

2010

REABILITAREA IN SĂNĂTATEA MINTALĂ

Ghid practic

„...Reabilitarea psihosocială se referă la un spectru de programe pentru persoane cu boli psihice cronice. Aceste programe urmăresc să întărească abilitățile unui individ, abilități necesare pentru a-și satisface nevoile de a locui, de a se angaja în câmpul muncii, de a se socializa și dezvolta. Scopul reabilitării psihiatrice este de a crește calitatea vieții indivizilor cu tulburări psihice prin sprijinirea acestora în asumarea unui număr maxim de responsabilități în viața lor cotidiană și implicarea acestora cât mai activ și independent în viața socială...”



Ghidul practic a fost elaborat în cadrul proiectului
„Dezvoltarea sistemului serviciilor comunitare de sănătate mintală în Moldova”
finanțat de DDC a Elveției în Moldova de către experții:

1. Jana Chihai – psihiatru – psihoterapeut, psihoterapeut, directorul Centrului de Sănătate Mentală „Somato”, mun. Bălți, lector la facultatea de Psihologie, Pedagogie și Asistență Socială a US „A. Russo” din Bălți
2. Larisa Boderscova – Biroul de legătură în Republica Moldova al Organizației Mondiale a Sănătății, Coordonator Programe în domeniul Sănătății Familiei și Comunității, d.m.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC**

CUPRINS:

1. Introducere.....	4
2. Definiția reabilitării psihiatrice.....	5
3. Procesul de reabilitare în serviciile de Sănătate Mintală.....	7
4. Acțiunea de reabilitare.....	9
5. Echipa terapeutică multidisciplinară.....	11
6. Principiile reabilitării psihiatrice.....	12
7. Modele de programe și practici de intervenție in serviciile comunitare de Sănătate Mintală	13
8. Legături dintre tratamentele clinice și reabilitare.....	14
9. Terapia comunitară afirmativă.....	15
10. Managementul de caz.....	17
Bibliografie.....	20

1. Introducere

Rapoartele elaborate în ultimii de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) au demonstrat că tulburările psihice ocupă un loc aparte printre bolile generale, astfel încât au fost revizuite prioritățile pe plan internațional în politicile de sănătate. Prevalența pe durata vieții a tulburărilor mintale este de circa 33%, ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va suferi, la un moment dat, pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă în baza criteriilor acceptate pe plan internațional. Importanța problemei este subliniată și de faptul că, spre deosebire de marea majoritate a bolilor somatice, o boală psihică prezintă la o persoană reprezentă o sursă de alterare a echilibrului microgrupului social (familiar, profesional) în care respectiva persoană trăiește.

În literatura de specialitate, *reabilitarea psihiatrică* este definită și acceptată într-o varietate de moduri în funcție de obiective, metodă, cultură, filozofie, de implicarea largă a altor specialități necesare acestui proces. Astfel, I. Rutman încearcă să definească reabilitarea psihiatrică ca fiind „utilizarea sistematică și combinarea diferitelor modalități de a ajuta o persoană cu probleme de sănătate mintală să trăiască în comunitate”, astfel încât Corrigan s-o definească însumarea „eforturilor sistematice de a ajuta adulții cu dizabilități psihice de a merge mai departe în complexul proces al recuperării”, iar OMS drept „aplicare a măsurilor cu scopul de a reduce impactul condiției de dizabilitate psihică sau handicap, permițând acestora o cât mai bună integrare socială”. În trecut a fost făcută o distincție între reabilitarea psihiatrică asociată cu modelul medical și reabilitarea psihosocială bazată pe modelul social al reabilitării. Utilizarea termenului de „psihosocial”, centrat pe interacțiunea persoană-mediul, a creat omisiuni și, uneori, chiar interpretări greșite din cauza restricțiilor termenului. Acesta a fost și unul din motivele pentru care termenul de „reabilitare psihiatrică” este mult mai descriptiv și, deci, utilizat. Al doilea motiv de a abandona distincția între reabilitarea psihosocială și reabilitarea psihiatrică este faptul că separarea procesului reabilitării sociale de tratamentul tulburării psihice este neproductivă, contrară scopului urmărit, generatoare de discuții sterile și contradictorii, și, uneori, chiar de mișcări extremiste (antipsihiatria).

În general, prin „tratament” se face referire la o medicație specifică și psihoterapie, în timp ce „reabilitarea” se asociază cu programe de suport social, angajare, asigurarea cu locuri de muncă protejate, cu locuințe protejate și alte aspecte necesare pentru persoanele cu dizabilități psihice și a familiilor acestora.

În practică, reabilitarea și tratamentul se întrepătrund, deseori ponderea variind în funcție de etapa evolutivă a bolii. Astfel, în faza prodromală (perioada prevestitorilor bolii) predomină intervențiile sociale (psihoeformație), în fază acută, de criză, este necesar tratamentul medicamentos și psihoterapic (ambulator sau în spital, în funcție de gravitate) cu scopul de a reduce simptomele acute, în faza de stabilizare se continuă tratamentul medicamentos și psihoterapic (la nivel ambulator, spitalizare de zi, centru de

sănătate mintală), urmărindu-se reducerea simptomelor acute și a efectelor secundare, cu scopul de a obține complianța pacientului, de a reduce probabilitatea recăderii și se încep intervențiile de re/adaptare în familie și comunitate (echipa comunitară multidisciplinară). În faza stabilă, tratamentul se reduce la strictul necesar, se continuă monitorizarea și evaluarea periodică, se intensifică intervențiile de reabilitare și suport social, scopul fiind de a menține și îmbunătăți nivelul de integrare și funcționare în familie și comunitate și, nu în ultimul rând, calitatea vieții.

2. Definiția reabilitării psihiatrice

Putem defini reabilitarea psihiatrică, în termeni mai pragmatici, concreți, drept totalitatea intervențiilor medicale, psihoterapice și de suport social ce se aplică integrat, continuu / discontinuu, dar diferențiat, în raport cu etapa de evoluție, gravitatea și tipul de tulburare, având drept scop, în primul rând, prevenirea bolii și apoi susținerea eforturilor persoanei cu dizabilități psihice în complexul proces al recuperării, oferind acestuia posibilitatea de a munci, de a trăi în comunitate, de a se bucura de o viață socială într-un ritm propriu, dar realist, într-o atmosferă de respect, suport, încredere și speranță. Pentru atingerea acestui deziderat, este necesară respectarea unor principii ale reabilitării psihiatrice, principii influențate de practica de zi cu zi, de existența unor servicii comunitare și a unei echipe multidisciplinare, de individ, de familie, dar și de nivelul socio-economic, de cultura, religia, obiceiurile și tradițiile comunității în care se încearcă reabilitarea persoanei cu dizabilități psihice. Deși în literatură există mai multe clasificări ale principiilor reabilitării psihiatrice (centrate fie pe individ, fie pe tipul de servicii sau comunitate), este bine să facem o prezentare generală a acestora, urmând să le adaptăm apoi nevoilor și posibilităților fiecăruia. Astfel, printre principiile reabilitării psihiatrice, cu o mai mare importanță practică se află:

- **autonomia** sau **autodeterminarea**: rolul serviciilor care, în paralel cu monitorizarea simptomatologiei clare, să conserve și să promoveze capacitatea fiecărui pacient de a avea decizii și opțiuni independente prin descoperirea și stimularea aspectelor pozitive și „sănătoase” ale comportamentului, în ciuda prezenței unei dizabilități chiar și accentuate;
- **imputernicirea**: beneficiarii au posibilitatea de a alege și de a lua decizii ce au impact asupra vieții lor, ei trebuind educați și încurajați în ceea ce fac;
- **individualizarea** și orientarea spre nevoile persoanei: deși există o multitudine de căi de recuperare, individul este unic prin preferințe, pregătire, nevoi, cultură și experiență de viață;
- **viziunea integrativă**: reabilitarea cuprinzând o varietate de aspecte ale vieții individului ce includ mintea, corpul, spiritul și comunitatea;

- **centrarea pe problemele practice ale vieții de zi cu zi:** persoanele cu dizabilități psihice aspira la aceleași lucruri ca și persoanele normale, respectiv să aibă prieteni, să muncească, să aibă propria locuință și intimitate, să conducă mașina, să călătorească etc.;

- **întărirea rezultatelor pozitive obținute** - prin minimalizarea așteptărilor negative generate de boală și de fenomenul stigmatizării;

- **educarea/perfecționarea abilităților existente** - cu rezultate mult mai bune dacă acestea se desfășoară în locații situate în comunitate, „cat mai aproape de casă” decât în spital;

- **schimbări în mediul de viață (familie, comunitate):** știindu-se că o reușită de durată depinde nu numai de eforturile echipei multidisciplinare comunitare și de individ, dar și de sprijinul celorlalți – familie, rude, colegi, prieteni. Astfel, încrederea, respectul comunității, toleranță din punct de vedere social, respectarea drepturilor pacienților, eliminarea discriminării și combaterea stigmei sunt esențiale;

- **accesibilitatea:** utilizarea serviciilor ușor și rapid accesate de către pacienți și aparținătorii acestora, oricând și oriunde este necesar;

- **comprehensibilitatea** este o caracteristică bidimensională a serviciilor, oferind pe orizontală, măsura în care un serviciu acoperă o varietate mare de tulburări psihice cu diferite grade de severitate și o variabilitate largă a caracteristicilor individuale. Pe verticală – disponibilitatea elementelor esențiale ale tratamentului și accesarea lor prioritară de anumite grupuri de pacienți;

- **echipa multidisciplinară** este absolut necesară dacă dorim o reală reabilitare a persoanelor cu dizabilități psihice care să cuprindă o varietate de profesii, să fie flexibilă în componență (obligatoriu – psihiatrul, psihologul, asistentul social, asistenta de psihiatrie, instructorul de terapie ocupațională) cu o bună relaționare între membri și o clară definire a responsabilităților;

- **continuitatea și calitatea serviciilor** reprezintă un principiu fundamental în succesul programelor de reabilitare psihiatrică, caracterizează serviciile ce oferă intervenții terapeutice coerente la nivel individual, referindu-se atât la activitatea membrilor echipei multidisciplinare, ce se completează și se potențează reciproc, fără a fi redundante, la seria neîntreruptă de contacte necesare pe parcursul unei perioade mai lungi de timp în scopul evaluării, monitorizării și prevenirii recăderilor;

- **eficacitatea:** măsura în care o intervenție specifică, desfășurată în condiții obișnuite, își atinge obiectivele;

- **echitatea:** distribuția corectă a resurselor. Aceasta presupune transparența criteriilor de decizie (stabilirea nevoilor prioritare) și a metodelor utilizate pentru a stabili alocarea resurselor umane și financiare;

- **responsabilitatea** se referă la setul de *expectante* (așteptare bazată pe anumite drepturi, promisiuni, probabilități sau calcule) pe care îl dețin pacienții, familiile acestora și populația în general în ceea ce privește funcționarea serviciilor de sănătate mintală. Astfel, orice pacient se așteaptă ca profesionistul care-l tratează să respecte normele etice, deontologice (de ex., să asigure confidențialitatea). În același timp, beneficiarii sunt responsabili de propria lor îngrijire și de modul cum participă în procesul reabilitării;
- **coordonarea** presupune realizarea unor planuri coerente de tratament pentru fiecare pacient, ce trebuie să conțină scopuri clare și să prevadă intervențiile corespunzătoare atât în ceea ce privește informațiile și serviciile necesare pe parcursul unui episod de îngrijire, cât și referințele la relațiile dintre personal și diverse instituții pe parcursul unei perioade mai lungi de tratament;
- **eficiența** caracterizează un serviciu care cu resurse minime obține rezultate optime;
- **orientarea spre susținerea tratamentului și integrării comunitare, întărirea speranței de recuperare:** fiind esențial și motivațional mesajul că persoanele cu dizabilități psihice pot și trebuie să depășească barierele și obstacolele cu care se confruntă. În unele țări (R. Moldova, România ș.a.), îngrijirile de sănătate mintală se concentrează, în prezent, în spitalele de psihiatrie și sunt subordonate unui model excesiv biologizant.

3. Procesul de reabilitare în serviciile de Sănătate Mintală

Domaniul reabilitării psihiatrice (sau psiho-sociale) s-a dezvoltat precoce din recunoașterea faptului că o intervenție medicală nu este suficientă pentru persoanele cu boli psihice severe și aceste programe au căutat să dezvolte abordări nonclinice.

Mișcarea de reabilitare psihiatrică a demarat la sfârșitul anilor '40-50, cu o mână de programe dedicate furnizării de servicii pentru bolnavii psihici cronici. Aceste programe căutau alternative la instituționalizarea pe termen lung și la spitalizările repetate cu care se confruntau frecvent persoanele care sufereau de diverse boli psihice.

Reabilitarea psihosocială se referă la un spectru de programe pentru persoane cu boli psihice cronice. Aceste programe urmăresc să întărească abilitățile unui individ, abilități necesare pentru a-și satisface nevoile de a locui, de a se angaja în câmpul muncii, de a se socializa și dezvolta. Scopul reabilitării psihiatrice este de a crește calitatea vieții indivizilor cu tulburări psihice prin sprijinirea acestora în asumarea unui număr maxim de responsabilități în viața lor cotidiană și implicarea acestora cât mai activ și independent în viața socială.

Serviciile principale de reabilitare psihosocială se axează pe: *socializare, servicii recreaționale, vocaționale, rezidențiale, antrenarea abilităților pentru viața cotidiană în comunitate, terapia comunitară afirmativă și managementul de caz*. În plus, facilitățile de reabilitare psihosocială pot oferi pacientului activități de planificare a scopurilor, programe educaționale, pregătire pentru susținere (advocacy) și suport personal și familial.

Indivizii pot avea nevoie de aceste programe *pe termen scurt sau nedefinit*. Ele sunt oferite în context unui mediu cu o nivel scăzut de stigmatizare în comunitate și într-o manieră în care accentul se pune pe „persoană” și nu pe „pacient”. În acest fel, crește sentimentul de responsabilitate și de valorizare, precum și încurajează implicarea personală în procesul de reabilitare. Serviciile de reabilitare sunt interconectate și în strânsă legătură cu cele oferite de alte instituții de sănătate mintală sau sociale. (Rutman, 1989)

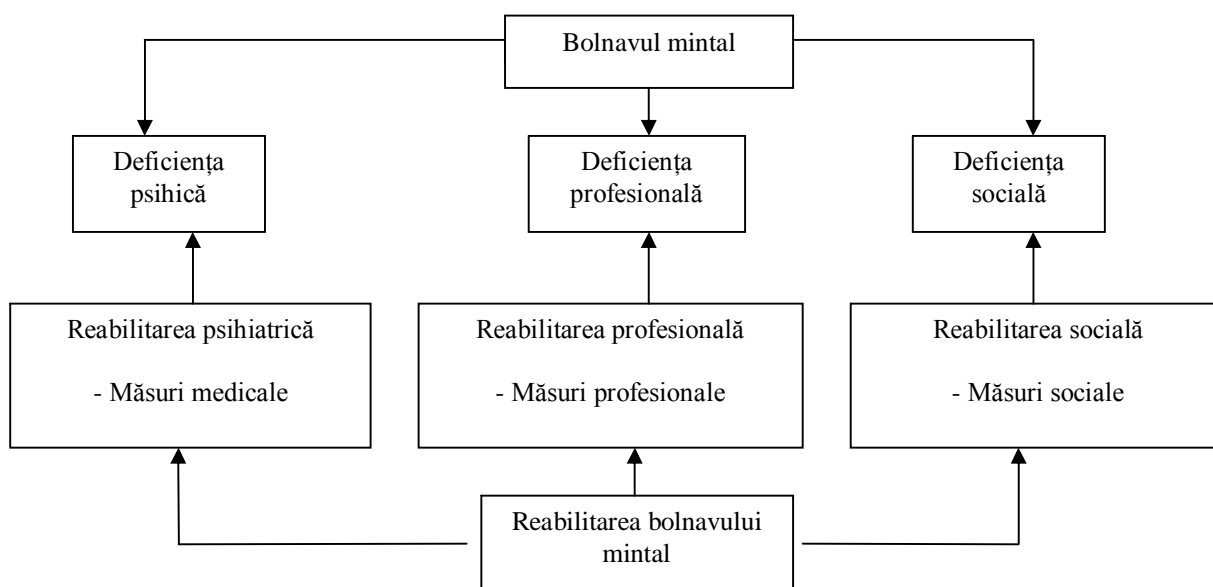
Terminologia utilizată pentru a desemna acest concept diferă, deși, în fond, sunt vizate aceleași obiective (H. Ey, Cl.Veil, B.H. Kirman și J. Bicknell, L. Noro, H. Rusk, P. Sivadon, C. Enăchescu). Pentru Școala americană este obișnuit termenul *reabilitare*. Școala franceză folosește termenii *readaptare* sau *reclasare*. H. Platt recomandă termenul *reabilitare*, acesta având deopotrivă semnificație biologică și una psihologică. Prin *reabilitare* el înțelege reîncadrarea în muncă a omului bolnav sau plasarea profesională a acestuia ca rezultat al eforturilor de colaborare dintre medicul specialist, personalul auxiliar medical și membrii organizațiilor de educație și asistență socială.

Principiile care stau la baza procesului de reabilitare a bolnavilor psihic sunt universal admise de majoritatea autorilor (P. Sivadon, R.H. Ojemann, S.W. Mounford, H. Kessler, C.Enăchescu):

- a) *principiul antrenării* constă în atragerea și antrenarea activă a bolnavilor psihic în procesul de reabilitare;
- b) *principiul activării* are la bază antrenarea activă, permanentă, prin dinamizarea bolnavului în cursul actului de reabilitare, cu menținerea unui anumit ritm al activității terapeutice;
- c) *principiul cooperării* stipulează că medicul sau echipa terapeutică trebuie să coopereze cu organizații sociale și profesionale specializate în procesul de reabilitare;
- d) *principiul varietății și al mobilității* constă în diversificarea ritmului reabilitării, trecerea de la un tip la altul, ca modalitate de diversificare a activității și crearea unui climat interesant, atractiv, prietenos și cu efecte pozitive pentru bolnav;
- e) *principiul supravegherii dirijate* vizează organizarea și desfășurarea activității de reabilitare după criterii medicale și psihosociale rigurose științifice, rolul director revenind medicului și echipei terapeutice;
- f) *principiul normalității funcționale* reprezintă scopul reabilitării în dorința redobândirii capacităților și aptitudinilor pierdute de bolnavul respectiv;
- g) *principiul mobilității adaptative* este de natură tehnico-metodologică și constă în diversificarea metodelor de reabilitare în cursul diferitelor etape ale procesului terapeutic;
- h) *principiul planificării* se referă la mijloacele și etapele de reabilitare a bolnavilor;
- i) *principiul programării* urmărește organizarea desfășurării stadiale a programului de reabilitare, conform planificării acesteia în cazul bolnavilor psihic.

4. Acțiunea de reabilitare

Orice *acțiune de reabilitare* urmărește compensarea stării de *deficiență*, ameliorarea stării bolnavului sau a persoanei cu deficiență, reintegrarea sa în familie, profesiune, societate. În vederea realizării acestor obiective, reabilitarea bolnavilor sau a persoanelor cu deficiențe psihice se va desfășura în mod diferențiat, în trei direcții, și anume: *reabilitare medicală, profesională și socială*, așa cum se poate vedea din schema de mai jos .



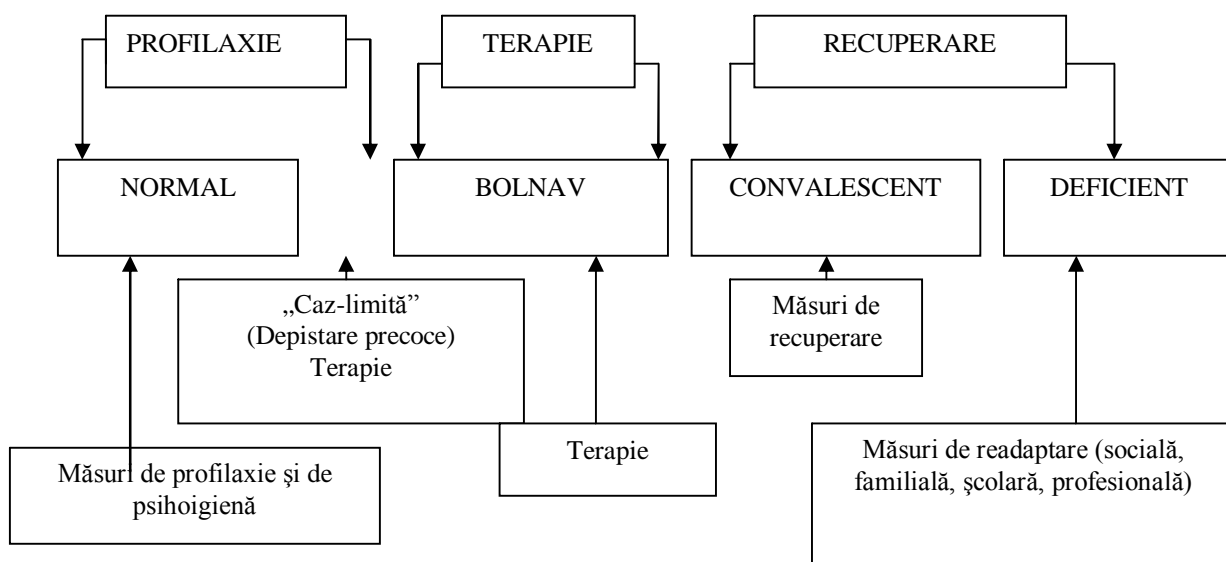
În ceea ce privește **metodele de reabilitare** a bolnavilor psihic, acestea sunt numeroase și diferite de la un autor la altul. V.J. Baltazar propune următoarele metode de reabilitare:

- reabilitarea fizică reprezintă totalitatea formelor de tratament în vederea readaptării fizice (deficienți fizici, motorii, senzoriali etc.);
- reabilitarea psihică se adresează, în primul rând, bolnavilor psihic și constând în crearea unui climat psihologic favorabil și antrenarea în activitatea acestora;
- reabilitarea profesională constă în readaptarea deficientului la o activitate profesional-școlară adecvată tipului său de deficiență ;
- reabilitarea socială este o acțiune complexă care vizează readaptarea familială, școlară-profesională și socială a bolnavului.

Orice program de reabilitare a bolnavilor psihic trebuie să aibă în vedere următoarele tipuri de obiective:

- obiectivul principal:** reabilitarea stării de sănătate mintală a bolnavilor;
- obiectivul general:** reabilitarea psihiatrică, profesională și socială;
- obiectivul secundar:** reducerea deficienței psihice, redobândirea capacității de muncă și readaptarea socială.

Orice reabilitare se realizează în trei etape: *profilaxia, terapia și reabilitarea propriu zisă*, așa cum se poate vedea în schema de mai jos:



Ațiunea de reabilitarea a bolnavilor și deficienților psihice se desfășoară în mod planificat și organizat, după un program riguros de reabilitare. În tabelul următor, prezentăm un sinteza unui program de reabilitarea.

Obiectivul principal	Reabilitarea sănătății mintale		
Obiective generale	Reabilitarea psihiatrică	Reabilitarea profesională	Reabilitarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienței psihice	Redobândirea capacității de muncă	Readaptarea socială
Mijloace de realizare	Terapia psihotropă Psihoterapia Supravegherea ambulatorie Postcura sanatorială	Terapia ocupațională Ergoterapia Reprofesionalizarea Activitatea profesională protejată	Terapia de grup Socioterapia Asistența socială Îngrijirea familială

Orice *program de reabilitare* trebuie să vizeze următoarele obiective (Ch. E. Caniff):

- să asigure și să mențină mijloacele de reabilitare la un nivel calitativ înalt;
- să asigure condiții de reabilitare pentru toate tipurile de deficiență, în toate categoriile de populație și pentru orice fel de situație care poate să se îște pe parcurs (fizică, psihică, de intelect etc.);
- să ofere o informare intensivă referitoare la valoarea procesului de reabilitare.

5. Echipa terapeutică multidisciplinară

Procesul de reabilitare trebuie să se desfășoare sub conducerea și supravegherea unei echipe terapeutice complexe multidisciplinare, specializată în acțiuni de reabilitare (M.A. Seidenfeld). Echipa terapeutică multidisciplinară este alcătuită din:

- a) echipa terapeutică generală, formată din medici recuperatori, asistente medicale, fizioterapeuți, ergoterapeuți, asistenți sociali, sociologi, logopezi;
- b) echipa psihiatrică, formată din: psiholog, psihiatru, psihoterapeut, sociolog, specialist în terapiile ocupaționale.

Activitatea *echipei terapeutice multidisciplinare* are ca misiune organizarea, administrarea, aplicarea și evaluarea *programului de reabilitare* a bolnavilor sau deficienților psihic, precum și a altor categorii de persoane cu deficiențe. Un rol important îl joacă fixarea exactă a *obiectivelor* urmărite de programul de reabilitare, dar și utilizarea *mijloacelor de realizare* a obiectivelor propuse.

Programul de reabilitare a deficienților psihici

Obiectivul principal	Reabilitarea sănătății mintale		
Obiective generale	Reabilitarea psihiatrică	Reabilitarea profesională	Reabilitarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienței psihice	Redobandirea capacității de muncă	Readaptarea socială
Mijloace de realizare	<ul style="list-style-type: none"> - Terapie psihotropă - Psihoterapie - Supraveghere ambulatorie - Cură sanatorială 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapie ocupațională - Ergoterapie - Reprofesionalizare - Activitate profesională protejată 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapie de grup - Socioterapie - Asistență socială - Îngrijire familială

Un alt concept-cheie al reabilitării este cel de întărire sau abilitarea cu putere (*empowerment*) a persoanei bolnave psihic. În procesul de reabilitare individul trebuie să înceapă să ia decizii, să accepte responsabilități, cu riscul de a comite anumite greșeli.

6. Principiile reabilitării psihiatrice

Pe măsura consolidării domeniului, s-au au devenit clare principiile reabilitării psihiatrice:

- Convingerea că există un potențial de creștere și de schimbare chiar și la cea mai severă dizabilitate persoană. Speranța este un ingredient esențial în procesul de reabilitare psihiatrică;
- În centrul reabilitării psihiatrice se află persoana ca o totalitate și nu boala;
- Se intervine pe comportament și funcționare și nu pe simptom, conform principiului „Mai curând inducerea sănătății decât reducerea simptomului”;
- Distanța dintre personal și clienți este micșorată, cu scopul de a fundamenta parteneriatul între aceștia;
- Serviciile de reabilitare psihiatrică sunt orientate spre necesitățile practice și zilnice ale fiecărei persoane;
- Toate intervențiile se bazează pe principiul autodeterminării persoanei. Se fac eforturi pentru a o implica să participe activ la program;
- Servicii psihiatrice de reabilitare oferă oportunități pentru indivizi de a participa pe cât de mult posibil în rolurile și relațiile firești în cadrul comunității;
- Se va evita spitalizarea inutilă;
- Intervențiile sunt menite să satisfacă necesitățile individuale ale fiecărei persoane.

Scopul reabilitării psihiatrice este de a învăța indivizii să compenseze sau să elimine deficitul funcționale, barierele interpersonale și de mediu, barierele cauzate de dizabilitate. Scopul este de a reface abilitățile persoanei în vederea revenirii la o viață independentă, precum și să contribuie la socializarea și administrarea eficientă a propriei vieți. Intervenția îl ajută pe individ să învețe să compenseze efectele simptomelor bolii prin dezvoltarea unor noi abilități și tehnici de ***coping*** (*efortul cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale*) și prin crearea unui mediu ***supportiv*** (acceptare reciprocă, stimă, sinceritate, feedback pozitiv). Practicile reabilitării psihiatrice contracarează și efectele simptomelor secundare, prin recâștigarea sentimentului de încredere.

7. Modele de programe și practici de intervenție în serviciile comunitare de Sănătate Mintală

Unul dintre cele mai populare modele în reabilitarea psihiatrică este cel al *cluburilor (clubhouse)*. Primul club a fost înființat la Fountain House în New York (SUA), la sfârșitul anilor '40 ai secolului XX. Programele de club au încercat să dezvolte o comunitate intențională în care membrii au posibilitate să se angajeze în diverse jocuri active și esențiale în administrarea clubului, având suportul și încurajarea colegilor și a staff-ului.

Modelul de terapie comunitară afirmativă a fost descris ca o reabilitare psihiatrică „fără ziduri”. Persoana nu vine în vreo instituție ce oferă servicii, ci echipa oferă clientului servicii de reabilitare în comunitate. Acest model a fost elaborat inițial ca modalitate de a oferi servicii acelor clienți cu multiple reinternări, care erau mai puțin cooperanți cu serviciile existente. Membrii echipei terapeutice comunitare vizitează persoana la locul de muncă, acasă, merg la magazin, fac cumpărăturile împreună sau se întâlnesc la o cafea. Utilizând această abordare în echipă, clientul este întotdeauna asigurat că poate contacta o persoană cunoscută. Programul de Terapie Comunitară Afirmativă (PACT) a demonstrat că acesta este o alternativă cost/eficientă pentru spitalizare și s-a dovedit a fi eficient în a ajuta clienții să mențină o adaptare stabilă în comunitate.

În **modelul axat pe linii de forță (strengths) al managementului de caz**, fiecare client are un manager de caz individual. Programul este mai puțin orientat clinic decât în cazul PACT și este axat mai mult pe nevoile personale și sociale ale fiecărui client.

Pe lângă cele două modele descrise, există un număr de alternative în creștere, ce oferă servicii specifice ca, de exemplu, *angajările asistate, angajare temporară, suportul locativ și educație asistată*. Scopul fiecărei abordări urmărește intenția de a ajuta individul să se integreze deplin în comunitate, oferind asistența necesară în mediul comunitar. De exemplu, în cazul *locurilor de muncă asistate*, o persoană cu boală psihică serioasă este angajată la o slujbă, de regulă cu jumătate de normă. Un tutore vocațional poate lucra cot la cot cu persoana respectivă, până ce clientul învață ce are de făcut și cum să se comporte.

Reabilitarea vocațională (Vocațional Rehabilitation - VR). Evaluarea eficienței reabilitării vocaționale este dificilă din cauza diversității de programe și a evoluției rapide de la programe protejate la modele de angajare de tranziție sau asistate. În general, numărul de angajări din rândul persoanelor cu boli psihice severe este scăzut. Rata angajărilor acestor persoane este, de regulă, de circa 25 la sută. Plasarea în câmpul în muncii constituie un element important al evoluției persoanelor cu boli psihice severe; în dezvoltarea unor strategii de reabilitare vocațională optimă pentru pacienții care doresc să muncească reprezintă o prioritate importantă .

Servicii locative. O locuință corespunzătoare constituie o componentă esențială a asistenței comunitare pentru persoanele cu boli psihice severe, deși se cunoaște puțin gradul de eficiență a diferitelor opțiuni locative în îmbunătățirea profilului evolutiv. Un studiu a arătat că persoanele cu tulburări mintale severe au beneficiat de o calitate superioară a vieții dacă locuiau în apartamente private sau în locuințe în grupuri mici, în comparație cu cele care locuiau în locuințe protejate tip cămin sau, pe termen lung, în spital.

8. Legături dintre tratamente clinice și reabilitare

Probabil, principala concluzie extrasă din literatura de specialitate privind reabilitarea psihiatrică este aceea că o combinație dintre terapia clinică și reabilitarea comunitară. Cel mai relevant rezultat apare în combinarea medicației cu trainingul familial. Aceasta conduce la reducerea substanțială a ratei recăderilor în al doilea an al perioadei de urmărire. Încă un aspect interesant îl reprezintă, în cazul pacienților care nu au avut recăderi, o mai bună evoluție în domeniul capacității de muncă a acelor pacienți care au beneficiat de trainingul familial în comparație cu pacienții fără recăderi care nu au beneficiat de training familial. Cercetările privind rezultatele strategiilor de reabilitare pentru persoanele cu boli psihice severe arată că intervențiile psihiatrice sunt, în general, un element esențial de tratament, dar nu se știe încă exact care ar fi intervenția de reabilitare optimă și individualizată. Este însă cert că combinația dintre terapia clinică și reabilitarea psihiatrică pare a da cele mai bune rezultate.

Serviciile comunitare adecvate care deservește corespunzător persoanele cu boli psihice severe trebuie să fie suficiente la număr, care să presteze servicii complexe. Noile teorii biomedicale privind bolile psihice și apariția de noi medicamente au amplificat gradul de complexitate în oferta de servicii comunitare. În timp ce tratamentul are ca scop înlăturarea stresului, ameliorarea simptomatologiei și, în ultimă instanță, tratarea bolii, reabilitarea psihiatrică este focalizată pe creșterea nivelului de funcționare, astfel încât nici terapia ambulatorie și nici reabilitarea comunitară nu pot funcționa izolat.

Serviciile de reabilitare psihiatrică sunt o componentă esențială a sistemului de asistență comunitară a persoanelor cu boli psihice severe. În ultimii 20 de ani a apărut o largă paletă de modele și de intervenții de reabilitare psihiatrică. Toate pun accent pe oferirea unui sprijin pentru a-l ajuta pe un individ să-și îmbunătățească calitatea vieții și să funcționeze în societate pe cât posibil în mod activ și independent. Cercetările actuale arată că intervențiile psihiatrice reprezintă o componentă esențială a tratamentului și că încă nu se cunoaște încă exact nivelul eficienței acțiunilor de reabilitare. Rolul psihiatrului în cadrul programelor de reabilitare nu este bine definit, dar se constată în prezent o mai bună integrare a intervențiilor clinice și cele de reabilitare.

9. Terapia comunitară afirmativă

Terapia mobilă, terapia comunitară afirmativă și echipele de asistență continuă sunt sinonime. Ele se referă la un tip de asistență și tratament furnizat bolnavilor psihici cu tulburări severe și persistente, ce implică mobilitatea, încrederea și continuitatea. *Sistemul mobil de îngrijire și cel de management de caz afirmativ (intensiv)* folosește metode similare și are scopuri asemănătoare, dar terapia comunitară afirmativă diferă prin faptul că psihiatrul face parte nemijlocită din echipă, fără a fi solicitat cum este în cazul managementului de caz intensiv – din exterior.

Terapie Comunitară Afirmativă răspunde la trei priorități ale serviciilor de sănătate mintală:

- menținerea pacientului într-un cadru restrictiv redus la minimum;
- prevenirea respitalizării;
- asigurarea continuității în asistență.

Crearea terapiei mobile ca un concept 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. 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 ce facilitează tratamentul și continuarea acestuia.

Un beneficiu important al terapiei mobile este acela că nevoile și caracteristicile pacientului dictează tipul și nivelul serviciului oferit, astfel încât serviciile sunt modelate individual pentru fiecare pacient. Echipa terapeutică mobilă poate elabora și desfășura planul terapeutic în funcție de nevoile pacientului și, de regulă, nu în mod convențional. De exemplu, frecvența vizitelor, durata sau conținutul lor pot fi ajustate în funcție de stabilitatea pacientului sau de nevoia de a preveni sau a interveni într-o situație de criză.

Capacitatea echipei de a fi flexibilă, indiferent de locul unde se află pacientul, este încă un câștig al terapiei comunitare afirmative. Vizitele mobile ale pacienților se produc la locul de muncă, acasă, în instituții, în localuri publice sau chiar pe stradă. Orice loc din comunitate este indicat pentru evaluarea și tratamentul pacientului. Totuși, vizitele la domiciliu oferă posibilitate echipei de a-și face o viziune și o impresie despre mediul și preferințele pacientului. Planul terapeutic trebuie elaborat pe nevoile pacientului. Tratamentul poate fi mai efektiv dacă terapeutul are informații deplină despre situația pacientului de la domiciliu și dacă, eventual, aceasta îi afectează starea clinică.

Nevoile unui bolnav mintal cronic nu se conformează unui orar tipic și astfel serviciile trebuie să funcționeze 24 din 24 de ore. Crizele care pot duce la spitalizare au șansa de a fi rezolvate în cazul în care capacitatea de răspuns este promptă. Unele programe mobile de tratament oferă disponibilitate de contact direct 24 din 24 de ore. Membrii echipei mobile își petrec timpul de lucru cu pacienții, prevenind crizele și implementând strategii de prevenire a acestora. Accesul la echipă timp de 24 de ore securizează pacientul și anturajul.

Echipele de Terapie Comunitară Afirmativă urmăresc ele însele pacienții în mod continuu, indiferent de ziua, locul sau starea clinică a pacientului și fac un efort concentrat de a monitoriza pacientul în orice împrejurare. Aceasta reprezintă un element adițional important în continuitate. Chiar dacă pacientul este spitalizat, clinicienii echipei îl vizitează și se consultă cu echipa terapeutică din spital. Satisfacția pacienților în urma terapiei mobile, precum și rezistența la perspectiva de tranziție spre servicii principale, pot garanta continuarea serviciilor de terapie mobilă chiar în cazul ameliorării și împlinirii considerabile a scopurile terapeutice.

Terapie mobilă scurtă. În cadrul rețelei de servicii de sănătate mintală pacienții au nevoie de o „plasă de siguranță”, când trec de la faza de terapie comunitară mobilă la asistența ambulatorie tradițională. Acest tip de „plasă de siguranță” sau extra-suport va fi furnizată de o echipă de terapie mobilă scurtă care oferă ajutor temporar pentru reajaustarea și menținerea planurilor terapeutice, complianței cu medicație, respectarea graficului întâlnirilor, însoțirea, precum și alte forme de ajutor practic, în cazul în care pacientul nu poate sau nu dorește să vină la clinica ambulatorie sau la centrul de zi.

Echipele multidisciplinare. Abordarea în echipe aduce avantaje și permite personalului să cunoască pacientul, resursele și problemele sale, facilitând interșanjabilitatea (interschimbabilitatea) staff-ului în eventualitatea absenței vreunui clinician.

În afară de specialitatea lor, clinicienii echipei terapeutice mobile trebuie să fie pregătiți să îndeplinească un set bazal de funcții. Witheridge (1989) a elaborat o scurtă descriere a sarcinilor pentru personalul echipelor terapeutice mobile ce constau în 11 funcții și expectanțe (așteptare; expectativă):

1. *identificarea membrilor populației-țintă;*
2. *atragera noilor participanți;*
3. *efectuarea de evaluări și planificarea de intervenții;*
4. *asumarea deplină a responsabilității profesionale;*
5. *vizite la domiciliu;*
6. *asistarea la detaliile concrete ale vieții cotidiene a pacientului;*
7. *oferirea de asistență și instruire în mediul propriu al pacientului;*
8. *reglementarea de (relații cu) serviciile medicale;*
9. *oferirea de resurse și consultanța;*
10. *facilitarea de reinternări necesare și conlucrarea cu medicii din spital;*
11. *stabilirea parteneriatului cu familiile pacientului.*

Echipele terapeutice mobile sunt, în general, conduse de psihiatri care au un anumite roluri și responsabilități. Funcțiile echipei sunt: stabilirea orientării serviciilor către terapia mobilă, gestionarea procesului decizional privind chestiunile programabile, precum și supervizarea legislativă. Supervizarea clinică a membrilor echipei în timpul ședințelor, precum și întâlnirile individuale oferă oportunitatea de a învăța bazele de furnizare a terapiei mobile bolnavilor psihici. O altă dimensiune a rolului psihiatrului o reprezintă menținerea standardelor etice în terapie și înțelegerea problemelor juridice legate de pacient.

Psihiatrul, ca și toți ceilalți membri ai echipei, trebuie să fie flexibil și să folosească orice prilej de a vedea un pacient care este greu de găsit și de abordat. Psihiatrul conduce echipa și ia deciziile finale ținând cont și de ideile celorlalți în privința planului terapeutic. Psihiatrul trebuie, de asemenea, să recunoască și să respecte autonomia staff-ului. Intervențiile terapeutice mobile au șanse mari de succes dacă membrii echipei îl apreciază pe psihiatru și îi iau în considerare punctul de vedere.

10. Managementul de caz

La nivelul clientului, managementul de caz s-a dezvoltat ca un instrument principal, cu scopul de a asigura continuitatea asistenței. Bachrach (1981) a definit continuitatea asistenței ca nevoia de a asigura clientului o mobilitate ordonată și neîntreruptă între diversele elemente ale sistemului de servicii. Autoarea a identificat o serie de condiții importante care trebuie îndeplinite pentru a se realiza continuitatea: *asistența trebuie să fie disponibilă o lungă perioadă de timp; clientul trebuie tratat individual; asistența trebuie să fie complexă și flexibilă; trebuie să existe stabilirea unei relații interpersonale; obstacolele în calea accesibilității trebuie înlăturate; trebuie să existe căi de comunicare între client și furnizorul de servicii, precum și între diferiții furnizori de servicii implicați în asistența acestuia*. Fiecare dintre aceste condiții este încorporată principiilor practice ale managementului de caz.

Managementul de caz își are originea în modelul de asistență socială pentru categoriile sociale defavorizate oferită în cadrul unor instituții sociale (Friday, 1986). Modelul a fost utilizat în orașe prin anii '60 (Levine, 1979) și folosit și la alte categorii de populație specifice: bătrâni, copii ș.a. După ce managementul de caz a fost considerat de Institutul Național de Sănătate Mintală din SUA ca fiind unul din cele zece componente esențiale ale sistemului de asistență comunitară (Turner și TehHoor, 1978), numeroși autori au început să descrie mai pe larg aplicarea managementului de caz în asistența de sănătate mintală (Lamb, 1980; Intagliata, 1982; Schwartz și colab., 1982).

Deși managementul de caz a fost implementat pe larg, nu există o definiție standardizată a acestuia. Unele programe de sănătate mintală definesc **managementul de caz ca o funcție de administrație, funcție care nu necesită un contact direct sau terapeutic cu clientul**. Cu toate acestea, există un consens general potrivit căruia, atât coordonarea cât și oferta directă de servicii necesită satisfacerea nevoilor bolnavilor de maladii psihice severe. Este important să reținem că **managementul de caz pentru persoanele cu dizabilități psihice, care pune accent pe nevoile clientului și folosește o relație terapeutică explicită, este denumit management de caz clinic**.

Există și un anumit consens privind scopurile și funcțiile de bază ale managementului de caz clinic. Scopurile sale au fost descrise din perspectiva clientului de către Furlong-Norman (1991) ca „**asistența unei persoane cu scopul de a trăi într-un mediu comunitar cât mai suportiv posibil și de a sprijini crearea suportului și mediului adecvate scopurilor și nevoilor personale, când aceste resurse nu există**”. Din perspectiva sistemelor, **scopul managementului de caz clinic este de a oferi servicii de care consumatorii au nevoie într-o manieră coordonată și eficientă, pentru a crește continuitatea, accesibilitatea și responsabilitatea**.

Funcțiile de bază ale managerului de caz constau în: **evaluare, planificare, legătură și monitorizare**. Mobilitatea, oferta directă și specifică, satisfacerea nevoilor speciale, precum și acțiunile de susținere sunt elemente adiționale frecvente în cadrul unor servicii mai ample. Funcțiile suportive principale au fost descrise de către Desisto, Ridgway și Erikson (1986).

Tabloul cu „Funcțiile managementului de caz” oferă o sinteză de activități furnizate de acele servicii etichetate ca integrative.

Au fost propuse patru modele pentru a distinge între variate tipuri de programe de management de caz clinic (Robinson și colab.,1989). Ele diferă în funcție de mai multe dimensiuni. **Modelul de suport deplin este cunoscut și sub numele de terapie comunitară afirmativă și este modelul cel mai răspândit și evaluat.** În Ontario (Canada) modelul de reabilitare (Anthony și colab.,1993), folosind teoria și practica reabilitării psihiatrice, este predominant. **Managerii de caz preiau lista de cazuri și pun accentul pe evaluarea funcțională, planurile de reabilitare și învățarea abilităților.**

Funcțiile managementului de caz:

Obiectiv: asigurarea continuității asistenței în interiorul sistemului. Managementul de caz este un proces de identificare a cazului, de evaluarea a nevoilor, de planificare, coordonare și furnizare directă a serviciilor, de monitorizare și evaluare continuă a nevoilor în cea mai eficientă și promptă modalitate. Managementul de caz constituie principala axă suportivă în interiorul rețelei de asistență.

1. *Mobilitate și identificare*
 - a. contactarea persoanelor cu dizabilități psihiatrice și antrenarea lor în sistemul de servicii;
 - b. informarea membrilor familiei și a altor furnizori de servicii asupra existenței managementului de caz;
 - c. menținerea susținută a contactului pentru prevenirea abandonului serviciilor;
 - d. asigurarea unei continuități pe termen lung a relației suportive.
2. *Evaluare și planificare individualizată și comprehensivă*
 - a. efectuarea pentru fiecare persoană cu dizabilități psihiatrice a unei evaluări complete și individualizate a nevoilor ei, precum și tot suportul necesar pentru stabilirea obiectivelor majore de reabilitare;
 - b. dezvoltarea, împreună cu persoana cu dizabilități psihice, a unui plan individualizat care vine în întâmpinarea nevoilor elementare și a celor terapeutice specifice, bazat pe furnizarea unor servicii reabilitative și suportive.
3. *Coordonarea serviciilor*
 - a. punerea în legătură a clienților cu resursele, serviciile și facilitățile suportive multiple;
 - b. susținerea drepturilor pacienților pentru asigurarea accesului în vederea modificării și adaptării resurselor existente la nevoile individuale ale acestora;
 - c. menținerea legăturii active și continue cu instituțiile din vecinătate, managerul de caz devenind un factor-cheie în coordonarea eforturilor interagenției.
4. *Furnizarea directă de servicii*
 - a. atunci când există deficiențe în furnizarea de servicii și resurse, oferirea de asistență în probleme de trai cotidian, de educare a unor deprinderi de viață comunitară și de dezvoltare a unor sisteme suportive naturale.
5. *Monitorizare și evaluare*
 - a. monitorizarea implementării planurilor individualizate;
 - b. evaluarea îndeplinirii obiectivelor și a satisfacției clienților;
 - c. revizuirea planurilor și programelor terapeutice, suportive și reabilitative cu scopul asigurării unor servicii adecvate, eficiente și oferite la timpul potrivit.
6. *În întâmpinarea nevoilor speciale*
 - a. asigurarea accesului la servicii specializate pentru persoanele cu dizabilități psihice cu probleme multiple, luate în îngrijire în mod tradițional de servicii distincte. De exemplu, cele de psihopediatrie, retard mintal etc.

Pentru managerii de caz este indicată o implicare cât mai profundă în viața clienților, deoarece astfel este acordată involuntar așa-zisa psihoterapie de suport. Empatia presupune ca managerul de caz să se desprindă de sine și să încerce să aibă o trăire aproximativă cu cea a clientului. Ascultarea empatică este o modalitate de percepție subiectivă de plasare în interiorul trăirii clientului. Goering și Stylianos (1988) au examinat conceptul de coaliție terapeutică ca mijloc de înțelegere a mecanismelor care stau la baza reabilitării. După acești autori, iscusința de a stabili o relație de lucru depinde de abilitatea și voința clientului de a veni în întâmpinarea unui mediu terapeutic anume. Astfel, „progresul” în reabilitare este considerat ca rezultat al unei combinații între empatia, căldura și spontaneitatea terapeutului, alături de scopuri și sarcini suficiente de bine specificate. În final, managerul de caz trebuie să încerce să ofere clienților un grad de conștientizare (*insight*). **Managementul de caz clinic este văzut astfel ca o modalitate terapeutică, în aceeași măsură în care este un instrument ce oferă coordonarea asistenței.** Aspecte ale managerului de caz sunt disponibile clienților pentru modelare și identificare în contextul unei relații de lucru apropiate. În cursul procesului ce implică imitația, identificarea și interanalizarea, iar astfel un client poate dobândi *insight*, creștere și dezvoltare. Managerul de caz contracarează aspectele negative ale trăirilor subiective ale clientului oferind un model de funcționare sanogen („ceea ce promovează sănătatea”) cu care clientul se poate identifica.

Evaluarea modelului de management de caz clinic (derulat cu succes) a arătat existența unui număr de probleme. **Prima** este dozarea suportului. S-a observat că managerii de caz furnizează deseori un suport consistent pentru clienții capabili să coopereze la identificarea scopurilor reabilitării și să lucreze la realizarea lor, indiferent de capacitatea lor de a acționa independent. Ei oferă mai puțin sprijin clienților ce nu sunt capabil să participe la procesul de reabilitare. Uneori nu se poate aprecia exact dacă clienții au progresat până la nivelul la care au nevoie de mai puțin sprijin sau dacă aceștia nu sunt capabili să accepte intervenții active. **O a doua dificultate** implică o stare de tensiune între stilul de reabilitare (axată pe client), în care clientul are un rol preponderent în stabilirea priorităților și abordarea mai intensivă, în care managerul de caz hotărăște ce este mai bine pentru client. Managerii de caz sunt uneori derutați în privința limitei în care ei trebuie să asiste clienții serios bolnavi în desfășurarea procesului de reabilitare. **O a treia problemă** are legătură cu relațiile dintre managerii de caz și psihiatri. Întrucât managerii de caz cunosc mai bine clientul, apar uneori tensiuni privind gradul de responsabilitate referitor la deciziile terapeutice, materializate în dezacorduri privind medicația, frecvența contactelor și nivelul de dizabilitate. **În final**, când managerii de caz realizează că sunt în impas în relația cu un client dificil, practica relevă că dificultățile de transfer-contratransfer apar nu din cauza bolii psihice, ci mai curând dintr-o tulburare de personalitate severă. Aceasta reprezintă, de fapt, esența problemei.

Bibliografie:

1. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1): 47-60
2. Test MA: *The Journal*, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
3. 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.
4. 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
5. Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 209-220.
6. 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
7. 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
8. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397
9. Burns T, Firn M (2002): *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford: Oxford University Press
10. Ministry of Health, British Columbia (2002): *Assertive Community Treatment, Best Practices*, B.C.'s Mental Health Reform, www.healthservices.gov.bc.ca/mhd:
11. 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
12. Marshall M, Lockwood A (1998): *Assertive Community Treatment for Mental Disorder*, Oxford: The Cochrane Library
13. Allness D, Knoedler West (2003): National Alliance on Mental Health , National Program Standard for ACT Team, www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389
14. Smith M, Coleman R, Allot P, Koberstein J (1999): Assertive outreach: a step backward, *Nursing Times*, 95:46-47
15. Baronet AM, Gerber GJ (1998): Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18:189-228
16. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER et al (2001): Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52:771-779
17. 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.
18. 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.
19. Winter JP, Clasyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, *Evaluation Review*, 24: 319-338.
20. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): *Assertive Community Treatment, Monitoring Client Outcome*, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
21. 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.
22. Prince PN, Garber GJ (2005): Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment, *Quality of Life Research*, 14:161-169
23. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg W, Yonker RD, Trusty, ML (2002):
24. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): *Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit*, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>

25. Corrigan P.W., McCracken S.G.&Holmes E. (2001b): Motivational interviews as goal assesement for persons with psychiatric disability. *Community Mental Health Journal*, 37, 113-122.
26. Corrigan P.W., Lickey S.E., Schmook A., Virgil L.&Juricek M. (1999b): Dialogue among stakeholders of severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 62-65.
27. Rutman I.D. (1997): What is psychiatric rehabilitation? In R. Hughes&D. Weinstein (Eds.), *Best practices in psychosocial rehabilitation*.
28. Sorel E., Prelipceanu D. (2004): <http://www.pulsmedia.ro/cs-photos/Psihiatru/nr13> of Psychiatry in Romania, 21st Century Romanian Psychiatry.
29. World Health Organization (1997): *The Composite International Diagnostic Interview*, Geneva, Author.
30. www.anti-stigma.ro
31. www.apsro.ro
32. www.spcm.ro
33. www.ongorizonturi.ro
34. www.orizonturiblog.blogspot.com