

ASISTENȚA PSIHIATRICĂ AMBULATORIE ÎN ROMÂNIA ÎN PERIOADA COMUNISMULUI

M. Lăzărescu

Am răspuns solicitării editorului deoarece, practicând psihiatria în România de la începutul anilor 60 ai secolului trecut, redactarea acestui text este o ocazie de rememorare biografică. Activând majoritatea timpului în sector universitar, am avut ocazia să cunosc psihiatria românească, la toate nivelele ei, (neputându-l egala totuși pe cel mai competent cunoscător al ei în toate detaliile, ieșeanul Cicerone Postelnicu). Deoarece din 1990 am fost și primul președinte al nou înființatei Asociații Psihiatrice Române, am avut posibilitatea să remarc și ulterior, până în zilele noastre, evoluția psihiatriei noastre. În 2006, odată cu intrarea noastră în UE, aceasta a avut pretenția să ne organizăm psihiatria după model comunitar, motiv pentru care s-a înființat la nivelul Ministerului (M.S.) un Institut de Sănătate Mentală. La debutul acestuia, directorul său, Dr.Mugur Ciumăgeanu, m-a invitat să prezint echipei sale o sinteză a evoluției psihiatriei românești. Mi-am împărțit expunerea în două părți: până în 1990 și din 1990 până în 2006. În textul de față, alături de discursul autobiografic al amintirilor mele, voi prezenta o parte din materialele primei părți ce le-am sintetizat și expus atunci (și se află postate pe site-ul meu).

În 1961 când mi-am început cariera psihiatrică la Spitalul Republican de Neuropsihiatrie infantilă de la Păclișa (unul din cele trei de acest fel ce se înființaseră pe atunci în România, unde am lucrat alături de V.Ilea, Șt. Și Alexandrina Kecskemeti). Atunci am făcut cunoștință și cu echipa din cadrul Ministerului Sănătății ce se ocupa de psihiatrie. Cunoștințele la nivelul central al M.S. mi s-au lărgit ulterior, în perioada 1963-1965, când am lucrat la Sanatoriul Național de Nevroze de la Săvârșin. Între persoanele de la M.S., un rol eminent

l-a jucat Cof.Dr.G. Meiu. Ulterior, din 1965, la Clinica Psihiatrică din Timișoara, alături de Prof.Dr.E.Pamfil, am întreprins diverse vizite metodologice și am participat la manifestări științifice în toată țara. În această perioadă în M.S. de psihiatrie a răspuns (până în 1981 când și-a dat demisia) dr.V.Mironțov-Țuculescu. Aceasta e perioada în care s-au petrecut evenimente importante în asistența psihiatrică ambulatorie din România, pe care am să le comentez în continuare.

În 1965 am luat contact cu serviciile psihiatrice de ambulator, care funcționau pe atunci în cadrul Policlinicilor de specialitate teritoriale. În Timișoara consultau, în cadrul acestora, doi psihiatri de policlinică. La Policlinica 1 era Dr.Nuță V., care era și director de policlinică (fapt a cărui importanță am s-o relev mai târziu). La altă policlinică, consulta Dr.Pitzinger, neuropsihiatru format la Viena. Am constatat atunci, în 1965, că toți bolnavii psihici cu evoluție îndelungată (în principiu psihotici dar și epileptici) erau dispensarizați, având fiecare un caiet special în care se treceau, pe lângă date demografice și general medicale, toate consultațiile (cu menționarea simptomatologiei, tratamentului, problemelor sociale); precum și data următoarei consultații. Se notau de asemenea recăderile și reinternările. Acest sistem al dispensarizării fusese introdus cu câțiva ani în urmă, pacienții fiind îndrumați spre policlinică la externarea din spital. Dispensarizarea era distinctă de consultațiile curente. Când mai târziu au apărut Laboratoarele de Sănătate Mentală (L.S.M.) în 1975, acest management de caz a continuat pe fișe individuale, preluând informațiile din vechile caiete. S-a ajuns astfel, pentru majoritatea pacienților cu evoluție îndelungată, la adevărate patobiografii, ce se întindeau pe zeci de ani. Nu știu dacă sistemul dispensarizării a funcționat de la început în toate cabinetele de psihiatrie din policlinicile teritoriale din țară. Oricum, astfel s-a fixat pe atunci, pentru psihiatrii români, atitudinea de a nu se interesa doar de episodul psihopatologic actual, ci de destinul și drumul de viață al pacientului.

Cabinetele de psihiatrie din Policlinicile teritoriale s-au menținut din acei ani (1960) și până în prezent în România, probabil în consonanță cu un sistem internațional. Pe la sfârșitul anilor 70 s-a introdus în organizarea sanitară din România principiul continuității îngrijirilor dintre staționar și ambulator. Medicii din staționar puteau (și uneori, trebuiau) să desfășoare o parte din activitate în ambulator; și invers. (De fapt, foarte rar medicii din ambulator, din specialități

nechirurgicale, au insistat să poată lucra în staționar). Acest sistem de integrare staționar – ambulator a continuat să funcționeze și după 1990. De asemenea, de la un moment dat s-au înființat și Policlinici cu plată, la care medicii ce lucrau în staționar puteau consulta. Serviciile medicale speciale, cum erau cele din armată și transporturi, au avut (și au) spitalele lor proprii, Policlinicile lor și serviciile de psihiatrie corespunzătoare. În Timișoara am avut și avem psihiatrie activă în ambele aceste zone. Principiul teritorializării funcționa și în acest domeniu. Înainte de a aborda principalul aspect specific al asistenței psihiatrice ambulatorii din România până în 1990 – care sunt L.S.M.-urile – mă voi opri puțin asupra rolului policlinicilor.

Policlinicile au fost organizate în România pe lângă spitalele generale, după un principiu teritorial. Aceasta însemna că în atribuțiile lor intra și supervizarea activității medicilor generalişti (actualii medici de familie – G.P. în denumirea internațională). În conformitate cu principiul centralismului care funcționa în toate sectoarele vieții, a acelui tip de organizare socială ce a existat în România înainte de 1990, se făceau periodic, lunar, ședințe de analiză a activității. Astfel, toți medicii G.P. veneau și ei o dată pe lună la ședința de analiză a activității. Menționez acest lucru deoarece, prin anii 70, 80, când principiile psihiatriei comunitare s-au răspândit la noi odată cu înființarea L.S.M.-urilor, aceste ședințe erau o ocazie de a urmări existența pacienților psihici cu probleme în comunitate.

Între sarcinile oficiale ale psihiatrilor ce lucrau în L.S.M. era și aceea de a ține legătura cu medicii generalişti (G.P.). Ori, în Timișoara, noi am considerat că ședințele lunare sunt o bună ocazie în acest sens. Desigur, existau legături personale cu unii din aceștia. Precum și posibilitatea unor relații telefonice. Dar, cel puțin într-o anumită perioadă, medicii din L.S.M. Timișoara s-au deplasat la data și locul ședinței lunare de analiză a activității din teritoriu, contactând și discutând cu medicii G.P., mai ales din comunități rurale, cazul unor pacienți ce fuseseră internați pentru psihoză. Pacienții care erau dispensarizați sau care lipseau de la controalele lunare. Această discuție directă era importantă și pentru clarificarea unor cazuri în perspectiva depistării precoce. Nu rareori, la ședințele menționate, au fost prezentate de către medicii din Clinica Psihiatrică, informații sintetice despre principalele sindroame psihopatologice; și despre primele simptome care ar trebui să atragă atenția asupra debutului unei

patologii psihiatrice. În 1985 Direcția de Sănătate Publică Timiș a tipărit un material al subsemnatului cu titlul: „Probleme psihiatrice importante pentru medicul generalist”, și l-a răspândit în rândul acestora. În acest context și în această „atmosferă”, devine clară importanța situației în care directorul policlinicii e un psihiatru. Experiința noastră din Timișoara a fost pozitivă în acest sens, de ex. în perioada în care la Policlinica 2 a fost director Dr.I.Contrea.

E timpul acum să ne apropiem de principalul eveniment din viața ambulatoriilor psihiatrice din România, care au fost actele normative ale M.S. din 1974 privitoare la Laboratorul de Sănătate Mentală. Faptul se cere plasat însă în contextul general al evoluției psihiatriei din România. Privind în ansamblu, sistemul terapeutic psihiatric din România a avut o dezvoltare destul de lentă.

La sfârșitul Primului Război Mondial erau înființate câteva spitale de Psihiatrie ca cele din Sibiu, Iași, București, Cluj, Cernăuți, Chișinău, Bălți, Oradea, Târnăveni. Între cele două războaie nu s-a înființat nici un serviciu nou de psihiatrie, cu excepția finalizării Spitalului din Sighet și a Serviciului de psihiatrie a Spitalului Unificat din Lugoj. Un revirement s-a produs după 1955 când în decurs de 10 ani s-au înființat o mare parte din spitalele actuale de psihiatrie și secțiile lor externe, utilizându-se însă clădiri ce avuseseră inițial altă destinație: cazărmi, conace (castele), cămine etc. În perioada 1965 – 1975 au luat ființă Secțiile de psihiatrie ale spitalelor teritoriale, cu cabinetele lor de psihiatrie. În acest context, în 1974, apare un act normativ al Ministerului Sănătății prin care se pun bazele dezvoltării Laboratoarelor de Sănătate Mentală (L.S.M.), Staționarelor de zi psihiatrice și Ergoterapiei, ca formă medicală terapeutică (sub diverse modalități, inclusiv cu remunerare, în staționare și în ambulator). Odată cu acest act normativ se introduce în România ideea psihiatriei comunitare, la un nivel similar cu ceea ce se petrecea în acea vreme în plan internațional.

După actul normativ din 1974, implementarea sa a avut oscilații. Centrele de psihiatrie ambulatorie care erau concepute în jurul L.S.M., erau gândite ca o instituție distinctă atât de staționarele de psihiatrie cât și de cabinetele de specialitate psihiatrică din ambulator. Ele se voiau o formă de asistență intermediară, centrată pe comunitate, preocupate de depistarea precoce, reabilitare etc. L.S.M.-urile erau preconizate să fie implementate inițial în centrele

universitare și în capitalele de județ, cu funcții multiple. Diverse zone din România au implementat în mod variat aceste instituții, în relația lor cu Policlinica și Spitalul. Concomitent s-a dezvoltat în România ideea de psihiatrie socială și comunitară, fapt ce s-a evidențiat într-o serie de manifestări științifice. În unele locuri din țară au avut loc și inițiative originale. Toate acestea pot fi prezentate după ce sunt trecute în revistă principalele aspecte ale Actului normativ din 1974 care, de fapt, se referă la organizarea și funcționarea tuturor unităților sanitare din România, cele psihiatrice fiind desigur incluse. Reproducerea acestor date este instructivă pentru sesizarea spiritului în care s-a acționat și pentru compararea cu actele normative ulterioare (recte, cel de după 2006 ce a condus la propunerea de înființare a Centrelor de Sănătate Mentală).

Actul normativ se intitulează: **Norme generale de organizare și funcționare a unităților sanitare, Norme tehnice în unele domenii ale asistenței medicale**, Editura Medicală, București. Din el extragem câteva articole:

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.

De remarcat că un singur punct din cele 8 se referă la tratamente directe, la "asigurarea asistenței medicale" (pct.3), restul fiind probleme pe care un cabinet obișnuit de psihiatrie în Policlinică 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. D se au în vedere 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 Staționarele de zi se organizează pentru asistența medicală de specialitate a bolnavilor psihic, 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 staționarilor de zi psihiatrice. 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. Ea este destinată defectivilor motori și bolnavilor psihici, principalul comentariu centrându-se pe aceștia. E prevăzută organizarea pentru bolnavi (psihici) acuti, 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:

1. calmează starea de neliniște a bolnavului;
2. dezvoltă atenția;
3. face să dispară descurajarea și renaște speranța;
4. diminuează complexe de inferioritate;
5. redă încrederea în sine

Privitor la terapia ocupațională se menționează:

1. jocuri terapeutice și jocuri sportive;
2. activități de îndemânare și de creație simple (modelaje de plastilină, decupaje, desen, pictură);
3. împletituri de hârtie, sfoară, trestie;
4. țesut cu acul pe carton sau pânză, țesutul la gherghef;
5. dactilografie recreativă;
6. olărit;
7. traforaj, pirogravură, tâmplărie elementară;
8. confecționarea de jucării, mânuirea păpușilor (teatru de păpuși);
9. confecționarea de diverse obiecte de artizanat;
10. 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 unul avansat pe plan european pentru data sa de apariție. În afara hostelurilor și staționarelor de noapte el prevede toate formele ce și azi sunt în vederea psihiatriei comunitare internațională. Desigur, nu se are în vedere participarea ONG-urilor, inițiativelor particulare și clinicilor private care nu existau în acea vreme.

Așa cum deja s-a menționat, implementarea prevederilor privitoare la funcționarea L.S.M.-urilor a variat mult de la un centru urban la altul. Nu în toate capitalele de județ au luat ființă reale L.S.M.-uri și staționare de zi. Tipurile de activitate au fost diferite. Mai ales în

centrele în care a existat o bună tradiție a Cabinetelor de psihiatrie de policlinică, s-a făcut o distincție între acestea și L.S.M.-uri. Centrele universitare au avut și ele inițiative și rezultate diferite.

În București, după câteva tentative eșuate de a se organiza un L.S.M. pe lângă Spitalul (tradițional de psihiatrie) Gh.Marinescu (acesta era numele pe atunci, ulterior s-a schimbat în Al.Obregia), s-a organizat un amplu L.S.M. la Policlinica Titan, împreună cu Staționar de zi (organizator a fost Dr.C.Gorgos). Istoria și funcționarea acestuia ar merita o prezentare separată. El nu a fost însă articulat cu Spitalul Gh.Marinescu. În Cluj de asemenea L.S.M.-ul s-a dezvoltat într-o zonă a orașului îndepărtată de Clinică și Policlinică, având o frumoasă activitate de management de caz, cultterapie și reabilitare psihosocială; dar neținând aproape nicio legătură cu Clinica și Policlinica. În Iași, Craiova și Tg.Mureș aceste legături s-au realizat, dar nu a fost așa de strânsă ca în Timișoara. Între centrele neuniversitare, o activitate deosebită în direcția L.S.M. s-a realizat la Piatra Neamț (Dr.Cornelia Vulpe) și la Pitești (Dr.Victoria Irimia) cu multiple activități de reabilitare și socioterapie. Centrul de la Pitești a realizat și câteva întruniri științifice de nivel zonal și național pe teme de psihiatrie comunitară.

În continuare voi prezenta mai detaliat activitatea de psihiatrie ambulatorie din Timișoara, pe care o cunosc mai bine. Înainte de aceasta voi menționa situația câtorva centre din țară, așa cum se prezenta ea la începutul anilor 90, menționând data intrării în funcțiune a instituției (orașele sunt puse în ordine alfabetică).

Arad:

- 1977 – LSM: 2 cabinete de psihiatrie, 3 asistente medicale
- 3 sociologi – 3 asistente de teren – 1 psiholog;
- 1979 – Ergoterapie ambulatorie remunerată, 3 ateliere și 3 instructori de ergoterapie;
- 1979 – Staționar de zi;

Baia Mare:

- 1975 – LSM;
- 1977 – Staționar de zi;

Deva:

- 1980 – LSM și Staționar de zi, funcționare cu intermitență; pauză și reluare;

Galați:

- 1976 – LSM – 1 psihiatru, 1 psiholog, 3 asistenți de teren;

Piatra Neamț:

- 1982 – LSM cu 2 psihiatri, 1 psiholog, apoi un sistem întreg cu 5 psihiatri și 4 psihologi;

Pitești:

- 1976 LSM, 1 psihiatru, 1 psiholog, 2 asistenți medicali – 1 sociolog și asistente de ocrotire;

Sibiu:

- 1975 – LSM – 2 psihiatri, 1 psiholog, 1 sociolog, 3 asistenți de teren, 4 asistenți medicali, 1 instructor de ergoterapie;
- 1981 – Staționar de zi integrat cu LSM-ul cu 2 psihiatri, 1 psiholog;

Satu Mare:

- 1978 – LSM, cu 2 cabinete, 3 psihiatri, cabinet de psihologie, psihoterapie, kinetoterapie;

Târgu Mureș:

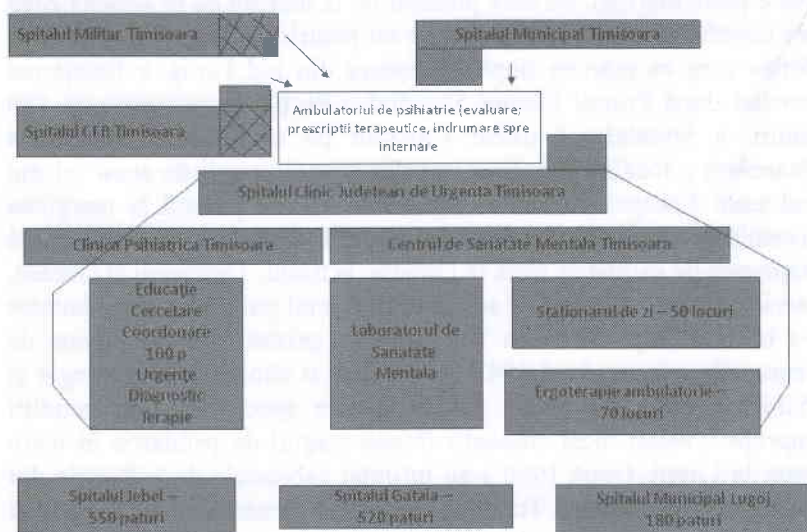
- 1976 – LSM cu 2 psihiatri, 2 psihologi, 3 asistente de teren

În Banat, zonă pe care o cunosc bine, situația asistenței psihiatrice în ansamblu și a celei ambulatorii și semiambulatorii a avut unele particularități. Se cere precizat de la început că în această zonă am beneficiat de o bună acoperire cu paturi. La Lugoj, care este al doilea oraș ca mărime după Timișoara din jud.Timiș, a funcționat imediat după Primul Război Mondial o Secție de psihiatrie cu 180 paturi, a Spitalului Unificat construit pe atunci prin contribuția financiară a localnicilor. Este una din primele secții de acest fel din sud estul Europei. În cadrul Spitalului, ea era plasată la marginea acestuia și despărțită de el printr-un gard. Deoarece nu existau alte staționare de psihiatrie până în Oltenia, la Sibiu, Târnăveni și Oradea, serviciul a fost deosebit de solicitat. Serviciul policlinic de ambulator s-a înființat după 1970. În Timișoara au existat cabinete private de neuropsihiatrie iar după 1947 s-a înființat o clinică de Neurologie și Psihiatrie (câte 40 paturi pentru fiecare specialitate) în condiții improprii; astfel încât studenții făceau stagiul de psihiatrie în mare parte la Lugoj. După 1960 s-au înființat cabinetele de psihiatrie din policlinici, menționate. Tot după 1960, prin prezența Prof.E. Pamfil și strădaniile Prof.Șt.Stossel, s-au realizat în apropierea Timișoarei două

spitale importante, în două foste cazărmi: La Jebel și la Gătaia. Clinica psihiatrică s-a mutat într-o nouă locație în 1974, alături de Policlinica II. Prin eliberarea de spații în cadrul acesteia, s-a înființat în 1975 Laboratorul de Sănătate Mentală și în 1979 Staționarul de zi psihiatrie și Centrul de ergoterapie ambulatorie. Toate aceste ultime trei instituții au ținut de Spitalul județean, la fel ca și Clinica Psihiatrică ce era alăturată. Ele au constituit un „Centru de Psihiatrie ambulatorie” care avea un șef de secție, cu atribuții similare șefilor de Clinică ale Spitalului județean universitar (Dr. Rodica Novac) Aproximarea fizică și faptul că psihiatrii din Jebel și Gătaia s-au format în Clinică și locuiau în Timișoara, a făcut să existe o strânsă corelație între toate aceste sectoare. Corelația a fost susținută de centrul metodologic și teortizată (Dr.Găldău) în ideea unui „sistem terapeutic zonal”. Psihiatria infantilă s-a dezvoltat în paralel (Dr.E.Ionescu, Dr.T.Mircea), aparținând administrativ de Spitalul de pediatrie. Ea și-a dezvoltat de asemenea un LSM și un Staționar de zi.

Sistemul terapeutic psihiatric al Timișoarei, centrat pe Clinica Psihiatrică (de adulți), în care funcționa „Centrul de psihiatrie comunitară”, s-ar putea schematiza astfel:

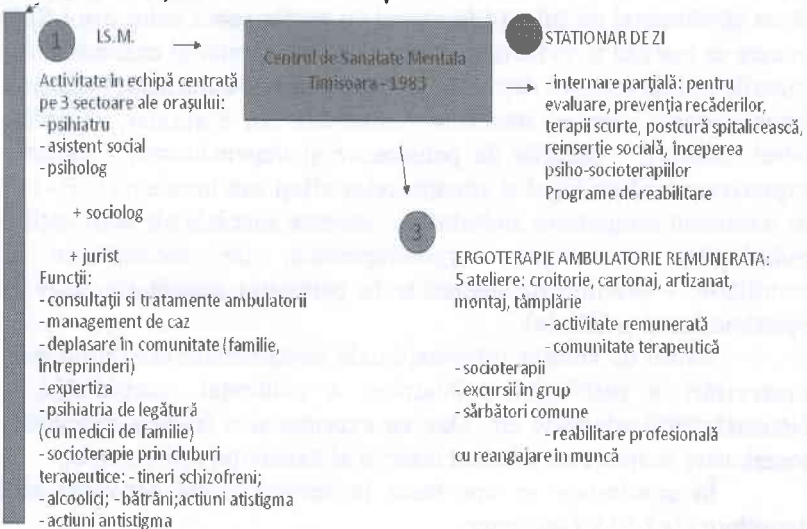
Structura sistemului terapeutic psihiatric de adulți din jud.Timiș în perioada 1980-1985



Structura și funcțiile Centrului de Sănătate Mentală (1980 – 1985)

Spitalul Județean Timișoara

Clinica Psihiatrică Timișoara



LSM-ul din Timișoara funcționa deci împreună cu Staționarul de zi și Ergoterapia remunerată ambulatorie, ca un fel de secție specială a Spitalului județean universitar, având un medic șef de secție. Fiind alăturat fizic Clinicii Psihiatrice legătura era strânsă, realizându-se cu ușurință transferuri din faza terapeutică intensivă din clinică la cea semiambulatorie din Staționarul de zi și apoi în dispensarizare la LSM. Pacientul era cuprins de la început în programe de socioterapie și reabilitare psihosocială, care erau în cea mai mare parte se desfășurau în comun. La acestea (de ex. activități de club, artistice, sportive), participau constant și pacienții de la Ergoterapia ambulatorie. Pacienții erau cuprinși în această formă de socioterapie uneori încă din vremea internării în Clinică. Participarea la astfel de activități continua deseori și în faza de dispensarizare. În sens invers, un pacient dispensarizat sau aflat la Ergoterapie, în măsura în care prezenta simptome de recădere, putea fi inițial internat la Staționarul de zi; iar ulterior, dacă era cazul, era transferat alături în Clinică, sau la Spitalele din Jebel sau Gătaia. La nivelul LSM își puteau urmări în ambulator pacienții nu doar psihiatrii din Clinică ci și medicii din Jebel și Gătaia.

Integrarea într-un sistem a terapiei zonale s-a realizat pe atunci și pe linia evidențelor. La nivelul Clinicii, care era for metodologic, se făcea săptămânal un bilanț (de obicei cu participarea celor din LSM) în care se treceau în evidență: - dinamica internărilor și externărilor; - cazurile noi de psihoză depistate prin internare și externare; - cazurile dispensarizate care au necesitat reinternare (în Staționar, Clinică, Jebel, Gătaia); - cazurile de pensionare și depensionare; - cazurile expertizate medico-legal și situația celor aflați sub incidența C.P.-114 de tratament obligatoriu ambulator; - aspecte speciale ale activităților psihologice, sociologice, ergoterapeutice, de socioterapie și reabilitare; - evenimente deosebite în psihiatria zonală (inclusiv la Spitalele Jebel și Gătaia).

Astfel de sinteze informaționale săptămânale erau utile unei supervizări a patologiei psihiatrice, a evidenței morbidității, a dispensarizării adecvate etc. Dar, ea exprima și o fațetă a sistemului social, care susținea un eficient control al existenței individuale.

În continuare se vor trece în revistă unele activități mai deosebite ale LSM Timișoara.

Dispensarizarea

În Timișoara, LSM s-a format prin reunirea activității psihiatrilor din cele trei policlinici ale Timișoarei. S-a menținut sectorializarea psihiatrică a orașului; iar fiecare psihiatru își desfășura activitatea în echipă cu un psiholog și un asistent social. Se efectuau consultații curente, dar centrul activității era focalizat pe dispensarizare și reabilitarea pacienților cu patologie severă. S-a menționat tradiția preexistentă a dispensarizării. Dar, asistența socială a avut un rol crescut, prin deplasări la domiciliu și eforturi de reinsertie în activitatea socialmente standardizată. Pacienții care nu se prezentau la controlul periodic, erau solicitați telefonic; și, ulterior, asistentele sociale făceau vizite la domiciliu. În reabilitare, un rol important, pe lângă cluburi și socioterapie, l-a jucat ergoterapia ambulatorie. Prin efortul asistenței sociale zeci de psihotici au fost reîncadrați în munca remunerată (în întreprinderi) după 3-4 ani de pensionare și activitate în Compartimentul de Ergoterapie. Atât în domeniul dispensarizării cât și în alte câteva direcții. Un rol important l-a avut sociologul angajat la LSM. El s-a preocupat de studii epidemiologice, de dinamica relațiilor psihosociale în grupuri mici (î familie, grupuri terapeutice)

de relațiile interinstituționale. Alt rol important l-a avut juristul (angajat cu jumătate de normă) care a efectuat consiliere juridică și probleme de „advocacy”. Juristul de la LSM a întreținut o continuă legătură cu sistemul juridic al societății și a adus importante contribuții la reducerea stigmei psihiatrice.

O altă inițiativă locală în psihiatria ambulatorie activă din Timișoara a constituit-o prezența psihiatrilor în întreprinderi.

După 1980 s-a manifestat o inițiativă a psihiatrilor din spitalele Jebel (20 km distanța de Timișoara) și Gătaia (50 km distanță de Timișoara) de a se deplasa în fiecare săptămână într-o anumită întreprindere din Timișoara pentru ca, acolo, împreună cu medicul generalist al instituției să evalueze starea foștilor pacienți psihiatrici internați; precum și cazurile care ridicau probleme psihosomatice sau psihiatrice incipiente. Autoritățile sanitare de la toate nivelele au fost de acord cu această acțiune, care a durat aproximativ 5 ani. La nivelul întreprinderii, cunoscându-se aceste vizite săptămânale, angajații au început să se prezinte spontan la consultații; ceea ce era mai operant decât o consultație la policlinică. Psihiatrii au fost implicați și în acțiuni de consiliere și promovare a sănătății mentale, agreate de conducerea instituțiilor (care s-a dovedit peste tot sensibilă la astfel de inițiative psihiatrice).

Se mai poate mențina în această direcție o inițiativa a psihiatrilor de la secția de psihiatrie a Spitalului din Lugoj (Dr.R.Cătănici) care, într-un an, a inițiat vizite în comunele din jurul orașului, unde erau foști pacienți, pentru a-i reevalua împreună cu medicul de circumscripție. Acțiunea a încetat prin restricțiile ce s-au instituit în legătură cu cota de benzină la care avea dreptul fiecare cetățean.

În sfârșit, menționăm inițiativa din Clinica de Psihiatrie începută în 1985 privitor la creșterea complianței terapeutice prin psihoeducație. S-au inițiat grupe de discuții cu pacienții, pentru ca aceștia să-și cunoască boala și să diferențieze trăirile psihice patologice de cele normale. Grupurile erau formate din psihotici în faza incipientă, ce aveau trăiri halucinator delirante, puși să dialogheze cu pacienții ce ajunseseră în faza de remisiune și se pregăteau pentru externare. Aceștia criticau halucinațiile și ideile anormale și le explicau celorlalți că și ei au avut astfel de trăiri, care sunt de fapt patologice. S-a introdus apoi în grup și o a treia categorie de pacienți,

care erau în remisiune și vizitau clinica doar pentru activități psihosociale recuperatorii. Aceștia interveneau în discuție argumentând necesitatea tratamentului de întreținere, pentru a evita recăderile. Inițiativa din 1985 a durat doar 2 ani. Ea a fost reluată însă după 1990 de alți psihiatri, pentru o anumită durată de timp. Metoda s-a dovedit utilă în creșterea complianței terapeutice.

Terapie ocupațională, socioterapie, reabilitare

Activitățile menționate mai sus au avut în zona psihiatrică Timiș două particularități: - s-au desfășurat în strânsă colaborare între ambulator și staționar; - a beneficiat de participarea unor „colaboratori externi”, voluntari.

Vom menționa pentru început activități de artă și culterapie. În cadrul LSM a funcționat timp de 15 ani un cerc de arte plastice, susținut de o pictoriță voluntară (D-na Maria Goian), avându-si centrul de desfășurare în Staționarul de zi. Participanții învățau să deseneze și să picteze; cei mai avansați își desăvârșeau lucrările și le expuneau (au fost vernisaje a unor expoziții de pictură cu participarea unor artiști plastici cunoscuți); - S-au ținut și prezentări de istorie a picturii și despre unii pictori celebri; se vizitau în grup expoziții. Principalii participanți erau pacienți dispensarizați în cadrul LSM; dar și cazuri internate în Staționarul de zi și Clinică, internare cu ocazia căreia pacienții făceau cunoștință cu acest program ce se desfășura săptămânal. În paralel, atât la Spitalul Jebel cât și la cel de la Gătaia funcționau ateliere de arte plastice, în care lucrau pacienți internați timp mai îndelungat; dar și artiști plastici afirmați, care aveau internări ocazionale.

Cenaclul literar și preocupările creative literare au fost și ele promovate în LSM. Ședințele săptămânale erau patronate de o scriitoare (și critic literar) care se atașase de universul psihiatric. Se citeau poezii și fragmente de proză din autori cunoscuți și lucrări personale ale pacienților. Cenaclul a fost vizitat de mulți scriitori consacrați din Timișoara. Pacienții își declamau poeziile și cu ocazia întâlnirilor festive ce erau organizate de Crăciun și Paști. La unele ședințe ale Cenaclului au participat actori de la Teatrul Național, care au citit și declamat poezii. La altele, se manifestau în paralel mici concerte de ghitară sau cu arii din operă, executate de o pacienta. Reuniunea avea loc în sediul LSM și la Clinică. Timp de 7 ani a funcționat o revistă săptămânala redactată inițial manual și apoi la

xerox, cuprinzând creațiile pacienților. Un cenaclu literar bine organizat s-a desfășurat în paralel la Spitalul Gătaia, timp de 15 ani, patronat de directorul spitalului dr. R.Ricman.

Meloterapia s-a desfășurat în LSM și Clinică, prin audiții muzicale, însoțite uneori de proiecții.

Interesul oamenilor de cultură din Timisoara pentru activitățile culturale din LSM a fost deosebit. La aceasta a contribuit relațiile personale ale medicilor. Precum și situațiile în care aceștia aveau un membru de familie sub îngrijire psihiatrică.

Menționăm și faptul că atât Opera cât și Teatrul de Stat din Timisoara a oferit LSM și Clinicii un număr de bilete gratuite la spectacole, pentru pacienții selecționați de către specialiști.

Un alt sector important al terapiei ocupaționale a constat în activitatea de educație fizică și sport. Atât Clinica cât și LSM a angajat profesori de sport, amenajând o mică sală de sport și un mic teren. Activitățile sportive au devenit foarte atractive, atât pentru pacienții internați cât și pentru cei de la LSM și cei dispensarizați. Se juca mai ales volei, în echipe mixte formate din pacienți și personal, inclusiv asistente și medici. De asemenea se juca tenis de masă, fotbal, badmington și altele. Se desfășura și un program de gimnastică, în grup și individual. Participanții erau aceeași ca și pentru alte activități, dar și cazuri internate în Clinică și Staționarul de zi. Prezența la aceste activități, în care erau integrați și medici și personal administrativ din Clinică și LSM, a favorizat prezentarea la controalele periodice. A existat și o perioadă de 2 ani, în care un grup selecționat de pacienți mergeau la o piscină din oraș.

Activități sportive s-au desfășurat și la Spitalele din Jebel și Gătaia. Un program aparte a constat în competițiile ce s-au desfășurat între echipele celor trei instituții. Aceste competiții aveau loc de două ori pe an într-una din instituții. Iar la sfârșit, conform punctajului, se câștiga o cupă. Participanții erau pacienți internați și dispensarizați; dar și personal administrativ și medical. Concursurile s-au ținut 5 ani.

Tot pornind de la sport, s-au organizat ședințe de dans, săptămânal, după amiaza. La dans participau pacienți internați dar și din ambulator; precum și personal medical, inclusiv medici. Psihologic era o situație deosebită pentru o pacientă psihotică să danseze cu medicul său curant. Dar astfel de acțiuni au contribuit la reducerea stigmatizării.

Un alt tip de acțiune au fost cluburile terapeutice. Ele se țineau după amiaza, în LSM, reunind mai ales tineri schizofreni cu probleme de contact social. Cluburile erau supervizate și animate atât de personalul clinicii cât și din LSM. Se discuta, se asculta muzică, se jucau jocuri de societate, se dansa, se sărbătoreau zilele de naștere ale pacienților, se făceau ieșiri la iarbă verde, etc. Relaționarea socială se ameliora pe această cale. Se făceau noi cunoștințe și se programau activități în comun.

Ergoterapia ce a fost promovată la LSM Timișoara a fost o variantă aparte, permisă de actul normativ din 1974 ; și anume, ergoterapie ambulatorie remunerată. Într-un spațiu apropiat de LSM, care aparținea Spitalului județean s-au amenajat mai multe ateliere care realizau o serie de produse de către pacienți, supervizați de un angajat (al spitalului, dar detașat la LSM). Din venitul realizat prin valorificarea produselor, 70% revenea pacienților. Principalele ateliere care au funcționat au fost de: cartonaj, tâmplărie, artizanat, montaj, croitorie. Pacienții se recrutau dintre cei dispensarizați la LSM. Dar contactul cu ergoterapia se făcea frecvent din perioada internării în Clinică sau Staționarul de zi. Aspectele administrative și financiare erau gestionate de o angajată a Spitalului, afiliată la LSM (proiectul a putut fi realizat datorită strădaniei unor medici de la LSM și înțelegerii conducerii Spitalului). Se realizau contracte între LSM (Spital) și diverse instituții. Astfel, de exemplu, a existat o perioadă de timp un contract cu întreprinderea Electromotor, pentru montarea de subansamble a unor aparate. Croitoria a ajuns să producă pijamale pentru spitale; iar cartonajul, plicuri pentru medicamente (sau, să asamblaze diverse cutii) etc, Pacienții veneau pentru 4-5 ore la activitate. S-a constituit astfel o reușită comunitate terapeutică. Majoritatea participanților era psihotici, pensionari sau fără activitate. Era și o ocazie de a se urmări mai îndeaproape terapia și evoluția.

Comunitatea terapeutică de la ergoterapia ambulatorie avea o sursă de venit de 30% ce se cerea cheltuită pentru ameliorarea vieții pacienților. Din acești bani s-au organizat mese comune de Crăciun și de Paște și excursii anuale. În aceste excursii, ce durau 2-3 zile pacienții veneau însoțiți de familie. A fost o activitate mult apreciată de către pacienți.

În cadrul LSM, asistența socială s-a preocupat de reinserția în activitatea socialmente standardizată a pacienților, ce activau constant

și performant la compartimentul de ergoterapie. În decurs de 5 ani s-a reușit reangajarea a 40 de paceinți, care petrecusera peste doi ani la ergoterapie.

(Ergoterapia remunerată, inițiată la începutul anilor 70, funcționează și în prezent în cadrul CSM Timișoara).

Activitatea de terapie în ambulatorul psihiatric din România, s-a afirmat în anii 70, 80 și prin manifestări științifice și publicații.

Pentru început merită menționată cartea Sănătatea mentală în lumea contemporană a autorilor V.Mironțov Țuculescu, V.Predescu și C.Oancea, apărută la Ed.Medicală în 1973. Cartea reprezintă o buna sinteză a literaturii internaționale privitor la această temă, așa cum era ea abordată în acea perioadă. Cartea are importanță deoarece se articulează cu actul normativ din 1974, pregătind astfel specialiștii să privească problematica bolnavilor psihici în perspectiva sănătății mentale, a psihiatriei comunitare și a reabilitării.

Se cer apoi menționate manifestările științifice în această direcție, dintre care amintim:

1. A III-a Conferință de psihiatrie: "Recuperarea în asistența socială în bolile psihice", București 7-8 Noiembrie 1974;
2. Conferința Națională de psihiatrie: "Probleme de psihiatrie socială", Timișoara, 1976
3. A III-a Conferința de psihiatrie socială, Timișoara, 8-9 sept.1978
4. A IV-a Consfătuire de psihiatrie socială, Timișoara, 25-26.IV.1986

Ultima Conferință din cele menționate mai sus a fost deosebit de bogată în conținut, astfel încât programul său ar merita reținut ca fapt remarcabil al istoriei psihiatriei comunitare și a asistenței psihiatrice ambulatorii în România. Menționăm de asemenea sinteza realizată în referatul susținut cu această ocazie de Prof.M.Lăzărescu.

În concluzie

Asistența psihiatrică ambulatorie din România în perioada 60-90, când sistemul politic din țară nu era unul liberal și democrat, s-a dezvoltat în concordanță cu parametrii pe care medicina de atunci îi promova. Spiritul de ordin ierarhic și control pe care-l promova acel sistem politic, nu a putut bloca o serie de inițiative locale. Cât privește sistemul normativ, acesta a beneficiat de actul din 1974, care era corect

orientat în raport cu doctrinele de psihiatrie socială ale vremii. Sistemul nu s-a străduit însă să implementeze peste tot în țară prevederile acestui act normativ.

Pe măsură ce ne apropiem de 1990, o serie de carențe ale sistemului socio-politic și-au manifestat tot mai tare efectul, fapt ce a dus la o lentă dar progresivă deteriorare și în acele zone ale țării în care asistența psihiatrică ambulatorie se dezvoltase remarcabil. În acest sens se cer menționate: blocarea formării asistentelor sociale și psihologilor, stoparea formării specialiștilor, doctoranzilor și cadrelor didactice universitare. Această măsură nefastă, au făcut ca din 1985, să asistăm la o reducere evidentă a programelor desfășurate și în zona psihiatrică Timiș, cea pe care am prezentat-o mai în detaliu în acest text. În mod evident, în 1989 eram cu mult sub nivelul activităților pe care le desfășuram în 1980. În plus, se adaugă demoralizarea generală a populației, inclusiv a specialiștilor în psihiatrie.

Se mai pot menționa în final câteva aspecte care au lipsit în toată această perioadă. În primul rând, nu au existat ONG-uri, nici ale pacienților nici ale familiilor lor. Pe când în toată Europa occidentală, acestea jucau un rol important. A lipsit de asemenea activitatea unor Fundații și Asociații particulare. Cabinetele și Centrele psihiatrice private nu aveau posibilitatea de a se afirma. Majoritatea inițiativelor ce au avut loc, au necesitat mai mult relații personale și umanismul unor persoane.

Dar, în sfârșit, în 1990 s-a încheiat o epocă în istoria României. Și deci, și a psihiatriei românești.

De atunci, a urmat o altă epocă.