

7 Cărări pentru practica specialistului

Ghid de lectură și aplicare clinică în recuperarea după consumul problematic de alcool

Ediție de sinteză • 28 septembrie 2026

7 Cărări organizează îngrijirea în jurul nevoilor, resurselor și alegerilor persoanei. Utilitatea sa clinică este să lege evaluarea de un plan realizabil și de continuitatea contactului. Cele șapte cărări sunt domenii de lucru, nu etape obligatorii și nici tipologii de pacient.

Ghidul se adresează specialistului care evaluează, formulează și coordonează îngrijirea unui adult cu tulburare de consum de alcool, suficient de stabil pentru participare. El însoțește workbookul pentru pacient. Cadrul conceptual aparține proiectului 7 Cărări / Psinaptic, coordonat conceptual de Dr. Ovidiu Balaban-Popa. [L1–L3]

Regula centrală

După evaluarea siguranței și stabilirea nivelului de îngrijire, pacientul și clinicianul aleg o cărare principală și cel mult două de sprijin. Nevoile medicale obligatorii rămân în plan indiferent de alegere. Se consemnează motivul și data reevaluării.

Cum se citește

Paginile 2–6 explică modelul, dovezile, evaluarea și alegerea. Paginile 7–13 prezintă cele șapte cărări. Paginile 14–20 acoperă consultația, măsurarea, siguranța, recăderea, grupurile și folosirea workbookului. Paginile 21–25 conțin exemple, rafinarea proiectului, un formular clinic și sursele.

Statut clinic

Modelul celor șapte domenii și combinația lor nu sunt validate ca intervenție distinctă. Ghidurile și studiile despre componente nu demonstrează automat eficacitatea programului. Fișele originale sunt suporturi de conversație și planificare, fără praguri diagnostice.

Acest document nu este protocol de sevraj și nu stabilește scheme medicamentoase. Recomandările pentru o persoană concretă rezultă din evaluarea clinică, ghidurile aplicabile și resursele serviciului.

1 Arhitectura clinică a modelului

Valoarea hărții constă în focalizare. O evaluare poate identifica multe probleme, dar planul activ trebuie să rămână suficient de mic încât persoana să îl poată folosi. [L1–L3]

Cărare	Întrebarea de orientare	Rezultatul urmărit
Medicală	Ce îngrijire îmi permite să particip în siguranță?	Stabilitate și acces la tratament
Înțelegerea de sine	Ce rol are consumul și ce pot încerca diferit?	Motivație și răspunsuri alternative
Comunitatea	Cine mă poate sprijini concret?	Relații și apartenență
Spirituală	Ce sens sau valori doresc să explorez?	Sprijin ales liber, religios sau secular
Corpul și ritmul	Ce îmi poate stabiliza ziua?	Somn, autoîngrijire și rutină
Creația și rostul	Ce activitate îmi redă interesul și un rol?	Activități satisfăcătoare și identitate
Reconstrucția	Ce problemă practică îmi blochează recuperarea?	Locuire, siguranță materială și funcționare

Ce înseamnă cărare principală

Este centrul de greutate al planului din perioada curentă. Poate fi comunitatea pentru o persoană izolată sau reconstrucția pentru cineva fără locuire sigură. Alegerea nu declară celelalte domenii rezolvate. Cărare medicală poate continua ca nevoie obligatorie, chiar când interesul pacientului se îndreaptă spre muncă sau familie.

Patru axe fără total

Nevoia arată ce este afectat și ce riscuri există. Interesul exprimă ce dorește persoana să lucreze acum. Resursele includ oameni, servicii, competențe și experiențe de reușită. Fezabilitatea testează dacă un pas sigur poate fi făcut în următoarele șapte zile.

Nu se adună axele, nu se produce un clasament al cărărilor și nu se etichetează pacientul după un profil. Un domeniu cu nevoie mare și interes mic cere negociere, reducerea barierelor și, când este necesar, intervenție clinică de siguranță.

Timpul este flexibil

Reperetele de 7, 30 și 90 de zile ajută organizarea. Ele nu definesc stadii biologice ale recuperării și nu impun absolvirea cărărilor. Schimbarea direcției poate fi un semn de formulare mai bună.

2 Ce susțin dovezile

Trebuie separate trei niveluri: intervenții studiate, principii de organizare a îngrijirii și construcții proprii ale proiectului. Un workbook inspirat de CBT nu este echivalent cu un protocol CBT evaluat într-un studiu.

Componentă	Concluzie utilă	Limită de interpretare
Interviu motivațional	Poate reduce consumul față de absența intervenției; diferențele față de tratament uzual sau altă intervenție activă pot fi mici sau absente. [E1]	Nu se promite un efect superior universal; contează fidelitatea intervenției.
AA și facilitarea în 12 pași	Intervențiile manualizate AA/TSF au dovezi favorabile pentru abținerea continuă în tulburarea de consum de alcool. [E2]	Nu se extrapolează la toate grupurile, toate adicțiile sau participarea impusă.
Intervenții psihosociale	Ghidul NICE include opțiuni psihologice, sociale și de cuplu în tratamentul problemelor legate de alcool. [G1]	Alegerea depinde de severitate, obiective, competență și siguranța relației.
Continuitate și coordonare	Standardele WHO/UNODC oferă un cadru pentru tratament etic și organizat. [G5]	Sunt standarde pentru tulburările de consum de droguri; nu validează taxonomia 7 Cărări.
Rutine, activitate și sens	Manualele clinice oferă rațiuni și exemple practice. [V3–V5]	Nu atribuim fiecărei fișe un efect dovedit asupra recăderii.

Două rezultate care calibrează promisiunile

Revizuirea Cochrane din 2023 despre interviul motivațional subliniază heterogenitatea studiilor și încrederea variabilă în dovezi. În practică, MI este o modalitate de a lucra cu ambivalența; nu justifică promisiunea că o scurtă conversație va preveni recăderea. [E1]

În revizuirea Cochrane AA/TSF din 2020, comparația intervențiilor manualizate cu alte orientări clinice a favorizat abținerea continuă la 12 luni: RR 1,21, IC 95% 1,03–1,42, două studii și 1.936 participanți, cu certitudine înaltă pentru acest rezultat. Acesta nu este un efect de 21 de puncte procentuale și nu se transferă programului 7 Cărări. [E2]

Ce rămâne de testat

Acceptabilitatea hărții, înțelegerea întrebărilor, povara completării, fidelitatea deciziei comune, continuitatea și siguranța trebuie evaluate local. Numărul de fișe completate este un indicator de utilizare, nu dovada recuperării.

3 Populația și evaluarea inițială

Primul cadru de utilizare este adultul cu tulburare de consum de alcool, evaluat clinic, după managementul necesar al sevrajului sau într-un program ambulatoriu sigur. Există un clinician responsabil, un mod de contact și un plan pentru deteriorare. [L1]

Înainte de workbook

Evaluați intoxicația, riscul de sevraj complicat, starea somatică și psihiatrică, riscul suicidar sau de violență, capacitatea de consimțământ și mediul de viață. Confuzia, convulsiile, semnele de supradoză, pericolul imediat sau deteriorarea severă schimbă circuitul de îngrijire; completarea fișelor se amână. Managementul sevrajului trebuie legat de tratamentul ulterior al tulburării de consum. [G2]

Interviul multidimensional

- Consumul: tipul băuturilor și al altor substanțe, cantitatea în unități concrete, frecvența, ultima utilizare, pierderea controlului, consecințele și perioadele de schimbare.
- Antecedente: convulsii, delir de sevraj, supradoză, internări, tratamente, beneficiile și dificultățile lor; combinații cu medicamente sau droguri.
- Sănătatea: boli somatice, nutriție, durere, sarcină când este relevantă; depresie, manie, psihoză, anxietate, somn, cogniție și traumă fără solicitarea unei relatări detaliate.
- Funcționarea: locuire, venit, transport, acte, muncă, relații, copii sau alte persoane dependente, siguranță acasă.
- Resursele: persoane de încredere, servicii accesibile, interese, abilități, valori și experiențe de reușită.
- Preferințele: obiectivul actual, ce nu dorește să discute, formatul întâlnirilor și posibilitatea de a citi sau scrie.

Patru procese diferite

Screeningul indică nevoia de evaluare. Evaluarea clinică fundamentează diagnosticul și formularea. Stabilirea nivelului de îngrijire determină intensitatea și mediul sigur. Harta 7 Cărări organizează prioritățile în interiorul aceluiași plan. Niciunul dintre aceste procese nu este înlocuit de chestionarul workbookului.

Adaptare și limite

Adolescenții, sarcina, afectarea cognitivă importantă, policonsumul complex și tulburările legate de opioide, sedative sau stimulente necesită protocoale dedicate. Lipsa accesului digital sau dificultatea de scriere nu exclud sprijinul: folosiți conversație asistată și fișe puține. Datele necunoscute se marchează ca atare, fără a fi transformate în răspunsuri negative.

4 Formularea de caz și obiectivul comun

Formularea explică de ce consumul are sens pe termen scurt pentru persoană și de ce îi produce dificultăți pe termen lung. Ea leagă mecanismele presupuse de intervenții verificabile. [L1; V1–V3]

O structură de lucru

Problema actuală: descrieți comportamentele și consecințele, în cuvintele pacientului. Factorii predispozanți: istoricul și vulnerabilitățile relevante. Factorii precipitanți: ce a schimbat recent echilibrul. Factorii perpetuanți: ce menține consumul sau întrerupe îngrijirea. Factorii protectivi: ce poate susține schimbarea acum.

Formulați ipoteze, nu verdicte. „Consumul pare să reducă temporar tensiunea seara, iar izolarea limitează alternativele” este mai util decât „nu are motivație”. Confirmați sau corectați ipoteza împreună cu pacientul.

Exemplu clinic fictiv

Un adult spune că bea mai ales seara, după conflicte familiale. După evaluarea medicală și stabilizare, identifică singurătatea drept problema pe care vrea să o schimbe. Are un prieten disponibil, dar evită să îl contacteze din rușine. Programul de lucru permite un apel scurt înaintea perioadei obișnuite de consum.

Formulare comună: tensiunea și izolarea preced consumul; rușinea de după episod întreține retragerea. Resursa imediată este relația cu prietenul. Cărarea principală poate fi comunitatea, cu înțelegerea de sine și corpul și ritmul ca sprijin. Îngrijirea medicală continuă independent de această alegere.

Negocierea obiectivului de consum

În dependența de alcool, mai ales după sevraj sau în prezența unor comorbidități importante, abstinerea este frecvent obiectivul clinic recomandat. Când pacientul nu este pregătit, explorați motivele, oferiți informație și documentați un obiectiv intermediar sigur și următorul contact. Nu prezentați reducerea consumului ca fiind potrivită pentru orice pacient. [G1]

Din explicație în acțiune

Întrebați ce schimbare ar avea importanță pentru persoană în această săptămână. Identificați un comportament observabil, un obstacol și o alternativă. Verificați cine îl poate sprijini și ce semn ar cere un contact mai devreme. Un plan bun poate conține un singur obiectiv.

La reevaluare, verificați și ipoteza inițială: dacă izolarea nu a precedat consumul, poate că durerea, sevrajul, insomnia sau presiunea socială au avut un rol mai mare decât s-a presupus.

5 Alegerea colaborativă a cărărilor

Interviul motivațional oferă un mod de a conduce conversația prin relație, focalizare, evocare și planificare. Procesele se pot relua când apar ambivalență sau dezacord. [V1; V2]

O conversație posibilă

„Din toate lucrurile despre care am vorbit, ce te apasă cel mai mult acum?” După răspuns, reflectați sensul înainte de a propune o soluție. „Vrei să dormi mai bine și îți este teamă că seara va fi greu fără alcool.”

„Pot să îți arăt harta celor șapte domenii?” Prezentați pe scurt opțiunile, fără a construi un test. „Unde ai vrea să facem primul pas? Ce te-ar ajuta să începi?” Verificați nevoile medicale și limitele contextului, apoi rezumați alegerea pentru confirmare.

Axă	Întrebare deschisă	Ce consemnăm
Nevoie	Ce se întâmplă dacă lăsăm domeniul neschimbat?	Problema, consecințele și urgența clinică
Interes	Ce ai câștiga personal dacă ai lucra aici?	Motivul pacientului și ambivalența
Resurse	Cine sau ce te-a ajutat înainte?	Sprijin disponibil, competențe, servicii
Fezabilitate	Ce pas sigur încapă în săptămâna următoare?	Acțiune, acces, timp, cost și alternativă

Dacă apare dezacord

Explicați transparent recomandarea și preocuparea clinică. Respectarea autonomiei nu presupune omiterea unui risc. Dacă preferința ar amâna o nevoie medicală urgentă, se clarifică mai întâi nivelul de îngrijire. Pentru domeniile neurgente se poate conveni un experiment mic și o dată apropiată de revizuire.

Ce se documentează

Cărarea principală, maximum două de sprijin, motivul în limbajul pacientului, nevoile obligatorii, primul pas, persoana responsabilă și data reevaluării. Pentru cărarea spirituală se consemnează acceptarea explicită și forma preferată. „Nu doresc” și „mai târziu” sunt răspunsuri valide.

Erori frecvente

Nu echivalați interesul scăzut cu lipsa de cooperare. Nu atribuiți automat domeniul cu deficitul cel mai mare. Nu transformați rutina în condiție pentru accesul la medic. Nu cereți toate fișele pentru a demonstra motivația. Când povara planului depășește resursele, micșorați planul.

6 Cărarea medicală

Scopul este stabilitatea biologică și psihiatrică necesară participării. Conținutul este responsabilitatea echipei medicale; workbookul ajută pacientul să comunice și să se pregătească pentru consultație. [L1; G1; G2]

Când o prioritizăm

Există probleme de continuitate a tratamentului, simptome insuficient evaluate, comorbidități, reacții adverse, dificultăți de acces la consultații sau antecedente care cer monitorizare atentă. Intoxicația severă și sevrajul cu potențial de complicații ies din circuitul obișnuit al workbookului.

Intervenții în competența echipei

Evaluarea și managementul sevrajului, tratamentul tulburării de consum, evaluarea nutriției și a comorbidităților, monitorizarea clinică și paraclinică, educația despre interacțiuni și sprijinul pentru continuitatea îngrijirii. Alegerea unui medicament, a unei doze sau a unui mediu de tratament aparține clinicianului și protocolului aplicabil.

Conversația cu pacientul

Explorați ce înțelege din tratament, ce beneficiu observă, ce îl îngrijorează și ce împiedică administrarea sau prezentarea la control. Un medicament omis poate reflecta efecte neplăcute, cost, uitare, neîncredere sau dificultăți practice. O întrebare deschisă produce informație mai utilă decât verificarea punitivă a aderenței.

Fișa corespunzătoare din workbook

Fișa 6 adună întrebări, simptome, dificultăți și detaliile următoarei consultații. Pacientul poate nota exact ce a luat sau a omis, fără ca fișa să îi ofere o schemă de corectare. Specialistul verifică separat prescripția actuală și reconcilierea medicației.

Exemplu de obiectiv

Până joi, pacientul și coordonatorul clarifică programarea și transportul pentru control. Pacientul aduce lista medicamentelor și două întrebări despre tolerabilitate. Dacă nu găsește transport, contactează serviciul în intervalul convenit pentru o alternativă.

Ce urmărim

Consultații efectuate, probleme raportate și soluționate, acces la tratament, tolerabilitate și funcționare. „A completat jurnalul” nu dovedește că tratamentul a fost administrat sau că persoana este stabilă.

Limita clinică

Workbookul nu conține instrucțiuni de sevraj la domiciliu, doze, recomandări de oprire sau de reluare a medicamentelor. Simptomele noi importante, agravarea sevrajului ori reacțiile severe cer evaluare, fără a aștepta completarea fișei.

7 Cărarea înțelegerii de sine

Scopul este identificarea funcției consumului și construirea unor alternative potrivite persoanei. Interviu motivațional, analiza funcțională și prevenirea recăderii pot contribui, dar intensitatea intervenției depinde de competența clinicianului și de formulare. [L1; V1–V3; E1]

Ce explorăm

Contextul dinaintea impulsului, senzațiile corporale, emoțiile, gândurile, acțiunea și consecințele. Căutați atât efectul imediat dorit, cât și costurile ulterioare. O explicație funcțională nu justifică un comportament periculos; ea identifică punctul în care poate fi introdusă o alternativă.

Lucrul cu ambivalența

Începeți de la perspectiva persoanei. Explorați ce ar vrea să păstreze în viața sa și ce o îngrijorează. Reflectați argumentele pentru schimbare când apar, fără a cere declarații solemne. Dacă discuția devine o dispută, reveniți la înțelegerea experienței și la alegerea unui obiectiv comun.

Experiment comportamental mic

Pacientul observă că impulsul apare după un apel conflictual. Planul agreeat poate fi: încheie apelul când conversația escaladează, merge într-un spațiu sigur și contactează persoana de sprijin. La întâlnire se verifică ce a fost posibil și ce a lipsit. Nu se presupune că o tehnică de respirație sau de amânare rezolvă sevrul ori o criză psihiatrică.

Fișele din workbook

Fișele 7 și 8 separă observația de interpretare și permit un plan „dacă—atunci”. Fișa 5 explorează importanța și încrederea pentru o schimbare precisă. Ratingurile de la 0 la 10 sunt repere de conversație, fără prag și fără total. Fișa 19 se folosește după un episod de consum, după clarificarea siguranței.

Ce urmărim

Pacientul recunoaște mai devreme un context, încearcă o alternativă, solicită ajutor și poate descrie ce a funcționat. Absența poftelor nu este o condiție pentru progres. Un impuls intens merită explorat chiar dacă nu a fost urmat de consum.

Limita clinică

Nu solicitați relatări detaliate ale traumei în workbook. Disocierea, retrăirea intensă, autoagresiunea sau deteriorarea clinică impun oprirea exercițiului și reevaluare individuală. Fișa nu este expunere traumatică și nu substituie psihoterapia.

8 Cărarea comunității

Scopul este reducerea izolării și accesul la sprijin care poate fi folosit efectiv. Numărul de contacte contează mai puțin decât siguranța, disponibilitatea și potrivirea lor. [L1; V3]

Evaluarea rețelei

Diferențiați persoanele pentru conversație, persoanele care pot ajuta practic, profesioniștii și serviciile de urgență. Întrebați și cine favorizează consumul, pune presiune sau încalcă limitele. O rețea extinsă nu este automat protectoare.

Alegerea unui grup

Prezentați grupurile clinice, suportul între persoane cu experiență trăită și comunitățile de autoajutor ca opțiuni diferite. Discutați tema, formatul, costul, accesul, regulile, compatibilitatea cu valorile și posibilitatea unei alternative individuale. Verificați resursele locale înainte de a le recomanda nominal.

Ce putem spune despre dovezi

AA/TSF are dovezi specifice pentru tulburarea de consum de alcool, inclusiv pentru abținerea continuă în intervenții manualizate. Rezultatul nu demonstrează că orice grup sau orice componentă spirituală produce același efect. Alegerea rămâne voluntară și compatibilă cu tratamentul. [E2]

O punte concretă spre sprijin

Simpla recomandare „mergeți la grup” poate lăsa nerezolvate rușinea, transportul sau teama de expunere. Un pas mai realizabil este clarificarea unei întâlniri, un contact preliminar cu facilitatorul și stabilirea unei alternative dacă persoana nu poate participa.

Fișele din workbook

Fișa 9 construiește o hartă a sprijinului și o cerere concretă. Fișa 10 pregătește participarea la grup și limitele personale. Pacientul nu este obligat să dezvăluie istoria consumului tuturor și nu are obligația de a alege un membru al familiei ca sprijin.

Ce urmărim

Un contact inițiat, existența unui răspuns disponibil, sentimentul de apartenență și cererea mai timpurie de ajutor. O absență se explorează: nepotrivire, anxietate, cost, conflict sau agravare; nu se traduce automat prin dezinteres.

Limita clinică

Grupul nu înlocuiește îngrijirea medicală. Confidențialitatea dintre membri nu poate fi garantată absolut. Hărțuirea, exploatarea, presiunea financiară, relațiile abuzive și recomandările de oprire a tratamentului cer intervenția responsabilului și reconsiderarea participării.

9 Cărarea spirituală

Scopul este explorarea sensului, valorilor și speranței, exclusiv în forma dorită de pacient. Poate include credință religioasă, dar și relații, natură, responsabilitate, artă sau alte repere seculare. [L1–L3]

Invitația potrivită

Întrebați dacă persoana dorește să discute acest domeniu. „Există valori, practici sau convingeri care te sprijină și pe care ai vrea să le includem?” Acceptați refuzul fără a încerca să îl transformați în interes. Clarificarea valorilor poate exista și în alte cărări, fără selectarea cărării spirituale.

Ce explorăm

Ce oferă sens, ce este compatibil cu tratamentul și ce experiențe au produs sprijin sau, dimpotrivă, teamă și vinovăție. Dacă o comunitate este importantă, verificați dacă este un mediu sigur, dacă respectă alegerea persoanei și dacă nu condiționează apartenența de renunțarea la îngrijire.

Activități posibile

O reflecție scurtă despre o valoare și o acțiune concretă, timp în natură, o activitate de grijă față de cineva, o practică religioasă deja familiară sau contactul cu un consilier ales. Nu atribuiți acestor activități o eficacitate clinică specifică pe baza apartenenței lor la această cărare.

Fișa din workbook

Fișa 11 începe cu alegerea explicită de a participa, a amâna sau a omite. Pacientul poate lucra doar cu sensul și valorile. Fișa nu cere mărturisiri, reconciliere obligatorie sau justificarea convingerilor.

Discernământ psihopatologic

În evaluare se ține cont de contextul cultural și de modul în care experiența afectează somnul, funcționarea și siguranța. Respectarea unei credințe nu presupune confirmarea unor interpretări delirante. Experiențele asociate cu comenzi periculoase, dezorganizare, manie sau suferință severă cer evaluare clinică.

Ce urmărim

Pacientul poate numi ce îi oferă sens, observă o acțiune compatibilă cu valorile și se simte liber să accepte sau să refuze. Nu măsurăm „nivelul de credință” și nu folosim spiritualitatea ca indicator de cooperare.

Limita clinică

Sunt excluse prozelitismul, interpretarea adicției ca defect moral, promisiunile de vindecare și sfatul de a opri tratamentul. Acceptarea acestui domeniu se poate retrage oricând. Clinicianul documentează preferința, nu evaluează corectitudinea convingerilor.

10 Cărarea corpului și a ritmului

Scopul este o zi mai previzibilă, cu autoîngrijire suficientă pentru participarea la recuperare. Somnul, alimentația, mișcarea și rutina trebuie discutate în contextul sănătății și al resurselor materiale. [L1; V5]

De unde începem

Întrebați cum arată o zi obișnuită și unde apare dezorganizarea. Persoana are hrană, spațiu de dormit, condiții de igienă, posibilitate de mișcare și un program compatibil cu munca? Evitați recomandările care presupun resurse inexistente.

Alegerea unui reper

Se poate conveni un singur punct stabil: o masă într-un interval accesibil, pregătirea pentru somn, o activitate scurtă în timpul zilei sau o rutină de dimineață. Se urmărește fezabilitatea, nu performanța. Activitatea fizică se adaptează stării somatice și recomandărilor medicale.

Somnul ca informație clinică

Un jurnal simplu poate nota ore aproximative de culcare și trezire, odihna percepută și simptomele relevante. Nu este necesară verificarea repetată a ceasului în timpul nopții. Distingeți insomnia cu oboseală de scăderea necesarului de somn asociată energiei crescute sau altor modificări psihice; acestea pot necesita reevaluare.

Fișele din workbook

Fișa 12 descrie rutina minimă și un obstacol. Fișa 13 oferă o observație pe șapte zile, care se poate completa aproximativ, fără obligativitatea fiecărei zile. Nu sunt prescrise restricția de somn, exercițiul intens, postul sau un aport standard de lichide.

Exemplu de obiectiv

Pacientul alege să pregătească micul dejun în două dimineți în care nu lucrează în schimbul de noapte. Dacă nu are alimente, primul pas se mută în reconstrucție, prin acces la sprijin practic. Dacă se simte rău, prioritatea devine evaluarea medicală.

Ce urmărim

Regularitate posibilă, energie pentru activități, acces la îngrijire și ce rutină a fost utilă. Nu echivalați nerespectarea unui program cu lipsa de voință. Un program mai simplu poate fi mai potrivit decât unul „complet”.

Limita clinică

Insomnia severă, confuzia, agitația, simptomele de sevraj, scăderea marcată a necesarului de somn, deshidratarea sau deteriorarea somatică nu se tratează prin workbook. Exercițiile de atenție corporală se opresc dacă accentuează panica ori disocierea.

11 Cărarea creației și a rostului

Scopul este reconstruirea unei vieți cu activități și roluri care merită păstrate. Persoana are nevoie de ocazii accesibile de interes și satisfacție, chiar când plăcerea sau energia sunt încă reduse. [L1; V5]

Ce întrebăm

Ce activități existau înainte, ce s-a pierdut, ce mai trezește curiozitate și ce este posibil acum? Explorați diferența dintre ceva plăcut, ceva important și ceva impus de ceilalți. Nu presupuneți că revenirea imediată la muncă este obiectivul potrivit pentru toți.

Alegerea activității

Propuneți un meniu scurt, apoi lăsați persoana să aleagă: o activitate practică, muzică, desen, scris, învățare, grădinărit, contact social sau o sarcină utilă. Doza poate fi foarte mică. Exercițiul este un experiment despre ce ajută, nu un test de talent sau productivitate.

Legătura cu formularea

Dacă plictiseala și timpul nestructurat preced consumul, activitatea poate ocupa un interval vulnerabil. Dacă predomină rușinea și pierderea identității, un rol modest și sigur poate fi mai important decât rezultatul obiectului creat. Acestea sunt ipoteze de lucru, verificate la reevaluare.

Fișa din workbook

Fișa 14 pornește de la o activitate, o durată realistă, ce materiale sunt necesare și cum se simte persoana înainte și după. Lipsa satisfacției imediate nu anulează încercarea. Dacă activitatea este prea dificilă, se reduce sau se schimbă.

Recompense și recunoaștere

Recunoașteți efortul fără a crea comparații între pacienți. Regula proiectului împotriva recompenselor digitale compulsive nu trebuie confundată cu respingerea managementului contingențelor ca intervenție clinică distinctă, care are indicații și proceduri proprii. Un sistem de „streakuri” nu este echivalent cu acea intervenție. [L1; G6]

Ce urmărim

Interesul, participarea, timpul structurat, sentimentul de competență și rolurile alese. O activitate care reduce izolarea poate fi utilă chiar dacă nu este finalizată.

Limita clinică

Evitați suprasolicitarea și mediile cu expunere la consum. Energia neobișnuit de mare, proiectele grandioase sau lipsa somnului cer evaluare. Anhedonia persistentă și afectarea funcțională pot indica nevoia unei intervenții clinice suplimentare.

12 Cărarea reconstrucției

Scopul este îndepărtarea barierelor sociale și relaționale care fac planul imposibil. Uneori, lipsa locuirii, a hranei sau a transportului are prioritate față de o nouă fișă de reflecție. [L1; V4]

Ordinea practică

Clarificați siguranța imediată, locuirea, hrana și accesul la servicii, apoi obligațiile care pot aștepta. Pentru bani, acte, muncă și probleme juridice, definiți următoarea acțiune și cine poate oferi competența necesară. Clinicianul coordonează, fără a pretinde că poate rezolva toate domeniile.

Relațiile și familia

Întrebați ce sprijin dorește pacientul și de la cine. Discutați acordul pentru partajarea informațiilor separat de dorința familiei de a ajuta. Un aparținător poate avea nevoie de sprijin propriu. Reconcilierea sau terapia de cuplu nu sunt condiții pentru participare.

Resurse din vault

Manualul de Family Behavior Therapy include componente dedicate comunicării, controlului mediului, căutării unui loc de muncă și gestionării financiare. Acest lucru susține o formulare comportamentală concretă a dificultăților, fără a transforma workbookul într-un protocol FBT. Implementarea terapiei presupune competență și instruire. [V4]

Fișele din workbook

Fișa 15 identifică o problemă practică prioritară și un serviciu. Fișa 16 pregătește o cerere clară și o limită relațională. Pacientul nu trebuie să contacteze o persoană de care se teme și nu este invitat să confrunte singur un agresor.

Exemplu de obiectiv

Până marți, asistentul social și pacientul verifică actele necesare pentru accesarea unui serviciu. Pacientul aduce documentul disponibil; profesionistul clarifică instituția și condițiile. Dacă lipsește un act, planul este adaptat, fără a considera sarcina „ratată”.

Ce urmărim

Accesul real la serviciu, o condiție de viață mai stabilă, reducerea unei bariere și responsabilități care pot fi susținute. „Trimitere făcută” nu este identic cu „îngrijire preluată”; verificați dacă a existat contact și ce a urmat.

Limita clinică

Violența, exploatarea, riscul pentru copii sau o nevoie socială urgentă cer circuite specializate. Planul de protecție precede dialogul familial. Fișele nu oferă consultanță juridică și nu promit acces la beneficii sau angajare.

13 Consultația și planul de continuitate

O consultație scurtă poate menține direcția dacă pleacă de la ce s-a schimbat și se încheie cu o acțiune clară. Durata și frecvența sunt individualizate; structura de mai jos este o propunere practică, nu un protocol validat. [L1–L3; V2]

O structură în cinci mișcări

1. Clarificați schimbările de siguranță, consum, simptome și tratament de la ultimul contact.
2. Întrebați ce a contat pentru persoană și ce dorește să discute astăzi.
3. Revizuiți un obiectiv și o fișă relevantă, fără a corecta toate paginile.
4. Ajustați cărarea sau pasul, barierele, sprijinul și alternativa.
5. Confirmați înțelegerea, următorul contact și ce ar cere ajutor mai devreme.

Planul pe șapte zile

Scrieți între unul și trei obiective. Pentru fiecare precizați acțiunea, motivul personal, responsabilul, locul sau momentul, obstacolul, alternativa și modul de observare. Nu transformați toate recomandările medicale în teme scrise. Un obiectiv poate aparține echipei, de exemplu clarificarea unei trimiteri.

La aproximativ 30 de zile

Reevaluați stabilitatea, accesul la tratament, consumul față de obiectiv, somnul, rețeaua de sprijin, barierele și povara programului. Verificați dacă domeniul principal este încă relevant. Un obiectiv neîndeplinit poate arăta o problemă de acces sau o formulare incompletă.

La aproximativ 90 de zile

Revizuiți funcționarea, riscurile restante, autonomia, relațiile, locuirea, ocupația și capacitatea de revenire rapidă. Decideți între continuare, sprijin mai intens, întreținere sau transfer. Nu folosiți ziua 90 ca termen de „vindecare”.

Transfer și întreținere

Rezumatul include statusul clinic, obiectivul de consum, tratamentul verificat, cărările și preferințele, resursele, riscurile relevante, contactele și următoarea programare. Confirmați cine preia cazul. O listă de servicii fără responsabil și fără acces clar nu asigură continuitate.

Verificarea înțelegerii

„Cum ai explica în cuvintele tale ce am stabilit pentru această săptămână?” Această întrebare testează claritatea planului, fără a examina pacientul. Dacă răspunsul diferă, reformulați și simplificați.

14 Măsurare fără scoruri proprietae

Măsurarea are sens când schimbă o decizie clinică sau face progresul inteligibil. Separăm screeningul, simptomele, siguranța, funcționarea și experiența pacientului. [L1; G3; G4; G7]

Instrument sau metodă	Utilizare	Precauție
AUDIT sau versiune scurtă autorizată	Screening al problemelor legate de alcool	Nu diagnostichează singur; versiunea, perioada și definiția cantității trebuie păstrate. [G3]
ASSIST	Screening al consumului mai multor substanțe	Se folosește conform manualului, nu ca algoritm 7 Cărări. [G7]
Evaluarea sevrajului conform protocolului	Monitorizare clinică în context adecvat	CIWA-Ar nu este o fișă autonomă de diagnostic sau detoxifiere pentru pacient. [G2]
Jurnal de consum și evenimente	Urmărire descriptivă între contacte	Nu se confundă datele lipsă cu abținerea.
Rating de poftă sau încredere	Conversație și observarea schimbării individuale	Nu are prag diagnostic în workbook și nu se adună cu alte ratinguri.
Interviu despre funcționare	Somn, locuire, relații, muncă, autoîngrijire	Un rezultat bun într-un domeniu nu anulează riscul din altul.

Reguli pentru instrumentele standardizate

Folosiți forma autorizată, cu traducere adecvată și dovezi de validare pentru populația relevantă. Documentați versiunea, limba, perioada de referință, respondentul, data, scorul conform manualului și interpretarea. Nu rescrieți itemii și apoi păstrați numele sau pragurile instrumentului original.

Ce conține workbookul

Întrebările sale sunt originale, destinate reflecției și pregătirii consultației. Nu sunt AUDIT, ASSIST, PHQ-9 sau o scală de risc. Faptul că unele teme seamănă cu teme din evaluarea clinică nu le conferă validitate psihometrică.

Un set minim realist

La început și la reevaluare: consumul și consecințele, evenimentele de siguranță, sănătatea și tratamentul, funcționarea, sprijinul și obiectivul pacientului. La fiecare contact: ce s-a schimbat și ce necesită acțiune. Intervalele se aleg după risc și capacitatea serviciului.

Risc suicidar

Nu utilizați scorurile pentru a prezice individual suicidul, pentru a decide accesul la tratament sau externarea. Evaluați nevoile, contextul, schimbările și siguranța imediată prin formulare clinică. [G4]

15 Siguranța și răspunsul uman

Siguranța depinde de evaluare, personal, acces și acțiune. Un răspuns liniștitor într-o fișă nu exclude riscul, iar lipsa unui răspuns nu dovedește o criză. [L1–L3; G2; G4]

Situație	Acțiune orientativă
Pericol imediat, convulsii, confuzie severă, dificultăți respiratorii, suspiciune de supradoză, intenție suicidară iminentă sau violență	Circuit de urgență și 112 când este cazul; în spital se alertează imediat personalul. Nu se așteaptă mesajul digital.
Simptome de sevraj în creștere, simptome psihotice sau maniacale noi, autoagresiune ori deteriorare importantă fără iminență clarificată	Evaluare clinică promptă, de regulă în aceeași zi, cu stabilirea mediului sigur. Incertitudinea nu justifică amânarea.
Revenire la consum, tratament întrerupt, poftă crescută sau izolare	Se verifică mai întâi riscul acut; apoi se stabilește termenul de contact și se revizuiște planul.
Dificultate practică sau obiectiv neîndeplinit fără semnale acute	Ajustare la contactul convenit, cu posibilitate de contact mai devreme dacă situația se schimbă.

Planul de siguranță

Se construiește împreună: semne personale de avertizare, acțiuni simple care au ajutat, persoane și locuri sigure, persoane pentru ajutor direct, profesioniști, servicii de urgență și reducerea accesului la mijloace periculoase. Nu se cere o promisiune că persoana „nu va face nimic”; o promisiune nu înlocuiește evaluarea.

Ce trebuie completat înainte de folosire

Numele și contactul serviciului, orele de disponibilitate, alternativa din afara programului, cine urmărește o solicitare și cum se confirmă preluarea. Rubricile necompletate din workbook nu se prezintă ca un serviciu funcțional de monitorizare.

Documentarea unui eveniment

Notați sursa, ora, faptele relatate, observațiile, incertitudinile, evaluarea, persoana responsabilă, acțiunea și rezultatul. „Mesaj trimis” nu înseamnă că pacientul a fost contactat. Dacă nu poate fi contactat, acțiunea următoare se bazează pe context și protocol, nu pe un scor de utilizare.

Limita instrumentului

Fișele nu diagnostichează sevrajul și nu stabilesc singure nivelul de îngrijire. Un pacient care cere ajutor trebuie orientat către o persoană sau un serviciu real, fără a-i cere întâi completarea workbookului.

16 După un episod de consum

Răspunsul clinic începe cu siguranța și păstrează posibilitatea revenirii în tratament. Un episod nu șterge progresul, dar poate modifica semnificativ riscul și nevoia de îngrijire. [L1–L3]

Clarificarea imediată

Ce s-a consumat, cât, când, în ce combinații și ce simptome există? Au apărut pierderea stării de conștiență, accidente, conducere, autoagresiune, violență sau alte riscuri? Există risc de sevraj dacă persoana reduce ori oprește consumul? Decideți circuitul medical înainte de analiza psihologică. [G2]

Analiza fără interogatoriu punitiv

După stabilizare, reconstruiți secvența: context, primele semnale, gânduri, emoții, acces la alcool, decizie, efect imediat și consecințe. Căutați un loc în care o schimbare realistă ar fi fost posibilă și o resursă care a lipsit. Recunoașteți și ceea ce a funcționat parțial, inclusiv faptul că persoana a cerut ajutor.

Revizuirea planului

Reconsiderați nivelul de îngrijire, tratamentul, frecvența contactelor, mediul și sprijinul. Uneori este necesară o cărare principală diferită; alteori aceeași direcție are nevoie de un pas mai mic sau de un serviciu concret. Stabiliți următoarea întâlnire și ce se întâmplă dacă simptomele se agravează.

Termeni de lucru

„Poftă” înseamnă impuls sau dorință, fără să implice consum. „Alunecare” poate descrie un episod limitat, iar „recădere” revenirea la un tipar persistent sau clinic semnificativ. Aceste etichete nu decid severitatea: un singur episod poate avea consecințe grave.

Fișa din workbook

Fișa 19 se completează numai după clarificarea nevoilor urgente. Nu se cere relatarea exhaustivă și nu se condiționează revenirea la consultație de terminarea paginii. Întrebarea centrală este ce schimbăm în plan, nu cine a greșit.

Absența de la contact

Explorați barierele de transport, bani, telefon, program, rușine sau nepotrivirea relației terapeutice. Folosiți numai canalele convenite. Numărul încercărilor și criteriile de escaladare se stabilesc în serviciu. Nu comunicați detalii despre tratament unui terț fără cadrul de confidențialitate corespunzător.

Revenirea rapidă

Încheiați cu un contact, un pas și un termen. Recăderea nu este un motiv automat de excludere; poate fi un motiv de intensificare sau transfer către îngrijire mai potrivită.

17 Grupuri familie și persoane de sprijin

Participarea trebuie legată de scop, stabilitate, preferință și competența facilitatorului. Un grup de orientare, unul de abilități și unul de suport mutual au funcții diferite. [L1–L3; V3]

Înainte de grup

Verificați dacă persoana poate participa, ce dorește să obțină și dacă formatul îi este accesibil. Explicați regulile privind respectul, presiunea, recomandările medicamentoase între membri, înregistrările și contactul în afara grupului. Oferiți o alternativă atunci când grupul nu este potrivit.

Structură propusă pentru o întâlnire

Un scurt moment de orientare, o temă, o activitate voluntară și o încheiere cu un pas ales. Facilitatorul nu cere tuturor să citească răspunsuri personale. Apariția unui risc individual este gestionată separat, fără a transforma grupul în evaluare publică.

Familia

Clarificați ce informații pot fi împărtășite și ce sprijin practic este dorit. Aparținătorul poate contribui la transport, programări sau un mediu mai sigur, dar nu devine automat supraveghetor. Susțineți și nevoile proprii ale familiei. Conflictele, constrângerea și violența se evaluează separat. [L1; V4]

Persoana cu experiență trăită

Poate oferi speranță, orientare și sprijin practic, în limite clare. Nu stabilește diagnosticul, tratamentul sau siguranța finală. Rolul necesită pregătire, supervizare și un mod clar de a solicita ajutor profesional.

Documentare

Nota de grup descrie tema, activitățile și dinamica generală. Informațiile individuale despre risc sau tratament rămân în documentația persoanei. Nu introduceți răspunsurile din workbook într-un spațiu comun. Participantul poate alege să păstreze anumite reflecții pentru întâlnirea individuală.

Un curriculum posibil

Orientare; motivație; situații de risc; sprijin; ritm; activități; relații; revenirea după consum; menținere. Acesta este un exemplu de organizare, nu o secvență obligatorie a celor șapte cărări și nu un program de grup validat. Conținutul se adaptează nevoilor cohorței și capacității echipei.

Limita clinică

Nu cereți reconciliere în relații abuzive și nu presupuneți că partenerul este persoana potrivită pentru toate contactele. Protecția și autonomia preced exercițiul de comunicare.

18 Cum folosește specialistul workbookul

Workbookul este modular. Pacientul primește orientarea, contactele și una sau două fișe relevante pentru perioada curentă. Restul rămân disponibile. Această dozare este o propunere practică pentru reducerea poverii, nu o condiție de tratament.

Fișe	Utilizare clinică
1–3	Orientare, siguranță și punctul de pornire
4–5	Alegerea comună și explorarea motivației
6	Pregătirea consultației medicale
7–8	Analiză funcțională și răspuns la impuls
9–10	Rețea de sprijin și participare la grup
11	Sens și valori, numai dacă persoana dorește
12–13	Rutină și observația somnului
14	Activitate și rol personal
15–16	Problemă practică și comunicare sigură
17–18	Plan și jurnal pentru o săptămână
19–20	Revenire după consum și revizuire
21–22	Continuitate și feedback despre program

Administrare

Explicați scopul înainte de întrebări. Oferiți citire cu voce tare, răspuns verbal, dictare sau completare cu sprijin autorizat. Cereți permisiunea înainte de a nota cuvintele persoanei. Nu interpretați scrisul puțin sau dificultatea de exprimare ca lipsă de insight ori motivație.

Debriefing

Întrebați ce a observat și ce dorește să discute. Verificați răspunsurile relevante clinic, inclusiv „nu știu” sau „nu doresc”. Rețineți numai informația necesară pentru plan, împreună cu decizia luată. Nu este nevoie să copiați întregul caiet în dosar.

Fidelitate și confidențialitate

Păstrați caracterul voluntar, limita față de diagnostic, alegerea unei cărări principale și reevaluarea. Pacientul stabilește ce arată familiei. Echipa explică separat limitele confidențialității în situații de pericol și cadrul instituțional aplicabil.

Verificare înainte de distribuire

Completați contactele reale și programul, confirmați că persoana înțelege ce face în urgență, selectați fișele potrivite și stabiliți când le veți discuta. Nicio pagină trimisă sau completată nu implică monitorizare automată.

19 Companionul digital și responsabilitatea clinică

Companionul poate ajuta pacientul să găsească planul, să pregătească întrebări și să revină la contactul uman. Funcțiile concrete trebuie descrise după ceea ce este verificat ca activ, fără promisiuni deduse din existența unui ecran. [L1–L4]

Funcții compatibile cu modelul

Materiale aprobate, afișarea planului, reamintiri opționale, jurnal scurt, rezumat verificabil și contacte. Un rezumat automat separă declarațiile pacientului de inferențe și permite corectarea. Clinicianul decide ce intră în planul publicat.

Limite

Companionul nu diagnostichează, nu modifică tratamentul, nu oferă detoxifiere la domiciliu, nu face psihoterapie autonomă și nu decide final riscul. Nu promite prezență continuă. Alegerea cărării nu este delegată unui algoritm.

O distincție necesară

Faptul că un sistem poate afișa un mesaj de urgență nu înseamnă că poate detecta toate crizele. Un mesaj omis, ironic, ambiguu sau netrimis poate lăsa riscul neobservat. Întrebările de siguranță și contactul clinic rămân necesare.

Responsabilitatea echipei

Coordonatorul de caz integrează planul. Medicul stabilește îngrijirea medicală și psihiatrică. Psihologul sau psihoterapeutul lucrează în competența sa. Asistentul medical, asistentul social, terapeutul ocupațional și facilitatorul contribuie cu sarcini definite. Pentru fiecare solicitare există un responsabil și o alternativă în absența lui.

Documentația proiectului

Documentația locală și modulul de cărări descriu regula unei cărări principale, limita de două cărări de sprijin, motivul alegerii, data reevaluării și acordul pentru spiritualitate. Acestea sunt reguli de consistență a planului; validarea informatică nu demonstrează adecvarea clinică a alegerii. [L4]

Ce auditează serviciul

Preluarea solicitărilor, contactele ratate, incidentele, povara alertelor, fidelitatea planurilor și experiența pacientului. Numărul de conversații sau de clicuri nu este un indicator suficient de beneficiu. Refuzul folosirii digitale nu trebuie confundat cu refuzul îngrijirii.

20 Două exemple de aplicare

Exemplele sunt fictive și ilustrează procesul de formulare; nu reprezintă recomandări pentru un pacient real.

Cazul A Izolare după stabilizare

Un adult aflat în urmărire după sevraj spune că serile singur sunt cele mai dificile. Evaluarea actuală nu identifică o nevoie de transfer urgent; tratamentul și controlul medical continuă. Persoana dorește să refacă o relație de prietenie, dar nu vrea deocamdată grup.

Formulare: izolarea și rușinea întrețin evitarea sprijinului. Resurse: un prieten disponibil și un interval de timp previzibil. Principală: comunitatea. Sprijin: înțelegerea de sine și corpul și ritmul. Motiv: persoana crede că un contact înainte de seară este posibil și relevant.

Plan: până miercuri pregătește și trimite o cerere de apel de zece minute. Dacă prietenul nu poate, folosește alternativa convenită cu echipa. Fișe: 9, 17 și, dacă dorește, 8. Reevaluare: peste șapte zile, mai devreme dacă apar semne clinice. Se urmăresc accesul la contact și efectul perceput, alături de consum și siguranță.

Cazul B O barieră socială prioritară

Un adult clinic stabil dorește să revină la muncă, dar are locuire nesigură și nu poate plăti transportul. Nu are energie pentru mai multe exerciții. Căderea creației și a rostului este atractivă, însă planul de muncă nu este încă fezabil.

Formulare: instabilitatea materială împiedică accesul la consultații și activități. Principală: reconstrucția, acceptată de pacient ca pas către muncă. Sprijin: creația și rostul. Nevoile medicale rămân active.

Plan: asistentul social și pacientul clarifică în această săptămână o opțiune de sprijin pentru locuire și transport. Pacientul alege o activitate scurtă disponibilă unde locuiește. Fișe: 15 și 17; fișa 14 este opțională. Reevaluarea verifică accesul efectiv, nu numai numărul de trimiteri.

Cum se schimbă direcția

În oricare dintre cazuri, reapariția consumului, a sevrajului sau a unor simptome psihice importante poate cere alt nivel de îngrijire. Harta se revizuieste după evaluare. Dacă planul nu a fost realizat, prima întrebare este ce barieră sau nevoie a fost subestimată.

21 Rafinarea proiectului și evaluarea pilotului

Rafinarea propusă păstrează structura originală și face mai explicită legătura dintre evaluare, acțiune și reevaluare. Propunerile de mai jos necesită decizie clinică locală; nu sunt rezultate ale unui studiu al programului. [L1–L3]

Cinci schimbări utile

1. Separați fișele de conversație de instrumentele standardizate, inclusiv în titlu și instrucțiuni. Evitați orice total al axelor hărții.
2. Pentru fiecare obiectiv, înregistrați și sarcina echipei. Barierele de acces nu trebuie transferate integral pacientului.
3. Înlocuiți verificarea completării cu verificarea utilității: ce s-a schimbat, ce a încurcat și ce trebuie simplificat.
4. Faceți vizibile contactele, programul și alternativa din afara programului pe materialul primit de pacient.
5. Păstrați distincția dintre fidelitatea modelului și flexibilitatea activităților: regula alegerii rămâne, numărul fișelor se adaptează.

Pilotul din manual

Manualul propune 30–50 de adulți și urmărire de 90 de zile pentru fezabilitate. Acesta este un reper de proiect, nu un calcul al puterii statistice pentru eficacitate. Dimensiunea și designul final se justifică prin întrebarea de evaluare, resurse și cadrul etic aplicabil.

Ce măsurăm

Fezabilitate: eligibilitate, acceptare, timp de lucru al personalului și continuitate. Acceptabilitate: claritate, autonomie, povară și utilitate. Siguranță: incidente, întârzieri, solicitări nepreluate și probleme de confidențialitate. Rezultate exploratorii: consum, funcționare, sănătate și obiective personale.

Raportați numitorii, perioadele și datele lipsă. O rată de completare doar între cei care au rămas în program poate ascunde dezangajarea. Separați retragerea, transferul, lipsa contactului și refuzul unei anumite fișe.

Testarea înainte de pilot

Interviuri cognitive cu pacienți despre înțelegerea întrebărilor; revizuire multidisciplinară; scenarii simulate de urgență și indisponibilitate a responsabilului; verificarea accesibilității și a traseului de revenire. Criteriile de suspendare se stabilesc înainte de începere, inclusiv când serviciul nu poate susține răspunsurile promise.

Afirmația proporțională

„Cadru de organizare a recuperării informat de dovezi” descrie corect intenția actuală. „Previne recăderea” sau „selectează optim tratamentul” ar necesita demonstrație directă, prin evaluarea programului ca ansamblu.

22 Fișă clinică de lucru

Formular original pentru consultație. Nu este scală. Se completează prin judecată clinică și decizie comună; informația necunoscută se marchează explicit.

Data și tipul contactului _____

Profesionistul și rolul _____

Evaluare și formulare

Status clinic și nivel de îngrijire stabilit de _____

Schimbări de consum, simptome, tratament și siguranță _____

Ce menține problema și ce resurse există _____

Obiectivul pacientului în propriile cuvinte _____

Alegere și plan

Cărare principală _____

Cărări de sprijin cel mult două _____

Nevoi obligatorii de îngrijire _____

Motivul alegerii și eventualul dezacord _____

Spiritualitate dacă este selectată Acord explicit și preferință _____

Pasul pacientului și termenul _____

Sarcina echipei și responsabilul _____

Obstacol și alternativă _____

Fișele alese din workbook _____

Continuitate

Ce necesită contact mai devreme _____

Contact și alternativă din afara programului _____

Data reevaluării și cine o face _____

Cum a fost verificată înțelegerea _____

Decizii de partajare a informației _____

23 Sursele proiectului și lectura din vault

Referințele L descriu modelul original. Referințele V sunt lecturi de fundamentare din indexul local Psychiatry Vault, consultat numai pentru citire. Paginile vaultului sunt pagini ale fișierului PDF indexat, nu neapărat paginile tipărite ale cărții.

Documentele originale

[L1] 7 Cărări — Manual clinic complet. Proiect 7 Cărări / Psinaptic. Coordonare conceptuală Dr. Ovidiu Balaban-Popa. Versiunea 0.2, iulie 2026. Repere: secțiunile 0, 3–9, 11–15 și anexele clinice.

[L2] 7 Cărări — Revizuire exhaustivă, Partea I. Versiunea 0.2, 22 iulie 2026. Fundament strategic, populația inițială, statutul dovezilor și taxonomia originală.

[L3] 7 Cărări — Revizuire exhaustivă, Partea II. Versiunea 0.3, 22 iulie 2026. Parcurs, procedurile cărărilor, siguranță, companion și grupuri. Cele trei fișiere se află în C:\Users\balaban.ovidiu\Desktop\Documente, cu prefixul 7_Carari.

[L4] Documentația locală docs/mi/05-voce-realtime-si-parcurs.md și lib/mi/pathway.ts, în C:\PsihiatriA-Voila-UX2-WORKBENCH. Folosite pentru regulile modelului implementat, nu ca dovezi de eficacitate sau verificare a instanței active.

Lecturi verificate în vault

[V1] Levounis P, Arnaout B, Marienfeld C, editori. Motivational Interviewing for Clinical Practice. APA Publishing, 2017. Capitolul 2, Fundamentals of Motivational Interviewing; pagini PDF 30–49, înregistrare chapters.id 9842. Util: autonomie, parteneriat, întrebări deschise, reflecții și rezumate.

[V2] Aceeași lucrare. Capitolul 6, Planning; pagini PDF 100–119, chapters.id 9846. Util: trecerea colaborativă de la motive la un plan concret. Catalogul indexează cartea cu anul 2016; pagina de copyright consultată indică 2017.

[V3] Sobell LC, Sobell MB. Group Therapy for Substance Use Disorders. Capitolul 5, Integrating Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioral Techniques into Group Therapy; pagini PDF 170–208, chapters.id 6008. Util: procese de grup și integrare MI–CBT; nu justifică simpla transpunere a unei conversații individuale în grup.

[V4] Donohue B, Allen DN. Treating Adult Substance Abuse Using Family Behavior Therapy, 2011. Pagini PDF 31–40, chapters.id 18534. Util: componente pentru comunicare, mediu, muncă și finanțe; necesitatea instruirii și supervizării.

[V5] Williams RE, Kraft JS. The Mindfulness Workbook for Addiction, ediția a doua, 2022. Capitolul 12, Wellness in Recovery; pagini PDF 218–231, chapters.id 17392. Util: organizarea temelor de somn, activitate și bunăstare. Fișele din prezentul pachet sunt originale, nu reproduceri ale exercițiilor cărții.

24 Ghiduri și cercetări pentru aprofundare

Surse online verificate la 28 septembrie 2026. Căutarea a vizat fundamentarea și limitele componentelor; aceasta este o sinteză clinică orientată pe proiect, nu o revizuire sistematică exhaustivă a literaturii.

[G1] NICE. CG115 — Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Recomandări privind obiectivele și opțiunile terapeutice. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/Recommendations>

[G2] ASAM. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management, 2020. Repere pentru separarea sevrăului de îngrijirea continuă și pentru evaluarea clinică. <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/alcohol-withdrawal-management-guideline>

[G3] WHO. AUDIT — Guidelines for Use in Primary Care, ediția a doua, 2001. Manualul de screening; utilizarea instrumentului se face după instrucțiunile sale. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>

[G4] NICE. NG225 — Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Secțiunea 1.6 despre limitele scalelor și formularea riscului. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations>

[G5] WHO și UNODC. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, ediția revizuită, 2020. Cadru pentru organizarea tratamentului, fără validarea modelului 7 Cărări. <https://www.who.int/publications/b/53363>

[G6] NICE. CG51 — Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Relevant pentru distincția dintre managementul contingențelor și recompensele digitale informale. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG51/chapter/recommendations>

[G7] WHO. The WHO ASSIST package for hazardous and harmful substance use, 2010. Screening și intervenție scurtă pentru substanțe. <https://www.who.int/publications/i/item/the-who-assist-package-for-hazardous-and-harmful-substance-use>

[E1] Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S și colab. Motivational interviewing for substance use reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023; CD008063. DOI 10.1002/14651858.CD008063.pub3. https://www.cochrane.org/evidence/CD008063_does-motivational-interviewing-help-people-reduce-their-use-alcohol-drugs-or-both

[E2] Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020; CD012880. DOI 10.1002/14651858.CD012880.pub2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7065341/>

Pentru prescriere, protocoale de sevrăj și integrarea instrumentelor standardizate, consultați documentul integral și forma aplicabilă local. Fișele originale ale pachetului nu preiau licența sau validarea instrumentelor menționate.