

NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, NEUROCHIRURGIE

REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE,
PSIHIATRIE, NEUROCHIRURGIE

Redacția : București, str. Progresului nr. 8-10, Sectorul I - Telefon 13.89.73 - 14.10.71

VOLUMUL XXIX

APRILIE 2 Iunie

1984

REFERATE GENERALE

Sistem terapeutic psihiatric Aspecte teoretice și practice

M. Lăzărescu, F. Gildău,

Clinica psihiatrică Timișoara, Spitalul de Psihiatrie Jebel

REZUMAT

Inspirându-se din teoria generală a sistemelor și bazându-se pe experiența organizatorică din județul Timiș, autorii dezvoltă ideea de „sistem terapeutic psihiatric zonal”. Se propune un model parțial cuantificabil — de analiză a unei unități psihiatrice, înțeleasă ca sistem și subsistem. Sunt prezentate câteva aspecte ale experienței locale, corelate cu problemele teoretice.

*Psihiatrie
Tratament*

Succesele terapeutice ale psihiatriei contemporane sînt strîns legate și de diversificarea tipurilor de instituții terapeutice (1, 2, 3, 4). În ultimele decenii s-a manifestat o tendință constantă de „deschidere” a staționarului de psihiatrie spre ansamblul vieții sociale. Există chiar intenția de a se pune un accent tot mai mare pe tratamentul extraspitalicesc, intrafamiliar, chiar al psihozelor endogene (5, 6, 7, 8). Dar, acest fapt grevează în mod serios familia și societatea, negarantînd rezultate semnificativ mai bune. În consecință într-un viitor previzibil, spitalul de psihiatrie nu va dispărea. Tot în ultimele decenii s-a sedimentat ideea că orice instituție psihiatrică trebuie evaluată în cadrul unui sistem terapeutic psihiatric zonal (9, 10, 11). Acesta este format dintr-un ansamblu articulată și relativ centralizat de unități psihiatrice de tip staționar

și de tip ambulatoriu. El servește, în primul rând, un teritoriu dat. Unitățile sale pot servi însă, prin unele funcții specifice, și zone mai îndepărtate. Fiecare unitate psihiatrică este, în același timp, un sistem relativ independent și un subsistem al sistemului terapeutic psihiatric zonal și național. Acesta, la rândul său, pe de o parte, se află integrat, în sistemul terapeutic medical, pe de altă parte, în ansamblul sistemului social local și general contemporan. În această perspectivă, credem, teoria generală a sistemelor poate fi de folos într-un demers de conceptualizare a „sistemului terapeutic psihiatric“ (12, 13, 14, 15, 16, 17). Am sublinia însă că această teorie, ce se poate aplica cu succes sistemelor vii și, pînă la un punct, sistemelor sociale, nu deschide o perspectivă suficientă pentru specificul uman al spiritualității; specific care, în cadrul terapeutic psihiatric la care ne referim, l-am indica sub denumirea generică de „axioterapie“ (18).

În comunicarea de față se va încerca, în primul rând, să se prezinte un model de analiză relativ standardizat — și care ar putea fi cantificat — al unei unități terapeutice psihiatrice, considerată ca subsistem al unui sistem terapeutic zonal. Acest fapt e cu atît mai necesar, cu cît instituțiile psihiatrice au luat ființă în variate împrejurări și se bazează pe variate tradiții.

Ulterior, se va încerca prezentarea unor aspecte ale experienței organizatorice și terapeutice a unui astfel de sistem (cel al județului Timiș), pe baza sintezei datelor din ultimii 10 ani (1972—1982). Comunicarea nu are caracterul unei cercetări efectuate după o metodologie precisă. Ea încearcă să construiască un instrument metodologic de analiză și comparație a diverselor instituții și sisteme terapeutice.

Pentru caracterizarea unei instituții psihiatrice, propunem următorii parametri :

1. *GRADIENTUL INTEGRARE/INDEPENDENȚĂ*. O unitate psihiatrică poate fi puternic integrată într-un sistem supraiacent homolog (int. hom.). Așa este, de exemplu, o „secție exterioară“ relativ mică a unui mare spital de psihiatrie. O integrare parțială homologă (int. part. hom.) puternică se realizează în cazul unei secții de psihiatrie care ocupă un nivel într-un spital general etajat. Integrarea e ceva mai mică în cazul spitalului pavilionar sau al secțiilor aflate la distanță de centrul spitalicesc. Ea este și mai scăzută — în perspectiva integrării în sistemul medical general — în cazul unui spital de psihiatrie independent, aflat la periferia orașului sau în mediu rural. În aceste ultime cazuri, se ridică însă problema gradului de integrare (subordonare, dependență, incluziune) a acestei unități într-un sistem psihiatric supraiacent centralizat, precum și problema integrării lor în comunitatea umană proximă. Această ultimă problemă joacă un rol important, mai ales pentru unitățile plasate în mediul rural sau în localități mici și ea exprimă gradul de integrare heterologă (int. het.). Scăderea gradului de integrare homologă — înțeles ca subordonare și dirijare strictă — asigură mai multă libertate și inițiativă de acțiune conducerii instituției, putînd crea însă condiții pentru o disciplină mai laxă, pentru o conducere mai arbitrară și pentru accentuarea subordonării (dependenței) heterologe (față de forurile administrative locale, comunale etc.). Integrarea, fie ea homologă, parțială homologă sau heterologă, s-ar putea nota cu trei grade, de la slab = 1, la intensă = 3. Într-un limbaj prescurtat, ușor formalizat, s-ar putea nota în legătură cu o unitate psihiatrică, de exemplu : int-hom. = 1 ; int. p. hom. = 2, int. het. = 3 etc. Desigur, astfel de

„formalizări“ ar fi strict orientative, în raport cu precizările și caracterizările de rigoare.

2. **GRADIENTUL ÎNCHIDERE (STAGNARE)/DESCHIDERE (MOBILITATE)**. Acest parametru se referă la populația spitalului, la raporturile acestuia cu instituția și la raporturile reciproce dintre persoane. Populația instituției poate fi împărțită în două grupe: A. cei tratați și B. cei care tratează și participă la terapie. În instituțiile cu un grad mic de deschidere, și deci cu un grad mare de închidere (stagnare), ambele populații sînt în mare măsură staționare. Pacienții stau mult timp internați, iar terapeuții locuiesc în incinta spitalului sau în apropiere, se deplasează puțin și întrețin raporturi strînse interpersonale. Astfel sînt mai ales spitalele din mediu rural, care au internați mulți bolnavi „cronici“. În instituțiile cu grad mare de mobilitate atît pacienții, cît și terapeuții petrec un timp mai scurt în staționar, avînd relații interpersonale mai laxe; astfel ar fi, de exemplu, o secție de psihiatrie a unui spital urban. Ca formule intermediare se pot menționa, sanatoriile de nevroze, în care terapeuții sînt constanți și pacienții mobili etc. Dacă, în același spirit al unei „formalizări“ parțiale, am califica mobilitatea (mob.) populației prin 3 valori, de la mică = 1, la mare = 3, atunci am putea indica gradul de „deschidere“ (des.) a unei instituții — de exemplu, sanatoriul de nevroze menționat — astfel: *des. : mob. A = 3, mob. B = 1*. Problema trebuie însă privită mai nuanțat, deoarece, așa cum se va comenta mai departe, populația A poate fi constituită în același timp și din bolnavii „cronici“ și din „acuți“, iar populația B se subdivide, la rîndul ei, în mai multe subgrupe.

3. **GRADIENTUL „LUME NORMALĂ“/„LUME ALIENATĂ“**. Structura generală a unei instituții psihiatrice este totdeauna o expresie a unei socioculturi date, reorganizată însă prin raportarea la lumea alienată psihopatologic. Lumea normală este prezentă în mod efectiv în interiorul instituției prin: a) modelarea ei prin programe sociopsihoterapice; b) integrarea instituției în viața comunității locale și a marii societăți, cu intrarea evenimentelor și problematicii acestei vieți în spital pe diverse canale (prin intermediul terapeuților sau prin presă, radio, TV și altele); c) restanțul de „lume normală“, pe care orice pacient îl aduce cu el odată cu internarea (și care e mare la nevrotici, psihopați etc.); d) relațiile cu aparținătorii „normali“, care vin din „exterior“ și vizitează pacientul sau îl asistă timp mai îndelungat; e) externările provizorii ale pacientului, care se reîntorc împregnat de evenimentele vieții sociale extraspitalicești și rearticulat parțial cu lumea sa normală, habituală; f) „lumea normală“ a personalului terapeutic-medical și ajutător, inclusiv cel administrativ. La acest ultim punct merită subliniat faptul că „lumea normală“, în general, și deci și cea a personalului medico-administrativ al instituției, are în mod structural un potențial de devianță (anormalitate, imaturitate, reactivitate exagerată), care în mod obișnuit este puțin vizibil, fiind dominat de sinteza prezenței normale în lume. Acest potențial, în cadrul instituției psihiatrice, poate apărea mai ușor la suprafață sub forma agresivității, anxietății, tendinței de asigurare sau dominare compensatorie etc. În această perspectivă trebuie analizat în ce măsură sînt prezente valențe psihopatologice la medici și care este gradul de „normalitate“ a personalului medical ajutător și de îngrijire, grup uman care păstrează contactul cel mai prelungit cu pacienții și ale căror modalitate și comportament sînt

deosebit de importante pentru terapie. Toți partenerii menționați mai sus sînt greu cantificabili și chiar greu de apreciat global, deoarece depind de foarte mulți factori și de o populație heterogenă. Totuși, o studiere detaliată ar putea evalua dacă populația medicală ajutătoare, cea a infirmierilor și îngrijitorilor, se caracterizează prin echilibru sau e dominat de tendințe agresive, anxioase, de comportamente „primitive“ sau deviante. De asemenea, s-ar putea evalua într-un fel dacă vizitățile și externările provizorii sînt extrem de reduse sau au o anumită amploare. Oricum, o evaluare s-ar putea face doar pe baza unui studiu și a evidențierii unor date obiective, calitative și cantitative.

La acest capitol trebuie menționat faptul că efortul terapeutic intrainstituțional se desfășoară deseori în direcția unei normalități ideale (epurate, omogene, standardizate). În raport cu un grup „cuminte“ de schizofreni „normalizați“, care pleacă în excursie împreună cu terapeuții lor, comportamentele deviante se pot deseori constata mai ales la aceștia din urmă.

În cadrul sistemului terapeutic zonal Timiș, s-au experimentat și variate forme de „implementare“ a „vieții normale“ în mijlocul instituției psihiatrice, cu intenția ca aceasta să devină o parte firească a comunității locale.

Menționăm în acest sens o experiență socioterapeutică locală, efectuată la unul din marile spitale ale sistemului terapeutic zonal, aflat în mediu rural, la 20 km de Timișoara. Spitalul (din Jebel) are 670 paturi, o relativă independență, o mobilitate medie (raport echilibrat între pacienții cu evoluție îndelungată și cei cu internări scurte : medicii locuiesc în oraș, iar restul personalului, în comună). Integrarea în sistemul psihiatric zonal este destul de strînsă, dar și integrarea heterologă în viața comunei este importantă. În acest context s-au luat următoarele inițiative : a) în incinta spitalului s-a amenajat un teren de fotbal, iar echipa comunei și-a desfășurat antrenamentele și întîlnirile oficiale în acest cadru. S-a creat astfel ocazia ca periodic (aproape permanent) lumea extraspitalicească să pătrundă în spital (prin sportivi, suporteri etc.), transformînd spațiul acestuia într-un loc de reuniune comunitară, într-o „agora“ a vieții obișnuite, normale. Desigur, la antrenamente și meciuri participă ca spectatori și pacienții internați, împreună cu aparținătorii aflați în vizită. Merită subliniat că, cu ocazia întîlnirilor sportive, „evenimentele psihopatologice“ (turbulență, evaziune etc.) din spital s-au redus semnificativ. De asemenea, publicul spectator al acestui teren a fost apreciat de către arbitrii și spectatori ca fiind cel mai obiectiv și cu cel mai înalt grad de „fair play“ din campionatul zonal.

O a doua „experiență“, desfășurată în aceeași instituție, a constat în amenajarea unei săli în care formații artistice din țară, aflate în deplasare în zona respectivă, au prezentat spectacole destinate publicului comunei și comunelor din jur, dar la care au putut participa și salariații spitalului și pacienții. S-a constatat aceeași acțiune pozitivă de scădere a „evenimentelor psihopatologice“ și de raportare adecvată la evenimentul cultural.

Datele prezentate mai sus indică una din căile posibile de creștere a cuantumului de „lume normală“ în interiorul staționarului psihiatric, cale diferită de „resocializare“ pacientului prin învoiri și externări provizorii.

4. **STRUCTURA IMPERSONALĂ A INSTITUȚIEI.** La acest capitol se pot nota :

4.1. *Clasa indicilor cantitativi curenți.* O instituție terapeutică poate fi caracterizată și prin mărimea ei, prin numărul de paturi, de personal angajat, prin numărul zilelor de spitalizare, prin indicii de rulaj, de utilizare a paturilor etc. Și, în general, prin indicii de eficiență raportați la costul global — sau defalcat — al asistenței psihiatrice. La acest capitol, pot fi menționați și diverși indici financiari — care rezultă din autogospodărire, ergoterapie etc. — și participă la autoîntreținerea instituției. Toate aceste date pot fi prezentate cifric. Pentru instituțiile mari, ar fi utilă o caracterizare analitică a subunităților (secțiilor).

4.2. *Organizarea spațială a instituției* are și ea o mare importanță, mai ales în perspectiva spațiului adecvat care poate fi util pentru „mobilizarea“ pacienților și pentru diverse activități socioergoterapice (19, 20). Gradul de confort, gruparea pacienților, organizarea spațială a instituției „pe verticală“ sau „pe orizontală“, toți acești parametri merită a fi relevați, ținându-se seama și de standardul obiceiurilor și tradițiilor locale. Acest parametru ar putea fi și el pînă la un punct „tipizat“, menținându-se, de exemplu, instituții care au sau nu au curte, parci, zonă sportivă etc., instituții cu gard de confort redus sau crescut, cu sistem pavilionar sau etajat etc.

4.3. *Clasa tipurilor de servicii.* E necesar ca fiecare instituție să aibă o evidență explicită a tipurilor de servicii de diagnostic și tratament pe care le are „montate“ sau „în acțiune“, cu menționarea ariei de desfășurare a acestora și a nivelului lor calitativ. Astfel, la capitolul diagnostic se poate inventaria situația laboratorului de biochimie sau a celui de psihodiagnostic (ce probe se folosesc, la cîți pacienți etc.). În sectorul terapeutic se poate preciza prezența sau absența diverselor modalități terapeutice, de exemplu: terapie electroconvulsivantă, insulinoterapie, chimioterapie (cu specificații), socioterapie, ergoterapie, psihoterapie etc. (toate cu precizări tehnicometodologice și cu specificații privitor la varietate, cantitate, calitate etc.) (21). O inventariere și o evaluare cu trei note a amplitudinii și eficacității fiecăruia din aceste servicii ar fi, pînă la un punct, posibilă.

4.4. *Organizarea și funcționarea „structurilor deontice“* (22). În orice instituție, la fel ca în societate, funcționează explicit și implicit un ansamblu de prescripții, de norme, care stabilesc ceea ce este permis, interzis și obligatoriu. Aceasta se materializează în normative și regulamente de funcționare, în modalități relativ standardizate de acțiune profesională sau de relații interpersonale (ultimele, bazate pe obiceiuri, tradiții, cunoștințe, recomandări, regulamente, prescripții). Normele deontice se distribuie în diverse sectoare de funcționare, dar mai ales în cel administrativ și în cel terapeutic. În această perspectivă se poate evidenția cum toate prescripțiile și acțiunile terapeutice modelează într-un fel existența pacientului (prin interdicții, obligații sau permisivități alimentare, de mișcare, de comunicare, de vestimentație, expresivitate, activitate etc.; aceeași acțiune o au, pînă la un punct, și medicamentele utilizate în psihiatrie). O instituție poate fi caracterizată, global și sectoral, prin predominarea permisivităților sau a imperativelor de interzis-obligatoriu (de exemplu, interdicția de a îmbrăca haine civile, de a ieși din spital, de a se manifesta variat etc.). În caracterizarea unei instituții, structura sa deontică poate fi evaluată și evidențiată. Manipularea permisivităților și imperativelor în cadrul unei instituții joacă un rol nota-

bil în ansamblul factorilor terapeutici contextuali (această perspectivă a fost mult exploatată și dezvoltată de partizanii terapiei comportamentale prin intermediul „condiționării operante“).

5. **POPULAȚIA SPITALULUI DE PSIHIATRIE** poate fi divizată — așa cum s-a menționat — în : A grupa celor tratați și B grupa terapeutică și adjuvantă. Această populație merită cunoscută analitic, deoarece ultimele decenii au relevat că ea se constituie spontan sau deliberat într-o comunitate terapeutică (23).

5.1. *Populația A* este neomogenă, în funcție de boala de care suferă. În această perspectivă, instituțiile terapeutice pot fi profilate în : instituții de terapie a nevrozelor, alcoolismului, schizofreniei, instituții de asistență a celor cu tentativă de suicid, a „cronicilor“ (oligofreni, demenți etc.). Orice instituție existentă își poate face o imagine reprezentativă a structurii cazuistice care o caracterizează, dacă analizează, de exemplu, 5 ani de activitate. În cadrul definirii instituției din această perspectivă, un rol relativ important îl joacă raportul dintre cazurile „cronice“ (cu evoluție îndelungată) și cele care stau puțin timp în staționar. Și la fel, rata reinternărilor. O evaluare caracterizantă, relativ cantificată, e posibilă și la acest nivel.

5.2. *Populația terapeutică B* se poate diferenția în : a) grupa medicilor ; b) grupa medicală ajutătoare ; c) grupa personalului auxiliar din secție și servicii ; d) grupa administrativă. Aceste grupe se află desigur într-un anumit raport numeric și ierarhic, în relații stabilite prin regulamente (ce precizează obligații, competențe etc.) și în relații informale. Din punctul de vedere al raportului direct cu pacientul internat, relația cea mai constantă și îndelungată în timp o au grupele b) și c). De aceea, raporturile atitudinale ale acestui sector trebuie urmărite, evidențiate și controlate în perspectivă terapeutică de orice lider al unei instituții terapeutice psihiatrice. Faptul este relativ mai ușor pentru cei din grupa b), care pot fi implicați activ și științific în modelarea terapeutică. El este mai dificil pentru cei din grupa c), la care trebuie să se mizeze pe valoarea modelantă a comportamentului spontan, firesc. Cît privește grupa d), aceasta poate fi un factor terapeutic important prin colaborarea pe care o poate realiza cu grupa a). Grupa a) realizează, în schimb, cea mai mare „apropiere“ psihologică față de pacient.

Grupa a) (a medicilor) se constituie de obicei într-o microgrupă cu o dinamică afectivă ce poate fi evidențiată și care merită să fie cunoscută. Cheia acestei dinamici este situația și atitudinea liderului, care poate fi clasificată, în raport cu tradiția psihosociologică, în : — grupa condusă de un lider autoritar ; — de un lider excesiv de permisiv sau de un lider democratic. Desigur, în raport cu aceste formule clasic-didactice, există multiple variante, nuanțări și combinații.

În cadrul microgrupeii de medici, totdeauna e prezentă o dinamică afectivă, care susține un sistem de coaliții. În raport cu liderul oficial, a cărui instituire ține de multiplii parametri care pot fi exteriori dinamicii afective a grupeii, poate apărea și un lider informal, care se instituie ca opozant și polarizează în jurul său un număr de membri. În raport cu cele două grupe rivale, pot exista și persoane ce se țin la o parte (dînd, eventual, sfaturi tuturor), precum și persoanele duplicitare care, făcînd parte dintr-o grupă, pactizează și cu cealaltă. În această dinamică afectivă a „coalițiilor“ sînt de obicei incluși și membrii grupeii administrative. Dinamica afectivă tensionată în cadrul grupeii conducătoare apare cu

atît mai frecvent, cu cît instituția este mai izolată și are un grad mai mare de „stagnare“. Ea trebuie evidențiată, pentru a se realiza reducerea la minim a tensiunilor și conflictelor care macină energiile grupei terapeutice, prin angajarea colectivului în sarcini comunitare.

În caracterizarea unei instituții se poate nota tipul de conducere și de dinamică afectivă și se poate evalua situația tensională din cadrul populației B) ca fiind : mică = 1, moderată = 2 și mare = 3. Desigur, un studiu microsociologic poate releva și aspectele concrete ale dinamicii afective, ale coalițiilor etc.

Orice acțiune terapeutică explicită, întreprinsă asupra unui pacient internat, are drept fundal și context această situație a instituției, înțelesă ca microcosmos (24). Pe lângă factorii terapeutici aplicați conștient, sau care acționează spontan, însăși internarea poate avea valențe terapeutice prin : — prestigiul terapeutic al unei anumite instituții ; — funcția de protecție, sprijin, ordonare existențială, scutire de stresuri și de sarcini ; — izolare și privare informațională și socioprofesională (funcția „monahală“, ce favorizează replierea pe sine, autoanaliza, meditația interioară transformatoare) ; — ocazia de „resocializare“ prin noi experiențe „sociopsihoterapice“ și existențiale ; — „șocul existențial“ al internării etc.

Datele prezentate mai sus ar putea constitui baza unei „formalizări“ parțiale, care să permită analiza potențialului terapeutic real al diverselor unități psihiatrice, potențial care nu rezultă în mod nemijlocit și simplu din numărul de paturi, din indicii de utilizare și rulaj sau numărul de psihiatri.

BIBLIOGRAFIE

1. MÜLLER C. — Psychiatische Institutionen, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg — New York, 1981.
2. ERNST K. — Zur Geschichte der Psychiatrie und ihrer Krankenhäuser, în : Krankenhaus-psychiatrie (sub red. Reimer F.), Ed. Fischer, Stuttgart, 1977, p. 3—6.
3. PANSE F. — Das psychiatrische Institutionen, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg — New York, 1964.
4. FEIGELSON E. B. — Overview of Psychiatric Hospitalisation, Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. III, Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, p. 2 359—2 361.
5. HERZ I. M. — Partial Hospitalization, Brief Hospitalization and After care, în : Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. III, Ed. Williams, & Wilkins, Baltimore, 1980, p. 2 368—2 381.
6. AMIEL R., ARMAND-LAROCHE T. L. — Etablissements extrahospitaliers, Enc. méd. chir. Psychiatrie, vol. V, 37 958—A¹⁰, 1970.
7. REVERZY J. F. — Nouvelles structures intermédiaires et mouvements de désinstitutionalisation, Enc. Méd. Chir. Psychiat., vol. V, 37 930 N¹⁰, 1980, Paris.
8. WING K. J. — The management of schizoprenie in the comunity, în : Psychiatric Medicine (sub red. Usdin), Ed. Brunner Mazel, New York, 1977, p. 427.
9. BAUER M. — Sektorische Psychiatrie, Ed. F. Enke, G. Fischer, Stuttgart, 1977.
10. FREUDENBERG R. K. — Community facilities and sectorisation, în : Psychiatric der Gegenwart, ed. a 2-a, vol. III, Ed. Springer, Berlin-Heidelberg — New York, p. 261—268.
11. MIGNOT H. — Le secteur, Enc. Méd. Chir. Psychiat., vol. VI, 37 955 A¹⁰, Paris, 1967.
12. BERTALANFFY L. — General System Theory and Psychiatry, în : American Handbook of Psychiatry, vol. III (sub red. Silvano Arieti), Basic Books Inc. Publ., New York, 1966, p. 705—722.

13. BERTALANFFY L. — System, Symbol and the Image of Man, in : The interface between Psychiatry and Antropology (sub red. Iago Goldston), Brunner Mazel Publ., New York, 1971, p. 88—119.
14. GRAY W., DUHL F., RIZZO M. — General System Theory and Psychiatry, Ed. Little Browns, Boston, 1969.
15. GRINKER R. — The relevance of General System Theory to psychiatry, in : American Handbook of Psychiatry (sub red. Silvano Arieti), vol. VI, ed. a 2-a, Ed. Basic Books Inc. Publ., New York, 1975, p. 251—272.
16. MILLER G. — General Living System Theory, in : Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of psychiatry, vol. III (sub red. Kaplan H. J., Sedok B. J.), Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1981, p. 12—13.
17. LĂZĂRESCU M., GÎLDĂU FL. — Sistem terapeutic psihiatric, Comunicare la Consfătuirea Națională de Psihiatrie, Timișoara, septembrie, 1978.
18. LĂZĂRESCU M. — Sistem terapeutic psihiatric și axioterapie, Comunicare la Consfătuirea Națională de Psihiatrie, Iași, octombrie, 1980.
19. SIVADON P. — Architecture psychiatrique, Enc. Méd. Chir. Psychiat., vol. VI, 37 925 C¹⁰, Paris, 1968.
20. WINKLER W. T. — Das psychiatrische Krankenhaus ; Organisatorische und bauliche Planung, in : Psychiatrie der Gegenwart, ed. a 2-a, vol. III, Ed. Springer, Berlin-Heidelberg — New York, 1975, p. 221—260.
21. GUYOTAT — Psychothérapie institutionnelle, in : Psychothérapie médicale, Ed. Masson et Cie, Paris, 1978.
22. LĂZĂRESCU M. — Un model de administrare a spitalului de psihiatrie, perspectivă deontică, in : Probleme actuale de informatică și conducere, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
23. ROBINS L. — The Hospital as a therapeutic Community, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. III (sub red. Kaplan J., Freedman A., Sadock B.), Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, p. 2 362—2 367.
24. LĂZĂRESCU M. — Funcția psihoterapeutică a spitalului de psihiatrie, Comunicare la Consfătuirea Națională de Psihoterapie, Sibiu, 1974.

Articol intrat în redacție la 28.III.1983.

Indicele de clasificare : 616.89—08

S U M M A R Y

M. Lăzărescu, Fl. Gîldău — A PSYCHIATRICAL THERAPEUTIC SYSTEM. THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS

Inspired from the general systems theory, and on the basis of organizational experience in the Timiș County, the authors develop the concept of „zonal psychiatric therapeutic system“. A partially quantifiable model is proposed for the analysis of a psychiatric unit taken as a system, and as a sub-system. Several aspects are presented, of the local experience, correlated to theoretical problems under study.

Р Е З Ю М Е

М. Лăзăреску, Фл. Гьлдăу — ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ СИСТЕМА ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Руководствуясь данными из общей теории систем и основываясь на организаторском опыте, накопленном на территории уезда Тимиш, авторы развивают мысль „зональной психиатрической лечебной системе“. Предлагается частично квантовая модель анализа психиатрического учреждения, понятого в смысле системы и подсистемы. Излагаются некоторые аспекты местного опыта, в связи с сообщаемыми теоретическими вопросами.