considere *stresul* ca fiind un fenomen *psihologic*, o parte a motivației acestei credințe stând în faptul că cea mai mare parte a cercetărilor cu privire la stres au fost făcute de psihologi și psihiatri, specialiști care, în mod natural și, adecvat pregătirii lor, tind să se centreze în munca lor de cercetare pe problemele psihologice și/sau fiziologice cu care se confruntă indivizii. Un alt motiv pentru care stresul este privit ca fiind un fenomen psihologic este tendința oamenilor de a “psihologiza” aproape totul. Există societăți puternic orientate pe individ, unde pare “natural” să explici aproape orice aspect al comportamentului făcând referire la variabile psihologice, care țin de persoana individuală. Similar, atunci când ne gândim la consecințele stresului, există tendința de a ne centra exclusiv pe efectele acestuia asupra persoanelor individuale. Desigur, stresul este un fenomen psihologic, în sensul că el este experimentat de persoane individuale, dar există motive pentru care stresul poate fi considerat un fenomen sociologic (Linsky și Straus, 1986).

Atunci când o persoană spune *am o căsnicie stresantă*, ea se referă la stimul, la situația solicitantă și nu la răspunsul ei la situație. Perspectiva bazată pe stimul sau **abordarea sociologică** a stresului acordă atenție caracteristicilor particulare ale solicitărilor (stresorilor) și argumentează că aceste solicitări, care pot fi sociale, fizice,

psihologice sau intelectuale, taxează în mod specific resursele de coping ale individului, generând răspunsuri specifice (Nezu et al., 2003).

O mare parte a cercetărilor sociologice cu privire la stres a vizat fie situațiile sociale stresante (exemple: spargerea locuințelor, mediul familial sau profesional ostil, migrația, discrepanțe între aspirații și oportunități, conflicte de rol, izolarea socială, boala cronică etc.), fie reacții variate la aceste situații, unele dintre acestea constituindu-se chiar în diverse patologii. Exemple de astfel de cercetări se referă la migrația de lungă durată, migrația urbană (Malzburg și Lee, 1956), disoluția relațiilor intime din mediile urbane și dezmembrarea rețelelor comunitare (Faris și Dunham, 1939), spargerea de locuințe etc. (Nye, 1958) (apud Linsky și Straus, 1986). Așadar, perspectiva sociologică de explicare a stresului lansează o primă aserțiune conform căreia cauzele stresului se găsesc în natura societății. Se poate afirma, astfel, că modul în care oamenii fac față stresului este determinat atât de personalitatea celui care experimentează un eveniment stresant, cât și de regulile sociale și organizarea socială. De exemplu, o societate caracterizată printr-o rată ridicată a șomajului va fi o societate cu un grad înalt de stres.

Făcând referire la situațiile sociale stresante, sociologii au cercetat numeroase aspecte sociale ce produc reacții la stres. În acest cadru, pot fi descoperite cercetări centrate pe analiza efectelor disruptive la nivel individual sau comunitar produse de dezorganizarea socială. În orice societate, anumite subgrupuri tind să răspundă la stres în modalități diferite. În unele societăți oamenii învață să gestioneze stresul prin pasivitate și retragere, în timp ce în alte societăți (SUA, de exemplu), oamenii tind să răspundă la stres prin agresivitate. Astfel, modul în care cineva gestionează sau reacționează la stres devine, într-o măsură semnificativă, o funcție a societății sau a regiunii în care persoana este localizată. În concluzie, consecințele stresului nu sunt limitate la nivelul individului. Atât caracteristica stresogenă a societății, cât și modalitățile în care oamenii fac față stresului au consecințe pentru natura societății în sine. Dezvoltarea activității economice, de exemplu, este probabil una încetinită într-o societate în care oamenii tind să rezolve stresul prin retragere sau pasivitate, comparativ cu o societate în care oamenii tind să devină agresivi sub influența stresului. Rata criminalității este, de asemenea, probabil să fie mai mare decât media în ultimul tip de societate. Rata divorțurilor este probabil să fie

mai mare într-o societate în care oamenii nu știu să rezolve problemele interpersonale, răspunzând în fața acestora prin agresivitate sau pasivitate.

Conform altei teorii sociologice, teoria lui Merton privind anomia, apărută în 1957, stresul poate fi generat de discrepanța dintre dorințele și așteptările cu care oamenii sunt socializați într-o anumită cultură și nivelurile reduse de atingere a acestora, cauzate de existența unor oportunități limitate. Această discrepanță poate conduce, în final, la încălcarea normelor și, în final, la o adaptare deviantă a indivizilor. Alți cercetători au sugerat că astfel de discrepanțe dintre așteptările promovate de cultură și oportunitățile limitate de satisfacere pot determina rate ridicate ale violenței (Cloward și Ohlin, 1960), ale schizofreniei (Parker și Kleiner, 1966) sau ale depresiei (Linsky și Straus, 1986). Așadar, normele și credințele culturale definesc într-o mare măsură ce este considerat a fi stresant într-o anumită societate. De exemplu, în subculturile anilor 60 și 70, obținerea unui loc de muncă bun era percepută ca fiind stresantă, în timp ce divorțul era perceput ca fiind mai puțin stresant comparativ cu anii din urmă.

Dincolo de direcția teoretică ce a vizat teoriile tradiționale ale sociologiei prezentate mai sus, în cadrul abordării sociologice a stresului, un rol important în analizarea stresului social l-a avut abordarea *evenimentelor de viață*, care a ocupat cea mai mare parte a atenției cercetătorilor din ultimii 20 de ani. O contribuție majoră la aceste cercetări a avut-o publicarea, în 1967, de către Holmes și Rahe a scalei *Social Readjustment Rating Scale*, ei plecând de la ipoteza conform căreia anumite schimbări ce apar în obișnuințele oamenilor și nu doar evenimente percepute ca amenințătoare sau critice pot fi implicate în apariția anumitor boli. Astfel, Rahe și Holmes au presupus că o cantitate medie de efort necesară adaptării la un eveniment cuprins în scală ar putea fi un indicator al severității fiecărui eveniment stresant (Linsky și Straus, 1986). Cu cât o persoană experimentează mai multe schimbări- pozitive sau negative- cu atât ea este nevoită să se adapteze la circumstanțe noi și să utilizeze resurse din ce în ce mai limitate, precum energia, timpul sau atenția personală (Weber, 1992). Așadar, nu natura negativă a evenimentelor este factorul important, ci cantitatea de schimbare cerută pentru readaptarea la un nivel de funcționare acceptabil. Acesta a fost motivul pentru care autorii scalei au inclus în rândul evenimentelor evaluate și unele evenimente pozitive (vacanța, Crăciunul, căsătoria, sarcina etc.), orice schimbare, dezirabilă sau nu, fiind privită ca fiind

stresantă. Cercetările realizate de Rahe și colaboratorii săi, în 1968 au demonstrat, subliniind faptul că fiecare dintre aceste evenimente implică o anumită solicitare adaptativă, că o acumulare a mai multor evenimente de viață într-o perioadă limitată poate impune solicitări ce depășesc abilitatea de coping sau de a face față stresorilor a unui individ, acestea devenind dăunătoare pentru starea sa de sănătate.

Sociologii au acceptat greu teoria lui Selye care afirmă că toate schimbările sunt posibil dăunătoare pentru că toate schimbările, caracteristici normale ale fiecărui nivel al vieții sociale și al vârstei, solicită readaptare. În mod specific, schimbările sunt nedorite, neplanificate și cele mai multe supărătoare (Thoits, 1981). Cu toate acestea, datele actuale arată că, la orice nivel, nu schimbarea, ci calitatea schimbării devine potențial dăunătoare pentru oameni. O altă limită a teoriei evenimentelor de viață se referă la faptul că evaluarea cu aceeași măsură a aceluiași eveniment la toți indivizii care au încercuit itemul ignoră emoțiile subiective ce apar ca reacții la stres și care pot să difere enorm de la un individ la altul. De exemplu, unii oameni pot experimenta încarcerarea ca fiind începutul unei lungi perioade de suferință și depresie, în timp ce pentru alții el marchează sfârșitul conflictelor maritale, a deprivărilor de zi cu zi, devenind o ușurare (Nezu et al., 2003).

Pentru a înțelege aspectele sociale ale stresului- o arie majoră de cercetare a sociologilor, voi prezenta în continuare aspecte ale teoriei sociologului Leonard Pearlin cu privire la modelul procesului stresului (1989) și ale teoriei sociologului Peggy A. Thoits cu privire la stres, mai precis teoria resurselor de coping la stres (1995).

Conform sociologului Leonard Pearlin, teoria procesului stresului subliniază faptul că stresul începe în mod tipic cu o situație socială pe care oamenii o percep ca fiind amenințătoare sau suprasolicitantă. Astfel, Pearlin punctează existența a două tipuri majore de stresori sociali: evenimentele de viață și tensiunile cronice. În primul caz, stresul este produs de evenimente de viață precum divorțul, căsătoria, încarcerarea sau pierderea locului de muncă. În al doilea caz sunt vizate suprasolicitările cronice, conflictele, problemele și amenințările de durată cu care mulți oameni se întâlnesc zilnic. În rândul solicitărilor cronice sunt incluse *suprasolicitarea de rol* (precum aceea de a avea și de a-ți îndeplini rolul de părinte, încercarea de a avansa în cariera profesională etc.), *conflictele intraroluri* (precum rolul de soț/soție), *conflicte interroluri* (în care o

persoană are prea multe roluri), *captivitatea de rol* (în care o persoană este, fără să dorească, sclava rolului, un exemplu fiind situația în care o persoană este prinsă în capcana unei căsnicii nefericite sau a unui job neplăcut) sau *restructurarea de rol* (în care o persoană schimbă relațiile din cadrul anumitor roluri).

Pearlin, afirmă că cele mai multe experiențe stresante nu apar în van, ci, de obicei, ele pot fi indicii ale efectelor structurilor sociale în care oamenii trăiesc care sunt diferite sisteme de stratificare a societății, precum ar fi cele fundamentate pe clasa socială și economică, rasă și etnie, gen și vârstă. S-a constatat că, în măsura în care aceste sisteme promovează o distribuție inegală a resurselor, a oportunităților sau a manifestărilor eului, deținerea unui status redus în cadrul acestor structuri poate fi o sursă a condițiilor de viață stresante. Astfel, este de înțeles faptul că studiile comunitare realizate în anii 50-60 relevă puternice asocieri între pozițiile sociale ale oamenilor în cadrul sistemelor sociale și indicatorii de bunăstare individuală a acestora (Gurin, Veroff și Feld, 1960 apud Pearlin, 1989). Așadar, stresorii cronici sau răspunsurile inadecvate la stres conduc la apariția îmbolnăvirilor, la scăderea rezistenței organismului și la comportamente nesănătoase (Weber, 1992).

Dincolo de aceste aspecte, este cunoscut faptul că o persoană deținătoare a unui rol nu poate acționa singură, un anumit rol fiind parte a unei constelații mai largi de roluri complementare, în jurul cărora sunt structurate relații interpersonale. Astfel, cineva nu poate avea rolul de soț fără a avea o soție, nu poate fi părinte fără a avea un copil sau nu poate fi coleg fără a avea o altă persoană cu care să lucreze. Relațiile formate de diferite seturi de roluri sunt relativ durabile și stabile și, în mod obișnuit, ele au o importanță considerabilă pentru părțile implicate. În consecință, atunci când relațiile devin problematice și pline de conflicte, ele pot produce un stres considerabil.

S-a stabilit, astfel, că nivelurile interrelaționate ale structurii sociale – stratificarea socială, instituțiile sociale, relațiile interpersonale – hrănesc și structurează experiențele indivizilor, care, la rândul lor, pot cauza stres. Astfel, contextele structurale ale vieții oamenilor nu sunt străine procesului stresului, ci sunt fundamentale pentru analizarea acestui proces. Cu toate acestea, nu toți cercetătorii care au analizat stresul și-au manifestat interesul pentru contextele structurale ale procesului stresului, mulți dintre aceștia începându-și analizele focalizându-se direct pe potențialii stresori ce rezultă din

experiența indivizilor, ignorând posibilele origini ale stresorilor. Sociologii, prin adoptarea anchetelor sociologice nu au optat pentru ignorarea acestor origini, ci au subliniat rolul acestora în descoperirea anumitor modele și reguli împărtășite de oameni ale căror caracteristici și circumstanțe sociale sunt similare.

Printre informațiile despre contextele sociale și legăturile oamenilor cu aceste contexte analizate în cadrul procesului stresului, genul poate fi luat ca exemplu, el fiind un status care a fost cercetat și despre care s-a scris mult. S-a constatat că, atunci când expunerea la stresori este similară atât în rândul femeilor, cât și al bărbaților, efectele acestor stresori asupra reacțiilor ce urmează pot fi condiționate de gen. De exemplu, o nedreptate echivalentă la locul de muncă poate avea impact diferit asupra bărbaților și femeilor din cauza condițiilor diferite cu care bărbații și femeile se confruntă în exercitarea altor roluri (Pearlin, 1995). De asemenea, resursele personale și sociale cu rol în medierea efectelor stresorilor ce pot fi mobilizate pentru a face față acestei nedreptăți pot varia după gen (Pearlin, 1995). În sfârșit, genul este o caracteristică care poate afecta modalitățile în care se manifestă reacțiile la stres. Astfel, simptomatologia depresivă poate fi o expresie mai obișnuită în rândul femeilor, în timp ce consumul de alcool și alte comportamente pot fi mai obișnuite printre bărbați.

Relația dintre stresul social și problemele de sănătate mintală la deținuți

Deținuții sunt în mod special vulnerabili la îmbolnăvirea mentală și la distres. Majoritatea lor vin din cele mai dezavantajate grupuri ale societății. Mulți au istorii pline de experiențe nefericite din copilărie, precum abuzul fizic, sexual sau emoțional, neglijarea, abandonarea timpurie a școlii, niveluri scăzute de școlarizare, ceea ce conduce la perspective reduse de angajare; dependența de substanțe (alcool, droguri) care se poate să fi avut un rol important în comiterea infracțiunii; tulburări mintale, tentative de suicid, automutilări (WHO, 1999).

Factorii care apar deseori în închisoare care pot avea un efect advers asupra sănătății mentale a deținuților include supraaglomerarea, mediul murdar și deprimant, mâncarea proastă, servicii de îngrijire inadecvate, agresiunile (care pot lua diferite forme: fizice, verbale, rasiale sau sexuale). Numărul redus de activități cu scop, disponibilitatea

drogurilor ilicite, solitudinea forțată, spațiu personal și timp pentru relaxare și reflecție redus pot conduce la afectarea sănătății mintale a deținuților (WHO, 1999).

Deprivarea de libertate implică inevitabil deprivarea de alegerile existente în comunitatea din afara închisorii: deținuții nu mai pot decide unde să trăiască, cu cine să se asocieze și cu cine să-și petreacă timpul și trebuie să se supună disciplinei impuse de alții. Comunicarea cu familia și prietenii este redusă și deseori se realizează fără intimitate.

Efectul cumulativ al acestor factori, lăsat neevaluat, poate contribui la afectarea sănătății mintale a deținuților și poate crește riscul incidentelor dintre prizonieri și personalul închisorii, poate afecta ordinea și siguranța, prin adoptarea unor comportamente violente, sinucideri sau automutilări. În închisorile în care există niveluri ridicate ale unor astfel de incidente, personalul și deținuții suferă efectele creșterii tensiunii, cu efecte considerabile asupra sănătății lor mintale (WHO, 1999).

Rolul suportului social în contextul problemelor de sănătate mintală la deținuți

Suportul social este important în menținerea sănătății fizice și mentale a individului. Acesta intervine în special în situațiile de criză și în perioadele de stres psihosocial. Rolul suportului social este acela de a integra social individul, de a-i crește stima de sine, de a-l ajuta să aibă încredere în oameni și de a se simți în siguranță.

Suportul social reprezintă o resursă centrală pentru dezvoltarea și bunăstarea umană, o dimensiune majoră a comportamentului social situată la interfața dintre individ și sistemul social din care acesta face parte (Orford, 1998). Din punct de vedere sociologic, suportul social vizează integrarea socială a individului în cadrul comunității. Perspectiva psihologică de abordare a suportului social se concentrează pe studiul rolurilor sociale și al comportamentelor de rol, pe modul în care nevoia de suport social și disponibilitatea acestuia se modifică de-a lungul existenței, precum și pe aspecte ce țin de rolul suportului social în conturarea identității personale. Atunci când studiază suportul social, psihosociologii analizează satisfacția individului cu viața, cu relațiile sale sociale ce au rol determinant în conturarea sentimentelor de satisfacție cu viața.

Unii teoreticieni leagă suportul social de modul de percepere a lumii sociale proprii individului sau de deprinderile și competența socială a individului, în timp ce alții îl consideră o caracteristică mai curând a unor rețele sau comunități decât a indivizilor.

Încă din anul 1897, odată cu publicarea de către Durkheim a studiului său ce relaționa ratele sinuciderilor de deficitul integrării individului în rețeaua relațiilor sociale, a fost supusă atenției asocierea dintre integritatea socială și starea de sănătate și bunăstare. Apoi, ca rezultat al urbanizării și industrializării din anii 20, atenția s-a recentrat pe efectele negative ale disoluției rețelelor sociale și pe sentimentul dezintegrării sociale (McKenzie, 1926 apud Rice, 2000).

Conceptul de suport social a început să rețină cu adevărat atenția în anii 70, în special datorită activității lui Antonovsky (1974), Cassel (1974), Caplan (1974), Weiss (1974) și Cobb (1976), care au analizat factorii ce pot ameliora efectele negative ale evenimentelor de viață negative (Rice, 2000). Cobb a analizat suportul social, definindu-l ca fiind, atât sentimentul unei persoane de a fi îngrijită, iubită, stimată și valorizată, cât și acela de apartenență la rețele de comunicare cu rol de sprijin (Cobb, 1976 apud Cockerham et al., 1998).

În anii 80, din ce în ce mai mulți cercetători încep să-și focalizeze atenția asupra conceptualizării suportului social. Kahn și Antonucci (1980) au fost în mod special interesați de rolul rețelelor sociale, în timp ce House (1981) a analizat atât rolul suportului social în adaptarea la stresul profesional, cât și importanța anumitor forme de suport. Wortman (1984) a fost, de asemenea, interesat de componentele suportului social, și, în mod special, de adaptarea la stresori de tipul cancerului (Dunkel-Schetter și Wortman, 1982 apud Rice, 2000).

În continuare vor fi prezentate câteva dintre conceptualizările suportului social. În viziunea a doi autori (Dolbier și Steinhardt, 2000) suportul social este „*un proces prin care se oferă sau se schimbă sprijin cu alte persoane în scopul de a facilita unul sau mai multe obiective ale adaptării*”. În anul 2000, Cohen definește suportul social ca fiind existența posibilității de a avea o varietate de contacte sociale ce reprezintă resurse ce stau la dispoziția unei persoane în beneficiul acesteia (Kratz, 2002). De asemenea, Septimiu Chelcea (2003, p.350) definește suportul social ca fiind “*susținerea psihologică a persoanelor: confortul, asistența și informațiile primite din partea indivizilor și*

grupurilor în cadrul relațiilor formale și informale”, adăugînd și că „în psihosociologie, termenul de suport social se utilizează și pentru a desemna resursele care provin de la alte persoane”.

O altă preocupare a cercetătorilor ce au analizat suportul social vizează măsurarea acestuia. Datorită complexității sale, măsurarea conceptului de suport social ține cont de aspecte precum *cantitatea/calitatea suportului social, specificitatea/globalitatea în măsurarea suportului social sau de modul în care suportul social este primit/perceput*.

Măsurarea suportului social se realizează prin evaluarea structurii și funcționării relațiilor sociale. Astfel, în timp ce suportul structural reflectă interacțiunile sociale, rețelele și legăturile sociale, suportul funcțional se concentrează pe funcționarea specifică a sprijinului, luându-se în considerare diferențele în funcționarea suportului care oferă sprijin instrumental sau material și sprijin ce oferă confort și îngrijire emoțională. Unii cercetători consideră că măsurarea suportului structural este o analiză cantitativă a rețelelor sociale (numărul sau frecvența persoanelor suport), în timp ce măsurarea suportului funcțional se realizează prin analiză calitativă (valoarea sau importanța acestui suport) (Antonucci și Johnson, 1994). Așadar, suportul social funcțional se referă la sprijinul instrumental (material), informațional și emoțional obținut de o persoană din relațiile sale sociale și comunitare (Cohen et al., 1985). În studiile timpurii, așa numitele rețele sociale au fost măsurate cantitativ prin evaluarea unor factori precum gradul în care cineva participă în cadrul activităților dintr-un grup sau organizație sau numărul de membri ai familiei sau prietenilor din prezent (Rozanski et al., 1999). Dacă un cercetător ar fi interesat să examineze efectul percepției diferitelor funcții ale suportului social în adaptarea la un dezastru natural, cel mai eficient ar fi să utilizeze o măsurare calitativă, specifică a suportului social perceput. Așadar, abordarea structurală în definirea suportului social vizează rețelele de relații, analizând variabile precum mărimea, densitatea și conținutul suportului social, în timp ce abordarea funcțională, calitativă ia în considerare aspecte ce țin de calitatea relațiilor unei persoane, de posibilitatea ca aceste relații să dețină funcții de suport (emoțională, informațională, materială, de apreciere etc.) la un moment dat. Mărimea suportului social face referire la numărul de persoane incluse de o persoană în rețeaua sa socială, ținînd seama de criteriile precum: să se cunoască după nume, să aibă o relație personală curentă sau să intre în contact cel puțin o dată pe an.

Un alt atribut asociat suportului social este specificitatea acestuia, un atribut care indică măsura în care instrumentele de evaluare a suportului social vizează o structură specifică a acestuia (de exemplu, familia, prietenii etc.) sau o funcție specifică a suportului (de exemplu, funcția informațională, emoțională sau materială). Dacă măsurarea suportului social nu țintește măsurarea specificității acestuia, atunci apare un alt atribut, cel al globalității măsurării suportului social, atribut ce reflectă existența unei combinații de itemi relaționați atât cu structura suportului social, cât și cu funcțiile acestuia într-un index global nediferențiat. Măsurătorile globale evaluează gradul de integrare socială a unei persoane într-o rețea socială mai largă (Cohen și Wills, 1985 apud Dolbier, 2000).

În măsurarea suportului social o distincție necesară apare atunci când trebuie să luăm în considerare percepția persoanei cu privire la resursele de suport social de care dispune, ca și primirea efectivă a acestor resurse. Cercetările epidemiologice au conceptualizat suportul social tradițional ca suport primit (de exemplu interacțiunile cu prietenii, participarea în diferite grupuri sociale, biserică, munca în afara casei, statutul marital etc.). În același timp, cercetătorii au conceptualizat suportul social cognitiv ca fiind percepția conform căreia o persoană este sprijinită de alții, acuratețea percepției nefiind foarte importantă.

Formele suportului social

Cercetătorii disting mai multe funcții principale ale caracteristicilor specifice pe care trebuie să le aibă relațiile sociale pentru a fi considerate suportive și pentru a putea influența pozitiv starea de bunăstare a unei persoane (Orford, 1998). De-a lungul timpului, au fost elaborate numeroase conceptualizări cu privire la formele suportului social, cele mai multe dintre acestea incluzând componente ce implică atât sprijinul fizic, cât și sprijinul emoțional. În 1974, Weiss, focalizându-se exclusiv pe aspectele emoționale ale relațiilor semnificative, stabilește ca dimensiuni caracteristice suportului social atașamentul, integrarea socială și aprecierea (Rice, 2000).

Kahn și Antonucci (1980) au diferențiat trei forme de suport social: material (sprijin direct, instrumental sub forma bunurilor, banilor și informațiilor), emoțional

(exprimarea grijii, respectului și iubirii) și apreciativ (conștientizarea oportunității sau justeții anumitor acțiuni). House (1981) a împărțit dimensiunea sprijinului în două componente: suport instrumental sau ajutor direct și suport informațional, în timp ce Wortman (1984) și Underwood (1986) au adăugat acestora și suportul emoțional, sub forma ascultării. Barrera (1981) a propus o conceptualizare ce încorporează 6 elemente similare celor găsite de House (1981): ajutor material, asistență fizică, interacțiune intimă, ghidare, feedback și participare socială (Rice, 2000).

Așadar, suportul social poate acoperi o arie variată de nevoi: materiale, informaționale, emoțional-efective, de îngrijire, de recunoaștere și afirmare, de consiliere, de interacțiune socială pozitivă etc. Funcțiile suportului social stabilite de Jim Orford în 1998, așa cum sunt prezentate în tabelul 1 sunt cea emoțională, de apreciere, informațională sau cognitivă și cea materială sau instrumentală.

Tabelul 1. Funcțiile suportului social

Emoțională	Expresiv, suport afectiv, îngrijire
De apreciere	Afirmare, suport valoric, recunoaștere
Informațională	Consiliere, suport cognitiv, îndrumare
Materială	Concret, suport instrumental, ajutor
Colegială	Interacțiune socială pozitivă

Sursa: Psihologia comunității, Jim Orford, 1998, p. 118

Funcția emoțională a suportului social este funcția care oferă confort și stimă de sine, suportul social emoțional ocupând un loc central în cadrul conceptului suportului social. Suportul emoțional pare a fi cel mai important tip de sprijin în toate fazele unei situații problematice: criza, tranziția și faza finală, cronică. Activitățile realizate de cei ce oferă un astfel de suport pot include: asistență sub formă de încurajare, exprimarea căldurii personale și a empatiei, identificarea, denumirea și reflectarea emoțiilor, manifestarea dragostei și afecțiunii pentru celălalt, comunicarea empatică, manifestarea încrederii și a susținerii necondiționate, manifestarea unei conduite cu rol în declanșarea unui sentiment de siguranță și formarea credinței că un individ este admirat, respectat, exprimarea plăcerii, admirației, a disponibilității unei persoane de a discuta problemele cele mai delicate.

Funcția de apreciere a suportului social este concretizată în sprijinul axat pe stima și prețuirea unei persoane, indiferent de ceea ce i se întâmplă sau de condițiile în care trăiește, ce constă în exprimarea prețuirii, admirației și respectului pentru celălalt, contribuind la amplificarea prețuirii de sine a persoanei (Zani, 2003).

Funcția cognitivă sau informațională a suportului social este funcția prin care se oferă informații și sfaturi necesare rezolvării unor probleme sau se învață anumite deprinderi ce pot fi necesare unei persoane pentru rezolvarea unei probleme cu care se confruntă. Acest suport include și un sprijin centrat pe analiză, pe evaluare, acesta referindu-se la oferirea de informații cu rol în a ajuta o persoană să-și evalueze propriile performanțe, dar și sfătuirea, îndrumarea și consilierea în diverse domenii a unei persoane.

Funcția material-instrumentală a suportului social se referă la acea formă de ajutor direct și material adresat unei persoane aflată într-o situație de dificultate ce presupune incapacitatea de a-și satisface o nevoie și constă în furnizarea de bani, bunuri și servicii ce pot ajuta o persoană să rezolve unele probleme practice. Printre activitățile ce au această funcție de sprijin pot fi amintite asistența unei persoane pentru munca din gospodărie, îngrijirea copiilor, acordarea unor împrumuturi sau donații în bani, transportul, îngrijirea unei gospodării în lipsa proprietarului, oferirea de bunuri materiale (mobilă, cărți, mașină de spălat, haine etc.), oferirea de ajutor în perioade critice precum îmbolnăvirea sau decesul unui membru al familiei.

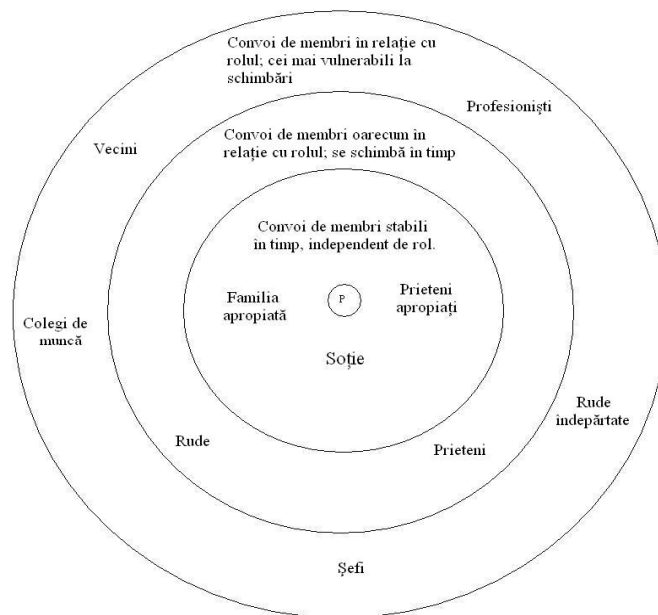
Sursele suportului social

Conceptualizările suportului social ce încorporează dimensiunea rețelelor sociale reflectă mai curând structura lor decât proprietățile funcționale ale acestora.

Rețelele sociale au fost descrise ca fiind convoaie ce însoțesc o persoană de-a lungul vieții și care apare într-un context specific unei situații percepută sau identificată ca fiind stresantă (Rice, 2000). Un exemplu de convoi este cel prezentat în figura 2, unde se poate observa că persoana centrală (P) poate fi înconjurată de mai mulți indivizi, în decursul vieții sale. Unii membri o părăsesc, în timp ce alții i se alătură. În primul cerc sunt relațiile cu cea mai mare importanță pentru persoană, acestea reprezentând și cel mai

mare sprijin la care poate apela P. De aceea, disoluția acestor relații determină, în general, un puternic sentiment de pierdere. În ultimul cerc întâlnim relații de care P se poate lipsi mai ușor, dar, cu toate acestea, de multe ori, pe termen scurt, aceste relații pot reprezenta un adevărat sprijin. Mărimea suportului social perceput de P cuprinde numărul de persoane pe care P le include în rețeaua sa socială după mai multe criterii cum ar fi : să se cunoască după nume, să aibă o relație personală curentă sau să intre în contact cel puțin o dată pe an. Densitatea adiacentă reprezintă numărul de relații diadice care există între indivizii din rețeaua socială a unei persoane în timp ce conținutul rețelei sociale vizează natura relației dintre persoana centrală (P) și un membru al rețelei acesteia. Densitatea adiacentă poate fi calculată cu ajutorul formulei : $2x / n(n-1)$, unde: n este numărul de persoane din rețea și x este numărul relațiilor existente între aceste persoane (Orford, 1998).

Figura 2 “Convoiul de suport social”



Sursa : Kahn și Antonucci, 1980 apud Orford, J. Psihologia comunității. Teorie și practică “ , București, Ed. Oscar Print, 1998, p.115.

Sursele suportului social pot fi surse informale (familia, prietenii, colegii, vecinii, cunoștințele) și surse formale (specialiști - asistenți sociali, consilieri, psihologi, medici etc. sau instituții și servicii sociale, grupuri comunitare de suport). S-a constatat că oamenii care au legături sociale puternice (familiale, de prietenie, de vecinătate sau colegiale) tind să facă față stresului mai bine. Ei tind, de asemenea, să fie mai fericiți, mai sănătoși și să trăiască mai mult.

Așadar, atunci când cineva nu reușește să-și rezolve problemele și apelează la alte persoane în care are încredere, când are nevoie de ajutor material sau când are nevoie de o persoană căreia să-i poată împărtăși temerile și fricile, ea apelează la una dintre sursele de suport social ce-i stau la dispoziție: familie, prieteni, colegi, vecini, specialiști (asistenți sociali, consilieri, psihologi etc) sau grupuri de suport comunitare.

Alte studii au arătat că există diferențe în ceea ce privește beneficiile suportului social în funcție de percepția cu privire la cel ce oferă suportul (Underwood, 1986 apud Rice, 2000). Astfel, sursele de suport pot fi percepute diferit în funcție de forma de suport pe care sunt capabile să le ofere. De exemplu, s-a demonstrat că sprijinul din partea familiei și prietenilor poate fi valoros, dar ei pot să nu dețină cele mai bune resurse informaționale necesare facilitării adaptării eficiente într-o anumită situație. În aceste condiții, sursele profesionale pot juca un rol mai important.

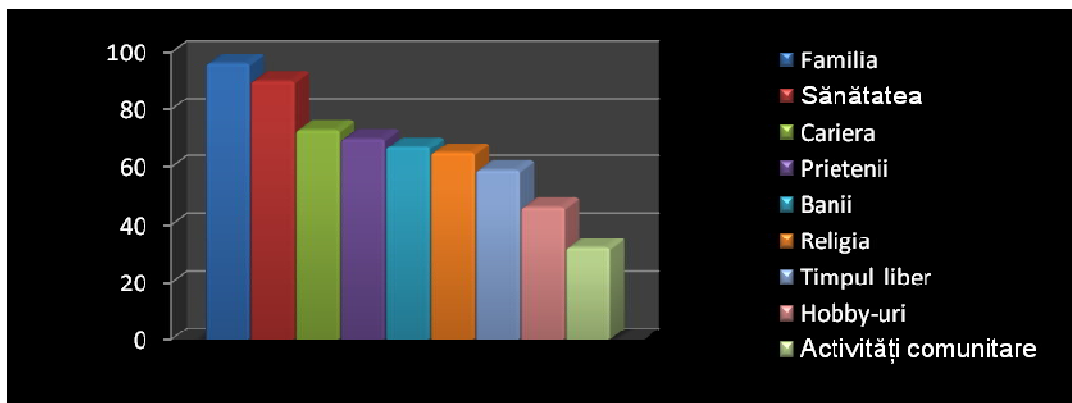
Concluzionând, se poate constata că principalele surse de suport social sunt fie surse informale precum familia, prietenii, colegii, vecinii, fie surse formale de tipul serviciilor, grupurilor și organizațiile de suport comunitare.

Familia ca sursă de suport social

Într-un studiu realizat în SUA, în 2003, arată că americanii plasează importanța vieții de familie pe primul loc în rândul celor mai importante aspecte ale vieții, înaintea sănătății, carierei, prietenilor, banilor, religiei, timpului liber, hobby-urilor și activităților comunitare (Benokraitis, 2005) (vezi figura 3).

În 1987, McClelland afirma că există date conform cărora sistemul imunitar este mai puternic pentru oamenii cu nevoi de afiliere puternice, care sunt mai predispuși să se îndrăgostească sau să formeze relații apropiate.

Figura 3. Aprecierea importanței rolului familiei în rândul aspectelor vieții



*Sursa: David W. Moore, 2003, Gallup Poll Analysis (conducted December 5-8,2002),
apud Benokraitis N., 2005*

Pare că există avantaje biologice directe provenite din relațiile apropiate (Argyle, 1992). A avea copii conduce, de asemenea, scăderea ratei mortalității, în special a părinților cu vârste mai mici de 45 de ani. Williamson și Clark au descoperit, în 1989, că în cadrul relațiilor apropiate sau a celor obișnuite, persoanele implicate sunt mai concentrate pe nevoile și bunăstarea celorlalți și fac lucruri care-i ajută pe ceilalți, aceasta fiind pentru ei o sursă de bucurie (Argyle, 1992).

Fiind un sistem, familia se transformă dintr-o colecție de indivizi într-un întreg organic ale cărei părți funcționează într-un mod care transcende caracteristicile individuale (Nichols și Schwarts, 2001). Este cunoscut faptul că persoanele care au legături sociale puternice (familiale, de prietenie, de vecinătate sau colegiale) tind să facă față stresului mai bine. Ele tind, de asemenea, să fie mai fericite, mai sănătoase și să trăiască mai mult. Ele pot oferi, de asemenea, o fundație puternică a iubirii și acceptării care pot face o persoană să facă față stresorilor vieții de zi cu zi. Și aceasta, deoarece, familiile pot oferi un suport emoțional imens, în special în momentele de criză. Schimbări majore în dinamica familiei cum ar fi boala, moartea, încarcerarea, divorțul sau schimbarea domiciliului pot slăbi fundația unei familii.

Familia, ca sistem al îngrijirii de-a lungul vieții unui individ, funcționează ca o sursă de informații, credințe și semnificații. Suportul social oferit de membrii familiei

este în general conceptualizat ca suport instrumental sau material, emoțional sau informațional (Crane și Marshal, 2006). Suportul social oferit de familie este în general conceptualizat ca suport instrumental, emoțional și informațional. Îndeplinirea unor sarcini, precum cele asociate traiului zilnic este conceptualizată ca fiind suport material, suportul emoțional oferă unei persoane sentimentul că este iubită și îngrijită, în timp ce suportul informațional implică de obicei oferirea de informații și sfaturi cu privire la starea de sănătate (Campbell și McDaniel, 2001 apud Crane și Marshal, 2006).

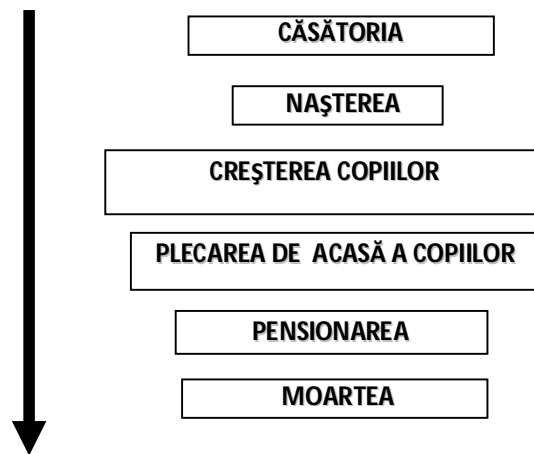
În ultimii ani a crescut numărul studiilor care arată numeroase modalități prin care relațiile sociale influențează starea de sănătate. Pentru cei mai mulți pacienți, cele mai influente relații sunt cele avute cu membrii familiei lor. De aceea, boala unui membru al familiei devine boala familiei, adaptarea la boală fiind necesară atât pentru individul bolnav, cât și pentru familia care, de cele mai multe ori, suferă la fel de mult ca și bolnavul însăși.

Larry Fisher și asociații săi au sugerat 4 motive pentru care familia unui pacient ar avea un rol important în îmbunătățirea sănătății acestuia. În primul rând, cea mai mare parte a procesului de adaptare la boală are loc acasă, în familie. În al doilea rând, familia este sursa relațiilor intime cele mai influențabile ale unei persoane. În al treilea rând membrii familiei sunt nevoiți ca simultan cu pacientul să adopte sau noi obiceiuri sau să le schimbe pe cele vechi (alimentație, exerciții fizice, supravegherea sănătății) alături de pacientul diagnosticat sau membrii familiei au responsabilitate parțială pentru comportamentul pacientului (de exemplu cumpărarea și pregătirea alimentelor sunt instrumente în schimbarea pe termen lung a obiceiurilor). În al patrulea rând familia poate influența comportamentul pacientului prin influențarea atitudinilor și practicilor culturale ale acestuia (Fisher et al., 1998). În primul rând cel mai bine documentat este efectul suportului social oferit de familie asupra comportamentului sănătos. Oamenii căsătoriți și cei care au copii beau mai puțin, conduc autovehicule mai puțin, nu consumă droguri și se implică mai puțin în comportamente de risc. Cei ce locuiesc cu alte persoane au grijă mai mare de aceștia, fie datorită faptului că ceilalți îi țin departe de a se abate de la comportamente sănătoase, fie pentru că se simt responsabili pentru ceilalți.

Calitatea relației maritale, o dimensiune specială a suportului social, a primit o atenție considerabilă în ultimul deceniu. În timp ce adulții căsătoriți au o rată a

morbidității și mortalității mai redusă comparativ cu adulții singuri, beneficiile de a fi căsătorit pot fi mai mari pentru bărbați, în timp ce calitatea relației maritale apare ca fiind predictivă pentru sănătatea femeilor (Berkman et al., 1992; Coyne et al., 2001; Martikainen și Valkonen, 1996; Orth-Gomer et al., 2000). În anul 1987, Glaser și colaboratorii săi afirmau că femeile căsătorite care sunt puternic atașate de soții lor au un sistem imunitar mai activ. Aceasta poate explica de ce oamenii căsătoriți și cei care au copii trăiesc mai mult. Suportul familiei are cel mai puternic efect asupra sănătății, în special pentru femei (Argyle, 1992).

Figura 4 Etapele ciclului de viață al familiei



Fiecare familie are o istorie și un ciclu de viață ce descrie modul în care familia se schimbă, trecând prin anumite etape predictibile de viață (vezi figura 4) și a modului în care face față acestor schimbări predictibile.

Așadar, familiile se dezvoltă precum individul. Ele traversează anumite etape previzibile și trebuie să răspundă la anumite cerințe și așteptări pe care le are din mediu social. Stresul apare atunci când resursele și abilitățile de coping ale familiei sunt inadecvate pentru a răspunde așteptărilor din mediul social. Făcând referire la interfața bolii cu dezvoltarea individuală și cea a familiei pot fi investigate stilurile centrifuge sau centripete în ciclul vieții de familie. În momentul diagnosticării unei boli cronice este important să cunoaștem faza ciclului vieții de familie și etapa dezvoltării individuale a fiecărui membru al familiei, nu doar a membrului bolnav pentru că boala cronică a unui membru al familiei poate afecta profund obiectivele de dezvoltare ale altui membru, pentru că membrii familiei, în mod frecvent, nu se adaptează uniform la boala cronică;

abilitatea fiecărui membru de a se adapta la boală este direct relaționată cu dezvoltarea individuală a fiecărui membru și cu rolul său în familie.

Prietenii, colegii și suportul social

Un al doilea tip de suport social este cel oferit de grupurile și rețelele de prieteni și colegi. Aceste relații sunt de obicei mai puțin intense sau apropiate comparativ cu relațiile din familie. Prietenii se implică în activitățile comune de timp liber, discută mult, în timp ce colegii cooperează și se ajută unul pe altul la locul de muncă. Studiile arată că relațiile de prietenie și cele de colegialitate au beneficii pentru sănătate, indiferent dacă stresul este prezent sau nu. Aceasta este relevant, atât pentru adulții vârstnici, a căror sănătate este, deseori, afectată de pierderea relațiilor de prietenie sau colegialitate, cât și pentru tinerii care valorizează foarte mult aceste relații, în special dacă relațiile cu prietenii sunt apropiate, agreabile și facilitează autodezvăluirile. A avea o rețea de siguranță formată din prieteni sau colegi, la care să poți apela în caz de nevoie, poate îmbunătăți capacitatea unei persoane de a se adapta la stres și la provocările vieții. De asemenea, independent de situațiile solicitante în care e nevoie de sprijin, a te bucura de compania altor persoane poate face viața unei persoane mai plăcută.

Unul dintre beneficiile unei relații de prietenie este faptul că petrecerea timpului liber cu prietenii se constituie într-una dintre principalele surse de bucurie trăite de o persoană. În același timp relația de prietenie poate reduce emoțiile negative ca depresia și anxietatea, facilitează activitatea de cooperare, de recreare, satisfăcând nevoia de integrare socială, de acceptare din partea altora, ceea ce conduce la autoacceptare.

Efectele suportul social asupra stării de sănătate

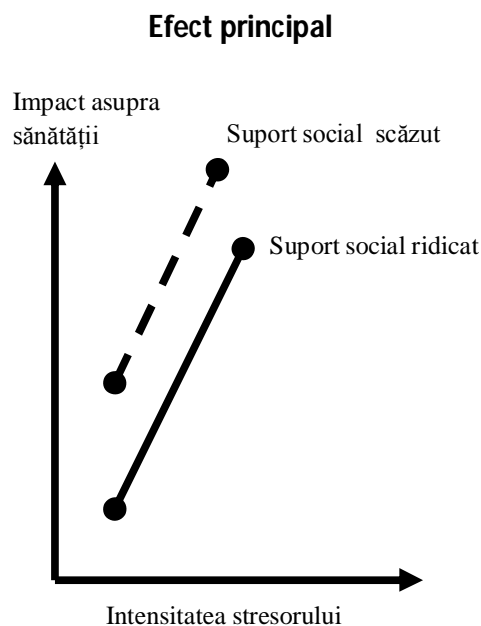
Cum influențează suportul social starea de sănătate? Pentru a răspunde la această întrebare cercetătorii au constatat că starea de sănătate a oamenilor care experimentează niveluri ridicate de stres variază în funcție de nivelul de suport primit sau de acces la suportul social. Astăzi, există multe studii care investighează suportul social, numărul

acestora fiind în continuă creștere, din momentul în care OMS a stabilit faptul că a avea rețele sociale puternice aduce beneficii stării de sănătate.

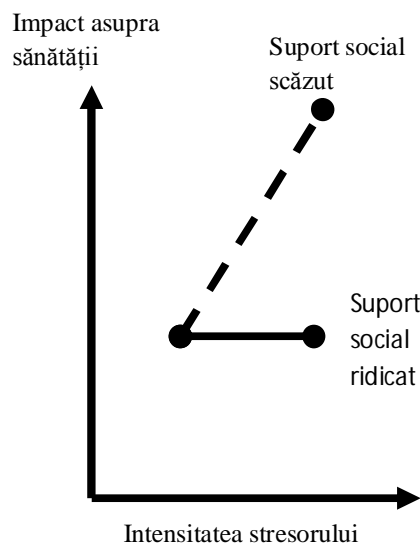
Cohen (1992) a oferit date teoretice și empirice ce relevă faptul că măsurarea specifică, calitativă a suportului social demonstrează efectul său de tampon asupra stresului, în timp ce măsurarea globală, cantitativă a suportului social demonstrează un efect principal al suportului asupra stării de sănătate. Cohen și McKay afirmă în 1984 că, în special studiile centrate pe analiza rețelelor de prieteni au găsit un efect principal al suportului social care operează indiferent dacă există sau nu stres (Argyle, 1992). Conform acestui model, suportul social acționează pozitiv asupra stării de sănătate a unei persoane, producând un „efect primar” ce presupune că principiile active ale suportului, inerente diferitelor funcții și surse din care provine suportul social au o funcție de protecție asupra sănătății, indiferent dacă există sau nu evenimente stresante. Thoits, în 1985 afirma că lipsa de suport reprezintă o situație de risc potențial patogenă chiar și în condiții de lipsă a stresului (Zani și Palmonari, 2003).

Cum au fost explicate efectele suportului social asupra stării de sănătate în general? În literatura de specialitate au fost propuse două modele explicative ale efectelor suportului social asupra stării de bunăstare biopsihosocială (vezi figura 5).

Figura 5. Efectele suportului social asupra stării de sănătate



Efect de amortizare a stresului



Sursa: Cohen și Wills, 1985, *Social Support and health* apud Orford Jim, *Psihologia comunității*, 1998, p. 136

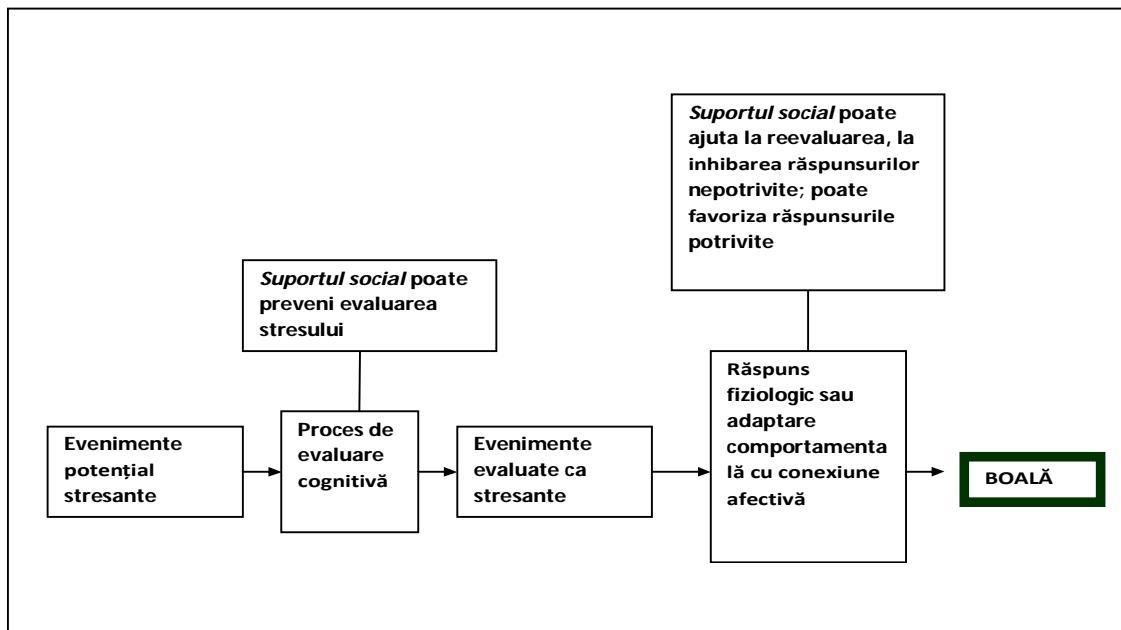
Efectul suportului social de amortizare a stresului apare prin diminuarea influenței potențial nocivă a stresului, acolo unde nu există stres, suportul social neavând niciun efect. Acesta este efectul „tampon” (*buffer effect*) (Zani, 2003). Acest lucru este argumentat, plecându-se de la faptul că suportul social este un beneficiu capabil să reducă sau să elimine stresul, să intervină în redefinirea suferinței sau a altor reacții la stres și să crească abilitatea unei persoane de a face față situației solicitante. Membrii rețelei sociale pot ajuta individul să recunoască și să evalueze mai bine stresorii și îl pot ajuta să identifice soluții de depășire a acestora. În același timp, membrii rețelei sale sociale pot să-i ofere acestuia suport emoțional cu rol în a contracara sentimentele de singurătate și neputință ale individului și să îl ajute pe acesta să facă față problemelor mai eficient, prin atenuarea efectelor stresului prin reducerea tensiunii, anxietății și reacțiilor depresive. Așadar datele favorabile modelului tampon sunt găsite atunci când măsurările specifice, calitative ale suportului social evaluează disponibilitățile funcțiilor specifice ale suportului și răspund nevoilor declanșate de evenimentele stresante.

Așadar, conform modelului efectului indirect al suportului social asupra stării de sănătate, relația dintre evenimentele stresante și bunăstarea individuală sunt mediate de resursele sau factorii de rezistență de care dispune o persoană sau pe care le poate activa, resurse personale sau sociale. Sarason și colegii săi au analizat modelele teoretice asociate acestui model.

Cercetările recente se concentrează pe analiza unor combinații de factori, personali și sociali, care pot influența în mai mare măsură rezistența la efectele negative ale stresului. Există deja numeroase confirmări ale acestui model, cercetătorii explicând când și cum acționează suportul social în secvența ce leagă stimulii stresanți de reacția persoanei (Zani și Pulmonari, 2003).

Așa cum se observă în figura 6, Cohen și Wills, în 1985 consideră că două sunt etapele în care suportul poate exercita o funcție de moderator. În primul rând, între evenimentul stresant și reacția la acesta, deoarece gândul că alții pot oferi resurse ajută la atenuarea sau redefinirea cognitivă a situației, care e considerată mai puțin amenințătoare și/sau la sădirea convingerii că noi înșine suntem mai capabili să-i facem față; în al doilea rând, între experiența stresului și apariția unor efecte patologice, în măsura în care suportul poate atenua impactul subiectiv al stresului, oferind o soluție pentru problema în cauză, reducându-i importanța percepută, activând emoții pozitive sau reducându-le pe cele negative, stimulând așadar răspunsurile active și adecvate (Zani, 2003).

Figura 6. Suportul social ca moderator al stresului



Sursa: Cohen S. și Willis, T.A. 1985 *Stress , Social Support and the Buffering Hypothesis*, in *Psychological Bulletin*, nr.98-310-357, 1985 apud Zani B, 2003, p..77.

Existența unei relații între suportul social și starea de sănătate a fost semnificativ afirmată de numeroase cercetări, dar mecanismele ce stau la baza acestei relații au beneficiat de o înțelegere mai puțin clară. Printre posibilele mecanisme fiziologice sau comportamentale identificate au fost: efectul suportului social asupra reacțiilor neuroendocrine ce poate reduce excitarea sistemului nervos simpatic prin axa hipotalamo-hipofizo-adrenocorticală, efectul de calmare pe care sprijinul suportiv îl are în reducerea rapidă a anxietății și a tensiunii musculare, efectul suportului social asupra stimei de sine, efectul asupra depresiei, mecanismul sugerat fiind acela că percepția unui sprijin disponibil scade gravitatea percepută a stresorilor, scade anxietatea, crește abilitatea de adaptare, are efect asupra abuzului de substanțe, integrarea socială ridicată alături de un bun sprijin emoțional fiind corelată cu rate mai scăzute ale abuzului de tutun și alcool.

În contrast, ipoteza cu privire la *efectul principal al suportului social* asupra stării de sănătate atestă faptul că nevoia de suport social și de contacte sociale se află printre nevoile umane de bază. Absența suportului social sau suportul social redus conduce la izolare socială ce poate afecta starea de sănătate, similar cu efectele stresului. Așadar,

ambele ipoteze sunt aplicabile: suportul social poate acționa atât ca un tampon pentru stres, în scopul prevenirii efectelor distructive ale acestuia asupra sănătății, cât și ca factor ce menține starea de sănătate și bunăstarea socială. Așadar, datele favorabile modelului efectului principal apar atunci când măsurarea suportului social este cantitativă și globală, datorită faptului că în această situație pot fi combinate informații despre relațiile sociale, gradul de integrare a unei persoane într-o rețea socială (Cohen și Wills, 1985 apud Dolbier și Steinhardt, 2000).

Schwarzer și Leppin afirmă în 1989 că există alte numeroase studii efectului suportului social asupra bolii, realizându-se și o analiză secundară de date asupra a 55 de astfel de studii, toate implicând peste 32739 de persoane (Argyle, 1992). Aceste studii au arătat că, în general, efectul suportului social asupra sănătății, atunci când sursa suportului este familia sau prietenii, este mai puternic la femei comparativ cu bărbații, că suportul emoțional este funcția centrală a suportului social, el devenind mai puternic atunci când oamenii se află în situații de stres.

În studii ce au examinat atât percepția, cât și disponibilitatea suportului, percepția acestuia pare a fi un predictor mai bun pentru efecte pozitive asupra sănătății comparativ cu primirea efectivă de suport (Cohen și Wills, 1985 apud Dolbier și Steinhardt, 2000). Explicațiile pentru care suportul social perceput ar avea un impact mai puternic asupra bunăstării individuale s-au centrat pe aserțiunea conform căreia asocierea dintre suportul social și bunăstarea individuală este mediată cognitiv, percepția existenței disponibilității suportului reducând evaluarea unei situații solicitante ca fiind amenințătoare. De asemenea, s-a demonstrat asocierea dintre suportul social primit și efectele negative ale acestuia asupra sănătății. S-a constatat că suportul social primit poate fi dăunător pentru că poate implica dependență care, în anumite grade, determină distres psihologic și conduce la creșterea utilizării suportului (Helgeson, 1993 apud Dolbier și Steinhardt, 2000).

În concluzie, apartenența la o rețea socială este condiția minimă pentru a putea beneficia de acțiuni de suport, în timp ce suportul perceput reflectă în mare măsură tranzacțiile interpersonale. Astfel, deși suportul social este o resursă socială, diferită de resursele individuale, totuși nu trebuie neglijat faptul că suportul perceput și cel primit depind atât de experiențele precedente, cât și de caracteristicile de personalitate (cum ar fi

atitudinea față de suport, așteptările și convingerile persoanei în raport cu utilitatea rețelei sociale etc.). *„Opțiunea clară pentru analizarea aspectelor sociale ale sprijinului evită riscul de a vedea individul separat de contextul său și de a realiza doar intervenții ce vizează subiecți izolați, menite să potențeze doar resursele și capacitățile individuale.”* (Zani, 2003).

Referințe bibliografice

- **Antonucci T.C., Johnson E.H.** (1994) *Conceptualization and methods in social support theory and research as related to cardiovascular disease*. In Shumacker SA, Czajkowski SM (eds): *Social Support and Cardiovascular Disease*, pp 21-39, New York, Plenum.
- **Argyle, Michael.** (1992). *Social Psychology of everyday life*. London: Routledge.
- **Benokraitis V. Nijole** (2005, 5 ed) *Marriages and Families. Changes, choices and constraints*, New Jersey: Pearson Education.
- **Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI** (1992) *Emotional support and survival after myocardial infarction*. *Ann Intern Med* 117: 1003-1009
- **Chelcea, Septimiu și Iluț, Petru.** (2003) (coord.). *Enciclopedie de psihosociologie*. București: Ed. Economică.
- **Chitsabesan Prathiba et al**, *Mental health needs of young offenders in custody and in the community* The British Journal of Psychiatry 2006; 188: 534-540
- **Cockerham C. William, Glasser Michael și Heuser S. Linda** (1998) „*Readings in Medical Sociology*”, New Jersey: Prentice Hall.
- **Cohen, Sheldon. Mermerstein, R** et al (1985). *Measuring The Functional Components of Social Support*. In Sarason G.I., Sarason B.R. (ed) (1985), *Social Support: Theory, Research and Applications*, 73-94.
- **Cohen, Sheldon.** (1992). *Stress, Social Support, and Disorder*. In F.Veiel ;I U.Baumann (eds) (1992), *The meaning and measurement of social support*. NY: Hemisphere Press.
- **Crane Russel D. și Marshal S.E.,** (2006). *Handbook of FAMILIES & HEALTH. Interdisciplinary Perspective*. London: SAGE Publications, Inc.
- **Dolbier, Christyn L.** (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, december.
- **Fisher Lawrence, Weihs L. Karen** (2000) *Can Addressing Family Relationships improve Outcomes in Chronic Disease*, *Journal of Family Practice*, June
- **Hobfoll S.E.** (1998) *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*, NY: Springer.
- **Kratz, David S. și McCeney, Mellisa K.**(2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*.
- **Lazarus, R. S., și Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- **Linsky S. Arnold și Straus A. Murray** (1986). *Social stress in the United States. Links to Regional Patterns in Crime and Illness*, Auburn House Publishing Company Dover, Massachusetts
- **Nezu M. A., Nezu M.C.,Geller A.P.** (2003) “*Health Psychology* “, vol. 9 in *Handbook of Psychology*, John Wiley & Sons, Inc, NJ.

- **Nichols M. , Schwarts R.** (2001) “*Terapia de familie. Concepte și metode* “, București : Asociația de Terapie Familială
- **Orford, Jim.** [1992] (1998). *Psihologia comunității. Teorie și practică.* București: Ed. Oscar Print.
- **Pearlin I. Leonard** (1998), “*The Sociological Study of Stress*” in **Cockerham C. William, Glasser Michael si Heuser S. Linda** „*Readings in Medical Sociology*”, New Jersey: Prentice Hall.
- **Pearlin I. Leonard** (1995), “*Some Conceptual Perspectives On the Origins and Prevention of Social Stress*” in *Socioeconomic Conditions, Stress and Mental Disorders: Toward a New Synthesis of Research and Public Policy* , National Institute of Mental Health (NIMH) Office of Prevention and Special Projects, Bethesda
- **Rice Hill Virginia** (2000) *Handbook of STRESS, COPING and HEALTH. Implications for Nursing Research, Theory and Practice*, London: Sage Publications, Inc.
- **Rozanski A., Blumenthal J. și Kaplan J.** (1999). *Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy.* *Circulation*, 99; 2192-2217.
- **Seyle, H.** (1956). *The Stress of Life.* New York: McGraw-Hill
- **Thoits A. Peggy** (1998), “*Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next?*” in **Cockerham C. William, Glasser Michael si Heuser S. Linda** „*Readings in Medical Sociology*”, New Jersey: Prentice Hall.
- **Weber, Ann L.** (1992). *Social Psychology.* New York: HarperCollins Publishers.
- **Weinstein Henry C. et al** (2005) *Prevalence and Assessment of Mental Disorders in Correctional Settings în Handbook of correctional mental health*, Charles L. Scott J. B. Gerbasi. (ed), American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington.
- **Zani B., Palmonari A.** (2003) *Manual de psihologia comunității*, Iași: Ed. Polirom

- **World Health Organisation, Regional Office for Europe** (1999) *Mental Health Promotion in Prisons, Report on a WHO Meeting*, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998, Denmark