

### **Manifestări inadecvate ale sentimentelor**

Uneori vedem că un pacient manifestă un sentiment neadecvat într-o anumită ocazie. El se poate supăra de exemplu dacă este ziua lui sau începe să râdă dacă aude că i-a murit sora.

### **Slăbirea asociației**

Prin slăbirea asociației ne referim la o manieră confuză de a gândi și a vorbi. Pacientul sare de la un subiect la altul și asociază puternic. O idee poate chema o alta, total diferită, care nu are nimic de a face în conținut cu ideea anterioară. Pacientul poate vorbi de exemplu despre un copac, copacul are rădăcini, rădăcinile pot fi mâncate, apoi despre o prăjitură pe care de asemenea o poți mânca.

### **Ecolalie**

Prin ecolalie înțelegem repetarea forțată a cuvintelor pe care persoana în cauză le aude. Se întâmplă uneori ca un pacient să repete un cuvânt sau o propoziție de atâtea ori până când aude alt cuvânt sau altă propoziție pe care le va repeta iar.

### **Ecopraxia**

În ecopraxie este vorba despre imitarea mișcărilor altora.

### **Neologisme**

Pacientul inventează cuvinte noi care nu au nici o însemnătate pentru alții dar care au o valoare simbolică pentru el.

### **Gândire concretă**

Pacientului (cu schizofrenie) îi este greu să gândească abstract. De aceea el încearcă să aplice termeni abstracți pentru lucruri concrete din jurul său.

### **Asocierea sunetelor**

Pacientul rimează cuvintele după sunet fără nici o legătură logică. Este vorba despre rîmă și nu despre transmiterea unui mesaj.

### **Salată de cuvinte**

Pacientul scuipe cum s-ar spune o mulțime de cuvinte incoerente, fără nici o legătură logică.

### **Delirul**

Pacientul are o convingere, care nu poate fi corectată prin confruntare cu realitatea, cu caracter de siguranță. Delirul se bazează pe concluziile pe care le trage treptat ca urmare a unei trăiri modificate a realității din jurul său. Pentru pacient ideea delirantă este o realitate. Există diferite forme de deliruri; iată câteva exemple: dacă pacientul se simte foarte bogat și puternic și acest lucru nu corespunde cu realitatea vorbim despre delir de grandoare. Dacă are impresia că este urmărit și că ceilalți vor să-i facă rău, vorbim despre delirul de persecuție. Dacă își asumă totul din jur asupra sa, vorbim de delirul de implicare iar dacă pacientul crede că unele persoane sau obiecte îl au în puterea lor, vorbim despre delirul de influență.

### **Halucinații**

Atunci când oamenii se află sub mare presiune emoțională sau tensiune, ei nu mai sunt uneori în stare să facă distincție între ceea ce se întâmplă în jurul lor și ceea ce se întâmplă în propria lor lume a trăirilor. Ei cred că anumite lucruri din lumea trăirilor lor sunt reale. Sunt percepții incorecte ale simțurilor, care poate porni de la fiecare din cele cinci simțuri în parte.

## **Regresiune**

Ideile religioase

Pacientul se adâncește tot mai mult în idei religioase. Se întâmplă uneori ca pacientul să nu pornească de la religiile existente, ci să-și creeze un fel de religie nouă. Se crede că aceste idei se creează ca un fel de mecanism de respingere și că au funcția de a ordona gândirea și activitatea sa haotică.

### **PUNCTELE SPECIFICE DE ATENȚIE ÎN ÎNGRIJIRE**

- Atitudinea pasivă, neutrală, prietenoasă este cel mai puțin amenințătoare.
- Fi alert la semne de halucinare, cum ar fi râsul și vorbitul în sine sau oprirea în mijlocul propoziției. Acest lucru poate indica trăirea halucinațiilor având ca urmare o reacție agresivă. Încearcă să previi acest lucru.
- Nu contrazice ideile delirante și nu discuta despre ele. Prin aceasta delirul nu se spulberă și contactul va deveni mai dificil. Folosește tehnicile terapeutice, cum ar fi: "Mi-e greu să-mi imaginez".
- Preîntâmpină un element de competiție în activități. Si acesta poate mări suspiciunea. Îndrumă spre activități orientate spre o relație.
- Exprimă-ți aprecierea pentru comportamentul pozitiv. Acest lucru mărește sentimentul propriei valori și este un stimulent pentru a-l repeta.
- Dacă pacientul este supărat pe tine, nu te apăra. Manifestarea sentimentelor sale îl pot ajuta să afle propria sa problemă.
- Fixează scopuri care se pot realiza în termen scurt. Prin asta previi frustrarea ca urmare a nereușitei sau a scopurilor prea pretențioase și în același timp îl stimulezi să continue.
- Lasă-ți prejudecățile la o parte, discută-le cu un coleg și reformulează-le. Prejudecățile sunt o barieră între tine și pacient.
- Caută contact regulat, oferă-i atenție pozitivă și arată-i că-l accepți și-l apreciezi. Prin asta mărești sentimentul propriei sale valori.
- Sprijină pacientul în activitățile pentru care se teme sau care-i par dificile. Încrederea îl va ajuta să-și învingă frica.
- Fă ceea ce spui și respectă promisiunile, acesta este un început pentru a câștiga încrederea cuiva.
- Ajută-l la nevoie să se orienteze, spunându-i cât e ora, unde se află și cine ești. Prin asta îl aduci în "realitate".
- Nu-l atinge fără motiv, fii precaut cu asta. Pacienții anxioși și suspicioși, pot simți atingerea ca pe o amenințare.
- Vorbește clar și tare ca să te poată înțelege, nu fi misterios, nu râde fără rost. Pe scurt preîntâmpină suspiciunea.

## 8. SPITALIZAREA CA PROCES

### DEFINIȚIE

Goffman descrie spitalizarea ca pe un proces care are loc acolo unde un mare număr de indivizi sunt izolați de societate, locuință și muncă, unde trăiesc timp îndelungat și limitat și unde regulile sunt impuse de sus. Acest proces face ca locatarii să-și schimbe comportamentul: sindromul de spitalizare. Locatarii își pierd interesul, entuziasmul și inițiativa așa încât sunt total dependenți de institut (cum ar fi spitalul de psihiatrie) și de personal.

### SINDROMUL DE SPITALIZARE

ACEST PROCES NEGATIV SE POATE MANIFESTA PRIN:

- Slăbirea interesului pentru sine și alții.
- Reducerea interesului pentru îmbrăcăminte, propria îngrijire și mediul material
- Pasivitatea dominantă față de activitate.
- Accentuarea comportamentului dependent și a supunerii.
- Lucrurile mici devin peste măsură de importante depășind proporțiile, problemele mari nu mai pot fi înțelese și sunt lăsate la o parte.
- Se iau puține inițiative pentru întreținerea contactelor în casă sau înafara ei.
- Nu mai este interes pentru viitor.
- Se evită luarea hotărârilor.
- Există puțină structură în propria viață.
- Urmarea este aceea că regulile institutului devin foarte importante pentru locatari. Așa de mult încât ele sunt chiar impuse pentru sine și ceilalți locatari.
- Se resping schimbările. Tot ce este nou și necunoscut va fi interpretat ca pe o amenințare.
- Emoțiile cum ar fi plânsul, râsul, afecțiunea, supărarea și bucuria, scad în intensitate.

Dacă spitalizarea durează prea mult atunci locatarul își pierde individualitatea, trăirea identității slăbește și apar simptome de depersonalizare.

### CAUZELE POSIBILE ALE SPITALIZĂRII

#### **Durata internării într-un spital sau casă de îngrijire**

Apariția fenomenului de spitalizare la locatarii unui spital sau sanatoriu depinde de durata internării. O persoană internată timp îndelungat sau definitiv va fi de obicei "spitalizată" în mare măsură.

#### **Gravitatea bolii sau a handicapului**

Este o deosebire dacă ești mobil sau dacă ai stat multe luni sau ani în pat. De obicei este greu să menții contactul cu lumea exterioară sau să influențezi probleme dintr-o poziție culcată (dependentă).

#### **Pierderea posesiunilor**

În majoritatea spitalelor sau sanatoriilor pacientul/locatarul nu are voie de loc sau aproape de loc să aducă lucruri personale. Acest lucru poate face să se piardă o parte a încrederii. Propriile posesiuni au istoria lor, pot evoca amintiri și folosirea lor este uneori legată de ritualuri. Posesiunile arată ce consideră unii a fi important în viața lor.

### **Contactul cu lumea de afară este limitat**

Multe spitale sau sanatorii se află înafara orașului sau a satului. De aceea ele sunt greu accesibile pentru lumea dinafară (familie, prieteni, etc.). De aceea spitalul sau sanatoriul devine o lume în sine. Locatarii și personalul depind de obicei unii de alții.

### **Multe lucruri seamănă între ele**

Toate zilele seamănă între ele. Dormit, mâncat, relaxat, primirea vizitatorilor, toate activitățile au loc într-o singură clădire în aceleași locuri. Totul se repetă. Stai la masă, se pune masa, mănânci și în timp ce stai la masă se și strânge masa. Apoi rămâi la aceeași masă să citești.

### **Libertatea și viața privată a locuitorilor sunt limitate**

Din cauza construcției, a structurii de organizare și a regulilor interne există puțin loc pentru libertate și viață privată.

### **Uniformitate**

În multe spitale și sanatorii există aceleași decoruri pe holuri, sălile comune și dormitoarele sunt la fel. Toate sălile și camerele seamănă între ele. Cei care îngrijesc poartă deseori uniforme și se numesc infirmieri.

### **Se gândește în locul pacienților**

Multe lucruri sunt reglate PENTRU pacienți/ locatari pentru că este mai ușor pentru cei care îngrijesc. Astfel vei avea situația că pacienții/locatarii care se mai pot îngriji (încă) nu mai au voie să o facă într-un spital/sanatoriu. Ei devin dependenți.

### **Pacienții nu mai pot face nimic**

Se poate întâmpla ca pacienții să nu mai fie în stare să întreprindă activități utile din cauza gravității bolii sau a handicapului lor. Un alt motiv este acela că într-un spital sau sanatoriu există puțin spațiu pentru activități.

### **Omul locuiește în comun**

În spital sau în sanatoriu pacientul locuiește împreună cu alți oameni și trebuie să împartă tot felul de lucruri. Din această cauză pacientul/locatarul se simte repede a fi doar un număr. Unicitatea, personalitatea, propria voință și dorințele amenință să se piardă.

### **Comportamentul diferit nu este tolerat**

În situațiile în care există mulți oameni la un loc se respectă repede norma medie. Într-o secție de îngrijire locatarul cu un comportament diferit, cel care își spune părerea de exemplu, riscă să nu fie acceptat. O asemenea persoană strică uniformitatea din secție și norma medie. Se vor lua măsuri împotriva acestor locatari, care vor varia de la transfer la o altă secție până la administrarea calmantelor.

### **Folosirea medicației psihotrope**

Aceste substanțe pot crea modificări în lumea trăirilor psihice, prin influențarea sistemului nervos central. Locatarii pot avea tulburări de echilibru din această cauză. Ei vor reacționa atunci mai puțin alert în anumite situații, se lasă ușor convinși și devin ușor victime.

### **Diferențe în abordare**

În îndrumarea și tratarea pacienților, diferiții specialiști lucrează prea puțin împreună. Deseori se întâmplă să nu se respecte consecvent o singură metodă de abordare. Acest lucru crează neclaritate și astfel se ivesc situații în care pacientul/locatarul trebuie să se îmbrace singur pentru promovarea independenței sale dar nu are voie să-și pună singur mâncare în farfurie.

### **Împărțirea rolurilor**

În spital/sanatoriu rolurile au fost împărțite înainte ca pacientul să fie internat, pe de o parte pacienții/locatarii și pe de altă parte cei care îngrijesc și doctorii. De aceste roluri se leagă obligații, așteptări și drepturi. Cei care îngrijesc și doctorii au de obicei drepturile și posibilitățile de sancțiune iar pacienții/locatarii sunt de obicei subordonați, dependenți și nu au nimic de spus.

### **Pierderea perspectivelor**

Pacienții/locatarii din spital/sanatoriu nu au în general multe așteptări sau de loc, așa încât nu mai pot da formă vieții așa cum au făcut-o întotdeauna și nu mai pot însemna pentru alții ceea ce doresc.

Până acum am dat multă atenție în acest capitol comportamentelor care pot fi observate la pacienți și locatari ca reacție la viața lor în spital sau sanatoriu. Reacția este o urmare a regulilor impuse și a limitărilor care sunt prezente în sistemul de îngrijire din spital/sanatoriu. Prin asta funcționarea ca individ într-o secție de îngrijire devine imposibilă. Un rol important îl are și maniera în care se concretizează relația dintre pacienți/locatari, pe de o parte și personalul îngrijitor, medical, pe de altă parte. Gândirea și activitatea ambelor părți este concretizată printr-o relație ierarhică clară. Doctorii/cei care îngrijesc "știu" ce este bine pentru pacient/locatar și prescriu acțiunile. Pacientul/locatarul așteaptă ca doctorul/locatarul să-i spună ce să facă și se lasă pe seama sa. Noi numim acest lucru a munci prin prisma unui model medical.

## **REAȚIILE CELOR CARE ÎNGRIJESC**

Nu numai pacientul/locatarul are o reacție la sistemul modelului medical, dar și cei care îngrijesc, care muncesc în cadrul acestui sistem. Am mai scris ceva despre modelul medical cu structurile sale ierarhice, cu acțiunile de îngrijire din schemă și cu atenția unilaterală care se pune pe funcționarea medico-somatică a pacientului/locatarului. Din cadrul acestui model se așteaptă de la cei care îngrijesc ca îngrijirea pe care o dau să fie de înaltă calitate și să se potrivească în rutina de îngrijire uniformă din secție. Posibilitățile de a avea propriul stil de lucru sau o abordare personală a pacientului/locatarului sunt limitate. În general se poate spune că toate contactele dintre pacient/locatar și cel care îngrijește sunt legate de subiect, timp și loc. Ele sunt permise doar atunci când sunt funcționale în cadrul sistemului de îngrijire. Munca într-un astfel de sistem este puțin creativă pentru cei care îngrijesc. Pe deasupra cel care îngrijește va trebui să treacă cu vederea, de nevoie, unele aspecte umane și sociale ale propriilor păreri și activități.

În cadrul modelului medical nu este loc pentru adaptarea activităților de îngrijire la nevoile și dorințele pacientului/locatarului. Este deseori imposibil să discuți cu pacientul/locatarul cum poate să funcționeze cât mai mult posibil ca membru demn al societății și ce rol ar putea avea aici membrii familiei și cei care îngrijesc. Mai sunt și alte probleme care nu sunt resimțite în acest model medical.

Fiecare persoană din îngrijire va reacționa într-o formă proprie la această manieră prescrisă și impusă, nepersonală, care nu inspiră. Și propriile posibilități, istorie, educație, experiență și caracter joacă aici un rol important. Unii se simt frustrați și o spun. Alții se refugiază în muncă sau acceptă situația. Unele persoane din îngrijire trec printr-un proces identic de spitalizare ca și pacienții/locatarii.

## CÂTEVA PROCESE:

### **A munci fără comentariu**

O persoană care acordă îngrijire se simte frânată în funcționarea sa în secție cât și față de pacient/locatar și are îndoieli despre ceea ce se petrece în secție. Ea vede posibilități mai multe și mai bune de a îndruma pacientul/locatarul. Acest lucru a fost menționat grupului care îngrijește. Pentru că în modelul medical nu se acceptă ca cei care îngrijesc să gândească critic și să aibă îndoieli despre ceea ce se petrece în secție, persoana riscă să i se spună că exagerează și că este revoluționară. Există o mare șansă ca ceilalți din secție să nu fie solidari cu cel în cauză. Ei vor să mențină obiceiurile existente. Acest lucru va duce în timp la frustrații. Dacă sistemul pare a fi inflexibil, atunci vei fi nevoit în final să-ți adaptezi propriul comportament critic (să muncești fără comentariu) sau să pleci.

### **Fuga**

Dacă unele persoane din îngrijire s-ar analiza profund, ar admite imediat că nu sunt de acord cu modul de muncă în secție și cu maniera de a se comporta cu pacientul/locatarul și unii cu alții. Dar ei nu văd nici o posibilitate de a exercita influență sau să schimbe ceva cu adevărat. Se acceptă de nevoie ideea că nu ai puterea să realizezi schimbări structurale și ca reacție se fuge în sistemul de îngrijire. Cel în cauză muncește și mai mult și încearcă cu limitările și posibilitățile sale să ajute cât poate pe pacient/locatar.

### **Spitalizarea celor care îngrijesc**

Unele persoane în îngrijire nu au critică față de sistem. Unii au această atitudine chiar de la început. Cauzele posibile pot fi acelea că în cadrul societății nu se știe altceva decât că nu ai nimic de spus despre propria ta situație. Se poate întâmpla ca cineva să fi avut și în propria familie relații ierarhice clare sau să fi intrat pentru prima oară în contact cu un spital/sanatoriu. De aceea cel care îngrijește nu este în stare să aibă o atitudine și o evaluare critică. Deseori acest lucru se leagă și de faptul că persoana nu are alternative prin prisma propriilor idei sau experiență. Un grup mare devine orb la cele din jur pentru că este de prea mult timp în sistem: orice motivație de a schimba ceva la sistem, dispăre. Cu o asemenea atitudine nu va fi de mirare că cel care îngrijește să apere în cele din urmă sistemul dintr-o convingere clară că aceasta este singura manieră corectă de a munci într-un spital sau sanatoriu. El a devenit "spitalizat".

### **CAUZELE ACESTUI SORT DE EVOLUȚIE LA CEI CARE ÎNGRIJESC SUNT URMĂTORII FACTORI, PRINTRE ALTELE:**

- Presiunea continuă în muncă și ritmul susținut în care trebuie să se lucreze. Oamenii nu au de loc timp să analizeze mersul lucrurilor.
- Cei care îngrijesc au de a face cu un număr mare de pacienți/locatari. Din această cauză ei riscă să-l piardă din vedere pe individ.
- Cerința dominantă a funcționării organizației este orientată spre eficiență și eficacitate neținându-se cont de funcționarea pacientului/locatarului individual.
- Se dă atenție mare unui mod de muncă uniform și nu se acceptă ca cei care îngrijesc să își dezvolte o manieră proprie de lucru.
- Nu există posibilitatea de participare a celor care îngrijesc.
- Lipsa unei comunicări bune între cadrele medicale medii și între pacienți/locatari și cadrele medicale.

# 1. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU COMPORTAMENT DEPENDENT

## Explicarea noțiunilor

Aici ne putem gândi la folosirea exagerată a alcoolului și la folosirea drogurilor, în care se face o distincție între drogurile puternice și cele slabe. Pe lângă acestea mai există și alte forme de dependență cum ar fi apetitul alimentar patologic, dependența de medicamente sau a avea viciul jocurilor de noroc, care pot deveni o mare problemă. În acest caz este vorba despre o dependență psihică. Persoanele în cauză nu mai pot trăi fără acest lucru. Mediul înconjurător reacționează deseori negativ, dar pentru că pasiunea este mare și persoana este dependentă, el va fi mereu ispitit să dea curs viciului. Urmarea este deseori respingerea socială. În acest fel anturajul nu mai vrea să știe nimic de el. Contactele sunt rupte și persoana dependentă se retrage în sine. Singurii care-l mai pot înțelege sunt cei care-i împărtășesc soarta.

### a. Aspectele unui plan generic în folosul pacienților cu un comportament de dependență.

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
<p>1. -pacientul bagatelizează și sau raționalizează băutul sau folosirea substanțelor psihotrope</p> <p>-pacientul încearcă să transfere vina problemei sale asupra altora</p> <p>-pacientul manipulează</p>	<p>- pacientul înțelege gravitatea situației sale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poartă discuții</li> <li>- ascultă activ</li> <li>- fă distincție între fapte și sentimente</li> <li>- pune întrebări în caz de neînțelegere</li> <li>- confruntă cu contradicțiile la nivel de conținut și la nivel de implicare</li> <li>- confruntă cu comportament patologic (bagatelizare/raționalizare)</li> <li>- lasă-l pe pacient să găsească soluții pentru problemele sale</li> <li>- fă-l responsabil pentru problemele sale; nu te lăsa înșelat și nu promite lucruri pe care nu le poți respecta; pacientul este responsabil pentru problema sa și deci și pentru vindecarea sa</li> <li>- să se discute pacientul în cadru multidisciplinar și să se stabilească înțelegeri clare, unanime</li> <li>- să se aranjeze terapii de sprijin, cum ar fi sport, antrenament de muncă și dezvoltare profesională</li> <li>- să se întocmească o schemă de zi structurată</li> </ul>
<p>2. pacientului îi este sete ca urmare a folosirii alcoolului sau are gura uscată ca urmare a folosirii substanțelor psihotrope</p>	<p>- dacă este posibil pacientul să fie lăsat să rezolve singur problema; dispăre de la sine după un timp</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacienților care stau în pat să li se ofere un pahar curat cu apă</li> <li>- pacienții care pot merge să rezolve singuri problema; să se ofere eventual un pahar curat cu apă</li> </ul>
<p>3. pacientul mănâncă puțin sau de loc și/sau consumă hrană nesănătoasă</p>	<p>- pacientul consumă suficientă hrană consistentă</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observații/întrebări de ce nu mănâncă</li> <li>- să se implice pacientul la alcătuirea hranei "consistente", de exemplu: "Cu ce doriți tartina"</li> <li>- să se ofere mâncare și băutură la ore regulate, special pentru asta</li> <li>- să se reducă sau înlăture factori care frânează cum ar fi neliniștea, frica, durerea etc.</li> <li>- să se împiece la orele de masă, ceai/cafea</li> <li>- uneori situația pacientului este așa de gravă încât acesta este alimentat prin infuzie(parenteral) sau sondă gastrică; și în acest caz să se noteze balanța hidrică.</li> </ul>

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
4. pacientului îi este greață și trebuie să vomite	- pacientului nu-i este greață și nu trebuie să vomite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- să se ia eventual măsuri de protecție a hainelor și a lenjeriei de pat</li> <li>- să se dea pacientului un vas în care să poată vomita</li> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare</li> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru limitarea simptomelor de dezintoxicare</li> <li>- să se dea pacientului ocazia să se spele; la nevoie să fie ajutat</li> <li>- pacientul trebuie să-și schimbe hainele; la nevoie să fie ajutat</li> </ul>
5. pacientul transpiră abundent	- pacientul nu mai transpiră	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare</li> <li>- de comun acord cu o dietistă să se ofere hrană care conține</li> <li>- să se stimuleze igiena, dând atenție spațiilor mălilor, îngrijirii igienice a corpului, schimbării hainelor, etc.</li> <li>- de comun acord cu o dietistă să se ofere hrană care conține</li> <li>- să se dea eventual medicamente care conțin</li> <li>- să se ofere destule lichide, sub formă de ceai, suc de mere, supă</li> <li>- să se noteze balanța hidrică în cazul pierderii serioase de lichid să se ofere lichid prin perfuzie</li> <li>- să se raporteze doctorului modificări patologice legate de emisia de urină sau fecale</li> </ul>
6. pacientul are diaree	- pacientul are un scaun normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare</li> <li>- la nevoie pacientul să fie acompaniat la WC</li> <li>- să se stimuleze igiena, dând atenție spațiilor mălilor, îngrijirii igienice a corpului, schimbării hainelor, etc.</li> <li>- de comun acord cu o dietistă să se ofere hrană care conține</li> <li>- să se dea eventual medicamente care conțin</li> <li>- să se ofere destule lichide, sub formă de ceai, suc de mere, supă</li> <li>- să se noteze balanța hidrică în cazul pierderii serioase de lichid să se ofere lichid prin perfuzie</li> <li>- să se raporteze doctorului modificări patologice legate de emisia de urină sau fecale</li> </ul>
7. pacientul este constipat	- pacientul are un scaun normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- să se observe bine scaunul</li> <li>- să se ofere hrană laxativă, de exemplu pâine neagră cu brânză, legume, țărâțe</li> <li>- să se dea la nevoie laxative</li> <li>- pacientul trebuie stimulat să facă mișcare, de exemplu exerciții fizice</li> <li>- să se raporteze doctorului modificările de scaun și urină</li> </ul>
8. pacientul se simte bolnav	- pacientul nu se simte bolnav	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a limita simptomele de dezintoxicare</li> <li>- să se țină sub observație, din cauza riscurilor ca urmare a simptomelor de dezintoxicare</li> </ul>
9. pacientul are un ritm deranjat de veghe/somn	- pacientul are un ritm "normal" de veghe/somn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare</li> <li>- să se stimuleze activitățile din timpul zilei; într-un program de zi structurat;</li> <li>- respectarea orelor de odihnă/activitate;</li> <li>- întrebă-l ce-l preocupă; la nevoie discută puțin despre asta</li> <li>- lasă-l să scrie sau să deseneze gândurile/emoțiile dinainte de a dormi; lasă-l să facă un duș fierbinte înainte de a se culca</li> <li>- oferă-i un pahar cu lapte cald</li> <li>- înăltură lumina supărătoare sau zgomotul iritant</li> <li>- eventual aplică odata pe săptămână terapia de insomnie</li> </ul>



Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
10. pacientul este trist	- pacientul își poate manifesta tristețea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- arată-i pacientului că ești acolo pentru el mergând des la el</li> <li>- ascultă pasiv și activ</li> <li>- oferă pacientului ocazia să fie singur cu tristețea lui</li> <li>- nu te lăsa atras de tristețea lui; ia distanță suficientă și nu te simți răspunzător pentru problemele sale</li> <li>- (vezi capitolul despre tristețe)</li> </ul>
11. pacientul este agresiv și este un pericol pentru sine și cei din jur	- pacientul nu se rănește pe sine sau pe ceilalți și nu este un pericol pentru cei din jur; pacientul poate exprima în cuvinte de ce este așa de supărat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dacă pacientul este beat și nu se poate vorbi cu el, poate fi util, de comun acord cu cel care-l tratează, să-l separi sau să-i dai calmante; dacă pacientul nu este beat poate fi util să: <ul style="list-style-type: none"> <li>* ieși pacientul separat și să discuți cu el</li> <li>* să accepți sentimentele lui</li> <li>* să ascuți pasiv și activ</li> <li>* prin întrebări sau reflectare lasă pacientul să spună de ce este așa de supărat acum</li> </ul> </li> <li>- (vezi și capitolul despre agresiune)</li> </ul>
12. pacientului îi este frică	- pacientului nu-i mai este frică	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ascultă activ și pasiv</li> <li>- dă-i atenție suplimentară și nu-l lăsa singur</li> <li>- întreabă mereu despre sentimentele sale</li> <li>- dacă frica nu încetează, consultă-l pe cel care tratează și de comun acord dă-i medicamente anxiolitice</li> <li>- (vezi și capitolul despre anxietate)</li> </ul>
13. pacientul se simte singur	- pacientul poate să-și exprime sentimentele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ascultă-l pasiv și activ</li> <li>- ia-ți timp suficient pentru o discuție</li> <li>- folosește cele spuse de el</li> <li>- în caz de neclaritate pune întrebări până afli ce vrea să spună</li> <li>- (vezi și capitolul despre singurătate)</li> </ul>
14. pacientul se simte deprimat	- pacientul poate să vorbească despre sentimentele sale depresive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caută contact regulat</li> <li>- ascultă-l activ și pasiv</li> <li>- lasă-l să vorbească</li> <li>- subliniază eventualele lucruri pozitive</li> <li>- întreprinde activități împreună cu pacientul</li> <li>- (vezi și capitolul despre depresiune)</li> </ul>
15. pacientul manifestă comportament suicidal	- comportamentul pacientului nu este suicidal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- arată-te regulat, stai lângă el și leagă o discuție</li> <li>- ascultă ce spune</li> <li>- vorbește cu el despre ideile de sinucidere, întreabă-l la ce se gândește</li> <li>- continuă întrebările; cum vrei să o faci; unde; cum etc.</li> <li>- dacă nu vrea să vorbească oferă-i un alt moment</li> <li>- discută la nevoie sentimentele tale de neputință</li> <li>- (vezi și capitolul despre sinucidere)</li> </ul>
16. pacientul este psihotic	- pacientul nu este psihotic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caută contact cu pacientul, nu-l evita</li> <li>- discută numai lucruri concrete; -fi sincer în contactul cu el;</li> <li>- nu vorbi prea mult, ai grijă să nu între și mai mult în confuzie</li> <li>- pune-l într-un mediu lipsit de excitanți</li> <li>- (vezi și capitolul despre psihoză)</li> </ul>

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
17. pacientul este epileptic	- pacientul nu are insultă epileptică	- ai grijă să fie îndrumat de un asistent - lasă-l să urmeze un program structurat de zi
18. pacientul are (regulat) o insultă epileptică	- pacientul știe ce s-a întâmplat	- pacientul ia măsuri pentru a preveni epilepsia - pacientul nu s-a rănit - pacientul primește de la doctor medicamente pentru a preveni insultul de epilepsie - să se observe pacientul (înainte și după insultă) - elimină stimulanzii puternici (lumină, zgomot) - ia pacientul într-un mediu liniștit - cere curioșilor să plece - eliberează căile respiratorii (pentru a preveni asfixia, aspirația) - împiedică mușcarea limbii - pune-i capul într-o parte - desfășă-i hainele strânse - împiedică pacientul să se rănească în timpul contracțiilor punând o pernă sau haine între membre și materiale solide - lasă pacientul să doarmă - spune-i ce s-a întâmplat când se trezește - în caz de incontinență ajută-l să se spele și să se schimbe - fă legătura dintre insultă și împrejurările de apariție; - întreabă doctorul eventual dacă trebuie administrate medicamente - ai grijă ca pacientul să se odihnească suficient, să doarmă și să mănânce - evită folosirea substanțelor dăunătoare cum ar fi alcool și substanțe psihotrope - ajută pacientul să-și descarce tensiunile într-o manieră nedăunătoare

**b. Aspectul unui plan de îngrijire pentru pacienții alcoolici**

Problema de îngrijire	Scopurile de îngrijire	Acțiunile de îngrijire
- pacientul bea băuturi alcoolice	- pacientul nu mai bea băuturi alcoolice	- dezintoxicare prin înlăturarea băuturilor alcoolice - să se țină sub observație și în cazul simptomelor puternice de dezintoxicare să se consulte doctorul ( medicamente ca benzodiazepinele pot reduce aceste simptome) - să se spună pacientului că va fi observat suplimentar în legătură cu simptomele de dezintoxicare și dorința de a bea - pacientul încheie un contract în care promite că nu va mai bea

## Explicație

Pacienții care vor să se dezalcoolizeze trebuie să fie motivați pentru ca tratamentul să reușească. Terapiile au efect doar atunci când pacientul arată cu adevărat că vrea să renunțe la alcool. Dacă pacienții sunt cu adevărat motivați ei doresc să facă totul și vor face față cerințelor impuse.

Pentru alcoolici asta înseamnă să nu mai bea alcool.

ALCOOLICII CU DEPENDENȚĂ CRESCUTĂ POT MANIFESTA ÎN ACEST CAZ SIMPTOME DE DEZINTOXICARE, CUM AR FI CELE DE MAI JOS:

1. greață și vărsături;
2. senzație de rău și slăbiciune;
3. hiperactivitate vegetativă, de exemplu:
  - tahicardie;
  - transpirație;
  - tensiune mărită;
4. frică;
5. dispoziție depresivă și irascibilă;
6. hipotensiune ortostatică.

Cel care îngrijește va trebui să-l observe pe pacient cu atenție în aceste simptome de dezintoxicare. În cazul unor simptome de dezintoxicare grave să se anunțe doctorul, pentru că o astfel de situație poate însemna pericol de moarte.

Medicamente, cum ar fi benzodiazepinele, pot limita și preveni simptomele de dezintoxicare. Depinde de tratament dacă acesta se folosește sau nu.

Familia alcoolicilor joacă un rol foarte important și deseori mențin cercul vicios al băuturii. Uneori trebuie ca membrii familiei să fie implicați în tratament. Mai ales copiii sunt victimele. Cel care îngrijește trebuie să observe și membrii familiei.

## **Tabel cu simptomele posibile de dezintoxicare**

### **Tabac**

1. dorință de tabac
2. irascibilitate
3. frică
4. dificultăți de concentrare
5. neliniște
6. ritm cardiac crescut
7. creșterea apetitului alimentar și creștere în greutate

### **Opiacee**

1. dorință de opium
2. greață și vomă
3. dureri musculare
4. lăcrimare și curgerea nasului
5. micșorarea pupilelor, piele de găină, și transpirație
6. diaree
7. căscat
8. febră
9. insomnie

### **Barbiturice**

1. greață și vomă
2. senzație de rău și slăbiciune
3. hiperactivitate autonomă, de exemplu tahicardie, transpirare
4. teamă și irascibilitate
5. hipotensiune ortostatică
6. tremurarea puternică a mâinilor, limbii și pleoapelor
7. insomnie marcată
8. insulte epileptice (Grand mal)

### **Amfetamine**

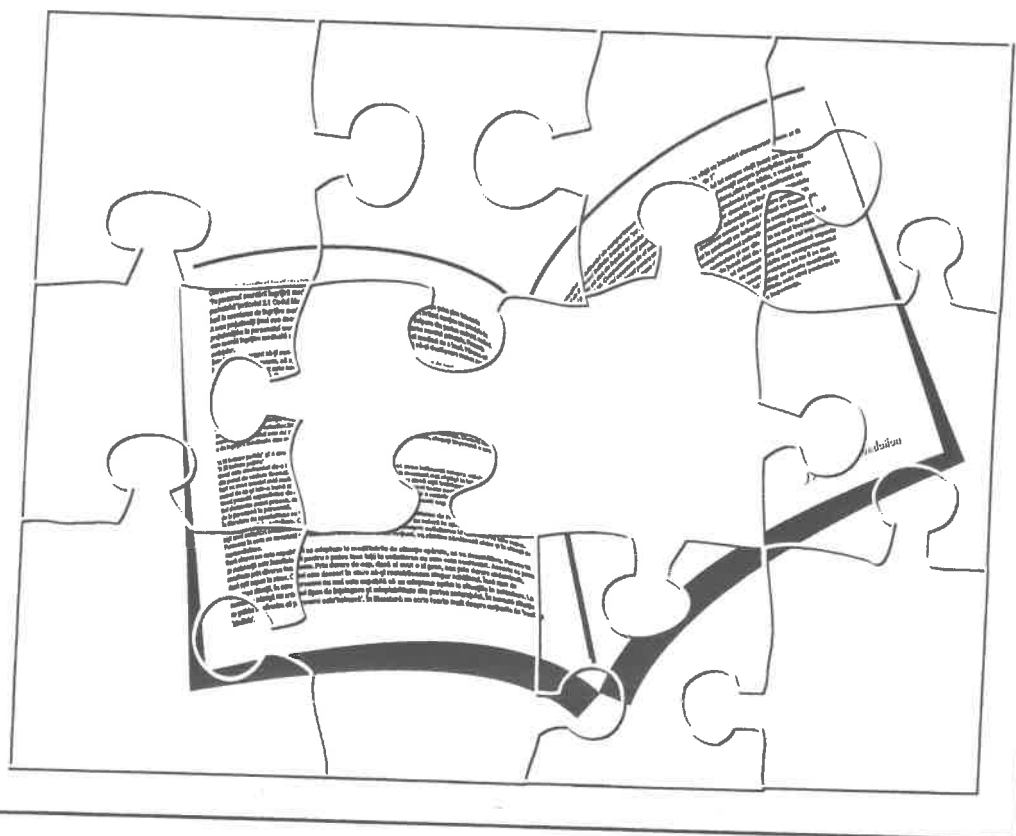
1. oboseală
2. insomnie sau hipersomnie
3. agitare psihomotorică

### **Alcool**

1. greață și vomă
2. senzație de rău și slăbiciune
3. hiperactivitate autonomă, de exemplu tahicardie, transpirare, tensiune mărită
4. frică
5. dispoziție agresivă sau irascibilitate
6. halucinații și iluzii trecătoare
7. durere de cap
8. insomnie

# Partea 7

## Drepturile pacientului





## CUPRINS

Obiectiv general	216
Activități didactice	217
Material de Studiu "Reader"	219
1. Poziția juridică a pacientului psihiatric	221
2. Înregistrarea mijloacelor și a măsurilor terapeutice aplicate	223
3. Drepturile pacienților psihici în Olanda	225

## **OBIECTIV GENERAL**

La sfârșitul acestui modul vei putea înțelege poziția juridică a pacientului psihiatric.

**ÎN ACEST SCOP VEI PUTEA:**

1. să expui propriile tale idei și experiență în legătură cu pacientul psihiatric.
2. să numești unele măsuri de constrângere și să explici aplicarea lor.
3. să numești 5 drepturi ale unui pacient psihiatric.
4. să explici dreptul de autodeterminare al pacientului psihiatric.
5. să indici în ce manieră pot fi înregistrate mijloacele și măsurile terapeutice aplicate.
6. să îți dai părerea despre proiectul de lege din materialul de studiu.



## ACTIVITĂȚI DIDACTICE

**A. Răspunde pentru tine, pentru meditare, la următoarele întrebări:**

Ce crezi că este important când vorbești despre poziția juridică a pacientului psihiatric?  
În ce măsură ai de a face cu îngrijire constrânsă?

Sunt multe cazuri de agresiune în spitalul tău, ce crezi despre asta?

**B. Literatura de studiu**

Studiază următoarele articole din index. Notează eventualele întrebări sau neclarități și expune-le în timpul lecției.

**C. Temă**

Alcătuiește, în două exemplare, un formular de înregistrare a mijloacelor și măsurilor, care s-ar putea folosi în spitalul tău.

Prezintă acest formular în spitalul tău.

**D. Temă**

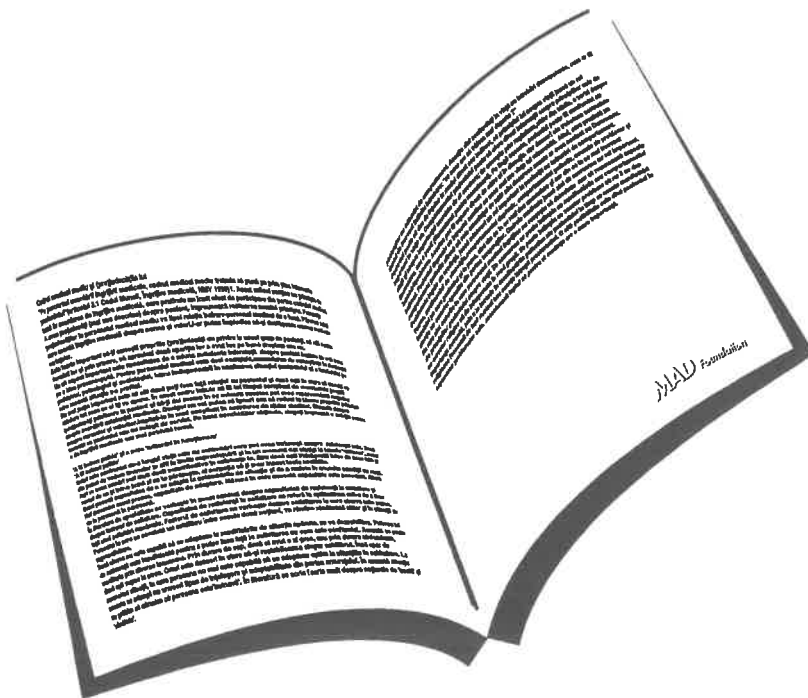
Notează punctele cele mai importante și utile cu privire la poziția juridică a pacientului psihiatric. Te poți folosi de index pentru informații. Scrie apoi ce ai putea face cu acestea în spitalul tău. Discută aceste puncte cu un coleg și prezintă rezultatele în spitalul în care lucrezi.

**E. Test de cunoștințe.**

1. Numește cel puțin 3 măsuri de constrângere și explică cum se aplică.
2. Numește 5 drepturi ale pacientului psihiatric.
3. Descrie dreptul de autodeterminare a pacientului psihiatric
4. Indică în ce mod pot fi înregistrate mijloacele și măsurile.
5. Expune-ți propria viziune despre proiectul de lege din materialul de studiu.



# Material de Studiu "Reader"





# 1. POZIȚIA JURIDICĂ A PACIENTULUI PSIHIATRIC

## Protecție juridică

Pacienții psihiatrici primesc ajutor ambulator sau sunt internați într-un spital psihiatric. Ei sunt internați de bună voie sau forțat.

Se presupune că pacienții care primesc ajutor ambulator sau sunt internați de bună voie nu au nevoie de protecție juridică, ei pot întrerupe oricând tratamentul.

Se presupune că ei își pot apăra interesele. Din practică reiese că nu este întotdeauna așa. Este important că s-a gândit cum pot fi concretizate drepturile pacienților psihiatrici:

Mijloacele de constrângere sunt:

- cămașa de forță
- pînza de fixare
- cureaua suedeză
- medicația de constrângere
- izolarea
- limitarea libertății de mișcare

Aceste mijloace și măsuri sunt pentru a ține totul sub control în situații de urgență. Se cere doar o aplicare precaută.

Nu este cazul să le folosim în situații cum ar fi lipsa de personal, cînd liniștea în secție se poate menține doar prin constrângere.

În Olanda și în alte țări din Europa de vest este obligatorie înregistrarea măsurilor de constrângere aplicate. Bineînțeles că nu se poate controla constrângerea prin amenințările rostite de personal.

## Drepturile pacientului

- pacientul are dreptul să vadă planul de tratament
- dreptul de informații despre tratament
- dreptul de a avea un loc privat
- dreptul să se mențină secret ceea ce pacientul spune în confidență celui care îl tratează.
- dreptul de a-și consulta dosarul

Toate acestea sunt drepturi obținute în țările din Europa de vest după multă luptă. Mișcarea pacienților psihiatrici organizați în grupuri a avut un rol important în obținerea acestor drepturi. Un alt element important în lupta pentru drepturi și modificarea regulilor stabilite au avut-o organizațiile care au lucrat dinafara clinicii la formarea unei imagini despre pacientul psihiatric. Fundația Pandora din Olanda a ținut multe ședințe informative în școli.

La cererea acestei fundații s-au făcut cîteva filme care au avut o mare contribuție la destigmatizarea pacientului psihiatric. O condiție importantă pentru protejarea drepturilor pacienților psihiatrici este angajarea persoanelor de încredere care să nu fie de preferință în serviciul spitalului.

## Autodeterminarea pentru pacient

Nu putem închide oamenii împotriva voinței lor decât în cazul unei infracțiuni (conform hotărârii judecătorești), sau o internare forțată. Odată închiși ei au o libertate de mișcare foarte limitată. Ei nu au voie să plece și trebuie să respecte regulile interne. În cazul în care pacientul manifestă un comportament problematic și se poate limita libertatea de mișcare, autodeterminarea lui fiind practic anulată.

Deseori pacienții se adaptează la viața instituției, cu atât mai repede cu cât sunt mai de mult timp aici, astfel încât nu mai îndrăznesc să părăsească instituția. Pacienții se simt deseori mai în siguranță în spital decât înafara lui. Va depinde de membrii personalului cât de mult urmăresc în abordarea lor să stimuleze pacientul să-și controleze din nou viața.

Uneori cineva este atât de deprimat încât nu mai vrea să accepte ajutor. Familia face tot ce poate pentru a-l interna, dar dacă ajutorul va fi oferit prin prisma dreptului de autodeterminare al pacientului și pacientul nu este motivat să se lase ajutat, atunci familia are o problemă. Ai putea spune că psihiatria începe acolo unde mediul înconjurător abandonează.

Legat de acest aspect, în Olanda apar probleme serioase în departamentul sănătății, despre care se discută înfocat în cadrul Grijei Sănătății Spirituale.

Măsura în care se concretizează drepturile pacientului depinde în mare parte de imaginea socială care există despre pacientul psihiatric. Nici oamenii care prin profesiunea lor intră regulat în contact cu psihiatria nu au o părere unanimă în legătură cu ceea ce înseamnă a fi deranjat psihic.

## 2. ÎNREGISTRAREA MIJLOACELOR ȘI A MĂSURILOR TERAPEUTICE APLICATE

Instituția

Numele și inițialele

Data nașterii

Secția de îngrijire

Ședere temporară

Sexul

Data internării

Statutul juridic

Prezentarea situației

**Mijloacele și măsurile aplicate**

- a. izolare sub îndrumare
- b. izolare
- c. separare sub îndrumare
- d. separare
- e. fixare
- f. medicamente
- g. mijloace de hrănire

**Informații suplimentare**

**Informații oferite altora**

**Leziuni pacient**

**Leziuni la alt pacient(i)**

În cadrul tratamentului.....da/nu

Din cauza unei situații urgente.....da/nu

Cu aprobarea pacientului.....da/nu

Cu aprobare legală reprezentant  
nu a fost întrebat/nu se aplică

Numele și parafele

asistent medical

medic/psihiatru medic șef/director





### 3. DREPTURILE PACIENȚILOR PSIHICI ÎN OLANDA

#### Începuturi

În anii '70 a devenit evident faptul că poziția legală a pacienților psihici nu era satisfăcătoare. Ex-pacienții psihici au făcut publice umilințele și abuzurile la care au fost supuși în instituțiile în care au fost îngrijiți. Grupurile de acțiune au muncit mult pentru a îmbunătăți poziția pacienților psihici în societate.

Guvernul nu a rămas impasibil confruntându-se cu atâtea critici.

De la începutul anilor '80, rapoartele oficiale au făcut referiri, fără zărvă prea mare, în legătură cu necesitatea reducerii diferențelor de responsabilități între pacient și terapeut. Vechea lege a Sănătății din 1884 a fost înlocuită de una nouă în ianuarie 1994. Ea stipulează poziția legală a pacienților psihici (cu internări curente în spitale cu profil psihiatric). Un proiect de lege al drepturilor generale ale pacienților (Act asupra tratamentului medical), se află în prezent în discuția parlamentului și va avea un rol important în tratarea pacienților 'voluntari'.

Anticipativ acestor documente oficiale, un număr important de drepturi ale pacienților psihici au fost recunoscute și adoptate în spitale în 1980.

În octombrie al aceluiași an guvernul a aprobat introducerea 'avocatului pacientului'. Există o tendință în cazurile legale care susține o interpretare mai largă a poziției legale a pacientului psihic. Începând cu 1981 o serie de hotărâri ale Curții Supreme, au determinat criterii și regulamente mai stricte ale internărilor involuntare și ale procedurii care le însoțește. Internările determinate de lege recunosc de asemenea dreptul pacienților de a refuza tratamentului.

De la avocatul poporului la avocatul pacientului

Curînd după ce dezbaterile poziției legale a pacienților psihici a devenit o problemă publică, un număr de spitale de psihiatrie a luat inițiativa legăturilor cu avocatul poporului pentru a ajuta pacienții psihici să beneficieze de drepturile lor.

Au existat diferențe notabile între diferiți avocați ai poporului cu privire atât la metodele lor cît și la poziția lor vis-à-vis de spital.

După un timp, s-a ridicat problema dacă va exista o notă comună pentru toți avocații poporului în ceea ce privește situația pacienților psihici.

Această notă comună a fost stabilită de un comitet aflat sub auspiciile Consiliului Național al spitalelor, în care spitalele de psihiatrie, Inspectoratul Național al pacienților psihici a fost reprezentat. Comitetul, care a dat avocatului poporului un nou nume - avocatul pacienților psihici, a prezentat raportul său în ianuarie 1980.

S-a propus ca fiecare spital să aibă un avocat independent al pacienților psihici.

Guvernul a adoptat propunerile comitetului, luînd hotărîrea și la insistențele Parlamentului, și a permis desfășurarea unui experiment al 'avocatului pacientului'. Experimentul a fost finanțat prin spitale psihiatrice din Olanda, care au adăugat o mică parte din responsabilitățile lor de îngrijire.

Guvernul a decis deasemenea ca experimentul să fie evaluat după un număr de ani. Această evaluare s-a făcut în 1987.

La primirea evaluării acestui raport ministrul adjunct al bunăstării a făcut cunoscut faptul că a hotărît, pe baza rezultatelor pozitive, să încheie perioada experimentală a avocatului pacientului și aceasta să continue în forma stabilită anterior.

## Fundația Națională

O fundație națională cu numele de Fundația Națională a Avocaților Pacienților Psihici are grijă de administrația sarcinilor ce revin avocaților pacienților. Fundația și-a început activitatea în mai 1981. Conform articolelor sale, scopul declarat este de 'a furniza sfaturi și asistență, pacienților/clienților ce se află în tratament în instituții publice de sănătate mintală, în exercitarea drepturilor lor'.

Pentru a atinge acest scop declarat, fundația angajează avocați pacienților și apoi îi arondează instituțiilor psihiatrice, după ce s-a definitivat un contract cu fiecare instituție separat.

Marele avantaj l-a constituit faptul că avocatul, angajat de o fundație națională, este capabil să funcționeze independent de spitalul în care lucrează.

El răspunde doar la anumite întrebări și deci spitalul trebuie să-i rezerve un birou. Comparativ cu ceilalți avocați ai poporului dispersați în toată țara, o astfel de fundație națională oferă și alte avantaje. Avocații pacienților angajează metode unitare și lucrează conform unui standard general recunoscut. Ambele au fost date publicității de către fundație și deci și pacienții și terapeuții știu ce așteaptă de la avocatul pacientului. Mai mult decât atât avocatul pacienților este capabil să facă schimb de informații și experiență la nivel de bază și aceasta poate însemna un ajutor important.

Biroul național al fundației joacă și rolul de suport: dau sfaturi în diverse probleme dificile, instruește în probleme de legislație referitoare la pacienți, supervizează și furnizează date înregistrate în problemele de asistență juridică a pacienților.

Candidaților pentru poziția de avocat al pacienților li se cere să fi avut experiență într-un spital psihiatric, să fie capabili să câștige încrederea pacientului și să posede deprinderile necesare în găsirea soluțiilor unor probleme complexe cu care pacienții se confruntă.

Deasemenea, ei trebuie să aibă o pregătire universitară sau profesională la un nivel superior. Primii avocați ai pacienților au început să lucreze în 1982. În prezent sunt 39 de avocați, fiecare din ei având normă întreagă sau parțială; împreună ei își exercită atribuțiunile în 57 de spitale. Există și 3 avocați "de rezervă"; ei înlocuiesc avocații pacienților care lipsesc pentru o perioadă mai lungă.

Conducerea biroului național al fundației se compune din 11 membri.

## CE FACE AVOCATUL PACIENTULUI ?

Avocatul pacientului sfătuiește și acordă ajutor pacienților în concretizarea drepturilor lor. Îndatoririle avocatului sunt următoarele:

- furnizarea de informații: dacă un pacient are o plîngere sau o întrebare, avocatul ori va discuta problema cu pacientul sau va furniza informații și/sau sfaturi;
- medierea plîngerilor: ca urmare a unei plîngeri sau a unei întrebări a unui pacient, avocatul va contacta un membru din personalul spitalului pentru a găsi o soluție;
- asistența juridică sistemică: avocatul pacientului va stabili scurte întrevederi pentru discuții în interiorul spitalului astfel încât acestea să devină o certitudine începînd cu plîngerile individuale.

Felul în care avocații pacienților furnizează informații și mediază în cazul plîngerilor curente este descris mai jos.

Dar mai întîi să aruncăm o scurtă privire asupra asistenței juridice sistemice. Sistemul de asistență juridică implică avocatul pacientului în stabilirea deficiențelor structurale, care au devenit curente în urma mai multor plîngeri determinate de aceeași problemă,

atrăgînd atenția conducerii spitalului sau secției și cerînd ca motivul acestora să fie schimbat. Avocatul nu face mai mult decît să evidențieze problema; nu este de datoria lui să se implice în găsirea unei soluții pentru situațiile indezirabile. Dacă spitalul nu a reușit să soluționeze problema, avocatul pacientului poate apela la Inspectoratul Regional pentru Sănătate Mintală.

Exemple de probleme structurale care nu sunt cuprinse în aria de competență a avocaților pacienților sunt: felul în care banii pacienților sunt administrați; formalitățile de transferare a grupurilor de pacienți în interiorul spitalului și formalitățile de externare involuntară din spital.

## **FURNIZAREA DE INFORMAȚII ȘI MEDIEREA PLÎNGERILOR**

Avocatul pacientului își dedică cea mai mare parte a timpului său pentru a ajuta pe fiecare din pacienți în soluționarea plîngerilor sau la găsirea unor răspunsuri pertinente la întrebările lor. Activitatea avocatului în acest domeniu este descrisă în continuare.

Oricum, trebuie menționat în primul rînd că avocatul pacientului nu stă doar și așteaptă în birou ca pacienții să vină cu plîngeri. Dimpotrivă, în mod obișnuit el poate fi găsit vizitînd diferite secții pentru a fi cît mai accesibil pacienților.

Avocatul poate fi abordat cu orice plîngere sau întrebare cu privire la relația pacientului cu instituția. El privește cu seriozitate plîngerile pacienților chiar dacă terapeutul este înclinat să le pună în seama bolii.

Avocatul protejează interesele pacienților, așa cum sunt percepute de ei. De aceea dorințele pacienților determină răspunsurile avocatului; pacientul este cel care decide dacă avocatul o să acționeze, cît de dinamică o să fie această acțiune și cînd se va opri. Împreună, pacientul și avocatul decid pe cine să abordeze în privința plîngerii. De obicei formalitățile sunt următoarele.

Prima condiție pentru rezolvarea plîngerii sau cererii este ca aceasta să fie formulată clar. Unii pacienți sunt lipsiți de voință sau nu sunt capabili să-și exprime doleanțele în cuvinte. În aceste cazuri avocatul poate ajuta efectiv.

Este posibil ca pacientul să fie mulțumit după discuția confidențială cu avocatul; faptul că avocatul a ascultat este suficient. Pacientul poate deasemenea să hotărască, la sfatul avocatului, să discute cu terapeutul cu privire la persoana sa.

Dacă pacientul nu poate să ajungă la o soluție împreună cu terapeutul și se întoarce la avocat, acesta va propune ca toți trei să discute problema împreună. Fiind de partea celui mai slab, avocatul va încerca să transforme discuția într-o consultare de la egal la egal.

Foarte rar avocatul va discuta o plîngere numai cu terapeutul. Dacă există vreun motiv pentru a face aceasta, el totdeauna se va consulta mai întîi cu pacientul și îl va informa apoi despre rezultatul final.

Dacă problema nu se poate rezolva la nivelul secției, avocatul poate ajuta pacientul să o discute la nivelul conducerii spitalului. Dacă nici acolo nu se găsește o soluție și pacientul dorește să meargă "mai sus", avocatul îl poate ajuta să-și susțină plîngerea în fața unui consiliu din afară (Inspectoratul Public pentru Sănătate Mintală).

## ETICA AVOCATULUI

Un cod de comportare a fost trasat înainte de începerea activității primilor avocați ai pacienților. Acest cod reprezintă un îndrumar pentru modul de lucru al avocaților. El a fost evaluat în 1983 și apoi a fost publicat.

Codul reprezintă deasemenea elaborarea principiilor de bază ale avocaturii pentru pacienți, așa cum au fost relevate mai sus, furnizînd instrucțiuni detaliate despre felul în care avocatul pacientului trebuie să se comporte în situații diferite vis-a-vis de pacienți, terapeuți, judecători, etc...

Următoarele reguli preluate din acest cod pot constitui exemple despre cele afirmate.

În medierea plîngerilor, avocatul trebuie să ia modul de percepere a pacientului asupra intereselor sale, ca punct de plecare. Opinia personală a avocatului trebuie să rămînă ascunsă cît mai mult posibil. Dacă pacientul dorește, avocatul îi poate da informații asupra șanselor de rezolvare a oricărei acțiuni propuse.

- Avocatul poate fi abordat cu plîngeri de către pacienți internați în spital sau chiar externați de cel mult 3 luni.
- Dacă un membru al familiei pacientului sau altă rudă se adresează în numele pacientului cu o plîngere, avocatul trebuie să verifice dacă pacientul însuși dorește să reclame această situație. În acest caz avocatul trebuie să considere pacientul ca și reclamant. Dacă nu, avocatul trebuie să refuze să ia în considerare plîngerea.
- Avocatul nu trebuie să accepte plîngerea unui pacient împotriva altuia .
- Avocatul trebuie să evite aparenta legatură cu grupul de terapeuți: el nu trebuie să mănînce în cantina personalului dacă există și o cantină a pacienților;
- el nu trebuie să participe la ședințele personalului spitalului, (numai dacă acolo au acces și pacienții);
- avocatul nu trebuie să apeleze la terapeut pentru a-și analiza propriile sentimente (procesul de feedback poate fi pus la dispoziție în spitalele din Utrecht).

## COMPETENȚELE AVOCATULUI PACIENȚILOR

Pînă acum este clar că rolul avocatului nu este de a emite judecăți neîntemeiate la ascultarea părților implicate.

Într-adevăr, poziția avocatului implică un partizanat: dacă există un conflict, avocatul trebuie să fie de partea pacientului. Avocatul nu are autoritatea de a forța obținerea unei soluții într-un conflict. Puterea sa este mult mai restrînsă: tot ce poate el să facă este să susțină punctul de vedere al pacientului aducînd argumente pe baza legii, din legislația specifică, din cazurile legale sau din normele generale ale decenței. Dacă aceste argumente se vor materializa într-o soluție satisfăcătoare pentru pacient, aceasta depinde adesea de nivelul pînă unde și cît de mult este pregătit terapeutul să le ia în serios.

Contactul dintre Fundația Avocatului Pacientului și spital dă avocatului anumite competențe, făcîndu-l capabil să-și îndeplinească sarcinile.

DE LA ÎNCEPUTUL ACESTUI AN COMPETENȚELE AVOCATULUI SUNT STABILITE DE NOTA INTERNĂRIILOR CURENTE ÎN SPITALELE DE PSIHIATRIE, ȘI ANUME:

- avocatul pacientului are dreptul să viziteze orice secție, oricînd și să vorbească cu orice pacient (în timp ce, și invers, fiecare pacient are dreptul să-l contacteze oricînd);
- avocatul are dreptul la toate informațiile necesare pentru a-și desfășura și îndeplini îndatoririle în condiții optime;
- în cazul medierii plîngerilor și după acceptul inițial al pacientului, avocatul are acces la dosarul acestuia.

Contractul aduce deasemenea lămuriri asupra situației în care a apărut un conflict serios între spital și avocatul pacientului. Spitalul nu poate, pur și simplu, să renunțe la avocat de la o zi la alta. Oricum, spitalul poate refuza accesul avocatului după o anumită perioadă de timp. Dacă există motive întemeiate cu privire la felul în care avocatul și-a desfășurat activitatea, cu toate că există întotdeauna posibilitatea ca Fundația să invoce opinia tribunalului asupra unei astfel de decizii.

## COOPERAREA

Este foarte important pentru avocatul pacientului să dezvolte și să mențină contacte bune cu alte grupuri și persoane preocupate de promovarea drepturilor și intereselor pacientului. Acestea ar putea include Consiliul Pacienților din spital și avocații în exercițiu din regiune.

Consiliul Pacienților este un for reprezentativ al acestora, scopul acestuia fiind promovarea intereselor pacienților în interiorul spitalului. Dacă Consiliul Pacienților dorește - și aceasta se întâmplă practic în toate spitalele - avocatul pacientului acționează ca îndrumător. Cu toate că este în interesul său ca acest Consiliu să funcționeze corespunzător, el nu trebuie să devină o forță coercitivă în spatele acestuia.

Este mai bine ca avocatul și Consiliul să-și îndeplinească fiecare propriile îndatoriri: Consiliul reprezintă "vocea" pacienților atâta timp cât interesele lor colective sunt vizate, în timp ce avocatul se ocupă în primul rând cu cererile fiecărui pacient în parte.

Deja de câțiva ani, un așa-numit serviciu legal de internări de urgență aflat sub incidența Legii pentru Sănătate Mintală operează în fiecare district. Serviciul este asigurat de judecători, furnizând ajutor legal liber prin rotație în cazurile de internare involuntară sau prelungirii aplicării ei. În cele mai multe regiuni consultațiile obișnuite au loc între avocatul pacientului și acești judecători.

Există deasemenea și o consultație în fiecare an între avocați și Inspectoratul Regional pentru Sănătate Mintală.

## ASISTENȚA JURIDICĂ PRACTICĂ

Avocatul consemnează anumite aspecte ale numeroaselor plângeri și întrebări cu care s-a confruntat, într-un registru. O analiză a acestor date se publică anual ca parte a raportului Fundației. Următoarele informații sunt extrase din analiza pe anul 1993.

Avocații pacienților au primit în 1993 peste 12.000 de plângeri și probleme.

### ACESTEA ACOPERĂ O ARIE LARGĂ DE SITUAȚII:

- tratamentul, ex.: conținutul terapiei, schimbarea sau reducerea medicației etc. (18,6 %).
- internări involuntare, ex.: întrebarea - cum pot fi oprite (11,4 %).
- comportamentul personalului, ex.: brutalitate sau lipsa atenției (8,7 %).
- restricții de libertate, inclusiv plimbări libere, plecări în week-end, primire de vizitatori etc. (8,2 %).
- spitalizare, ex.: condiții, masă, pierderea lucrurilor personale (7,5 %).
- măsuri coercitive, ex.: izolare, tratare forțată (7,4 %).
- transfer: pacientul ar vrea să fie transferat (5,7 %) sau se opune planurilor de transfer (3,00 %).
- externare: pacientul vrea să părăsească spitalul (3,4 %),
- pacientul protestează împotriva externării (2,4 %).
- probleme financiare, ex.: reguli cu privire la banii de buzunar (2,6 %).

Despre modul în care avocatul pacientului se descurcă cu cererile care i se aduc la cunoștință se mai pot spune unele lucruri. În aproape 1/3 din cazuri avocatul furnizează pacientului informații relevante în rezolvarea problemei, sau sfătuiește pacientul ce poate face pentru căutarea unei soluții. În aproape 7 % din cazuri avocatul îl recomandă pe pacient unei alte surse de informații mai competente în rezolvarea plîngerii sau cererii. În mai mult de 7 % din cazuri avocatul are o discuție confidențială cu pacientul: el ascultă, dar nu acționează mai departe. În 53,3 % din cazuri avocatul acționează ca un mediator: după consultarea cu pacientul, avocatul decide - de obicei împreună cu pacientul - să contacteze un membru al personalului spitalului în încercarea de a găsi o soluție.

**ÎN ASEMENEA CAZURI, DIN MEDIEREA PLÎNGERII DE CĂTRE AVOCAT REZULTĂ:**

- rezolvarea problemei (46,2 %).
- rezolvarea parțială a problemei (21,2 %).
- nici un rezultat (17,5 %).

În celelalte cazuri (6,4 %) avocatul pacientului își oprește acțiunile pentru că pacientul și-a retras plîngerea.

## **PLÎNGERI CU PRIVIRE LA AVOCATUL PACIENTULUI**

Cu toate că avocații pacienților încearcă să-și îndeplinească obligațiile cît mai bine cu putință, au apărut totuși plîngeri în legătură cu felul în care aceștia acționează. În 1988 a fost înființată o comisie independentă pentru rezolvarea acestora. Din comisie fac parte atît persoane familiarizate cu funcționarea spitalelor de psihiatrie, cît și persoane familiarizate cu modalitățile de promovarea a intereselor pacienților psihici. Ea este prezidată de o persoană independentă avînd o pregătire adecvată.

Dacă plîngerea este înregistrată, comisia va examina dacă avocatul pacientului a acționat contrar eticii profesionale.

După o examinare atentă, comitetul va declara plîngerea ca fiind fondată sau nefondată.

**URMĂTOARELE PERSOANE SAU FORURI AU DREPTUL SĂ ÎNREGISTREZE O PLÎNGERE:**

- conducerea și/sau managerul spitalului de psihiatrie;
- consiliul pacienților;
- pacienți sau ex-pacienți;
- Inspectoratul Public pentru Sănătate Mintală;
- alte persoane și/sau foruri care în opinia comisiei sunt suficient de interesate de caz.

## **CONCLUZII**

În prezent, avocați ai pacienților lucrează în 46 de spitale generale de psihiatrie și în 11 spitale speciale de psihiatrie. Aceasta înseamnă că 2 spitale generale și 16 speciale sunt lipsite de avocați ai pacienților. Trebuie notat totuși că începînd cu sfîrșitul anului 1985 Cererile de recunoaștere pentru spitale obligă spitalele generale de psihiatrie să angajeze un avocat al pacienților, în timp ce spitalele speciale erau libere să o facă sau nu. Din 17 ianuarie 1994, spitalele speciale de psihiatrie sunt obligate prin lege să angajeze un avocat.

Ne așteptăm ca în următorii ani aceste spitale să încheie o înțelegere cu fundația noastră.

Pentru asistența juridică a pacienților acest lucru este de o mare importanță mai ales prin faptul că noua lege a sănătății mintale (Nota internărilor formale în spitalele de psihiatrie) din 17 ianuarie 1994 reglementează poziția și competențele avocatului pacientului.

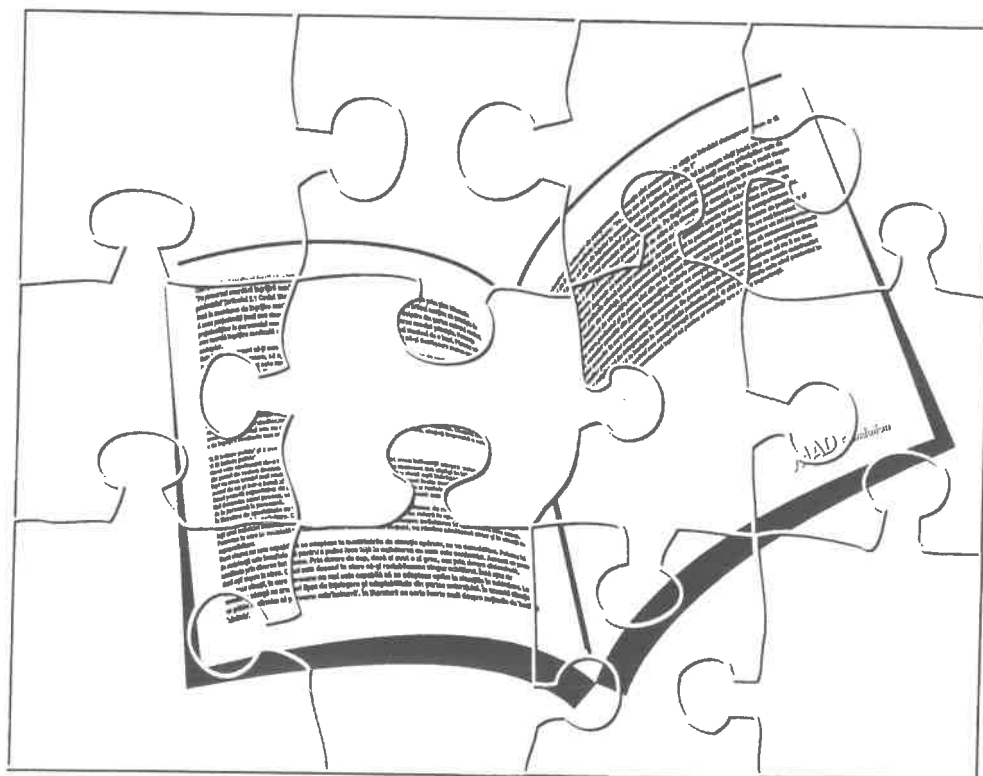
Totuși, asistența juridică a pacienților se rezumă numai la pacienții din spitalele generale și speciale de psihiatrie. În principiu, Ministrul Bunăstării, la cererea noastră, a fost de acord cu majorarea finanțării fundației pentru a ne permite extinderea asistenței juridice pentru pacienții din spitalele de zi și pentru acei pacienți internați în secții de psihiatrie ale spitalelor generale și clinici universitare de psihiatrie. În acest moment Fundația experimentează asistența juridică cu privire la toți pacienții internați sau aflați în evidența a două spitale generale de psihiatrie și a două clinici universitare de psihiatrie.





# Partea 8

## Mediul terapeutic





# CUPRINS

Obiectiv general	236
Activități didactice	237
Material de Studiu "Reader"	239
1. Asistentul medical în climatul terapeutic	241
2. Pacienții și cei care acordă ajutor într-un mediu terapeutic	249
3. Crearea unui mediu terapeutic	261
4. Mediul terapeutic	277
5. Caracterul terapeutic al unui grup	279

## OBIECTIV GENERAL

La sfârșitul acestui modul vei înțelege ce este mediul terapeutic în cadrul unui spital de psihiatrie.

Veți fi în stare:

1. să numești ce se înțelege prin mediul terapeutic în avantajul pacienților în psihiatrie.
2. să numești ce este important din următoarele aspecte în crearea unui mediu terapeutic:
  - determinarea categoriei de pacienți
  - implicarea pacienților
  - folosirea regulilor
  - mediul mort
3. să vezi influența reciprocă dintre mediu și comportarea oamenilor.
4. să descrii noțiunea de mediu terapeutic.
5. să numești ce factori joacă un rol important în crearea unui mediu terapeutic.
6. să numești diferitele medii terapeutice în îngrijirea pacienților în psihiatrie și rolul pe care-l are asistentul medical în forma și conținutul acestuia.
7. să descrii câțiva factori terapeutici ai unui grup.

## ACTIVITĂȚI DIDACTICE

### A. Temă.

Studiază singur activitatea 1 din primul articol de la indice. (Asistentul medical în climatul terapeutic)

### B. Literatură pentru studiu.

Studiază articolul "Asistentul medical în climatul terapeutic" din indice. Notează eventuale întrebări sau neclarități și discută-le în timpul lecției.

### C. Temă.

Treci apoi la activitatea de studiu 2 și 3.

### D. Literatură pentru studiu.

Studiază următoarele articole din indice:

- Pacienții și cei care oferă ajutor într-un mediu terapeutic;
- Crearea unui mediu terapeutic;
- Mediul terapeutic.

Notează eventuale întrebări și neclarități și discută-le în timpul lecției.

### E. Temă.

Studiază tema 1 din indice.

### F. Literatura pentru studiu.

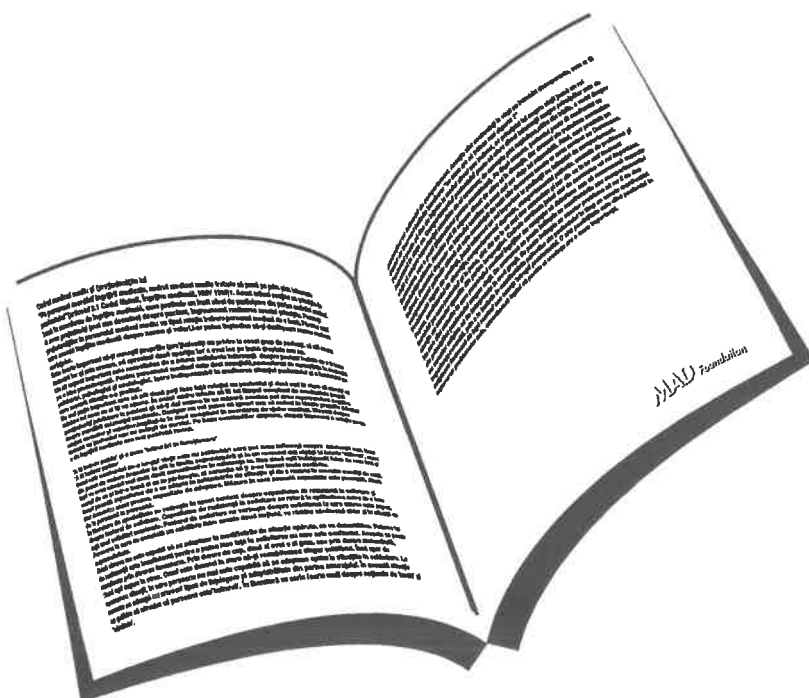
Studiază ultimul articol din indice (Calitatea terapeutică a unui grup). Notează eventualele întrebări, neclarități și discută-le în timpul lecției.

### G. Testarea cunoștințelor.

1. Ce se înțelege prin a lucra într-un mediu terapeutic în avantajul pacienților din psihiatrie?
2. Care este importanța următoarelor aspecte în crearea unui mediu terapeutic?
  - determinarea categoriei pacienților
  - implicarea pacienților
  - folosirea regulilor
  - mediul mort
3. Care este influența reciprocă dintre mediu și comportarea oamenilor?
4. Descrie noțiunea de mediu terapeutic.
5. Care factori joacă un rol în crearea unui mediu terapeutic?
6. Numește diferitele medii terapeutice care se pot distinge în îngrijirea pacienților din psihiatrie și dă formă și conținut rolului îngrijirii medicale în acest cadru.
7. Descrie câțiva factori terapeutici ai unui grup.
8. Descrie cele mai importante experiențe de viață privite prin prisma acestui modul și spune cum ai putea să le folosești în spitalul tău.



# Material de Studiu "Reader"







# 1. ASISTENTUL MEDICAL ÎN CLIMATUL TERAPEUTIC

## 1. Introducere

Un alt element important al sarcinii asistentului medical în îngrijirea pacientului cu o funcționare defectuoasă, este ținerea sistematică sub control a climatului de trai în cadrul secției.

Situația de îngrijire între patru pereți în îngrijirea sănătății spirituale se caracterizează prin faptul că pacienții trăiesc în grup. Climatul, atmosfera într-un astfel de grup trebuie să aibă un caracter terapeutic, ceea ce înseamnă că atmosfera trebuie să contribuie la restabilirea pacientului sau la crearea unei situații bune de trai în cazul unor tulburări permanente. De aceea, îngrijirea trebuie să aibă loc într-un asemenea climat încât pacientul să ajungă la rezolvarea problemelor sale. În acest capitol se vor aborda câteva aspecte cu privire la menținerea metodică a unui climat terapeutic. Se va da atenție pe de o parte la felurile climatelor care se pot distinge și felul grupelor în care pacienții pot să funcționeze. Pe de altă parte se va da atenție rolului asistentului medical în menținerea unui climat de viață terapeutic.

## 2. Recunoașterea situației de început

Orice persoană funcționează în diverse grupe: acasă, la școală, în asociații, etc. Atmosfera care domnește în aceste grupuri se va răsfrânge asupra funcționării fiecărui participant al grupului. Pe baza acestor experiențe vei constata cum un grup poate funcționa optimal.

### Activitatea de studiu 1

- a. Încearcă, pe baza propriei experiențe de grup, să faci o descriere a comportamentului în grup, pe timpul internării, a pacienților cu funcționare defectuoasă.
- b. Când crezi că o atmosferă de grup poate fi terapeutică pentru un pacient?
- c. Care este, după părerea ta, importanța unui climat terapeutic?
- d. Care crezi că este rolul asistentului medical în crearea unui climat terapeutic pentru pacienții cu funcționare defectuoasă?
- e. Fă schimb de păreri cu ceilalți cursiști și folosește ideile în prelucrarea acestui capitol.

## 3. A munci într-un mediu terapeutic în folosul pacienților cu funcționare defectuoasă

Prin spitalizare, înțelegem comportamentul care apare la pacienții cu funcționare defectuoasă ca urmare a șederii într-un spital sau institut de psihiatrie. Se crează o astfel de relație cu institutul încât reînțoarcerea în societate este îngreunată. Comportamentul respectiv nu se formează din cauza tulburării psihice inițiale pentru care pacientul a fost internat.

Următorii factori pot favoriza spitalizarea:

- durata șederii în spital
- pierderea contactelor sociale înafara spitalului
- atmosfera anti-terapeutică din cadrul unei secții
- comportament care favorizează dependența de un asistent medical și alte persoane care îngrijesc
- un tratament orientat insuficient sau de loc spre resocializare

Internarea (uneori de luni sau ani de zile) într-un institut de psihiatrie poate izola pacientul de mediul său social. Contactele sociale se pot pierde. Membrii familiei sau prietenilor le este greu să mențină uneori contactele.

Acest lucru poate îngreuna reîntoarcerea în societate. În cazul unei atmosfere anti-terapeutice în cadrul unei secții ne gândim la situația în care pacientul simte prea puțin stimulent sau perspectivă pentru a continua să lucreze la problemele sale (nu este stimulat, nu se lucrează conform acestui principiu). Chiar și atmosfera pe care o crează pacienții între ei poate juca aici un rol. Pacienții se pot ajuta sau stimula reciproc, dar se pot influența și negativ. Foarte importantă în acest caz este atitudinea asistentului medical și a celorlalte persoane care îngrijesc.

În psihiatria modernă atenția este concentrată spre faptul că internarea în sine într-un centru de psihiatrie poate avea un efect negativ asupra funcționării pacientului.

Tendința în îngrijirea sănătății spirituale se pune pe prevenirea internării, prin intermediul tratamentului înafara spitalului. Și totuși există situații în care internarea este o necesitate. În acest caz este imposibil pentru pacient să continue să funcționeze în propriul său mediu de viață. Jongerius și alții (1989) au scris că s-a constatat că în cazul internării într-un spital de psihiatrie, climatul psiho-social în care ajung pacienții le poate influența puternic atitudinile, comportamentul și simptomele și că deseori mediul în care se desfășoară tratamentul reprezintă factorul crucial în realizarea rezultatului dorit.

Există o părere comună că pe lângă un tratament individual bun și o îngrijire adecvată, o importanță esențială o poate avea și influențarea metodică a climatului în cadrul unei instituții, secții sau grup.

Jongerius (1980) definește mediul terapeutic ca o încercare continuă de a îmbina elementele componente ale mediului, personalul, clădirea și structura de organizare într-o asemenea manieră încât pacientul să poată profita din aceasta și să poată lucra la atingerea unui scop pe care și l-a propus pacientul și/sau i l-a fixat altcineva. În această definiție s-a inclus îngrijirea multi-disciplinară totală și împrejurările în care are loc.

Deci cadrul medical joacă de asemenea un rol în obținerea efectului terapeutic al mediului. Pe lângă îndrumarea pacienților în mod individual, asistentul medical are ca scop crearea unui climat terapeutic în cadrul secției/grupului.

Un climat terapeutic trebuie să contribuie la vindecare, însănătoșire. Pacientul trebuie să se simtă în siguranță, confortabil. El trebuie să descopere soluția în rezolvarea problemelor sale și să acționeze în această direcție. Asistentul medical trebuie de aceea să fie în stare să joace un rol activ în crearea climatului terapeutic.

În acest cadru a fost lansată în îngrijirea psihiatrică noțiunea de "socio-terapie". Mertens (1985) descrie noțiunea de socio-terapie după cum urmează: "menținerea metodică a climatului de trai a unui grup de pacienți, orientat spre scopurile de tratare a acestui grup, ceea ce poate fi considerat ca mijloc de realizare a scopurilor terapeutice ale pacientului individual într-o unitate funcțională intraspitalicească sau ambulatorie". În capitolele care urmează va fi luat în discuție climatul de trai terapeutic. În definițiile de mai sus ale acțiunii terapeutice a mediului și socio-terapie se pot constata asemănări evidente. Esența acestui aspect al îngrijirii este folosirea metodică a climatului de trai în cadrul unei secții pentru a îndruma cât mai optimal posibil pacientul în soluționarea problemelor sale. În practică se folosesc în acest sens noțiuni diferite și acest lucru poate duce uneori la confuzie.

#### **4. Factorii care joacă un rol în crearea unui climat terapeutic**

Vom discuta în continuare factorii importanți care joacă un rol în crearea unui climat terapeutic. S-a remarcat deja că acest climat trebuie să fie armonizat cu pacientul, cu problemele sale (specifice). Acest lucru spune însă puțin despre luarea unei inițiative în această direcție. Ca și în cazul planului individual de îngrijire, în crearea unui climat terapeutic este vorba despre un

proces metodic. Aceasta înseamnă că asistentul medical se îngrijește într-o manieră sistematică și conștientă de crearea unui climat terapeutic.

Următoarele puncte sunt importante în acest proces:

- stabilirea categoriei de pacienți care va fi îngrijită în cadrul grupului;
- stabilirea punctelor de vedere pentru îngrijirea categoriei de pacienți în vederea completării suplimentare a climatului;
- discutarea măsurii în care pacientul va fi implicat în crearea și menținerea climatului;
- stabilirea regulilor care trebuie respectate;
- ce atenție trebuie dată așa numitului "mediu mort".

#### **a. Categoria pacienților și punctele de vedere pentru îngrijire**

În crearea unui climat terapeutic pornim mai întâi de la punctul de vedere că îngrijirea trebuie orientată spre pacient. Aceasta înseamnă că asistentul medical trebuie să cunoască:

- natura problemei (auto-îngrijirii);
- măsura în care pacienții au nevoie de suport în soluționarea problemelor lor.

De aici reiese că asistentul medical trebuie să cunoască:

- măsura în care pacienții sunt din nou în stare să aibă grijă de ei înșiși;
- măsura în care pacienții sunt în stare să se sprijine reciproc.

Informațiile care reies de aici pot fi determinante pentru activitățile de îngrijire care se desfășoară într-un grup.

#### **Exemple**

În cazul în care reiese că pacienții sunt conștienți de problemele lor și sunt în stare să se sprijine reciproc, înseamnă că în secție se poate lucra intens cu grupul, prin planificarea a tot felul de activități de grup. Asistentul medical se preocupă în acest caz de îndrumarea proceselor de grup.

Dacă reiese că pacienții dintr-un grup sunt așa de confuzi sau depresivi încât nu sunt în stare să se îngrijească, atunci îngrijirea va fi mai mult individuală. Contactele cu ceilalți pacienți trebuie chiar evitate pentru a nu se crea tensiuni inutile. În această secție trebuie să existe posibilitatea de a te putea izola. În acest caz asistentul se ocupă de îngrijirea individuală.

Vom discuta în continuare în ce măsură trebuie să se concretizeze această formă de îngrijire, care mediu terapeutic este cel mai indicat și cum se poate concretiza. Aici este vorba despre formularea ideii de îngrijire. În cadrul echipei multi-disciplinare trebuie să existe păreri și hotărâri clare în această privință. În acest proces asistentul joacă un rol important. Acesta trebuie să:

- aibă o viziune clară cu privire la îngrijire
- o poată explica și argumenta în fața celorlalți asistenți.

Este important să existe acord în legătură cu punctele de vedere esențiale. În calitate de asistent medical, luăm în considerație îngrijirea omului ca o totalitate. În ce măsură se acordă aceasta cu părerile celorlalte persoane care oferă îngrijire?

#### **Exemple**

Un psihiatru poate pune accentul pe factorii biologici care cauzează tulburările psihiatrice și de aceea el poate pune accentul în tratament pe terapia medicamentoasă.

Aspectul agogic al îngrijirii pacientului poate fi umbrit prin asta. Se poate ca psihiatrul să dorească să prescrie cât mai puține medicamente. În consecință, pacienții trebuie îndrumați mai intens. În ce măsură se poate realiza acest lucru de către asistenți, ei fiind primii avizați să ofere îndrumare?

Aceste exemple demonstrează că anumite puncte de vedere în îngrijire au urmări pentru

efectuarea îngrijirii. În alegerea formei unui climat terapeutic este important ca punctele de vedere privitoare la îngrijire să fie clare și să se analizeze în ce măsură acestea sunt contradictorii. De aceea discuțiile sincere în cadrul echipei sunt de mare importanță pentru a se ajunge la un punct de vedere comun.

#### **b. Implicarea pacientului**

În crearea unui climat terapeutic pacientul poate fi direct implicat. Acest lucru se leagă de punctele de vedere ale îngrijirii. Aceasta înseamnă că părerea pacientului trebuie să fie ascultată. Cum este obișnuit să trăiască, ce-i place sau nu, ideile sale etc.

În practică pot avea loc discuții despre aceasta, între personalul unei secții și pacienți (întâlniri dintre locatari/personal, sau dintre pacienți și personal).

Scopul acestor discuții este:

- de a crea un dialog între pacienți și cei care oferă îngrijirea;
- schimb reciproc de informații;
- discutarea problemelor și a conflictelor (dintre pacienți și dintre pacienți și membrii personalului).

Claritatea și sinceritatea sunt aspecte importante în climatul terapeutic. Mai ales în situațiile în care pacienții trebuie să fie împreună într-un spațiu mic ( de exemplu o secție închisă), tensiunile se pot ivi ușor. Comportamentul unui pacient poate crea repede iritații.

Măsura în care se poate lucra cu un grup în această manieră diferă de la o situație la alta. Trebuie să se aprecieze în mod corect dacă pacientul este în stare să participe la aceste discuții. Dacă pacientul le privește ca pe o amenințare, atunci ele pot avea un efect contrar și să creeze mai multe tensiuni decât să le prevină.

#### **c. Folosirea regulilor**

În menținerea și promovarea unui climat terapeutic este important să existe claritate în legătură cu regulile existente și ca acestea să fie menținute. Putem împărți regulile în două grupuri și anume:

- reguli legate de ordonarea grupului. Aici ne gândim la regulile care să structureze diferitele activități într-un grup. De exemplu proceduri, programele de activități, programul zilei, împărțirea sarcinilor în gospodărie, cumpărături, etc.;
- reguli legate de valorile (normele) umane. Aici ne gândim la modul în care dorești să te porți față de ceilalți, responsabilitățile față de ceilalți, fiecare are dreptul la o contribuție proprie, nu se acceptă violența corporală, îi lăsăm și pe ceilalți să vorbească etc.

Este ușor de spus că regulile trebuie respectate pentru a se menține o atmosferă bună. În grupele cu pacienți cu funcționare defectuoasă se pot ivi aici conflicte, din cauză că membrii grupului nu (doresc să respecte) respectă normele existente și le încalcă (uneori într-o manieră brutală).

Este important ca asistenții să semnaleze și să intervină în aceste procese. Aceasta înseamnă că un pacient trebuie să fie confruntat clar cu granițele unui anumit comportament. Acest lucru se poate realiza printr-o atitudine autoritară, ceea ce poate duce la situații în care asistenții devin ca niște polițiști în secție. Este important să se afle cauza pentru care o persoană neagă regulile existente.

Duce șederea pacientului într-o secție la vreun rezultat sau el protestează în acest fel împotriva lucrurilor? Se poate întâmpla ca un pacient să nu fie în stare să corespundă suficient normelor și regulilor existente. El are nevoie probabil aici de mai mult sprijin. Este important să existe claritate în legătură cu regulile și normele existente și sinceritatea de a le discuta trebuie să fie prezentă. Dacă acestea au un efect anti-terapeutic, este important să se ajungă la noi conveniente. Acest lucru cere asistentului să privească efectele regulilor mereu cu un ochi critic.

#### d. "Mediul mort"

În crearea unui climat terapeutic este important să se dea atenție așa numitului mediu mort. Prin aceasta înțelegem factorii mediului fizic, cum ar fi împărțirea arhitecturală a secției, aranjarea interiorului, culorile care sunt folosite pentru uși, pereți etc., facilitățile sub forma unui televizor, cărți de telefon etc., sau dacă secția este curată și așa mai departe.

Acești factori pot influența direct situația pacientului.

Un radio care este deschis la maximum toată ziua, îl poate face pe pacient mai confuz decât este. Sau lipsa facilităților de recreere în cadrul unei secții închise poate duce la tensiuni suplimentare (o masă de tenis poate avea o funcție importantă). O secție aranjată sumbru nu va avea un efect pozitiv asupra dispoziției unui pacient depresiv.

Trebuie să aibă loc ulterior aranjarea unui climat terapeutic. Asistentul trebuie să aprecieze mereu în ce măsură factorii "mediului mort" pot influența pozitiv sau negativ climatul terapeutic.

### Activitatea de studiu 2

#### Situație de studiu 1

Secția X a unui spital de psihiatrie. Spitalul este împărțit în două grupuri de tratament.

Grupul 1 este un grup închis unde pot fi internați 23 de pacienți care nu se pot îngriji de loc sau numai parțial.

Ei sunt confuzi, depresivi, cu tendințe suicidale, agresivi, etc. Ei sunt sub îndrumarea unui asistent din secție. Mulți din pacienți au fost internați forțat, pentru o perioadă de timp mai lungă sau mai scurtă, prin hotărâre judecătorească.

Pacienții au în general puține contacte adevărate cu ceilalți pacienți. Dar există în mod regulat tensiuni din cauza comportării confuze sau agresive a unor pacienți. Scopul rămânerii în grup este acela de a rupe situația de criză a pacientului cât de repede posibil pentru ca acesta să devină conștient de posibilitățile pentru tratamentul în continuare.

Elemente importante ale tratamentului sau ale îndrumării sunt:

- tratament orientat spre combaterea simptomelor (medicația);
- îndrumarea intensivă în activitățile de îngrijire proprie;
- a da pacientului siguranță și structură;
- a aduna date despre funcționarea pacientului în vederea tratamentului în continuare.

Grupul 2 este un grup deschis în care are loc tratament de scurtă durată. Grupul constă din 20 de pacienți care au fost inițial internați în grupul 1 sau direct în grupul 2. Multe probleme similare sunt: probleme de relații, probleme de căsătorie, lipsa perspectivei de viitor, probleme la locul de muncă, temeri, simptome psiho-somatice.

Scopul rămânerii în acest grup este de a ajuta pacientul să găsească o soluție pentru problemele sale. Problemele trebuie însă să devină clare și trebuie să se caute cauzele. Acest lucru necesită timp. Perioada de internare a pacientului diferă (între 5 și 12 luni). Pe lângă psihoterapia de grup mai are loc și multă îndrumare individuală. Fiecare pacient are asistentul lui stabil. Acesta face împreună cu pacientul un plan de îngrijire și duce discuții cu pacientul despre internare și efectele acesteia. Aceste contacte sunt dese și intensive (minimal o discuție pe săptămână). Pacienții între ei stabilesc mai mult contact.

#### a. Descrie diferențele în formarea unui climat terapeutic în cele două grupuri cu privire la:

- măsura de implicare a pacientului;
- conținutul regulilor;
- cerințele "mediului mort"
- atitudinea celui care îngrijește.

#### b. Discută cu ceilalți cursiști. Semnalează asemănările și diferențele. Prin ce sunt acestea determinate?

### Activitatea de studiu 3

Această activitate de studiu îți dă posibilitatea de a prelucra un aspect al activității cu un grup pentru a-ți mări în acest fel cunoștințele despre rolul asistentului în climatul terapeutic. Poți alege în acest curs de grup una din posibilitățile date mai jos.

Următoarele puncte de atenție sunt importante în această prelucrare:

- prelucreează în termeni concreți întrebările/problemele/aspectele unui subgrup, menționate mai jos;
- culege informații relevante despre aspectul/problema/întrebarea menționate.  
Gândește-te la: informații relevante din diferitele domenii profesionale, material video etc.
- stabilește ca grup în ce manieră dorești să-i informezi pe ceilalți cursiști din celelalte subgrupe despre prelucrarea voastră. Gândește-te de exemplu la: prezentare video, cuvântare, roluri de teatru.

Întrebările/aspectele/problemele care trebuie prelucrate

**a. Formează un grup din pacienți cronici psihiatrici.**

Punctele de atenție:

- stabilește componența și mărimea grupului;
- organizează activitatea grupului (programul zilei, regulile);
- indică rolul pacienților și a asistenților în grup.

**b. Fă planul pentru o discuție de grup la sfârșitul săptămânii pentru un grup de pacienți într-o secție de internare. Stabilește scopul și maniera de lucru. Prelucreează totul într-un joc cu roluri, și prezintă-l în grup după care urmează discuțiile.**

**c. Vezi în ce manieră se poate concretiza în practică "întâlnirea dintre personal și pacienți" și care este rolul asistentului cu acest prilej. Compune un joc de teatru pentru o astfel de discuție și prezintă-l în fața grupului, după care urmează discuția.**

**d. Fă un plan pentru un joc de teatru, pentru o discuție de grup cu tema: " Ce înseamnă pentru tine să fi internat într-un spital de psihiatrie?". Asistentul conduce discuția în grup. Prelucreează totul într-un joc cu roluri și prezintă-l în grup după care urmează discuția.**

**e. Unele probleme mult întâlnite în grup sunt: neliniște și tensiune generală, bârfă, certuri și refuzul efectuării unei corvoade.**

- Vezi ce factori pot da naștere acestor probleme. Prelucreează apoi în ce manieră se pot rezolva aceste probleme și care este aici rolul specific al asistentului.
- Prelucreează o situație-problemă într-un joc cu roluri și prezintă-l în grup după care va urma discuția.

## 5. Rezumat

În acest capitol s-a dat atenție aspectelor climatului terapeutic. Ai putut vedea măsura în care climatul terapeutic are legătură atât cu aspectele organizatorice (de exemplu reguli) cât și cu aspecte relaționale (comunicație între pacienți și între cadrele medicale și pacienți). Este important și modul în care se abordează "mediul mort".

Punctul de vedere este acela că un climat terapeutic trebuie să aibă efect pentru fiecare pacient individual. De aceea crearea climatului trebuie controlată permanent în legătură cu efectele pe care acesta le exercită asupra funcționării pacientului.

Pentru a lucra într-un climat terapeutic se folosesc diferite noțiuni, cum ar fi socio-terapie sau acțiunea terapeutică a mediului. Esența acestui mod de lucru este acela că asistentul medical trebuie să-l poată menține metodic. Aici sunt foarte necesare cunoștințele despre procesele de grup și înțelegerea lor. Exercițiile ți-au dat posibilitatea de a prelucra aspecte ale activității în mediul terapeutic pentru a înțelege rolul cadrului medical.





## **2. PACIENȚII ȘI CEI CARE ACORDĂ AJUTOR ÎNTR-UN MEDIU TERAPEUTIC**

### **Introducere**

În acest capitol vom analiza în continuare dezvoltarea mediilor terapeutice pentru diferitele grupuri de pacienți într-un spital de psihiatrie. Mai întâi ne vom uita la pacienți și cei care ajută într-un mediu de spital tradițional. Această descriere ne va invita să privim altfel mediul. Vom începe mai întâi cu o clasificare în grupuri mari de pacienți și vom descrie aici scopurile de tratament. Apoi vom da atenție celor care ajută, care sunt uniți în echipe. Vom arăta cum ei pot să creeze în cea mai bună manieră posibilități pentru a-i face pe pacienți să ajungă la soluționarea problemelor lor. În final ne vom opri la problemele, capcanele și obstacolele cu care poți fi confruntat în crearea unui mediu terapeutic în spitalele de psihiatrie. Nu pretindem că deținem înțelepciunea absolută.

Fiecare are părerea sa. Poate ești adeptul unei alte clasificări a pacienților sau ai alte păreri cu privire la mediul pe care-l poți crea pentru a satisface anumite nevoi de tratament. Minuat. Scopul nostru este acela de a vă face să priviți mai conștient pacienții și să învățați să gândiți critic despre modul cum să vă purtați cu ei. Vă oferim aici câteva linii principale care să stimuleze această analiză conștientă.

### **2.1 Pacienții și cei care acordă ajutor într-un mediu tradițional**

Pentru a-ți forma o părere despre valoarea terapeutică a unui mediu de spital, este bine să privești mai întâi mediul tradițional în care pacienții și cei care ajută locuiesc și muncesc sau unde au locuit sau muncit. De aici veți putea să căutați noi posibilități. Dacă ne uităm mai întâi la un spital tradițional de psihiatrie, critica se îndreaptă spre anumite aspecte:

Puncte de critică împotriva spitalului tradițional de psihiatrie:

1. lipsa dreptului de a se exprima sau a drepturilor pacientului;
2. aplicarea totalitară a modelului medical;
3. structura de organizare ierarhică și patriarhală;
4. lipsa dreptului de a se exprima a asistentului medical;
5. caracterul de masă al organizării;
6. uniformitatea formelor tradiționale de tratament;
7. clădirea sub forma unei cazărmi.

Acum vom analiza detaliat diferitele aspecte.

#### **2.1.1 Lipsa dreptului de a se exprima și a celorlalte drepturi ale pacientului**

##### **Internarea pacientului**

După o criză în viața sa, o persoană este internată într-un spital de psihiatrie ca pacient psihic. Situația este prezentată de mediu mai periculoasă decât este în realitate.

Pacientul ajunge într-un sistem în care el formează deseori partea aflată în inferioritate. Situația în care se află acum pacientul este foarte nesigură.

Deseori lipsesc informațiile bune despre pregătirea internării, internarea în sine, tratamentul ulterior. Internarea este prezentată foarte confuz. Pacientului i se spune de exemplu că internarea va fi de scurtă durată, sau că el va merge la o casă de odihnă, și problema este încheiată cu anunțul că va fi bine îngrijit.

##### **Părăsirea mediului cunoscut**

Internarea înseamnă pentru pacient și părăsirea rolurilor cunoscute, cum ar fi cel de tată sau soț, antreprenor sau funcționar, membru al unei asociații, etc. Aceste roluri sunt puțin apreciate

și se bucură de puțină atenție în sistemul în care a ajuns. El este mereu confruntat cu rolul de bolnav. El poate avea astfel multe întrebări despre boala sa: "De ce mă aflui aici?"; "Nu sunt la locul potrivit, sunt prea sănătos pentru asta. Cum merg treburile la servicii și acasă fără mine? etc. Răspunsurile nu spun deseori nimic, cum ar fi de exemplu: "Întreabă-l pe doctor"; "Nu ești aici pentru că -ți transpiră picioarele"; "Nu-ți face griji, ai grijă mai întâi de tine", etc. Mult din comportamentul său sănătos este interpretat drept bolnav. Protestul împotriva regulilor din secție sau a unui anumit mod de tratament este explicat drept agresiune și comportament neliniștit.

### **Pacientul într-o situație de dependență**

Este clar că pacientul se află într-o situație de dependență: el nu poate face nimic, nu vrea nimic și nu are voie să facă nimic. Cei care ajută sunt clar răspunzători pentru binele corporal, spiritual și social al pacientului. Vedem cum se ivește un conflict. Pe de o parte sunt părerea și speranțele pacientului, și pe de altă parte sunt așteptările în rolul atribuit lui de ceilalți. Acestea sunt deseori complet opuse. Pacientul însă este cel dezavantajat. Se crează o situație pe care cei care oferă ajutor o susțin folosind exprimări, ca de exemplu: "Dacă nu faci așa sau dacă nu te porți așa, atunci..." Urmarea este aceea că pacientul devine foarte sensibil la sugestiile celor care ajută. El face ceea ce i se cere.

Identitatea lui este amenințată să se piardă. Drumul cel mai bun spre ieșirea din spital este adaptarea. Nu este nevoie să ia hotărâri proprii.

Pacientul pierde treptat dreptul de a decide

Cel mai bine este să ceri anumite lucruri: Am voie să mă plimb? Pot să mă duc în oraș? Pot să o sun pe soția mea?

E bine dacă mă duc să mă culc? etc. El vede superficial ce se întâmplă în grupul celorlalți pacienți. El nu discută, nu gândește, nu ia hotărâri în tratamentul său. Totul are loc într-un loc și cu persoane greu accesibile pentru el. Dacă pacientul este mutat în alt grup el va deveni punct de discuție al cadrelor medicale. Se ține cont prea puțin de nevoile personale ale pacientului. Multe lucruri au loc ca ritualuri standard, în care nu este loc pentru pacient ca om cu limite.

### **Paternalism, custodie, îngrijire**

Părerii exprimate la adresa lui îl urmăresc mult timp. Paternalism, custodie și îngrijire sunt cele mai importante puncte de atenție în tratament și îngrijire.

#### **2.1.2. Aplicarea totalitară a modelului medical**

##### **Diagnosticul**

Diagnosticul este fundamentul modelului medical: gândirea este redusă la cauză și efect. Tulburarea de comportare se află în pacient, adică separat de mediul social. Vedem cum există o întregă învățătură în care diferitele tulburări de comportament sunt puse frumos pe o listă (depresie, manie, schizofrenie etc.). Pacientul este cel care suferă de o anumită boală, care nu poate fi explicată prin situația sa socială. Pacientului i se lipește o etichetă. El are o afecțiune care are o cauză, o urmare și anumite simptome. Terapia este orientată spre aceasta.

##### **Tratamentul medicamentos**

În spitale vedem în special aplicarea unui tratament medicamentos. Tratamentul constă din administrarea medicației. Dacă sunt de exemplu dificultăți cu un pacient (comportament neliniștit, agresiune, proteste, reacții apatice etc.) atunci medicația oferă o soluție pentru a le combate. În cadrul modelului medical este puțin spațiu pentru alte păreri. Diagnosticul este formulat dintr-un singur punct de vedere (cel medical). Alte puncte de vedere - cum ar fi cele din psihologie, sociologie, pedagogie - pentru stabilirea unui diagnostic se folosesc sporadic. Locul central îl ocupă tratamentul medical de specialitate. Celelalte persoane care ajută trebuie să se adapteze la acesta. Doar atunci când acest tratament eșuează (pacientul este de obicei cronic și spitalizat), pacientul ajunge într-o secție de lungă durată și el nu mai prezintă un interes medical mare. Celelalte cadre, mai ales

cele medicale nu au nici o putere. Îl vedem pe psihiatru apărând doar de câteva ori pe săptămână în secție pentru a se informa despre lucrurile "speciale" legate de pacienți. Criteriile tratamentului medical care sunt de natură fizică sau chimică sunt epuizate iar pentru criteriile psihiatrice de natură socială, culturală sau etnică este prea puțin timp pentru consultări privitoare la alte modalități de tratament. Înafara modelului medical, celelalte modele (de exemplu modelul de interacțiune, cel social, modelul psiho-dinamic etc.) au prea puține șanse serioase.

### **2.1.3. Structura de organizare ierarhică și patriarhală**

#### **Organizarea spitalului de psihiatrie tradițional**

Organizarea spitalului de psihiatrie tradițional este mai ales orientată spre custodie și mai puțin spre tratament.

Într-o astfel de organizație se mențin reguli stricte, care pot fi greu discutabile. O politică autoritară îi obligă pe colaboratori și pe pacienți să aibă o poziție dependentă.

Trebuie să te adaptezi. Se evită pe cât posibil riscurile și greșelile. Acest lucru dă reacții stranii în lumea dinafară.

Accentul se pune mai ales pe ordine și curățenie cu prețul intereselor pacienților și a colaboratorilor.

Într-o asemenea structură ești considerat o nulitate. Pacientul nu poate avea răspundere pentru propriul comportament și mediu de trai.

Spitalul se cuvine să și-o asume.

#### **Structura ierarhică**

Structura spitalului tradițional este puternic ierarhică.

Există comunicație de sus în jos, dar mai puțin de jos în sus.

Activitățile decurg după un model fix. Este prea puțin vorba despre activitate de echipă și de luare a hotărârilor în comun. Discuțiile de secție sunt limitate la maximum. Ideile de jos nu au nici o rezonanță la cei de sus. Răspunsul este:

"Acestea sunt regulile și așa trebuie să se lucreze".

#### **Schimb insuficient și uniform de informații**

Schimbul de informații într-o organizație orientată spre custodie este insuficient și unilateral. Se discută doar comportamentul nedorit al pacienților. Alte informații, de exemplu funcționarea deficientă a unor colaboratori, nu ajunge la cei de sus. În fine vedem că fiecare secție are interesele ei. Nu se știe de obicei ce se face în celelalte secții. Putem să ne închipuim cum se simte pacientul într-un asemenea complex.

### **2.1.4 Lipsa dreptului de exprimare a cadrului medical**

#### **Sarcina de îngrijire**

Cadrul medical îndeplinește un mare număr de sarcini. Aspectul de îngrijire ocupă un loc central în îndeplinirea sarcinilor.

#### *Sarcina de a asista*

El are și o sarcină de a asista, adică execută indicațiile tratamentului prescris de psihiatru. Ne gândim aici la administrarea medicamentelor prescrise, observarea comportamentului diferit al pacienților, modul cum să acționeze în cazul anumitor exteriorizări de comportament a pacientului, executarea anumitor tehnici de îngrijire etc.

#### **Relația dintre pacient și cadrul medical**

Dacă el efectuează toate aceste activități cu multă grijă, atunci rămâne puțin timp pentru a da atenție relației cu pacientul sau pentru a îndruma un grup de pacienți. El ia o poziție dependentă de șeful tratamentului și-i transmite pacientului intențiile acestuia.

Este logic că relația dintre pacient și cadrul medical este caracterizată prin superficialitate și răceală. Atitudinea cadrului medical este patriarhală, el face multe pentru a-l face pe pacient și mai dependent în situațiile zilnice.

### **Pregătirea profesională**

Și pregătirea profesională este orientată încă prea mult spre aspectul de custodie și prea puțin pe aspectul de tratament. Formarea personalității cadrului medical, formularea propriului scop în îngrijire în favoarea planului de îngrijire, executarea metodică și sistematică a îngrijirii, au șanse insuficiente de dezvoltare în secție. Gândirea critică și discutarea relației dintre tine și pacient sau un grup de pacienți sunt deseori neglijate. "Trebuie să faci mai mult și să vorbești mai puțin" este lozincă. Funcționarea într-o secție nu este discutată împreună. Într-o anumită măsură lipsește spațiul și atmosfera de cooperare pentru asta. Această situație este menținută puternic - așa cum am mai menționat - de poziția de dependență față de personal și de direcțiune. Asistentului îi place să i se dicteze ce trebuie sau nu, să aibă loc și cum trebuie să decurgă anumite lucruri. Există o adaptare la situația dată.

Din această poziție este greu să îndrumi pacienții să-și rezolve singuri problemele pentru a putea funcționa independent în final.

Asistentul este și mai puțin conștient de faptul că trebuie să-și dezvolte o anume iscusință și că pentru asta are nevoie de școlarizare permanentă. Încă nu se pune problema egalității de poziție față de restul persoanelor care participă la procesul terapeutic.

### **2.1.5. Prezența în exces a normelor în instituții**

Dacă ne uităm la un spital tradițional de psihiatrie, întâlnim secții în care se află 40 până la 50 de pacienți. Pentru a promova o conviețuire ordonată este nevoie de reguli clare de sus în jos. Urmarea este aceea că pacientul ajunge într-un fel de izolare. El își dezvoltă un model de comportament egocentric și autistic. Vedem o negare a celorlalți pacienți și lupta pentru a atrage atenția doctorului. Participarea într-un astfel de grup mare tinde spre o existență uniformă și anonimă. Nu există spațiu pentru expresie individuală. Ceva propriu este greu de găsit. Pacientul nu are propriul său teritoriu. Întreaga ședere este așa de structurată încât după un timp pacienții dau importanță doar satisfacerii nevoilor primare (mâncare, băutură, fumat, televizor).

Șederea devine o rutină în care nimic nu este al tău și nu ajungi la nimic. Propria identitate este distrusă.

### **2.1.6. Uniformitatea formelor tradiționale de tratament**

Formele tradiționale de tratament într-un spital psihiatric sunt bazate mai ales pe modelul medical.

### **Diagnosticul medical**

De obicei nu se ajunge mai departe decât la stabilirea diagnosticului medical. Boala diagnosticată este tratată cu medicamente și cu câteva discuții. În rest se așteaptă să se vadă mersul lucrurilor. Se dă prea puțină atenție celorlalte forme de tratament cum ar fi terapia de comportament, terapia de grup, terapia familiei și altele.

Dacă ne uităm la componența personalului, atunci remarcăm din nou această uniformitate. Majoritatea membrilor personalului aparțin disciplinei medicale (psihiatru, doctor, neurolog). Pe lângă aceasta există un spațiu limitat pentru disciplinele sociale (psiholog, andragog, asistent social etc.) cât și pentru maniera lor de diagnosticare și de tratament. Nu putem vorbi despre un tratament cu adevărat multi-disciplinar al acestui pacient în situația sa unică.

### **2.1.7 Clădirea ca o cazarmă**

Pacienții dintr-un spital clasic de psihiatrie locuiesc în numere mari în pavilioane. Întreaga aranjare a clădirii subliniază caracterul de masă: dormitoare mari, un spațiu comun pentru servirea mesei, câteva facilități de baie pentru 40 sau 50 de persoane etc.

### **Puțină intimitate**

Pacienții se bucură doar de puțină intimitate, cu excepția unui dulăpior propriu pe care-l pot închide ei înșiși și în care pot pune câteva lucruri proprii. Fiecare poate completa singur această listă. Este clar că într-un asemenea mediu există prea puțin spațiu pentru a locui omenește, a munci omenește și a-ți petrece timpul liber omenește.

În capitolul anterior am încercat să descriem atmosfera tradițională. Din fericire se lucrează

acum din greu în multe spitale de psihiatrie pentru a se schimba această atmosferă tradițională. Multe schimbări sunt în curs de realizare.

## **2.2. Pacientul într-un mediu terapeutic**

### **2.2.1. Pacienții**

#### **Grupele de diagnostic în psihiatria clasică**

În psihiatria clasică pacienții sunt de obicei împărțiți în grupe de diagnostic (modelul medical). Astfel, există o împărțire în grupe de schizofreni, psihopați, depresivi etc. Ici, colo, se mai fac completări și nuanțări. De obicei o astfel de etichetare duce la accentuarea imposibilităților pentru om: un psihopat rămâne mereu un psihopat, deci închide-l..... etc. Etichetarea poate avea un caracter de condamnare. Ideea de condamnare reiese mai ales din neputința pe care o simte cel care tratează: "Amărâțul ăsta de psihopat nu vrea să se facă bine". Diagnosticul și etichetele au o existență proprie. Ele sunt preluate de cei noi care tratează și de alți membrii ai echipei de tratament. Ele împing pacientul și mai mult în colțul condamnaților. Această atitudine și manieră de a privi pacienții are de a face cu o abordare pur medicală a bolnavilor psihici. În același timp o astfel de abordare aduce cu sine o organizare ierarhică a spitalului. Cu toate acestea imposibilitățile pacientului sunt subliniate. "Eticheta" pe care o primește sau o are cineva, face ca schimbările în comportament/îmbunătățiri, să nu primească repede o apreciere pozitivă.

#### **O altă manieră de a privi pacienții și mediul lor**

Ar fi bine dacă am îndrăzni să-i privim pe pacienți și mediul lor într-o manieră diferită. Ar trebui să fie o manieră care nu condamnă, ci oferă spațiul pentru găsirea soluțiilor la problemele lor și cu posibilitățile lor. O manieră care să submineze dependența descrisă, să ofere mai mult spațiu independenței pacientului.

#### **Gene Abroms**

Gene Abroms (1969) a avut o astfel de manieră de a privi. Pentru el pacienții nu sunt ca niște sticle pe care sunt lipite etichete despre conținut sau dacă a fost un an bun sau nu. Ei sunt oameni cu probleme care cer a fi soluționate.

În descrierea mediilor terapeutice pentru diferitele grupe de pacienți vom folosi modelul său ca pe un fir îndrumător. Abroms împarte comportamentul pacienților în 5 categorii:

#### **1. Comportament distructiv**

El înțelege prin aceasta, forme ale comportamentului distructiv corporal. Aici ne putem gândi la tendințe criminale sau suicidale, la violarea corporală a altor persoane, etc.

#### **2. Dezorganizarea comportamentului**

Aceasta este o manieră de a acționa și a gândi incoerent, autistic, regresiv, fără orientare spre realitate. Vedem acest comportament la oamenii psihotici printre altele sub forma de iluzii și halucinații. Persoana respectivă nu se poate adapta la cerințele pe care le pune mediul înconjurător. Responsabilitatea pentru situația lui socială lipsește. Singurul punct stabil pentru el este această manieră de a reacționa. Pe scurt, este un comportament care seamănă cu dezorganizarea și dezintegrarea psihică.

#### **3. Comportament deviat sau care încalcă regulile**

Acest comportament mai este numit și comportament "acting-out". Acest comportament este îndreptat spre soluționarea problemelor atacându-i pe ceilalți, încălcând mereu regulile, nerespectându-ți promisiunile etc. Vedem acest lucru deseori la oamenii care au fost neglijați afectiv în viața lor. Se pare că ei învinovătesc mereu pe ceilalți și nu sunt în stare să vadă propria contribuție în comportamentul deficient.

#### 4. **Comportament disforic**

Acest comportament se caracterizează prin retragerea în sine. Nu există nici un interes pentru ceea ce se petrece în jur. Interesul și impulsul instinctual sunt orientate mai ales spre sine. Acest comportament se întâlnește mai ales la cei deprimați, la anxioși, la introverți sau la cei cu comportament maniacal, etc.

#### 5. **Dependență sau comportament dependent**

Comportamentul dependent se caracterizează prin încercările cuiva de a trăi pe forța motivatoare a altora în loc să se bazeze pe propriile puteri. Aceasta face ca persoana respectivă să evite responsabilitatea pentru propriile acțiuni. Cele 5 D-uri ale lui Abroms dau atât ordinea gravității comportamentului cât și ordinea în abordarea tratamentului.

##### *Exemplu*

*Ai de a face cu un pacient care se poartă foarte dependent și are și tendințe suicidale. După părerea lui Abroms tendința suicidală (comportamentul distructiv) este prima care trebuie să fie adusă sub control. De abia după aceea ne putem ocupa de comportamentul dependent (dependența). Vedem deci că gravitatea comportamentului determină și ordinea tratamentului.*

#### **Diferența dintre modelul lui Abroms și clasificarea psihiatrică clasică.**

Clasificarea de mai sus diferă clar de clasificarea psihiatrică clasică. În modelul lui Abroms este vorba de comportament problematic evident. De aici este posibil să se dezvolte strategii pentru a se ajunge la soluționarea problemelor. Abroms rezumă aceste strategii prin a fixa granițe comportamentului și prin învățarea de abilități sociale. Dacă este vorba despre un comportament care blochează autonomia și creșterea, atunci trebuie să se învețe un comportament nou.

Vor trebui să fie învățate alte maniere de a te purta cu tine și cu ceilalți, care să promoveze independența.

#### **Sentimentele care sunt asociate cu comportamentul problematic**

Vorbim mereu de comportament problematic vizibil, dar este important să vorbim și despre sentimentele asociate acestui comportament. Într-o anumită situație se pot ivi doar sentimente negative sau nepotrivite ca reacție. Este important să se învețe a se crea spațiu și altor sentimente, de a se experimenta cu ele. Unele persoane pot învăța singure acest lucru, în timp ce alte persoane au nevoie de un program pentru asta.

#### **2.2.2. Mediile terapeutice**

Cele 5 D-uri ale lui Abroms duc la întrebarea: care mediu, care atitudine a echipei și care organizare a tratamentului este cea mai potrivită pentru a putea înfrunța problemele pacienților?

#### **Învățarea abilităților sociale**

Ca rezumat al punctului de vedere general privitor la tratamentul oamenilor cu probleme, Abroms propune învățarea abilităților sociale. Abilitățile cele mai importante care trebuie învățate cuprind patru domenii:

1. orientarea
2. încrederea de sine, îndrăzneală
3. ocupația și munca
4. relaxarea

Aceste patru domenii sunt aspecte pe care le poți găsi într-un mediu terapeutic într-o măsură mai mare sau mai mică.

Astfel, un anumit grup de pacienți poate obține rezultate mai bune într-unul din aspecte, în timp ce alt grup poate profita cu precădere în cadrul altui aspect.

### Exemplu

Imaginează-ți o persoană grav psihotică, care este un pericol pentru sine și pentru ceilalți oameni. Această persoană are nevoie de un mediu în care aspectul de pază este necesar pentru a ajuta la dezbătărea de acest comportament necorespunzător și distructiv. Mai târziu vei întâlni aceeași persoană care a deprins aptitudinea necesară rezolvării de unul singur a problemelor. El are în sine capacitățile de a învăța din experiență. Pentru a-l lăsa să-și păstreze autonomia și să o dezvolte, va fi nevoie de un mediu în care să fie stimulat la maximum în aceste activități. Membrii personalului dintr-un astfel de mediu vor trebui să se preocupe cât mai puțin posibil de el.

Vom discuta pe larg cele patru domenii.

## 1. Orientarea

### *Orientarea ca diagnostic psihiatric clasic*

A privi orientarea ca pe o etichetă, reprezintă un diagnostic psihiatric clasic. Din cercetare reiese că cineva nu este bine orientat în timp, loc și persoană. O astfel de persoană primește o etichetă că este dezorientat. Abroms spune însă că trebuie să privești orientarea ca pe o abilitate deprinsă în cadrul vieții sociale.

### *Orientarea ca abilitate socială*

Orientarea este ceva ce se poate învăța. Pe deasupra poți aduce diferite gradații și în orientare. Nu este vorba numai de a fi orientat în spațiu, timp și persoană; este vorba să fi orientat și în legătură cu perceperea calitativă a persoanelor din jurul tău, a rolurilor pe care le joacă diferiții oameni, a scopurilor organizației, structura unui sistem social etc. Pe scurt, orientarea poate fi descrisă astfel: conștiența de ceea ce există și se petrece în jurul tău, având proprietatea de a se extinde și nuanța în continuare. În loc de a limita orientarea la un diagnostic psihiatric, este mult mai bine să învățăm pe cineva ce se află în jurul său, de ce, ce funcție are, care este locul lui aici, etc. Este important ca acest lucru să fie pus în evidență prin atitudinea membrilor echipei și pe planul tratamentului.

## 2. Încrederea de sine

### *Exprimarea clară, directă și sigură a sentimentelor*

Încrederea de sine are de a face cu exprimarea clară, directă și sigură a sentimentelor. Mulți din pacienții care au unul sau mai multe D-uri în comportamentul lor, prezintă dificultăți în exprimarea sentimentelor lor. Vedem că ei își exprimă sentimentele insuficient sau exagerat sau într-un mod greșit. Ei își exprimă dorințele și nevoile într-o manieră nepotrivită. De exemplu cineva nu-și exprimă sentimentele, ci le cumulează. Mai devreme sau mai târziu se va ajunge la o explozie. El le poate exprima și în așa fel încât ceilalți sau el însuși să fie în primejdie. Trebuie ca valorile emoțiilor să fie dirijate adecvat și clar pe drumul cel bun. Atunci când formele de exprimare respective sunt limitate, pacientul trebuie să învețe să le înlocuiască cu maniere de exprimare mai directe și mai efective. Pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a experimenta acest lucru în contactele sociale.

### Exemplu

Imaginează-ți că cineva ascunde sau acoperă sentimentele agresive, de deprimare, de iubire pentru cineva etc., pe care le-a învățat într-o situație anterioară. În gândirea terapeutică de mediu ar fi important să înveți pe o astfel de persoană să-și stăpânească astfel de sentimente, de exemplu: să experimenteze să-și stăpânească sentimentele de mânie, deprimare etc. Persoana în cauză va trebui să învețe să-și exprime sentimentele, ca să nu distrugă relația cu persoane importante de care depinde în situația sa socială.

### *A învăța să-ți stăpânești sentimentele prin situații zilnice.*

Poți găsi motive de a-i învăța pe pacienți să-și stăpânească sentimentele în tot felul de situații zilnice în perioada internării, în care oamenii sunt împreună. Este important să se înlocuiască modelele vechi și inadecvate de exprimare a sentimentelor, care au fost necesare într-un stadiu de început pentru a putea supraviețui, cu modele mai adecvate. Este vorba ca pacienții să se comporte în cea mai bună manieră cu ceilalți.

O manieră care să fie orientată spre realitatea actuală și care să nu mai fie influențată de foste experiențe negative.

### 3. **Ocupația și munca**

#### *Activitățile de muncă*

Într-un mediu terapeutic trebuie să existe invitații și impulsuri pentru activitățile de muncă. Acestea pot fi de exemplu: ajutor în gospodărie, cum ar fi gătitul mâncării, cumpărăturile etc.

În activitățile de muncă se includ: să înveți să-ți cauți singur un loc de muncă, să înveți să te prezinți cât mai bine posibil în timpul discuțiilor pentru a fi acceptat într-un anumit cerc de activitate, să stabilești contacte și să le menții, să înveți să iei inițiative, să înveți să delegi o responsabilitate, să înveți să colaborezi etc.

#### **Programele de lucru**

În cadrul unui mediu terapeutic se află tot felul de programe în care pacienții pot exersa aceste abilități. Astfel sunt programe în care-i poți învăța pe oameni să solicite un loc de muncă, în care poți învăța să trăiești cu alții într-o relație de muncă etc. Aceste abilități întăresc implicarea pacientului în realitate. Acestea sunt rezultate foarte importante după ieșirea din spital.

Dacă nu ar exista implicarea în realitate, atunci există pericolul ca pacienții să rămână în aceeași situație. Ei nu sunt stimulați să se gândească la viitorul lor.

### 4. **Relaxarea**

#### *Folosirea optimală a timpului liber*

Timpul liber este foarte important. Vezi că pacienților le este foarte greu să-și folosească timpul liber optimal, când nu li se spune mereu ce trebuie să facă. Se pare că ultima buclă de spontaneitate și creativitate din oameni dispare.

Într-un mediu terapeutic bun trebuie să existe invitații pentru tot felul de lucruri creative. Trebuie învățate abilități sociale pentru a folosi timpul liber optimal, pentru a găsi activități potrivite. Se poate crea chiar o cultură într-un mediu, în care oamenii să învețe o activitate împreună, în care oamenii să joace un joc împreună.

Acum ai luat cunoștință de un alt mod de a privi pacienții. (cele 5 D-uri ale lui Abrams) și cu scopurile cele mai importante de tratament, adică: controlarea și limitarea comportamentului simptomatic și învățarea abilităților de bază psiho-sociale. Vom da acum câteva exemple de lucru într-un mediu terapeutic în diferite situații într-un spital de psihiatrie. Vei putea recunoaște printre rânduri aspectele discutate recent.

#### **a. Secția de internare și secția pentru o rămânere de scurtă durată în spital.**

##### *Tratamentul medicamentos la internare.*

Un pacient foarte confuz care intră într-o secție de internare orientată spre mediul terapeutic, va fi tratat la început cu medicamente, și va trebui îndrumat îndeaproape de un cadru medical. Scopul este acela de a limita comportamentul simptomatic.

##### *Discuții*

De îndată ce simptomele se reduc și un contact clar este posibil, se vor purta discuții cu el ( pentru dezvoltarea abilităților sociale). Aceste discuții pot fi de exemplu despre ceea ce gândește el despre situația sa și cum crede că se poate găsi o soluție împreună (orientare). Se crează o relație între el și unul din membrii echipei și între el și membrii unui grup. În această relație trebuie să i se ofere tot mai multe șanse de a-și concretiza existența, pe baza propriei alegeri autonome. Dacă acest lucru nu reușește pe deplin atunci el va primi la externarea din spital un plan îndrumător bun după care să se ghideze mai departe. Dacă ieșirea din spital nu este posibilă, el poate fi transferat într-o secție pentru internare de lungă durată.



### *O relație cu pacientul*

Te poți întreba: unde mai poți găsi aici aspectul terapeutic? Acesta se află în faptul că există o relație cu pacientul. În această relație propriile posibilități de discernământ capătă o șansă de a se dezvolta. Pe baza acestora se hotărăște tratamentul ulterior. Pacientul nu primește mereu o prescriere a tratamentului ci el ia treptat tot mai multe hotărâri singur. Aceasta nu înseamnă că nu vei mai întâlni oameni pentru care va fi necesar să preiei o serie de hotărâri pentru o perioadă mai îndelungată. Oricât de mult ar dura, tot va trebui să încerci să stimulezi propria responsabilitate și alegere a pacientului. Acest lucru poate începe cu lucruri foarte simple.

#### **b. Secția pentru o ședere de lungă durată**

*Cauzele care duc la a deveni cronic.*

Pacienții cronici au devenit deseori cronici din anumite cauze. Ne putem gândi mai întâi la sensibilitatea lor, la imposibilitatea de a rezista în tot felul de situații. Efectul de spitalizare a mediului de spital poate juca un rol. Se mai poate întâmpla ca mediul de acasă să nu mai fie dispus să-l primească. Mai putem constata de asemenea că societatea nu oferă celor dificili o șansă de a găsi un loc de muncă. Pe scurt, acești oameni au ajuns într-un cerc de eșecuri continue. Mediul de viață a devenit tot mai sărac. Ei nu mai au posibilitățile de a confrunța situațiile dificile. Ei nu mai pot face față situațiilor de criză.

*Crearea mediului terapeutic într-o secție cu pacienți cronici.*

O secție pentru pacienții care rămân o perioadă îndelungată poate crea un astfel de mediu terapeutic încât pacienților să li se ofere treptat șanse de a lua singur hotărâri în lucrurile cele mai simple. Aceste hotărâri pot fi legate de momentul în care se deschide televizorul, când se închide ușa, când se ia masa și ce facem la masă. Într-un stadiu târziu în crearea mediului ne putem gândi și la pregătirea mâncării sau la efectuarea cumpărăturilor.

*Abilitățile sociale.*

Pe lângă aceste abilități, mai ales practice, trebuie să se lucreze paralel și la relațiile cu ceilalți pacienți (deprinderi sociale), de exemplu prin formarea grupurilor de conversație.

S-au făcut cercetări în care este descris procesul de instruire al pacienților care sunt internați pentru o perioadă lungă de timp. Acesta este orientat spre a-i învăța pe pacienți să conviețuiască, așa încât ei să părăsească spitalul ca grup și să ocupe o casă în societate ca grup și să-și formeze propria gospodărie.

Pentru a învăța acest lucru este nevoie să se folosească tehnicile de condiționare operative. Un exemplu îl formează așa numitele programe "token-economy" în care se încearcă modificarea comportamentului pacienților spitalizați prin accentuarea unui comportament social adaptat.

#### **c. Secția de geriatrie**

Deseori oamenii în vârstă se simt excluși din societate. Ei se simt fără rost în societate. Ei nu mai au nici o sarcină.

*Crearea unui mediu pentru pacienții geriatrici*

Dacă dorim să creăm un mediu pentru pacienții geriatrici, accentul va trebui pus mai ales pe oferirea activităților utile și promovarea orientării. Prin a-i lăsa să facă muncă utilă și a se ajuta reciproc îi înveți pe acești oameni că și ei mai reprezintă totuși ceva.

*Orientare clară*

În cadrul mediului terapeutic a unei secții de geriatrie trebuie să existe puncte clare de orientare. Ne putem gândi la un ceas bine vizibil, marcarea ușilor (culori), un program clar, locuri fixe etc. Chiar și grupurile mici (de circa 12 persoane) promovează orientarea. Pacienții trebuie să aibă ocazia să facă ceva. Ne putem gândi la a face cumpărături împreună, a organiza activități și petreceri împreună. Scopul acestora este de a menține pe cât posibil abilitățile sociale ale

acestor oameni.

Pe scurt, orientat spre o situație care "ar fi normală" pentru cei de aceeași vârstă.

#### **Atitudinea echipei**

Atitudinea echipei va trebui să fie mai ales afirmativă. Oamenii care se află într-o secție de geriatrie au dreptul de a exista și de a însemna ceva. O problemă este însă aceea că tulburările organice cerebrale pot juca un rol. Cu toate acestea, bătrânii mai mult sau mai puțin demenți sunt sensibili la semnale care arată că ei mai reprezintă ceva.

### **Practică**

Citește cu atenție paragraful 2.2.

#### **Exercițiul 1**

În paragraful 2.2. ai putut citi că învățarea abilităților sociale cuprinde patru domenii, anume:

- orientare
- încredere în sine, îndrăzneală
- ocupația și munca
- relaxarea.

Prin acest exercițiu poți să vezi cum să completezi aceste abilități sociale în diferite medii, în care lucrează participanții.

Pentru rezolvarea acestui exercițiu grupul se împarte în două. Fiecare grup rezolvă următoarea temă.

#### **Temă**

Discutați împreună modul în care cele patru domenii: orientare, încredere în sine, ocupația/munca și relaxarea sunt completate în mediul în care lucrezi.

Pentru rezolvarea acestui exercițiu ai nevoie de circa 45 de minute.

Fiecare grup face un raport.

La încheierea temei, se discută totul în grupul mare.

## **2.3. Cei care ajută într-un mediu terapeutic**

### **Atitudinea de paznic față de atitudinea terapeutică**

Atitudinea oamenilor cărora li se încredințează pacienți psihici, variază între doi poli. Un pol este acela al atitudinii de paznic, așa numita atitudine de custodie. Polul opus este cel al atitudinii terapeutice. Este clar că aceste atitudini oferă o viziune asupra bolnavilor psihici. În primul caz ( atitudinea de paznic) pacientul este considerat a fi periculos, fiind privit doar ca pe o persoană care trebuie izolată de societate, deoarece ar aduce în pericol pe cei din jurul său sau ar crea senzație de teamă. În al doilea caz (atitudinea terapeutică), pacientul este privit ca o persoană cu posibilități de a se schimba. El este o persoană care suferă din cauza unor probleme care se pot rezolva mai mult sau mai puțin. În această abordare punctul de vedere nu-l formează frica și/sau agresiunea ci implicarea umană este fundamentul principal.

### **Istoric**

Înainte de cel de-al doilea război mondial, mai ales indignarea morală a fost cea care a dus în Europa de vest la o umanizare a atitudinii față de bolnavii psihici. Acest lucru corespundea mai mult sau mai puțin cu schimbările mai largi ale viziunii despre om în societate. În timpul celui de-al doilea război mondial și după aceea, a crescut în Europa de vest conștiința că atitudinea celui care tratează față de pacienții psihiatrici este determinată în mare parte de

"simptomele" pe care el/ea "le prezintă". A început să se dea mai multă atenție însemnătății proceselor sociale în cadrul clinicii. Influența proceselor sociale asupra trăirii și comportamentului aberant, devine din ce în ce mai evidentă. Au fost distinse valorile terapeutice ale mediului, câmpul social al oamenilor și al lucrurilor din jurul pacientului. S-a descoperit că o mare parte din patologia psihică este cauzată de modele specifice de interacțiune. Cei care tratau au început să se analizeze pe sine cu mai mult simț critic. Au apărut tot felul de studii despre alte maniere de abordare. În acestea se ține seama mai ales de interacțiunile dintre pacienți și ceea ce fac cei care tratează în acest întreg.

### **Menzies**

Un studiu cunoscut este cel al lui Menzies (1970). Ea a cercetat motivele pentru care membrii personalului evită pacienții. Ea s-a orientat mai ales asupra temerilor diferite și asupra mecanismelor de apărare ale personalului îngrijitor față de pacienți, într-un spital general. Ei evitau toate situațiile în care frica sau sentimentul fricii s-ar putea ivi. Care sunt atunci sursele fricii? După părerea ei următoarele surse de anxietate pot duce la evitarea pacienților și/sau reținerea cadrelor medicale față de pacienți:

### **Surse de frică ale cadrelor medicale față de pacienți**

- contactul cu o boală gravă sau cu moartea;
- activități neplăcute care trezesc temeri;
- prognoza neclară pentru pacient;
- sentimente puternice și amestecate față de pacient, cum ar fi: vină, frică, agresiune.

### **Mecanismele de apărare**

Pentru a ascunde aceste sentimente se folosesc tot felul de mecanisme:

- relația cu pacientul este ruptă în mod simplu;
- pacientul devine un "caz" impersonal: el aparține unei categorii, de exemplu: "plămânul CA din salonul 2" sau "psihopatul de la secția 3";
- sarcinile sunt îndeplinite într-o manieră impersonală și neimplicată.

### **Comportament de evitare**

Din aceste exemple nu este greu să recunoaștem "comportamentul de evitare" al cadrelor medicale față de pacienții psihiatrici. Motivele pentru acest comportament se pot găsi într-o scară largă de factori. Aceștia pot fi însă mai degrabă plasați pe fundalul retrospectiv din trecutul fiecărui cadru medical, personalitatea acestuia, pregătirea și de aici funcționarea în sistemul de lucru. Cadrele medicale care au grijă de pacienții care necesită o îngrijire puternică psiho-socială pot intra în conflict atât personal cât și profesional. Există deseori un sentiment de eșec și vină.

Interacțiunile duc mai degrabă la izolare decât la comunicare în aceste situații.

### **Atitudinea terapeutică**

Crearea unui mediu terapeutic necesită o anumită atitudine a echipei care tratează. Este greu de a descrie ce este precis această atitudine. După părerea noastră o atitudine este terapeutică atunci când pacienților li se oferă spațiu și ajutor pentru a ajunge la rezolvarea problemelor. Aceasta nu înseamnă că toți pacienții trebuie să ajungă la soluționarea problemelor. A lucra într-o atitudine terapeutică înseamnă să ții seama de posibilitățile pe care le are pacientul.

#### *Exemplu*

*O echipă de tratament a unei secții pentru pacienții internați pentru o perioadă mai lungă de timp, a hotărât să lucreze în secția lor după principiile "mediului terapeutic". S-au întocmit planuri cu entuziasm și s-a citit cât s-a putut de mult despre acest lucru. S-a luat hotărârea să se "democratizeze" pe cât posibil. Pacienții urmau să participe la luarea hotărârilor și să facă parte din tot felul de grupe de discuție. Pacienții trebuiau să pornească la lucru. Comunitatea "terapeutică" a primit astfel un contur. Pacienții s-au simțit subit obligați să ia parte la discuții. La început au spus câte ceva dar când au trebuit luate hotărâri despre cumpărarea unor sau altor lucruri, despre transferarea unei persoane problemă, ei au tăcut. Cadrele medicale s-au înfuriat. Nu mergea așa cum au crezut ei. Ei au reacționat iritați la*

*pacienți și "au uitat" să ajute pe cineva care avea cu adevărat probleme. Pacienții veneau tot mai puțin la discuțiile de grup. Atmosfera a devenit tensionată. Cadrele medicale au devenit anxioase și s-au ascuns în birourile lor sub lozinca curajoasă: "Lasă grupul să caute singur soluția". Acest lucru a rămas așa pînă când primul pacient a devenit foarte psihotic și a amenințat pe ceilalți pacienți. Atunci, subit, abordarea de custodie a devenit importantă. Anxietatea cadrelor medicale a fost tradusă în acțiuni severe și mână forte. După ce au fost oprite cîteva încercări de sinucidere a pacienților, direcțiunea spitalului a văzut că este necesar să intervină. "Experimentul" a eșuat.*

Acest exemplu tragic este o ilustrare a lucrurilor care pot merge greșit. Mulți din cei care sunt implicați în procesele de transformare în clinici vor recunoaște căte ceva din propria lor situație. Marea greșeală a fost aceea că nu s-a ținut cont de pacienți. Pacienții nu au fost implicați astfel în planificare. Ei trebuiau să facă ceea ce cadrele medicale înțelegeau prin "democratic". Cea mai mare greșeală a fost aceea că nu s-a ținut cont de posibilitățile și limitele pacienților. Pacienții s-au simțit interogați. Tensiunea a devenit prea puternică și de nesuportat. Mai erau și remărci ca: "De ce a fost nevoie de toate acestea? Totul ar fi fost bine și fără schimbări". Concedierea a fost exclusă, din lipsă de "fundament". Mulți au reușit să întrevadă nereușita acestui experiment. Iată, cum un ideal de democratizare devine un mijloc de forță atunci când cei care tratează nu se analizează critic. Dacă membrii echipei din exemplul nostru ar fi făcut-o, atunci poate că ar fi descoperit că de fapt ei erau orientați în direcția custodiei: "Îi vom pune la treabă pe oameniiăștia leneși". Sub masca "democratizării" au ieșit la iveală reacții agresive.

### **Ce este o atitudine terapeutică?**

O atitudine terapeutică este atitudinea care oferă pacienților spațiu pentru a ajunge, cu posibilitățile lor, la rezolvarea problemelor lor. Trebuie ca și cei care tratează să se analizeze critic pe sine și pe ceilalți membri ai echipei:

#### **Întrebări critice**

- oferim spațiu suficient pacienților?
- oare nu-i interogăm pe pacienți?
- unde merge greșit?
- care este atmosfera în secție? etc.

Toate acestea sunt întrebări care conțin o legătură retroactivă. Facem ceea ce dorim? Unde trebuie să modificăm? Această optică dublă: a te privi pe tine și a vedea ce faci, este de o importanță esențială pentru munca într-un mediu terapeutic.

### 3. CREAREA UNUI MEDIU TERAPEUTIC

#### Introducere

În acest capitol vom discuta de ce trebuie să ținem seama în crearea unui mediu terapeutic. Nu vom da o rețetă, și nici indicații perfecte ci vom explica câteva aspecte care merită atenție. Vom discuta despre filozofia de bază, despre crearea și organizarea echipei. Ne vom opri și la problemele de care te poți lovi în procesele de transformare dintr-o secție sau un spital de psihiatrie. În final vom descrie un model în faze după care ar putea avea loc un proces de transformare.

#### Filozofia de bază

Punctul de plecare în crearea unui mediu terapeutic este filozofia de bază. Prin aceasta înțelegem totalitatea punctelor de vedere teoretice prin care se pot analiza și înțelege problemele pacienților. Aceste puncte de vedere duc la opinii despre tratamentul pacienților și prin aceasta și despre formarea unui mediu terapeutic. Vom analiza aceste aspecte mereu în corelație unele cu altele.

Dacă ne gândim la filozofia de bază a unui mediu terapeutic este deci nevoie să ne oprim la problematica pacienților.

În capitolul "Pacientul într-un mediu terapeutic" ai putut citi despre problemele pe care le poți întâlni la pacienți într-un spital de psihiatrie. Am arătat că fiecare pacient trebuie să găsească maniera de soluționare a problemelor sale care se potrivește în posibilitățile sale. Despre care probleme este vorba și cum se ivesc ele? În general poți spune că oamenii internați într-un spital de psihiatrie s-au împotmolit în relația cu ceilalți și cu sine însuși. Să luăm trei exemple. Acestea pornesc ce-i drept de la situația din Olanda, dar după părerea noastră există destule asemănări cu situația din România pentru a înțelege teoria.

#### Exemplul 1

Primul exemplu este despre domnul Web, un bărbat solid, în vârstă de 81 de ani. El este văduv și este internat în secția de geriatrie a unui spital de psihiatrie. Iată, câteva date despre el. Domnul Web s-a căsătorit la 30 de ani. Din această căsătorie s-au născut opt copii. El și-a câștigat existența ca muncitor într-o fermă agricolă. Soția sa a decedat patru ani în urmă. După decesul ei, el a locuit cu o fiică. Acest lucru a creat unele probleme. Domnul Web pleca ziua să se plimbe și nu mai putea găsi drumul spre casă. Era o treabă foarte dificilă să-l ții în casă și să-l îngrijești. Fiica lui mai avea și responsabilitatea unui magazin. Acesta nu putea fi închis.

S-a hotărât să fie internat într-o casă de îngrijire. Internarea s-a făcut într-o secție închisă. După câteva zile el a manifestat un comportament agresiv și dorea să meargă acasă. Pentru el era seară la orice oră din zi. În secție a băut detergent în loc de un pahărel de lichior, însă l-a dat la timp afară.

El era obișnuit să bea seara câteva pahărele. Comportamentul său în casa de îngrijire, printre altele, agresiune, neliniște, dezorientare în timp, era foarte supărător pentru ceilalți locuitori și pentru personal. Era prea puțin control și pricepere pentru a-l putea îndruma. S-a hotărât ca domnul Web să fie internat la o secție de psihiatrie-geriatrie a unui spital de psihiatrie. Dintr-o primă observație a reieșit următorul lucru. Domnul Web îi considera pe asistenții medicali și pe ceilalți locuitori drept copiii lui. El îi striga mereu și le cerea atenția. El vroia să-și ajute copiii. Această tendință de a ajuta crează însă agresiune și iritație la ceilalți pacienți. El credea deseori că se află la muncă sau într-o cafenea de unde pleca subit să-și ajute acasă soția bolnavă. Din cauza aceasta el bătea la toate ușile. Nu mai putea sta nimeni de vorbă cu el. După câteva săptămâni au survenit prea puține schimbări în situația sa. S-a hotărât să fie transferat în secția de geronto-psihiatrie.

Domnul Web rămâne acum în sala închisă a acestei secții din cauza dezorientării legate de loc

și persoană. În această sală se află pacienții cu cele mai grave tulburări. El primește răspuns de la ei în mod limitat. Dar a-l transfera din nou într-o secție deschisă, nu se putea pune problema, întrucât acolo nu există un control direct.

Domnul Web făcea adeseori mare dezordine în bucătărie. Tendința de a ajuta, cum ar fi la masă sau când oferea o scrumieră, crea multe iritații la ceilalți pacienți.

Și sculatul de dimineață dădea probleme. El era obișnuit să doarmă până la 8.30 iar aici trebuia să se scoale la 7. El credea că este de ajuns să se spele doar de două ori pe săptămână. Și acasă se spăla doar de câteva ori, dar bine. El își îngrijea bine hainele. În timpul mesei îl vedeai deseori plecând de la masă ca să ajute. Nu-i prea plăcea terapia de activitate. Se putea concentra greu și de aceea pleca la plimbare.

El mergea deseori să se plimbe cu un asistent sau cu cineva care-l vizita, la început de trei ori pe săptămână iar acum numai odată. El primea săptămânal o sticlă de alcool, din care bea seara două pahărele pentru a putea dormi bine.

Dacă nu se plimba, adormea deseori în sală sau citea ziarul cu atenție dacă-l primea de la asistent. El își făcea nevoile în sală neanunțând asistentul din timp, din cauza ușilor închise. El nu avea nici o ocupație, dar vorbea cu plăcere despre trecut. El primea medicamente pentru comportamentul său tulburat.

## Exemplul 2

În acest exemplu este vorba despre domnul Haber în vârstă de 60 de ani. El este căsătorit. Este un bărbat slab, cu o față palidă, îmbătrânită și zbârcită. El merge greoi, cu spatele aplecat. Ai impresia că este mult mai bătrân de 60 de ani.

Câteva date despre el. Domnul Haber provine dintr-o familie mare (zece copii). Tatăl lui a fost grădinar. De la vârsta de 14 ani a muncit la firma tatălui său. La 23 de ani, el a emigrat împreună cu soția sa, cu care s-a căsătorit în timpul războiului, în Australia. El și-a făcut aici o livadă de pomi fructiferi. La început firma a mers bine. Dar concurența a fost tot mai puternică ceea ce a făcut să fie dificil să reziste.

În ultimii ani în Australia munca lui a devenit din ce în ce mai dificilă datorită agravării simptomelor de astmă.

Soția sa, care nu s-a putut adapta niciodată acolo, a insistat să vândă livada și să se reîntoarcă în Olanda. El nu a vrut, dar în cele din urmă a cedat în fața soției sale.

La vârsta de 46 de ani ei s-au reîntors împreună cu cei doi fii în Olanda. Domnul Haber a găsit muncă la firma fratelui său. Aveau și probleme cu copiii. Le era greu să se adapteze la școală și aveau probleme cu limba. Aceasta și din cauză că fuseseră întotdeauna liniștiți și reținuți. Doamna însă era mulțumită. Avea mult contact cu familia, a devenit membră în câteva asociații și a găsit chiar de lucru pentru jumătate de normă, ca vânzătoare. După câțiva ani domnul Haber a devenit complet inapt pentru muncă. Crizele de astmă au devenit tot mai dese, ceea ce a făcut ca munca să fie tot mai dificilă pentru el. Pentru că primea doar o sumă mică de bani, doamna s-a simțit obligată să muncească normă întreagă.

În timpul șederii sale acasă el a devenit tot mai depresiv și mai inactiv. Soția lui aranja totul, comanda întreaga familie și se supăra uneori de inactivitatea soțului ei. El nu mai mânca aproape nimic și se îngrijea prost. El nu mai voia nimic. Soția lui voia ca el să fie internat. Ea nu mai avea timp să-l mai îngrijească și pe el. După ce a fost tratat câțiva timp policlinic, fără nici un rezultat, prin înțelegere cu psihiatrul el a fost internat de bună voie într-un spital de psihiatrie într-o secție închisă.

Situația actuală. La început domnul Haber este sumbru și mănâncă prost. Dacă cineva îi spune să mănânce mai mult, el ascultă și de obicei o face. Se îngrijește bine. La începutul perioadei de internare mai prezenta uneori crize asmatiche mai ales noaptea. El a primit pentru aceasta câteva medicamente.

După o săptămână el devine iar activ. Mănâncă singur și discută mai mult cu ceilalți pacienți. Se pare că astma îl supără mai puțin, cu toate că cere noaptea deseori medicamente. Soția sa îl vizitează la sfârșit de săptămână. Este remarcabil că în acest caz el manifestă din nou comportamentul din primele zile; retras în sine, cu privirea sumbră, având mersul cu pași târșâiți. După două săptămâni de la internare el începe să participe la terapia prin muncă în grupul de observație. El rezistă doar două zile.

Munca este obositoare și de aceea are senzație de sufocare. Domnul Haber se află acum în secție, unde-și petrece timpul citind ziarul sau vorbind cu ceilalți pacienți și cu personalul. El mai face din când în când o plimbare în apropierea secției. Îl vezi deseori liniștit în scaunul său, uitându-se pe geam.

După trei săptămâni el merge o zi acasă, la avizul medicului care-l tratează. El este adus mai devreme înapoi, după amiază.

El prezintă o dispnee serioasă.. El trebuie să stea în pat pentru câteva zile. Dar dispneea nu cedează iar pe lângă aceasta, elimină multă spută prin tuse și se simte epuizat. Primește tratament medicamentos. După câteva zile se simte mai bine, se scoală din pat și reia vechile obiceiuri: citește ziarul, face plimbări etc. El este cu toate acestea mai sumbru și spune de câteva ori: "Vezi că treaba nu merge așa bine...".

### Exemplul 3

Acest ultim exemplu este despre Rien van Baten. Rien este un tânăr de 21 de ani, care pare a fi timid. Dacă vorbești cu el, nu îndrăznește să te privească. El a fost internat cu câteva zile în urmă în secția închisă a unui spital de psihiatrie.

Câteva date despre el. Rien este singurul copil la părinți. El este student în anul doi la sociologie și locuiește în gazdă de un an și jumătate. Înainte a stat la părinți. Rien avea puțini prieteni și stătea acasă mereu în camera sa să studieze.

Nu are nici o preferință. El este deseori singur în camera sa și vine deseori acasă la sfârșit de săptămână. Mama sa este o femeie grijulie, care este gata să facă totul pentru el, tot ce se poate. Tatăl lui este predicant și este puțin timp acasă.

El se ocupă cu vizitele la domiciliu și grupuri de activitate.

După școala medie Rien s-a dus să studieze sociologie. Părinții lui au crezut că este important ca el să studieze mai departe. Și lui Rien i-a plăcut această orientare. Până în prezent rezultatele studiilor sale sunt bune. Dar el a spus că studiul îl costă foarte multă energie și de aceea-i rămâne foarte puțin timp liber. Rien a venit într-o seară pe neașteptate acasă. El părea a fi confuz. Spune subit părinților lui că-i urăște, după care se încuie în camera sa.

A doua zi el nu-și mai amintește nimic despre asta. Când mama lui îl întreabă, el dă răspunsuri stranii, cum ar fi: " voi sunteți fratele și sora mea". Rien se plimbă toată dimineața neliniștit, cu privirea înfricată, sau cu ochii țintiți minute în șir în plafon, repetând mereu: " Cerul va coborî peste noi și ne va sfărâma". Părinții lui, cărora între timp le era frică de el, au telefonat doctorului casei. Acesta a considerat că internarea este necesară, și pentru că nu știa dacă Rien va merge de bunăvoie (nu se putea vorbi cu el), a aranjat o internare forțată. După ce Rien a primit o injecție calmantă, a fost dus cu o salvare la o secție a unui spital de psihiatrie. Mama lui l-a însoțit.

Situația actuală. Rien se află de câteva zile în secția închisă. El s-a împotrivit așa de mult încât a trebuit separat și fixat. El este foarte agresiv față de asistenți. Pe doctorul care a încercat să-l examineze la internare l-a amenințat că-l lovește dacă nu-l lasă în pace. După injecția de calmare la internare nu i s-au dat sau prescris alte medicamente.

Părinții lui Rien vor telefona și vor veni în vizită doar când situația va fi mai bună. Dacă cineva se apropie de el, devine temător și țipă: " Nu vreau să fiu sugrumat!".

Este agresiv și foarte neliniștit. Nu bea și nu mănâncă. Ce spune este confuz. Prezentă este teama de a fi sugrumat. El a dormit prea puțin până acum.

În aceste exemple am ilustrat cum oamenii se împotmolesc la un anumit moment în relațiile lor cu alții și cu ei înșiși.

La domnul Web (exemplul 1) vedem cum cauzele sunt determinate mai ales organic (tulburări cerebrale). La domnul Haber (exemplul 2) un rol important l-ar putea juca vârsta și împrejurările sociale.

La Rien (exemplul 3) poate că experiențele din copilărie au început să joace un rol abia la vârsta de 21 de ani. Culegând date, putem înțelege mai bine problemele actuale. Acum am privit problemele menționate numai din punctul de vedere al comportării unei persoane. Este clar că aceasta este prea unilaterală, și că în realitate sunt mai multe aspecte care se

influențează reciproc. De exemplu: tulburarea funcției creierului (aspectul somatic) la domnul Web face ca ceilalți să reacționeze temători și îngrijorați (aspectul social). Acesta poate sta iar la baza dificultăților ulterioare de comportament (aspectul psihic). În prezent se duce o discuție cu privire la cauzele tulburărilor psihiatrice.

Oare factorii sociali sunt cei care determină boala psihică a unei persoane? Este înafara cadrului acestui modul să dăm răspuns pe larg la această întrebare și de aceea vă îndrumăm spre domeniul psihiatriei. Trebuie însă să se aleagă un punct de plecare concret. Acesta poate fi descris după cum urmează.

Un om nu este numai o ființă determinată **somatic, psihologic** sau **social**. Nici o latură nu este mai puțin importantă decât cealaltă. Dacă vom căuta cauzele corporale pentru a înțelege problemele psihiatrice atunci vom alege doar un singur punct de vedere prin care privim persoana. Facem același lucru dacă explicăm problemele psihice doar prin prisma teoriilor psihologice și sociale pure. Dorința noastră este să privim omul dintr-un punct de vedere holistic, adică considerăm omul ca o totalitate, ca o unitate somatică, psihică și socială, unică prin prisma existenței anterioare. Ne putem uita la om cu siguranță din diferitele puncte de vedere, dar mereu în interacțiune cu funcționarea omului ca totalitate (întregul este mai mult decât suma părților). Schematic, acest lucru poate fi redat în felul următor. Acum dorim să analizăm mai detaliat aceste puncte de vedere și să vedem ce consecințe au în special pentru înțelegerea problemelor pacienților, pentru părerile cu privire la tratament și crearea unui mediu terapeutic.

### **Punctul de vedere somatic.**

Într-un spital psihiatric întâlnim grupuri de pacienți la care problemele se pot găsi în afecțiuni somatice (mai ales organice, cerebrale). Exemple pentru aceasta sunt: bătrâni demenți, bătrâni cu sindromul lui Korsakow, pacienți care suferă de epilepsie, pacienți cu tulburări post-traumatice, etc. Astfel vedem cum în exemplul 1 decăderea accentuată a domnului Web este determinată de atrofia cerebrală. Vedem cum procesul acesta influențează funcționarea sa socială și psihică, de exemplu în relațiile cu ceilalți pacienți, familia în care rămâne, trăirea realității (el se crede într-o cafenea sau la muncă). Dacă vrem să creăm un mediu terapeutic pentru domnul Web atunci trebuie să pornim de la problema constatată.

Într-un capitol anterior am numit deja câteva aspecte ale unui astfel de mediu.

Dacă vrem să adaptăm acest mediu la problema domnului Web atunci un mediu potrivit va trebui să cuprindă următoarele elemente:

- mediul va trebui să se lege de lumea trăirii lui. Asta înseamnă că trebuie să se dea o urmare pozitivă atitudinii sale de ajutorare. El își va putea regăsi demnitatea atunci când "comportamentul iritant" va fi îndrumat în așa fel încât să se potrivească în mediul social al secției. În exersarea abilităților sociale comportamentul de ajutorare a domnului Web este un punct de pornire important.
- Vor fi întotdeauna posibilități pentru acel contact social care să-i lase demnitatea.
- În legătură cu dezorientarea sa, va fi important să i se dea puncte fixe de orientare.
- Oferindu-i-se o structura zilnică în care activitățile și întâmplările au un loc stabil, el se va simți mai protejat și în siguranță.
- Este important ca atenția sa să fie orientată spre activități utile care să se potrivească cu posibilitățile sale prevenind apatia și liniștea nesănătoasă.
- În mediul terapeutic destinat domnului Web va trebui să se dea atenție și tratamentului medical și îngrijirii lui.

În general putem spune că, atât pentru domnul Web și pentru ceilalți, caracteristic pentru mediul terapeutic este ca ei să primească stimularea potrivită în momentul potrivit.

În descrierea acestui mediu vei remarca următoarele. Am analizat problema domnului Web ca fiind în special determinată somatic (organic-cerebral). Mediul terapeutic însă, cuprinde elemente care sunt mai ales de natură socială. La cântărirea punctelor de vedere pentru crearea unui mediu terapeutic vedem cum atât aspectul social cât și cel somatic joacă un rol.



Din punct de vedere somatic situația domnului Web este destul de tristă. Din punct de vedere social am ajuns la un mediu în care el poate construi o existență demnă în cadrul posibilităților sale.

### **Punctul de vedere social**

Sunt și alți pacienți care se împotmolesc în existența lor din cauza schimbărilor drastice din mediul lor social, de exemplu șomaj, copii care părăsesc casa, pierderea unei persoane iubite, întâmplări catastrofale cum ar fi un război sau catastrofe naturale etc. La domnul Haber vedem mai ales eșecul firmei sale, povara în cadrul familiei sale (soției care-i este dor de țară) și problemele la reîntoarcerea în țară care joacă un rol.

Întâlnești și persoane tinere care au crescut într-un mediu social în care au fost neglijanți sau au fost prea limitați în dezvoltarea lor. Problema acestor oameni poate fi înțeleasă dintr-un punct de vedere social. Aici vom analiza ce s-a întâmplat între ei și mediul în care se aflau. Deseori se pare că acești pacienți nu sunt în stare să se adapteze la împrejurări noi. Exemplul domnului Haber ilustrează clar acest lucru.

Un mediu potrivit pentru el va trebui să aibă următoarele elemente:

- Mediul terapeutic trebuie să-i ofere ocazia de a învăța să se adapteze schimbărilor din viața sa. Pentru domnul Haber este important ca el să accepte pe de o parte viața așa cum a fost și pe de altă parte să învețe să dea conținut și însemnătate situației noi (a da un rost existenței sale). Discuțiile cu ceilalți pacienți sunt foarte importante, ca și discuțiile cu cei care tratează și cu asistenții.
- În categoria sa de vârstă, domnul Haber are ocazia de a îndeplini diferite roluri sociale. Așa de exemplu poate fi mobilizat la organizarea activităților, să ajute în gospodărie etc. Acest lucru va avea ca urmare faptul că, în relația cu ceilalți oameni, el își va da seama că poate face mai multe decât a crezut la început. El va mai vedea cum și alți oameni ajung la rezolvarea problemelor lor. Acest lucru poate servi drept stimulent. El va avea o impresie mai pozitivă despre el însuși și se va simți mai puternic.
- Pe lângă asta este important pentru el să aibă discuții cu soția sa sub îndrumarea unui psiholog sau psihiatru, în care să se dea atenție la modul în care să se poarte unul cu celălalt. Trebuie să fie clar de ce domnul Haber se simte sumbru după contactele cu soția sa. Trebuie să fie înlăturați factorii care contribuie la asta.
- În mediu va trebui să se dea atenție și la funcționarea fizică a domnului Haber (astma). Pe de o parte terapia medicamentoasă poate fi un suport, dar pe de altă parte trebuie să se vadă care situații/ evenimente duc la înrăutățirea astmei. Poate este posibil ca el să învețe să se comporte altfel în această situație, adică să învețe să prelucreze tensiunile.

Dacă analizăm descrierea mediului terapeutic al domnului Haber din diferitele puncte de vedere, vedem că aspectul social se află pe primul plan. A lucra la aspectul social poate duce la o mai bună funcționare psihică și somatică. În general în acest mediu terapeutic este vorba să se stimuleze pacienții să se comporte unii cu alții și să se ofere posibilități de a încerca să îndeplinească roluri cât mai variate. Vezi că aceste lucruri se realizează în programul de terapie în care sunt incluse multe activități de grup, în care există spațiu pentru consultări bilaterale și în care pacientului i se atrage mereu atenția asupra comportării lui.

### **Punctul de vedere psihic**

Anumiți pacienți au ajuns într-un spital de psihiatrie pentru că simt tensiuni interne pe care nu și le pot explica. Vedem acest lucru manifestat într-un comportament necontrolat, sau în a auzi voci, a vedea lucruri care nu există și exprimarea de gânduri stranii. Alții exprimă sentimente de frică, deprimare, supărare etc. Nu se poate găsi direct o cauză fizică sau o cauză clară în domeniul social. Vedem o astfel de situație în exemplul 3, la Rien van Baten. Pentru a înțelege ce se petrece cu el este nevoie să analizăm serios istoria vieții sale. Vedem cum un om se formează ca persoană în relația cu celelalte persoane importante, mai întâi mama, mai târziu tatăl și /sau alte persoane cum ar fi frații, surorile, învățătorii, profesorii, prietenii etc. Formarea ca persoană este un proces în care relația pe care cineva o are cu altă persoană devine o

relație cu sine. Cu alte cuvinte, experiențele în relațiile cu alții devin intime. Aceste experiențe sunt fundamentul personalității cuiva, a sentimentelor lui, a identității sale. În cursul vieții, un om are diferite experiențe cu alți oameni, dintre care cele din copilărie sunt foarte importante. Atunci un om este fragil. Cu cât este mai tânăr, cu atât mai mult personalitatea sa este influențată de alții. Există și anumite tensiuni pe care cineva le simte în sine la o vârstă mai înaintată, din cauza cărora el se împotmolește, dar care pot fi trasate retrospectiv în experiențele cu ceilalți oameni în primele faze ale vieții. Astfel, împotmolirea lui Rien atunci când a trebuit să învețe să trăiască independent, poate fi din cauză că acum era confruntat cu sarcina foarte dificilă de a lua singur hotărâri, pe când înainte alții le luau pentru el. Rolul tatălui a fost mai ales cel de absent.

El i-a dat prea puține exemple cum să rezolve independent probleme. Vezi deci cum Rien a rămas într-o situație de dependență față de mamă. Confuzia sa este de fapt o reacție de panică într-o situație în care nu este stăpân. Un mediu terapeutic potrivit pentru Rien va trebui să aibă următoarele puncte de vedere generale:

- În primul rând, mediul terapeutic va trebui să ofere suportul și sprijinul necesar pentru a înlătura confuzia și de a promova astfel un contact bun cu realitatea.
- Asta înseamnă crearea unei relații bune cu Rien. Un rol important aici îl poate juca un psihiatru sau un psiholog. Aceste contacte vor fi pentru Rien puncte de ancorare, în care să găsească stabilitate. În același timp aceste contacte îl pot ajuta să înțeleagă natura problemelor sale.
- Mediul de viață în secție va fi folosit de Rien la început într-o manieră specială. Va fi ca și cum el se află la părinții săi. El va încerca să-i facă pe unii asistenți să facă totul pentru el, așa cum mama lui o făcea pentru el. Rien va respinge impulsurile celorlalți de a-l face să fie mai independent. Atunci când psihologul sau psihiatru care-l tratează îi va atrage atenția asupra acestor lucruri, Rien va refuza orice contact cu el. Este ca și cum Rien și-a adus în mediu pe tatăl său absent. Vei vedea cum mediul terapeutic pentru Rien va forma un mediu în care se repetă fostele modele din familie.
- Va fi nevoie să aibă loc și discuții cu părinții săi, pentru a-i face să înțeleagă comportarea lor față de Rien și a-i ajuta să o schimbe pe cât posibil. Un asistent social poate juca aici un rol important.
- Pentru a face față acestor probleme este nevoie ca munca în echipă să fie bună. Toți cei implicați în tratament vor trebui să se informeze reciproc de comportamentul lui Rien în cadrul acestui mediu. Trebuie să se prevină ca echipa să rămână într-un comportament identic cu cel al părinților săi înainte. Trebuie deci să se găsească maniere de a-i da ocazia lui Rien să se dezvolte spre o existență independentă, în care să nu mai fie confuz atunci când ajunge în situații tensionate.

### Exemple

- Psihologul sau psihiatru care-l tratează pe Rien trebuie să-i arate clar lui Rien cum să se comporte cu ceilalți în mediu și să-i indice însemnătatea acestui fapt în legătură cu istoria sa dinainte.
- Asistenții îl pot ajuta pe Rien să găsească alte maniere de a-și rezolva problemele în loc de a-l lăsa pe alții să o facă. Aici este foarte important grupul în care se află Rien. Un astfel de grup oferă o diversitate de situații și dificultăți, care oferă pentru fiecare membru al grupului material suficient pentru a învăța pas cu pas să ajungă la alte soluții. Asistenții se pot folosi aici mai ales de discuții de grup care să fie orientate mai ales spre conviețuirea cu ceilalți.
- Și situațiile din celelalte forme de terapie, cum ar fi terapia prin muncă, terapia creativă, terapia de mișcare, vor trebui să țină cont de elementele mai sus numite.

În general se poate spune că într-o secție de internare este greu să se realizeze toate condițiile pentru un mediu bun pentru Rien. O secție pentru tratament ulterior oferă posibilități mai bune pentru asta. În descrierea mediului terapeutic pentru Rien, punctul de vedere psihic se află pe primul plan. Vei vedea că punctul de vedere social este util pentru a dezvolta nodul psihic în care se află Rien. Acesta din urmă se manifestă în comportarea lui față de ceilalți.

Din cele descrise mai sus reiese că nu-i poți privi pe oameni dintr-un singur punct de vedere. În prelucrarea filozofiei de bază va trebui să analizezi mereu toate punctele de vedere.

Aici va trebui să ții cont cu ceea ce pacienții pot face sau nu. În aceste exemple poți distinge în general două linii principale:

1. Există pacienți care, după ce au devenit conștienți de situația lor, fie prin experiențe, discuții etc. în cooperare cu ceilalți (psihoterapeutul, membrii grupului) sunt singuri în stare să-și modifice modelul de viață.
2. Există pacienți care nu sunt în stare să-și modifice singuri modelul de viață. Ei sunt de exemplu confuzi, depresivi, nu sunt în stare să-și controleze sentimentele într-o manieră adecvată.

Pentru primul grup este potrivit un mediu terapeutic în care pacientul să aibă posibilitatea de a înțelege situația pentru a ajunge ulterior la rezolvarea problemelor. În cel de-al doilea grup, problemele care nu pot fi rezolvate de pacient vor fi soluționate în primă instanță de echipă. Scopul este acela de a-l învăța treptat pe pacient să-și rezolve singur problemele, redându-i astfel independența.

În primul caz mediul va fi un mediu psiho-terapeutic. Accentul într-un astfel de mediu se pune pe psihoterapie, adică pe prelucrarea relației pe care pacientul o are cu psiho-terapeutul său și cu ceilalți membri ai grupului. În aceste relații el re trăiește aceleași probleme ca și în propria sa situație de viață. Cu ajutorul înțelegerii problemelor sale, el poate decide de a trăi în alt mod. Cu alte cuvinte, el ajunge astfel să-și reconstruiască o manieră de viață. Deci ai putea vorbi și despre un mediu terapeutic reconstructiv.

Comportamentul echipei este de așa natură încât pacientul să primească tot spațiul de a-și rezolva singur problemele, în colaborare cu psihoterapeutul și ceilalți membri ai grupului.

Dacă într-un astfel de mediu îngrijești și ajuți, atunci poți frâna activitățile independente ale pacientului și prin asta poți fi un obstacol în psihoterapie.

Exemplul 3 menționează un astfel de mediu psihoterapeutic atunci când este vorba despre un tratament ulterior pentru Rien.

În al doilea caz avem un mediu terapeutic orientat spre sine, adică pacienții sunt ajutați în crearea încrederii de sine, a identității lor etc. Acest grup de pacienți are prea puține posibilități de a ajunge la analiza existenței lor. Astfel domnul Web în exemplul 1 și domnul Haber în exemplul 2 nu sunt în stare să facă o distincție între ce se întâmplă în interiorul și în exteriorul lor pentru a ordona totul într-o manieră utilă.

Dacă ei ar fi expuși unui mediu în care să fie confrunțați cu comportamentul lor problematic și stimulați să se descopere pe sine nu ar avea posibilitățile de a prelucra corect datele pe care le-ar culege. Dimpotrivă, frica li s-ar putea accentua. Dacă ar fi plasați într-un mediu orientat spre sine, atunci te ocupi mai întâi de întărirea ego-ului. Asta înseamnă că sprijini ceea ce are de a face cu contactul persoanei respective cu realitatea, cum ar fi observarea, gândirea, memoria, controlul de sine, a-ți da seama ce se petrece și lucruri asemănătoare. Îi înveți să poată face ceva. La domnul Web (exemplul 1) o poți face de exemplu îndrumându-l "mână-n mână", sprijinindu-i orientarea sa asupra realității de aici și de acum. În aceste activități poți să-i implici și pe ceilalți pacienți. Situația este diferită de cea a domnului Haber, în exemplul 2. În cazul lui era important să i se ofere roluri tot mai complexe în grup, pentru a-l ajuta să-și completeze altfel existența.

Mediul terapeutic ca suport/ Mediul terapeutic social

La domnul Web ai putea vorbi despre un mediu terapeutic ca suport și la domnul Haber despre un mediu terapeutic social.

## **Mediile terapeutice orientate spre sine**

Poți împărți mediile terapeutice orientate spre sine în următoarele grupe:

- În primul rând sunt mediile în care te ocupi de construirea ego-ului. Scopul este acela ca pacientul să se reîntoarcă în societate ca o persoană care să funcționeze destul de independent. Aici ne putem gândi de exemplu la o secție structurată pentru tratament ulterior, un tratament al psihozei, o secție de internare, intervenție la criză, etc.
- În al doilea rând există medii în care scopul este clădirea limitată a ego-ului. Un astfel de mediu este potrivit pentru oamenii care nu sunt în stare să trăiască destul de independent în societate. Ar putea fi vorba despre situații defectuoase, iremediabile. Exersarea anumitor comportamente este aici suficientă pentru ca să se poată trăi în continuare într-un mediu de trai protejat în sau înafara spitalului.
- În al treilea rând există medii în care scopul este acela de a menține ego-ul. Un astfel de mediu este potrivit de exemplu pentru bătrânii demenți. Pentru acești oameni este nevoie de un mediu care este orientat spre păstrarea elementelor sănătoase care se mai află în ei. Deci, într-un astfel de mediu te ocupi de păstrarea ego-ului.

Împărțirea de mai sus o poți vedea drept o prezentare a mediilor care trec suplu unul în altul. Sunt posibile tot felul de forme de tranziție. În fiecare mediu vei găsi accentele împărțirii menționate. Astfel, într-un mediu terapeutic preocupat de construirea ego-ului vei putea găsi elemente de creare limitată a ego-ului sau de menținere a ego-ului.

### **Crearea unui mediu terapeutic.**

În crearea unui mediu terapeutic este vorba mai întâi de întrebarea cu ce pacienți ai de a face? Dacă acest lucru este stabilit atunci îți poți pune întrebarea: ce strategie terapeutică să alegem? Alegem drumul psihoterapeutic sau pe cel orientat spre sine?

### **Atitudinea membrilor echipei**

O astfel de filozofie de bază are urmări pentru atitudinea membrilor echipei față de pacienți. În cazul unei abordări psihoterapeutice atitudinea asistenților și a celorlalți membri ai echipei este rezervată în favoarea relației cu psihoterapeutul și a celorlalți membri ai grupului. Într-un mediu terapeutic orientat spre sine este vorba despre îndrumarea pacientului. Se intenționează ca pacientul să învețe să ajungă la rezolvarea problemelor în situațiile concrete ale realităților actuale din secție. Aceste probleme pot fi: să se scoale singuri, să se bărbiească și să se îmbrace, să facă singuri cafea, dar și să caute un loc de muncă, să învețe să-și exprime mai clar sentimentele sau să-și controleze impulsurile. Îți poți imagina că într-un astfel de mediu membrii echipei sunt implicați mai activ în viața pacientului. Pe de o parte asistentul este un model pentru pacient, pe de altă parte el este tutore, îndrumător și îngrijitor.

Este clar că o observare, analiză și interpretare atentă a problemei pacientului este necesară pentru a se putea determina care mediu este cel mai potrivit pentru el și care elemente din acest mediu ar putea contribui la soluționarea problemei sale.

### **Echipa**

Într-un mediu terapeutic se lucrează întotdeauna în echipă.

#### *Definiție:*

O echipă este un grup de oameni care, în consultări mutuale, fiecare din propria sa specialitate, urmărește scopul de tratament propus dintr-o filozofie de tratament aleasă și acceptată de comun acord.

### **Cooperarea**

A munci într-o echipă înseamnă de asemenea a conlucra la realizarea relațiilor mutuale. Condiția pentru o cooperare bună este o relație bună între colaboratori. Asta înseamnă că cei care colaborează sunt dispuși să comunice deschis.

## **Comunicare deschisă**

Într-o comunicare deschisă poți discuta împreună orice. Pe de o parte este necesar să ai încredere că poți colabora cu ceilalți. Pe de altă parte trebuie să fie posibil să-ți arăți încrederea. Fiecare membru al grupului ar trebui să năzuiască să-și recunoască limitările și posibilitățile.

El ar trebui să le facă discutabile pentru a căuta de aici posibilități noi. O condiție importantă pentru a funcționa bine în grup este aceea de a te privi critic. Condiția importantă pentru a putea face acest lucru este existența unui climat de încredere.

## **Încredere**

Dacă există un climat de încredere, atunci membrii echipei sunt dispuși să-și împărtășească sentimentele, să învețe unii de la alții, să lucreze împreună. Pentru a câștiga această încredere este nevoie de timp și depinde mult de maniera în care se comportă membrii echipei între ei și de comportamentul celui care conduce.

## **Situații problematice**

Echipele va fi confruntată din când în când cu situații problematice. Tocmai aceste momente sunt cel mai bun control al funcționării echipei. Ne putem gândi aici la motivare, la interacțiunile grupului și la modelele de comunicare, la coeziunea grupului etc. Dacă echipa nu este în stare să ajungă la o rezolvare a problemei, încrederea va diminua. Dezvoltarea spiritului de echipă și luarea riscurilor de către membrii individuali sau de grup ca întreg, va stagna. Atunci când, dintr-un motiv sau altul, se vor forma sub-grupuri în cadrul echipei, acest lucru va frâna comunicarea reciprocă. Grupul va trebui să investească multă energie pentru a rezolva tensiunile și neîncrederea dintre membrii echipei.

## **Comunicarea**

### **Consultare**

Cooperarea în echipă înseamnă că trebuie să aibă loc consultări dese între membrii echipei. Scopul acestor consultări este acela de a supraveghea ceea ce se petrece în acest mediu. Te vei întreba mereu: Lucrăm conform scopurilor stabilite? Dacă nu, atunci unde se află problemele?

### **Discuții necesare**

În fiecare mediu sunt necesare trei feluri de discuții:

- discuția organizatorică;
- discuția tratamentului;
- discuția de cooperare.

Aceste discuții trebuie să aibă loc la date fixe (periodic). În aceste discuții trebuie să fie prezenți pe cât posibil toți membrii echipei implicați în tratament.

### **Discuția organizatorică**

În discuția organizatorică trebuie să se dea răspunsuri la întrebările de organizare: cum am organizat terapia, cum sunt programele de servicii, cum se face raportul și transferul zilnic, cum funcționează canalele de comunicare și unde este nevoie de ajustare, etc. În discutarea acestor probleme trebuie să se facă o legătură retroactivă cu filozofia de bază a secției.

### **Discuția tratamentului**

În discuția tratamentului se discută tratamentul pacientului. Vom discuta aici printre altele rezultatul tratamentului, schimbările dorite, care este starea pacientului tratat în ultima perioadă, care sunt experiențele diferiților membri ai echipei cu pacientul, unde este nevoie de modificare, când ar putea pacientul ieși din spital sau dacă trebuie să fie transferat, etc.

### **Discuția de cooperare**

Într-o discuție de cooperare - numită și intervizie - se discută funcționarea membrilor echipei între ei și funcționarea echipei față de pacient. Aici sunt discutate iritațiile reciproce, deranjamentele în comunicare, cum se comportă unii membri ai echipei față de pacienți, mai

ales dacă comportarea lor se potrivește cu scopul tratamentului, unde și în ce manieră există obstacole în îndeplinirea scopului terapeutic propus. Vei vedea că aceste discuții au o importanță esențială. O consultare deficitară înseamnă de multe ori lipsa coerenței în tratarea pacienților. Mediul de tratament va pierde structura și claritatea, ceea ce va fi în detrimentul pacientului.

### **Conducerea**

Într-un mediu terapeutic lucrează mulți oameni. Toți se ocupă de tratarea pacienților. Fiecare face, la nivelul său, un efort îndreptat spre scopuri clar formulate. De aceea este important ca toate aceste eforturi ale oamenilor și mijloacelor dintr-o organizație să fie cumulate în direcția scopurilor fixate. Pe scurt, este nevoie de conducere. Trebuie să fie ciar cine are responsabilitatea, cum sunt delegate autorizațiile, care sunt aranjamentele, cine este răspunzător pentru ce, etc.

### **O conducere bine organizată**

O conducere bine organizată va trebui să ofere claritate maximă în cadrul unei organizații. Conducerea implică un aspect tehnic și unul de conducere. Pe de o parte trebuie să se conducă în deplina cunoaștere a problematicei și pe de altă parte este vorba mai ales despre organizarea și administrarea personalului.

### **Un aspect tehnic și un aspect de conducere**

În conducere este necesară atât competența profesională (acordarea unei îngrijiri optimale) cât și stimularea personalului de a colabora cât mai efectiv în cadrul unei unități organizatorice (grija pentru om).

### **Maniera de a conduce**

Maniera de a conduce este puternic determinată de o viziune organizatorică și de structura de organizație într-un spital orientată spre asta. Aici vei întâlni și indicații obligatorii despre maniera în care să se concretizeze conducerea într-un mediu terapeutic. Vom prezenta doar unele cadre generale.

Fiecare spital are o anumită viziune de organizare. În cadrul acesteia se crează unități de tratament, fiecare cu scopul propriu (filozofia de bază). Aceste scopuri trebuie să se potrivească în viziunea generală a institutului. Ulterior se vor formula sarcinile, modelele de cooperare, structurile de consultare etc., pentru a realiza cât mai eficient scopurile propuse.

#### *Exemplu*

*În cadrul unei anumite unități de tratament poți avea un conducător al echipei de tratament (șeful de tratament) și un conducător al echipei de secție (asistent). Ambii sunt răspunzători, fiecare în felul lui și cu accente diferite, pentru diferitele aspecte ale sarcinilor echipei. Astfel, șeful echipei de tratament (de obicei un psihiatru sau un psiholog) va fi răspunzător pentru întregul tratament. El este de obicei punctul de întâlnire al interesului general al institutului și politica secției. El va trebui să găsească un compromis între acestea. Asta înseamnă că el va fi uneori nepopular, atât în echipă ca și înafară. Dimpotrivă, șeful echipei va fi responsabil pentru organizarea zilnică a secției, de cooperarea dintre asistenți și dintre asistenți și pacienți.*

În general un conducător are sarcini de coordonare în echipă. Pe lângă asta el trebuie să aibă grijă ca fiecare membru al echipei să-și poată îndeplini optimal sarcinile în cadrul înțelegerilor stabilite. Deci este vorba despre ordonare și consultare dintr-o atitudine echilibrată și dinamică a conducătorului. Este important ca toți colaboratorii într-o secție să fie de acord cu conducătorul și cu persoanele care stabilesc politica institutului (direcțiunea și personalul). Invers, și cei care stabilesc politica vor trebui să fie de acord cu conducătorul și colaboratorii unei secții.

### **Un schimb bun de experiență între "nivelul inferior" și cel "superior".**

Deosebit de important este schimbul de experiență dintre "nivelul inferior" și cel "superior". Un conducător va trebui să aibă calități personale pentru a lupta pentru pacienți și membrii echipei.

### *A lupta pentru pacienți și membrii echipei*

El va trebui să lupte pentru munca de ajutorare a colaboratorilor și pentru colaborării înșiși. Asta nu înseamnă că el va trebui să "tragă singur căruța" într-o secție. Dimpotrivă, este important ca membrii echipei să lucreze cât mai loial posibil, să nu fie pasivi în exersarea sarcinilor lor, ci să participe la gândire, să ia inițiative, să evalueze critic etc.

### **Acceptarea conducătorului**

Așa cum s-a spus este deosebit de important ca membrii echipei să-și accepte conducătorul. Negarea conducerii, evitarea ei, înseamnă deseori că echipa se destramă și fiecare acționează pe cont propriu. Pot apare și situații conflictuale de conduită cu lumea dinafară (direcțiune, alte secții).

Se pot da destule argumente de ce unora le este greu să accepte un conducător. Deseori este vorba despre sentimente ascunse de gelozie sau probleme de autoritate. Fiecare membru al echipei a avut câte ceva de împărțit cu mama sau tatăl său și proiectează acest lucru asupra conducătorului în munca sa.

Este important ca acest membru al echipei să fie conștient de acest lucru și ca problema să fie discutată și în discuțiile de intervizie.

## **Fazele în crearea unui mediu terapeutic**

### **Introducere**

#### **Procesul de schimbare**

Când vom hotărî să lucrăm cu un mediu terapeutic, vom avea de a face cu un proces de schimbare. Între păreri vechi și noi cu privire la tratamentul pacienților se va crea un câmp de tensiune, pe care va trebui să-l depășim pas cu pas. Pentru a putea realiza acest lucru va trebui să aibă loc schimbări structurale și tehnologice.

Asta înseamnă că va trebui să analizăm critic modul de lucru, organizarea activităților, împărțirea sarcinilor și promovarea priceperii colaboratorilor etc. Oamenii din organizație vor trebui să se bucure de o atenție deosebită. Un punct important trebuie să fie constituit de crearea unei cooperări reciproce bune. Ne vom limita la acea situație de muncă în care ești cel mai activ: secția. Atunci când schimbările din secția proprie pot avea urmări pentru întregul institut, vom indica global aceste linii. Să vedem acum cum se poate realiza treptat un proces de schimbare. Vom pleca de la un model general în faze.

Acesta este un mijloc de ajutor pentru a prezenta situația de muncă mult mai complicată și schimbările dorite în cadrul acesteia.

#### **Modelul în faze**

O schimbare se produce după un plan stabilit anterior în care diferitele faze în acest proces pot fi distinse dar nu separate:

#### **Faze în schimbare**

1. analizarea relației de colaborare; sondarea sau/și dezvoltarea nevoii de a schimba;
2. fixarea unui diagnostic și al scopului;
3. fixarea strategiei;
4. parcursul acțiunii;
5. consolidarea;
6. evaluarea.

#### **1. Analizarea relației de colaborare; sondarea sau/și dezvoltarea nevoii de dezvoltare**

Închipuie-ți că vrem să lucrăm într-o secție conform unei filozofii de bază descrise. Asta înseamnă că se pune în mișcare procesul schimbărilor. Dorim să abandonăm un mod de muncă tradițional și să începem ceva care are încă multe nesiguranțe, adică dezvoltarea unui, și munca într-un, mediu terapeutic. Acest lucru cere o altă

mentalitate, un alt mod de gândire și o altă formă de cooperare. Într-un astfel de proces de schimbare se pot observa două tipuri de conduite: una pozitivă, care încurajează tendința la schimbarea mediului și una negativă de frânare, un astfel de proces creând rezistențe.

### **Forțele care promovează procesul**

Forțele care pot promova procesul ar putea fi:

- Un sentiment de neplăcere, de nemulțumire. Echipa dorește o ușurare clară a situației.
- Se poate întâmpla să existe un câmp de tensiune între ceea ce se face și modul cum se gândește. Există un sentiment de neliniște. Membrii echipei doresc de exemplu să creeze un mediu terapeutic, dar își dau seama că este greu să-i lase pe pacienți să ia singuri hotărâri.
- Și presiunea dinafară poate determina o echipă să facă schimbări. De exemplu așteptările pe care le are direcțiunea spitalului poate stimula schimbarea.
- În fine, înșiși membrii echipei pot dori să schimbe ceva. Ei vor să realizeze altceva cu pacienții.

### **Forțele care frânează procesul**

Forțele care frânează procesul, sau rezistențele, sunt deseori observate direct, dar pot avea și o viață ascunsă. Acestea din urmă sunt forțele pe care cineva le are în interior dar nu îndrăznește să le arate celorlalți. Găsești rezistențe atât în tine însuși cât și la alții sau la pacienți. Frica este forța cea mai negativă. Frica de necunoscut, de nesiguranță, de eșec sau risc, de a pierde o poziție. De exemplu: psihiatrul care a trebuit până acum să hotărască totul și acum trebuie să se consulte cu membrii echipei, sau asistenții care se agață cu încăpățănare de indicațiile venite de sus și nu sunt dispuși să gândească independent. Cum se manifestă această frică? Vom numi câteva modele de comportament. Este important să nu le privești izolat. Unul îl cere pe celălalt. Există mereu o legătură între acestea.

### **Modele de comportament în echipă**

- Multă rezistență se crează din cauză că nu poți abandona formele existente de lucru. Pentru unii membrii ai echipei modul de muncă de până acum poate să le ofere satisfacție. Ei sunt mulțumiți cu rutina. Ei au ruginit în tradiții.
- Oamenii care au mereu idei noi sunt greu acceptați. Cauza neacceptării de ceilalți membrii ai echipei poate fi gelozia.
- De multe ori există sentimente de neputință. Încă nu este momentul potrivit sau nu se știe cum să se realizeze.
- O barieră o poate forma și o privire fixă (orbire).
- Membrii echipei se pot simți analizați atunci când se află în prezența unui psihiatru sau a altor persoane străine. Există sentimente de neîncredere și dușmănie. Pare a fi foarte dificil în asemenea situație să ai încredere în "străini".

### **Rezistențele la pacienți**

- Frica pentru direcțiunea spitalului. Oare ei sunt de acord?
- Suspiciunea cu care celelalte secții privesc cele ce se petrec aici. Ele emană sentimentul că procesul va eșua.
- Problemele sunt abordate uneori în conținut, în timp ce problemele emoționale de dedesubt, care sunt de fapt esența, nu ajung la suprafață.
- Prezentarea multor obiecțiuni practice în executarea anumitor probleme. La pacienți vezi de asemenea câteva din rezistențele descrise.
- Frica de nesiguranță. Situația prezentă este bine cunoscută. Ei știu ce au. Asistentul și doctorul le spune ce să facă. Ei sunt mulțumiți cu asta. Le dă un sentiment de securitate, de protecție, etc. Îți poți imagina că un pacient nu renunță ușor la asta.
- Comportamentul care a fost acceptat până acum, nu mai este dintr-o dată acceptat.
- Enorma dependență a pacienților.



## **Învingerea obstacolelor**

Pentru a învinge obstacolele este important să pornești la drum în mod strategic. Trebuie să se țină cont de posibilitățile pacienților și ale colaboratorilor. Trebuie întărite mai ales forțele pozitive. Este nevoie de răbdare pentru a realiza schimbările pas cu pas.

### **O cooperare bună între membrii echipei**

A lucra într-un mediu terapeutic înseamnă că trebuie să se dezvolte o bună colaborare între membrii echipei.

Oamenii trebuie să fie dispuși să lucreze la relațiile mutuale. Trebuie să se creeze un climat de încredere în care comunicația să fie posibilă. În această fază va trebui să se lucreze din greu la cooperarea reciprocă. Mai ales în această fază de început trebuie să aibă loc regulat consultări de cooperare. În prima fază este vorba mai ales de a se găsi răspunsuri la următoarele întrebări:

*Întrebări în prima fază:*

- Ce vrem să realizăm și de ce?
- Cum sunt modelele de comunicare între membrii echipei și între membrii echipei și pacienți, etc.?
- Există subgrupuri în cadrul echipei?
- Există încredere mutuală?
- Suntem în stare să ne împărtășim sentimentele?
- Vrem să învățăm ceva unii de la alții?
- Suntem dispuși să facem și să primim critică?
- Cât de motivați suntem să ne schimbăm?
- Există conflicte sau tensiuni în echipă care amenință să rămână ascunse?
- Există atitudini contradictorii față de îndrumarea/tratarea pacienților?

### **Ce se întâmplă pe scurt în prima fază**

În prima fază se lucrează la relațiile mutuale. Se trece printr-un proces de creștere, care va forma baza muncii într-un mediu terapeutic. De abia atunci când vom ști la ce ne putem aștepta unii de la alții în lumina schimbărilor intenționate, vom putea face alte planuri concrete.

Dar cooperarea mutuală va trebui să rămână un punct permanent de discuții.

Membrii echipei vor trebui să stabilească înțelegeri cu privire la consultările mutuale (structura comunicării, maniera de a lua hotărâri etc.). Va trebui să existe suficient timp, bani și cunoștințe pentru a putea lucra la procesul de schimbare. În fine, o regie/îndrumare bună va fi indispensabilă pentru a realiza schimbarea. Echipa va trebui să stabilească o înțelegere cu un expert dinafară, care-și va asuma îndrumarea.

## **2. Fixarea unui diagnostic și a scopului**

Dacă o echipă a trecut prin faza 1, atunci membrii echipei au ajuns la concluzia că există dorința de a schimba. Există o imagine generală despre ceea ce se dorește (filozofia de bază), dar nu există încă un plan clar. În a doua fază trebuie să se analizeze ce lipsuri prezintă situația actuală în vederea schimbării dorite.

### **Diagnosticul situației actuale**

Se va face diagnosticul situației actuale. Apoi se vor fixa scopuri pe baza acestui diagnostic. La fixarea diagnosticului, echipa încearcă să găsească un răspuns la următoarele întrebări:

### **Întrebări pentru fixarea diagnosticului**

- După care filozofie de bază se lucrează acum și care este critica noastră împotriva acesteia?
- Cu ce pacienți avem de a face?
- Care este componența echipei?
- Care este împărțirea sarcinilor și modul de lucru în echipă?
- Cum se prelucrează informațiile?
- Ce contacte există cu celelalte secții și cum sunt acestea?
- Care este atitudinea membrilor de echipă?
- Cum este contactul cu celelalte secții din spital?
- Cum este organizată consultarea dintre membrii echipei?
  - ce consultări există?
  - cât de des?
  - cine participă la acestea?
  - care este scopul diferitelor consultări?
- Cum este aranjată conducerea și cum este ea acceptată?
- Cum sunt împărțite responsabilitățile?
- Care sunt facilitățile materiale în această secție?

Prin consultarea intensivă în legătură cu aceste puncte se poate crea o imagine clară și nuanțată cu privire la actuala situație de muncă. Cu alte cuvinte: membrii echipei vor deveni mai conștienți de probleme. Se vor inventariza aspectele pozitive și cele negative ale situației. Va fi vorba mereu de două întrebări:

- Cum lucrăm acum?
- Cum am dori să lucrăm?

### **Scopurile procesului de schimbare**

Din aceste întrebări se va extrage scopul procesului de schimbare.

Echipa va trebui să treacă cu grijă prin această a doua fază. Este un proces de conștientizare pentru toți participanții. Fiecare membru al echipei va fi confruntat cu propriile limite și posibilități cu privire la funcționarea în lumina noii situații. Vor trebui rezolvate multe contradicții și conflicte. Este important ca în cele din urmă toți membrii echipei să înțeleagă diagnosticul făcut și să-l accepte complet. Este de la sine înțeles că aici cooperarea mutuală, așa cum aceasta a fost subiectul discuției în prima fază, să se bucure mereu de atenție. Dacă echipa a ajuns într-acolo, încât să știe pentru ce lucrează (scopurile schimbării) și să fie conștientă de limitările și de posibilitățile oamenilor și a lucrurilor implicate în procesul de schimbare, atunci poate trece la faza 3.

### **3. Determinarea strategiei**

În această fază se va face un plan concret pentru schimbări, în care să se schițeze drumul spre scopul urmărit. În acest plan trebuie să se prelucere următoarele puncte importante:

#### **Puncte de atenție:**

- o descriere a grupului de pacienți (număr, vârstă, problema psihiatrică, bărbați sau femei etc.);
- alegerea strategiei terapeutice;
- prelucrarea strategiei terapeutice în scopuri concrete de lucru;
- cerințele legate de atitudinea membrilor de echipă în lumina strategiei terapeutice alese;
- sarcinile fiecărui membru individual al echipei și a echipei ca întreg;
- alcătuirea echipei în relația cu strategia de tratament aleasă;
- facilitățile materiale și personale necesare în secție;
- organizarea consultărilor: felul discuțiilor, frecvența, timpul, participanții etc.

- cerințele impuse de gradul de competență profesională diferiților membri ai echipei;
- posibilitățile de a acumula mai multe cunoștințe (cursuri);
- dirijarea și îndrumarea procesului; cine, ce, când și cum?
- formularea criteriilor de evaluare pentru păstrarea calității muncii;
- conducerea și răspunderea finală;
- delegarea și responsabilitatea;
- comunicarea cu celelalte secții și cu direcțiunea;
- programele de tratament pentru pacienții individuali și grupul întreg de pacienți;
- organizarea muncii (orarul de serviciu, orarul de lucru etc.)
- planificarea în timp pentru realizarea treptată a procesului de schimbare.

Prelucrarea acestor puncte oferă un plan concret pentru maniera în care echipa dorește să lucreze într-o secție. În această fază este important ca membrii echipei să facă alegeri clare și să facă și să accepte aranjamente clare. Alegerea cea mai importantă este cea a filozofiei de bază, care constituie fundamentul celorlalte puncte de atenție.

#### 4. **Parcursul acțiunii**

##### *Executarea planului*

În această fază se va trece la executarea planului așa cum l-am prezentat noi. Nu înseamnă că deabia acum vom începe să facem schimbări. Dimpotrivă, acestea au început deja în faza anterioară. Acum însă echipa va trece la aplicarea planurilor în această secție. În această fază este important să se lucreze consecvent după planul elaborat. Toți membrii echipei trebuie să lucreze conform filozofiei de bază aleasă și acceptată în comun. Ei vor trebui să evalueze regulat cum avansează executarea planului. Unde se înpotmolește? Unde este nevoie de ajustare și în ce fel? etc.; o verigă importantă în acest cadru o reprezintă situațiile de consultare, pomenite deja.

#### 5. **Consolidarea**

##### *Succes sau eșec*

În această fază avem de a face cu întrebarea dacă schimbările urmărite vor avea succes sau vor eșua. Oare ceea ce am realizat va fi suficient de solid în viitor? Oare fiecare va continua să păstreze noul mod de lucru? Sau vom reveni la vechile siguranțe când va trebui să stăm pe propriile picioare și totul va deveni prea greu, de exemplu prin căderea conducătorului sau regizorului? În faza incipientă a schimbării toți vor colabora cu entuziasm, dar și într-o fază mai înaintată trebuie să se continue cooperarea, în ciuda crizelor, a tensiunilor etc. Membrii echipei vor trebui să spună mereu clar, în consultări, care sunt progresele, și să se sprijine în cazul când rezultatele dorite întârzie să se arate. Membrii echipei trebuie să fie atenți să nu devină rigizi, adică: să nu se lase pradă auto-admirației sau să se izoleze de celelalte secții, sau să nu mai fie dipuși să facă sau să primească critică. Trebuie să existe destulă flexibilitate pentru a putea face față problemelor viitoare și pentru a vedea în continuare propriile limitări.

Este de la sine înțeles că cei dinafară vor juca aici un rol important. În această fază este important ca ceea ce se realizează să se și păstreze dar să existe și o deschidere spre noi păreri care ar putea duce la noi schimbări.

#### 6. **Evaluarea**

##### *Evaluarea în toate fazele*

Evaluarea joacă un rol important în toate fazele. Este incorect să considerăm evaluarea ca o fază finală. Ea este un moment repetabil, de control. Vom analiza mereu în ce măsură activitățile întreprinse contribuie la realizarea scopului și ce mai trebuie să facem. Toate punctele de atenție numite din diferitele faze trebuie discutate mereu împreună. Astfel în discuția despre organizare și tratament vom discuta mai ales dacă scopurile propuse sunt realizate (evaluarea produsului).

În discuțiile colaborative vom analiza mai ales cum au funcționat toți cei implicați în

realizarea scopurilor propuse (evaluarea procesului).

Am descris cum poate fi construit un mediu terapeutic în faze. Să ne imaginăm că un mediu terapeutic este matur doar atunci când crizele prin care trece, create de schimbările din echipă, plecarea pacienților, alte idei, frecuşuri reciproce etc., vor fi prelucrate în așa fel încât atât pacienții cât și echipa vor dezvolta capacitatea de a rezolva probleme. Este un proces de formare, care nu se termină niciodată.

### **Tema 1**

Este important să privești mediul terapeutic în care lucrezi cu ochi critic. Acest lucru poate duce la idei noi despre schimbări posibile și schimbarea acestui mediu.

- a. Descrie filozofia de bază a mediului în care lucrezi acum.
- b. Descrie în ce măsură această filozofie se traduce în activități pentru pacienți și echipa de tratament.
- c. Descrie ce obstacole întâlnești la punctul b.
- d. Descrie concret și pas cu pas o strategie de schimbare pentru abordarea obstacolelor numite.

Fiecare participant trebuie să facă această temă acasă.  
Descrierile vor fi discutate în grup în lecția următoare.

## 4. MEDIUL TERAPEUTIC

Mediul de tratament este de o importanță esențială pentru însănătoșirea pacientului psihiatric. De aceea, o sarcină importantă a asistentului este de a da o formă și de a păzi mediul terapeutic din secția sa.

*Ce este un mediu terapeutic.*

"un mediu terapeutic este o unitate organizată de tratament, în care se oferă unui pacient relații cu un grup de persoane care tratează și cu alți pacienți. Aceste relații oferă pacientului spațiul de a găsi o soluție problemelor sale în cadrul posibilităților și limitelor sale. Problemele pot varia în complexitate și se pot afla în toate domeniile vieții."

Pentru a avea un climat optimal în secție, un climat în care presiunea nu este nici prea mare dar nici prea mică, este important să se facă o diferențiere între diversele feluri de mediu.

### 1. Un mediu psiho-terapeutic:

Acest mediu este numit și mediu reconstructiv. Accentul în acest mediu se pune pe psiho-terapie. Se încearcă prin psiho-terapie să se mărească înțelegerea problemei - care există oarecum. De exemplu probleme pe care cineva le are în mediul său de viață pot fi întâlnite de pacient și în relațiile cu ceilalți pacienți. Cu ajutorul confruntării cu sine și a înțelegerii de sine, pacientul poate hotărî să aducă schimbări în viața pe care o duce.

*Nivelul îndrumării;*

Crearea de condiții; echipa care tratează crează condițiile în care un pacient să ajungă singur la soluționarea problemelor sale. Pacientul se poate ocupa complet de activitățile pentru propria îngrijire.

*Atitudinea asistenților;*

De confruntare.

### 2. Un mediu orientat spre sine:

Alte nume pentru acest mediu sunt: mediu de suport sau social terapeutic. În acest mediu pacientul este ajutat în construirea identității, a sentimentului de sine. Se vor sprijini aspecte care au de a face cu realitatea, cum ar fi memoria, ritmul zilnic, medicația. Pacientul este implicat în realitatea de aici și acum.

Mediul orientat spre sine se poate împărți în trei medii, după cum urmează:

#### **Mediul de construire a ego-ului:**

*Scopul;*

- Reîntoarcerea în societate.

- A dezvolta suficientă tărie de sine, conștiință de sine, pentru a putea merge ulterior într-o secție unde se lucrează de exemplu cu psiho-terapie.

*Nivelul îndrumării:*

De la îndrumare până la crearea de condiții. Pacientul indică parțial singur unde sunt nevoile și limitele. Pacientul are nevoie de ajutor cum ar fi informație, corecție, control și evaluare. Cu cât mai puternic ego-ul, cu atât mai mult te ocupi de crearea de condiții în loc de îndrumare.

*Atitudinea asistentului:*

În ego-ul puternic, confruntă/ sprijină.

**Mediul de construire limitată a ego-ului:**

*Scopul;*

Funcționarea într-un mediu protejat în sau înafara spitalului. Persoana nu este în stare să trăiască independent în societate.

*Nivelul îndrumării;*

De la îndrumare până la îndrumare. Posibilitățile pacientului sunt prea reduse pentru a rezolva singur probleme. Pacientul acționează împreună cu asistentul. Îndrumarea este îndreptată mai ales spre învățarea unor abilități în ideea de a putea locui în comun.

*Atitudinea asistentului;*

Confruntă ușor/ corectează aici și acum. Să fie clar.

**Mediul de păstrare a ego-ului;**

*Scopul;*

Pacientul menține elementele sănătoase în funcționarea sa.

*Nivelul îndrumării;*

De la îndrumare până la îngrijire. Îndrumare: pacientul acționează împreună cu asistentul, asistentul este răspunzător. Îngrijire: preluare totală a sarcinilor și funcțiilor. Pacientul poate indica incomplet nevoile sale și este mai mult sau mai puțin dependent de asistent.

*Atitudinea asistentului;*

Ajută, prietenos, răbdător, sprijină. Nu confruntă.

Mediile de mai sus nu se pot separa strict. Ele se contopesc și uneori un mediu are caracteristicile celui alt. Un mediu terapeutic nu este niciodată definitiv. Trebuie să se aibă mereu în vedere: "Se potrivește oare acest pacient cu acest comportament încă în acest mediu sau el deranjează acum mediul și nu mai satisface condițiilor?". Trebuie să aibă loc regulat consultări în legătură cu starea lucrurilor. Deci rămâne un "proces de formare".

## 5. CARACTERUL TERAPEUTIC AL UNUI GRUP

### Introducere

Bineînțeles că din diferitele puncte de vedere, scopuri de tratament și lucruri asemănătoare poți ajunge la diferite păreri despre factorii terapeutici. Vom discuta aici un rezumat al factorilor terapeutici dezvoltați de diferiți gânditori în legătură cu procesele de grup.

### Factorii terapeutici ai unui grup

Factorii de vindecare (terapeutici) ai unui grup se pot împărți în zece categorii, anume:

1. acceptarea;
2. conștientizarea generalității problemelor (universalitate);
3. altruism;
4. a da speranță;
5. îndrumare;
6. a învăța unii de la alții;
7. înțelegerea de sine;
8. învățarea prin interacțiunea cu ceilalți;
9. descoperirea de sine;
10. catarsisul.

Ne vom opri pe scurt la fiecare categorie în parte.

#### *Referitor la 1. **Acceptarea***

Acceptarea lucrează ca un factor terapeutic în grup când un pacient:

- a. are sentimentul că aparține de grup, simte căldură, prietenie și siguranță;
- b. se simte apreciat de alți membrii ai grupului;
- c. apreciază sprijinul dat de ceilalți membrii ai grupului;
- d. are sentimentul că există grijă, sprijin, înțelegere și acceptare pentru el din partea celorlalți membrii ai grupului;
- e. are sentimentul de a fi acceptat și sprijinit necondiționat chiar și atunci când spune ceva despre sine considerat de el mai de mult de neacceptat și dureros.

#### *Referitor la 2. **Conștientizarea generalității problemei** (universalității).*

Conștientizarea generalității problemei poate fi considerată ca un factor terapeutic atunci când pacientul:

- a. observă că ceilalți membrii ai grupului au sentimente și probleme asemănătoare;
- b. reduce sentimentul că el trebuie să înfrunte de unul singur această problemă;
- c. își dă seama că nu este unic cu problemele și cu sentimentele sale.

#### *Referitor la 3. **Altruismul***

Este vorba despre altruism ca factor terapeutic atunci când pacientul:

- a. dă sprijin și încurajare, face sugestii și/sau observații pentru a ajuta pe alți membrii ai grupului;
- b. împărtășește propriile probleme asemănătoare cu alți pacienți pentru ai ajuta;
- c. are sentimentul de a fi necesar și util;
- d. se poate "uita pe sine" în favoarea altuia, și-și dă seama că vrea să facă ceva pentru un alt membru al grupului;

#### **Referitor la 4. A da speranțe**

Este vorba de a da speranțe, ca factor terapeutic atunci când pacientul:

- a. vede că alți membrii ai grupului fac progrese și că grupul este cu siguranță util pentru membrii grupului;
- b. este optimist despre posibilitățile pe care le are grupul de a-l ajuta.

#### **Referitor la 5. Îndrumare**

Acest factor terapeutic funcționează atunci când pacientul:

- a. primește informații și/sau indicații utile de la terapeut despre sănătatea spirituală, a fi bolnav psihic în general (dar nu personal) despre procese interne (psihodinamica);
- b. primește atât de la terapeut cât și de la ceilalți pacienți sfaturi clare, sugestii sau un fir conducător în legătură cu problemele sale.

#### **Referitor la 6. A învăța unii de la alții**

Acest factor terapeutic se observă atunci când un pacient:

- a. imită sau preia parțial trăsăturile sau calitățile pe care le vede la alți membrii ai grupului;
- b. învață de la alții, împărtășindu-și experiența specifică cu ceilalți membrii ai grupului într-un proces terapeutic.

#### **Referitor la 7. Înțelegerea de sine**

Este vorba de înțelegere de sine, ca factor terapeutic, atunci când pacientul:

- a. învață ceva important despre sine. Acest lucru poate avea de a face cu
  - o comportare direct vizibilă pentru ceilalți, cum ar fi izolarea, sensibilitatea, gelozia, rivalitatea etc;
  - presupuneri pe care le are despre sine, cum ar fi sentimentul de inferioritate sau a nu fi iubit de alții;
  - motivarea din spatele comportamentului, cum ar fi o activitate întreprinsă într-o manieră superficială din frica de a fi respins sau monopolizarea pentru a obține atenție;
  - fanteziile sale, cum ar fi un vis de groază, repetabil ar avea ceva cu nesiguranța în exercitarea profesiei;
  - legături inconștiente, despre care nu era conștient înainte ca acestea să fie discutate în grup, așa cum ar fi de pildă realizarea faptului că prestațiile sale au de a face cu o nevoie de mai mult timp prezentă de a fi apreciat de propriul tată;
- b. a învăța cum apare în fața celorlalți membrii ai grupului;
- c. învață despre natura problemei sale. Acest lucru indică o înțelegere mai bună a unei anumite probleme, cum ar fi descoperirea că ținerea la distanță a oamenilor ar avea de a face cu dorința de a nu suferi știindu-se respins;
- d. învață de ce se comportă așa, cum se manifestă și cum a ajuns în această situație. Acest lucru poate fi descris și ca o înțelegere în psihogeneza problemelor în măsura în care pacientul învață ceva despre mecanismele care stau la baza comportării sale și despre originea acestora.

#### **Referitor la 8. A învăța prin schimb de experiență**

Este vorba de a învăța prin schimb de experiență ca factor terapeutic atunci când pacientul:

- a. încearcă maniere noi, pozitive, de a se comporta cu ceilalți membrii ai grupului. Aceste maniere pot cuprinde:
  - clarificarea modului în care pacientul vede relația sa cu ceilalți membrii ai grupului;
  - încearcă clar, deschis să lege un contact cu unul sau mai mulți membrii ai grupului;
  - se exprimă într-o manieră mai constructivă și mai sigură;
  - exprimă nevoia de a ajunge la un contact mai intim, mai profund cu ceilalți membrii ai grupului.
- b. încearcă maniere noi, pe cât posibil pozitive de a reacționa la ceilalți membrii ai grupului, cum ar fi sensibilitate mărită sau acceptarea criticii de vaioare



### *Referitor la 9. **Descoperirea de sine***

Descoperirea de sine, ca factor terapeutic, cuprinde oferirea informațiilor de către pacient grupului, cu privire la:

- viața sa înafara grupului;
- trecutul său;
- problemele sale de frică, neliniște, îngrijorare;
- fanteziile sale pe care le consideră confidențiale și personale, chiar și atunci când dezvăluirea lor în fața celorlalți este dificilă și dureroasă.

### *Referitor la 10. **Catarsis***

Catarsisul ca factor terapeutic indică exprimarea sentimentului, descărcarea emoțională. La origine, în antichitatea greacă, această noțiune însemna că privind la o dramă, spectatorul plin de compasiune trăia o descărcare emoțională. Este vorba de un efect terapeutic atunci când pacientul își exprimă sentimentele în grup de o asemenea manieră încât acest lucru duce la ușurare. Aceste sentimente se pot referi atât la material din trecut cât și la cele actuale care au loc în grup. Aceste sentimente cuprind mai ales mânie, simpatie, suferință și tristețe. Deseori pacientului i-a fost greu, sau aproape imposibil să exprime aceste sentimente.

Care este acum însemnătatea factorilor terapeutici pentru munca practică cu un grup? Este de la sine înțeles că diferiți factori de vindecare vor fi importanți pentru marea diversitate a grupelor dintr-un spital de psihiatrie.

Pentru un grup de oligofreni de exemplu, a da sprijin și a fi legați unii de alții este mai important decât trăirile emoționale personale mai adânci. Pe de o altă parte un grup de pacienți neurotici trebuie să aibă tocmai confruntările reciproce și discutarea acestora. Un grup de pacienți psihotici va avea mai mult de câștigat prin a-i da căldură, sprijin și mai ales sentimentul de apartenență (coeziune). Aceste experiențe oferă siguranță și contribuie la refacerea ego-ului. În timpul unei asemenea psihoze, va fi mai puțină nevoie de discuții profunde în legătură cu tot felul de probleme complicate pe care le au în relațiile lor. Discuțiile care confruntă pot avea aici tocmai un efect anti-terapeutic.

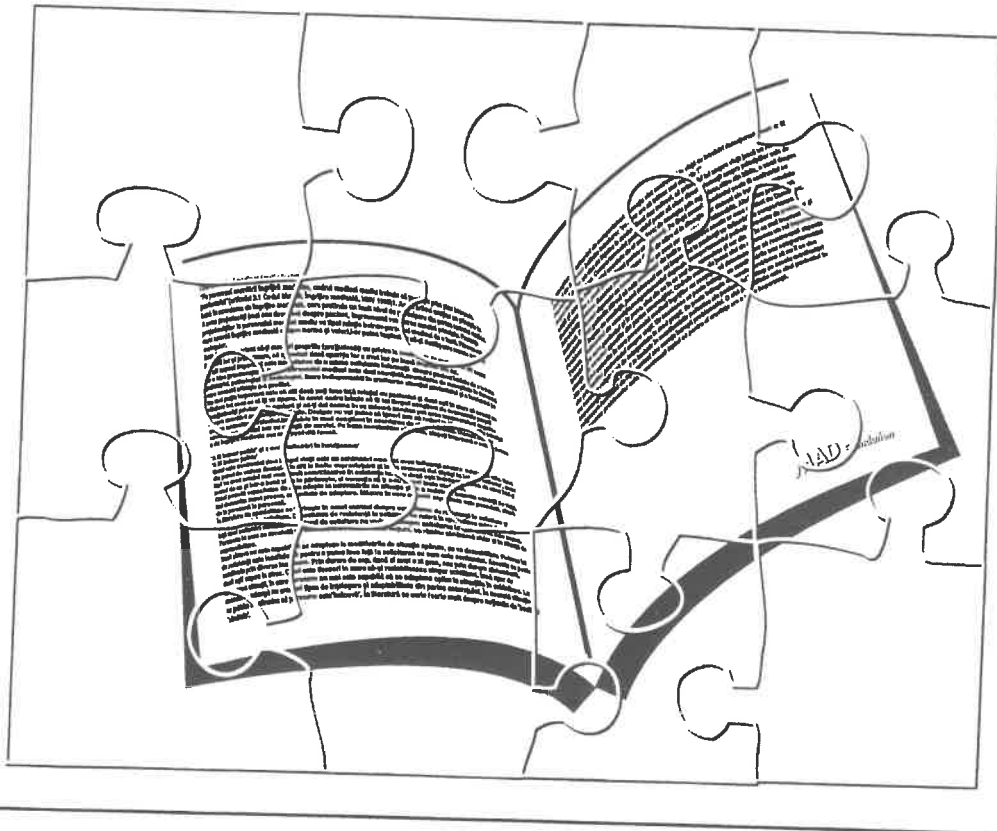
Este important ca fiecare să analizeze în ce măsură factorii terapeutici sunt importanți pentru grupul cu care se lucrează.

De aici poți să-ți determini atitudinea și să ajungi astfel la cel mai bun mod de lucru care se potrivește la nevoile pacientului respectiv.



# Partea 9

## Modelle de organizare În Îngrijirea medicală





# CUPRINS

Obiectiv general	286
Activități didactice	287
Material de Studiu "Reader"	289
1. Organizarea îngrijirii	291
2. Modelele de organizare ale îngrijirii	295

## OBIECTIV GENERAL

La sfârșitul acestui modul vei înțelege organizarea îngrijirii într-un spital de psihiatrie. Pe lângă aceasta vei mai învăța câteva modele de organizare în îngrijire.

DUPĂ ACEEA VEI PUTEA:

1. numi organizarea în cadrul propriului tău spital.
2. numi câteva discipline diferite și reda sarcinile și autorizațiile lor.
3. descrie trei modele de organizare în îngrijire.
4. descrie avantajele și dezavantajele celor trei modele de organizare în îngrijire.
5. da propria părere în legătură cu cele de mai sus.

## ACTIVITĂȚI DIDACTICE

### A. Încearcă să răspunzi la următoarele întrebări:

Ce înțelegi prin organizarea îngrijirii?  
Cum este organizat spitalul tău?  
Care este părerea ta despre această organizație?

### B. Literatură de studiu.

Studiază următoarele articole din indice:  
"Organizarea îngrijirii"  
"Modelele de organizare ale îngrijirii"  
Notează eventual întrebări și neclarități și punele în clasă.

### C. Testarea cunoștințelor.

1. Numește diferitele discipline în cadrul spitalului unde muncești și redă sarcinile și autorizațiile lor.
2. Numește trei modele de organizare ale îngrijirii și menționează avantajele și dezavantajele lor.
3. Pe baza cunoștințelor actuale alege un model de organizare a îngrijirii și susține alegerea cu argumente.
4. Cum ai putea introduce acest model de organizare în îngrijire în spitalul tău?





# Material de Studiu "Reader"





# 1. ORGANIZAREA ÎNGRIJIRII

ÎN FORMULAREA UNUI MODEL DE ORGANIZARE TREBUIE SĂ ȚINEM CONT DE UNELE ASPECTE:

Un număr redus de personal medical și de îngrijire; o persoană îngrijitoare la 20 - 40 de pacienți, situație des întâlnită;  
pe lângă aceasta, un personal de îngrijire cu o pregătire teoretică minimală;  
Actuala organizare și cultură în România sunt de așa natură încât împărțirea sarcinilor, comunicarea, responsabilitățile și conducerea sunt diferite de cele din Olanda.

Acest lucru necesită o abordare gradată, în care motivarea tuturor colaboratorilor români este foarte importantă.

Pornind de la modelele/teoriile existente, ajung la următorul model global.

## DIRECȚIUNEA

- are conducerea zilnică;
- se îngrijește de pregătirea și executarea activităților;
- are răspunderea finală cu privire la diferitele servicii.

## DOCTORUL SECȚIEI

- este, împreună cu șeful secției, veriga de legătură între direcțiune și secție (vezi sarcinile doctorului secției)

## ȘEFUL SECȚIEI (ASISTENTA ȘEFĂ DE SECȚIE)

- organizează îngrijirea zilnică a secției și o execută împreună cu personalul medical și de îngrijire.
- reprezintă interesele secției, împreună cu doctorul secției.

## ASISTENȚI MEDICALI/INFIRMIERI/ÎNGRIJITORI

- execută sarcinile zilnice legate de pacienți; îngrijire, stimularea activității independente, observare, raportare.

## ÎNDRUMĂTORUL ACTIVITĂȚILOR

- este răspunzător pentru completarea responsabilă a programului zilnic al pacientului, care se leagă de tratament.

## SERVICIUL CIVIL

- Forțe de muncă necalificate care fac curățenie în secție.

## SARCINILE DOCTORULUI DE SECȚIE

- Îngrijirea/tratamentul medical
- Coordonarea tratamentului în colaborare cu șef(ul)a secției
- Instruirea asistentului șef de secție, infirmier/îngrijitor, în legătură cu imagini din patologia psihiatrică .
- Internarea, transferarea, ieșirea din spital a pacientului
- De comun acord cu șeful secției, dă aviz direcțiunii în legătură cu activitățile.
- Contacte cu familia.

## **SARCINILE ASISTENT(EI)ULUI SEF DE SECTIE**

- coordonează îngrijirea medicală, legată de tratament  
continuitate  
raportare  
registratură
- în colaborare cu doctorul își aduce contribuția la dezvoltarea și executarea tratamentului/activităților.  
organizează ședințe de lucru:  
cu medicul  
cu asistentul medical, infirmierul/îngrijitorul  
cu echipa multi-disciplinară
- este responsabil pentru administrarea secției în ceea ce privește întreținerea clădirii, inventarul etc.
- dirijează personalul de curățenie în secție.

## **PSIHOLOGUL**

Co-responsabil pentru executarea activităților de tratament cercetare psihologică.

## **ȘEDINȚĂ DE CONSULTARE**

În fiecare ședință de consultare trebuie să se stabilească cu claritate, cine este președintele și care este scopul consultării.

Momente importante de consultare sunt:

### **DISCUTAREA PACIENȚILOR:**

- psihiatru
- psiholog
- echipa de asistenți medicali, infirmieri (eventual alte discipline)

### **SUBIECTE:**

- situația pacientului
- înțelegeri cu privire la tratament/îngrijire
- lecția clinică ținută de medic.

### **CONSULTARE PSIHIATRU - ASISTENTUL ȘEF DE SECTIE:**

pregătirea activităților secției, înțelegeri.

### **CONSULTAREA ÎNTRE PERSONALUL MEDICAL DE ÎNGRIJIRE:**

- schimb de experiență
- dificultăți în executarea sarcinilor zilnice
- înțelegeri

### **SCHIMBAREA TURELOR PERSONALULUI MEDICO SANITAR:**

la schimbarea turei, predarea informațiilor deosebite legate de pacienți.

Repartizarea pacienților.

O formă a repartizării pacienților ar putea fi:

unul sau doi asistenți medicali, infirmieri/îngrijitori dau atenție specială unui grup de pacienți:

- atenție individuală
- îngrijire în cadrul A.Z.V. (activități zilnice de viață)
- îngrijirea îmbrăcăminte
- activități, aranjamente
- asistentul medical, infirmierul/îngrijitorul servește drept persoană de contact cu psihiatrul și/sau alte discipline

Repartizarea pacienților se poate concretiza mai departe, în cazul în care asistentul medical, infirmierul/îngrijitorul este calificat sau instruit în câteva îndemânări de bază. Chiar și într-o fază incipientă responsabilitatea ar putea servi drept stimulent.



## 2. MODELELE DE ORGANIZARE ALE ÎNGRIJIRII

### Introducere

În acest capitol va fi clar că îngrijirea poate fi organizată în maniere diferite. Aici mă refer la modelele de organizare ale secțiilor de îngrijire.

### Organizarea:

poate fi descrisă drept o ordonare premeditată, cu un anumit scop a:

- oamenilor: ordonarea sarcinilor, responsabilităților și a autorizațiilor (structura organizației);
- manierei în care oamenii își îndeplinesc activitatea și mijloacele pe care le folosesc (maniera de lucru + mijloacele);

### Maniera de lucru:

cum se realizează activitatea (îngrijirea)? Ce metode sau procedee se folosesc.

### Mijloacele:

ce mijloace personale și materiale stau la dispoziție.

calitatea/cantitatea mijloacelor

mijloacele materiale, de exemplu dosarul de îngrijire, locuința etc.

### În continuare vor fi descrise:

îngrijirea funcțională cu sarcini clare

îngrijirea în echipă

distribuirea pacienților

Îngrijire Primară sau sistemul primului răspunzător

Modelul Îngrijirii Integrante

### Îngrijirea funcțională sau cu sarcini dirijate

În îngrijirea funcțională este vorba despre o separare a sarcinilor. Asistentul medical șef de secție are conducerea și responsabilitatea pentru îngrijirea totală într-o secție.

Personalul de îngrijire disponibil trebuie să execute sarcinile atribuite. De aici reiese clar separarea sarcinilor, deoarece în cadrul îngrijirii funcționale, vor trebui să fie infirmieri care să efectueze anumite sarcini, într-o anumită zi, cum ar fi să:

spele pacienții

distribue medicamentele, să le administreze

să culeagă date corporale (temperatura, pulsul, tensiunea etc.)

### ÎMPĂRȚIREA SARCINILOR SE FACE PE BAZĂ DE:

pregătire și experiență

pricepere

complexitatea sarcinii etc.

### AVANTAJELE ÎNGRIJIRII FUNCȚIONALE:

"Productivitatea" pentru fiecare infirmier este în general destul de ridicată. Aceasta duce la o îngrijire destul de eficientă, în care se poate lucra cu un personal relativ redus. Locul central aici îl ocupă întrebarea: ce trebuie să producă un infirmier.

### **Dezavantajele îngrijirii funcționale**

Dezavantajul cel mai important este probabil faptul că o îngrijire orientată spre pacient nu este posibilă.

Prin împărțirea sarcinilor îngrijirea este divizată în bucățele. Acest lucru duce la fragmentarea îngrijirii, pe care pacientul o simte ca fiind impersonală. O urmare poate fi aceea că observațiile independente ale diferiților infirmieri nu pot fi legate în context. Pacientul nu are un punct de stabilitate în diferiții infirmieri, care vin doar să-și îndeplinească sarcinile. Doar infirmierul șef funcționează ca o persoană care are o imagine totală.

Un alt dezavantaj este acela că atunci când infirmierul șef este absent, de exemplu în caz de boală, vor lipsi multe informații! În încheiere trebuie menționat faptul că această formă de organizare demotivează colaboratorii.

### **Îngrijirea pe unitate**

O variantă a îngrijirii funcționale este îngrijirea pe unitate. Singura diferență față de îngrijirea funcțională este aceea că o secție de îngrijire este împărțită în diferite unități. Pentru fiecare unitate se atribuie personalului de îngrijire care-și împarte sarcinile, una sau mai multe zile (sub conducerea sau nu, a unui șef de unitate sau a celui mai în vârstă). Deci îngrijirea pe unitate este o îngrijire funcțională la scară mică!

Din această cauză dezavantajele sunt probabil mai puțin serioase, dar ele sunt în linii mari prezente.

### **Îngrijirea în echipă**

CEA MAI IMPORTANTĂ CARACTERISTICĂ A ÎNGRIJIRII ÎN ECHIPĂ CUPRINDE URMĂTOARELE ASPECTE:

- un grup mic, stabil de infirmieri
- conducerea o are un șef de echipă
- responsabilitatea comună pentru îngrijirea totală a unui grup stabil de pacienți

Ca și în cazul îngrijirii pe unitate, secția este împărțită în unități. În cadrul îngrijirii în echipă, fiecare unitate are o echipă stabilă. Pe lângă aceasta, infirmierul șef nu mai are întreaga responsabilitate, el funcționează doar ca un îndrumător al diferitelor echipe.

Îngrijirea medicală este făcută prin repartizarea pacienților, pentru una sau mai multe zile, asistenților medicali. Fiecare membru al echipei este responsabil pentru îngrijirea pacienților în aceste zile. Responsabilitatea de grup cântărește însă cel mai greu!

### **Avantajele îngrijirii în echipă**

- mai multe posibilități pentru contact personal și implicare reciprocă între pacient-infirmier
- îngrijire orientată spre pacient
- coordonare și continuitate mai eficientă a îngrijirii (mai puțină fragmentare)
- un climat de lucru mai bun

### **Dezavantajele îngrijirii în echipă**

Cerințe mari pentru capacitatea și dorința de a colabora  
Echipele mici sunt fragile în ceea ce privește planificarea mutațiilor, absența etc.  
Cunoștințe mai puține în legătură cu ceilalți pacienți

Îngrijirea în echipă nu este o garanție pentru abordarea orientată spre pacient, care necesită mai mult decât o formă de organizare.



## REPARTIZAREA PACIENȚILOR

### Îngrijirea primară sau sistemul primului răspunzător

Sistemul primului răspunzător care a fost dezvoltat în Statele Unite, se aplică în Olanda în diferite locuri. În acest sistem un singur asistent medical este responsabil pentru întreaga îngrijire timp de 24 de ore pe zi. Această răspundere primară pentru unul sau mai mulți pacienți începe la internare și se termină odată cu ieșirea din spital a pacientului (pe durata întregului proces de îngrijire).

Bineînțeles că este imposibil ca un singur asistent să îngrijească un pacient 24 de ore pe zi. De aceea este nevoie ca îngrijirea să fie transferată și colegilor. Dar răspunderea rămâne "la primul asistent".

DE ACEEA PRIMUL ASISTENT CU RĂSPUNDERE, RĂMÂNE:

- primul răspunzător pentru îngrijirea totală
- autonom în stabilirea îngrijirii ce urmează a fi dată

Acest lucru nu poate duce decât la concluzia că asistentul prim răspunzător este răspunzător pentru toată îngrijirea oferită sau nu.

#### Avantajele sistemului primului asistent medical răspunzător

Asistentul poate urmări îndeaproape decursul întregii îngrijiri.

ÎN ACEST CAZ ESTE DE DORIT O ACTIVITATE PROFESIONALĂ INDEPENDENTĂ, CARE ARE CA URMARE FAPTUL CĂ:

- valoarea proprie a asistentului respectiv crește
- motivația asistentului devine mai mare, pentru că este vorba de "proprii" pacienți
- se crează o relație de încredere bună între pacient și asistent.

#### Dezavantajele sistemului asistentului medical prim răspunzător

ACTIVITATEA PROFESIONALĂ INDEPENDENTĂ POATE AVEA URMĂTOARELE

DEZAVANTAJE:

- pacientul și asistentul pot avea dificultăți în cazul în care relația reciprocă nu este optimă
- se poate crea o luptă de prestigiu între diferiții asistenți într-o secție.

Sub lozinca: "eu sunt cel mai bun" ar putea ieși uneori la suprafață forme foarte subtile de agresiune mutuală. Un astfel de sistem al primului asistent medical răspunzător mai necesită în acest sens:

- siguranță în legătură cu propriile posibilități și imposibilități
- pricepere în domeniul comunicației
- pricepere în sens general

#### Modelul îngrijirii integrate

Modelul de organizare dezvoltat de autori nu este un model în sensul unui "exemplu" care poate fi preluat ca o copie în orice situație. Modelul lor este mai degrabă un cadru, ale cărui linii principale ar trebui incluse în forme de activitate care să se potrivească în situații concrete.

Modelul îngrijirii integrate crează condiții pentru:

- a da formă viziunii de îngrijire în practică
- a promova auto-dezvoltarea asistentului medical
- a aduce o contribuție la aprofundarea și specializarea în meserie.

### **Modelul îngrijirii integrate cuprinde următoarele elemente:**

- a. repartizarea pacienților
- b. reorientarea sarcinilor/ responsabilităților asistentului medical șef
- c. cooperare
- d. continuitate prin comunicare adaptată, atât în scris cât și oral
- e. activitate sistematică de îngrijire (îngrijire metodică)

### **Referitor la a. Repartizarea pacienților**

Repartizarea pacienților înseamnă concret că împărțirea sarcinilor este înlocuită cu împărțirea pacienților.

Ceea ce în fapt nu este o totalitate divizibilă, adică îngrijirea totală a unui pacient, se repartizează unui singur asistent medical!

### **Referitor la b. Reorientarea sarcinilor/responsabilităților**

Împărțirea pacienților are consecințe pentru sarcinile și responsabilitățile asistenților medicali și a asistenților medicali șefi.

### **Asistenții medicali**

Fiecare asistent medical este răspunzător pentru îngrijirea totală a pacientului atribuit. El nu este răspunzător numai pentru executarea îngrijirii ci și pentru planificarea și evaluarea sistematică.

Aceasta nu înseamnă însă că acest asistent trebuie să facă totul singur. El trebuie să se îngrijească ca pacienții care i-au fost repartizați să primească toată îngrijirea necesară. Pentru aceasta este nevoie de sprijinul și ajutorul în cadrul echipei.

Asistentul șef/ șeful coordonator/ șeful echipei

În modelul îngrijirii integrate are loc o deplasare de accent în sarcinile și responsabilitățile asistentului șef de secție. Accentul funcției va fi pus pe organizarea secției și îndrumarea echipei.

Acesta va trebui pe de o parte să se ocupe mai mult de sarcinile de conducere și sarcinile de pregătire și formare a organizării.

Aceasta înseamnă întărirea funcției de conducător al echipei

Pe de altă parte funcția sa de îndrumător al echipei va primi un accent mai puternic.

El trebuie să aibă grijă ca asistenții medicali respectivi să poată într-adevăr duce răspunderea. Acest lucru pune condiții pentru instruirea, crearea și dezvoltarea consultărilor de activitate, dezvoltarea comunicării orale și în scris.

Cu alte cuvinte, calitatea îngrijirii care decurge de aici este unul din țelurile principale ale asistentului șef de secție.

În final asistentul șef de secție primește funcția de instructor.

Aceasta înseamnă că el trebuie să fie în stare să instruiască asistenții în așa fel încât aceștia să fie capabili nu numai să concretizeze modelul de îngrijire integrată ci și să contribuie la dezvoltarea procesului de îngrijire. Aceasta nu înseamnă că el trebuie să dezvolte singur această instruire, ci trebuie să acționeze ca un stimulent.

### **Referitor la c. Cooperare**

O colaborare în care se lucrează cu repartizarea pacienților, necesită o cooperare strânsă. Pe de o parte membrii echipei au nevoie de ajutor practic, sprijin și aviz, pe de altă parte, cooperarea este necesară în legătură cu continuitatea îngrijirii timp de 24 de ore. Dorința de sprijinire reciprocă, încredere și ajutor reciproc sunt o necesitate. Pe lângă aceasta, îngrijirea integrată are consecințe și pentru cooperarea inter-disciplinară. Să ne gândim aici la întrebarea, cine va avea consultări cu celelalte persoane care oferă ajutor în îngrijirea funcțională și cine în îngrijirea integrată.

### **Referitor la d. Comunicare**

În modelul îngrijirii integrate se pun cerințe mari în legătură cu comunicarea orală și în scris. Continuitatea în îngrijire nu înseamnă numai prezența unui asistent 24 de ore ci și faptul ca fiecare asistent să fie bine informat în legătură cu programul de îngrijire al pacientului.

#### **MIJLOACELE IMPORTANTE DE COMUNICARE ÎN ÎNGRIJIREA INTEGRATĂ SUNT:**

Planul de îngrijire

Schimbul de tură

- informațiile importante sunt comunicate de la o persoană la alta. Asistentul care preia responsabilitatea primește o prezentare a celor ce trebuie să aibă loc în timpul turei lui.

Discutarea pacienților

- se va ține în mod regulat cu scopul de:
- evaluare și eventual adaptare a îngrijirii oferite
- discutarea problemelor de îngrijire și hotărârea unei atitudini comune
- înlocuirea și sprijinirea fiecăruia în purtarea responsabilității pentru îngrijirea totală.

Consultări de lucru

- se vor ține în mod regulat cu scopul de:
- optimalizare a cooperării în echipă.

### **Referitor la e. Activitatea sistematică de îngrijire (ASI)**

ASI se va discuta în alt capitol.