

## ASPECTE ISTORICE ALE PSIHIATRIEI SOCIALE ȘI COMUNITARE ÎN ROMÂNIA

Mircea Lăzărescu

În anul 2006 s-a discutat mult despre o relansare comunitară a psihiatriei în România, au apărut acte normative, sosesc și se prevăd fonduri în această direcție. În acest context o reflexie asupra trecutului și fundamentelor e utilă.

Evoluția psihiatriei în România în sec.XX. a fost lentă.

Între 1955-1965 s-au înființat aproximativ 80% din actualele spitale din țară, dar fără a se clădi nici unul cu acest scop. Există câteva clădiri din sec. XIX și începutul sec. XX construite cu această destinație.

Între 1960-1975 au luat ființă peste 80% din secțiile de psihiatrie a spitalelor unificate. În prima jumătate a sec. XX exista doar cea din Lugoj și de la Clinicile din Cluj.

După ce în 1974 a apărut un alt act normativ, între 1975-1985 s-au înființat toate Centrele (Laboratoarele) de sănătate mentală existente în România și câteva staționare de zi. Evoluția lor a fost variabilă.

După 1990 apar ONG-uri în psihiatrie și cabinete private. Se dezvoltă câteva inițiative izolate în psihiatria comunitară, cu sau fără implicarea forurilor administrative locale.

În 2002 apare Legea sănătății mentale și în 2006 Ordinul Ministrului privitor la normele de aplicare ale acesteia și sectorializarea psihiatrică a țării.

Din această istorie merită reținut câte ceva. Vom menționa unele aspecte ale psihiatriei social-comunitare din România din două perioade de 15 ani: 1975-1990 și 1990-2005.

În 1974 Ministerul Sănătății publică Norme generale de organizare și funcționare a unităților sanitare

Unitatea de bază a organizării e considerat Spitalul unificat și alături de el policlinica. Fiecare unitate Spital - Policlinică acoperă un anumit teritoriu, organizând activitatea medicilor generaliști din zonă.

Policlinicile au specialiști între care și psihiatri. Activitatea lor de bază este, prin definiție, teritorializată, legată de alte specialități și de medicii generaliști.

Pentru specialiștii psihiatri și cei de neuropsihiatrie infantilă se specifică 12 sarcini care sunt:

1. Studiază starea de sănătate mentală din teritoriu, organizează și conduce acțiunile de profilaxie și psihoigienă a bolilor mintale
2. Acționează, în colaborare cu medicii din dispensarele medicale, pentru identificarea cazurilor și noxelor de mediu responsabile de apariția și întreținerea unor tulburări psihice și a eliminării lor prin acțiuni complexe medico-sociale.
3. Stabilește modalitățile de integrare în societate și în muncă pentru bolnavii psihic.
4. Îndeplinește sarcinile ce-i revin potrivit legii, referitor la bolnavii psihic cu manifestări antisociale.
5. Aplică tratamente psihoterapice și ergoterapie.
6. Participă la examene de bilanț a cazurilor.
7. Supraveghează starea bolnavilor psihic aflați sub tutelă sau puși sub curatelă și informează semestrial organul de tutelă asupra constatărilor sale.
8. Participă la acțiuni de expertiză medico-legală a bolnavilor psihic.
9. Participă la acțiuni de prevenire și combatere a alcoolismului și lupta antidrog.
10. Controlează și îndrumă dezvoltarea psiho-motorie a copiilor din colectivitățile de copii și școlari.
11. Îndrumă și controlează activitatea psihologului și logopedului.
12. Elaborează propuneri pentru promovarea sănătății mintale, pe baza analizei indicelui de morbiditate.

Se constată ușor că aceste sarcini se referă explicit la sănătatea mintală și problematica psihiatriei comunitare.

În actul normativ din 1974 era nominalizat și psihologul, cu sarcini în diagnostic și tratament, în studierea personalității pacientului și a familiei. De asemenea, sora de ocrotire, echivalent al asistentului social (destinat și psihiatriei) cu următoarele sarcini:

- efectuează ancheta socială și vizite în teren;
- participă la acțiuni de depistare, prevenire și combatere organizată;
- colaborează la prevenirea și combaterea bolilor;

- urmărește adaptarea la locul de muncă;
- intervine în rezolvarea unor probleme social-economice;
- desfășoară activitate de educație sanitară în familie și societate.

În acest context apare și normarea Laboratoarelor de sănătate mintală. Se prevăd următoarele :

Art.117 Laboratorul de sănătate mintală (LSM) se organizează la spitale județene și spitale clinice, separat pentru adulți și copii, pentru asistența medicală ambulatorie în echipă complexă (medici psihiatri, psihologi, defectologi, logopezi) pentru bolnavi psihici, dispunând de cabinete de consultație și tratament, psihoterapie, testări psihologice, tratamente logopedice etc.

În policlinicile în care există Laboratoare de sănătate mintală cabinetele de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă fac parte integrantă din acestea.

Deci, se prevede munca în echipă complexă, se recomandă cabinete separate pentru psihoterapie și ergoterapie etc. Activitatea este în mod fundamental teritorializată, deoarece policlinicile și spitalele erau prin lege teritorializate.

Atribuțiile L.S.M. sunt precizate la Art.146. Acestea sunt:

1. Depistarea activă a factorilor de risc în apariția tulburărilor și îmbolnăvirilor psihice, în vederea elaborării măsurilor de psihoigienă și educativ-sanitare necesare pentru influențarea și limitarea factorilor de risc;
2. Depistarea activă și precoce a tulburărilor și îmbolnăvirilor psihice și instituirea măsurilor în vederea tratării lor și prevenirea unor evoluții ireversibile;
3. Asigurarea asistenței medicale bolnavilor și defectivilor psihic ambulatorii prin echipa complexă (medici psihiatri, psihologi etc);
4. Orientarea bolnavilor și defectivilor psihici pentru inserarea și reinserarea socio-profesională; urmărirea adaptării la locul de muncă și în societate a bolnavilor psihici remiși;
5. Dezvoltarea, ca copii în special, a tehnicilor de educare a expresiei, de tratare a tulburărilor de vorbire;
6. Organizarea activității de ergoterapie, conform legii;
7. Antrenarea și îndrumarea metodologică a medicilor de alte specialități în probleme comune de promovare a sănătății mentale;

8. Prevenirea și combaterea alcoolismului și toxicomaniilor;
9. Îndrumarea psiho-igienică a activităților din colectivitățile de copii și tineret.

Un singur punct din cele 8 se referă la tratamente directe, la "asigurarea asistenței medicale" (pct.3) restul fiind probleme pe care un cabinet strict terapeutic nu le are în vedere.

Se promovează un medic șef al LSM cu următoarele atribuții:

1. Organizează activități de cercetare a factorilor de risc a îmbolnăvirilor și tulburărilor psihice, în întreprinderi și instituții precum și luarea unor măsuri de prevenire;
2. Organizează consultații de psihoigienă și psihoprofilaxie în colectivități și întreprinderi;
3. Organizează asistență de urgență psihiatrică ambulatorie în teritoriu;
4. Elaborează planul de măsuri pentru promovarea sănătății mentale, pe baza analizei indicelui de morbiditate;
5. Asigură întocmirea planului tematic de conferințe, lecții, instructaje și alte forme de educație sanitară, controlează activitatea de educație sanitară;
6. Organizează îndrumarea metodologică a rețelei de bază în acțiunile de apărare a sănătății mentale;
7. Urmărește rezolvarea problemelor de asistență socială;
8. Răspunde de buna pregătire a cadrelor din subordine prin cuprinderea lor în planul de reciclare;
9. Inițiază și îndrumă activități de cercetare științifică;
10. Stabilește legăturile funcționale cu celelalte unități medicale și informează periodic medicii de medicină generală asupra unor metode de lucru în asistența psihiatrică;

În concluzie, din sarcinile prevăzute pentru LSM doar o mică parte e acordată asistenței medicale directe. E prevăzută dispensarizarea, adică managementul de caz dar și multe alte probleme.

Nici una din aceste atribuții nu este îndeplinită în prezent în vreun cabinet de psihiatrie privat.

Actul normativ din 1974 prevede înființarea "Staționarului de zi" pentru bolnavii psihici.

Art.90 Staționările de zi se organizează pentru asistența medicală de specialitate a bolnavilor psihici, îmbinând tratamentul ambulator cu cel

în condiții de spitalizare, în cadrul spitalului general sau a spitalelor de psihiatrie, având asigurate posibilități de consultație și tratament de specialitate: investigații psihologice, psihoterapie, ergoterapie etc.

Timp de peste 30 de ani, până în 2005, acesta a fost singurul act normativ pentru funcționarea staționarelor de zi. Psihoterapia este în mod expres menționată.

Interesant este, în actul normative din 1974, atenția acordată terapiei ocupaționale și ergoterapiei, căreia I se acordă 16 pg. Este destinată defectivilor motori și bolnavilor psihici, principalul comentariu centrându-se pe aceștia. E prevăzută organizarea pentru bolnavi (psihici) acuți, cu evoluție prelungită, cât și pentru cei din semiambulator (staționar de zi) și ambulator (la domiciliu) (pag.305).

Se face diferențierea între terapie ocupațională și ergoterapie remunerată precizându-se că realizarea beneficiilor nu este un scop în sine.

Se poate citi:

„Având în vedere faptul că bolnavii psihici - mai ales cei cu evoluție prelungită - sunt spitalizați un timp mai îndelungat, constituindu-se adevărate microgrupuri sociale, unitatea trebuie să asigure condiții cât mai apropiate de familie și societate, astfel încât bolnavii să aibă convingerea că trăiesc în condiții normale de viață și muncă. Supravegherea trebuie să fie discretă. Remunerarea constituie un puternic stimulent întregind sentimentul capacității și utilității lor sociale”.

Privitor la remunerare, se stipulează că pacienții internați au dreptul la 30% din câștig, iar cei ambulatorii la 70% din valoarea muncii efectuate.

Într-un capitol special se discută despre efectele ergoterapiei asupra bolnavilor care sunt fizice, psihice și psihosociale. Se menționează că ergoterapia :

11. calmează starea de neliniște a bolnavului;
12. dezvoltă atenția;
13. face să dispară descurajarea și renaște speranța;
14. diminuează complexe de inferioritate;
15. redă încrederea în sine

Privitor la terapia ocupațională se menționează :

16. jocuri terapeutice și jocuri sportive;
17. activități de îndemânare și de creație simple (modelaje de plastilină, decupaje, desen, pictură);

18. împletituri de hârtie, sfoară, trestie;
19. țesut cu acul pe carton sau pânză, țesutul la gherghef;
20. dactilografie recreativă;
21. olărit;
22. traforaj, pirogravură, tâmplărie elementară;
23. confecționarea de jucării, mânuirea păpușilor (teatru de păpuși);
24. confecționarea de diverse obiecte de artizanat;
25. activități utilitare casnico-gospodărești;

În cadrul jocurilor se pot utiliza jocurile cu mingea în sală sau în aer liber, jocuri cu frânghia, jocul de șah, jocul de fotbal "respirator".

Pentru toate aceste activități se dau detalii stabilindu-se și valențele lor terapeutice, psihice și locomotorii.

Ca observație generală, actul normativ din 1974 este unui avansat pe plan european pentru data sa de apariție. În afara hostelului și staționarelor de noapte el prevede toate formele ce și azi sunt în vederea psihiatriei comunitare. Desigur, nu se are în vedere participarea ONG-urilor, inițiativelor particulare și clinicilor private.

Desigur, de la început acțiunea e pornită din interiorul medicinei și a sistemului terapeutic medical. Ea propune însă, pentru psihiatri: teritorializare, munca în echipă complexă, implicarea în comunitate, implicarea interdisciplinară a medicilor (în sensul psihiatriei de legătură), educarea publicului (în sens antistigma), activități de reabilitare psihosocială și reinsertie în comunitate și o serie de programe de promovare a sănătății mintale, de depistare a grupelor de risc, studierea morbidității.

Până în 2006 actul normativ din 1974 a fost singurul care a reglementat psihiatria de orientare comunitară, cu prescripțiile care au fost prezentate. Înainte de a trece sumar în revistă ce s-a realizat în primii 15 ani după apariția sa, merită o scurtă comparație cu actul normativ din 2006. Acesta este un ordin al Ministrului (nr.372/10.01.2006) privind normele de aplicare a Sănătății Mentale (nr.487) adoptată în Parlament în 2002 și la care s-au făcut unele modificări ulterioare.

Capitolul III al ordinului se referă la servicii de sănătate mentală. Primul articol al acestui capitol prevede teritorializarea

teritoriului țării pentru psihiatrie. Faptul este nou deoarece tradiționala teritorializare a psihiatriei era legată de policlinici și nu avea independență. Iar LSM-urile erau prevăzute doar pentru orașele mari. Actuala teritorializare psihiatrică a țării cu cuprinderea tuturor zonelor rurale este o mare provocare organizatorică, un țel sublim care, toată lumea speră, să nu rămână doar pe hârtie.

În capitolul 9 se prevăd 4 structuri funcționale pentru fiecare sector:

1. Centrul de sănătate mentală (CSM);
2. Staționarul de zi
3. Cabinete de psihiatrie;
4. Structuri cu paturi.

Toate acestea existau și până în prezent, doar că CSM se numea LSM. Nu se precizează următoarele:

- Care este și va fi soarta actualelor spitale de psihiatrie, care în ordin sunt menționate în trecut și despre desființarea cărora nu se vorbește. Cum se va realiza coordonarea celor 4 structuri funcționale și care va fi subordonația lor;
- Tradiționalul LSM se subordona structurii spital-policlinică preluând și teritoriul acestora. Dar oare ce relație vor avea în viitor cele 4 structuri între ele și cu spitalele, municipale, județene și regionale. E de așteptat să existe un personaj coordonator al sectorului. Dar, cum vor colabora mai multe sectoare dintr-un județ și din județe apropiate? Vor avea ele 4 independență juridică și economico-administrativă? Vor fi subordonate Direcțiilor de sănătate publică?
- Serviciile de reabilitare psihosocială și cele de ergoterapie vor funcționa oare la nivelul tuturor celor 4 structuri? Vor avea ele și o anumită independență?
- Cum vor colabora în sector structurile de adulți și cele de psihiatrie infantilă? Vor exista și servicii de geriatrie psihiatrică?

Probabil că un nou Ordin al Ministrului va clarifica astfel de probleme și altele. Sau, vom aștepta ca "practica" în teren să ne învețe și să ne aducă soluții.

Nu e clar de asemenea cine va rezolva problemele ca cele menționate în Fig.1 ca fiind în sarcina LSM. Poate că unele din ele vor

fi rezolvate de diverse ONG-uri, deși activitatea acestora în ultimii 5 ani a scăzut simțitor.

Dar, cine va studia epidemiologia, va supraveghea grupele de risc, va realiza depistarea precoce etc? Vom vedea.

Între 1975-1980 s-au înființat destul de multe LSM-uri și câteva staționare de zi. Apoi ritmul a scăzut, iar după 1985 s-a oprit. După 1990 s-au realizat câteva alte structuri comunitare, dar nu s-au mai înființat LSM-uri. Ce avem în țară în această direcție e în mare moștenirea decadelor 1975-1985.

Vom trece în revistă câteva centre:

Arad (Dr.Margareta Georgescu). LSM-ul se înființează în 1977 și apoi funcționează cu 2 cabinete psihiatrice și 3 asistenți medicali. Apare apoi un cabinet de sociologie cu 3 sociologi și 3 asistente de teren și un cabinet psihologic. Pe lângă dispensarizare și rezolvări de probleme psiho-sociale în teren a funcționat un club o dată pe săptămână cu audiții muzicale, expuneri de diapozitive, scurte programe artistice date de artiști de la Filarmonică, recitări de poezie, interpretări vocale și instrumentale ale pacienților etc.

În 1979 s-au înființat ergoterapia ambulatorie remunerată cu 2 instructori și 3 ateliere. Era sprijinită de o asistentă socială și a colaborat cu întreprinderile. Pacienții, aproximativ 30, câștigau cât un salariu minim. Au organizat festivități cu ocazia diverselor sărbători, pom de crăciun cu bufet, tombolă, programe artistice. În prezent mai supraviețuiește un atelier cu 7 pacienți.

Staționarul de zi s-a înființat în 1999.

În 1979 s-a organizat la Arad o Conferința națională pe tema LSM-urilor, cu participare din București, Iași, Timișoara, Cluj. S-au făcut studii populaționale.

Galăț (Dr.Priboi) LSM-ul se înființează în 1976 cu 1 psihiatru, 1 psiholog, 3 asistenți de teren. Din 1982 are 3 medici. Pe lângă consultații curente și profilactice s-a făcut dispensarizare (2500 cazuri), studii epidemiologice și studii în teren, la nivelul unităților de învățământ și producție. S-a cercetat prevalența punctiformă, cea periodică, incidența.

Satu Mare (Dr.Enătescu Virgil). LSM-ul s-a înființat în 1978, înainte de a exista secție cu paturi, având 2 cabinete și 3 psihiatri, un cabinet de psihologie, unul de psihoterapie, o sală de kineto-fizioterapie, loc pentru pictură, laborator, EEG. S-au



practicat tehnici de relaxare, terapii comportamentale și prin feed back, terapii de grup.

În 1981 se mută într-un spațiu mai mare, se practică și meloterapie, artterapia, terapie ocupațională, ergoterapie, programe sportive.

Activitatea în prezent este în constantă reducere.

Tg.Mureș (Dr.Ardelean) LSM-ul se înființează în 1976, într-o clădire separat de spital cu 2 psihiatri, 2 psihologi, 3 asistente de teren. A existat o sală pentru psihoterapie și bibliotecă. În 1981 se mută la Policlinica județeană cu 2 cabinete, 4 medici, 1 cabinet de psihologie și o sală de psihoterapie ce se desființează în 1993. Au fost dispensarizați cei cu CP 113 și s-au făcut expertize. S-a făcut educație pentru prevenirea bolilor psihice precum și deplasări și tratamente la domiciliu.

Piatra Neamț (Dr.Vulpe Cornelia). LSM-ul se înființează în 1982, separat de spital, cu 2 psihiatri și 1 psiholog. Din 1982 locul și sistemul se schimbă cu program integrat a 5 psihiatri; activează 4 psihologi.

Sibiu (Dr.Păcălă). LSM-ul se înființează în 1975, cu 2 psihiatri, 1 psiholog, 1 sociolog, 3 asistenți de teren, 4 asistente medicale ce se deplasează la domiciliu, 1 instructor de ergoterapie.

Din 1981 funcționează Staționarul de zi, integrat cu LSM-ul, cu 2 psihiatri, 1 psiholog etc.

Baia Mare (Dr.Cordea). LSM-ul se înființează în 1975, iar Staționarul de zi în 1977.

Deva. LSM-ul și Staționarul de zi funcționează din 1980; pe parcurs au fost întreruperi și reluări.

Pitești (Dr.Irimia Victoria). LSM-ul s-a înființat în 1976 în incinta Policlinicii cu 1 psihiatru, 1 psiholog, 2 asistenți medicali; în 1977 se adaugă un sociolog și o asistentă de ocrotire.

În 1978 se mută într-un sediu mai mare și în 1980 se înființează Staționarul de zi cu 50 locuri. Personalul, integrat, consta din : psihiatru, sociolog, psiholog, 5 asistenți medicali, 4 asistente de teren, 2 instructori de ergoterapie.

În 1982 apare o nouă locație și apoi se înființează un staționar cu 50 locuri. LSM-ul are 5 cabinete psihiatrice, kinetoterapeut și ulterior jurist (cu ½ normă).

S-a practicat profilaxie primară în mediul urban, rural, industrial, școlar, universitar, judiciar. Sunt dispensarizați 6000 de

pacienți - psihoterapie individuală și de grup, resocializare, ergoterapie cu ateliere de papetărie, împletit sârmă, croitorie, broderie, tricotaj, micro-fermă.

De asemenea cultterapie, atelier de pictură, audiții muzicale. S-a realizat un atelier protejat într-o întreprindere pentru pensionari gr.III.

S-au organizat 3 manifestări naționale pe tema LSM-ului și a psihiatriei în comunitate, în 1979, 1984 și 1989, cu tema : organizarea activității de profilaxie primară în psihiatrie. Au existat LSM-uri și Staționare de zi care au funcționat un timp, apoi s-au desființat rămânând simple cabinete de consultații în policlinici precum (în sud-estul țării) la Drobeta Tr.Severin, Reșița, Petroșani. Au existat și LSM-uri ce au funcționat doar pe hârtie, ca de exemplu la Ploiești.

În centrele universitare sistemul a funcționat.

La Cluj (Dr.Neamțu Traian) LSM-ul a funcționat și funcționează într-o zonă distinctă de cea a clinicilor și policlinicilor, centrat pe dispensarizare și resocializare a schizofrenilor. În Craiova a funcționat de asemenea distinct de Clinică, la Iași un timp în spital, apoi în oraș. La București a funcționat un timp un LSM în Spitalul Central (Dr.Diacicov Sergiu) cu unele proiecte de psihoterapie, dar a dispărut. A funcționat și funcționează LSM și staționar de zi în Policlinica Gorgos (fostă Titan). O situație particulară o avut-o centrul de resocializare de la Spitalul Obregia (Dr.Romilă Aurel) în care s-a practicat terapie ocupațională și ergoterapie, acțiunile fiind susținute de o asociație a părinților.

În continuare vom prezenta date din istoria serviciilor de LSM, Staționar de zi și ergoterapie ambulatorie din Timișoara, până în anii 90.

În Timișoara între 1976-1979 s-au înființat succesiv LSM, Ergoterapie ambulatorie, Staționar de zi, fiecare cu personal separat. Psihiatrul de la Staționar a devenit șef de secție al acestui complex psihiatric semiambulator și ambulator. Locația a fost pentru toate 3 în imediata apropiere a clinicii, alături de o policlinică, în spații ale spitalului județean, de care și aparțin administrativ.

Apropierea a permis o bună integrare și continuitatea îngrijirilor. La raportul de gardă din clinică se întâlneau reprezentanții tuturor acestor structuri. Săptămânal se discutau în

grup cazurile noi de psihoză, internările și externările, pensionările și expertizele, astfel încât traiectoria fiecărui pacient (mai grav) era cunoscută de toți. În LSM au avut ore de consultații psihiatrii din clinică și din spitalele apropiate (Jebel 20 km de Timișoara, Gătaia 50 km), iar psihiatrilor din LSM li s-a oferit posibilitatea de a-și urmări cazurile internate în clinică.

LSM-ul s-a format prin reunirea celor 3 cabinete de psihiatrie din policlinicile din Timișoara, fiecare psihiatru păstrând teritoriul arondat acesteia. Au fost angajați 3 psihologi și 4 asistente de teren formându-se pentru fiecare teritoriu o echipă psihiatru- psiholog-asistent de teren pentru a se asigura munca în echipă. A funcționat și un sociolog și mai târziu un jursit cu ½ normă.

Evidența a fost unică pe LSM, girată de un statistician, dar fișele de dispensarizare erau repartizate pe medici, inclusiv pentru cei din clinică.

Pacienții erau luați în dispensarizare după o prealabilă internare (în Staționar, Clinică, Jebel, Gătaia) conform teritoriului, dar respectându-se și preferințele. Se făceau lunar bilanțul celor neprezenți, cu care se lua legătura telefonică și în scris. În final asistenta de teren se deplasa la domiciliu pentru clarificarea neprezentării, discuții cu familia și pentru eventualele probleme sociale. Anual se făcea bilanțul cazurilor noi, a celor scoși din evidența (plecare, deces) și a celor trecuți în evidența pasivă. Informații despre cei din teritoriul rural aferent se mai luau de la medicii de familie. Psihiatrii din LSM au participat frecvent la ședințele lunare ale medicilor din rețeaua de bază ce se țineau la Policlinică.

Până în 1990 au mai funcționat psihiatrii în rețeaua CFR, în armată și la policlinica studențească. După 90, pe lângă LSM-ul ce a rămas s-au reînființat posturi în 2 policlinici, apoi posturi de psihiatru de legătură și cabinete private (în prezent aproximativ 35).

LSM-ul s-a ocupat de consultații, legătura cu rețeaua de bază, depistare precoce, dispensarizare, intervenții la domiciliu, reabilitare, reinsertie, propagandă pentru sănătatea mentală, evidență și epidemiologie.

Activitatea LSM-ului a fost integrată cu cea a Staționarului de zi, ergoterapiei și clinicii, uneori cu personal și programe comune sub coordonarea șefului de secție.

Ergoterapia ambulatorie s-a înființat în 1978 și a funcționat cu 5-7 ateliere: croitorie, tâmplărie, papetărie, artizanat, un timp grădinarit. S-au obținut contracte cu întreprinderi pentru montarea de subansamble electronice, pentru confecționare de ambalaje etc, pacienții fiind plătiți ca muncă la domiciliu. Tâmplăria făcea mobilier pentru grădinițe, croitoria halate pentru spitale, artizanatul vindea la fondul plastic ș.a.m.d.

După 1980 s-au obținut 8 săli pe o stradă din apropierea clinicii, spații administrate de spital. Pacienții erau - și sunt - remunerați cu 70% din valoarea muncii depuse, ajungând uneori la nivelul pensiei ce o aveau. În medie frecventau ergoterapie 70 pacienți, majoritatea schizofreni. Lucrau în fiecare dimineață, aproximativ 4 ore. Când erau mai multe comenzi lucrau și după amiază și acasă, câștigând uneori mai mult decât instructorii. Activitatea era girată de 4-5 instructori, angajați ca muncitori ai spitalului, la fel ca și contabilul și achizitorul. De coordonare s-a ocupat un medic din clinică, care a fost și cel care s-a zbatut pentru înființarea compartimentului. A funcționat și o asistentă medicală. Fișele de dispensarizare erau administrate separat, iar o parte din tratament se administra la locul de muncă.

Cazurile pentru ergoterapie erau recomandate de medicii din LSM, Staționar și Clinică. Uneori începeau să lucreze din perioada internării.

La ergoterapie era muzică, televizor, jocuri de societate în pauze. Persoanele se cunoșteau, legau prietenii, au fost căsătorii. Mulți erau "mândri" ca sunt angajați, mai ales după ce au avut și carnet cu fotografie de "angajat la ergoterapie".

Nu toți veneau constant, unii își luau "concediu", alții recădeau și se internau etc. Prezența zilnică permitea sesizarea precoce a recăderii.

Din 30% din venit s-a cumpărat aparatură și jocuri, s-au organizat excursii și diverse sărbători. Anual s-au făcut 1-2 excursii de 1-2 zile, împreună cu familiile, personalul, medicii. De exemplu la Băile Herculane, Buziaș, Calacea, Băile Felix, Moneasa etc. În fiecare an s-au ținut - și continuă să se mai țină - sărbătorirea Crăciunului și Paștelui la un anumit restaurant, cu muzică, declamări de poezii proprii, recital vocal și instrumental, dans. Sunt persoane ce participă de peste 25 ani la aceste înstruniri, împreună cu personalul și medicii.

În perioada anilor 80 s-au făcut eforturi pentru reîncadrarea în activitate a unora din cei ce trec prin ergoterapie. Dacă remisiunea era bună și la fel performanțele executive, asistenta socială căuta un loc de muncă, îl negocia, pacientul era depensionat și se angaja. În 10 ani, 40 cazuri reangajate au rămas peste 2 ani în activitate.

Comunitatea de la ergoterapia ambulatorie remunerată supraviețuiește și în prezent, conform Legii din 1974.

În cadrul LSM s-au organizat mai multe cluburi. Cel mai constant a fost cel al tinerilor schizofreni ce a supraviețuit 15 ani. Se ținea joi după amiază în LSM (de fapt în spațiile Staționarului). Animatori și susținători ai programelor a fost o registratoare de la LSM cu talent socioterapeutic înăscut și un profesor de sport, sub supervizarea unui psihiatru. Veneau 10-15 schizofreni ce ascultau muzică, discutau, se bea ceai și sucuri, erau jocuri de societate, dans, uneori activități sportive. S-au legat prietenii, s-au dezvoltat inițiative, s-au făcut vizite reciproce. Veneau și se resocializau noi cazuri, grupul se interesa de soarta tuturor. Un timp a funcționat și un al doilea club, susținut tot de o registratoare din clinică, unde de asemenea pacienții externai veneau cu regularitate, se serbău zilele de naștere a fiecărui pacient, aceștia erau îndrumați și încurajați în practicarea hobby-urilor, se făceau ieșiri, atât în oraș, la film, cofetărie, plimbări, cât și în afara orașului, la plajă, iar interesul manifestat de pacienți pentru acest gen de activități era mare.

Programele sportive au fost incluse în dispensarizarea specială din LSM. În Clinică s-au delimitat 2 săli de sport angajându-se 3 profesori dintre care unul a trecut apoi la LSM (Staționar). Pe lângă gimnastică, "Înviorare", programe de relaxare s-au organizat și jocuri sportive după amiază, pe terenul de sport, la care participau și pacienți dispensarizați, alături de cei internați, împreună cu personalul, asistente și medici din clinică. Timp de 10 ani în două după-amieze se juca volei, tenis de masă, șah, fotbal. Pacienții externai veneau cu plăcere la această formă de dispensarizare, la fel ca tinerii schizofreni la club.

În 1983 s-a experimentat timp de 2 ani un grup de informare și colaborare între psihologi, profesori de sport și psihiatri privitor la probleme comune și programe de control a schemei corporale, dirijare a atenției, perseverare, colaborare în jocuri sportive, asertare și combativitate etc. A fost util pentru toți.

În 1982 a prins contur ideea unei competiții sportive între instituții: complexul Clinică - LSM - Spitalele Jebel și Gătaia (un timp și Lugojul). S-au ales câteva discipline ca: volei, fotbal, tenis de masă, șah, badminton și s-au format echipe complexe din pacienți (internați și din LSM), medici, asistente, alt personal. Competițiile se țineau primăvara și toamna, în una din locații, se făcea un clasament și în final se câștiga un trofeu (cupa Dr. Lăzărescu). La desfășurarea competiției era un public numeros, format din pacienți și nu numai.

Timp de 5 ani, începând din 1983 s-au făcut deplasări săptămânale la piscină ("piscinoterapie").

Pentru cei dispensarizați la LSM mai era accesibil dansul ("discoterapia", "dans terapia") ce se ținea săptămânal, după amiază, în clubul din incinta clinicii, susținut de un profesor de sport. La dans participau și asistente, registratoare, iar intermitent medici.

În cadrul LSM a funcționat timp de 3 ani un club al bătrânilor singuri. Era organizat de un psihiatru și un medic secundar. Cazurile erau selecționate dintre depresivii în vârstă internați. Se pregătea ceai, s-au făcut vizite reciproce și diverse programe propuse. S-a luat legătura cu Asociația pensionarilor și programele acestora.

Timp de 10 ani a funcționat la LSM un club pentru alcoolici, coordonat de un psihiatru din Jebel. În acea perioadă nu erau activi AA. Ulterior, spre 1990, aceștia au preluat problema.

În concluzie, pacienții dispensarizați în LSM aveau variate șanse de resocializare și integrare în activități. Ele erau expresia unor inițiative și preocupări a echipei terapeutice locale, dar au fost benefice pentru pacienți.

Staționarul de zi - s-a înființat în 1978 având medic propriu - ce era și șef de secție a complexului format din LSM și ergoterapie - asistente medicale, registratori, statisticieni. Ulterior a asimilat și un psiholog și profesor de sport.

Au fost și sunt 50 de locuri. Inițial programul era până după amiază, servindu-se și masa de prânz la care s-a renunțat din cauza dificultăților administrative.

Principala cazuistică venea din clinică, sub forma de terapie de tranziție (pentru psihotici sau alte cazuri grave), după trecerea fazei acute. Mai puține astfel de cazuri veneau de la Jebel și Gătaia. Altă sursă importantă era LSM-ul, cazurile dispensarizate la început

de recădere fiind internate. Mai erau internări pentru clarificare de diagnostic și expertize.

Prezența zilnică a 50 pacienți necesită o structurare a programului. Un prim pas a fost organizarea unor discuții psihoterapeutice în grup, conduse de o asistentă calificată (programe similare s-au desfășurat în clinică și la Jebel). S-au organizat apoi variate programe în care erau implicați prieteni ai psihiatriei și psihiatrilor "colaboratori externi".

- *artterapia* era condusă de o pictoriță cu mare experiență și pasiune didactică, ce a lucrat și la LSM-ul de la NPI. S-a făcut desen și pictură cu diverse materiale, modelaj, analiza și interpretarea picturilor, prezentarea vieții pictorilor celebri etc. S-au selectat persoane cu talent ce au continuat să lucreze ulterior.
- *Cenacul literar* era susținut de o scriitoare care a avut ulterior și o editură. Se citeau și se interpretau poezii și texte, au fost declamații și puneri în scenă, prezentarea propriilor produse literare. Timp de 7 ani a apărut lunar o revistă cu creațiile pacienților, în exemplar unic. Succesiv s-au impus diverși lideri ai acestui grup, evidențiați din rândul foștilor pacienți. Un cenaclu literar s-a ținut și la Gătaia.
- *Muzica* a fost cultivată prin meloterapia susținută de o asistentă pasionată și prin colaborări cu opera și Filarmonica. Au venit soliști vocali și instrumentali, s-au exprimat pacienți, prin cântec vocal, gitară etc. Activitatea muzicală s-a combinat uneori cu cea literară. Timp de câțiva ani am avut bilete rezervate pentru pacienți la spectacolele de la Operă.
- O bună relație a fost cu Teatrul Național, cu participarea la Staționarul e zi a actorilor și a unui regizor. S-au montat scenete cu pacienții, ca prolog pentru ulterioara preocupare pentru psihodramă.
- Au fost și alte activități susținute de foști pacienți, rude ale acestora sau prieteni ai psihiatriei. Astfel, un profesor de istorie ținea reuniuni pe teme istorice interesante ș.a.m.d.

Aceste programe de cultterapie organizate de Staționar au putut fi frecventate și de pacienții din clinică, în perspectiva transferului lor la Staționar.

Un program util a fost cel de psihopedagogie, început în 1983, de un psihiatru și un secundar din clinică. Erau reuniți psihotici în faza

acută și în faza de remisiune (aceștia erau uneori din staționar) discutându-se realitatea simptomelor și dependența acestora de boală. Ulterior au fost incluși pacienți din LSM care povesteau cum întreruperea terapiei conduce la recădere și reinternare. După câțiva ani programul a fost întrerupt și reluat după 1990.

Un program ce s-a desfășurat în anii 80 sub girul LSM a fost deplasarea psihiatrilor în întreprinderi. Timp de 10 ani 14 psihiatri s-au deplasat săptămânal în peste 20 întreprinderi din Timișoara, colaborând cu medicii de întreprindere.

Aici consultau pacienții recomandați de acest medic sau pe cei care se prezentau din proprie inițiativă, participând deseori la un diagnostic precoce. Erau supravegheate cazurile ce se întorceau din concediu sau internări psihiatrice, mai ales psihotici. Se negocia locul de muncă cel mai prielnic și se studiau secțiile cu morbiditate psihiatrică mare. Au fost studiate în ansamblu 2 instituții cu morbiditate psihiatrică mare. Psihiatrii erau mai ales din Jebel și Gătaia, dar și din LSM. Acțiunea a continuat până după 1990.

Acțiuni în comunitate s-au desfășurat și pentru studenți, la Casa Studenților; de către un psihiatru din LSM și unul din Jebel. Se discutau problemele de sănătate ale tinerilor.

Colaborarea LSM cu medicii din rețeaua de bază a fost bună. Psihiatrii participau la ședințele lunare ale acestora. S-au ținut reuniuni comune. În 1985 Direcția Sanitară a publicat o broșură cu titlul: "Probleme psihiatrice în medicina generală". Și legătura cu diverse specialități a fost bună. Ea nu a avut însă sistematicitatea pe care o are în prezent, când în Timișoara funcționează oficial, în cele 2 spitale generale, 2 psihiatri de legătură.

Concluzie:

În perioada 1975-1990 în Timișoara, LSM-ul, Staționarul de zi și Ergoterapia ambulatorie remunerată au funcționat ca un sistem integrat, coordonat de un medic șef de secție. A funcționat teritorializarea și activitatea în echipă. S-au desfășurat multiple programe, uneori cu echipe comune și în spații comune.

Integrarea cu Clinica psihiatrică a fost deosebită, funcționând continuitatea îngrijirilor. Multe programe începeau în cursul internării și continuau ulterior în diverse servicii.

Evidența cazuisticii și a dinamicii sale a fost și ea bună. Pe acest fond s-au realizat mai multe studii epidemiologice. Cel mai



important este cel al incidenței psihozelor endogene, cu înregistrarea tuturor cazurilor noi și urmărirea lor în timp. Registrul de cazuri început în 1985 continuă și în prezent. Au mai fost studii epidemiologice privitor la suicid și parasuicid (pe anii 83 - 85) și la capacitatea de muncă. Ulterior s-au făcut câteva evidențieri de prevalența punctiformă.

Legăturile ambulatorului psihiatric au fost bune și cu Spitalele de psihiatrie din zonă, Jebel și Gătaia. Mulți psihiatri din acestea au activat integrat în LSM și au acționat în comunitate. Ambele spitale au promovat acțiuni de ergoterapie, sport și socioterapie, pentru o viață activă în spital și o continuă deschidere spre comunitate.

Ideea ca toate serviciile psihiatrice dintr-o zonă trebuie să fie complementare și interrelaționale a fost dezvoltată și teoretic și publicată în Revista de specialitate în 1985.

După 1985 activitățile din ambulatorul psihiatric al Timișoarei s-au redus progresiv. La aceasta au contribuit cel puțin 2 cauze, valabile pentru toată țara.

1. În primul rând a fost oprită înfuzia de personal tânăr prin blocarea formării specialiștilor.
  - a. Asistenți sociali nu s-au mai format în stil tradițional (3 ani, după modelul englez) din 1964. Un timp s-au format asistente de ocrotire;
  - b. Psihologii au oprit o formare amplă și sistematică din 1974;
  - c. Din 1984 nu s-au mai format oficial nici specialiști psihiatri. S-au oprit și doctoratele și formarea de profesori universitari. Astfel, în sistem nu au mai apărut persoane tinere, cu proiecte și energie.
2. În al doilea rând, a intervenit depresia majoră generală a României, în condițiile degradării socio-politico-economice, a minciunii și duplicității generalizate. În această lume cețoasă, mulți ne mirăm că am supraviețuit.

Structurile psihiatrice cu orientare comunitară formată în perioada 1975-1985 au supraviețuit în parte până în prezent, bazate pe actul normativ din 1974. În acest sens funcționează LSM-urile, Staționarele de zi și ergoterapia ambulatorie remunerată (cel puțin în Timișoara).

Standardul de funcționare actual al acestora e în prezent sub cel din urmă cu 20 de ani.

De aceea e util și necesar un reviriment, o relansare rațională și înțeleaptă.

### **Unele aspecte ale psihiatriei comunitare în România în perioada 1990 – 2005**

Ceea ce s-a realizat în direcția psihiatriei comunitare în România în perioada 1975-1990 a avut la bază un act normativ care pentru 1974 era destul de bine conceput. Realizările efective au fost variate în ansamblul țării, ca amploare și stil. Multe din prevederile normativului din 1974 s-au realizat puțin sau deloc. Altele s-au realizat în conformitate cu sistemul sanitar de atunci în concordanță cu teritorializarea acestuia și cu munca în echipa complexă prevăzută în aceste Norme. Ergoterapia s-a dezvoltat în spitale dar cea ambulatorie remunerată doar în puține centre; deși ea s-a dovedit benefică și persistă și azi.

Orice act normativ este prescriptiv. Multe din ceea ce el prevede nu se realizează. El lasă însă loc și pentru realizarea unor lucruri pe care nu le interzice.

În această perspectivă în unele locuri din țară s-au făcut destul de multe lucruri. Aceasta prin utilizarea în multe direcții a personalului existent și prin relații personale. În multe centre au putut fi atrase spre psihiatrie multe colaborări, mai ales din domeniul industriei și al artei.

Continuitatea îngrijirilor nu a fost prohibită ci recomandată; iar în unele locuri s-a realizat.

Integrarea pacienților în comunitate și apropierea dintre ei și personalul medical nu a fost imposibilă.

După 1990 vechile acte normative și vechile structuri funcționale au rămas în vigoare, până azi. Funcționalitatea acestora a scăzut însă în majoritatea locurilor.

Ca aspect nou, după 1990, au apărut ONG-urile, inițiativa și cabinetele private. De asemenea s-a deschis calea colaborărilor internaționale, mai ales în plan neguvernamental.

Ca Asociație neguvernamentală s-a înființat Liga Română de Sănătate Mintală, ce a organizat un extraordinar congres mondial în

1992 la București. Liga a jucat un important rol după 1990, realizând multe relații internaționale benefice, inclusiv cu Geneva Initiative. S-au tradus astfel cărți de psihiatrie comunitară, s-au realizat schimburi de experiență, s-au susținut formări și perfecționări, a fost editată o Revistă. În Timișoara s-a înființat Asociația Psihiatrică Timișoara (A.P.T.), în februarie 1990, apoi Asociația Speranța a părinților și rudelor bolnavilor psihici, mai ales copii. Din aceasta s-a desprins în 1993 Asociația Armonia, a pacienților psihiatrici adulți și a familiilor lor. La înființarea ei au participat psihiatri, membrii LSM și ai Ergoterapiei, sediul fiind în spațiile acesteia. Dar, în conducere au fost aleși pacienți, rude ai acestora, 1 asistent social și 1 instructor de ergoterapie.

După 90, ONG-urile psihiatrice au primit mult sprijin internațional, inițial mai ales cele pentru Copii. Orice parteneriat internațional a presupus implicarea unui ONG. Dar, de obicei, și a comunității locale (consiliile municipale) și deseori și a forurilor medicale oficiale.

Pe această cale, în mai multe centre din țară s-au obținut unele realizări în psihiatria comunitară. Unele s-au stabilizat, altele au dispărut. Din experiența acestor ani se poate învăța.

Dintre mai multe programe din țară voi prezenta unul ce îmi este cunoscut.

În perioada 1995 - 2001, parțial și ulterior, s-a înființat în Timișoara un „Centru de reabilitare psiho-socială” a bolnavilor psihici, în primul rând psihotici - schizofreni.

Acesta a fost organizat sub auspiciile ONG - Armonia. Dispunea de o locație proprie, o casă cu 6 încăperi, curte și grădină, în Timișoara, nu foarte departe de clinică și LSM. Casa a fost cumpărată pe bani dintr-un grant câștigat de la OMS.

La acest centru s-au desfășurat activități diverse: artizanat, pictură, activitate pe calculator, activități gospodărești și de grădinărit, psihoterapie cognitiv-comportamentală, sfătuirea familiilor, programe de creștere a abilităților comunicaționale și de rezolvare de probleme, curente și stresante, cunoașterea legilor și a drepturilor (advocacy), psihopedagogie, abilități comportamentale pe calculator și în limbi străine, pictură, muzică, cor etc.

Au fost cuprinși în programe 10-15 pacienți (cumulativ se ajunge la 30-40), în majoritatea lor cu schizofrenie, oricum care au

trecut prin episoade psihotice. Cazurile erau cunoscute și recomandate de Clinică, LSM și Ergoterapia ambulatorie, dar toți erau membri ai ONG Armonia.

Cei ce participau la program erau remunerați deoarece la mijloc erau granturi câștigate și bani ce urmau să fie cheltuiți.

Activitatea de la Centrul de Reabilitare Psiho-socială (CRPS) a fost utilă pentru un număr de pacienți deoarece le-a asigurat nu doar programe speciale ci și o atenție sporită a multor profesioniști, care în plus făceau și diverse evaluări, pentru obiectivitatea rezultatelor și aplicau tehnici de acțiune relativ standardizată. Acțiunea a fost atractivă și deoarece programele de club și terapii ocupaționale, de artterapie etc, de la LSM și Staționarul de zi au scăzut mult în acea perioadă. În plus, era stimulată explicit inițiativa pacienților, independența lor în acțiune, participarea la grupuri de inițiativă, cu sprijinul ONG Armonia, Asociație în perioadă de plină ascensiune. Ca partener a participat și APT. O parte din cei angajați în program erau tineri specialiști pe care de afirmare, unii făcându-și doctoratul. Membrii echipei veniți, de la LSM aveau o îndelungată experiență. Alții s-au format din mers. În țară era de asemenea o vreme de dinamism, Liga de Sănătate Mintală era în plină afirmare, se formase o Asociație de Psihiatrie Socială (în 1993, la Cluj) se publicau (la Timișoara) cărți despre „Calitatea vieții în psihiatrie”, „Reabilitarea Psiho-socială în schizofrenie”, formările în psihoterapie erau în expansiune și la fel activitatea Asociației Române de Psihoterapie, formată relativ recent (1993).

Cum s-a ajuns la această activitate recuperatorie, ca și complementară temporară a LSM?

Ca parteneri inițiali și apoi ca finanțatori ai grant-urilor au fost: Asociația Pro Mente (Linz - Austria), OMS, Swiss National Science Foundation, AIGS - Belgia (Liege). Cunoștințele și relațiile personale au jucat și aici un rol. Psihiatria din Timișoara avea un anumit prestigiu în Europa prin cele 2 congrese internaționale de psihopatologie organizate în anii 1992 și 1994, prin relațiile strânse cu Asociația Danubiană de Psihiatrie cu sediul la Linz (Simpozionul acesteia, din 1996 a fost organizat la Timișoara). Psihiatrii locali au participat la congrese, întâlniri și formări internaționale, inclusiv în Elveția. În acest context a fost abordat, prin intermediul unui tânăr psihiatru, un proiect de colaborare în psihiatria comunitară pentru țările din estul Europei.

Grantul a fost câștigat iar o deplasare la Laussane a definitivat condițiile colaborării care implica și participarea Universității de Medicină în colaborare cu cea din Laussane.

În aceeași perioadă a fost detectat un proiect OMS în cadrul proiectului Health for All privitor la dezvoltarea sănătății mintale. Grantul pentru Europa a fost completat și câștigat de echipa noastră. Iar un drum la Geneva și o discuție argumentată cu Dr. Saraceno a înclinat balanța pentru România. Prin intermediul serviciului OMS pentru Europa de la Copenhaga banii au ajuns la Timișoara și s-a cumpărat casa și terenul pentru CRPS, de către Armonia. Tot timpul, Pro Mente ne-a sprijinit. Implicarea și dăruirea permanentă a câtorva tineri a fost esențială. Un rol l-a jucat și tradiția existentă deja local în reabilitarea psiho-socială și în experimentarea programelor de terapie cognitivă în schizofrenie elaborate și practicate la Berna. Astfel, activitatea a fost structurată cât mai științific și evaluările făcute cât mai obiectiv.

În continuare s-au elaborat și câștigat alte grant-uri intrându-se în legătură - prin intermediul Pro Mente - cu centrul AIGS din Belgia. S-a realizat astfel inserția CRPS în proiectul Forminser (din cadrul Proiectului Leonardo Da Vinci). Apoi în proiectul Socrates și în proiectul Pegasse.

În perioada 1997-2000, în cadrul CRPS, aproximativ 20 clienți și peste 10 angajați derulau programe de :

- psihopedagogie pentru pacienți; consiliere pentru familiile pacienților;
- gimnastică medicală și relaxare;
- meloterapie;
- artizanat;
- desen, pictură;
- programe instructive pe calculator;
- psihoterapie, inclusiv cognitiv comportamentală (2 psihologi);
- instruire legislativă (advocacy).

De asemenea mai erau programe de gospodărire, grădinărit, sport și unele programe artistice.

Proiectul Forminser (2000-2001) a permis formarea a 12 persoane dintre beneficiarii serviciilor de sănătate mintală ca agenți de inserție și ajutor de formare profesională pentru persoane cu nevoi speciale. Programul s-a derulat împreună cu AIGIS - Belgia și având ca parteneri THEPSYPA (Grecia). S-a editat cu această ocazie un „Manual de bune practici” în domeniul reinsertiei profesionale.

Intre 2001-2002 s-a derulat programul Socrates, program educațional pentru persoane cu nevoi speciale și pentru familiile lor.

Phare Acces (un proiect al Asociației Armonia) a constatat în sprijin și suport social pentru beneficiari și familiile acestora.

Programul Pegasse, 2002-2003 s-a desfășurat în colaborare cu 5 țări: Belgia, Grecia, Italia, Spania, Portugalia. Programul viza elaborarea unui suport informațional dar și cu o componentă formativă în ceea ce privește sănătatea mintală, educația în această direcție pentru diverse categorii: profesioniști, consumatori de servicii, categorii profesionale cu implicare posibilă (ex. manageri). S-au elaborat materiale, „Lecții”, care au fost traduse, testate, răspândite.

În cursul desfășurării tuturor acestor programe au fost multe vizite, schimburi de experiență, însușire de metodologii. Am fost incluși într-o expoziție itinerantă de pictură a consumatorilor de sănătate mintală. Unul din pacienții noștri, pictor, ce se ocupa la centru de instruirea altora, s-a deplasat cu propriile lucrări în Belgia (sprijinit de Asociația CEFEC),<sup>3</sup> picturile circulând și la alte expoziții.

Programele s-au oprit însă. Ele ar fi putut continua dacă echipa de atunci s-ar fi menținut legată, s-ar fi completat noi proiecte, mai ample, în direcția persoanelor nefavorizate, direcție în care erau orientați banii comunitari.

ONG-ul APT și Asociația Armonia există. Ultima mai realizează grant-uri. CPRS nu mai are activitate și clădirea e pe cale de a fi demolată.

Una din cauzele principale care a făcut ca aceste programe să nu se mai țină și să nu se mai dezvolte a fost neimplicarea comunității locale, a primăriei, care ar fi trebuit să reia progresiv o parte tot mai mare din aportul financiar extern. A fost în mare măsură un eșec al echipei. Alte programe au reușit să convingă consiliul municipal, Primăria și funcționează în prezent cu sprijinul acestora. Așa e Centrul de Memorie al Asociației Alzheimer; Centrul „Pentru VOI” care asigură o ergoterapie remunerată pentru copii cu deficiențe mintale se s-au adultizat, sau „Casa Faenza” ce susține programe de zi pentru copiii autiști. Aceasta se bazează pe înfrățirea dintre orașul Faenza și Timișoara, depistarea de către specialiștii NPI a ofertei italiene de

colaborare, convingerea consiliului de a accepta această propunere și clădirea centrului, apoi de a accepta o schemă de personal corespunzătoare și finanțarea parțială a personalului etc. Munca de lămurire a Consiliului Municipal a fost lungă și grea, de peste 2 ani, dar până la urmă colegii de la NPI au reușit.

În diverse locuri din țară s-au reușit diverse programe, dintre care unele au rămas stabile. E vorba de acțiuni disparate, în care au fost atrase fonduri din străinătate, din diverse surse și pe diverse căi. Oferte au fost. A fost necesar să existe ONG-uri organizate, oameni inimoși, muncă în redactarea de proiecte, uneori câștigarea de grant-uri, și un mare efort pentru implicarea comunității locale.

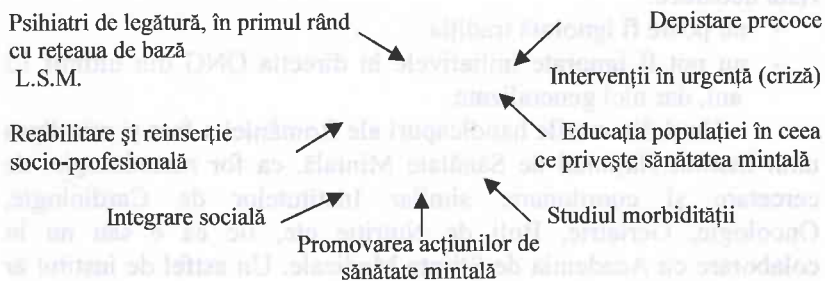
Organizațiile străine finanțatoare aveau și ele legăturile, planurile și preferințele lor. Astfel timp de 5 ani, noi cei din Timișoara nu am reușit să convingem grupurile ce au inițiat în România hostele, să vină în Timișoara pentru a realiza o colaborare.

Programele realizate prin ONG vizează populația cu probleme (psihiatrice și de sănătate mintală) dintr-un teritoriu, în ansamblul ei. Ele implică inițiativă, fonduri, organizare, un număr apreciabil de personal pentru un număr limitat de clienți, implicarea comunității locale. În paralel cu sistemul organizatoric pe linie de stat - cel prin actul normativ din 1974 și cel din 2006 - pot fi o completare.

Aceste programe nu pot rezolva însă probleme ce erau prevăzute ca sarcini ale LSM, ca cele din Fig.1.

**Fig.1**

### **Supravegherea grupelor de risc**



## Concluzii generale

Programe psihiatrice de tip comunitar și acțiuni de sănătate mintală erau prevăzute explicit și detaliat în actul normativ din 1974. Conform acestuia s-a realizat o infrastructură din LSM și Staționarul de zi, a existat posibilitatea ergoterapiei ambulatorii (cu valențe de reabilitare psiho-socială - puțin justificate).

Realizări mai deosebite s-au obținut unde a fost inițiativă și dăruire generoasă, majoritatea prin implicare personală.

Multe din prevederile bune, impuse de Normele din 1974 nu s-au realizat.

Structuri centralizate și sectorializate de atunci nu mai sunt întru totul actuale. Deși, alte forme de organizare ierarhică explicită nu este propusă.

În prezent nu se mai poate conta, evident, pe entuziasm, generozitate și dăruire personală. Așa că, multe din realizările de atunci se vor clasa la capitolul istorie.

Acțiunile de psihiatrie comunitară făcute după 1990 pe baza ONG-urilor, cu co-participare internațională - ca model, inițiativă, finanțare - au dus la câteva rezultate, unele temporare, altele persistente. Aceste programe apar în completarea sistemului (94) LSM -Staționar - Ergoterapie, fără a-l putea înlocui, neavând nici un caracter sistematic și teritorial și depinzând de nivelul de inițiativă local și de colaborare cu factorii sociali locali.

Această experiență nu poate fi generalizată, cu perspective în viitor, deci rămâne o opțiune complementară utilă.

Actele normative actuale sunt destul de confuze. Ele par a stimula unele inițiative, dar drumul de urmat se mai cere clarificat. Asta deoarece:

- nu poate fi ignorată tradiția
- nu pot fi ignorate inițiativele în direcția ONG din ultimii 15 ani, dar nici generalizate.

Unul din marile handicapuri ale României a fost și este lipsa unui Institut Național de Sănătate Mintală, ca for metodologic, de cercetare și coordonare, similar Institutelor de Cardiologie, Oncologie, Geriatrie, Boli de Nutriție etc, fie că e sau nu în colaborare cu Academia de Științe Medicale. Un astfel de institut ar urma să elaboreze strategii în:



- realizarea unui sistem credibil de studiu a epidemiologiei;
- realizarea unui centru de studiere a grupelor de risc
- metodologii precise de depistare precoce
- centru de cercetare în direcția cost/eficiență
- metodologii de urmărire diacronă a raportului dintre prevalența unor tulburări, nevoi și servicii;
- evaluarea eficacității serviciilor, în perspectiva unităților și sistemelor zonale;
- studierea centrată pe probleme ca suicidul, problemele toxicomanilor, alcoolismului, demențelor etc.

Cu alte cuvinte, dincolo de implementarea unor servicii, se cer făcute studii legate de fenomenologia sănătății mentale, abordarea și rezolvarea ei, cu diverse mijloace în diverse zone.

În plus, se cer clarificate în viitor convergențele și diferențele între problemele psihiatriei, fie ea și psihiatrie comunitară și problematica sănătății mintale, ceea ce implică și igiena mintală și promovarea activă a unei vieți echilibrate psihic și cu sens, Abordarea ce vine dinspre medicină - psihiatrie și cea care vine dinspre societate, cultură, spiritualitate, pot avea o zonă de confluență. Problemele antistigma se articulează cu cele ale educației echilibrate și a promovării unei ascendente calități a vieții.

În sfârșit, înțelepciunea milenară sugerează buna colaborare între generații. Inițiativa tinerilor se echilibrează cu experiența vârstnicilor și cu ponderea eficientă a adulților.

În contextul acestor perspective, un nou început, care totdeauna este marcat de hermeneutica unei tradiții, poate fi benefic și privit cu oareșcare optimism.

## **PROBLEME PRIVITOARE LA DEZVOLTAREA REȚELEI DE PSIHIATRIE**

**Mircea Lăzărescu**

Reorganizarea activității practice în psihiatria din România presupune:

- a. Evidențierea situației actuale;
- b. Luarea în considerare a experienței altor țări avansate și a recomandărilor O.M.S.;
- c. Ghidarea după anumite principii care să fie în consens cu cele internaționale și să permită un progres rapid;  
Situația actuală constă în existența separat a:
  1. Rețelei de Neuropsihiatrie infantilă;
  2. Rețelei de Psihiatrie adulți;
  3. Uniățile de tip Cămin Spital ale Ministerului Muncii, pentru copii și adulți;
  4. Alte unități conexe și corelate;

Pentru unitățile Ministerului Sănătății de copii și adulți conform normativelor în vigoare funcționează:

- Servicii de consultații în policlinici;
- Laboratoare de Sănătate Mentală cu posibil Staționar de Zi și ergoterapie ambulatorie;
- Staționare cu profil terapeutic care pot fi:
  - Compartimente în cadrul altor secții;
  - Secții ale Spitalelor Unificare;
  - Spitale independente cu diferențierea pentru:
    - Bolnavi acuți;
    - Bolnavi cronici.

Schema de mai sus este cea care este în evidența Ministerului Sănătății. Ca un prim pas ar trebui:

**Sarcina nr. 1.** să se cunoască cât mai exact repartiția acestor tipuri de unități (precum și a celorlalte menționate mai sus) în diversele județe ale țării, cu detalii în ceea ce privește încadrarea cu specialiști psihiatri și alți specialiști și cadrele ajutătoare (precum și vârsta și calificarea acestora); și la fel mărimea unităților, profilul lor exact, rulajul, amplasarea față de centrele urbane, probleme specifice etc.

Ar trebui apoi formulate și acceptate unele principii actuale, cum ar fi: - sectorializarea; - continuitatea îngrijirilor între ambulator și staționar; - orientarea spre psihiatria comunitară (cu prevenția, depistare precoce și intervenția în criză); - activitatea în echipă; - diferență și specializare crescută a echipelor corelată cu o interconexiune strânsă a asistenței zonale; - sprijinul pe medicul generalist și pe comunitate (voluntari, asociații de cetățeni, instituții) în cadrul unei propagande psihiatrice adecvate etc.

Măsurile de modificare ale rețelei actuale ar mai trebui să țină cont de diferențierea dintre:

- Acțiunile de sănătate mentală (igienă mentală, orientare spre comunitate, prevenție, depistare precoce, intervenție în criză, sănătate publică, angajarea medicilor generaliști și a populației, propagandă sanitară etc.);
- Acțiunile terapeutice, privind faza acută și dispensarizarea pacienților (și care ar trebui să dea informații epidemiologice privitoare la controlul asistenței medicale);
- Acțiunile recuperatorii și de asistență pe termen lung.

O ultimă diferențiere ar fi cea legată de vârste: psihiatria vârstei infanțo-juvenilă, pentru adulți, pentru vârsta a 3-a.

Ținând cont de toate acestea ar fi de propus, în viitorul imediat următoarele:

**Sarcina nr. 2.** Înființarea unor cadre instituționale și reorganizarea celor existente. Între acestea s-ar putea enumera:

- Înființarea unor echipe (centre) de sănătate (igienă) mentală, care să îndeplinească funcțiile pe care astfel de echipe le îndeplinesc în țările europene și în conformitate cu recomandările O.M.S. (funcții parțial menționate mai sus). Acestea ar putea fi definite pentru copii, adulți și bătrâni. Ele ar putea funcționa pe lângă actualele Laboratoare (Centre) de Sănătate Mentală sau Policlinici, dar cu o importanță

independență. Ar trebui definită structura standard a unei astfel de echipe, ca și componență de specialiști, sarcini, obiective. Formarea acestor echipe ar putea începe progresiv în centrele cu mai mare experiență psihiatrică (de exemplu: în primii 2 ani în 10-15 din țară) pentru ca apoi să se generalizeze.

- Diversificarea activității actualelor L.S.M. (a căror denumire mai utilă ar fi Centre de Sănătate Mentală) și în cadrul cărora să se prevadă:
  - Dezvoltarea centrelor de terapie ocupațională și ergoterapie ambulatorie (cu eforturi de a se realiza și ateliere protejate pentru bolnavii psihici în întreprinderi);
  - Dezvoltarea cluburilor psihiatrice, săptămânale, a psihoterapiei de întreținere și familiale;
  - Dezvoltarea asociațiilor aparținătorilor;
  - Sprijinirea formării asociațiilor de alcoolici anonimi;
  - Dezvoltarea hostelurilor;
  - Dezvoltarea Staționarelor de noapte;
  - Acțiuni specifice pentru copii, adolescenți și bătrâni.
- Diversificarea serviciilor acordate în spitalele de psihiatrie, prin servicii specializate (pe profile), de exemplu: alcoolici, schizofreni, psihiatrie forensică, terapii specifice pentru nevroze etc.
- Trecerea de la Ministerul Muncii la Ministerul Sănătății a spitalelor de cronici. Organizarea unor programe specifice pentru recuperarea și abilitarea pacienților cu evoluție îndelungată (inclusiv grija pentru amplificarea suportului social – chiar pentru perioada internării – prin organizații de sprijin, acțiuni de relementare juridică privitoare la tutelă, curatelă etc.).

E necesară o evidență a cazuisticii existente cu acest profil (la copii, adulți, bătrâni), o rată a apariției anuale de noi cazuri în această direcție și acțiuni pentru cei ce sunt menținuți în familie.

- Precizări în ceea ce privește unitățile psihiatrice speciale. Una din importante sarcini se referă la echipa terapeutică.

**Sarcina nr. 3.** Eforturi urgente pentru constituirea unei echipe terapeutice eficiente. Principiul călăuzitor este raportul de 2/1-3/1 dintre personalul specializat psihiatric și pacient, în orice

instituție psihiatrică de asistență (fără a calcula infrastructura administrativă).

- Privitor la psihiatri e necesar să existe nu doar un număr suficient ci și calificare adecvată, inclusiv specializări (această problemă se poate dezvolta separat).
- Cea mai importantă sarcină se referă la formarea cadrelor medii cu bună calificare, respectiv a celor cu 3 ani formare, de tipul asistentelor, care trebuie să înceapă din acest an și într-o mare proporție. În acest capitol se cere neapărat o formare de specialiști cu 3 ani de studiu care să formeze:
  - Asistente de psihiatrie;
  - Asistente sociale;
  - Specialiști în Ergoterapie și terapie ocupațională;
  - Specialiști în recuperare psihiatrică (adulți, copii);
  - Specialiști în socioterapie și psihoterapie;
  - Altele.

E necesar foarte urgent să se formuleze programul de studiu pentru aceștia și parametrii care le definesc categoria și să înceapă – după o largă formare – încă din această toamnă aceste școli.

O evaluare aproximativă a necesităților pe țară trebuie făcută imediat (cel puțin 200-300 locuri, în diverse centre).

S-ar cere ca și în actualele clase de la Școala de surori, în toate centrele să funcționeze și clasă de psihiatrie.

Să se evalueze un număr aproximativ de psihologi și sociologi de care rețeaua de psihiatrie are nevoie în viitorul imediat și cel apropiat.

## PSIHIATRIA ȘI SĂNĂTATEA MENTALĂ ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ.

**Mircea Lăzărescu**

*(aprilie 2009, Timișoara)*

Trăim într-o lume în care psihiatria se vrea o ramură științifică a medicinei iar sănătatea mentală se vrea expresia unui etos generos care respectă diversitatea umană și demnitatea persoanei.

Nu a fost întotdeauna așa. Chiar în intervalul unei jumătăți de veac pe care autorul l-a parcurs în contact direct cu psihiatria, s-au petrecut metamorfoze importante.

În anii 50 ai sec XX și până la începutul anilor 60 nu s-a vorbit prea mult despre sănătatea mentală. În Clinica Psihiatrică se păstrau caracteristicile moștenite din sec XIX. Psihozele endogene centrate de șizofrenie se tratau cu electrosoc și come de insulină. Neurolepticele și în general medicația psihotropă erau la primele tatonări. Internările pe viață erau regula, existența decurgând într-o modalitate degradantă.

Pornind de la această situație au apărut o serie de reacții și contestații, la care generația mea a fost martora.

În primul rând a fost denunțată degradarea umană din azile, care rupea bolnavul mental de comunitate și integrare socială. În anii 60 s-a declanșat o mișcare antipsihiatrică susținută de ideologia că practica psihiatrică este un mecanism de agresiune a claselor dominante asupra oamenilor fragili. Dincolo de excesele și absurditățile acestei mișcări, ea a avut și consecințe pozitive. Lumea a devenit mai atentă la condițiile de existență din spitalele de psihiatrie, s-au imaginat și pus în practică diverse forme de psihosocio-terapie și reabilitare și, cu sprijinul medicației antipsihotice, s-a preconizat un proces de dezinstituționalizare. Acesta a condus la căutarea de soluții alternative față de internarea în spitale de psihiatrie, la înființarea unor centre comunitare și la dezvoltarea unei psihiatrii comunitare. Oamenii și-au dat mai mult seama de stigmatizarea la care e supus bolnavul mental astfel încât au început dezvoltarea unor programe antistigma, care continuă și astăzi.

Problema sanatatii mentale a ajuns la ordinea zilei. S-a dezvoltat epidemiologia psihiatrica si idea depistarii precoce si a preventiei. Psihiatria a intrat intr-o noua era.

Procesul mentionat mai sus s-a dezvoltat in intreaga lume in anii 60 si 70 ai secolului XX, inclusiv in Romania. Tara noastra a avut o serie de particularitati, intre care varietatea institutiilor psihiatrice. Dupa Socola si terminarea Spitalului Obregia in Bucuresti in Romania nu s-a mai construit tot sec. XX – si nici in XXI – nici o institutie dedicata special psihiatriei. Intre 1955 -1965 s-au infiintat majoritatea spitalelor actuale de psihiatrie in foste cazarmi, castele si scoli, iar in 1965-75 sectia de psihiatrie a Spitalelor municipale in majoritatea judetelor (la Lugoj exista din 1920 o astfel de sectie).

In contextual miscarii international mentionate in 1973 a aparut in Romania un act normativ prin care se infiintau in institutii semiambulatorii si de recuperare in centre importante. Laboratoare de Sanatate mental (LSM), stationare de zi si servicii de ergoterapie remunerate, in spitale – in ambulator, (ca echivalent al locuintelor protejate). Actul normativ din 1973 a fost, la timpul sau, consonant cu psihiatria internationala prezentand: teritorializarea, activitatea in echipa (psihiatru, psiholog, asistent social), interventia sociologului, psihoterapia, diverse forme de socializare si ergoterapie. Se mai prevedeau : legatura psihiatrului cu medicul generalist si de alte specialitati, dispensarizarea (managementul de caz), masuri antistigma, depistarea precoce, supravegherea grupelor de risc, preventia primara, secundara si tertiara si reabilitarea psihosociala si reintegrarea in munca si familie.

In baza actului normativ din 1973 a luat fiinta in majoritate centrelor recunoscute, LSM-uri care au avut insa variate complexitati si activitati. Dezvoltarea acestei psihiatrii comunitare nu a fost identica in toata Romania, unele centre realizand lucruri excelente, altele functionand doar pe hartie.

De la mijlocul anilor 80 si LSM-urile cu buna activitate au inceput sa fie mai putin performante datorita lipsei de specialisti. In Romania, dupa 1983 nu s-a mai format in medicina, respectiv in psihiatrie nici un nou specialist, au fost blocate doctoratele, examenele de profesor universitar, formarea psihologilor si asistentilor sociali etc.

Din 1990, desi s-a reluat formarea specialistilor, activitatea LSM-ilor si a psihiatriei comunitare nu s-a revigorat in Romania, ci a continuat o progresiva degradare.

In ultimii 3 ani, in contextul aderarii Romaniei la UE, Ministerul Sanatatii a inceput sa acorde din nou interes psihiatriei comunitare, cel putin prin cateva acte normative si finantari. Rezultatele sunt de asteptat in urmatorii ani iar contextual international este in prezent schimbat.

Una dintre consecintele miscarii antipsihiatrice din anii 60 a fost rearanjarea psihiatriei clinice pe noi baze, care sa justifice cat mai stiintific validitatea si legitimitatea acestei specialitati. Acest proces a culminat cu publicarea DSM-lui si a manualelor americane si internationale corelate.

Una din problemele psihiatriei clinice a anilor 60 era varietatea orientarilor doctrinare – cu dominarea psihanalizei – si drept consecinta, dificultatea comunicarii intre specialisti. Era greu de dovedit pe ce baza un specialist se sprijina cand declara ca un om sufera de o boala psihiatrica – ca este un caz psihiatric – si greu de stabilit daca doi specialisti, abordand doua cazuri, vorbesc despre aceeasi boala.

In acest context o serie de specialisti din SUA au acceptat sugestiile lui Hanzel, adept al pozitivismului logic, de a aplica si psihiatriei “ criteriile operationale de definitie”. Astfel de criterii erau aplicate in stiintele fizico-chimice fiind extinse apoi si la unele stiinte umane. Astfel au aparut in anii 70 criteriile de cercetare Pheighner de la St Luis, in care erau definite cat mai precis cateva boli psihiatrice, chiar daca relativ arbitrar. Se lua in considerare o lista de simptome dintre care un numar minim sa fie prezente, unele caracteristici de varsta, durata episodului si alte cateva caracteristici. Pentru a se evita dezbaterile contradictorii prea aprinse si a se ajunge la un minim de consens pragmatic, s-a convenit ca aceste definitii sa excluda pe cat posibil implicarea etiologiei, care in psihiatrie e de cele amai multe ori greu de precizat.

In acest context, Asociatia Psihiatrica Americana (APA) a elaborat in anii 70 sub coordonarea lui Spitzer, sistemul de diagnostic si clasificare DSM III, care difera fundamental de precedentele doua clasificari americane printr-o serie de caracteristici, dintre care o parte au fost mentionate mai sus. Alte



caracteristici importante ale acestui sistem sub a carui influenta ne mai aflam si azi, sunt

- Asertiunea explicita ca tulburarea mentala (si nu "boala psihica" pentru a se evita stigmatizarea reclamata de antipsihiatrie) este definita categorical si extrapersonal. In prezent se formuleaza ca "Diagnosticul va stabili ca pacientul are o boala nu ca este bolnav". Deci se va formula : "X are schizofrenie" nu "X este schizofren". Aceasta viziune care duce la excluderea particularitatilor personalitatii s-a numit hiponarativitatea sistemului. Deasemenea, diagnosticul este decontextualizat, adica ignora caracteristicile situationale si relatiile interpersonale ale pacientului. Existenta unei axe care mentioneaza evenimentele stresante de viata nu compenseaza aceasta situatie, care centreaza diagnosticul pe individual izolat. In aceste imprejurari, desi nu se afirma explicit, etiopatogenia predominant presupusa este cea prin disfunctie cerebrala. Si, implicit, cercetarile privitoare la suferinta cerebrala in cazul tulburarilor mentale a crescut exponential de la publicarea DSM III.

- Un alt aspect important este acela ca stabilirea listei de tulburari incluse oficial in Sistemul de diagnostic se face prin votul democratic a unui numar de experti dintr-o anumita tara. Desigur, activitatea acestor experti este publica, este cunoscuta si poate fi criticata de oricine, ceea ce nu impiedica faptul ca lista tulburarilor oficial acceptata sa depinda de un vot. Iar aceasta lista este importanta deoarece: 1) ea sta la baza etichetarii sociale a unor suferinzi, 2) a rambursarii costurilor de catre companiile de asigurari, 3) a cercetarilor epidemiologice si a investitiilor publice in servicii de sanatate, 4) selectarea cazurilor pentru cercetarea stiintifica (de ex. Pentru a evalua eficacitatea tratamentelor), 5) a invatamantului universitar, postuniversitar, a celui dedicat specialitatilor psihiatrice - medicilor de familie, 6) a diverselor expertize, inclusiv medico-legale.

- DSM III a introdus un sistem de diagnostic pe 5 axe in care sunt incluse, pe langa tulburari psihice episodice si tulburari de personalitate (ca patologii presupuse a fi continua in

timp), tulburările somatice, evenimente stresante de viață (ambele putând fi în variate corelații cu axa I), o evaluare a funcționării globale –GAF- care combină prezenta unor simptome cu funcționarea socială. Acest diagnostic pe axe a fost puțin utilizat în practică dar a stimulat studiile privitoare la tulburările de personalitate (care în sistemul OMS-ICD 10 sunt menționate pe axa I). Evaluarea de tip GAF a fost mult utilizată în cercetări clinice dar în ultimul timp tot mai mult criticată, mai ales de medici de alte specialități. De altfel în SUA se preconizează ca ea să fie înlocuită de o evaluare ce să țină seama doar de funcționarea socială, ca în ICD 10.

- În sfârșit, o caracteristică a DSM-III (și a corecturilor succesive DSM-IV, DSM-IV TR) este aceea că are în vedere patologia mentală dintr-o anumită țară, care în prezent este între cele mai dezvoltate civilizații din lume. O serie de sindroame prezente și frecvente aici – și în general în lumea occidentală – se întâlnesc rar în alte părți ale lumii. Așa ar fi multe din tulburările de alimentație, tulburările de personalitate borderline, sindroame ADHD etc. De asemenea homosexualitatea egodistona care nu este etichetată ca tulburare în DSM III este considerată ca boală în alte civilizații. Aceste aspecte au importanță d.p.d.v științific, atunci când se studiază “adevărul” despre tulburările mentale. Iar această problemă este în atenția OMS pentru edițiile viitoare ale ICD.

\*\*\*

Impactul pe care l-a avut asupra psihiatriei clinice modelul de gândire reflectat în DSM-III a fost mare. Acest mod de gândire a răspândit stilul pragmatic al lumii americane. DSM III a fost realizat, așa cum se declară oficial, pentru “utilitate clinică” (pentru utilitatea clinicianului care trebuia să se înțeleagă cu alți clinicieni; și nu în prima instanță pentru binele pacientului).

DSM III reflectă de asemenea doctrinele psihologice și psihopatologice ale anilor 70, centrate de behaviorism și cognitivismul ascendent, dublat de creșterea cunoașterii în domeniul neuroștiințelor.

In ultimul deceniu, pe baza experientei clinice acumulate, a progreselor generale in cunoasterea antropologica si a studiilor clinice, se acumuleaza noi date.

In prezent, pe motiv ca se pregateste o noua editie a DSM - si anume DSM-IV, planificat sa apara in 2012 - si o noua editie ICD-11, principalele probleme ce se afla in dezbatere internationala si marcheaza psihiatria actuala sunt:

- Tendinta la o abordare mai putin mecanicist-pragmatica a psihiatriei, o abordare sintetico-analitica ce sa tina cont de ansamblul patologiei si persoanei
- In ceea ce priveste psihopatologia se impun:
  1. In primul rand balansul intre gandirea categoriala si cea dimensionala. Psihiatria clinica ramane centrata de existent delimitarii categoriale; dar in acelasi timp, creste importanta biografiei si a privirii de ansamblu pe care le permite o abordare dimensionala. Acest fapt se refera atat la tulburarile de personalitate cat si la cele episodice. Cel pentru intensitatea acestora se preconizeaza sa fie evaluat dimensional.
  2. Alt aspect este cel al comorbiditatii. Impartirile categoriale prea detaliate conduc la identificarea unui numar mare de comorbiditati. Pentru aceasta se preconizeaza sa se studieze tot mai mult "spectrul" diverselor tulburari care poate explica comorbiditatea frecventa. In aceasta directie se studiaza variantele subtipuri ale unor entitati clinice recunoscute.
  3. In ultimul deceniu s-a impus psihopatologia developmentala care urmareste dezvoltarea normala/devianta a persoanei dealungul intregii vietii, cu toate compensarile, decompensarile si rezilientele pe care aceasta le evidentiaza. Vulnerabilitatea si nonvulnerabilitatea persoanei face si ea parte din acest program de studiu.

Tot in perspective dinamice, psihiatria actuala este deosebit de interesata de fazele prodromale ale diverselor tulburari, de depistarea precoce, remisiuni si recaderi, compensari si decompensari. Castiga tot mai mult teren conceptul de "recovery".

Psihiatria clinica actuala se prezinta astfel cu o serie de caracteristici diferite de cea din urma cu 10-20 de ani. La acest fapt

contribuie si noile orientari teoretice dintre care cel puti doua se impun:

1. Ideea evolutionista (promovata de Wukefield, Bubka, Bokov si altii) isi face tot mai mult loc in intelegerea tulburarilor psihice ca devieri ale proceselor adaptative normale, asa cum au fost acestea selectate de evolutia biologica si umana. Astfel, starea de alerta si anxietate fireasca adaptativ poate vira in anxietate patologica; suspiciunea adaptativa poate devia in paranoide; expansivitatea sociala performanta poate vira in manie s.a.m.d. Se descriu pe urma cele cu orizont explicativ mai larg decat studierea functionarii encefalului sau a situatiei conjuncturale.
2. O a doua directiva doctrinara ce se impune tot mai mult in ultimii ani este reactivarea fenomenologiei in perspective unei abordari ce face apel narativitatea biografica. Persoana constienta, centrata de "self"-ul sau nuclear si intim se articuleaza cu subiectivitatea altor personae in contextual unei intercomunicari, in care e implicata ca totalitate biografica, in contextul unei lumi umane determinate.
3. Toate acestea sustin sloganul sub care s-a desfasurat ultimul Congres Mondial de Psihiatrie "O psihiatrie centrata pe persoana, pentru persoana".

In lumea actual sanatatea mental isi are si ea locul ei. Dar parca nu cu aceeasi vigoare ca in urma cu 30, 40 de ani. Lumea actuala e mai mobila, cu relatii interpersonale mai putin solide, dominanta fiind legatura prin internet. Sectorializarea e mai dificila, locuinta omului se schimba des, la fel ca si activitatile sale. Solidaritatea interpersonala, care a stat la baza formarii organizatiilor nonguvernamentale a bolnavilor psihici, pare peste tot mai fragile. Desigur, in tari cu vechi traditii, cum ar fi Danemarca sau Olanda, ea se pastreaza. In tari traditii mai noi, cum e Romania, ea este mai greu de mentinut.

Supervizarea starii de sanatate mentale a unei zone geografice continua si in prezent in tari ce au traditie de peste 100 in

epidemiologie psihiatrica, asa cum e Marea Britanie. Ea este dificila in tari care nu au astfel de traditie, ca Romania. La fel, medicul de familie - GP in Marea Britanie - e format de peste un veac sa ingrijeasca generatii succesive ale aceleiasi familii. La noi, traditia interbelica in aceasta directie s-a rupt si e greu de refacut.

Pentru a se dezvolta o psihitrie comunitara e nevoie de motivatie. In anii 70, in Romania, cateva echipe s-au simtit motivate pentru aceasta, in conditiile existentei unei legislatii corespunzatoare. In prezent, legislatia necesita imbunatatiri si e nevoie de o motivare suplimentara dincolo de entuziasm. Casele din Asigurari de Sanatate nu platesc serviciile CSM-urilor, care nici nu sunt clar cuantificate.

Acest factor nu trebuie ignorat atunci cand se vorbeste de psihiatrie comunitara in Romania.

In prezent, in anul 2009, psihiatria internationala e plina de paradoxuri.

Se intrevece o epoca in care sa fie cultivate din nou valorile persoanei umane constiente, ale intimitatii, originalitatii, demnitatii. O epoca in care sa privim persoana umana longitudinal, dealungul biografiei sale si a ciclurilor vietii, de la nastere la senectute, cu eventualele tulburari mentale cu tot. Care pot beneficia de tratamente variate, de comprehensiune, psihoterapie si medicamente, reabilitare si insertie sociala.

Drumul spre implinire sufleteasca, increderea in sine, stima de sine, drumul spre cultivarea valorilor persoanei, e orientarea psihiatriei actuale.

E nevoie desigur de efort si de intelepciune. Si de a avea rabdarea de a-i asculta, cu comprehensiune, pe cei din alte generatii.