

## **Concluzii**

1. Toate CCSM existente în RM sunt diferite din punct de vedere al organizării activității și funcționalității.
2. CCSM existente au diferite documente ce reglementează funcționarea lor și componență diferită de personal.
3. Personalul este competent, a beneficiat de multiple instruirii din cadrul diverselor proiecte.
4. Calitatea serviciilor, satisfacția personalului și a beneficiarilor nu este monitorizată la nivel în toate CCSM.
5. Finanțarea centrelor este din diferite surse și calcularea lor diferă de la caz la caz.

## **Bibliografie**

1. Chihai J., Boderscova L. Promovarea Sănătății Mintale. Stigma și discriminarea, Chișinău, 2008, ghid practic, 17 p.
2. Hotineanu M. și alții. Politica de sănătate mintală ca o strategie. În: Revista de Sănătate Mintală. 2004, nr.1, mai. p. 95-99.
3. Nacu A., Chihai J. Reabilitarea bolnavilor psihici în serviciile comunitare de sănătate mintală. Chișinău, 2009
4. Politica Națională de Sănătate în Republica Moldova în perioada 2007-2021. Chișinău, 2007, 65 p.
5. Tintuc D. și alții. Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale. Chișinău, 2007, 211 p.

## **REABILITAREA PSIHIATRICĂ – O METODA EFICIENTA DE INCLUZIUNE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE (REVISTA LITERATURII)**

**Jana Chihai, Cezar Babin, Ghenadie Caraușu**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Psychiatric rehabilitation - an efficient method of social inclusion of people with mental disorders***

All patients suffering from severe and persistent mental illness require rehabilitation. The goal of psychiatric rehabilitation is to help disabled individuals to develop the emotional, social and intellectual skills needed to live, learn and work in the community with the least amount of professional support. The overall philosophy of psychiatric rehabilitation comprises two intervention strategies. The first strategy is individual-centered and aims at developing the patient's skills in interacting with a stressful environment. The second strategy is ecological and directed towards developing environmental resources to reduce potential stressors. Most disabled persons need a combination of both approaches. The refinement of psychiatric rehabilitation has achieved a point where it should be made readily available for every disabled person.

### **Rezumat**

Toți pacienții care suferă de boli mintale severe și persistente au nevoie de reabilitare. Scopul reabilitării psihiatrice este de a ajuta persoanele cu dizabilități mintale să își dezvolte abilitățile emoționale, sociale și intelectuale necesare pentru a trăi, învăța și munci în comunitate, cu un sprijin cât mai puțin profesional. Filosofia generală de reabilitare psihiatrice cuprinde două strategii de intervenție. Prima strategie este centrată pe individ și are drept scop dezvoltarea competențelor pacientului în interacțiunea cu un mediu stresant. A doua strategie este ecologică și orientată spre dezvoltarea resurselor de mediu pentru a reduce factorii

potențiali de stres. Cele mai multe persoane cu handicap au nevoie de o combinație a celor două abordări. Rafinamentul reabilitării psihiatrice a atins un punct în care ar trebui să fie ușor accesibil pentru fiecare persoană cu dizabilități mintale.

Scopul de reabilitare psihiatrice (RP) este de a ajuta persoanele cu boli mintale grave și persistente de a dezvolta abilitățile emoționale, sociale și intelectuale necesare pentru a trăi, învăța și munci în comunitate, cu un sprijin profesional minimal. Deși reabilitarea psihiatrică nu neagă existența sau impactul bolii mintale, practica de reabilitare ajuta la schimbarea percepției acestei boli. Prin urmare, rezultatele măsurate, în afară de condițiile clinice, devin relevante. În special rolul funcționării sociale - inclusiv relațiile sociale, de muncă și de petrecere a timpului liber, precum și calitatea vieții și povara familiei - este de interes major pentru persoanele cu dizabilitati mintale care trăiesc în comunitate.

### **Cadrul conceptual:**

Filosofia generală de reabilitare psihiatrică în tulburări mentale cuprinde două strategii de intervenție. Prima strategie este individual-centrată și are drept scop dezvoltarea competențelor pacientului in interacțiune cu un mediu stresant. A doua strategie este ecologică și orientată spre dezvoltarea resurselor de mediu pentru a reduce factorii de stres potențiali. Cele mai multe persoane cu dizabilități mintale au nevoie de o combinație a celor două abordări.

Cele mai importante puncte pentru o bună înțelegere a reabilitării psihiatrice:

1. Este preocupat de individ, în contextul de mediul său specific.
2. Sprijinirea persoanelor cu dizabilități pentru a identifica obiectivele lor personale.
3. Procesul de planificare de reabilitare se concentrează pe punctele forte ale pacientului. Practician trebuie să lucreze cu "partea bună a ego-ului" deoarece "există întotdeauna o parte intactă a ego-ului la care eforturile de tratament și de reabilitare pot fi direcționate".
4. Acest lucru ține de un concept strâns legat de: scopul reabilitării ajută de a restabili speranța la viață a acestor persoane, care au suferit eșecuri majore și subestimări din cauza bolilor.
5. Reabilitarea psihiatrică nu poate fi impusă.
6. Reabilitarea psihiatrică ține de respectul major al personalității și drepturilor individuale, încalitate de partener egal și susține implicarea lui sau a ei în ceea ce privește toate aspectele legate de tratamentul și de procesul de reabilitare.
7. Aceste valori de reabilitare sunt, de asemenea, incluse în conceptul de recuperare. În cadrul conceptului de recuperare, alianta terapeutică joacă un rol esențial în implicarea pacientului în autoplanificarea îngrijirii sale. Cel mai important factor în recuperare este de a facilita sprijinul colegilor. Prin urmare, reabilitarea psihiatrică este, de asemenea, un exercițiu în construire de rețele sociale.
8. În cele din urmă, persoane cu tulburari mintale si ingrijitoriilor, preferă să se vadă încalitate de consumatori de servicii de sănătate mintală cu un interes activ in procesul de învățare despre tulburările mintale și în selectarea abordările respective de tratament.

***I strategie de RP este dezvoltarea aptitudinilo rpacientului în interacțiunea cu un mediu stresant.***

Abordarea actuală în RP constă în:

1. Propria lor locuință, adică asistența locativă;
2. O educație adecvată și o carieră de muncă semnificativă, adică reabilitarea vocațională și profesională;
3. Satisfacerea relațiilor sociale și intime, adică reabilitarea socială și recuperarea psihologică;
4. Participarea la viața comunității cu drepturi depline de cetățean.

Mai jos vom face un mic reviu scurt a fiecărei abordări a I strategii de RP.

**Asistența locativă**- este descrisă în Conceptul de **residența continuă (RC)** – case/locuințe protejate. Serviciul „Locuință protejată” oferă sprijin persoanelor cu dizabilități mintale care doresc să trăiască în propria lor casă, fiind asistați pentru depășirea unor impedimente în realizarea unei vieți autonome. Acest tip de serviciu este disponibil pentru persoanele cu dizabilități mintale, care au atins majoratul și nu au posibilitatea de a locui împreună cu propria familie, dar posedă un grad suficient de autonomie, care le permite o viață independentă. Sintagma dată a început să fie utilizată în anii '70 ai secolului XX de către organizațiile active în domeniul dizabilității și incluziunii sociale. Numeroasele proteste organizate de către aceste organizații au dus la oferirea locuințelor protejate și la oferirea posibilității persoanelor cu probleme de sănătate mintală de a trăi independent în societate.

Ducând o viață independentă, persoanele plasate în serviciul de Locuințe protejate au început să se perceapă nu ca pacienți, ci ca o minoritate cu drepturi, care poate avea un trai independent în comunitate. *Beneficiarii nu trebuie să aibă aptitudini speciale, ci doar un minim de abilități de auto-îngrijire.* Se admite ca în cadrul serviciului respectiv beneficiarii au o gravitate diferită a dizabilității, astfel încât să fie posibilă îngrijirea reciprocă. Serviciul „Locuința protejată” se poate clasifica după următoarele criterii (Independent Lives, Morris):

### **I. după nivelul de asistență:**

- *locuințe minim protejate* – asigură asistență, supraveghere și consiliere, ocazional (la nevoie), prin vizite, contact telefonic;
- *locuințe moderat protejate* – asigură asistență, supraveghere și consiliere, planificat și ocazional (la nevoie); personalul de sprijin contactează sistematic beneficiarii (vizite, telefon) sau locuiește împreună cu beneficiarii serviciilor;
- *locuințe permanent protejate* – asigură asistență 24 din 24 de ore: supraveghere, consiliere, îngrijire; personalul de sprijin locuiește împreună cu beneficiarii.

**II. după gradul de intervenție** – organizarea activităților de sprijin se poate efectua în funcție de nevoile beneficiarilor. Acestea pot fi delimitate în trei grade de intervenție:

- *sprijin ocazional*– are drept scop menținerea abilităților de trai independent; asigură asistența cu caracter sporadic (la nevoie); se efectuează prin vizite ocazionale ale personalului desemnat, contacte telefonice; acest mod de asistență este specific locuințelor *minim protejate*;
- *sprijin planificat*– are drept scop menținerea și dezvoltarea abilităților de trai independent; asigură asistența cu caracter sistematic (planificat) și la nevoie; se efectuează prin vizite, contact telefonic; este o modalitate de asistență specifică locuințelor *moderat protejate*;
- *sprijin permanent*– are drept scop menținerea și dezvoltarea abilităților de trai independent; asigură asistența 24 din 24 de ore; personalul de sprijin locuiește împreună cu beneficiarii (sau în proximitate); este asistența specifică locuințelor *maxim protejate*.

### **III. după spațiul locativ în cadrul unui „modul” de locuit**

- *simplex* – include un modul, 2-3 persoane;
- *duplex* – include două module, 3-6 persoane;
- *triplex* – include trei module, 6-8 persoane;
- *quadruplex* – include patru module, 8-10 persoane.

Amenajarea și dotarea *Locuinței protejate* asigură funcționalitate, confort și o atmosferă familială.

**Asistența vocațională și profesională.** Reabilitarea vocațională și profesională a fost un element de bază al reabilitării psihiatrice. Reabilitarea profesională se bazează pe ipoteza că un loc de muncă nu îmbunătățește doar performanțele de activitate, relațiile sociale, etc, dar poate duce, de asemenea, la achiziționarea unor calități cum ar fi respectul de sine și calitatea

vietii. În acest caz muncă și încadrarea în câmpul muncii reprezintă un pas ce distanțează persoana de la dependență și un pas spre integrare în societate.

Reabilitarea profesională își are originea din instituțiile psihiatrice, în cazul în care era o lipsă de activitate și avea ca scop stimularea apatiei și retragerii persoanelor nstituționalizate. Astăzi, terapia ocupațională și prin muncă nu sunt nici mai mult bazate de asistența spitalicească, ci reprezintă punctul de plecare pentru o mare varietate de tehnici de reabilitare care predau competențe profesionale.

Programele de reabilitare vocațională din comunitate oferă o serie de măsuri de promovare graduată de încadrare sau de reincadrare pe piața muncii. Pentru persoanele mai puțin afectate de dizabilitate, sunt utilizate tehnici scurte și concentrate asupra învățării cum să-și găsească un loc de muncă, completarea aplicației și interviuri de angajare.

**Ateliere de lucru protejate (AP)** care furnizează pre-formare profesională, de asemenea, pot fi o ocupație pentru persoanele cu dizabilități mintale.

O consecință a dificultăților în integrarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii a fost creșterea constantă a cooperativelor, care funcționează cu personalul cu și fără dizabilități, ce lucrează împreună în condiții de egalitate și de partajare. Cel mai promițător model de reabilitare profesională este **munca protejată (MP)**.

**Reabilitarea social sau construirea relațiilor.** Formarea competențelor sociale în reabilitarea psihiatrică a devenit foarte populară și a fost promovată pe scară largă. Cel mai important susținător al formării competențelor sociale este Robert Liberman, care a elaborat un ciclu de formare de competențe sistematică și structurată pe la mijlocul anilor 1970. Liberman și colegii săi au ambalat treningul de formare a competențelor în formă de module cu teme diferite. Modulele se axează pe:

- management medicației,
- management simptomelor,
- managementul adicțiilor,
- abilități de bază de comunicare,
- rezolvarea problemelor interpersonale,
- prietenia și intimitatea,
- recrearea și odihna,
- plasarea în câmpul muncii,
- intrarea și reîntrarea în comunitate și
- implicarea familiei.

Fiecare modul este format din zone de competențe. Zonele de competențe sunt predate în exerciții demonstrative cu videoclipuri, jocuri de rol și exerciții de rezolvare a problemelor și în misiuni in vivo și teme. Rezultatele mai multor studii controlate sugerează ca persoanele cu dizabilități pot învăța o gamă largă de abilități sociale.

**Menținerea relațiilor.** Ca o consecință a dezinstituționalizării, povara de îngrijire a căzut tot mai mult pe rudele bolnav mintal. Îngrijirea informală contribuie în mod semnificativ la asistență medicală și de reabilitare. De la cincizeci la nouăzeci la sută din persoanele cu dizabilități traiesc cu rudele lor după tratamentul psihiatric acut. Aceasta este o sarcină pe care multe familii nu le aleg în mod voluntar. Îngrijirea impune o povară semnificativă asupra familiilor. Îngrijitorii în mod regulat trăiesc experiența unui efort sporit de sarcini, mai ales că dispun de resurse de adaptare și de sprijin social redus. Dar familiile reprezintă, de asemenea, sisteme de sprijin, care oferă servicii naturale pentru recuperarea funcționalității.

Rudele destul de des se simt ignorate, nu sunt luate în serios și, de asemenea, se simt insuficient informați de către profesioniștii din domeniul sănătății mintale. De asemenea, se pot simți că contribuția lor în îngrijire nu este apreciată sau că vor fi învinuiți pentru orice probleme a pacienților.

Programe de intervenție familiale au produs rezultate promițătoare. Intervenții de familie sunt eficiente în scăderea ratei de recidivă și, de asemenea, în îmbunătățirea rezultatelor, de exemplu, psiho-sociale de funcționare. Eventual, intervențiile de familie pot reduce povara familiei. În plus, câștigurile de tratament sunt destul de stabile.

### **Participarea la viața comunității cu drepturi depline de cetățean.**

Ca practicieni, suntem adesea confrunțați cu efectele nocive ale stigmatizării și discriminării în viața persoanelor cu boli mentale grave. Există dovezi ample empirice cu privire la consecințele negative ale etichetării și a stigmatizării percepute. Acestea includ demoralizare, calitate scăzută a vieții, șomaj și rețelele sociale reduse. Odată atribuit eticheta „boală mintală” devin conștiente stereotipuri negative aferente, persoanele afectate se așteaptă să fie respinse, devalorizate sau discriminate. Acest ciclu vicios scade șansa de recuperare și de o viață normală. Pe de altă parte, bine integrate, persoanele cu boli psihice prezintă rezultate mai bune în ceea ce privește psihopatologia și a calitatea vieții. Importanța integrării sociale este semnificativă mai ales atunci când se analizează disponibilitatea subiectivă de suport: asistență socială prezice rezultatul în termeni de recuperare de la episoade acute de boală mintală, integrare în comunitate, și calitatea vieții.

Persoanele aflate în contact cu persoane bolnave psihic destul de des au o atitudine mult mai pozitivă. Comunicarea cu persoanele psihic bolnave, de asemenea, reduce distanța socială, care este un argument puternic în favoarea comunității psihiatrice. Toate inițiativele ne demonstrează că eforturile în reintegrarea persoanelor cu boli mentale grave în viața comunității trebuie să fie însoțite de măsuri la nivel de societate.

### ***Strategia II a RP – dezvoltarea resurselor de mediu***

Reabilitarea eficientă necesită un tratament psihiatric specializat și individualizat, care trebuie să fie integrată într-un sistem cuprinzător și coordonat de servicii de reabilitare. Odată cu dezvoltarea sistemelor serviciilor comunitare de sprijin, a devenit evident că este nevoie de a coordona și de a integra serviciile furnizate încât fiecare profesionist implicat să se concentreze pe diferite segmente problematice ale aceluiași pacient. Prin urmare, ca un mecanism cheie pentru coordonarea și integrarea tuturor serviciilor în asistența comunitară este conceptul de management de caz (MC). Elementele de bază ale MC sunt evaluarea nevoilor pacientului, dezvoltarea de planuri de servicii complete pentru pacienți și organizarea sistemului de livrare a serviciilor. Astăzi, deseori managementul de caz oferă servicii directe în mediul natural al pacientului. Acest model se numește managementul de caz intensiv (MCI). MCI este dificil să se distingă de la tratamentul comunitar asertiv (TCA).

Cercetările privind MC și TCA au dat „rezultate mixte”. În timp ce MC tradițional de birou este mai puțin de succes, modelul de TCA la domiciliu a fost dovedit a fi mult mai benefic în comparație cu tratamentul tradițional spitalicesc. TCA poate reduce timpul șederilor în spital dar are efecte moderate sau doar mici în ceea ce ține îmbunătățirea simptomatologiei și funcționarea socială.

Caracteristicile diferite ale serviciilor respective ar putea fi explicate de variațiile organizaționale internaționale. În acest context au fost identificate șase caracteristici de succes ale serviciilor comunitare de reabilitare:

- mai puține sarcini în ce privește causalitatea,
- vizita în mod regulat la domiciliu,
- un procent mare de contacte la domiciliu,
- responsabilitatea pentru îngrijirea medicală și socială,
- echipe multidisciplinare și
- un psihiatru integrat în echipă.

### **Perspective**

Până în zilele noastre, evoluțiile majore în tratament psihiatric și de îngrijire au evoluat prin reabilitarea psihiatrică. Aceasta este partea cea mai vizibilă de îngrijire psihiatrică și, ca

atare, reprezintă legătura cu societatea. Atitudinea publicului față de psihiatrie este în cea mai mare parte influențată de ceea ce realizează reabilitarea. În fapt, Comisia a președintelui SUA despre Libertatea cu privire la sănătatea mintală a declarat că a ajuta persoanele afectate pentru a obține recuperarea funcțională este scopul principal al sistemului de servicii de sănătate mintală. Rafinamentul reabilitării psihiatrice a atins un punct în care ar trebui să fie ușor accesibile pentru fiecare persoană cu dizabilități. Dar noi trebuie să fim conștienți de faptul că există o cale lungă între cercetare și practică. Lehman și Steinwachs, de exemplu, a evaluat modele de îngrijire obișnuite pentru pacienții cu schizofrenie și a examinat rata de conformitate cu recomandările de tratament bazate pe dovezi științifice existente. Rata de conformitate a fost modestă, în general, sub 50%. Se pare a fi evident că tratamentul și practicile curente de reabilitare trebuie să fie îmbunătățite substanțial în funcție de metodele de reabilitare disponibile.

### **Bibliografie**

1. Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. Psychiatric rehabilitation, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002.
2. Grove B. Reform of mental health care in Europe. Progress and change in the last decade. *Br J Psychiatry* 1994;165:431-3.
3. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Royal College of Psychiatrists. Psychiatric rehabilitation. Revised. London: Gaskell, 1996.
6. Schwartz S, Goldfinger S, Ratener M et al. The young adult patient and the care system: fragmentation prototypes. San Francisco: Jossey-Bass, 1983.
7. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia-what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 407):6-10.
8. Liberman RP, Wallace CJ, Hassell J. Rehabounds: predicting readiness and responsiveness to skills training: the Micro-Module Learning Test. *Psychiatr Serv* 2004;55:764-6.
9. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Commun Ment Health J* 2005;41:141-58. 156 October 2006
10. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J et al. The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECC A study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002;11:198-205.
11. Rogers ES, Anthony W, Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J* 2004;40:437-50.
12. Kopelowicz A, Liberman RP. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 1995;3:55-64.
13. Liberman RP, Glynn S, Blair KE et al. In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry* 2002;65:137-55.
14. Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003;18:285-9.
15. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:526-34.
16. Lauber C, Nordt C, Falcató L et al. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Commun Ment Health J* 2004;40:265-74.
17. Mueller B, Nordt C, Lauber C et al. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2006;62:39-49.

18. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. SchizophrBull 1995;21:657-68.

## UNELE PARTICULARITĂȚI ALE TUBERCULOZEI PULMONARE LA PACIENȚII CU MALADII PSIHICE

Iurie Pavlov<sup>1</sup>, Cezar Babin<sup>2</sup>, Ghenadie Cărăușu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMSP Spitalul Clinic Psihiatrie

<sup>2</sup>Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Some characteristics of lung tuberculosis in patients with mental diseases*

The aim of this article was to study the clinical features and treatment of tuberculosis in patients with psychiatric disorders. This article presents epidemiological, pathogenesis and diagnostical data of these patients, the clinical picture of primary patients and those with prolonged hospitalization. The study shows that patients with mental illness and tuberculosis, the inpatient psychiatric treatment encounter a lot of difficulties.

### Rezumat

Scopul lucrării a constat în studierea particularităților clinice și de tratament ale tuberculozei la bolnavi cu tulburări psihice. În articol sunt prezentate date epidemiologice, patogenetice și de diagnosticare ale acestor bolnavi, tabloul clinic al pacienților primari și celor cu spitalizare îndelungată. Studiul demonstrează că depistarea tuberculozei la pacienții cu boli mintale, tratamentul lor în staționarul psihiatric, întâmpină dificultăți.

### Actualitatea

Influența tuberculozei asupra psihicului constituie o problemă multdisputată, datorită absenței de specificitate a manifestărilor psihice la bolnavii de tuberculoză și datelor statistice contradictorii privind incidența cazurilor de tuberculoză la bolnavii mintali, iar în ultimul timp și apariției de tulburări mintale sub influența tratamentului antibacilar [2, 3, 5, 6]. În prezent, incidența și letalitatea prin tuberculoză în spitalele psihiatrice este mai mare decât în populația generală [1, 4, 8]. Cercetările contemporane demonstrează că asupra psihicului, precum și a întregului organism uman o acțiune specifică o are nu numai BAAR, dar și medicamentele utilizate împotriva BAAR [7, 9, 10].

### Scopul

Studierea particularităților clinice ale tuberculozei la bolnavi cu tulburări psihice, instituirea tratamentului în acest context.

### Material și metode

Au fost luați în studiu 29 pacienți, cu tuberculoză pulmonară, asistați în IMSP Spitalul Clinic Psihiatrie.

### Rezultate

Despre implicarea tuberculozei în unele boli psihice a vorbit încă Hipocrate, care a numit ftizia consumpție, afirmând că „suprimarea sputelor ftizicilor duce la rătăcirea rațiunii”. Mead descrie primul, în 1767, psihozele de origine tuberculoasă, fără a da însă o explicație precisă asupra agentului patogen. Ulterior Clouston (1864) și Voisin (1878) vorbesc despre „monomanii sau hipermanii ftizice”.

La începutul secolului trecut letalitatea prin tuberculoză în categoria alienaților mintali din clinica „Costiugeni” ajungea la 23% din numărul decedaților, ceea ce reprezenta media din