

6. Sondaje tematice periodice care ar permite urmărirea evoluțiilor în timp al fenomenului consumului de alcool.

Bibliografie

1. www.expert-grup.org ;
2. www.cnaa.md ;
3. www.statistica.md ;
4. Centrul analitic independent Expert Group, Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și impactului. Chișinău, 2008 ;
5. Эпидемиологические исследования в наркологии. Лекции по клинической наркологии (под ред. Иванца Н.Н.). – М. Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркотикам». – 1995 г. ;
6. Cosman Doina, Sinuciderea. Studii în perspectivă biopsihosocială. Risoprint, Cluj-Napoca, 1999;
7. Lupu Iustin, Zanc Ioan. Sociologie medicală. Teorie și practică. Editura Polimorf, 1999 ;
8. Materialele Conferinței Naționale de Psihiatrie și Narcologie. Miercurea-Ciuc, 27-30.06.2002
9. Materialele congresului de psihiatrie cu participare internațională. Chișinău, 27-28 mai 2004;
10. Boeșteanu P., Nedelciuc Gh., Berlescu M., Tentative suicidare în alcoolism. Chișinău, 2002 ;
11. ICD 10, Clasificarea tulburărilor mentale și de compotrament (simptomatologie și diagnostic clinic). Editura ALL, OMS, 1998;
12. Brown S.A., Schuckit M.A., Changes in depression alcoho dependence: charges in prevalence with drinking status. Brit. J.Psychiat, 1995, vol. 166, No. 2 ;
13. Иванец Н.Н., Пособие по наркологии. Медпрактика. М., 2002, том 2 ;
14. Наджарин А.В., Возрастные особенности наркологических заболеваний (в руководстве по наркологии под ред. чл. корреспондента РАН, МЕДПРАКТИКА, М., 2002, том 2 .

TERAPIA COMUNITAR AFIRMATIVĂ ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ

(Reviu literaturii)

Jana Chihai

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The affirmative CommunityTherapy in mental services

That article describes an important and mandatory component of mental health program recommended to be use for people with severe mental disorders - Affirmative Community Therapy (ACT). This method of intervention is one of the parts of those used in psychosocial rehabilitation of people with mental health problems. Article explains the purpose, basic principles and objectives of ACT. The major importance in providing services through the ACT has the multidisciplinary team and its continuity._The services offered by this team through the ACT are much diversified and the qualitative.

Rezumat

Articolul respectiv descrie o componentă importantă și obligatorie a programului de sănătate mintală recomandat spre utilizare pentru persoanele cu tulburări psihice severe – Terapia Comunitar Afirmativă (TCA). Această metodă de intervenție face parte din multitudinea utilizată

în reabilitarea psihosocială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Articolul explică scopul, principiile și obiectivele de bază a TCA. O importanță primordială în acordarea serviciilor prin intermediul TCA o are echipa multidisciplinară și continuitatea lor. Serviciile oferite de această echipă prin intermediul TCA sunt foarte diversificate și practic cele mai calitative.

Actualitatea problemei

Elementele esențiale ale programului de sănătate mintală răspândit, mai ales, pe continentul nord-american nu pot fi eficiente, dacă nu conține următoarele elemente: managementul de caz/terapia comunitară afirmativă (asertivă), intervenția în crize și serviciile de urgență, programul de locuințe pentru bolnavii psihici, îngrijirea spitalicească și ambulatorie, programul de educație și reintegrare profesională, sistemul de monitorizare și evaluare continuă, grupurile de inițiativă ale bolnavilor și asociațiile familiilor bolnavilor psihici.

Materiale și metode

Este îndeplinit studiu secundar – reviu descriptiv. În analiză au fost incluse 27 de surse științifice, publicate în ultimii ani, referitor la terapia comunitară afirmativă (TCA) în serviciile de sănătate mintală.

Rezultatele obținute

Terapia mobilă, terapia comunitară afirmativă și echipele de asistență continuă sunt sinonime care se referă la un tip de asistență și tratament furnizat bolnavilor psihici cu tulburări severe și persistente. Aceasta implică mobilitate, încredere și continuitate. *Sistemul mobil de îngrijire și cel de management de caz afirmativ (intensiv)* folosesc metode similare și au scopuri asemănătoare, dar terapia comunitară afirmativă diferă prin faptul că psihiatrul e parte integrantă a echipei, fără a fi solicitat – ca în cazul managementului de caz intensiv – din exterior.

Terapia Comunitară Afirmativă (TCA) răspunde la trei priorități ale serviciilor de sănătate mintală: a) menținerea pacientului într-un cadru cât mai puțin restrictiv; b) prevenirea respitalizării și c) continuitatea în asistență. Crearea terapiei mobile ca un concept ce pornește de la faptul că pacienții cu boli mintale persistente prezintă un risc mare de recădere și beneficiază arareori de servicii terapeutice pasive, statice și disjuncte. Echipele terapeutice mobile oferă asistență comunitară continuă, intensivă și flexibilă pacienților cu boli mintale severe, la domiciliu sau oriunde în comunitate, dacă e cazul. Asistența e furnizată de echipe de clinicieni, inclusiv psihiatri, care își asumă responsabilitatea de a adresa acum unei diversități de nevoi ale pacienților. Ca membrii ai echipei mobile, psihiatrii vizează pacienții la domiciliu sau în diverse locuri din comunitate. Fără o implicare activă a psihiatrului, pacientul care refuză să se prezinte la un centru ambulatoriu de sănătate mintală, riscă să nu mai beneficieze de terapia psihiatrică, pierzându-se continuitatea asistenței. Astfel, prezența unui psihiatru în echipă este un element practic ce facilitează tratamentul și continuarea.

După inițierea dezinstituționalizării, în America anilor '60, s-a constatat că nevoile bolnavilor cu boli mintale cronice nu au fost luate în considerare în mod adecvat. Trimiși în comunitate, bolnavii se confruntau cu lipsa locuințelor, cu șomajul, suport comunitar inadecvat, stigmatizare, marginalizare socială, etc. Acești factori interferau în mod brutal cu capacitatea deja redusă a acestor bolnavi de a se adapta la viața comunităților.

Dezinstituționalizarea a fost promovată mai întâi în SUA, aceasta fiind grăbită de apariția noilor medicamente psihotrope și de constatarea că bolnavii ținuți mult timp în tratament rezidențial regresau și deveneau dependenți de îngrijiri speciale. Toate acestea au condus la apariția unei mișcări de dezinstituționalizare care a avut și momentele ei de exagerare, comunitățile și opinia publică nefiind destul de pregătite pentru a accepta această provocare. Îngrijirea ambulatorie, cu formele ei desuete apărea total depășită în ciuda deciziei din 1963 (Community Mental Health Centers Act) de a descentraliza sistemul de îngrijire psihiatrică și de a-l direcționa spre comunitate. Schimbarea finanțării instituțiilor a creat destulă tensiune ca ea să

fie făcută pe gradientul celei mai ieftine alternative și astfel, apar o varietate de instituții noi precum centrele comunitare de sănătate mintală, spitalele de zi și de noapte, centrele de reabilitare și modele diferite de abordare cum este managementul de caz, modelul de tratament afirmativ comunitar sau modelul intensiv de management de caz.

În anii '70, Guvernul SUA sprijinea cu 30% cheltuielile pentru întreținerea centrelor comunitare de sănătate mintală, destul de puțin, dar oricum destul de atractiv pentru ca comunitățile să le înființeze. Ulterior, modelul TCA a fost conceput ca o abordare multidisciplinară, psihosocială, axată pe comunitate, a indivizilor cu tulburări mintale severe și persistente.

Dr. Mary Anne Test povestește cum s-a născut ideea TCA. Istoria începe în 1970, în „Cladirea B-2” a Spitalului de Stat din Madison, Wisconsin, unde exista o secție de psihiatrie și un departament de cercetare, avînd misiunea de a dezvolta modele noi de abordare a „eșecurilor terapeutice” la persoanele cu schizofrenie cronică, astfel ca aceste cazuri să rămână în comunitate. Prima constatare, a fost demoralizator pentru personalul de îngrijire. S-a constatat că, la scurt timp după externare, mulți dintre pacienții cu schizofrenie reveneau în spital. Unul dintre profesioniști declara: „angajații noștri se străduie foarte mult ca bolnavii să se facă bine, să fie gata să trăiască în comunități și noi suntem alături de strădaniile lor, dar, la puțin timp după ce părăsesc spitalul, ei revin în aceeași condiție foarte proastă de mai înainte și munca lor, și a noastră, pare să fie făcută în van”. O a doua constatare a fost că pacienții îngrijiți de o asistentă socială cu o altă abordare nu se mai întorceau în spital. Ea își conducea pacienții la locuința lor, le făcea rost de haine și așternuturi, se îngrijea de hrana lor, le făcea rost de altă locuință, dacă era cazul, de bilete pentru transportul în comun, le urmărea medicația și efectele secundare, se arată disponibilă pentru ajutor zi și noapte, și furniza un continuu suport emoțional. Pacienții de pe lista acestei asistente sociale nu s-au mai întors în spital. Astfel, a devenit evident că locul în care pacienții au nevoie de ajutor nu este spitalul, ci comunitatea. Observațiile de pe teren au fost încorporate în datele de pînă atunci privind îngrijirea și nevoile persoanelor cu boli mintale severe. Din acel moment, personalul de toate disciplinele a fost trimis zi și noapte în comunitate să susțină bolnavii proaspăt externați și rata readmisiei a scăzut foarte mult. În 1972, secția B-2 a fost închisă, iar personalul mutat în comunitate, devenind prima echipă de TCA.

Ipoteza a fost că dacă se furnizează un suport intensiv de șapte zile pe săptămînă, 24 ore pe zi pentru stabilizarea persoanelor care altfel ar trebui spitalizate, se reușește ca acestea să rămână în comunitate, să funcționeze adecvat și să ducă o viață cît mai aproape de normal.

Echipa de TCA a adoptat următoarele principii:

1. tratamentul să fie astfel orientat pentru ca pacientul să dobîndească deprinderi de a trăi independent în comunitate;
2. să fie evitată respitalizarea;
3. să se implice familia și alte persoane în vederea creșterii independenței bolnavilor;
4. să fie creată o relație de lucru cu o varietate de instituții comunitare pentru a facilita accesul individului la resursele comunității;
5. creșterea responsabilității individuale pentru inserția comunitară;
6. orientare asertivă cu scopul de a micșora probabilitatea non-compliancei la tratament.

Modelul presupune ca TCA să fie suficient de activ/asertiv în furnizarea acestui sprijin și să aducă mai aproape de pacient acele resurse comunitare de care pacientul are nevoie. Acest model s-a dovedit semnificativ mai ieftin decît cel bazat pe tratamentul rezidențial standard și pentru a fi efectiv, acest sprijin trebuie furnizat pe termen lung. Aceasta presupune o nouă abordare strategică a îngrijirii bolnavilor severi în vederea includerii lor în comunitate și pentru generarea de răspunsuri comunitare adecvate necesităților acestora.

Există o oarecare varietate în ceea ce privește felul, scopul și activitatea curentă în Tratatamentul Comunitar Afirmativ (TCA) și de aceea nu este un consens privitor la definiția a TCA. Totuși, cea mai potrivită definiție ar putea fi: ***Tratatamentul Comunitar Afirmativ/Asertiv este o activitate de sănătate mintală comunitară desfășurată de o echipa multidisciplinară focalizată pe bolnavii cu afecțiuni mintale severe, cu probleme de funcționare și cu nevoi***

complexe. TCA nu este o singură formă de terapie, ci mai curînd o combinație de servicii clinice, de suport social și de reabilitare, organizate și livrate în comunitate și legate între ele în așa fel încît să producă maximum de efect asupra sănătății și funcționării clienților. *Echipa este asertivă comunitar în sensul că locul în care livrează serviciile este domiciliul clientului și contextual în care viețuiește, înlocuind astfel instituția de sănătate mintală din modelul tradițional.*

TCA este un sistem adaptat față de nevoile clientului și față de ambianța în care trăiește, față de modelul „birocratic” al abordării terapeutice tradiționale. TCA presupune o auto-organizare dinamică și o reconstrucție perpetuă a sensului terapiei ca rezultat al muncii în echipă. *TCA este un program focalizat pe client și orientat spre recuperare și a demonstrat în toate studiile că este un program deosebit de eficient care reduce spitalizarea, reduce dizabilitatea psiho-socială, crește stabilitatea rezidențială, îmbunătățește calitatea vieții, și conduce la reintegrare familială și socială.*

Elementele esențiale ale TAC sunt:

- mutarea sediului tratamentului in vivo, în locul și mediul în care trăiește subiectul și
- învățarea de noi abilități de coping pentru a putea duce o viață adecvată nevoilor și cerințelor subiectului.

După Test și Stein (2000), TCA folosește **trei metode principale** pentru realizarea acestor deziderate:

- Abordare asertivă și directivă pentru a menține subiectul în contextul terapeutic. Aceasta înseamnă „aducerea tratamentului la pacient”, în loc să se aștepte ca pacientul să fie motivat să participe la programul de tratament din instituții medicale. Modelul presupune ca pacientul să fie încurajat și ajutat să participe la activitățile terapeutice față de care ar putea avea reticențe, începând de la luarea medicamentelor până la includerea în terapiile de grup.
- Folosirea tehnicilor de învățare socială. În încercarea de a ajuta pacienții să capete deprinderile necesare pentru a trăi în comunitate se folosesc tehnici de învățare socială, precum ședințe de antrenament social, vaucere comunitare, metode de premiere a comportamentelor adecvate, etc.
- Creșterea responsabilității pacientului. Ținta tratamentului este orientat mai mult asupra dezvoltării comportamentelor adaptive din repertoriul pacientului decât spre eliminarea comportamentelor deviate. Pacientul este încurajat să-și asume rezultatul comportamentelor proprii în vederea reorientării lor către normativitate socială și morală.

După Gold și colab. (2003), aceste principii ar fi:

- a. Activitate focusată pe client. Echipa TCA face contact cu clientul în timpul episodului acut de tulburare mintală, cînd este incapabil de a accesa asistență medicală sau este refractar în a o obține. În acest moment, echipa TCA face toate eforturile de a stabili o alianță terapeutică cu clientul. Fiecărui client i se întocmește propriul plan terapeutic, individualizat în funcție de variabilele personale.
- b. Disponibilitate. Programul este disponibil bolnavilor 7 zile pe săptămână, 24 din 24 de ore.
- c. Accesibilitate. Programul este furnizat mai mult de 75% în afara instituției, respectiv, la nivelul domiciliului clientului și în locurile în care clientul are nevoie de sprijin.
- d. Comprehensivitate. Echipa are o alcătuire multidisciplinară integrînd specialiști din toate domeniile în care un eventual client ar avea probleme.
- e. Continuitate. Echipa în întregul ei este responsabilă față de client, în felul acesta nevoile diverse ale clientului sunt „acoperite” prin multidisciplinăritatea echipei.
- f. Alianța cu alte instituții/agenții comunitare. Cele mai frecvente legături pe care echipa TCA le are - sunt cele cu medicii de familie, instituțiile de muncă și asistență socială, instituții ce furnizează spații locative.
- g. Responsabilitate. Performanța echipei se bazează clar pe seturi de proceduri și pe coduri de bune practici care asigură o calitate înaltă a activității și o responsabilitate specifică

față de scopurile și îndatoririle profesionale ce le cuprinde modelul de terapie asertivă comunitară.

Activitatea colaborativă de echipă rămâne trăsătura dominantă a TCA. Dincolo de multidisciplinaritatea echipei, membrii echipei TCA împart întregul lot de pacienți luați în grijă și, în acest fel, ei tind să funcționeze într-un rol generic care transcede granițele tradiționale ale expertizei profesionale. Toți echipierii cunosc în amănunte bolnavii aflați în grijă și astfel nu există riscul ca un membru să fie supraimplicat într-un caz anume. La fel, se diluează stresul și povara lucrului cu bolnavii psihic severi, iar beneficiarul are în față o echipă atât profesională, cât și umană, și se asigură continuitatea îngrijirii de tip 24 din 24 de ore/7 zile. Succesul echipei rezidă în modelul de relație dintre echipieri și în dinamica în care un echipier poate deveni terapeutul principal, într-un caz, și secundar – într-altul.

Echipa TCA este multidisciplinară, incluzând soră de psihiatrie, asistent social, terapeutul ocupațional, psihoterapeut/consilier, etc. O echipă este formată, în medie, de 8-10 persoane. Se recomandă ca numărul de pacienți luați în grijă să fie între 7 și 10 pentru un echipier. Aceste cifre sunt flexibile și depind în mare măsură de teritoriu și de condițiile locale acolo unde se implementează programul TCA.

Echiperul vine în programul TCA cu deprinderile specifice profesiei, dar trebuie să dezvolte noi abilități, mai ales un nou stil de muncă bazat pe capacitatea de a împărți sarcinile, deciziile și responsabilitățile în comun cu ceilalți echipieri participând la crearea unui pol comun de activități împărțite, precum monitorizarea medicației și aderența la medicație, evaluarea efectelor secundare, sprijinirea bolnavului în activitatea domestică, în păstrarea locuinței, și intervenția în criză. Echipierii vor activa în roluri diverse, în funcție de situația și nevoile pacientului. De exemplu, va asista bolnavul ce se află în situații juridice, îi va facilita locuința, va furniza terapie individuală și intervenție în criză, va contribui la creșterea abilităților de îngrijire proprie, igienă, alimentație, îmbrăcăminte, va aduce mai aproape de subiect resursele comunității din care face parte, va face educație sanitară, îl va ajuta să recapete deprinderi profesionale și să-și găsească un drum profesional, va detecta și monitoriza uzul de alcool și alte substanțe, va face terapie familială și va milita pentru creșterea aderenței la formele de terapie medicală în care este inclus. Deși cerințele activității echipei presupune o activitate care depășește granițele unui profesionalism strict, echipierul își păstrează expertiza profesională și ocupă rolul principal într-un caz care este potrivit cu pregătirea sa, iar ceilalți echipieri se aranjează automat în spatele lui.

Conform ghidului de bune practici din British Columbia, Canada (2002), personalul TCA are următoarele atribuții: managementul cazului, vizite la domiciliul clientului, evaluarea lui psihosocială, accesul și coordonarea resurselor, brokeraj, mediere și advocacy în căutarea suportului pentru client, învățarea deprinderilor sociale și domestice, managementul situațiilor de criză și furnizarea intervențiilor în criză, administrarea și monitorizarea medicației, evaluarea simptomelor, furnizarea de suport vocațional și reabilitare vocațională, furnizarea de informații, consultanță pentru client și familia lui.

Criteriile care stau la baza referirii pacienților la programul TCA sunt bazate pe evaluarea severității bolii mintale, stabilitatea evolutivă, gradul de dizabilitate pe care a produs-o boala și prezența factorilor de risc pentru bolnav și pentru cei din jur (Marshall și Lockwood, 1998).

Criterii de includere în program:

1. Clienți cu boli mintale severe care afectează funcționarea subiecților în comunitate, precum schizofrenia, tulburarea bipolară sau alte psihoze;
2. Clienți cu probleme serioase de funcționare, precum dificultăți evidente în viața de zi cu zi (procurarea și prepararea hranei, întreținerea vestimentației, probleme de gestionare a finanțelor proprii, nerecunoașterea și asumarea de riscuri, probleme medicale, probleme legale, etc.);
3. Clienți cu probleme serioase în procurarea, întreținerea și menținerea unei locuințe;
4. Clienți care au nevoie sau utilizează frecvent serviciile de sănătate mintală precum spitalizări repetate la intervale scurte, simptome severe, evoluție cronică, coexistența uzului de alcool și/sau substanțe, istorie recentă de activități cu încadrare penală, comportament violent;

5. Clienți cu tentative repetate de suicid în cadrul unei tulburări psihotice sau comportament riscant pentru sine și alții;

6. Clienți fără suport, incapabili de a dezvolta relații interumane suportive, incapabili de a menține relații de suport.

Criterii de externare din program: Externarea din program se face atunci când clientul și echipa TCA ajung la concluzia că nu mai este nevoie de continuarea programului. Aceasta se întâmplă, de regulă, în următoarele eventualități:

1. Clientul demonstrează abilitatea de a funcționa corect în toate ariile majore ale vieții (socială, auto-îngrijire, muncă, etc.);
2. Clientul și-a atins scopurile pentru care a acceptat să facă parte din program;
3. Clientul s-a mutat în afara teritoriului acoperit de programul TCA;
4. Clientul refuză categoric de a mai continua acest program în ciuda eforturilor echipei.

S-a demonstrat pe baza unor meta-analize că TCA conduce la cel mai bun rezultat dacă se ia în calcul rata respitalizărilor, aderența la tratament, severitatea simptomelor, calitatea vieții și participarea în comunitate.

Servicii oferite de programul TCA:

- ✓ Reabilitarea deprinderilor curente de viață domestică.
- ✓ Obținerea și întreținerea unei locuințe.
- ✓ Implicarea familiei: furnizarea de consiliere și psihoeducație membrilor de familie.
- ✓ Promovarea sănătății: furnizarea de educație sanitară, măsuri profilactice, examinări medicale periodice, respectarea programului vizitelor medicale, legătura cu serviciile medicale.
- ✓ Suport în acceptarea și luarea medicației prescrise.
- ✓ Managementul financiar: construirea cu subiectul a unui buget și plan financiar, suport în rezolvarea dificultăților financiare.
- ✓ Reabilitare vocațională: asigurarea legăturii cu agenții de reciclare a forței de muncă sau de educație vocațională, creșterea motivației pentru găsirea unui loc de muncă;
- ✓ Consiliere: furnizarea de sprijin general și consiliere orientate pe probleme și pe identificarea soluțiilor, promovarea deprinderilor de comunicare cu alții, promovarea incluziunii familiale și comunitare.
- ✓ Furnizarea de asistență juridică.
- ✓ Relațiile cu agențiile și instituțiile comunitare.

Programul TCA poate absorbi un număr limitat de clienți, în funcție de mărimea echipei, considerându-se optimă proporția de opt pacienți la un membru TCA. Respectiv, dacă echipa cuprinde șapte echipieri, mărimea adecvată a lotului va fi de 56 de pacienți. Planul de tratament se construiește de către șeful echipei și de membrii desemnați ai acesteia împreună cu bolnavul și cu familialii lui și/sau curator/tutore atunci când este cazul. Planul trebuie să identifice problemele subiectului, un set specific de măsuri pentru fiecare problemă în parte și să stabilească o abordare sau o intervenție individualizată pentru fiecare nevoie în parte, astfel ca subiectul să-și îmbunătățească capacitatea sa de funcționare independentă și să atingă nivelul optim de recuperare și de calitate a vieții.

De la apariția lui și până la forma de astăzi, programul TCA urmărește reabilitarea persoanelor cu dizabilități provocate de bolile mintale severe, iar principiul esențial al reabilitării a fost de a restabili un nou sens al integrității personale și de a împlini aspirația acestora pentru o viață activă și cu sens în cadrul comunității în care individul conviețuiește.

Concluzii

1. Tratamentul Comunitar Afirmativ/Asertiv este o activitate de sănătate mintală comunitară desfășurată de o echipă multidisciplinară focalizată pe bolnavii cu afecțiuni mintale severe, cu probleme de funcționare și cu nevoi complexe.

2. TCA este un program focalizat pe client și orientat spre recuperare și a demonstrat în toate studiile că este un program deosebit de eficient care reduce spitalizarea, reduce dizabilitatea psiho-socială, crește stabilitatea rezidențială, îmbunătățește calitatea vieții, și conduce la reintegrare familială și socială.
3. Criteriile care stau la baza referirii pacienților la programul TCA sunt bazate pe evaluarea severității bolii mintale, stabilitatea evolutivă, gradul de dizabilitate pe care a produs-o boala și prezența factorilor de risc pentru bolnav și pentru cei din jur.

Bibliografie

1. Allness D, Knoedler West (2003): National Alliance on Mental Health , National Program Standard for ACT Team,
2. Allred CA, Burns BJ, Phillips SD (2005): The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care, *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 211-220
3. Baronet AM, Gerber GJ (1998): Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18:189-228
4. Bond GR, Drake RE, Latimer E, Mueser KT (2001): Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141–159.
5. Burns T, Firn M (2002): *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford: Oxford University Press
6. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg W, Yonker RD, Trusty, ML (2002):
7. Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 209-220.
8. Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. (2003): The program of Assertive Community Treatment: Implementation and dissemination of an effective-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness, *Cognitive and Behavioral Practice*, 10:290-303
9. Jones, A (2002): Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002,9:261-270
10. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397
11. Marshall M, Lockwood A (1998): *Assertive Community Treatment for Mental Disorder*, Oxford: The Cochrane Library
12. Marx, A.J., Test, M.A., Stein, L.I., (1973), Extra-hospital management of severe mental illness, feasibility and effects of social functioning, *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
13. McGrew, JH, Bond, GR (1995) Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgements of the Experts, *The Journal of Mental Health Administration*, 22 (2), 113-125.
14. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER et al (2001): Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52:771-779
15. Prince PN, Garber GJ (2005): Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment, *Quality of Life Research*, 14:161-169
16. Smith M, Coleman R, Allot P, Koberstein J (1999): Assertive outreach: a step backward, *Nursing Times*, 95:46-47
17. Teague, G, Bond GR, Drake RE. (1998) Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 216-32.
18. Test MA: *The Journal*, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
19. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1): 47-60

20. Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L.I., (1980), Alternative to mental hospital treatment II: economic benefit cost-analysis, Archives of General Psychiatry, 37, 400-405
21. Winter JP, Clasyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, Evaluation Review, 24: 319-338.
22. Ministry of Health, British Columbia (2002): Assertive Community Treatment, Best Practices, B.C.'s Mental Health Reform,
23. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit,
24. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Monitoring Client Outcome,
25. www.healthservices.gov.bc.ca/mhd
26. <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
27. www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389

EVALUAREA PREGĂTIRII PSIHO-EMOȚIONALĂ A GRAVIDEI LA NAȘTERE ÎN RAIONUL CĂLĂRAȘI

Silvia Bobescu

Școala Management în Sănătate Publică USMF « Nicolae Tetemișanu »

Summary

The psycho-emotional preparation of the pregnant women for the delivery process

The article focuses on the problem of psychological and emotional preparation of pregnant women for labour and assumption of the role of a parent. The complexity of the problem relates to the situation created in public health sector concerning psychological and emotional preparation of pregnant women, and this determines the level of its complications that could appear and that could be avoided. It is important to convince pregnant women that pregnancy and labour are physiological processes with beneficial evolution, while pain and complications can be diminished.

Rezumat

În articol se elucidează problema pregătirii psiho-emoțională a gravidelor, educația în vederea nașterii și a asumării rolului de părinte. Actualitatea problemei, ține de situația care s-a creat în domeniul sănătății publice privind pregătirea psiho-emoțională a gravidelor la naștere ce determină gradul de complicații apărute la naștere și care pot fi evitate.

Important este de a crea convingerea femeilor gravide că sarcina și nașterea sunt procese fiziologice, cu evoluție benefică, iar durerea la naștere și complicațiile pot fi diminuate.

Actualitatea temei

Actualitatea temei, ține de situația care s-a creat în domeniul sănătății publice privind pregătirea psiho-emoțională a gravidelor la naștere de către medicul de familie și medicul specialist ce determină gradul de complicații și din cauza emoțiilor apărute la naștere și care pot fi diminuate.

Educația prenatală este o ramură nouă, care necesită aptitudini noi și deosebit de importante, deoarece nașterea este cel mai fericit eveniment din viața femeii și a întregii familii.

Autorul ne sugerează ideea că susținerea psiho-emoțională permanentă a parturientei favorizează diminuarea durerii în timpul contracției uterine, o reducere a anomaliilor forțelor de travaliu și frecvenței utilizării remediilor uterotonice și analgetice, contribuie la diminuarea duratei de travaliu și ratei intervențiilor chirurgicale..