

9. Taylor. P., Gunn. J. Homicides by people with mentally ill: A dangerous misconception // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 9-14.

ORDONAREA PROGRAMELOR DE TRATAMENT PSIHIATRIC CA PUNCT DE REPER ÎN PREVENIREA RECURENȚELOR DE SUICID

Oleg Țurcanu*, Gabriela Melnic – Țurcanu*, Oleg Cobîleanski**

***IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie**

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

Summary

Ordering psychiatric treatment programs milestone in prevention of recurrence of suicide

People with schizophrenia is a special quota among subjects with different types of psycho-physical disabilities and is a real challenge for health and social services authorized to be concerned with ensuring a favourable evolution existential less incisive as the morbid process. There are several factors that can darken the prognosis and increase the risk of suicidal schizophrenic subjects, to which suggest the authors of this study is to guide efforts to psychopharmacological medication and social support. Also how suicidal episode is treated as maintained stable phase of schizophrenia treatment and social means may be subject to coordinated management strategies with general psychiatric, and with consideration of individual variables.

Rezumat

Persoanele cu dizabilități psihice constituie un contingent aparte printre subiecții cu diferite genuri de handicap psiho - fizic și reprezintă o adevărată provocare pentru serviciile medicale și sociale abilitate să se preocupe de asigurarea unui mediu existențial favorabil evoluției cât mai puțin incisive a procesului morbid. Există o serie de factori care pot întuneca prognosticul și accentua riscul suicidal al subiecților schizofreni, spre care, sugerează autorii acestui studiu, urmează să se dirijeze eforturile de medicație psihofarmacologică și de suport social. De altfel modul în care este tratat un episod suicidal și cum este menținută faza stabilă a schizofreniei prin mijloace terapeutice și sociale, poate reprezenta subiectul unei strategii de management psihiatric cu coordonate generale, dar și cu considerarea unor variabile individuale.

Din experiența acumulată, dar și din sugestiile și recomandările Ghidurilor de Management Psihiatric, ne-am convins de necesitatea elaborării unui plan curativ observațional de durată în raport cu fiecare bolnav cu schizofrenie, care întrunește condițiile riscului suicidal. Sub acest aspect este de primă valoare relația pe care psihiatrul o stabilește cu pacientul sau schizofren. Evident că nu se poate accepta doar o relație profesională, deoarece este vorba de contacte ce se vor extinde ca timp și implicare dincolo de limitele unei consultații sau a unui termen, fie și îndelungat, de spitalizare. Este cazul unei relații interpersonale, cu implicarea a numeroase coordonate individuale ce sunt legate de particularitățile bolii și întreg cortegiul de circumstanțe existențiale ce specifică traseul de viață ce o va urma persoana marcată de acest afect.

Din momentul diagnosticării bolii, ca motiv al ideatei suicidare, persoanele vizate și în special suicidenții cronici, devin totalmente dependenți nu doar de abilitatea profesională a medicului curant psihiatru de a adopta și reevalua periodic eficiența tratamentului psihofarmacologic predefinit pentru etapa asistenței de post-staționar, dar și de capacitatea acestuia de a se implica real și efectiv în asigurarea continuității intervențiilor specifice psiho - sociale.

Ne-am referit în câteva publicații anterioare la factorii ce se intrică în formarea comportamentului suicidar, mai sumar asupra cauzelor de recrudescență a intențiilor suicidare, dar am vrea să revenim asupra aspectului de tratament suportiv și mai cu seamă la asigurarea continuității eforturilor recuperatorii inițiate în staționar, deoarece se cunoaște faptul tentativelor de suicid postspitalicesc, adică a celor ce se comit la o etapă când se poate afirma reușita unei perioade de acalmie a bolii. Medicii care au parcurs un asemenea eveniment sunt adesea consternați profund, uneori până la autoînvinuire, pentru că întotdeauna rămâne loc și pentru resentimentul de a nu fi făcut totul pentru a evita fatalitatea.

În continuarea și pentru susținerea eforturilor ponderale ce se alocă acțiunilor medicale și medico-sociale de prevenire a suicidului ne-a preocupat de un timp încoace ideea de încerca modelarea unor scheme de sport pentru întocmirea programului individual de monitorizare, susținere și recuperare pe cât mai pleneră a bolnavilor cu afecțiuni psihice și risc major de suicid.

Invariabil se va ține cont de principiile uzual acceptate de management al bolnavului psihiatric.

1. După confirmarea diagnosticului, tratamentul schizofreniei se inițiază numai de către medicul psihiatru
2. Tratamentul schizofreniilor se începe numai în condiții de spitalizare și se poate continua în ambulator sub strictă supraveghere medicală.
3. Alegerea antipsihoticului se va face în funcție de experiența clinică a psihiatrului și de particularitățile somato - psihice și tabloul clinic decelat la respectivul bolnav schizofren.
4. Nu există o schemă terapeutică universal valabilă pentru toate cazurile de schizofrenie. Se va utiliza același antipsihotic, care și-a demonstrat eficacitatea în tratamentul anterior al pacientului respectiv. În alegerea neurolepticului se vor avea întotdeauna în vedere și posibile efecte secundare.
5. Durata tratamentului medicamentos este de minim 6 luni cu doze adecvate tabloului clinic. Preschimbarea neurolepticului este indicată numai în cazurile de intoleranță bine documentată.
6. În general, utilizarea a mai mult de un singur antipsihotic este rar indicată. În cazurile speciale se poate recomanda asocierea neurolepticelor.
7. Tratamentul de ambulator al schizofreniei se va face cu cele mai mici doze posibil eficiente.

Am conturat această poziție oarecum distinctă a bolnavilor schizofreni, deoarece anume în raport cu acest contingent extrem de vulnerabil se impune ordonarea unei strategii psiho - sociale care extinde măsurile de management psihiatric din limitele sferei medicale și astfel solicita din partea medicului psihiatru adaptarea la mai multe roluri. El devine un manager care coordonează accesul la diferite servicii medicale și sociale care fac parte din sistemul terapeutic, are un rol educațional adresat pacientului și familiei sale, este confident al bolnavului pe care îl sprijină și îl sfătuiește, se află în posesia unor tehnici verificate de terapie interpersonală.

Componentele unui plan de management adoptat individual pentru un bolnav schizofren se pot sistematiza în modul următor în scopul unei abordări complexe [American Psychiatric Association, 2000, p. 103)].

1. **Stabilirea și menținerea unei colaborări terapeutice:** natura suportivă a acestei colaborări contribuie la stabilirea unei relații de încredere între terapeut și pacient, primul urmând să afle pe parcurs cât mai multe informații care personalizează beneficiarul, fiind favorizată în același timp o urmărire prospectivă a evoluției bolii.
2. **Monitorizarea status-ului psihiatric al pacientului:** colaborarea psihiatrului, psihologului, asistentului social, trebuie să se extindă și în plan familial, familia fiind în măsură să semnaleze orice eventuală schimbare în comportamentul, dispoziția sau gândirea pacientului, care nu are întotdeauna conștiința tulburărilor sale.

3. **Efectuarea unei educații minime privind schizofrenia** ca boală și tratamentul sau acumularea unor cunoștințe de cât re membrii familiei referitoare la semnele prodromale ce anunță instalarea unui episod acut, pot facilita, observațiile privind evoluția bolii. Totodată și pacientul poate fi educat în sensul posibilității de a semnala orice modificare a stării sale, în termenii experienței pe care o trăiește și pe care o poate lega eventual de modificări ce s-au operat în tratamentul cu apariția unor efecte secundare.
4. **Realizarea unui plan terapeutic general prin** care pacienții schizofreni pot beneficia de mai multe metode terapeutice, incluzând atât terapia medicamentoasă cât și intervențiile speciale psihosociale. Fiind o boală cronică, necesitățile terapeutice pot fi variabile nu numai individual, ci și în timp. Planificarea tratamentului pentru pacientul schizofren reprezintă un proces interactiv, cu implementări și modificări de-a lungul timpului, fără a se pierde totuși din vedere prioritățile și nevoile acestuia.
5. **Asigurarea compliancei la planul terapeutic.** Având în vedere caracteristicile clinice ale schizofreniei, poate fi previzibil faptul ca un pacient la un moment dat, să nu mai urmeze tratamentul, să nu se mai prezinte la consultații periodice sau să nu furnizeze informații relevante referitoare la starea sa. Se recomandă încurajarea discuțiilor deschise, în care bolnavul să-și relateze toate experiențele, senzațiile și, dacă este necesar, să se reevalueze schema terapeutică în funcție de necesitățile, prioritățile și preferințele bolnavului. Și serviciile sociale se pot implica activ la rezolvarea acestor situații - prin vizite la domiciliu și apeluri telefonice mai frecvente.
6. **Înțelegerea efectelor de natură psiho - socială cauzate de boală.** Instalarea acestei boli ridică o serie întreagă de probleme, care depășesc sfera medicală și se referă la efectele pe plan social, familial, academic, ocupațional și financiar. Bolnavul are nevoie de o atitudine suportivă din partea tuturor celor implicați. El trebuie ajutat să nu se înstrăineze de problemele curente sau generale, sociale mai mult decât îl incapacitează boala sa. Atitudinea de sprijin și sfătuire este cu atât mai importantă cu cât pacientul schizofren poate fi cap de familie, cu responsabilități de îngrijire a unor copii.
7. **Educarea și suportul acordat familiei.** Membrii familiei unui bolnav schizofren parcurg adesea experiențe neplăcute ca urmare a comportamentului bizar, agresiv și al inversiunii afective a acestuia. Familia, însă, trebuie să înțeleagă faptul că ea joacă un rol activ co-terapeutic, alături de medicii implicați, și că uneori este necesar să participe la ședințele psihoterapeutice comune.

Facilitarea accesului la servicii psihiatrice de reabilitare, servicii medicale generale și alte servicii sociale: bolnavul suicidal cu schizofrenie are nevoie de un sistem întreg de asistență medicală și socială, mai des în perioadele stabile ale bolii. Medicul psihiatru trebuie să muncească în colaborare cu alți specialiști, cu medicul de familie sau cu lucrătorii din cadrul serviciilor de asistență și securitate socială.

Rezumativ prezentat, un asemenea scenariu de medicație și recuperare a pacienților cu comportament suicidal în schizofrenie ar include în opinia noastră următoarele etape.

I. Etapa spitalicească

Asistența indicată imediat după tentativa de suicid sau la spitalizarea pentru semnalmentele unui comportament suicidal generat de o stare psihotică se face pe două tronsoane:

Tratamentul activ medicamentos cu:

- **preparate neuroleptice** (preferențial din cele atipice: Risperidona, Clozapina, Amisulprida, Olanzapina), care vin să juguleze starea psihotică, simptomatica psihopatologică care a generat comportamentul suicidal (delirul, halucinațiile, agitația psihomotorie ș.a.);
- **preparate antidepressive** (de preferat preparate ISRS – Venlafaxina, Paroxetina, Fluvoxamina, Escitalopramul), în special pentru stările anxioase, depresiile majore, stările anxio-depresive mixte și a diferitor alte stări psihotice asociate cu depresie.

Medicația cu antipsihotice cu trecerea treptată de la regimul de staționar la cel de staționar de zi și apoi la cel ambulator (de susținere), medicație psihotropă activă fiind treptat suplinită cu cea de prevenire a recăderilor și a comportamentului suicidar. Aceasta include, pe lângă cele expuse anterior, și măsuri suportive – asistență psihologică și psihoterapeutică, care tind consolidarea tendințelor de adaptare comportamentale: ședințe psihoterapeutice individuale și în grup cu obiectivul susținerii pacienților în contextul unei complianțe terapeutice cât mai adecvate.

Etapa spitalicească durează în medie 1 – 1,5 luni în dependență de particularitățile individuale ale pacientului și caracterul evolutiv al maladiei.

II. Etapa post-staționar include în sine următoarele componente:

1. Continuarea tratamentului medicamentos inițiat în prima etapă.
2. Continuarea psihoterapiei individuale și asocierea cu cea familială.
3. Consilierea și instruirea rudelor pacienților împreună cu specialiștii de profil din teritoriu și de la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, eventual și cu asistenții sociali în vederea soluționării problemelor medicale și socio - familiale care ar fost la originea comportamentului suicidar

În continuare dorim să prezentăm un caz clinic din studiul nostru propriu unde își găsesc oglindire mai mulți factori expus mai sus, unde abordarea corectă curativă și de recuperare a fost inițiată (deși tardiv) abea după tentative repetate, în condițiile Spitalului Clinic de Psihiatrie:

Pacienta V., 46 de ani, neangajată, invalid de gradul 2 fără termen. Internată primar la SCP la 07.11.2011, Externată: 30.11.2011. Fără particularități alergice, epidemiologice.

Anamneza: *Ereditatea este agravată cu maladii psihice – sora mai mare suferă de schizofrenie, s-a tratat de repetate ori în SCP. Născută la termen a 5-a din 6 copii. Dezvoltarea precoce armonioasă. A fost școlarizată la termen. Reușita școlară satisfăcătoare. A absolvit 10 clase, apoi a fost admisă la cursuri de bucătar, pe care însă le-a abandonat din motive neclare. Căsătorită la vârsta de 20 ani. Copii nu are. Locuiește cu soțul, relațiile în familie sunt tensionate, conflictuale des cu soțul.*

Antecedente personale patologice: *TBC, b. Botkin, BST – neagă. A suportat traume cranio – cerebrale repetate, necomunale, netratate. Suferă de tireoidită autoimună, polichistoză ovariană și de diabet zaharat (ultimul fiind motiv pentru care i s-a oferit gradul 2 de invaliditate).*

Anamneza psihiatrică: *Starea psihică s-a schimbat primar în anul 2007 cu evoluție treptată, cu frică, neliniște interioară, se dereglase somnul, devenise retrasă, avea anxietate, era depresivă, avea gânduri autolitice. Expunea idei delirante de relație, de referință. A primit careva tratament prescris de medicul neurolog, după care starea s-a ameliorat puțin. Nu a fost angajată în câmpul muncii, se ocupa de treburile casnice. În continuare starea psihică ondula: simțea frică, era retrasă, puțin comunicabilă, avea dispoziția diminuată, periodic cu ideea autolitică. Starea s-a agravat din nou în septembrie 2011: a devenit retrasă, depresivă, anxioasă, tensionată, plângea mult, expunea idei delirante de urmărire, de persecuție, cu fenomene ale automatizmului mintal, cu ideea autolitică. În așa stare, cu scop autolitic, la data de 26.10.2011 a consumat o cantitate mare de pastile (antihipertensive, tranchilizante). A fost depistată în stare comatoasă de către soț. Ulterior asistată la spitalul raional timp de o săptămână. Rămâne practic în aceeași stare psihică. Repetat, pe data de 07.11.2011 comite a 2-a tentativă de suicid: se aruncă în fântână. A fost depistată de sora ei, care a solicitat ajutor. A fost consultată de psihiatrul raional. Cu bilet de trimitere cu echipa 903 adusă la SCP pentru tratament de urgență*

Examen somatic: *Talie medie. Tegumentele și mucoasele curate. Țesutul celular – subcutanat reprezentat excesiv. Masa corporală 100 kg. Ggl. limfatici nepalpabili. Pulmonar murmur vezicular. Zgomote cardiace ritmice. TA – 140 / 80 mm Hg. PS – 72 bătăi / min, t⁰ - 36,4 0C. Abdomenul indolor la palpare. Giordano negativ bilateral.*

Examen neurologic: Din partea nervilor cranieni lipsesc careva dereglari patologice. Sensibilitatea și motilitatea fără particularități. În poza Romberg e stabilă. La moment lipsesc semne meningiene, patologice sau de focar.

Examen psihiatric: (la internare) Conștiința e clară. Aspectul vestimentar aranjat. Contactul verbal accesibil, se stabilește treptat. Răspunde cu voce înceată, după pauze, cu alunecări de la subiectul discutat. Privirea îndreptată în jos. Atenția diminuată ușor. Suspicioasă, tensionată. Pacienta devine foarte tristă și se blochează în timpul interviului când se discuta subiecte ce o afectează, oftează adânc, plânge periodic, apare realmente dărâmată / distrusă. Neagă careva tulburări de percepție. Acuză dereglarea somnului, ultimele zile practic insomnie; anxietate, neliniște, „greutate pe suflet”, depresie marcată în mai mult de jumătate din zile și care se ameliorează semnificativ după masă, declară că nu o interesează nimic, se simte fără valoare și inferioară în majoritatea timpului, că are „gânduri rele” - parcă era vrăjită, că cei din anturaj și-au schimbat atitudinea, se simte în pericol, persecutată, urmărită, că simte „o careva forță, care acționează asupra corpului”, că „ori gândurile sau forța o împing să facă ceva fără voința ei, îi încurcă gândurile”. Nu se arată a fi cointereseată în discuția cu medicul. Despre tentativele de suicid discută fără chef, dar treptat relatează că a făcut totul ca să moară, s-a săturat de „chinuri” nu mai poate suporta această stare; în ambele cazuri a făcut totul în deplină singurătate, când nu era nici o persoană în apropiere (sau în contact vizual sau vocal); metoda a ales-o mai mult spontan, socotind ca era una accesibilă, cu posibilitate reală de suicid, a contemplat asupra acestea mai puțin de 3 ore; se gândea că moartea era posibilă și sigură; nu a avut factori de reținere; nu s-a gândit la careva metode de resuscitare; nu a înștiințat preventiv pe nimeni. Privitor la gânduri autolitice, relatează că acestea au apărut cam prin anul 2007, la început ba apăreau ba dispăreau, dar ultima jumătate de an sunt practic persistente. Pacienta declara că gândurile autolitice le tănuiește, nu deține controlul asupra acestora precum nici asupra acțiunilor sale.

Investigată cu ajutorul testelor:

1. Testul de intenție suicidală Beck – 24 puncte
2. Scala ideăției autolitice - 22 puncte
3. Scorul Hamilton de Evaluare a Anxietății – 30 puncte
4. Scala Calgary de evaluare a Depresiei în schizofrenie (CDSS). – 25 puncte

Pe parcursul aflării în secție, primele zile era retrasă, monotona, axată la trăirile proprii, suspicioasă, nu discuta cu nimeni, nu-și expunea inițial deplin trăirile. Emoțional instabilă, rău dormea. Treptat, pe fonul tratamentului medicamentos administrat (la debut cu Aminazină 100 mg / zi și Haloperidol 5 mg / zi, apoi cu Risperidonă 4 mg / zi, Clozapină 50 mg / zi, la care mai apoi s-a adăugat Venlafaxina a câte 150 mg / zi, în asociere cu psihoterapie individuală, starea treptat s-a ameliorat, s-a îmbunătățit dispoziția, a dispărut anxietatea, mai calmă, s-a ameliorat somnul, neagă careva idei autolitice, treptat s-au nivelat retrăirile delirante, nu le mai expune, discută cu vecinele de salon, s-a inclus în ergoterapie. Au apărut planuri realiste pe viitor. Totuși discernământul critic față de starea sa e mai mult formal.

Rezultatul testelor la externare:

1. Testul de intenție suicidală Beck – 7 puncte
2. Scala ideăției autolitice - 6 puncte
3. Scorul Hamilton de Evaluare a Anxietății – 12 puncte
4. Scala Calgary de evaluare a Depresiei în schizofrenie (CDSS) – 5 puncte

INVESTIGAȚII:

Psiholog: Modificări nepronunțate ale procesului gândirii în întregime, tensionare emoțională accentuată, suspicioasă cu agresivitate lăuntrică, depresivitate de intensitate severă, cu idei autolitice.

Analiza generală și biochimică a sângelui, analiza generală a urinei - fără particularități.

DIAGNOSTIC: F 20.0 Schizofrenie paranoidă. A suportat recădere. Sindrom depresiv - paranoid. Remisiune terapeutică cu defect paranoid.

Diagnostic concomitent: Obezitate gr. II, tireodită autoimună, polichistoză ovariană, diabet zaharat tip 2.

Pacienta a fost externată la domiciliu în stare satisfăcătoare, pentru continuarea tratamentului medicamentos de susținere cu preparate antipsihotice și antidepresive sub supravegherea medicului psihiatru din teritoriu. La ultima examinare dinamică efectuată la 6 luni de la momentul externării starea pacientei era stabilă, fără manifestări de nivel psihotic, cu dispoziție bună, stabilă, inclusă în activitățile casnice, familiale: nega careva ideea autolitică; deschisă spre comunicare, critic se atârna față de tentativele anterioare, dispusă pentru colaborarea ulterioară, care o consideră a fi una eficientă și de folos pentru ea. Toate acestea s-au datorat faptului că pacienta primea regulat tratament de susținere medicamentos, făcea vizite lunare la medicul psihiatru din teritoriu care se asociau cu ședințe psihoterapeutice.

Cazul expus mai sus demonstrează în mod elocvent faptul, că depistarea la timp a ideii autolitice, precum și a comportamentului suicidar în general, poate preveni recurența, ceea ce ameliorează starea psihică și calitatea vieții pacienților și a familiilor acestora. Tratamentul trebuie inițiat de către medicii psihiatri, cu o abordare individuală a cazului, cu administrarea obligatorie a unui preparat antidepresiv în asociere cu preparatele antipsihotice, în combinație cu ședințele psihoterapeutice. Durata tratamentului activ durează de la caz la caz, dar nu mai puțin de o luna în condiții de staționar și cel puțin 6 -12 luni în condiții de ambulator.

În finalul celor relatate, am insista asupra faptului că, deși persoanele cu schizofrenie ridică mai multe probleme ce țin de funcționarea serviciilor medicale și sociale abilitate să se preocupe de asigurarea unui mediu existențial favorabil evoluției cât mai puțin incisive a procesului morbid, pentru prevenirea gesturilor fatale comise de bolnavii respectivi se pot realiza mult mai multe. Modul în care este tratat un episod suicidar, cum să se mențină faza stabilă a schizofreniei prin mijloace terapeutice și sociale pot reprezenta subiectul unei strategii de management psihiatric cu coordonate generale, dar în care considerarea unor variabile individuale să primeze.

Concluzii

1. Remedierea până la dispariție a tulburărilor psihopatologice și prevenirea recidivelor este cel mai important obiectiv al curelor ce tind prevenirea recidivelor de comportament suicidar.
2. Compensarea cât mai complet posibil a defectului de personalitate este posibilă, dar implică măsuri complexe de psihofarmacologie bine ajustate, psihoterapie realizată la toate etapele de recuperare, care include obligativ persoanele din anturajul familial al bolnavului.
3. Readaptarea treptată a pacientului sub aspect social și familial nu poate lipsi din programul individual de recuperare a bolnavului cu tendințe autolitice.
4. Reîncadrarea în activitatea anterioară sau în altă formă de activitate este un deziderat valabil și necesar, dar necesită eforturi conjugate și considerarea mai multor caractere biologice și evolutive ale procesului morbid.
5. Studiul realizat constată faptul că deși bine cunoscut este totuși mai puțin conștientizat faptul că dincolo de aspectele medicale pe care le implică boala psihică în sine importă enorm atitudinea comunității fata de bolnavul psihic în general și fata de bolnavul cu schizofrenie în special.

Bibliografie

1. Amador XF, Kronengold: Understanding and Assessing Insight. In Insight and Psychosis. 2nd edition. Edited by Amador X, David A. New York: Oxford University Press; 2004.
2. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviour. Am J Psychiatry 2003, 11(Suppl 160):1-60.

3. Drake RE: Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients. In *Suicide in schizophrenia*. Edited by Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. New York: Nova Science Publishers Inc; 2006: in press.
4. Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ: Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression. *Suicide Life Threat Behav* 2004, 34:66-76
5. Hennen J, Baldessarini RJ: Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2004, 73: 139-145
6. Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: pharmacologic treatment. *Clin Neuropsychiatry* 2005, 2:76-83

EVALUAREA CENTRELOR COMUNITARE DE SĂNĂTATE MINTALĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Jana Chihai¹, Ana-Maria Burlea, Ghenadie Cărăușu¹

¹Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

²UMF „Gr.T.Popa”, Iași, România²

Summary

Assessment of community mental health centers in Moldova

The purpose of this trial was to study the system of mental health services in Moldova. MHC Somato is an independent institution for adults and has all the necessary components of MH community-based service. CCTMSD Danko is an independent institution for children with day and home care services. CMHC Buiucani provides predominant psychiatric psychological and social consultations; NMHC provides services to patients from the CPH and Botanica's sector (Chisinau). CMHC Rezina and CMHC Ungheni function as a psychosocial rehabilitation day services.

Rezumat

Scopul lucrării a constat în studierea sistemului serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova. CSM Somato este o instituție independentă pentru adulți și are toate componentele necesare a unui serviciu comunitar de SM. CCTDM este o instituție independentă pentru copii cu asistență de zi și la domiciliu. CCSM Buiucani activează preponderent prin consultații psihiatrice, consiliere psihologică și socială. CNSM prestează servicii pacienților din cadrul SCP și sectorul Botanica (mun. Chișinău). CCSM Ungheni și CCSM Rezina funcționează ca un serviciu de reabilitare psihosocială de zi.

Actualitatea

Ameliorarea sănătății mintale este considerată ca direcție prioritară pentru Republica Moldova, iar legislația în domeniul sănătății mintale se cere a fi armonizată la rigorile europene. În scopul dezvoltării serviciilor de sănătate mintală calitative este necesară o colaborare între structurile guvernamentale, organizațiile profesionale relevante, organizațiile consumatorilor de servicii și societatea civilă [1, 3]. Dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală se cere a fi realizată pe principii comunitare, care vor include: crearea infrastructurii serviciilor comunitare, redirecționarea persoanelor cu tulburări mintale spre aceste servicii și asigurarea continuității asistenței psihiatrice; pregătirea profesională a cadrelor, inclusiv a medicilor de familie, în domeniul psihiatriei comunitare; optimizarea asistenței psihiatrice spitalicești prin crearea secțiilor de sănătate mintală în spitalele generale [2, 4, 5].

Scopul

Studierea sistemului serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova.