

## **INTERVENȚII PSIHOSOCIALE ADRESATE DEȚINUȚILOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ**

**Elena Holeab,**

**Iunie 2009**

Deși sunt cunoscuți factorii psihosociali ce însoțesc detenția și problemele de sănătate mintală ce o însoțesc, în România intervențiile psihosociale care să se adreseze acestor tipuri de factori întârzie să apară. Reabilitarea sau intervenția asupra factorilor de risc își propune îmbunătățirea calității vieții, reducerea necesității procedurilor intervenționale și reducerea numărului recidivelor. Promovarea sănătății mintale, după OMS, se desfășoară la trei niveluri prin îmbunătățirea capacității individuale de a face față situațiilor emoționante, prin dezvoltarea comunităților astfel încât fiecare persoană să se simtă inclusă și prin reducerea barierelor structurale care împiedică promovarea sănătății mintale (WHO, 1999).

Cercetătorii au demonstrat că reabilitarea socială, combinată cu tratamentul medical îmbunătățește starea de sănătate și bunăstarea deținuților. Apare, astfel, necesitatea dezvoltării unor strategii de tip intervențional însoțite de metodologii de intervenție specifice fiecărui nivel de analiză (individual, familial și/sau relațional, organizațional și/sau comunitar), metodologii ce-și propun atât reducerea riscului îmbolnăvirii prin boli psihice, cât și reducerea riscului deținuților cu probleme de sănătate mintală și a familiilor acestora de a ieși din circuitul social. Și, toate acestea se pot subordona unui scop final, acela de a integra acest tip de metodologie în infrastructura serviciilor medicale și sociale de la penitenciarelor și de la nivelul autorităților publice locale, a serviciilor de probațiune, cu scopul de a preveni marginalizarea deținuților cu probleme de sănătate mintală și a familiilor acestora.

Este inevitabil ca închisoarea să nu afecteze negativ sănătatea mintală. Deținuții au potențialul de a fi receptivi la influențele din închisoare, precum atenția pe care o acordă îngrijirii sănătății, educației, serviciilor sociale pe care le-ar evita sau care nu sunt disponibile în afara închisorii, în comunitate. Închisoarea poate și trebuie să ofere oportunități importante de a

îmbunătăți bunăstarea mentală, emoțională și socială a unui grup de persoane în mod specific vulnerabile (WHO, 1999).

Modalități practice de dezvoltare a capacității individuale de a face față emoțiilor, dar și de dezvoltare a comunității includ: exerciții fizice practicate constant, participare la educație, muncă și instruire, acces la cultură și artă, prevenirea depresiei, dezvoltarea deprinderilor de viață, utilizarea grupurilor de support (WHO, 1999).

Serviciile de sănătate și cele sociale își datorează existența utilizatorilor lor și, în consecință, trebuie să satisfacă, în totalitate, nevoile acestora. Astăzi, în România, atunci când un deținut cu probleme de sănătate mintală ajunge în penitenciar, îi sunt rezolvate problemele medicale, deseori fiindu-i ignorate problemele din sectorul psihosocial al vieții. Astfel, acești pacienți primesc compasiunea și sprijinul cadrelor medicale, dar nicidecum o terapie completă. Nevoile lor psiho-sociale care de cele mai multe ori însoțesc pe cele medicale sunt ignorate, aceasta conducând în multe cazuri chiar la amânarea rezolvării problemei medicale sau, de multe ori, la agravarea acesteia.

O abordare comprehensivă a prevenției primare a bolii psihice solicită intervenții medicale, psihologice și sociale așa cum sunt cele prezentate în Tabelul nr. 1.

**Tabelul 1. Intervenții complementare ale prevenției bolii psihice**

Tipuri de intervenții	Politici publice							
	Difuziunea socială a normelor							
	Programe de reducere a riscului							
		Vaccinare	Consiliere și testare		Terapie de familie			
Ținta intervenției	Celula	Sistemul imunitar și alte sisteme	Individ	Cuplu	Familie	Comunitate	Cultura	Națiune
Discipline academice de bază	BIO		PSIHO			SOCIAL		

*Sursa: Carey, Vanable apud Nezu, A., Nezu, Ch., Geller, 2003, p. 221.*

În multe țări, majoritatea programelor de reabilitare socială a deținuților își încep derularea în penitenciare. Reabilitarea din penitenciar trebuie să fie comprehensivă și trebuie individualizată pentru a îndeplini nevoile fiecărui deținut.

În cadrul programelor de reabilitare socială sunt furnizate multe tipuri de intervenții ceea ce face dificil de evaluat efectele pozitive ale fiecărei componente asupra unui pacient. Astfel, pot fi întâlnite programe psihosociale care variază în funcție de tehnicile de tratament adoptate, de considerentele teoretice și principiile educaționale ce stau la baza lor, de durata tratamentului, de profesia specialiștilor din cadrul programului, de participarea familiei pacientului, precum și de ținta tratamentului (pacientul individual, grupuri de pacienți sau ambele).

În penitenciar, deținuților cu probleme de sănătate mintală li se poate oferi sprijin educațional și informațional, o îndrumare anticipată cu privire la boală și la procesul de recuperare putând atenua atât stresul pacientului, cât și pe cel al familiei. Cu toate acestea, s-a constatat că pacienții care primesc multe informații medicale au o frecvență mai ridicată a alarmelor și mai multe complicații medicale. În același timp, pacienții care neagă existența unei probleme de sănătate mintale nu sunt pregătiți să primească informații adecvate. De aceea, este importantă evaluarea nevoilor pacientului și a dorinței acestuia de a fi informat. Pe de altă parte, toți specialiștii se află în poziția de a oferi suport emoțional. Este știut faptul că incarcarea în penitenciar provoacă deseori, în rândul deținutului și al familiei acestuia, temeri și frică. A-i da pacientului oportunitatea de a exprima aceste preocupări și temeri poate fi benefic atât pentru deținut, cât și pentru familia lui.

În cazul bolnavilor cu probleme de sănătate mintală cronice, viața lor socială se schimbă chiar de la aflarea diagnosticului. Relațiile familiale se pot schimba din cauza noii situații, dacă membrii nu știu cum să reacționeze în acest caz. În astfel de situații pot apărea probleme financiare din cauza tratamentelor costisitoare, internărilor frecvente în spital și mai ales dacă bolnavul este obligat să se pensioneze pe caz de boală. Apar, de asemenea, modificări și în activitatea economică a pacientului, acesta fiind obligat fie să-și ia mai multe concedii medicale, fie să renunțe la serviciu. Relațiile cu prietenii se schimbă, de asemenea. Toate aceste probleme nu pot fi rezolvate doar împreună cu asistentul social. Se cere formarea unei *echipe multidisciplinare* care să acorde servicii atât bolnavului cât și familiei acestuia. Din această echipă

ar putea face parte medicul clinician, medicul expert în problemele muncii, psihologul, asistentul social și de la caz la caz și asistenta medicală sarcina lor fiind aceea de a reda sănătatea celui bolnav, de a-l integra din nou în cadrul familiei, în mediul profesional, în societate, în general.

Deci echipa medicală trebuie ajutată de psiholog și asistent social să descopere și celelalte nevoi ale deținutului cu probleme de sănătate mintală decât cele strict medicale.

Unele beneficii, avantaje pentru sănătatea mintală care stau la dispoziția deținuților includ: accesul la facilități sportive, oportunități de a fi educați și de a obține anumite calificări, instruire vocațională și ajutor în obținerea unui loc de muncă după eliberare, alimentație echilibrată, acces la îngrijirea sănătății, reducerea dependenței de substanțe, acces la programe de reabilitare și dezintoxicare, practicarea deprinderilor sociale, asistență în adaptarea la emoțiile intense și distructive precum furia și vinovăția, relații suportive cu personalul, sfaturi și instruire cu privire la relațiile sociale, inclusive a celor de părinți-copii, oportunități de a reflecta asupra comportamentului infracțional, oportunități de a reflecta și de a obține controlul asupra propriei lor vieți, cu sprijin în realizarea schimbărilor (WHO, 1999).

Privind în viitor, bunăstarea deținuților și a societății va fi mai bine realizată dacă publicul, directorii închisorilor, personalul din cadrul închisorii și deținuții pot fi convinși să privească spre reintegrarea deținuților în societate. Motivarea și asistarea prizonierilor pentru a fi reintegrați în societate ar trebui să fie principalul scop al penitenciarelor, instituții centrate pe persoană, în care deținuților li se cere să aibă o responsabilitate activă pentru infracțiunile pe care le-au săvârșit și pentru acțiunile direcționate către reabilitare.

Promovarea sănătății mintale în penitenciare își propune la nivelul persoanei deținutului (creșterea bunăstării emoționale și fizice, dezvoltarea abilității de a conștientiza comportamentul infracțional, dezvoltarea deprinderilor sociale, abilitatea de folosi eficient timpul și de a realiza un plan realist pentru viitor, incluziunea socială și dezvoltarea măsurilor de reabilitare, reducerea predispoziției de a dezvolta tulburări mentale sau scăderea gradului tulburărilor mentale experimentate), la nivelul personalului din închisori (îmbunătățirea satisfacției profesionale, ridicarea moralului, scăderea nivelului de tensiune și stres, îmbunătățirea stării de sănătate fizică și mintală), la nivelul închisorii ca instituție (creșterea siguranței, un mediu mai sigur, îmbunătățirea relațiilor personal-prizonieri, reducerea incidentelor, o eficiență mai mare), la nivelul familiei (relații mai bune între membrii familiei, un mediu mai sigur pentru copii,

scăderea riscului de a dezvolta boli mintale la membrii familiei) și la nivelul comunității (o societate mai incluzivă social, o reducere a tuburărilor mintale printre deținuții eliberați).

### ***Rolul echipei multidisciplinare în furnizarea serviciilor în spital***

Reabilitarea socială implică, în fiecare din fazele sale, un număr de discipline profesionale ce au roluri în îmbunătățirea bunăstării pacientului, coordonarea și lucrul în echipă fiind esențiale pentru aceasta. La asigurarea unor servicii de reabilitare socială comprehensive contribuie cunoștințele și abilitățile specifice unor discipline precum: medicina, psihiatria, medicina nutriționistă, asistența medicală, fiziologie și kinetoterapie, terapie ocupațională, fizioterapie, psihologie și asistență socială. Nu există foarte multe date care să indice care dintre aceste discipline este esențială pentru echipă. Modelul de echipă selectat va depinde de resursele existente și de modalitatea în care programul de reabilitare socială se potrivește pentru deținuții dintr-o anumită regiune. De exemplu, date fiind întâlnite nevoile sociale în rândul deținuților cu probleme de sănătate mintală din România, asistentul social ar trebui să fie un membru al echipei cu rol extrem de important. OMS definea în 1993 reabilitarea ca fiind *suma activităților necesare pentru a influența favorabil cauzele comiterii infracțiunii, ca și asigurarea celor mai bune condiții fizice, mentale și sociale, astfel încât deținuții să-și poată păstra sau recupera prin propriile lor eforturi rolurile ce le asigură integritatea în comunitate* (OMS, 1994).

Echipa multidisciplinară este condusă, de regulă, de un coordonator al programului de reabilitare socială, specializarea acestuia putând fi în oricare dintre disciplinele enumerate mai sus. Coordonatorul programului este necesar să aibă abilități eficiente de management, calități puternice de lider, abilități de management al proiectului și să aibă o viziune cu privire la program. Coordonatorul de program poate stabili abilitățile altor membri ai echipei.

În cadrul echipei multidisciplinare, psihologul și asistentul social au roluri importante în evaluarea și rezolvarea problemelor psihosociale asociate detenției. Astfel, psihologul conduce tratamentul problemelor psihosociale ce acompaniază detenția și promovează adoptarea de către pacient a comportamentelor specifice unui stil de viață sănătos. De asemenea, psihologul face evaluări psihologice ale pacienților trimiși de alți specialiști și inițiază tratamente psihologice cu pacientul, cu familia acestuia și cu grupuri de pacienți. El poate avea și un rol indirect în îngrijirea pacienților prin promovarea în rândul personalului medical a unui climat centrat pe

pacient și pe nevoile acestuia și pe dezvoltarea abilităților celor implicați în promovarea schimbărilor stilului de viață la pacienți.

Programele de reabilitare socială își propun să îmbunătățească situația profesională și psihosocială a deținuților. Aceasta implică, acolo unde este posibil reîntoarcerea acestora la rolurile ocupate înainte de încarcerare. Asistentul social este cel mai bine calificat să asiste acest proces și poate juca un rol important în multe cazuri individuale.

Continuitatea îngrijirii deținutului cu probleme de sănătate mintală poate fi realizată și menținută doar prin colaborarea dintre serviciile de consiliere și asistență socială din penitenciar, servicii sociale specializate și serviciile medico-sociale de la nivel comunitar, considerate servicii primare. Din cauza costurilor ridicate asociate încarcerării, aceasta pare a avea unicul rol de a asigura detenția celor ce comit infracțiuni și de a-i retrimite în comunitate (Orford, 1998). Nu se ține cont, însă, de faptul că, deseori, comiterea de infracțiuni și recidiva sunt precipitate de disfuncționalități apărute în cadrul acestui mediu social (familial, profesional, comunitar). Încarcerarea exacerbează sentimentul de neputință și lipsă de control a deținutului. Asistentul social din penitenciar ar trebui să fie printre primii specialiști care iau contact cu deținutul. Dacă acesta se află la prima încarcerare, el poate fi foarte confuz și înspăimântat.

Asistentul social din penitenciar planifică, organizează și implementează servicii de asistență socială pentru deținuți; planifică eliberarea din penitenciar și îngrijirea de după; menține legătura cu familia deținutului, cu persoanele de contact ale acestuia și cu resursele comunității folosite pentru transferuri; supervizează membrii echipei de lucru aflați în subordinea sa; facilitează dezvoltarea programelor sociale. Printre activitățile sale esențiale pot fi amintite: interviuarea deținutului în scopul obținerii de informații cu privire la condițiile de locuit, relațiile din familie, istoricul stării de sănătate și caracteristicile de personalitate ale deținutului; evaluează datele obținute în relație cu termenii planului de tratament medical, programele de servicii sociale disponibile și planifică un program de sprijin potrivit, care să ofere maximum de beneficii pentru fiecare deținut; asistarea deținuților și a familiilor acestora să înțeleagă, accepte și să urmeze recomandările medicale; realizeze o varietate de servicii cum ar fi sfătuiră cu privire la problemele sociale, pregătirea pentru eliberare sau pentru îngrijirea în comunitate sau în instituții; utilizarea resurselor pentru a asista deținutul să se integreze în comunitate sau să învețe să trăiască cu problema de sănătate mintală; pregătească și să actualizeze fișele pentru fiecare deținut; să pregătească documentația solicitată pentru fiecare caz; să respecte

regulamentul, procedurile, obiectivele și programul de asigurare a calității, siguranța departamentului.

Asistenții sociali din penitenciar, în scopul realizării consilierii pentru sănătatea mintală, mobilizează serviciile sociale pentru deținuți. Asistarea deținuților pentru a utiliza serviciile disponibile poate juca un rol extrem de important în reintegrarea socială a deținuților și în prevenirea recidivelor. De asemenea, asistenții sociali se pot implica în furnizarea de servicii clinice (terapie individuală și de grup). O componentă importantă a intervenției asistenților sociali este evaluarea funcționării familiei deținutului, precum și identificarea căilor de acces către sistemele de sprijin comunitare.

Și, deoarece oamenii cu puține relații sociale și sprijin social structural redus au un prognostic semnificativ mai prost decât cei cu rețele sociale complexe, asistentul social va evalua rețeaua socială a pacientului. Dacă pacientul locuiește singur, el ar trebui întrebat dacă are pe cineva care să îi ofere sprijin (să-i ducă la doctor dacă au nevoie etc). Întrebări precum “*cu câte rude te întâlnești sau vorbești la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni?*” pot oferi informații cheie pentru evaluarea suportului social. Pentru deținuții cu puține legături sociale trimiterea către programe de reabilitare socială poate determina creșterea contactelor comunitare.

În concluzie, rolul asistentului social se centrează pe evaluarea aspectelor psihosociale ale deținutului cu probleme de sănătate mintală și implică minimizarea impactului negativ al bolii asupra deținutului și familiei acestuia. Aceasta se poate realiza facilitând mobilizarea resurselor personale și relaționarea deținutului cu resursele disponibile în comunitate. În același timp, asistentul social menține un rol suportiv, care respectă unicitatea fiecărui individ, urmărește să meargă dincolo de cauza îmbolnăvirii sau încarcerării și se centrează pe cele mai bune rezultate ale îngrijirii.

### ***Managementul de caz***

Managementul de caz în domeniul asistenței psihosociale este o metodă de furnizare a serviciilor psihosociale după ce, în prealabil, un asistent social profesionist sau psiholog evaluează nevoile deținutului și a familiei acestuia, după caz (NASW, 2006).

Managerul de caz pregătește, coordonează, monitorizează, evaluează și promovează un pachet de servicii multiple în scopul satisfacerii nevoilor complexe ale anumitor clienți. Ceea ce

este diferit față de alte forme ale managementului de caz, managementul de caz în domeniul asistenței psihosociale a deținuților se adresează atât stării biopsihosociale a acestuia, cât și stării sistemului social în care desfășoară managementul de caz.

Managementul de caz are două scopuri principale:

1. relaționarea clientului cu serviciile din comunitate în scopul păstrării/redobândirii autonomiei acestuia
2. scăderea riscului recidivei și a spitalizării psihiatrice.

Scopul principal al managementului de caz în asistența psihosocială a deținuților este acela de a furniza servicii eficiente, de calitate și de a optimiza funcționarea indivizilor cu nevoi complexe multiple.

Managementul de caz combină, în mod obișnuit, următoarele componente:

1. identificarea și evaluarea
2. planificarea tratamentului
3. relaționarea cu alte servicii
4. trimiterea către aceste servicii
5. monitorizarea și promovarea drepturilor clientului (Healey, 1999)

Managementul de caz poate include, de asemenea, elemente de consiliere, terapie sau sprijin social.

#### 1. Identificarea și evaluarea inițială

Scop:

- individualizarea regimului de executare a pedepsei
- determinarea modului în care deținutul, ca rezultat al sănătății sale mintale, poate fi periculos pentru el sau pentru alții
- evaluarea situației în care deținutul este într-o stare gravă a sănătății sale mintale și necesită trimitere imediată către o evaluare de specialitate
- furnizarea de recomandări pentru un tratament specific în timpul procesului penal

În perioada de carantină și observare se studiază comportamentul și personalitatea persoanelor private de libertate, se efectuează examene medicale, activități de educație sanitară, examene psihologice, se evaluează necesitățile educaționale, mediul sociocultural de proveniență, în scopul formulării diagnosticului și gradul de adaptabilitate la privarea de



libertate (Ministerul Justiției, 1999).

Evaluarea stării de sănătate mintală se realizează imediat intrării în perioada de carantină sau în penitenciar. Ea include atât observarea deținutului, cât și aplicarea unui interviu structurat privind istoria sănătății mentale a deținutului. De asemenea, include în mod obișnuit întrebări referitoare la riscul suicidar, la spitalizări și tratamente psihiatrice anterioare și medicație actuală și trecută.

Evaluarea inițială, ca activitate, are următoarele părți componente:

a) *întocmirea și înregistrarea documentelor*

- completarea formularului de solicitare a serviciului de asistență psihosocială (anexa 1)
- completarea detaliată a formularului de evaluare a clientului (anexa 2); dacă situația este complexă sau dacă clientul este stresat se notează nevoile urgent/critice
- rezolvarea imediată a nevoilor urgente
- explicarea clientului privind modul de desfășurare a serviciilor, precum și drepturile și responsabilitățile acestuia (Gevers, 1997)

b) *demersurile evaluative din perspectiva psiho-socială*

c) *stabilirea, individualizată a nevoilor de intervenție educativă și de asistență psihosocială pentru fiecare persoană privată de libertate (Ministerul Justiției, 1999).*

## 2. Planificarea și furnizarea serviciilor și intervențiilor de asistență psihosocială

-dezvoltarea unui plan de sprijin utilizând formularul Planului de sprijin (vezi anexa 3) care presupune:

- a. asistarea clientului în a-și fixa anumite obiective realizabile
- b. furnizarea unor explicații cu privire la tipul de servicii pe care le poate oferi clientului în scopul atingerii obiectivelor
- c. ajutarea clientului să identifice ce anume poate face pentru el și încurajarea acestuia în a face aceste lucruri
- d. ajutarea clientului să identifice persoanele suport din trecutul său
- e. scrierea planului de suport și furnizarea unei copii a planului clientului
- f. îndosărirea unei copii a planului de sprijin în dosarul clientului (Gevers, 1997)

*Proceduri:*

- Managerul de caz din penitenciar care oferă un serviciu unui deținut, notează data și durata serviciului oferit (în minute).
- Managerii de caz din comunitate (din diferite agentii) înregistrează același tip de informație.
- Fiecare agentie oferă apoi un rezumat al serviciilor managementului de caz, incluzând numele clientului, data oferirii serviciului și durata serviciului pentru fiecare întâlnire dintre managerul de caz și client.
- Aceste servicii se păstrează și se înregistrează într-un dosar electronic (Ventura, 1998)

- *servicii terapeutice esențiale*

- *Consilierea psihologică a persoanelor private de libertate*

Scop: Dezvoltare personală, autocunoaștere, prevenția și remiterea problemelor emoționale, cognitive și de comportament.

Consilierea psihologică se poate realiza în regim individual, în grup sau de grup.

Componentele unui proces de consiliere psihologică sunt:

- evaluarea cerințelor (problemelor) persoanei
- conceptualizarea psihologică a problemelor persoanei private de libertate
- relația de consiliere
- intervenții psihologice individuale și de grup
- evaluare a procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acestuia (Ministerul Justiției, 1999).

O intervenție intensivă nu poate fi derulată în mediul penitenciar din cauza facilităților care sunt rareori construite pentru sesiuni de consiliere în grup sau pentru interviuri confidențiale.

- *Consilierea socială a persoanelor private de libertate*

Scop: Acordarea de sprijin calificat în vederea soluționării problemelor sociale cu care se confruntă persoanele private de libertate și pregătirea acestora pentru reintegrarea în comunitate.

Consilierea socială se poate realiza în regim individual, în grup sau de grup. Componentele unui proces de consiliere socială sunt:

- evaluarea cerințelor (problemelor) persoanei
- relația de consiliere
- intervenții specifice

- evaluarea procesului de consiliere socială și a rezultatelor acestuia (Ministerul Justiției, 1999).
- programe terapeutice integrate
  - *Desfășurarea activităților de asistență psihosocială în colaborare cu instituțiile statului și organizațiile neguvernamentale*

Scop: Demersurile de asistență psihosocială desfășurate în colaborare cu instituțiile statului și organizațiile neguvernamentale se realizează pentru a răspunde unei game cât mai largi de nevoi a persoanelor private de libertate, în condițiile existenței unui nivel limitat de resurse umane și material ce pot fi alocate direct și sunt condiționate de stabilirea bunelor practici pentru activitățile derulate în comun (Ministerul Justiției, 1999).

*-proceduri* utilizate atunci când se fac trimiteri către alte agenții/organizații:

- a. se utilizează un formular de trimitere (vezi anexa 3) și se trimite prin fax imediat ce a fost convenită trimiterea
- b. întotdeauna se verifică dacă deținutul înțelege de ce se face trimiterea lui către alt serviciu și i se dau informații despre serviciul pe care trebuie să-l primească.
- c. dacă este necesar deținutul va fi acompaniat la alt serviciu și i se vor promova drepturile în acest serviciu (Gevers, 1997).

- *Inițierea programelor de asistență psihosocială pentru persoanele private de libertate*

Scop: Intervenția, prin utilizarea metodelor și tehnicilor specifice pentru lucrul în grup, în vederea optimizării și dezvoltării personale, a autocunoașterii și a formării deprinderilor de gestionare a situațiilor de criză pentru persoanele private de libertate (Ministerul Justiției, 1999).

Principalele categorii de persoane private de libertate cărora li se adresează programele de asistență psihosocială sunt:

- persoanele cu antecedente la consumul de droguri,
- persoanele cu afecțiuni psihice,
- persoanele cu risc de suicid,
- agresorii sexuali,
- persoanele condamnate la executarea unei pedepse privative de libertate de lungă durată,
- persoanele private de libertate cu comportament agresiv,
- persoanele private de libertate vârstnice (Scott, 2005).

*Proceduri:*

- managerii de caz din centrele comunitare de sănătate mintală care lucrează în penitenciar contactează deținuții cu probleme de sănătate mintală și încep un plan de reintegrare comunitară.
- managerii de caz instruiesc și ajută deținuții să înțeleagă structura sistemului judiciar și să folosească serviciile de sănătate mintală.
- managerii de caz instruiesc personalul din penitenciar și pe cel din sălile de judecată în legătură cu nevoile și deficiențele deținuților.
- managerii de caz fac legătura între clienți și serviciile din comunitate și pregătesc planuri terapeutice adecvate ce includ găsirea unei locuințe, tratamentul medicamentos și vizitele ulterioare.
- atunci când clienții sunt eliberați din închisoare, ei sunt trimiși către managerii de caz din comunitate care-i ajută să urmeze planurile terapeutice, inclusiv menținerea tratamentului medicamentos și accesul la serviciile de sprijin comunitar necesare.
- managerii de caz asistă clienții în tranziția către centrul de sănătate mintală comunitar și trimiterea către un psihatru sau alt specialist și oferă curții de justiție o monitorizare, dacă i se cere (US Department of Health and Human Services, 2006).

3. Monitorizarea și controlul activităților de asistență psihosocială

Scop: Asigurarea consistenței și continuității activităților de educație și asistență psihosocială prin stabilirea bunelor practici în monitorizarea și controlul activităților de educație și asistență psihosocială, în conformitate cu un etalon unic, care să asigure standardele calitative ale acestora, utilizând indicatori relevanți (Ministerul Justiției, 2008)

*Proceduri:*

- a. Cel puțin o dată pe lună va avea loc o întâlnire cu clientul pentru a evalua situația sa (se lucrează împreună cu clientul asupra planului de servicii și se evaluează progresul privind anumite sarcini)
- b. Pentru sarcinile care au fost îndeplinite, notați orice progrese și verificați dacă au existat probleme și, dacă sunt necesare se vor nota sarcini noi.
- c. Identificarea barierelor care stau în calea rezolvării sarcinilor.

- d. Clientul este întrebat în legătură cu rețeaua sa de sprijin informal.
- e. Dacă este necesar, obiectivele pot fi schimbate și acțiunile pot fi trecute în planul de sprijin (Gevers, 1997)
- f. Evaluarea periodică a persoanelor private de libertate în scopul actualizării planului individualizat de evaluare terapeutică și a asigurării regimului progresiv de executare a pedepsei (Ministerul Justiției, 2008).

### ***Servicii de consiliere și terapie individuală***

Consilierea și suportul acordat indivizilor ce experimentează adaptarea la dificultățile determinate de încarcerare pot îmbunătăți funcționarea sănătății mentale a acestora, calitatea vieții lor, a familiilor și, nu în ultimul rând, pot avea efecte directe asupra evoluției problemelor de sănătate mintală. Așadar, printre obiectivele consilierii persoanelor afectate de tulburări mintale sunt vizate, printre altele, adaptarea la boală, îmbunătățirea aderenței la schemele de tratament, precum și reducerea riscului cu privire la adoptarea unor comportamente nesănătoase.

Se știe că, încă de la debutul bolii pacienții devin interesați de subiecte privind starea de boală, cauze, complicații, tratamente etc. De aceea, penitenciarului și serviciilor de consiliere și asistență psihosocială le revine un rol fundamental în oferirea unei percepții adecvate asupra problemelor de sănătate mintală, în asigurarea cadrului în care pacienții pot discuta liber despre starea lor de sănătate. În același timp, pacienții au nevoie să fie implicați în deciziile care-i afectează. Una dintre aceste decizii privește aderența la tratamentul medicamentos, un proces, în primul rând, psihosocial. În anumite specialități medicale, în mod obișnuit, pentru a îmbunătăți aderența pacientului la tratament, se recomandă pacienților care se află la risc cel mai mare privind problemele de aderență anumite intervenții psihosociale. Pacienții cu probleme de sănătate mintală au nevoie, în asumarea autoîngrijirii medicale, de sprijinul serviciilor medico-sociale. Sarcinile pe care trebuie să le învețe vizează modul în care urmează să gestioneze administrarea medicației, programările și vizitele la clinică precum și discutarea cu specialiștii despre preocupările cu privire la starea lor de sănătate.

Specialiștii din domeniul medical sau social și-au pus deseori întrebarea: Care sunt factorii ce pot contribui la sporirea aderenței pacienților la tratamentele medicamentoase? Încercând să

răspundă la această întrebare, aceștia au concluzionat că, doar strategiile educaționale, nu sunt suficiente pentru majoritatea pacienților. Și, acest lucru apare din cauza faptului că mulți pacienți trăiesc în medii sociale haotice ce implică stresori multipli, incluzând abuzul de substanțe, boala mentală sau sărăcia. Acești stresori multipli, adăugați regimului de tratament cerut de natura tulburărilor mintale sugerează o abordare multidisciplinară ce vizează îmbunătățirea aderenței la tratament. Multe persoane care trăiesc cu tulburări mintale cer sprijin și în alte domenii ale vieții lor. Astfel, specialiștii trebuie instruiți să recunoască și să abordeze domeniile vieții care interferă cu aderența la tratament. Astfel, aderența la tratament devine o preocupare comună tuturor specialiștilor, ea având o importanță considerabilă în domeniul îngrijirii problemelor de sănătate mintală din cauza faptului că deviațiile, fie ele chiar minore, de la regimurile prescrise, pot fi asociate cu efecte foarte grave asupra stării de sănătate a pacientului. Pentru a îmbunătăți aderența la medicație, se recomandă ca specialiștii în îngrijirea sănătății să țină cont și de costul medicamentelor. Aderența la tratament poate fi îmbunătățită și prin pregătirea specialiștilor, prin formarea la aceștia a abilităților de a comunica eficient în scopul îmbunătățirii aderenței, prin dezvoltarea unor echipe multidisciplinare care să fie accesibile pacienților, prin încurajarea specialiștilor să ofere pacienților scheme flexibile și ușor de înțeles, întrucât factori precum experiența anterioară privind medicația, etapa de evoluție a bolii sau momentul inițierii tratamentului pot contribui la un răspuns slab al tratamentului.

#### *Aspectele interpersonale ale relației profesionist-deținut cu probleme de sănătate mintală*

O altă preocupare a psihologilor sociali care încearcă să explice cauzalitatea și efectele îmbolnăvirilor o reprezintă eficiența pe care cei ce oferă servicii de sănătate o au în relația cu deținuții cu probleme de sănătate mintală. Această eficiență devine necesară, atingerea scopului de a-i convinge pe pacienți să adere la sugestiile lor depinzând de deprinderile specifice pe care le au profesioniștii.

Relația dintre cadrul medical și pacient, care definește, în esență, conținutul activității medicale, este foarte complexă și implică, pe lângă dimensiunile psihologice individuale ale pacienților, pe de o parte, și ale personalului medical pe de altă parte, un complex de aspecte de ordin social și cultural. *Ea poate fi la fel de bine considerată ca o relație socială (între doi membri ai unor grupuri sociale distincte), o relație psihologică (ce pune față în față psihologii*

*diferite), ca o relație culturală (care face să se confrunte în mod specific tipuri diferite de opinii, de valori, de atitudini și comportamente) (Rădulescu, 2000).*

Deținuții cu probleme de sănătate mintală sunt obligați să petreacă mult timp în închisoare și ajung să simtă că pierd controlul asupra vieții lor. În primul rând viața din penitenciar este foarte diferită de cea de acasă. De cele mai multe ori ei nu pot decide când să mănânce, cu ce să se îmbrace, când să doarmă, când pot primi vizite și, mai dificil, este că în aceeași celulă sunt încarcerați mai mulți deținuți. O altă problemă cu care se confruntă deținutul este aceea legată de izolarea de familie și de cei dragi. Personalul din închisoare ar trebui să acorde mai mult timp întrebărilor puse de pacienți. Aceasta ar duce la scăderea stresului din timpul detenției care nu face decât să înrăutățească starea deținutului cu probleme de sănătate mintală.

Complianța cu sfaturile medicului este o problemă majoră a îngrijirii medicale contemporane, care estimează că noncompliance a crescut de la 4 la 92% dintre toți pacienții. Stone (1979) afirmă că între o treime și o jumătate dintre pacienți nu urmează regimurile medicale prescrise de medicii lor. Câteva studii arată că modul în care medicul prezintă informația pacientului are un impact evident asupra compliancei pacientului (Ley, 1982 apud Feldman 1985). De exemplu, rețetele sau alte documente scrise pot fi vagi și pot conduce la o compliance slabă. De asemenea, modul în care este transmisă informația poate avea un efect asupra cooperării pacientului. Medicii care sunt percepuți ca fiind aroganți, lipsiți de amabilitate sau insensibili la nevoile pacientului sunt predispuși să determine rate mai reduse ale compliancei, comparativ cu medicii care sunt văzuți ca fiind interesați de bunăstarea psihologică a pacientului și de sănătatea sa fizică (Davis, 1968 apud Feldman, 1985).

Într-o cercetare privind cunoașterea problemelor psihosociale ale pacienților, realizată în 1995, pe un eșantion de 1401 de pacienți adulți și 89 de medici, Pal Gulbrandsen și colaboratorii săi au constatat că există un evantai larg de probleme psiho-sociale cu impact asupra stării de sănătate a pacienților, probleme ce rămân în mare măsură nesesizate de către medici. Astfel, starea de tristețe a pacientului, conflictul grav cu o persoană apropiată, singuratatea, familia dezorganizată, condițiile de muncă stresante sunt probleme care, deși influențează starea de sănătate a pacienților, nu au fost sesizate de cadrele medicale. În același timp, un simptom sau o procedură pot induce o stare de “alarmă” dacă sunt percepute și interpretate ca amenințări. Reinterpretarea simptomelor, explicarea efectuării anumitor proceduri, redirecționarea atenției

către idei pozitive sau către relaxare, ca urmare a unei bune comunicări cu personalul medical și de îngrijire, permit pacientului un control mai mare asupra propriei condiții fizice și psihice. De asemenea, există studii care arată că satisfacția pacientului cu cantitatea de informații primită este puternic asociată cu respectarea indicațiilor recomandate de medic (Locker, 1986 apud Nezu et al., 2003). Alte studii realizate în rândul pacienților mulțumiți de îngrijirea medicală primită, menționează faptul că pacienții au tendința de a aprecia mai mult calitățile personale ale cadrelor medicale decât abilitățile lor tehnice sau profesionale. În acest sens, disponibilitatea personalului medical și de îngrijire de a furniza informații, de a acorda pacienților o parte din timpul lor și de a le oferi explicații detaliate cu privire la diagnostic și tratament, e considerată ca indicator al grijii generale față de pacienți și față de bunăstarea lor.

#### *Metode și tehnici de adaptare la stres*

Diferite modele explicative ale stresului permit diferențierea strategiilor de răspuns pentru gestionarea efectelor stresului. Una dintre ele vizează binomul *apărare versus coping*. O distincție importantă pe care Selye o face atunci când descrie SGA este făcută între apărare și coping. Cineva se poate apăra prin ascunderea din fața stresorului sau amânând confruntarea cu el. De exemplu, dacă are durere de cap, cineva poate lua o tabletă pentru a reduce simptomul. În contrast, coping-ul implică eliminarea sursei stresului și nu doar a simptomelor. De exemplu, dacă persoana suspectează că durerile de cap sunt relaționate cu foamea, poate mânca ceva. Coping-ul este o formă mai eficientă a rezistenței. Evitarea temporară reduce simptomele dar, deseori, permite ca stresorul să reapară într-o formă mai puternică (Weber, 1992).

Printre strategiile de coping cele mai întâlnite sunt prevenția și creșterea rezistenței. *Prevenția* reprezintă reducerea experienței stresorului înainte ca un stresor să fie interpretat. Cum tipul A de personalitate interpretează prea multe evenimente ca fiind stresante, o contramăsură ar implica învățarea indivizilor să interpreteze mai puține evenimente ca fiind stresante. A-i învăța strategii eficiente de rezolvare a problemelor și de formare a abilităților sociale presupune ca anumite evenimente să poată fi văzute mai curând ca probleme sau provocări decât ca traume imposibil de rezolvat. *Creșterea rezistenței* este o altă strategie de coping. Rezistența fizică poate fi îmbunătățită prin măsuri de promovare a sănătății care includ dieta sănătoasă, exercițiile fizice,



somnul și relaxarea, în timp ce rezistența psihologică și cea comportamentală pot fi întărite prin educarea abilităților și mobilizarea suportului social (Weber, 1992).

În general, strategiile și metodele de gestionare a stresului au unul dintre următoarele obiective: identificarea, evitarea sau eliminarea stresorilor; recunoașterea și minimizarea emoțiilor negative, reducerea intensității emoțiilor și construirea unor rezerve emoționale; producerea unui răspuns de relaxare la nivelul corpului și reducerea expunerii la stresori; sugerarea unor schimbări la nivelul stilului de viață și construirea unor rezerve la nivelul organismului.

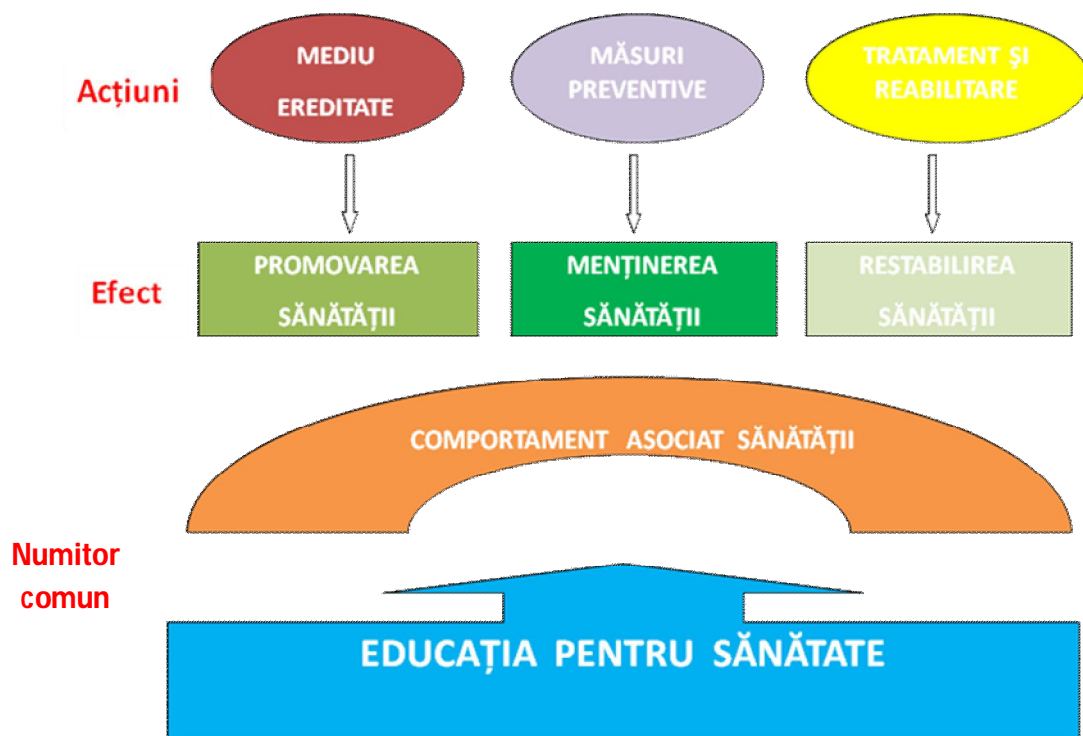
Printre tehnicile ce-și propun identificarea, evitarea sau eliminarea stresorilor pot fi menționate tehnica rezolvării problemelor și organizarea și managementul timpului (planificarea și prioritizarea activităților, stabilirea sau menținerea granițelor sau a învăța să spui “nu”, organizarea spațiului, realizarea bugetului, delegarea responsabilităților etc.). Tehnicile care-și propun recunoașterea și minimizarea emoțiilor negative, reducerea intensității emoțiilor și construirea unor rezerve emoționale pot fi recunoașterea și abordarea emoțiilor negative (furia, frica, anxietatea, depresia), de exprimare a emoțiilor (asertivitatea); jurnalul scris; terapia prin umor; terapia prin artă; terapia prin muzică; abilități de comunicare interpersonală; dezvoltarea relațiilor suportive; restructurarea cognitivă și anticiparea emoțiilor negative. Stresul poate fi abordat și pentru a produce un răspuns de relaxare la nivelul corpului și reducerea expunerii la stresori. Pentru atingerea acestui obiectiv printre tehnicile propuse pot fi menționate relaxarea progresivă, exercițiile de respirație diafragmatică, imageria creativă, terapiile prin atingere (masajul, hidroterapia, aromaterapia etc.), biofeedback-ul, meditația, yoga etc. În sfârșit, pentru realizarea unor schimbări la nivelul stilului de viață și construirea unor rezerve la nivelul organismului, sunt utilizate ca tehnici educația privind alimentația adecvată, menținerea greutății ideale; exercițiile fizice regulate și activitate fizică, eliminarea comportamentelor deficitare de coping la stres (fumat, alcool, droguri); odihna; activitățile relaxante/plăcute (realizarea unui echilibru între muncă și relaxare) sau mobilizarea suportului social.

### ***Servicii de educație pentru sănătate***

Educația este un complex de experiențe de învățare planificată sau neplanificată care influențează autopercepția unei persoane în relație cu mediul său social, psihologic și fizic.

Educația pentru sănătate include toate acele experiențe planificate și realizate deliberat sau cele neplanificate, incidentale, directe sau indirecte ce afectează modul în care oamenii gândesc, simt și acționează în raport cu starea lor de sănătate și starea de sănătate a societății în care trăiesc.

**Fig. 1 Educația pentru sănătate- numitorul comun pentru toate abordările din domeniul îngrijirii sănătății**



Educația pentru sănătate poate influența semnificativ stilul de viață personal. Aceasta este forța fundamentală necesară pentru promovarea, menținerea și restabilirea sănătății.

*Sursa: Bedworth A. și Bedworth D., The Profession and Practice of Health Education, 1992, 38*

Dar *unde* poate fi oferită educația pentru sănătate deținuților cu problem de sănătate mintală? Dacă ne propunem ca obiective promovarea sănătății, aceasta se poate realiza prin informarea publicului aflat într-o anumită comunitate. În comunitate, autoritățile locale pot planifica și furniza strategii educaționale pentru sănătate pentru întreaga comunitate sau pentru

anumite grupuri din comunitate (deținuți, tineri, părinți). Aceste strategii pot fi diseminate prin utilizarea mass-media și a altor tehnici care pot trezi interesul și atenția acestor grupuri largi de populație. De asemenea, aceste strategii educaționale privind promovarea sănătății pot fi incluse și la nivelul serviciilor de consiliere și asistență socială adresate copiilor, tinerilor și familiilor din comunitatea respectivă. Dacă obiectivele educației pentru sănătate vizează menținerea sănătății și recuperarea și reintegrarea socială în contextul existenței bolii cronice, atunci educația pentru sănătate poate fi furnizată în așezămintele de îngrijire a sănătății. Educația pentru sănătate realizată în școli, licee, universități, penitenciare și alte instituții educaționale publice și private se adresează, de obicei, unor grupuri mai mici limitate la colectivul unei grupe, existând, în permanență o relaționare periodică între educatori și elevi/studenti.

Printre **calitățile** unor asistenți sociali/educatori eficienți pot fi enumerate: recunoașterea naturii holistice a învățării, cunoașterea existenței mai multor modalități de a învăța, a stilurilor de învățare eficiente, a faptului că toți oamenii învață, aprecierea calităților și abilităților oamenilor, empatia, acordarea unui timp adecvat și a încurajărilor, aprecierea nivelurilor ridicate de anxietate ce pot afecta eforturile de învățare.

Venind în sprijinul preocupărilor privind dificultatea de a măsura starea de sănătate, OMS a elaborat în anul 2001 *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății* (CIF) în scopul de a asigura o **bază științifică** pentru înțelegerea și analiza stării de sănătate, a efectelor și a factorilor determinanți implicați și pentru îmbunătățirea comunicării dintre specialiștii din domeniul medical, cercetători, specialiștii din domeniul social, persoanele bolnave și familiile acestora (OMS, 2004).

Având ca repere dimensiunile cuprinse în CIF, evaluarea stării de sănătate vizează:

1. aspecte problematice legate de funcțiile și structurile diferitelor sisteme ale organismului
2. aspecte legate de dificultățile pe care bolnavul le poate avea în realizarea anumitor activități, probleme pe care bolnavul le poate întâmpina prin implicarea în diferite situații de viață.
3. factorii ce țin de mediul fizic, social și atitudinal specific pacientului și celor din jurul său.

Aplicațiile CIF, așa cum a stabilit OMS (2001), sunt următoarele:

- instrument statistic (pentru colectarea și înregistrarea de date)
- instrument de cercetare (pentru evaluarea și măsurarea calității vieții etc.)

- instrument de investigație clinică (în evaluarea nevoilor, evaluarea profesională, reabilitare etc.)
- instrument de politică socială (în conceperea și implementarea politicilor sociale)
- instrument de educație (în sensibilizarea opiniei publice etc.)

**Componentele CIF (OMS, 2001,10):**

- a. Funcțiile organismului (funcții fiziologice ale sistemelor organismului)
- b. Structurile corpului (părțile anatomice ale organismului: organe, membre, componente)
- c. Afectări (probleme ale funcțiilor sau structurilor organismului: pierderi, deficiențe)
- d. Activitatea (executarea unei sarcini/acțiuni de către un individ)
- e. Participarea (implicarea în situații de viață)
- f. Limitarea activității (dificultăți pe care un individ le poate avea în a executa activități)
- g. Restricții de participare (probleme pe care un individ le poate întâmpina prin implicarea în situații de viață)
- h. Factori de mediu (constituie mediul fizic, social și atitudinal în care oamenii trăiesc și își duc propria existență)

Încercând să identifice obiectivele unui proces de consiliere, cu rol în menținerea sănătății, Băban și Petrovai (2003) identifică următoarele obiective stabilite de programele eficiente de educație pentru sănătate: formarea de convingeri, valori și atitudini despre sine și ceilalți, ce presupune delimitarea unui cadru adecvat în care pacienții să aibă posibilitatea să își exploreze propria persoană și să-și evalueze atitudinile sociale cu scopul dezvoltării propriilor valori; dezvoltarea abilităților de relaționare interpersonală, ce presupune oferirea unui cadru adecvat pentru dezvoltarea deprinderilor de comunicare și relaționare pozitivă, dezvoltarea deprinderilor de exprimare a afectivității și iubirii conform propriilor valori, de a se opune relațiilor stresogene, precum și formarea deprinderilor de a negocia, de a spune „nu” și de a stabili limite; dezvoltarea responsabilității față de sine și față de ceilalți prin formarea de atitudini și comportamente responsabile față de propria sănătate, prin diferențierea între comportamentele cu risc crescut față de cele cu risc redus, prin încurajarea utilizării metodelor de relaxare și a metodelor de protejare a sănătății, prin respectarea deciziei celuilalt și a confidențialității, prin planificarea viitorului; informarea, ce presupune transmiterea unor cunoștințe despre anatomia și fiziologia inimii, despre comportamentul sănătos asociat problemelor de sănătate mintală, despre anumite

afecțiuni, simptome, semne, tulburarea mintală, servicii medicale și psihosociale, instituții și organizații din comunitate care asistă pacienții și familiile acestora în acest domeniu.

Cercetătorii includ în programele de educație pentru sănătate pentru deținuții cu probleme de sănătate mintală următoarele intervenții: intervenții psihosociale (educarea deținutului, consiliere și aplicarea tehnicilor cognitiv-comportamentale), evaluarea suportului social perceput de deținut, interviuarea deținutului cu privire la percepția sa asociată bolii, la abilitățile sale de coping și la sprijinul extern, implicarea familiei care trebuie încurajată în toate fazele programului de educație pentru sănătate, trimiterea tinerilor care au un nivel înalt al tulburărilor mintale către un profesionist practicant pentru evaluarea și tratamentul tulburării, consiliere profesională pentru facilitarea unei reintegrări adecvate și realiste la școală sau la locul de muncă, discuții privind activitatea sexuală purtate într-o manieră deschisă și empatică.



### ***Fazele programului de educație pentru sănătate adresate deținuților cu probleme de sănătate mintală***

Serviciile tradiționale de educație pentru sănătate sunt coordonate, de obicei, de o echipă multidisciplinară și se derulează în cadrul a trei faze ale educației pentru sănătate: faza intraorganizațională, faza ambulatorie și faza menținerii de durată.

Faza educației pentru sănătate în penitenciar include promovarea sănătății la deținuți și educația adresată deținuților și familiei acestora pentru a începe să înțeleagă riscul îmbolnăvirii. Ea se concentrează pe autoîngrijire, recuperare fizică și psihologică, oferind unele informații despre cum pot fi modificați factorii de risc și urmărind să crească sentimentul controlului. Inițierea acestei prime faze a programului de educație pentru sănătate poate fi realizată de personalul medical sau de profesioniști în educația pentru sănătate, ținându-se cont de nevoi precum: siguranța, informarea, evaluarea factorilor de risc, educație, stresori și reacții psihologice la stres, mobilizare, implicarea și sprijinul familiei.

Informațiile necesare deținutului trebuie să vizeze realizarea unui plan cu activitățile fizice, planificarea renunțării la comportamentele de risc și acordarea sprijinului (dacă e nevoie), planificarea gestionării simptomelor bolii, medicația (doze și posibile efecte adverse), emoții și relații interpersonale, activitatea școlară și profesională, alimentația etc.

Durata programului de educație pentru sănătate depinde de nevoile specifice ale deținuților și variază semnificativ la nivel național și internațional. De obicei, programul include o componentă privind activitatea fizică, ședințe educaționale ce au ca obiectiv înțelegerea procesului îmbolnăvirii, a tratamentului, a factorilor de risc, alimentației și ghidare în recuperarea activităților fizice, sexuală și a activităților cotidiene, inclusiv sprijinul psihosocial. În această fază motivația deținutului de a realiza schimbări ale stilului său de viață este cea mai puternică. Temele abordate în cadrul educației pentru sănătate includ factorii de risc modificabili și nemicabil, alimentația (planificarea meselor, a cumpărăturilor și a bugetului), activitatea fizică și exercițiile fizice, managementul stresului, aspecte psihologice, sprijinul familiei, reîntoarcerea la școală sau la locul de muncă, reluarea activității intime și sexuale, medicația, managementul bolii ce include investigațiile și tratamentul medicamentos. Înainte de admiterea deținutului în program este necesar un interviu personal cu un specialist în educația pentru sănătate pentru a adecva intervențiile la nevoile individuale și pentru a stabili obiective realiste. Adaptarea programului la nevoile pacientului poate crește implicarea acestuia și poate îmbunătăți aderența la program .

Faza a 3 a a programului se referă la menținerea pe o durată cât mai mare a deprinderilor și comportamentelor învățate în fazele 1 și 2. În unele țări, această fază intră în atribuția asociațiilor și fundațiilor ce promovează starea de bunăstare a deținuților și a familiilor acestora de la nivel comunitar. Aceasta este etapa în care activitatea fizică, schimbările pozitive la nivelul stilului de viață și schimbările de ordin psihosocial sunt realizate cu supraveghere minimă sau se pot desfășura în locații fără supervizare. Grupurile de sprijin pentru pacienți sunt foarte răspândite în alte țări, ceea ce nu se poate afirma și despre România. Membrii acestor grupuri de suport oferă sprijin emoțional unii altora, învață noi strategii de coping și descoperă modalități de a-și îmbunătăți starea fizică, psihologică și socială, ajutându-i pe alții în timp ce se ajută pe sine. S-a constatat că persoanele care participă la astfel de grupuri sunt mai compliantă la tratamentul medicamentos, mențin schimbările stilului de viață și suferă mai puțin de anxietate și depresie.

### ***Servicii de asistență socială adresate deținuților cu problem de sănătate mintală și familiilor acestora***

În perioada ce urmează diagnosticării deținutului cu probleme de sănătate mintală, asistenții sociali au multe oportunități de a facilita și furniza intervenții psihosociale. În timpul îngrijirii persoanei cu problem de sănătate mintală, este important să fie evaluate sursele de suport social ale pacientului, la fel de bine ca și prezența unor nivele ridicate ale stărilor emoționale negative, incluzând anxietatea și depresia. Au fost elaborate ghiduri de evaluare care să poată face posibilă identificarea persoanelor cu risc psihosocial. În timpul acestui proces de evaluare, poate fi potrivit să fie consultat un psiholog sau un psihiatru pentru a evalua pe deplin gradul de risc psihosocial.

În penitenciar, scopul principal al asistentului social vizează realizarea planului de eliberare. Din cauza constrângerilor de timp, planul de eliberare este văzut deseori ca un plan de intervenție de scurtă durată. Astfel, asistentului social, încă de la încarcerare și pe toata perioada evaluării, începe să dezvolte un plan de intervenție care să se adreseze nevoilor specifice deținutului. Planul de intervenție trebuie să cuprindă răspunsuri la următoarele întrebări: *De ce tip de intervenție are nevoie deținutul și ce opțiuni există pentru a oferi acea intervenție?, Are deținutul discernământ?, Poate deținutul să ia decizii proprii?, Are nevoie deținutul de asistență de reabilitare după încarcerare? etc.*

Asistenții sociali, deseori, sunt nevoiți să ajute deținuții să-și păstreze un grad al autonomiei cât mai ridicat, indiferent de diagnostic sau tratament, pe măsura resurselor ce le pot permite acest fapt. Aceasta se poate realiza prin încurajarea și sprijinirea eforturilor deținutului de a comunica cu specialiștii din echipa de intervenție. De asemenea, asistentul social, prin facilitarea unor discuții, pe teme sensibile, cu specialiștii, poate ajuta deținutul, îi poate ușura temerile, prin crearea unei punți de legătură între deținut și personalul medical și prin furnizarea de informații atât deținutului, cât și familiei acestuia. Toate acestea au ca scop câștigarea la deținut și familia acestuia a unui sentiment al controlului cât mai profund în ceea ce privește deciziile medicale.

Dacă încarcerarea are o durată mai mare sau este mai frecventă, deținutul poate avea nevoie de acces la o varietate de servicii de asistență socială cum ar fi asistență financiară, servicii juridice, adăpost, îngrijire la domiciliu, îngrijire pe termen lung, centru de îngrijire,

ajutor în creșterea copilului, transport, consiliere suportivă. Deseori, asistentul social este nevoit să faciliteze accesul deținutului la aceste servicii și, uneori să solicite, în numele deținutului, un prim contact cu aceste servicii. Pentru asistentul social care lucrează cu deținuții cu probleme de sănătate mintală este esențial să cunoască care sunt serviciile din comunitate, să știe care sunt programele ce oferă sprijin și să fie creativ în a găsi soluții la problemele deținutului cu probleme de sănătate mintală. Babcock (1998) subliniază că asistenții sociali au nevoie să cunoască tipurile de servicii de bază concrete care pot ajuta deținutul cu probleme de sănătate mintală, și să poată răspunde la întrebări precum: *Ce resurse sunt disponibile în comunitate pentru furnizarea unui anumit tip de sprijin?, Unde este cea mai apropiată organizație ce oferă servicii persoanelor cu probleme de sănătate mintală și ce resurse se pot oferi unui membru al comunității?, Care sunt măsurile legislative de care beneficiază sau pe care sunt nevoite să le respecte persoanele cu probleme de sănătate mintală?, Care sunt centrele de îngrijire locale?, Ce tip de asistență financiară poate fi acordată acestora?* În activitatea sa de sprijin, asistentul social aplică valorile de bază ale asistentului social: respect pentru demnitatea fiecărui individ, acceptarea acestuia fără a-l judeca etc.

Orice act terapeutic trebuie să-și propună ca finalitate reintegrarea socio-familială a deținutului, prelungirea nu numai a vieții biologice, ci și a celei sociale. Pe plan profesional, de foarte multe ori, foștii deținuți nu sunt preferați de angajatori. Dincolo de faptul că oferă venituri, munca este o importantă sursă a stimei de sine. Reîntoarcerea la muncă este asociată și cu o îmbunătățire a bunăstării emoționale. Consilierea vocațională ca parte a programului de reabilitare a deținuților cu probleme de sănătate mintală va permite acestora să țină cont de momentul în care e potrivit să se întoarcă la muncă sau dacă este indicată o modificare a tipului de muncă realizat până în prezent.

Nevoile de prevenire a îmbolnăvirii, de tratare a problematicii asociată cu boala mintală, precum și cele de adaptare după îmbolnăvire, nevoi medicale și psihosociale deopotrivă, stau la baza programelor, măsurilor și activităților profesioniștilor ce activează în domeniul îngrijirii sănătății.



### *Servicii comunitare de îngrijire medico-socială*

Pentru a diminua efectele marginalizării sociale a deținuților cu probleme de sănătate mintală este necesară înființarea și dezvoltarea sistemelor de sprijin social. Aici sunt avute în vedere două tipuri de sisteme de sprijin: sistemul informal, care se referă la legăturile cu prietenii, rudele, colegii, cu persoanele cu care sunt împărtășite unele idei și concepții de viață, sentimente și interese și sistemul formal ce cuprinde organisme instituționale și categorii profesionale care oferă îngrijire. Alături de acestea există și alte grupuri care acordă tipuri specifice de sprijin, cum sunt grupurile de suport și voluntarii.

Reabilitarea persoanelor ce suferă de boli mintale își propune restabilirea sau ameliorarea stării lor de sănătate, reintegrarea lor în societate și în mod particular în viața profesională. Se pune accent pe dezvoltarea capacității lor de a se reîntoarce într-o poziție potrivită în societate, atât de mult cât e posibil și fără asistență sau îngrijire pe termen lung. În multe țări europene serviciile de îngrijire pe termen lung au fost reorganizate, ele propunându-și în perioada actuală să capaciteze oamenii ce au nevoie de astfel de îngrijire, conducându-i la o viață independentă și împlinită în ciuda limitărilor lor. Printre principiile care urmează a ghida acțiunile în acest sector pot fi incluse independența, centrarea pe nevoi, integrarea și normalizarea, acordarea de servicii în propriul lor mediu de viață, dreptul de a primi îngrijire în acord cu nevoile, asigurarea calității și profesionalismului, eficiența economică.

În statele europene, astfel de servicii sunt finanțate atât de la bugetul local prin intermediul consiliilor locale, cât și de la bugetul de stat, iar furnizarea unor astfel de servicii implică deopotrivă, atât sectorul public, cât și cel privat. Asistența persoanelor cu probleme de sănătate mintală include îngrijire în instituții, sprijin material, servicii de orientare profesională, servicii de reabilitare, îngrijire personalizată etc. Politica este, deci, de a menține persoanele cu probleme de sănătate mintală cât mai mult posibil în comunitate, de a promova independența și de a preveni sau reduce dependența, de a promova accesul și implicarea acestor persoane ca membri ai comunității. Deși numărul serviciilor oferite acestor persoane în comunitate este în creștere, îngrijirea instituțională joacă încă un rol important, în special în cazul persoanelor aflate în faze avansate ale bolii mintale.

În țările est-europene, familiile reprezintă principalul factor responsabil pentru îngrijirea membrilor de familie dependenți. În schimb, în țările vest-europene, serviciile de îngrijire comunitară sunt organizate pe două nivele fundamentale: o îngrijire bazată pe instituționalizare și o îngrijire bazată pe rămânerea la domiciliu, în comunitate. Îngrijirea comunitară rezidențială este centrată pe furnizarea de îngrijire de lungă durată și a îngrijirii bolilor cronice, precum boala mintală. Aceste instituții se pot întinde de la așezăminte de îngrijire rezidențială ce oferă o gamă limitată de servicii de sănătate la așezăminte de îngrijire intensivă a bolilor cronice unde sunt îngrijii bolnavii cu nevoi complexe, medico-sociale. Accesul la serviciile de îngrijire pe termen lung poate fi realizat prin sistemul de îngrijire a sănătății clasic sau prin adresare directă. Îngrijirea cronică este în mod obișnuit accesată prin sistemul de îngrijire a sănătății după o fază de îngrijire acută. Astăzi, îngrijirea comunitară trebuie să facă față unei serii de provocări și schimbări. Cum resursele economice pentru spitale se reduc și durata de spitalizare scade, utilizarea serviciilor comunitare va crește proporțional.

Profesorul Wiehn, de la Universitatea din Konstanz este convins de faptul că, o societate, cu cât e mai puternic împărțită în domenii relativ independente unul față de altul, ca orientare și acțiune (de exemplu, educația, medicina, asistența socială etc), cu atât crește șansa apariției unor grupuri marginale parțiale. *Lipsa unei reforme a asistenței sociale concomitentă cu reforma medicală poate juca un rol important în accentuarea diferențelor în curs de apariție, în crearea unor separări nete între domeniul „medical” și cel „social”, între rolurile profesionale legate de un serviciu sau altul și poate impune chei de lectură opuse pentru aceeași situație problematică* (Zani și Palmonari, 2003, p. 296).

### *Servicii de consiliere și terapie familială*

Un factor psihosocial esențial în abordarea bolii, cu rol important în menținerea sănătății fizice și psihologice a individului este reprezentat de suportul social. Cine poate oferi suport social? Principalele surse ale suportului social sunt fie informale, reprezentate de familie, prieteni, colegi, vecini, fie formale sub forma unor grupuri și organizațiile de suport comunitare. Oamenii care au legături sociale puternice (familiale, de prietenie, de vecinătate și colegiale) tind să facă față stresului mai bine. Ei tind de asemenea să fie mai fericiți, mai sănătoși și să trăiască mai mult.

Lucrul cu familia persoanei cu probleme de sănătate mintală poate fi la fel de important ca lucrul direct cu persoana bolnavă. În cele mai multe cazuri, sprijinul familiei este esențial pentru traiectoria pe care o va lua boala pentru pacient. Uneori, intervenția asistentului social este necesară pentru a mobiliza familia, pentru a o face capabilă să ofere ajutor pacientului. De asemenea, asistentul social e necesar să ajute familia să identifice conflictele emoționale și să înceapă să stabilească un anumit control asupra situației. În anumite limite, conflictele din familie sunt normale, dar în cazul bolii mintale, o boală care are atât de multe emoții ascunse, conflictele și stresul pot exploda. Familiile au nevoie de încurajare și sprijin pentru a exprima furia, durerea, frica. Familiile pot oferi un suport emoțional imens, în special în momentele de criză și pentru că familiile se află întotdeauna în schimbare, dezvoltare și evoluție, toate experimentează stresul la un moment dat, iar schimbări majore în dinamica familiei cum ar fi boala, încarcerarea, moartea, divorțul sau schimbarea domiciliului pot slăbi coeziunea unei familii și pot transforma familia dintr-o familie funcțională într-una disfuncțională.

O altă situație este aceea când membrii familiei care se văd în situația de a reintegra în familie un bolnav pot experimenta tensiune și furie. Odată cu diagnosticarea bolii și apariția complicațiilor, nevoile pacientului cresc pe măsură ce boala devine din ce în ce mai gravă.

Apariția problemelor de sănătate mintală este marcată de o serie de schimbări la care pacientul și familia sa e necesar să se adapteze. Perspectiva abordării familiei pacientului și a rețelei sale sociale devine importantă dacă ne propunem să înțelegem și să rezolvăm problemele emoționale sau comportamentale ce însoțesc boala.

În țările dezvoltate, în cadrul sistemului de servicii publice adresate familiei, s-au înființat și dezvoltat servicii de terapie de familie. Ulterior, în multe state ele au cunoscut o extindere și în sistemul public (Mihăilescu, 1995). Aceste servicii pun astăzi accentul din ce în ce mai pregnant pe o abordare completă bio-psiho-socială a problemelor, pe modul în care aceste probleme afectează relațiile și comportamentele din interiorul familiilor. Această abordare a problematicii familiei poate fi realizată prin servicii complexe furnizate de echipe multidisciplinare constituite din terapeuți de familie, medici, asistenți sociali, psihologi, juriști etc.

**Tabel 2. Modele de intervenții centrate pe familie**

<p><b>I. Intervenții psihoeducaționale la nivel individual, cu membrii familiei, în scopul facilitării procesului de adaptare la boală:</b></p> <p><i>* Psihoeducația cu privire la:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- cauzele, evoluția și tratamentul bolii,</li><li>- modul în care boala afectează în timp individul și relațiile familiale,</li><li>- accesarea sistemului de îngrijire a sănătății și a altor resurse comunitare,</li></ul> <p><i>* Metode cognitive și/sau comportamentale de rezolvare a problemelor asociate îmbolnăvirii</i></p>
<p><b>II. Intervenții ce afectează calitatea și funcționalitatea relațiilor familiale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- intervenții psihosociale la nivel individual cu membrii familiei sau la nivel psihosocial cu familia, pentru a consolida relațiile într-o manieră preventivă,</li><li>- grupuri multifamiliale ce oferă psihoeducație și întărirea relațiilor familiale ca intervenție preventivă,</li><li>- screen-ing continuu pentru pacienți și membrii familiei pentru a depista anxietatea excesivă, conflictul în familie și izolarea socială,</li><li>- grupuri de suport pentru familie, incluzând autoajutorarea și întraajutorarea pentru prevenția primară și grupuri de suport conduse de profesioniști pentru prevenția secundară și terțiară.</li></ul>
<p><b>III. Terapie de familie pentru familiile disfuncționale</b></p>

*Sursa: adaptare după Institute of Medicine, 2001.*

În tabelul 2 apar câteva tipuri de intervenții focalizate pe familie, intervenții ce pot fi realizate în cadrul serviciilor existente la nivel comunitar.

Specialiștii ce-și propun să trateze persoana bolnavă trebuie să ia în considerare sistemul familial al acesteia, precum și gama de relații a acesteia. *Cum este afectat pacientul de boală? Ce semnificație are boala pentru familia acestuia?* sunt întrebări la care terapia de familie e necesar să răspundă. De aici se desprinde ideea că familia pacientului trebuie ținută sub observație, cel puțin la fel de mult ca și bolnavul.

Specialiștii trebuie să fie conștienți atât de impactul unei intruziuni cum este aceea pe care tulburarea mintală o are în structura și funcționarea familiilor, cât și de rolul pe care familia îl are în cauzalitatea, agravarea sau menținerea bolii. Multe cercetări ce au vizat legătura dintre

boală și relațiile interpersonale s-au concentrat pe interacțiunile din interiorul familiilor (Bentovim et al., 1989).

Consilierea familială reprezintă sprijinul social acordat familiilor care traversează o situație de criză ce reclamă mobilizarea resurselor individuale și sociale în scopul favorizării adaptării familiei la schimbare. Printre obiectivele consilierii familiale pot fi menționate următoarele: rezolvarea eficientă a unor probleme cu care se confruntă familia, în viața de zi cu zi; confruntarea cu situațiile de tranziție din ciclul de viață al familiei și facilitarea adaptării la schimbările impuse de acestea; sprijinul acordat indivizilor pentru a conștientiza anumite nevoi, emoții, gânduri negative, comportamente și situații problematice; ascultarea, înțelegerea și acceptarea sentimentelor de inadecvare a persoanelor implicate în procesul de consiliere; identificarea cauzelor situațiilor problematice, precum și a soluțiilor alternative; promovarea bunăstării membrilor familiei în armonie cu nevoile lor; ameliorarea climatului familial, a comunicării perturbate, abordării și executării sarcinilor de rol, a funcționalității sistemului; ameliorarea problemelor ce afectează membrii familiei și care cer un efort de grup concertat pentru a fi rezolvate.

Boala mintală, fiind o boală care afectează atât individul, cât și familia acestuia, determină o serie de schimbări pentru cei implicați. Aceste schimbări au loc în sferele emoțională, cognitivă și comportamentală. Emoțional, familia trebuie să se familiarizeze cu diagnosticul pacientului. Aceasta include suferința determinată de pierderea sănătății cuiva drag, dar și blamarea, supărarea sau furia. Schimbarea la nivel cognitiv apare în contextul educației familiei și a pacientului cu privire la boala, incluzând aici informații cu privire la cauze, la evoluția bolii și la tratamentul ce trebuie urmat. Membrii familiei au nevoie să înțeleagă cum va fi afectată viața pacientului. De asemenea, familia trebuie consiliată cu privire la simptomatologia evoluției bolii și a posibilelor efecte adverse ale medicamentelor. În acest mod familia va ști unde și la cine să caute sprijin în situația în care pacientul se îmbolnăvește sau dezvoltă noi simptome. Schimbările la nivel comportamental constau în încorporarea bolii cronice a pacientului în viața de zi cu zi a familiei. Admițând schimbarea comportamentului ca fiind necesară, membrii familiei care-l îngrijesc pe pacient trebuie, de asemenea, să încerce să mențină un sens al normalității pentru pacient. Medicația și vizitele la clinică ale pacientului e necesar să se constituie într-o parte a traiului cotidian, cu toate că, pentru realizarea acestora sunt

necesare adaptări majore și că, nu de puține ori, acestea generează un stres major asupra relațiilor și obiceiurilor din familie.

Derularea demersurilor terapeutice are un rol extrem de important în sprijinirea pacienților și familiilor acestora să se adapteze la boală. Spitalele și instituțiile intermediare de îngrijire a sănătății apreciază capacitatea terapeuților de familie de a se adresa și a rezolva problemele familiale în relație cu boala, acestea fiind oportunități care pot sublinia modul în care perspectiva familiei poate fi inclusă în deciziile economice și clinice. Acest suport poate fi acordat, acolo unde rețeaua de sprijin informală nu există sau nu funcționează, prin servicii orientate pe diferitele nevoi, servicii dezvoltate atât la nivel comunitar, cât și la nivel instituțional. Numai, astfel, poate fi asigurată continuitatea acordării unei îngrijiri de tip integrat, care să vină atât în sprijinul nevoilor celor aflați în suferință, cât și în sprijinul celor din jurul acestora.

Terapeuții de familie pot participa și contribui la definirea modelelor de sănătate bio-psiho-socială și a sistemelor de prestare a serviciilor de sănătate. O astfel de abordare a problemei ar putea să ajute la salvarea unui sistem de sănătate care se prăbușește și care ar putea să ofere îngrijiri mai eficiente pacienților și familiilor acestora.

În concluzie, atât consilierea sau terapia individuală, cât și cea de familie oferă, fiecare, un mod de abordare a problematicii asociată sănătății mintale și un mod de înțelegere a comportamentului uman. Ca moduri de abordare terapeutică, ambele modalități de intervenție au valorile lor speciale.

#### *Grupurile de suport ca strategie de adaptare la boală*

Grupul de suport este o metodă indispensabilă de a-i ajuta pe pacienți să se confrunte cu sarcini de adaptare la situații noi și neprevăzute (Malekoff, 2004). Grupul de suport poate fi definit ca fiind un proces educațional, ce se concentrează pe dezvoltarea și adaptarea socială a unui individ, prin asocierea voluntară în grup și prin utilizarea acestei asocieri ca având semnificația altor finalități dezirabile din punct de vedere social. Grupul de suport este un instrument care contribuie la pregătirea persoanelor cu probleme de sănătate mintală pentru reintegrarea și participarea la viața comunitară. Pentru pacienții cu comportamente de risc, grupul de suport se realizează întotdeauna pentru a veni în întâmpinarea nevoilor specifice și pentru a-i determina pe

membrii grupului capabili să găsească modalități eficiente de a rezolva problemele ce afectează viețile lor.

Printre principiile la care aderă specialiștii ce formează și moderează grupurile de suport cu persoane cu probleme de sănătate mintală pot fi enunțate următoarele: formarea unor grupuri bazate pe nevoile resimțite sau pe dorințele participanților și nu pe diagnosticul acestora; structurarea grupurilor realizată astfel încât să fie abordată persoana ca întreg și nu doar anumite părți ale acesteia; integrarea activităților verbale cu cele nonverbale; dezvoltarea alianței cu alte persoane relevante din grup; descentralizarea autorității și reîntoarcerea controlului la membrii de grup; menținerea unei focalizări duale asupra schimbării individuale și reformării sociale; înțelegerea și respectarea dezvoltării de grup ca fiind o cheie de promovare a schimbării.

Scopul grupului poate fi descris plecând de la următoarele dimensiuni: specificarea problemelor, simptomelor, preocupărilor prezente; aspecte ale dezvoltării normale a pacientului, un scop al tuturor grupurilor pentru pacienți fiind acela de a deveni bine informați și de a preveni comportamentele problematice prin achiziționarea de informații clare, prin învățarea rezolvării de probleme. Lucrând cu pacienții în grupuri, specialiștii au oportunitatea de a provoca la aceștia creșterea toleranței la incertitudine și toleranța în fața ambiguității.

Datorită faptului că nevoile și preocupările pacienților sunt interrelaționate și că soluțiile trebuie să ia în considerare pacientul ca întreg, grupurile de intervenție trebuie să fie structurate astfel încât să implice persoana ca întreg și nu doar părțile problematice ale acesteia. Pentru a avea succes, programele de intervenție trebuie să acorde atenție acelor aspecte ce stimulează dezvoltarea legăturilor sociale de sprijin (Heller, Price și Hogg, 1990 apud Zani, 2003).

## Referințe bibliografice

- **Babcock J.** (1998). *Discharge planning in acute care* in D. Aronstein “HIV and social work”, pp 89-100. New York: Harrington Park Press
- **Băban Adriana** (coord) (2003) *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*. Cluj-Napoca: S.C. PSINET SRL.
- **Bentovim A., Gorell G., Cooklin A.**, (1989) “*Family Therapy. Complementary Frameworks of Theory and Practice*”, Academic Press, NY.
- **Dafinoiu Ioan, în Zani B., Palmonari A.** (2003) *Manual de psihologia comunității*, Iași: Ed. Polirom
- **Feldman, R.S.** (1985) “*Social Psychology*”, New York, McGraw Hill
- **Gevers Leslie**, Community Management Services, 1997, *Case Management Resource Kit for SAAP Services*, Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA) , Australian Government
- **Healey Kerry Murphy**, 1999, *Case Management in the Criminal Justice System*, U.S. Department of Justice, National Institute of Justice
- **Institute of Medicine, Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy.** (2001). *Health and behavior. The interplay of biological, behavioral and societal influences*. Washington: National Academy Press.
- **Malekoff, A.**, (2004), *Group Work with adolescents. Principles and Practice*, The Guilford Press, NY.
- **Mihăilescu, Ioan.** (1995). *Politici sociale în domeniul populației și familiei în Politici sociale. România în context european*, Elena Zamfir și Cătălin Zamfir (coord.). București:Ed. Alternative.
- **Nezu M. A., Nezu M.C.,Geller A.P.** (2003) *Health Psychology*, vol. 9 in *Handbook of Psychology*, John Wiley & Sons, Inc, NJ.
- **Orford, Jim.** [1992] (1998). *Psihologia comunității. Teorie și practică*. București: Ed. Oscar Print.
- **Rădulescu, Silviu** (2000). *Relația sănătate-boală-îngrijiri de sănătate*. în Managementul serviciilor de sănătate, coord. C.Vlădescu,București: Ed.Expert.
- **Scott Charles L., Gerbasi Joan B.** (2005), *Handbook of correctional mental health*,



American Psychiatric Publishing, Inc.

- **Ventura Lois A. , Cassel Charlene A., Jacoby Joseph E., Bu Huang,** 1998, *Case Management and Recidivism of Mentally Ill Persons Released From Jail*, Psychiatric Services, October, Vol. 49 No. 10
- **Weber, Ann L.** (1992). *Social Psychology*. New York: HarperCollins Publishers.
- **Zani B., Palmonari A. (2003)** *Manual de psihologia comunității*, Iași: Ed. Polirom
- **Ministerul Justiției,** Administrația Națională a Penitenciarelor, 2008, *Manualul de proceduri al sistemului penitenciar*, București
- **National Association Social Workers,** Specialty Certifications, *Certified Social Work Case Manager*, Washington, 2006
- **Organizația Mondială a Sănătății (Geneva)** (2001). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, Bucuresti, Ed. MarLink
- **US Department of Health and Human Services,** Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2006, *Jail diversion, strategies for persons with serious mental illness*
- **World Health Organisation, Regional Office for Europe** (1999) *Mental Health Promotion in Prisons, Report on a WHO Meeting*, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998, Denmark