

REABILITAREA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE



Jana Chihai

Chihai Jana

Jana CHIHAI

**REABILITAREA ÎN
DOMENIUL SĂNĂTĂȚII
MINTALE**

Chișinău

2022

Autor:

Jana CHIHAI – doctor în medicină, conferențiar universitar, catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF N. Testemițanu.

CZU.: 616.89-085(075)

C 42

Compendium a fost aprobat la ședința catedrei de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie nr. 5 din data de 15.09.2022.

RECENZENȚI:

Deliv Inga, dr. în șt. med., conf. universitar, USMF Nicolae Testemițanu, Chișinău, Republica Moldova.

Nastas Igor, dr. în șt. med., conf. universitar, USMF Nicolae Testemițanu, Chișinău, Republica Moldova.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Chihai Jana

Reabilitarea în domeniul sănătății mintale / Jana Chihai. – Chișinău:

S. n., 2022 (Primex-Com). – 147 p.

Bibliogr.: p. 137-147 (148 tit.), [200] ex.

ISBN 978-99753578-1-4.

616.89-085(075)

C 42

© Jana CHIHAI

CUPRINS

| | |
|--|-----------|
| <i>CAPITOLUL I – SĂNĂTATEA MINTALĂ – IMPORTANȚA, POVARA ȘI FACTORII DETERMINANȚI.....</i> | 7 |
| 1.1. Importanța sănătății mintale la nivel mondial..... | 7 |
| 1.2. Reforma sistemului de sănătate mintală în Moldova: privire de reformei..... | 9 |
| <i>CAPITOLUL II – CONCEPT ȘI ISTORICUL RECUPERARII/REABILITĂRII ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.</i> | 14 |
| 2.1. Introducere în conceptul de recuperare. | 14 |
| 2.2. Recuperare personală și clinică – diferențe și comunități. | 16 |
| 2.3. Ce este reabilitarea în domeniul sănătății mintale. | 19 |
| 2.4. Modelul de recuperare versus modelul medical | 22 |
| 2.5. Diverse școli de recuperare/reabilitare și modalitățile de organizare. | 22 |
| Australia | 23 |
| Canada..... | 24 |
| Anglia..... | 25 |
| Germania..... | 26 |
| Irlanda | 27 |
| Țările de Jos | 29 |
| Noua Zeelanda | 30 |
| Norvegia..... | 32 |
| Scoția..... | 33 |
| Statele Unite ale Americii | 35 |
| Tratamentul comunitar asertiv – modelul SUA. Terapia de acceptare și angajament (ACT). | 36 |
| 2.5. Modelul FACT - Olanda. | 39 |

**CAPITOLUL III – CE ESTE
RECUPERAREA/REABILITAREA ÎN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII MINTALE – CONCEPT DE BAZĂ,
NOȚIUNI GENERALE ȘI DEFINIȚII..... 43**

3.1. Ce este „recuperarea”?..... 43

3.2. Dezvoltarea recuperării..... 47

“Recuperarea este un proces, nu doar un rezultat”..... 48

“Recuperarea începe atunci când găsiți pe cineva sau ceva cu care să vă relaționați” 49

“Speranța este necesară pentru recuperare” 50

“Angajații din domeniul sănătății mintale pot ajuta sau împiedica recuperarea” 51

Viitorul recuperării..... 54

**3.3. Recuperarea – ce s-a produs anterior și care simt
provocările viitoare 54**

Ce înseamnă 'recuperarea'? 55

Serviciile de sănătate mintală și recuperarea..... 57

Provocări 58

3.4. Care este cadrul de recuperare?..... 59

Operaționalizarea și măsurarea recuperării 61

**3.5. Implementarea practicilor orientate spre recuperare în
sistemele de sănătate mintală 62**

ABUZUL 1. RECUPERAREA ESTE CEL MAI RECENT
MODEL..... 63

ABUZUL 2. RECUPERAREA NU SE APLICĂ PACIENȚILOR
"MEI" 64

ABUZUL 3. SERVICILE POT FACE CA OAMENII SĂ SE
RECUPEREZE PRIN TRATAMENT EFICIENT 64

ABUZUL 4. DETENȚIA OBLIGATORIE ȘI RECUPERAREA
PRIN AJUTOR CU TRATAMENT 66

ABUZUL 5. O ORIENTARE SPRE RECUPERARE
ÎNSEAMNĂ ÎNCHIDEREA SERVICIILOR 66

ABUZUL 6. RECUPERAREA ESTE DESPRE A-I FACE PE
OAMENI INDEPENDENȚI ȘI NORMALI 67

ABUZUL 7. CONTRIBUȚIA LA SOCIETATE ARE LOC
NUMAI DUPĂ CE PERSOANA ESTE RECUPERATĂ 68

1. Specialiștii de suport de la egal la egal 70

| | |
|--|----|
| 2. Directive avansate | 71 |
| 3. Planificarea acțiunilor de recuperare a stării de bine (WRAP) | 71 |
| 4. Managementul bolii și recuperarea..... | 72 |
| 5. REFOCUS | 73 |
| 6. Modelul punctelor forte..... | 73 |
| 7. Colegiile de recuperare sau programele de educație pentru recuperare | 74 |
| 8. Suport individual și plasarea în câmpul muncii. | 74 |
| 9. Locuințele protejate | 74 |
| 10. Dialogurile sănătății mintale..... | 75 |

3.6. Zece preocupări majore legate de recuperare întâlnite în procesul de transformare a sistemului de sănătate

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| mentală | 77 |
| Scurtă introducere în recuperare..... | 78 |
| Recuperarea și resursele | 84 |
| Recuperare și riscuri | 86 |

CAPITOLUL IV – SERVICII DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MENTALE BAZATE PE REABILITARE RECOMANDATE DE CĂTRE ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII. 93

| | |
|---|------------|
| 4.1. Promovarea abordărilor de sănătate mentală centrate pe persoană și pe drepturile omului. | 94 |
| 4.2. Exemple de bune practici a serviciilor de sănătate mentală. | 95 |
| 4.3. Servicii de criză de sănătate mentală..... | 98 |
| Dialog deschis (Open Dialogue)- Serviciul de Criză Laponia, Finlanda | 99 |
| 4.4. Servicii spitalicești de sănătate mentală. | 103 |
| Soteria Berna, Elveția..... | 104 |
| 4.5. Centre comunitare de sănătate mentală..... | 110 |
| Centros de Atenção Psihosocial (CAPS) III..... | 111 |
| Brasilândia, São Paulo, Brazilia | 111 |
| 4.6. Serviciul de sprijin de la egal la egal | 116 |
| Grupuri de Sprijin pentru persoanele ce aud voci (Hearing Voices Movement (HVM)..... | 117 |

| | |
|---|-------------------|
| 4.7. Serviciile outreach (mobile, de informare comunitară) de sănătate mintală. | 122 |
| Ombudsman personal (OP). Suedia | 123 |
| 4.8. Serviciul de trai susținut de sănătate mintală. | 127 |
| Mână de mână, trai susținut. Georgia..... | 128 |
| 4.9. Concluzii. | 133 |
| <i>Bibliografie:</i> | <i>136</i> |

CAPITOLUL I – SĂNĂTATEA MINTALĂ – IMPORTANȚA, POVARA ȘI FACTORII DETERMINANȚI.

1.1. Importanța sănătății mintale la nivel mondial.

Sănătatea mintală este o stare de bine, în care un individ realizează propriile abilități, poate face față stresului normal al vieții, poate lucra productiv și este capabil să-și aducă o contribuție comunitate.

Tulburările mintale reprezintă tulburări mintale ale unei persoane, care sunt adesea caracterizate printr-o combinație de tulburări ale gândurilor, emoțiilor, comportamentului și relațiile cu ceilalți. Exemple dintre tulburările mintale includ depresia, tulburare de anxietate, conduită, tulburare bipolară și psihoză.

Sănătatea mintală ar trebui văzută ca o sursă valoroasă a capitalului uman sau a bunăstării în societate. Noi toți avem nevoie de sănătate mintală bună pentru a prospera, ai îngriji de noi înșine și să interacționăm cu ceilalți. Deci este vital ca sănătatea mintală nu numai să se adreseze nevoilor oamenilor cu tulburări psihice dar și pentru a proteja și promova sănătatea mintală a tuturor oamenilor și recunoașterea valorii acesteia.

Sănătatea și bunăstarea mintală sunt influențate nu numai de atributele individuale dar și de circumstanțele sociale în care oamenii se regăsesc și cei mediul în care trăiesc. Acești determinanți interacționează dinamic și pot amenința sau proteja starea mintală a individului.

Legăturile dintre tulburările mintale severe și cele netransmisibile bolilor (BNT) sunt bine stabilite. Tulburările mintale afectează și sunt la rândul lor afectate de BNT majore: pot fi un precursori sau ca consecință a unor afecțiuni cronice precum boli cardiovasculare, diabet sau cancer. Factori de risc pentru aceste boli, cum ar fi sedentarismul, comportamentul și consumul dăunător de alcool sunt, de asemenea, factori de risc pentru tulburările mintale și leagă strâns cele două.

În practica clinică însă, astfel de interacțiuni cu comorbiditățile sunt de obicei trecute cu vederea. Mortalitatea prematură și invaliditatea ar putea fi reduse dacă s-ar concentra mai multă atenție asupra abordării comorbidității.

Persoanele cu tulburări mintale mor cu 20 de ani mai tineri decât populația generală. Marea majoritate a acestor decese nu se datorează unei cauze specifice (cum ar fi sinucidere), ci mai degrabă la alte cauze, în special BNT care nu au fost identificate și gestionate corespunzător.

Tulburările mintale sunt una dintre cele mai importante provocări publice de sănătate în Regiunea Europeană a OMS, așa cum sunt cauza principală a dizabilității și a treia cauză principală din povara generală a bolii (măsurată ca fiind ajustată în funcție de dizabilitate ani de viață), după boli cardiovasculare și cancere.

Prevalența estimată a tulburărilor mintale de către Organizația Mondială a Sănătății din Regiunea Europeană în 2015 a fost de 110 milioane, echivalentul cu 12% din întreaga populație. Includerea tulburărilor legate de consumul de substanțe crește acest număr cu 27 de milioane (până la 15%), în timp ce includerea unor tulburări neurologice precum pe

măsură ce demența, epilepsia și tulburările de cefalee cresc totalul cu peste 300 de milioane, la 50%.

1.2. Reforma sistemului de sănătate mintală în Moldova: privire de reformei.

În 2014, Republica Moldova a demarat un proces sistematic de reformare a sistemului de sănătate mintală, prin realizarea acțiunilor prioritare stabilite în Programul Național de Sănătate Mintală. Reforma a implicat reproiectarea sistemului de prestare a serviciilor, instituirea unor mecanisme de colaborare între sectorul sănătății și cel social, precum și revizuirea cadrului de politici. Rezultatele primilor 4 ani de reformă au inclus: 1) crearea unei rețele de servicii de sănătate mintală în 4 raioane-pilot, care să asigure diagnosticarea, tratamentul și referirea în asistența medicală primară și specializată de sănătate mintală; 2) crearea unui mediu favorabil de politici la nivel național și raional; și 3) consolidarea suportului din partea comunității și acceptării problemelor de sănătate mintală. Obiectivele primei faze au fost atinse, iar reforma se află acum în cea de-a doua fază (2018-2022). În faza 1, Strategia de implementare și-a axat eforturile asupra a 4 raioane-pilot, iar Faza 2 valorifică lecțiile învățate din faza 1 și facilitează acțiunile liderilor și actorilor locali în vederea extinderii modelului către toate cele 32 de raioane și municipalitățile din Moldova. Fiind dirijat de Proiect în faza 1, în faza 2, procesul de reformă este dirijat de autoritățile naționale și locale. Reflectăm asupra procesului și conținutului reformei sănătății mintale și discutăm lecțiile învățate și provocările întâmpinate în procesul de implementare. Încheiem cu lecții de învățat pentru factorii de decizie și cercetătorii care preconizează reformarea sănătății mintale în alte țări.

În 2014, Guvernul Republicii Moldova a început să reformeze serviciile de sănătate mintală, cu suportul tehnic al Proiectului finanțat de SDC "Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova" (în continuare - "Proiectul de reformă din Moldova"), condus de Institutul Trimbos din Olanda. Reforma a determinat o re proiectare majoră a sistemului de prestare a serviciilor, instituirea mecanismelor de colaborare inter-sectorială (de exemplu, sectorul asistenței sociale, sănătății, educației) și revizuirea cadrului de politici. Scopul reformei este de a le permite persoanelor cu probleme de sănătate mintală să-și atingă obiectivele de recuperare și să poată duce o viață împlinită în comunitățile lor. Primii 4 ani ai reformei au trecut, și-au atins obiectivele, iar reforma se află acum în a doua fază (2018-2022).

Planul pentru prima fază a reformei a fost elaborat în baza acțiunilor prioritare stabilite de Ministerul Sănătății în Programul Național de Sănătate Mintală și Strategia de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală 2012-2016. Pentru primii 4 ani ai reformei, au fost stabilite trei rezultate. În primul rând, reforma a urmărit îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală adecvate prin crearea unei rețele de servicii comunitare de sănătate mintală. Sustenabilitatea acestei rețele de servicii era legată de crearea unui mediu favorabil de politici. Al doilea rezultat a vizat efectuarea unor schimbări în cadrul juridic și organizațional de către factorii de decizie din sectoarele sănătății și cel social, la nivel național și raional. Cel de-al treilea rezultat a fost consolidarea suportului din partea comunității și acceptării problemelor de sănătate mintală. Aceste rezultate au fost revizuite și ajustate pe parcursul celei de-a doua faze. Înainte de demararea Proiectului finanțat de SDC, Guvernul Republicii Moldova, prin intermediul Ministerului Sănătății,

și-a asumat să gestioneze și să aloce resurse pentru implementarea reformei prin intermediul unui set de acțiuni convenite. Acesta este un angajament atât formal, cât și activ; întârzierile în implementare pot duce la suspendarea sau chiar la rezilierea acordului cu donatorul.

Conținutul reformei și rezultatele preliminare ale implementării

În prima fază (2014-2018), reforma a fost implementată atât la nivel național, cât și la nivel regional. La nivel național, a fost modificat cadrul de politici pentru a susține transformarea serviciilor, iar programele de studii academice și de formare continuă au fost actualizate și implementate pentru a consolida în mod durabil capacitatea profesioniștilor din domeniul sănătății mintale și din sectoarele conexe. La nivel regional, au fost selectate patru raioane-pilot pentru implementarea unui nou model de îngrijiri de sănătate mintală. Raioanele au fost selectate de către Ministerul Sănătății în baza unui set de criterii legate de capacitatea locală, de angajamentul demonstrat al autorităților locale de a sprijini implementarea noului model de îngrijiri și de distribuția geografică a noului model de îngrijiri în țară.

În cea de-a doua fază (2018-2022), reforma a valorificat lecțiile învățate din prima fază și facilitează acțiunile liderilor și actorilor locali în vederea extinderii modelului de la 4 la toate cele 32 de raioane și municipalitățile din Moldova. Cea de-a doua fază adoptă o abordare diferită în ceea ce privește asistența tehnică oferită autorităților naționale și principalelor părți implicate, trecându-se de la dirijarea de către Proiect a rezultatelor și a direcției reformei sănătății mintale în faza 1 la un proces dirijat de autoritățile naționale - în faza 2.

Strategia de intervenție pentru faza 1 a implicat o strategie de intervenție în multiple direcții, având o componentă de prestare a serviciilor, o componentă de politici și o componentă de comunicare și advocacy. Instrumentele principale pentru asigurarea progresului strategiei de intervenție au fost: 1) influențarea și modificarea politicilor; 2) consolidarea capacităților prin instruire, supervizare și mentorat pentru toți profesioniștii specializați în sănătate mintală din țară și un număr de profesioniști din asistența medicală primară care oferă asistență medicală de sănătate mintală; și 3) mentorat de la egal la egal și crearea de rețele. O astfel de abordare comprehensivă a fost implementată în Moldova pentru prima dată.

Pentru a atinge rezultate bune, a fost re-proiectat modelul de prestare a serviciilor cu scopul de a facilita un acces mai bun la serviciile de sănătate mintală și la suport în comunitate, mai aproape de locul în care oamenii trăiesc, lucrează și studiază. A fost elaborat un traseu al îngrijirilor, care stabilește noi roluri și responsabilități pentru medicii de familie și asistenții medicali, echipele comunitare multidisciplinare specializate de sănătate mintală și specialiștii care lucrează în spitalele de psihiatrie. Ideea de bază a modelului a fost de a acorda îngrijiri pentru problemele de sănătate mintală ușoare și de la ușoare la moderate în instituțiile de asistență medicală primară, iar îngrijirile pentru problemele moderate și severe (inclusiv în situații de criză) - în centrele comunitare de sănătate mintală (CCSM). Cazurile acute care nu pot fi rezolvate prin intervenția de criză la domiciliu și în comunitate, precum și cazurile complexe care, din motive clare, nu pot fi rezolvate de echipele CCSM, urmează a fi referite către secțiile pentru cazuri acute din spitalele generale sau către spitalele de psihiatrie. Modelul de tratament comunitar asertiv flexibil (F-ACT), elaborat în

Olanda, a servit drept sursă de inspirație pentru un model de prestare a serviciilor adaptat la nivel local în Moldova pentru bolile mintale severe. Pentru a implementa acest nou model de îngrijiri, au fost instruiți medicii de familie și nursele pentru a-și putea asuma responsabilități în ceea ce privește identificarea și tratamentul problemelor de sănătate mintală ușoare și ușoare până la moderate, precum și personalul din serviciile comunitare specializate și spitalele de psihiatrie. Au fost create echipe comunitare multidisciplinare de sănătate mintală (formate din psihiatri, psihologi, asistenți sociali și nurse), care au fost instruite pentru a acorda asistență medicală ambulatorie specializată de sănătate mintală în CCSM-uri (inclusiv vizite la domiciliu) pentru cazurile moderate și severe de boli psihice. S-au organizat sesiuni de instruire continuă, de perfecționare și de mentorat pentru profesioniștii din domeniul asistenței medicale primare și pentru personalul CCSM, fiind abordate probleme precum gestionarea în comun a cazurilor și procedurile de referire și de externare.

CAPITOLUL II – CONCEPT ȘI ISTORICUL RECUPERARII/REABILITĂRII ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.

2.1. Introducere în conceptul de recuperare.

Conceptul de abordare a recuperării beneficiarilor de servicii se bazează pe valorile umane și aplicarea acestora de către beneficiar, profesioniști și serviciul respectiv. Obiectivul este de a asigura sănătatea și starea de bine, indiferent de gradul de dizabilitate sau de distresul persoanei. Acest concept implică o schimbare de paradigmă în gândire, de la patologie și boală la autodeterminare, povești de viață, puncte forte ale persoanei, speranțe și vise, suport de la egal la egal și control din partea beneficiarului, cu susținere din partea profesioniștilor ca parteneri, mentori și promotori. Acest concept ar trebui să aibă rădăcini în diversitatea culturală, socială, religioasă și etnică, fapt care conferă un sens identității, convingerilor și circumstanțelor persoanei.

Pentru a promova abordarea de recuperare, personalul trebuie să-și reevalueze rolul în procesul de tratament, perceându-l ca un rol de negociere, parteneriat și încercare și eroare. Organizațiile prestatoare de servicii trebuie să permită și să susțină personalul pentru a lucra în acest mod, adoptând o cultură a creativității, inovației, deschiderii, încurajării diversității și recunoașterii bunelor practici. Modelul de recuperare în urma bolilor mintale este o abordare complementară a îngrijirilor psihiatrice. Medicina, în conformitate cu statutul său în societate, a manifestat întotdeauna o cultură paternalistă. Medicii ascultau preocupările pacienților, le examinau, indicau investigații de laborator, diagnosticau boala, prescriau medicamente și

făceau pronosticuri despre cursul bolii și rezultate. Atunci când le explicau pacienților problemele, deciziile lor erau ghidate de viziunile și opiniile medicale. Pacienții trebuiau să le urmeze sfaturile. Cultura paternalistă predominantă în cadrul profesiei medicale deseori respingea viziunile pacienților și nu accepta obiecțiile sau punctele de vedere diferite.

Psihiatria, fiind axată pe simptome și funcționare, a dezvoltat evaluări aprofundate, interviuri standardizate și scale de evaluare pentru a documenta și monitoriza psihopatologia. Aceste evaluări măsoară simptomele psihotice pozitive și negative, depresia și anxietatea, deficiențele cognitive, precum și funcționarea. Succesul precoce al medicamentelor psihotrope în reducerea simptomelor psihozei și ameliorarea anxietății și a depresiei a generat printre profesioniștii din domeniul sănătății mintale o opinie optimistă precum că persoanele cu asemenea afecțiuni se vor recupera după boala mintală și vor duce o viață normală. După cinci decenii, profesioniștii din domeniul sănătății mintale acceptă că un număr considerabil de persoane cu tulburări mintale continuă să aibă simptome persistente și invalidante și nu pot reveni la ocupațiile și rolurile sociale anterioare. Totodată, efectuarea cercetărilor asupra unor medicamente psihotrope mai noi a însemnat și axarea continuă asupra simptomelor și deficitelor reziduale.

Psihiatria a conceptualizat fazele bolii în domenii acute, de menținere și de continuare. Acest fapt a sugerat concepte precum recidiva, recurența, remisiunea și recuperarea în baza profilurilor simptomelor de-a lungul timpului. Modelele psihiatrice au avut tendința de a vedea recuperarea după o boală mintală ca ceva similar cu cea observată după bolile fizice. În pofida puterii, influenței și

dominanței conceptelor psihiatrice considerate cândva ca standard, acestea au început treptat să se confrunte cu o opoziție. Sfârșitul secolului al XX-lea a cunoscut schimbări considerabile în medicină și societate. Contradicțiile dintre consensul social și valorile individuale și dintre contextele instituționale mai ample și pervazive și politicile sociale au condus la o reexaminare a acestor chestiuni. Disconfortul general și opoziția față de autoritatea guvernamentală și instituțională a condus la o revizuire a viziunilor legate de bolile mintale. Mișcarea capcitată și vibrantă a beneficiarilor din Occident a optat pentru diferite viziuni și abordări. Modelul de recuperare privește boala mintală dintr-o perspectivă radical diferită față de abordările psihiatrice tradiționale.

2.2. Recuperare personală și clinică – diferențe și comunități.

În paradigma sănătății mintale, conceptul de recuperare este înțeles ca o referință la o experiență personală unică, un proces sau o călătorie relaționată cu starea de bine a persoanei, definită și condusă de persoană. Deși recuperarea este unică pentru fiecare persoană și este determinată de aceasta, serviciile de sănătate mintală au un rol în crearea unui mediu de susținere, care nu împiedică eforturile de recuperare ale oamenilor.

Conceptul de recuperare a fost generat din mișcarea consumatorilor în anii 1970 și 1980 și continuă să fie utilizat și dezvoltat în continuare la nivel internațional de către oameni cu experiență trăită (Anthony 2007; Slade 2009). Termenul este, de asemenea, utilizat tot mai frecvent în politicile de sănătate mintală și sistemele de servicii la nivel internațional, precum și într-o diversitate de moduri. În

consecință, există o oarecare ambiguitate în jurul definiției sale. Pentru a depăși această ambiguitate, uneori se face o distincție între ceea ce poate fi numit *recuperare clinică* și ceea ce poate fi înțeles ca *recuperare personală*.

Recuperarea clinică este definită în primul rând de profesioniștii din domeniul sănătății mintale și se referă la reducerea sau încetarea simptomelor și „restabilirea funcționării sociale”, în timp ce ***recuperarea personală*** este definită de persoană și se referă la un proces holistic continuu de creștere personală, vindecare și autodeterminare (Slade 2009). În acest manuscrypt, termenul „recuperare” este considerat drept o filozofie generală care cuprinde noțiuni de *autodeterminare, autogestionare, creștere personală, capacitate, alegere și implicare socială semnificativă*. Ca proces sau călătorie continuă, recuperarea nu-și propune de a „atinge” starea de a fi „recuperat” prin tratamentul bolii mintale. Într-adevăr, recuperarea poate fi considerată o interacțiune multidimensională dintre experiența oamenilor legată de sănătatea lor mintală și circumstanțele în care se află. Literatura de specialitate sugerează că recuperarea este un proces neliniar de creștere continuă, calea fiind determinată de punctele forte, preferințele, nevoile, experiențele și contextul cultural unic ale persoanei (US Department of Health & Human Services 2011). Prin urmare, recuperarea poate fi înțeleasă ca o călătorie foarte personalizată, unică și dirijată de persoană, și, prin urmare, nu poate fi „prestată”, standardizată sau replicată în cadrul unui serviciu. La fel, fiind o călătorie continuă de creștere și bunăstare personală, noțiunea de recuperare nu echivalează cu un anumit model de îngrijiri, fază de îngrijiri sau tip de servicii. Totodată, literatura de specialitate despre recuperare evidențiază o serie de practici și comportamente atât la nivel organizațional, cât și la nivel individual de practician, care

crează un mediu de susținere a recuperării oamenilor și care poate fi utilizat pentru a ghida practica în serviciile clinice și non-clinice.

Este posibilă recuperarea după o boală psihică?

Da, este posibilă! Mulți oameni care suferă de o boală mintală se recuperează. Și deși simptomele pot continua, faptul de a avea o boală psihică nu înseamnă că nu poți trăi o viață sănătoasă și fericită. Conceptul de „recuperare” a apărut inițial în domeniul adicțiilor, referindu-se la o persoană care se recuperează după o tulburare de consum de substanțe. În ultimul timp, termenul a fost adoptat de domeniul sănătății mintale, deoarece oamenii au înțeles că, la fel ca recuperarea după o adicție, este, de asemenea, posibilă recuperarea după o boală mintală.

După mulți ani în care boala mintală a fost considerată drept o afecțiune care îi privează pe oameni de posibilitatea de a avea o viață împlinită, a apărut o nouă viziune. Această viziune, numită **Viziunea de recuperare**, prevede că **fiecare persoană, oricât de bolnavă ar fi**, se poate lansa într-o călătorie de vindecare și transformare și **poate trăi o viață plină de sens**, străduindu-se să-și atingă potențialul maxim.

Recuperarea personală este diferită de recuperarea clinică. În timp ce recuperarea clinică prevede niște condiții rigide pentru a considera o persoană ca fiind „recuperată”, recuperarea personală este un proces unic pentru fiecare persoană. Aceasta implică ajustarea atitudinilor, valorilor, sentimentelor, obiectivelor și rolurilor; este un mod de a trăi o viață satisfăcătoare, plină de speranță și contributivă, în pofida limitărilor cauzate de o boală. Recuperarea implică dezvoltarea unui nou sens și scop în viață, pe măsură ce omul

merge dincolo de efectele uneori catastrofale ale bolii mintale. Programele și activitățile serviciilor de sănătate mintală sunt ghidate de o viziune de recuperare. Deși este important să solicităm sfaturi și tratament medical (care se axează de obicei pe boală), credem că este esențial de abordat persoana în totalitatea sa, luând în considerare visele, dorințele, punctele forte și abilitățile sale. Și chiar dacă viziunea de recuperare se referă în special la persoanele cu boli mintale, credem că și familiile trebuie să treacă printr-o călătorie de recuperare, astfel încât să poată facilita recuperarea celor dragi, susținându-și propria stare de bine. **Boala mintală este o „afacere de familie”; toti membrii familiei merită tot suportul de care au nevoie pentru a face față și a se dezvolta.**

2.3. Ce este reabilitarea în domeniul sănătății mintale.

În domeniul sănătății mintale, recuperarea înseamnă lucruri diferite pentru diferiți oameni. Ceea ce contează este să construiești o viață plină de sens – orice ar însemna aceasta pentru tine. În contextul bolilor mintale, recuperarea poate însemna lucruri diferite. Pentru unii oameni, aceasta va însemna să nu mai aibă simptome ale afecțiunii lor de sănătate mintală. Pentru alții, va însemna să-și gestioneze simptomele, să-și recapete controlul asupra vieții și să învețe noi moduri de a trăi viața pe care și-o doresc. Recuperarea este de multe ori descrisă ca un proces, ceea ce înseamnă că nu este întotdeauna o cale directă. Este posibil să aveți zile (sau săptămâni, luni) când vă simțiți bine și momente în care simptomele revin. Dacă ați descoperit tehnici și tratamente care funcționează pentru dvs., probabil că vă veți simți mai încrezător și mai puțin copleșit de simptome. Când vine vorba

de recuperare, gândiți-vă ce este important pentru dvs. și cum ar arăta o viață plină de sens.

Muți oameni înțeleg conceptul de recuperare drept menținerea controlului asupra vieții lor, în pofida faptului că se confruntă cu o problemă de sănătate mintală. Profesioniștii din sectorul sănătății mintale deseori vorbesc despre „modelul de recuperare” pentru a descrie acest mod de gândire. Realizarea recuperării înseamnă concentrarea îngrijirilor pe susținerea recuperării și creșterea rezilienței persoanelor cu probleme de sănătate mintală, nu doar pe tratarea sau gestionarea simptomelor acestora.

Nu există o definiție unică a conceptului de recuperare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală, dar principiul călăuzitor este speranța – convingerea că este posibil ca persoana să-și recapete o viață plină de sens, în pofida unei boli mintale severe. Recuperarea este deseori caracterizată ca un proces, o perspectivă, o viziune, un cadru conceptual sau un principiu călăuzitor.

Procesul de recuperare:

- oferă o viziune holistică asupra bolii mintale, axată pe persoană, nu doar pe simptomele acesteia;
- consideră că recuperarea după o boală mintală severă este posibilă;
- este mai degrabă o călătorie, decât o destinație;
- nu înseamnă neapărat să te întorci unde erai înainte;
- derulează neuniform, ca și viața, are multe urcușuri și coborâșuri;
- necesită optimism și angajament din partea tuturor celor implicați;
- este profund influențat de așteptările și atitudinile oamenilor;

- necesită un sistem bine organizat de suport din partea familiei, prietenilor sau profesioniștilor;
- necesită ca serviciile să aplice moduri noi și inovatoare de lucru.

Modelul de recuperare își propune să le ajute persoanelor cu probleme de sănătate mintală să privească dincolo de simpla supraviețuire și existență. Le încurajează să avanseze, să-și stabilească noi obiective și să facă lucruri și să dezvolte relații care să le dea sens vieții. Recuperarea pune în evidență faptul că, chiar dacă oamenii poate nu dețin control total asupra simptomelor lor, ei pot deține control total asupra vieții lor. Recuperarea nu înseamnă „a scăpa” de probleme. Aceasta înseamnă a vedea dincolo de problemele de sănătate mintală ale unei persoane, a recunoaște și a promova abilitățile, interesele și visele acesteia.

Bolile mintale și atitudinile sociale față de bolile mintale deseori impun limite persoanelor care se confruntă cu o stare de sănătate proastă. Profesioniștii din domeniul sănătății, prietenii și familiile pot fi excesiv de protectori sau pesimiști cu privire la ceea ce va putea realiza o persoană cu o problemă de sănătate mintală. Recuperarea înseamnă a privi dincolo de aceste limite pentru a le ajuta oamenilor să-și atingă obiectivele și aspirațiile lor. Recuperarea poate fi o călătorie de auto-descoperire și de creștere personală. Experiențele legate de bolile mintale pot oferi oportunități de schimbare, reflecții și descoperire de noi valori, abilități și interese.

2.4. Modelul de recuperare versus modelul medical

Modelul de recuperare în urma bolii mintale este deseori contrastat cu ceea ce este cunoscut sub denumirea de model medical. Modelul medical presupune că tulburările mintale au cauze fiziologice, prin urmare, deseori accentul se pune pe utilizarea medicamentelor pentru tratament. Deși cele două modele sunt de multe ori prezentate ca fiind în opoziție unul față de celălalt, cercetătorii au sugerat că acestea sunt complementare și că pot fi utilizate împreună. Modelul medical asigură că cauzele biologice sunt abordate pe deplin și că oamenii primesc tratamentul medicamentos de care au nevoie, în timp ce modelul de recuperare asigură implicarea directă a pacienților în tratamentul lor.

Modelul medical își are rădăcinile în utilizarea tratamentelor care se bazează pe cercetări empirice. Modelul de recuperare oferă capacitatea personală și suportul de la egal la egal de care oamenii au nevoie pentru a face față bolii și a lucra pentru a se simți mai bine. O serie de programe, inclusiv Planul de acțiuni în vederea recuperării stării de bine și programe de intervenție, integrează ambele modele și există cercetări care confirmă eficacitatea acestora.

2.5. Diverse școli de recuperare/reabilitare și modalitățile de organizare.

Secțiunea de mai jos face o scurtă prezentare a programelor și inițiativelor majore din fiecare din mai multe țări dezvoltate, care aplică conceptul și metodele de recuperare în domeniul sănătății mintale.

Australia

Recuperarea este o prioritate importantă în politicile de sănătate mintală naționale și de stat ale Australiei, standardele pentru servicii și standardele pentru forța de muncă. În 2013, Consiliul consultativ al miniștrilor sănătății din Australia a emis *Cadrul național pentru serviciile recuperative de sănătate mintale* și un ghid însoțitor pentru practicieni și prestatori .

Cadrul descrie cinci „domenii de practică”:

(1) Promovarea unei culturi a speranței și optimismului,

(2) Persoana în primul rând și holistică,

(3) Suport pentru recuperarea personală,

(4) Angajament organizațional și

(5) Acțiuni de incluziune socială și determinanți sociali.

Acestea sunt susținute de 17 „capacități cheie”, inclusiv principii de bază, valori, cunoștințe, atitudini, comportamente, aptitudini și abilități. În suportul eforturilor de măsurare, guvernul australian a finanțat o analiză a măsurilor de recuperare potrivite pentru utilizarea de rutină în contextul australian. Analiza a identificat opt instrumente potențial potrivite: patru instrumente menite să măsoare recuperarea persoanelor (scala de evaluare a recuperării;

managementul bolii și scale de recuperare; instrumentul etapelor de recuperare; inventarul procesului de recuperare) și patru instrumente menite să evalueze orientarea serviciilor spre recuperare (evaluarea sistemelor orientate spre recuperare; autoevaluarea recuperării; indicele practicilor orientate spre recuperare; scala de fidelitate a promovării recuperării).

Canada

Comisia de Sănătate Mintală din Canada (CSMC) a întreprins o inițiativă în două faze de elaborare și aplicare a liniilor directoare privind recuperarea, bazate pe modele canadiene și internaționale. Această inițiativă suplimentează elaborarea de către Comisie a unei strategii generale a sănătății mintale pentru Canada, precum și alte activități la nivel de provincie/teritorial în acest domeniu. Pentru a trece la un sistem de sănătate mintală orientat spre recuperare, CSMC propune un cadru care urmărește să ajusteze conceptele de recuperare (ajustarea conceptuală) la schimbările practice necesare (ajustarea practică) și la transformările contextuale mai ample ale sistemului (ajustarea contextuală). Multe jurisdicții din Canada integrează principiile recuperării în serviciile de sănătate mintală. Inițiativele la nivel de stat/teritorial includ inițiativa *Minte sănătoasă, oameni sănătoși* din 2010 menită să abordeze aspecte legate de sănătatea mintală și consumul de substanțe în Columbia Britanică. Acest plan de 10 ani promovează o abordare recuperativă în întregul spectru al grupurilor de pacienți, de la persoane cu probleme ușoare și moderate până la severe și complexe de sănătate mintală și consum de substanțe și descrie repere ambițioase stabilite pentru intervalul de timp respectiv pentru a transforma sistemul de sănătate mintală. În provincia Ontario, regiunile

Waterloo și Wellington-Dufferin au elaborat și implementat un cadru bazat pe un parteneriat inovator între agențiile de sănătate mintală și organizațiile beneficiarilor de servicii pentru a aplica principiile recuperării la managementul de caz la nivel de sistem. CSMC a lansat o serie de 55 de indicatori naționali de sănătate mintală în baza surselor de date existente, cum ar fi cercetările epidemiologice naționale la scară largă. Patru dintre indicatori raportează informații legate de recuperare și constatările fiecăruia dintre aceștia sunt rezumate în Tabelul 1, iar informațiile tehnice complete sunt prezentate într-un raport separat.

Anglia

„Abordarea recuperativă” a influențat politica engleză de sănătate mintală atât la nivel structural, cât și cultural. Ideile de recuperare au constituit viziunea călăuzitoare a politicii guvernamentale începând cu anul 2001, iar abordarea recuperativă a modelat din ce în ce mai mult strategia de sănătate, astfel încât incluziunea socială și implicarea beneficiarilor de servicii au devenit caracteristici de bază ale tuturor politicilor de sănătate mintală. Accentul s-a îndreptat către implementarea și evaluarea principiilor de recuperare. În 2009, documentul guvernamental intitulat *New Horizons* stipula că „Eficacitatea și acceptabilitatea serviciilor vor fi evaluate în baza indicatorilor conveniți între clinicienii individuali și beneficiarii de servicii și utilizați pentru a le ajuta beneficiarilor de servicii să-și planifice următorii pași către recuperare. Serviciile bazate pe recuperare vor asigura că oamenii vor avea oportunități de a lua parte la activități semnificative și de a contribui și a participa în societate”.

Pentru a ajuta la îndeplinirea acestor obiective, Departamentul de Sănătate a lansat în 2010 inițiativa

Implementarea Recuperării prin Schimbare Organizațională pentru a le ajuta prestatorilor de servicii de sănătate mintală în crearea serviciilor axate pe recuperare. Concomitent, Grupul comun pentru implementare în sănătate mintală a emis îndrumări pentru cei care comandă astfel de servicii în baza „principiilor bazate pe valori”, astfel încât cei cu experiență de boli mintale să fie plasați în centrul oricărui proces de solicitare și să fie „pe picior de egalitate cu toți ceilalți”.

În viitor, paritatea în sănătate, conform căreia persoanele cu boli mintale beneficiază de aceeași stima și oportunități ca și cele cu boli fizice, este văzută ca un principiu cheie de organizare în vederea acordării îngrijirilor mai axate pe recuperare și a fost elaborat un cadru de implementare, „*No Health Without Mental Health Dashboard*” („Nu există sănătate fără un tablou de bord pentru sănătate mintală”). Deși nu constituie un cadru de recuperare a sănătății mintale sau un instrument de măsurare în sine, multe dintre rezultate se suprapun cu măsuri orientate spre recuperare, cum ar fi: *stare de bine auto-raportată, angajare, locuință, calitatea vieții, experiența pacientului, auto-gestionare, încredere în înfruntarea stigmatizării/discriminării și satisfacție generală*.

Germania

Asociația Germană pentru Psihiatrie, Psihoterapie și Psihosomatică (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; DGPPN) elaborează protocoale bazate pe dovezi pentru a facilita deciziile privind diagnosticarea și tratamentul anumitor diagnostice între prestatorii de servicii de sănătate mintală și beneficiarii de servicii. Aceste protocoale se

bazează pe cele mai recente dovezi științifice și fac parte din programul național de protocoale lansat de Asociația Germană a Societăților Medicale Științifice (AWMF). De exemplu, protocolul DGPPN privind tratamentele psihosociale abordează problema recuperării. Recuperarea este definită ca un proces și constă din diferite componente, cum ar fi *speranța, incluziunea socială, autodeterminarea, calitatea vieții, depășirea stigmatizării și capacitatea*. Un obiectiv important al recuperării este remisiunea, folosind criterii bazate pe timp și simptome (de exemplu, anumite simptome cheie ar trebui să rămână sub un anumit prag țintă timp de 6 luni și, respectiv, 2 ani). Un alt aspect important al recuperării este fortificarea rezilienței. Mai mult, protocolul DGPPN privind schizofrenia este actualizat în prezent și transformat într-un Protocol german de management al bolilor care se axează pe coordonarea îngrijirilor. Dovezile vor fi analizate prin prisma rezultatelor clinice (psihopatologice) și a rezultatelor orientate spre recuperare, cum ar fi calitatea vieții și funcționarea socială și personală a persoanelor cu schizofrenie. Un alt obiectiv este completarea protocolului cu indicatori corespunzători de calitate.

Irlanda

În 2006, Departamentul pentru Sănătate și Copii a recomandat ca serviciile irlandeze de sănătate mintală să adopte o viziune recuperativă. Health Research Board (HRB), agenția principală care susține și finanțează cercetările în domeniul sănătății în Irlanda, a efectuat un studiu pentru a elabora o teorie coerentă a recuperării în urma problemelor de sănătate mintală din punctul de vedere al celor care se recuperează. Finalizat în 2010, acest studiu informează publicul irlandez despre posibilitatea de recuperare și despre rolul important al comunității și este

recomandat profesioniștilor și educatorilor din domeniul sănătății mintale, beneficiarilor de servicii, îngrijitorilor, cercetătorilor, factorilor de decizie și publicului larg. În plus, Departamentul pentru Sănătate și Copii susține o serie de inițiative bazate pe recuperare prin intermediul fondului Genio Innovation, cum ar fi proiectul de avansare a recuperării în Irlanda (ARI). Aceasta este o inițiativă de 18 luni, care va acorda suport pentru șase servicii de sănătate mintală în eforturile lor de a implementa o serie de concepte cheie din „O viziune pentru schimbare”. ARI se axează pe structuri, sisteme și practici la nivel de serviciu care pot maximiza oportunitățile și rezultatele personale de recuperare ale beneficiarilor de servicii. Fiecare site va introduce, de asemenea, instrumentul „Inventarul contextului de recuperare” (un instrument online de stabilire a profilului de recuperare a sănătății mintale și de măsurare a rezultatelor). În prezent, sunt evaluate șapte locații și comparate cu servicii adiacente de sănătate mintală care nu fac parte dintr-un proiect IRA pentru a identifica beneficiile abordării ARI și a ghida implementarea la scară mai largă. Un alt proiect de recuperare finanțat de Genio, EOLAS („cunoștințe”), face acum parte din Programul Executiv al Serviciului de Sănătate pentru Sănătate Mintală și este disponibil la nivel național. Scopul este de a implica beneficiarii de servicii și familiile lor în înțelegerea călătoriei de recuperare în urma unui diagnostic de tulburare mintală severă (TMS). Acesta este un program de 8 săptămâni de informare și învățare în domeniul sănătății mintale, co-facilitat de un susținător de la egal la egal, precum și de un facilitator clinic. Rezultatele evaluării au arătat că 84 % dintre participanții cu BMS au raportat o stare de bine îmbunătățită cu un impact semnificativ asupra rezultatelor psihosociale.

Țările de Jos

Până în prezent, conceptul de recuperare nu a avut în general un impact puternic asupra practicilor și serviciilor de sănătate mintală adresate persoanelor cu tulburări mintale comune. Cu toate acestea, îngrijirile orientate spre recuperare sunt tot mai mult implementate în îngrijirea persoanelor cu BMS. Recent, un grup de lucru a elaborat, conform unui ordin al ministrului olandez al sănătății, un plan național de acțiuni în vederea îmbunătățirii îngrijirilor persoanelor cu BMS - *Crossing the bridge*, conceptele cheie ale căruia sunt recuperarea, capacitatea, integrarea comunitară și combaterea stigmatizării. Ambiția generală a acestui plan de acțiuni este de a le ajuta persoanelor cu BMS să ajungă din urmă restul societății și, prin urmare, „să-și îmbunătățească recuperarea (sănătății, participării și identității personale) cu cel puțin o treime în 2015”. Pentru a realiza acest lucru, serviciile medicale și de asistență ar trebui organizate în rețele locale cu un nivel înalt de coordonare a practicienilor din domeniul sănătății mintale, beneficiarilor de servicii și familiilor acestora, agențiilor de locuințe protejate, medicilor generaliști, organizațiilor de reabilitare profesională și echipelor generice de asistență socială, în baza unui plan standard național de îngrijiri și a unui cadru de calitate. Aceasta se face pentru a asigura că tratamentul de ultimă generație este accesibil pentru toate persoanele din grupul țintă, indiferent de poziția lor actuală în peisajul îngrijirilor. De asemenea, vor fi create colegii locale de recuperare care oferă cursuri de recuperare, servicii de autoajutorare și suport în probleme de incluziune socială. Monitorizarea de rutină a rezultatelor dimensiunilor cheie ale recuperării nu este încă obligatorie; cu toate acestea, multe organizații olandeze de sănătate mintală folosesc instrumentul Manchester de evaluare scurtă a calității vieții (MANSA) pentru a măsura

calitatea subiectivă a vieții persoanelor cu boli mintale severe în bază de voluntariat.

Recent, a fost elaborată o scară olandeză distinctă a recuperării personale, cu scopul de a o adăuga ca componentă obligatorie în monitorizarea de rutină a rezultatelor în Țările de Jos. Alte instrumente utilizate pentru evaluarea voluntară în îngrijirile de rutină de sănătate mintală sunt indicele practicilor recuperative (ROPI), indicatorul de calitate pentru îngrijirile de reabilitare (QuIRC) și QUARTS (evaluarea calității sistemelor regionale de tratament pentru schizofrenie) [35]. Recent, un grup de practicieni și cercetători olandezi au manifestat interes pentru instrumentul individual de contorizare a rezultatelor recuperării (I.ROC), elaborat de Penumbra, o organizație de voluntariat din sectorul terțiar din Scoția. Traducerea în olandeză a I.ROC va fi în curând pilotată și validată în diferite instituții de sănătate mintală din Olanda.

Noua Zeelanda

În 1998, Comisia pentru Sănătate Mintală din Noua Zeelandă a evidențiat în documentul său inițial de strategie *Blueprint* necesitatea de a se îndrepta către servicii de sănătate mintală orientate spre recuperare. Un al doilea raport *Blueprint II — Îmbunătățirea sănătății mintale și a stării de bine pentru toți neozeelandezii*, publicat în 2012, se bazează pe primul document *Blueprint* și pe conceptele de recuperare și reziliență centrate pe oameni și direcționate de oameni, ca valori fundamentale ale serviciilor de sănătate mintală. *Blueprint II* se extinde dincolo de persoanele cele mai grav afectate, vizând și pe cei care au un nivel mai redus de necesități, dar ale căror probleme de sănătate mintală și adicții au încă un impact semnificativ asupra sănătății lor generale și

asupra capacității lor de a funcționa acasă sau la locul de muncă.

În 2012, Ministerul Sănătății și-a lansat planul de dezvoltare strategică pentru serviciile de sănătate mintală și adicții (Rising to the Challenge), care vede recuperarea drept un principiu călăuzitor pentru servicii. Serviciile de sănătate mintală din Noua Zeelandă colectează și folosesc instrumente de măsurare a rezultatelor de 8 ani deja [38]. În rezultatele Strategiei de sănătate din Noua Zeelandă, publicate recent, măsurarea și indicatorii sunt subliniați în mod repetat. Începând cu 1 iulie 2015, Noua Zeelandă a impus colectarea răspunsurilor la două întrebări legate de recuperare pentru serviciile sale de adicții. Întrebările fac parte dintr-o măsurare a rezultatelor în domeniul alcoolului și drogurilor (ADOM) care constă din trei secțiuni: frecvența consumului de droguri și alcool; impactul psihosocial al consumului de droguri și alcool; și recuperarea. Cele două întrebări au fost incluse într-o acțiune de colectare a datelor la nivel național din Noua Zeelandă, ceea ce înseamnă că Noua Zeelandă poate raporta aceste informații la nivel de echipă, servicii și național. Ca instrument de auto-raportare a rezultatelor, cele două întrebări de recuperare oferă indicații despre modul în care beneficiarii de servicii își văd recuperarea:

“În general, cât de aproape sunteți de locul în care vreți să fiți în procesul de recuperare?” (Bifați numărul care se potrivește cel mai bine poziției în care vă aflați acum - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

„Cât de mulțumit sunteți de progresul pe care l-ați făcut către atingerea obiectivelor de recuperare?” (deloc, ușor, moderat, considerabil, extrem).

Aceste două întrebări au fost recent validate în ceea ce privește proprietățile lor psihometrice.

Există măsurării utilizate în rândul anumitor organizații de prestatori sau subgrupuri de pacienți care abordează în mod explicit recuperarea individuală. De exemplu, Recovery Star este un model utilizat pe scară largă, în special în organizațiile neguvernamentale. În prezent, nu există un instrument utilizat pe scară largă pentru a măsura dacă serviciile funcționează în moduri orientate spre recuperare. Orice măsurătoare a recuperării personale de mai sus ar trebui să fie contrastată cu măsurătoarele recuperării clinice, cum ar fi HoNOS (Scala rezultatelor privind sănătatea națiunii), care este folosită pe larg în Noua Zeelandă.

Norvegia

Recuperarea și viziunile beneficiarilor de servicii se bucură de o atenție din ce în ce mai mare în politicile naționale norvegiene de sănătate și parțial - în serviciile de sănătate mintală. Dar această dezvoltare este încă la o fază incipientă în comparație cu majoritatea altor țări prezentate în acest articol. Nu există programe naționale specifice de recuperare. Totodată, elemente ale practicilor orientate spre recuperare, menite să le ajute beneficiarilor de servicii să trăiască o viață normală, au fost printre obiectivele Planului național de sănătate mintală 1999–2008. În același timp, obiectivele cuantificate din plan s-au axat pe extinderea prestării de servicii și nu au existat măsurători ale calității serviciilor de sănătate mintală. În ultimii ani, s-a pus un accent sporit pe preferințele beneficiarilor de servicii și perspectivele politicii naționale de sănătate mintală. Dar rămâne încă să se facă o schimbare clară în practica și cultura serviciilor de sănătate mintală și în cadrul grupurilor profesionale. Totodată, unele colegii universitare și

organizații ale beneficiarilor au pus accentul pe axarea pe recuperare. Centrul Național de Competență pentru Îngrijirile de Sănătate Mintală din municipii și Centrul Național de Cunoaștere prin Experiență în Sănătate Mintală sunt două centre finanțate de autoritățile naționale de sănătate care au sarcina de a disemina cunoștințe și experiențe, iar aceasta include accent pe recuperare și pe implicarea și capacitatea beneficiarilor de servicii. Protocoalele naționale recente în domeniul sănătății mintale și serviciile în caz de abuz de substanțe pun un accent puternic pe practicile și perspectivele orientate spre recuperare. O amplă prezentare generală a practicilor de recuperare a fost, de asemenea, publicată în Norvegia. Nu sunt publicate măsurători norvegiene ale recuperării, dar unele chestionare privind recuperarea au fost traduse în norvegiană și sunt utilizate în proiecte de cercetare, inclusiv chestionarul privind procesul de recuperare (QPR) și scala de evaluare a recuperării (RAS).

Scotia

Rețeaua scoțiană pentru recuperare a fost creată în 2004 și face parte din Strategia generală de sănătate mintală din Scoția, expusă în mai multe documente, inclusiv *Strategia de sănătate mintală a Scoției: 2012–2015*, care se bazează pe documentele anterioare *Delivering for Mental Health* și *Towards a Mentally Flourishing Scotland*. Strategia identifică șapte teme transversale pentru programul de activitate în domeniul sănătății mintale în vederea promovării, prevenirii, tratamentului, îngrijirii și recuperării (de exemplu, lucru cu familiile și îngrijitorii; lucrul și suportul de la egal la egal; suport pentru autogestionare și autoajutorare; stigmatizare și drepturile persoanelor cu boli mintale, rezultate personale, sociale și clinice; și utilizarea eficientă a noilor tehnologii). În prezent, nu există măsurări

obligatorii, universale a rezultatelor clinice în sănătatea mintală. Activitățile în derulare asupra unui profil al indicatorilor de calitate în sănătatea mintală recomandă extinderea la nivel național, în cadrul serviciilor de sănătate mintală, a evidenței și raportării unui set echilibrat de măsuri care acoperă dimensiunile Strategiei scoțiene de calitate în serviciile de sănătate mintală – în timp util, echitabil, efectiv, eficient, centrat pe persoană și în siguranță (cinci măsurări sunt în curs de dezvoltare). Experiența în materie de siguranță a pacientului este măsurată și în baza disponibilității la nivel național a unui instrument pentru climatul de siguranță a pacientului, elaborat prin intermediul Programului scoțian pentru siguranța pacienților. Core Net este utilizat în prezent de mai multe servicii ca instrument pentru rezultatele clinice, care permite monitorizarea recuperării individuale și măsurarea eficienței la nivel de servicii.

Cadrul Scottish Recovery Indicator 2 (SRI 2), conceput de Rețeaua scoțiană pentru recuperare, a fost lansat la finele lunii octombrie 2011 și constituie o versiune revizuită și îmbunătățită a primului Indicator scoțian de recuperare (SRI) din 2009. Acesta este un instrument de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală menit să dezvolte un ciclu de îmbunătățire continuă. Acesta se bazează pe zece indicatori de recuperare și șase surse de informații (evaluări, planuri de îngrijiri, informații despre servicii, prestator de servicii, beneficiar de servicii și îngrijitor informal). Acesta își propune să le ajute serviciilor și echipelor să-și îmbunătățească abordarea recuperativă prin autoevaluare. În august 2013, SRI 2 se afla la etapa de planificare a acțiunii în peste 270 de servicii din întreaga Scoția. Sectorul de voluntariat a folosit măsurători axate pe rezultatele recuperării, cum ar fi Recovery Star, și aceste abordări sunt folosite din ce în ce mai mult împreună cu serviciile statutare

în abordările de îngrijiri colaborative. Instrumentul de contorizare a rezultatelor recuperării individuale (I.ROC) a fost elaborat de o organizație de voluntariat din sectorul terțiar. Planurile de acțiuni în vederea recuperării stării de bine și declarațiile avansate sunt alte exemple de documente personalizate de suport pentru recuperare.

Statele Unite ale Americii

Conceptele de recuperare și servicii și sisteme recuperative sunt integrate tot mai mult în îngrijirile de sănătate comportamentală în Statele Unite. În 2011, Administrația Serviciilor de Abuz de Substanțe și Sănătate Mintală (SAMHSA) a identificat „Suport pentru recuperare” drept una dintre cele opt inițiative strategice ale sale și și-a lansat inițiativa strategică de suport pentru recuperare. Prin Inițiativa Strategică de suport pentru recuperare, agenția a delimitat patru dimensiuni majore care susțin o viață în proces de recuperare – *Sănătate, Casă, Scop și Comunitate*. În plus, SAMHSA a stabilit 10 principii directoare ale recuperării și serviciilor orientate spre recuperare, care includ următoarele componente: speranță, dirijat de persoană, multiple căi, holistic, suport de la egal la egal, relațional, cultură, abordează traumele, puncte forte/responsabilitate și respect.

SAMHSA a testat, de asemenea, un instrument pilot de măsurare a recuperării compus din 21 de întrebări care explorează calitatea vieții și sănătatea generală a pacientului. Instrumentul SAMHSA include Scala de evaluare a calității vieții a Organizației Mondiale a Sănătății (QOL)-8, precum și un set de întrebări suplimentare specifice despre sănătatea mintală a persoanei și recuperarea în urma abuzului de substanțe și sentimentul de eficacitate în navigarea prin sistemul de sănătate și gestionarea gamei complete, care

include locuința, relațiile și starea de bine. După finalizarea cu succes a testului pilot, instrumentul de recuperare va fi încorporat în acțiunile SAMHSA de colectare a datelor în Statele Unite. Totodată, SAMHSA a lansat BRSS TACS (Strategia *Bringing Recovery Supports to Scale Technical Assistance Center*), un proiect național de instruire și asistență tehnică de 5 ani care acordă suport pentru extinderea și integrarea îngrijirilor recuperative oferite de prestatorii de servicii de sănătate mintală. În contextul reformei în domeniul sănătății și în baza cercetărilor, practicii și experienței personale a persoanelor în proces de recuperare, SAMHSA conduce eforturile de a promova înțelegerea recuperării și de a asigura adoptarea și implementarea în fiecare stat și comunitate a serviciilor și sistemelor de sănătate comportamentală orientate spre recuperare.

Tratamentul comunitar asertiv – modelul SUA. Terapia de acceptare și angajament (ACT).

Portalul web www.actmindfully.com.au explică ACT în termeni simpli: acesta este un tip de terapie care își propune să ajute pacienții să accepte ceea ce nu este sub controlul lor și să se angajeze în acțiuni care le îmbogățesc viața (Harris, 2013).

Potrivit Asociației pentru Știința Comportamentală Contextuală (ACBS), ACT este: „*O intervenție psihologică unică, bazată pe empiric, care utilizează strategii de acceptare și mindfulness, de rând cu strategii de angajament și de schimbare comportamentală, pentru a mări flexibilitatea psihologică*”.

ACBS vede ACT ca pe o terapie bazată pe conceptul că suferința este o stare naturală și inevitabilă pentru oameni.

Avem un instinct de a ne controla experiențele, însă acest instinct nu ne servește întotdeauna.

Fondatorul ACT a dat, de asemenea, o definiție a ACT în termeni familiari domeniului psihologiei: “*O intervenție psihologică bazată pe psihologia comportamentală modernă, inclusiv **Teoria Cadrului Relațional**, care aplică procese de mindfulness și acceptare și procese de angajament și schimbare comportamentală în vederea creării flexibilității psihologice*”.

(Hayes, “*The Six Core Processes of ACT*”).

În termeni mai puțin clinici, Dr. Russell Harris (2011) a definit ACT ca „o terapie comportamentală bazată pe mindfulness, care provoacă regulile de bază ale majorității psihologiei occidentale”. Scopul său unic este de a le ajuta pacienților să-și creeze o viață bogată și plină de sens și să dezvolte abilități de mindfulness, în pofida existenței durerii și a suferinței.

Procese de bază

Șase procese de bază ale ACT ghidează pacienții prin terapie și oferă un cadru pentru dezvoltarea flexibilității psihologice (Harris, 2011). Aceste șase procese de bază ale ACT includ următoarele:

- Acceptare;
- Detașare (defuziune) cognitivă;
- A fi prezent;
- Sinele ca context;
- Valori;
- Angajament pentru acțiune.

Acceptarea este o alternativă la instinctul nostru de a evita să ne gândim la experiențe negative sau potențial negative. Aceasta este o alegere activă de a permite experiențelor neplăcute să existe, fără a încerca să le negi sau să le schimbi. *Acceptarea nu este un scop al ACT, ci o metodă de a încuraja acțiunea care va duce la rezultate pozitive.*

Defuziunea cognitivă se referă la tehnicile menite să schimbe modul în care o persoană reacționează la gândurile și sentimentele sale. Terapia de acceptare și angajament nu intenționează să ne limiteze expunerea la experiențe negative, ci mai degrabă să ne confrunte cu ele și să ne aducă de cealaltă parte, cu o fixare redusă asupra acestor experiențe.

A fi prezent poate fi înțeles ca practica de a fi conștient de momentul prezent, fără a judeca experiența. Cu alte cuvinte, aceasta implică a trăi ceea ce se întâmplă, fără a încerca să prezici sau să schimbi experiența.

Sinele ca context este ideea că o persoană nu este doar suma experiențelor, gândurilor sau emoțiilor sale. Procesul de „sine ca context” oferă conceptul alternativ că există un sine în afara experienței curente.

Nu suntem doar ceea ce ni se întâmplă. Noi suntem cei care trăiesc ceea ce ni se întâmplă.

Valorile, în acest context, sunt calitățile spre care alegem să lucrăm în orice moment dat. Conștient sau inconștient, cu toții deținem unele valori care ne direcționează pașii. În ACT, folosim instrumente care ne ajută să ne trăim viața în conformitate cu valorile care ne sunt aproape.

În cele din urmă, ACT își propune să ajute pacienții *să se angajeze în acțiuni* care le vor ajuta să atingă obiectivele pe termen lung și să trăiască o viață în concordanță cu valorile lor. Schimbările comportamentale pozitive nu pot apărea fără conștientizarea modului în care un anumit comportament ne afectează. ACT nu este diferit de alte terapii bazate pe comportament; doar accentuează acceptarea în loc de evitare și, în acest fel, diferă de multe alte forme de terapie. Această abatere de la majoritatea tratamentelor obișnuite poate fi trasată până la experiența fondatorului ACT, Stephen C. Hayes.

2.5. Modelul FACT - Olanda.

Tratamentul Comunitar Asertiv (ACT) a fost introdus în anii 1970 de către Stein, Test și Marx (Test și Stein, 1978) în Statele Unite ale Americii. Conform modelului ACT, o echipă multidisciplinară este formată din 10 îngrijitori ENÎ (echivalent normă întregă) pentru aproximativ 100 clienți, care lucrează în comun asupra dosarelor, astfel încât toți membrii echipei cunosc toți clienții. Această abordare se axează pe outreach (externalizarea activităților, prestarea serviciilor în proximitatea clientului) și pe prestarea persistentă și foarte intensivă a îngrijirilor și tratamentului. ACT este indicat în cazul a 20% din persoanele cu boli mintale severe din comunitate, care se află în situație acută, în special pacienților ne-cooperanți în risc de spitalizare, persoanelor fără adăpost sau abandonate. ACT a fost implementat foarte frecvent. Au fost efectuate ample studii de impact și au fost elaborate scale de fidelitate. ACT este recunoscut la nivel internațional ca fiind o intervenție de medicină bazată pe dovezi (MBD).

Ce-ar putea adăuga modelul de Tratament Comunitar Asertiv Flexibil, elaborat în Țările de Jos, la un model atât de apreciat? Motivul rezidă în faptul că FACT conține unele inovații benefice. Aceste inovații au devenit mai întîi vizibile la nivel de echipă, în activitatea zilnică a echipelor FACT. Totodată, modelul FACT creează de-asemena oportunități de inovare într-o sferă mai largă, și anume în organizarea serviciilor comunitare de sănătate mintală pentru persoanele cu boli mintale severe din comunitate.

În mediu, o echipă FACT formată din 11–12 membri ENÎ monitorizează 200 clienți. Grupul-țintă îl constituie toate persoanele cu boli mintale severe dintr-o anumită zonă de arondare: atât cele 20% de persoane pentru care sunt indicate îngrijirile ACT, precum și celelalte 80% ale grupului, care necesită tratament și suport mai puțin intensiv. Pentru a combina îngrijirile destinate acestor două grupuri, echipa FACT utilizează un sistem flexibil de comutare. Grupul care necesită îngrijiri mai intensive este supus discuțiilor zilnice și față de acest grup echipa aplică o abordare de examinare în comun a dosarelor (implicarea fiecărui membru în fiecare dosar). Numele clienților respectivi sunt înscrise în tabelul digital FACT. În ceea ce privește clienții care necesită îngrijiri mai puțin intensive, aceiași echipă le oferă management individual al cazurilor prin tratament și suport multidisciplinar. Cînd starea clienților devine mai stabilă, nu este nevoie de a-i transfera la o altă echipă (așa cum se face conform modelului ACT, prin ‘gradare’); ei rămîn sub îngrijirea aceleiași echipe FACT. Această flexibilitate în comutarea între cele două moduri de prestare a serviciilor de către aceiași echipă sporește continuitatea îngrijirilor și reduce excluziunea.

Un asemenea sistem oferă mai bune oportunități de recuperare, suport pentru recuperare și reabilitare. Atunci, cînd un client care beneficiază de îngrijiri conform

managementului individual al cazului este în risc de psihoză recurentă sau spitalizare, aceiași echipă trece imediat la îngrijiri intensive de tip ACT. O asemenea combinație a flexibilității și continuității corelează bine cu mersul natural al episoadelor recurente și a al recidivelor bolilor mintale severe.

Începerea activității echipelor FACT a dus de asemenea la reconceptualizarea sistemului de îngrijiri de sănătate mintală în ansamblu. Elaborînd modelul FACT, am urmărit scopul de a îmbina

- * îngrijirile orientate spre recuperare
- * medicina bazată pe dovezi și experiențele de succes
- * îngrijirile comunitare și spitalicești integrate.

În cadrul FACT, modelul Punctelor forte (Rapp et al., 1998), intervențiile asupra familiei, Tratatamentul Integrat al Diagnosticului Dublu (IDDT) și suportul individual pentru angajare (SIA) sunt încorporate în cadrul unui sistem care tratează clienții în baza protocolului clinic pentru schizofrenie.

Echipele FACT sunt constituite în baza districtelor: o echipă FACT oferă îngrijiri tuturor persoanelor cu boli mintale severe dintr-o anumită zonă sau district cu o populație de aproximativ 40 000 – 50 000 locuitori. Acest lucru facilitează colaborarea cu alte servicii sociale și cu medicii de familie. Echipele lucrează în conformitate cu modelul tipic olandez de ‘îngrijiri transmurale’¹. Echipa FACT nu este doar un ‘portar’ al spitalizării, dar de asemenea menține contacte cu clienții pe parcursul aflării sale în spital și asigură coordonarea generală a tratamentului

¹ Îngrijirile ‘transmurale’ constituie un concept olandez care va fi explicat în detalii în capitolele următoare. Esența conceptului constă în faptul că internarea sau spitalizarea parțială este întotdeauna considerată drept o ‘pauză’ în contextul mai larg al îngrijirilor de ambulatoriu oferite de către o echipă FACT.

clientului.

Pînă acum, serviciile olandeze de sănătate mintală erau relativ bine finanțate, fiind asigurată disponibilitatea acestora. Asume într-un asemenea mediu favorabil a fost elaborat modelul FACT, care în prezent este un model definitivat. Deși îngrijirile FACT sunt relativ scumpe, acestea generează de asemenea unele beneficii de ordin psihiatric, social și economic. Clienții, familia și partenerii au opinii pozitive referitoare la FACT. În rezultatul aplicării modelului FACT, sunt rezolvate problemele ce țin de abandon și comportament problematic, mai multe persoane cu boli mintale severe au șansa de a obține un loc plătit de muncă, iar numărul paturilor spitalicești poate fi redus. Persoanele cu boli mintale severe pot funcționa în cadrul comunității, în afara instituțiilor psihiatrice, cu condiția că beneficiază de suficient suport și tratament.

Modelul FACT a fost elaborat în Țările de Jos de către J.R. van Veldhuizen (psihiatru) și M. Bähler (psiholog). Primele echipe FACT au fost create în anul 2003 la Alkmaar, GGZ Noord-Holland Noord (Serviciul de Sănătate Mintală din Noord-Holland Noord). Modelul FACT a fost ulterior dezvoltat în baza experiențelor din viața reală. În anul 2019, în Țările de Jos există în jur de 200 echipe, iar în unele regiuni modelul FACT este implementat completamente. Se prevede să se ajungă pînă la 400–500 echipe FACT².

În anul 2007, a fost elaborată o scală de fidelitate (Bähler et al.), iar în 2008 a fost publicat manualul olandez FACT (editat de Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis și Van Os). Asemenea echipe încep a apărea și în Belgia. În Hong Kong, Norvegia, Suedia și Marea Britanie, practicienii și organizatorii din serviciile de sănătate mintală sunt în căutarea posibilităților de integrare a principiilor FACT în

² Consiliul pentru Sănătate și Îngrijiri Publice (un organ consultativ pe lângă ministrul sănătății).

sistemele lor.

În afară de o publicație în limba engleză (Van Veldhuizen, 2007), nu există vreo publicație într-o altă limbă, decât olandeza care ar descrie acest model. Factorii de decizie și experții care doresc să înceapă utilizarea modelului FACT vor găsi aici toată informația de care au nevoie. Este o carte practică, care conține un volum redus de date referitoare la cercetări și referințe. Mai jos, vom examina modelele-cheie descrise în manualul olandez FACT și vom aborda de asemenea noile evoluții.

CAPITOLUL III – CE ESTE RECUPERAREA/REABILITAREA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE – CONCEPT DE BAZĂ, NOȚIUNI GENERALE ȘI DEFINIȚII.

3.1. Ce este „recuperarea”?

Termenul „recuperare” a devenit proeminent în sistemele de sănătate mintală la nivel internațional. Totodată, în diferite țări și instituții, termenul este utilizat în mod inconsecvent și cu implicații diferite pentru politici și practică. S-a sugerat că aceasta reflectă rezultatul unor dezbateri importante despre scopul principal al serviciilor de sănătate mintală (Slade, 2009c). Aceste dezbateri au fost caracterizate în două moduri: ca o diferență de accent și ca o tensiune paradigmatică.

Susținătorii primei caracterizări subliniază continuitatea dintre conceptualizările curente despre recuperare și inițiativele anterioare din psihiatrie. De exemplu, în Europa, acestea ar include dezvoltarea psihiatriei

sociale după Querido în Țările de Jos, York Retreat în Anglia, azilul lui Pinel în Franța și Legea Basgalia în Italia. Activiștii sociali care nu au legătură cu sistemul de sănătate mintală au fost, de asemenea, incluși în linia gândirii despre recuperare (Davidson et al. 2010a). Această caracterizare subliniază faptul că există semnificații diferite ale recuperării, care sunt compatibile și reflectă necesități diferite în diferite momente ale călătoriei unei persoane. În Anglia, aceasta a implicat recomandarea că „pe lângă un accent tradițional pus pe înțelegerea psihopatologiei și a tratamentului, aplicarea valorilor de recuperare ar sugera:

- implicarea progresivă în calitate de formatori a experților care au trăit experiența unei boli mintale;
- importanța suportului intenționat de la egal la egal (Mead, 2005);
- semnificația perspectivelor narative;
- autogestionare și îngrijiri auto-dirijate;
- modul în care personalul din sănătatea mintală, beneficiarii de servicii și îngrijitorii pot lucra în colaborare pentru a optimiza posibilitățile de recuperare. (Care Services Improvement Partnership, 2007).

Al doilea mod în care au fost caracterizate aceste dezbateri este ca tensiune între paradigme opuse. Acestea au fost etichetate în mod diferit ca recuperare „după” versus recuperare „în” (Davidson et al. 2008b); recuperare clinică versus recuperare socială (Secker et al. 2002); modele științifice de recuperare versus modele de consum (Bellack, 2006); și recuperare bazată pe servicii versus recuperare bazată pe beneficiar (Schrank & Slade, 2007).

Apare o diferențiere între *recuperarea clinică* și *recuperarea personală* (Slade, 2009b). **Recuperarea clinică** a apărut în urma cercetărilor și practicii profesioniștilor și implică revenirea la normal. De exemplu, o definiție utilizată pe larg este aceea că recuperarea cuprinde **remisiunea completă a simptomelor, educație sau muncă cu normă întreagă sau parțială, viață independentă fără supraveghere din partea îngrijitorilor informali și faptul de a avea prietenii cu care poți avea activități comune, toate acestea fiind susținute pentru o perioadă de 2 ani** (Libermann & Kopelowicz, 2002).

Un merit al acestei definiții a recuperării este că pot fi colectate dovezi epidemiologice privind ratele de recuperare (Arvidsson, 2011), care arată, de exemplu, că majoritatea (adică > 50%) persoanelor cu un diagnostic de schizofrenie vor ajunge la recuperare clinică peste 20 de ani (Slade et al. 2008). Orientarea către recuperarea clinică duce la axarea pe asigurarea accesului la tratamente eficiente (Semisa et al. 2008).

Totodată, persoanele care folosesc serviciile de sănătate mintală au contestat ipotezele despre normalitate pe care le implică recuperarea clinică: „acest tip de definiție necesită de a aborda câteva întrebări pentru a ajunge la o înțelegere a recuperării ca rezultat: câte obiective trebuie atinse pentru ca persoana sa fie considerată recuperată? Cât succes în viață este considerat „normal”?” (Ralph, 2005, p. 5).

Persoanele afectate personal de boli mintale vorbesc tot mai mult atât despre cum este viața lor cu o boala mintală și ce ajută la depășirea rolului de pacient (Romme et al. 2009). Înțelegerea recuperării care a derivat din aceste narațiuni diferă de recuperarea clinică prin accentul său diferit. În 1993, **William Anthony** a propus o definiție citată pe larg:

„Recuperarea este un proces unic, profund personal, de schimbare a atitudinilor, valorilor, sentimentelor, obiectivelor, abilităților și/sau rolurilor persoanei. Este un mod de a trăi o viață satisfăcătoare, plină de speranță și contributivă, în pofida limitărilor cauzate de boală. Recuperarea implică dezvoltarea unui nou sens și scop în viața persoanei, pe măsură ce omul depășește efectele catastrofale ale bolilor mintale” (Anthony, 1993, p. 17). O definiție mai scurtă –diferită de cea a recuperării clinice care pune accentul pe revenirea la normal – este că recuperarea implică „a trăi cât mai bine posibil” (South London and Maudsley NHS Foundation Trust, 2010, p. 6).

Este recuperarea un fenomen internațional? O orientare a politicilor către recuperarea personală - definită în general folosind definiția lui Anthony din paragraful anterior – este prezentă în unele țări și absentă în altele (Slade et al. 2008). În linii mari, abordarea recuperativă este proclamată în politicile majorității țărilor anglofone, prezentă în Europa germanofonă, dar absentă în Europa Centrală și de Nord, Asia și Africa. Acest lucru se reflectă într-o analiză recentă a evoluțiilor recuperării la nivel internațional, care conține lucrări din Australia, Austria, Canada, Anglia, Hong Kong, Israel, Noua Zeelandă, Scoția și SUA. (Slade et al. in press).

Această aprobare neuniformă din partea politicilor se poate datora mai multor motive. Acestea includ absența oricărei politici specifice de sănătate mintală în unele țări; o opoziție de principiu față de orientarea recuperativă; și absența cercetărilor în domeniul recuperării relevante pentru țara respectivă.

Repere

- Persoanele cu TMS consideră, în general, recuperarea drept o călătorie cu pași mici, caracterizată printr-un sentiment de

autoritate crescândă. Participarea la activitățile de zi cu zi, rutinele și procesele normale ale vieții, cum ar fi angajarea și educația, sunt deseori considerate atât ca facilitatori, cât și ca indicatori ai recuperării. De asemenea, specifică necesitatea unui sistem de sănătate mintală uman și capacitant, care să încurajeze alegerea și autonomia.

- Cercetările în știința recuperării indică faptul că există multe intervenții bazate pe dovezi care pot facilita îmbunătățirea domeniilor de recuperare identificate mai sus. Acestea includ abordări de angajare susținută și de locuințe protejate. Luarea în comun a deciziilor în situațiile clinice este, de asemenea, o abordare coerentă cu dorința persoanelor cu boli mintale de a avea mai multe opțiuni și autoritate.

- Totodată, practicile și abordările de mai sus care favorizează recuperarea nu sunt disponibile în mod obișnuit. Pentru ca recuperarea să devină cu adevărat integrată într-un sistem de servicii de sănătate mintală, este necesară o schimbare sistemică la scară largă. Aceasta include implementarea serviciilor care promovează independența financiară, rezidențială și personală, precum și rolurile normale ale adulților, cum ar fi angajarea și conexiunea socială.

3.2. Dezvoltarea recuperării.

Recuperarea a ajuns la majorat. Abordarea de recuperare a câștigat spațiu în politicile de sănătate mintală din întreaga lume anglofonă și - cel puțin la nivel retoric - în cadrul sistemelor de sănătate mintală la nivel internațional (Slade et al., 2008). Dar odată cu vârsta vine și responsabilitatea. O idee poate iniția o schimbare, dar această schimbare trebuie să funcționeze în practică pentru a fi susținută. Acest aspect special al recuperării marchează o

trecere de la ideologie la investigațiile empirice. Studiile raportează date care abordează întrebări importante. Vom începe prin a identifica câteva afirmații ideologice făcute de susținătorii recuperării și analiza dovezilor recente legate de aceste convingeri.

“Recuperarea este un proces, nu doar un rezultat”

O înțelegere validă a recuperării trebuie să se bazeze pe experiența trăită. Todd și colegii (2012) explorează semnificația recuperării pentru persoanele cu tulburare bipolară, adăugând dovezi noi bazate pe autogestionarea în acest grup (Jones et al., 2011). Descoperirile lor arată clar că dimensiunile cheie ale recuperării personale diferă de preocupările clinice tradiționale. Pentru a clarifica ce înseamnă recuperarea personală, a fost efectuată o analiză sistematică cu scopul de a colecta și a sintetiza cadrele și modelele publicate de recuperare (Leamy et al., 2011). Au fost identificate un total de 97 de lucrări din 13 țări diferite care aduc noi conceptualizări ale recuperării. Tipurile de lucrări au inclus studii calitative, analize ale literaturii narative, capitole de carte, documente consultative care raportează utilizarea metodelor de consens, articole de opinie, editoriale, studii cantitative, precum și lucrări care combină diferite metode. Studiile empirice au recrutat participanți dintr-o serie de servicii, inclusiv echipe și servicii comunitare de sănătate mintală, grupuri de auto-suport, servicii de sănătate mintală operate de consumatori și unități de locuințe protejate. Majoritatea studiilor au folosit criteriile de includere care au acoperit orice diagnostic de boală mintală severă.

O sinteză narativă modificată a acestor lucrări a arătat că recuperarea poate fi considerată

- (a) ca o călătorie care variază de la o persoană la alta,
- (b) ca seturi de procese interconectate și

(c) poate fi înțeleasă și prin aplicarea modelelor de cogniție socială a modului în care călătoria de recuperare în sine variază în timp și la fiecare persoană.

Sinteza narativă a identificat 13 caracteristici ale călătoriei de recuperare, 5 procese globale de recuperare, care cuprind Conexiunea, Speranța și optimismul cu privire la viitor, Identitatea, Sensul în viață și Capacitatea (acronim - CSISC) și 13 modele etapizate ale recuperării. Sinteza este aplicabilă în toate culturile (Slade et al. in press).

Procesele de recuperare CSISC oferă un fundament teoretic cu bază empirică pentru

(a) cercetări orientate spre recuperare,

(b) prestarea informațiilor din partea profesioniștilor în sănătate mintală pentru intervențiile clinice și

(c) prestarea informațiilor din partea managerilor serviciilor de sănătate pentru politicile organizaționale, cum ar fi recrutarea personalului, care dețin valori și atitudini pro-recuperare.

“Recuperarea începe atunci când găsiți pe cineva sau ceva cu care să vă relaționați”

Deși există tot mai multă literatură care definește și conceptualizează recuperarea, aceasta se bazează în principal pe cercetări cu populații majoritare. De exemplu, O'Hagan notează că în prezent literatura privind recuperarea este foarte „monoculturală” (O'Hagan, 2004), în timp ce Jones și colegii au constatat că literatura privind recuperarea nu acordă atenție unor așa aspecte, ca rasa, cultura și etnia (Jones. et al., 2007). De exemplu, recuperarea nu era considerată pur și simplu absența simptomelor, ci a implicat responsabilitate personală și capacitate, precum și conexiuni cu alte persoane.

Totodată, în pofida similitudinilor generale, au existat 5 diferențe principale în ceea ce privește perspectivele recuperării persoanelor din comunitățile minoritare. Acestea au fost: un accent sporit pe rolul spiritualității și al religiei; stigmatizarea și discriminarea suplimentară cu care se confruntă persoanele și familiile acestora; factori facilitatori cu specific cultural, cum ar fi practicile tradiționale de vindecare; valori individualiste versus cele colectiviste și impactul pe care diferite valori îl au asupra sensului și experienței de recuperare; și barierele suplimentare la nivelul sistemului de sănătate mintală, inclusiv percepțiile asupra rasismului instituțional.

“Speranța este necesară pentru recuperare”

Studiul realizat de Hobbs și Baker (2012) privind relația dintre speranță și recuperare identifică rolul mediator al contextului și relațiilor, inclusiv cu clinicienii. De rând cu baza de dovezi emergente privind intervențiile de promovare a speranței (Schrank et al., 2012) și relația sa cu experiențele conexe, cum ar fi compasiunea (Spandler and Stickley, 2011), acest tip de cercetare va ajuta la identificarea contribuției pe care serviciile de sănătate mintală o pot – și nu pot – aduce la recuperare (Slade, 2009). Totodată, o altă axiomă în abordarea recuperării este că "speranța fără oportunitate moare". Mulți oameni care beneficiază de servicii de sănătate mintală nu au acces la experiențe civice normale. De exemplu, rețelele sociale sărace rămân o normă (Forrester-Jones et al., 2012). O soluție este dezvoltarea serviciilor de suport de la egal la egal în serviciile de sănătate. Suportul de la egal la egal, deși nu este fără provocări (Scott & Doughty, 2012), aduce beneficii la mai multe niveluri, inclusiv pentru persoana angajată și pentru beneficiarii de servicii cu care lucrează (Repper and Carter, 2011). Transformarea forței de muncă pentru a include un număr mai mare de persoane cu

experiență trăită este o strategie de schimbare organizațională utilizată în Anglia pentru a îmbunătăți suportul pentru recuperare în serviciile de sănătate mintală (Perkins and Slade, 2012).

“Angajații din domeniul sănătății mintale pot ajuta sau împiedica recuperarea”

Contribuția beneficiarilor este explorată de Hicks și colegii (2012), care cercetează relația dintre alianță și recuperare. A fost stabilită relația cauzală dintre alianța terapeutică și rezultatele clinice (Junghan și colab., 2007), iar o prioritate importantă pentru cercetările viitoare va fi înțelegerea relației longitudinale dintre alianță și rezultatele recuperării, folosind modele de măsurări repetate multivariate. În general, devine clar care sunt cele mai bune practici emergente în suportul recuperării.

Deși există protocoale privind practicile recuperative, lipsește în continuare claritatea în ceea ce privește cele mai bune practici (Lakeman, 2010). A fost elaborat un cadru al practicilor recuperative bazat empiric pentru a aborda acest decalaj de cunoștințe (Le Boutillier et al., 2011). Cadrul de practici a fost elaborat în urma unei analize tematice inductive a 30 de documente din șase țări, detaliind îndrumările privind practicile internaționale de suport pentru recuperare.

Sinteza evidențiază **patru niveluri generale de practici**: *promovarea cetățeniei, angajament organizațional, suport pentru recuperarea definită la nivel personal și relația de lucru*. Cadrul indică că cetățenia poate fi promovată în întregul sistem de sănătate, astfel încât persoanele cu boli mintale să fie susținute pentru a trăi ca cetățeni egali. De asemenea, subliniază faptul că suportul organizațional pentru recuperare implică a demonstra faptul că serviciile răspund nevoilor persoanelor cu boli mintale, dar nu se axează în

primul rând pe necesitățile serviciilor. Aceasta subliniază importanța faptului ca practicienii individuali să considere suportul pentru recuperare ca fiind esențial pentru practică, nu ca o sarcină suplimentară, și să formeze relații de parteneriat în cadrul cărora persoanele care accesează servicii sunt capacitate să dirijeze procesul de intervenție și să-și modeleze propriul viitor. Cadrul le oferă profesioniștilor individuali îndrumări cu privire la suportul pentru recuperare, iar serviciilor – cu privire la punerea în aplicare a unei orientări recuperative în întreaga organizație. Deși înțelegerea recuperării și a practicii recuperative este încă în proces de dezvoltare, cadrul arată că serviciile și profesioniștii pot juca un rol esențial în susținerea implementării practicii recuperative în toate cele patru domenii de practică.

Cercetările privind recuperarea implică noi valori și metodologii modificate (Mond, 2012). De exemplu, sunt necesare relații de încredere între cercetătorii științifici și experți cu experiență de boală mintală (Slade și colab., 2010). Astfel de relații evoluează în timp și trebuie să se bazeze pe un veritabil parteneriat în care sunt recunoscute problemele uneori dificile ale dezechilibrelor de putere. Metodologia poate necesita, de asemenea, modificări. De exemplu, beneficiarii de servicii au îngrijorări cu privire la unele măsurări de rezultat utilizate în mod obișnuit (Crawford et al., 2011) și sunt elaborate noi măsurări care încorporează mai pe larg viziunile beneficiarilor de servicii (Evans et al., 2012).

În ceea ce privește suportul pentru recuperare din partea serviciilor de sănătate mintală, o analiză sistematică a măsurărilor care evaluează orientarea spre recuperare a serviciilor a constatat probleme legate de toate măsurările identificate (Williams et al. in press). Au fost identificate patru puncte slabe principale. *În primul rând*, fundamentele

conceptuale ale măsurărilor erau diferite, ceea ce a îngreunat comparațiile dintre ele. Această diversitate poate fi o reflecție a dezbaterilor cu privire la modul în care ar trebui definită recuperarea. *În al doilea rând*, măsurările diferă în ceea ce privește aspectele serviciilor evaluate. Serviciile pot susține recuperarea în mai multe moduri, astfel încât aspectele specifice evaluate trebuie să fie foarte clare pentru beneficiarul de servicii care efectuează măsurarea. *În al treilea rând*, majoritatea măsurărilor existente au fost supuse unei evaluări psihometrice inadecvate, astfel încât validitatea, fiabilitatea și capacitatea de a măsura schimbarea nu au fost încă demonstrate. Lipsa unor teste psihometrice adecvate înseamnă că cercetătorii și clinicienii nu pot fi siguri în utilizarea acestor măsurări pentru a evalua intervențiile și a se informa în activitate. În cele din urmă, conceptualizarea recuperării și structura serviciilor vor varia de la o cultură la alta, ceea ce poate însemna că trebuie elaborate măsurări specifice pentru o anumită cultură sau țară.

Mai rămâne valabila necesitatea unei măsurări cantitative a suportului pentru recuperare din partea serviciilor de sănătate mintală. Utilizările potențiale ale unei astfel de măsurări includ informarea practicii clinice individuale, serviciilor de reper și oferirea unui punct final clinic în studiile clinice randomizate controlate (Slade et al., 2011). Având în vedere absența unei măsurări adecvate, a fost elaborată o nouă măsurare pentru a evalua modul în care beneficiarii de servicii percep recuperarea cu suportul personalului. Măsurarea numită INSPIRE (poate fi descărcată pe www.researchintorecovery.com/inspire) este evaluată de beneficiarii de servicii și se bazează conceptual pe cele două analize descrise anterior. Acesta evaluează domeniile de practică de suport pentru recuperarea definită personal și relațiile de lucru (Le Boutillier et al., 2011)

conform unei sub-scale din 21 itemi de evaluare a suportului și a unei sub-scale din 8 itemi de evaluare a relațiilor și acoperă cele cinci procese CSISC de recuperare - conectare, speranță și optimism, identitate, sens și scop și capacitate (Leamy et al., 2021).

Viitorul recuperării

O abordare recuperativă constituie o provocare pentru unele adevăruri clinice care erau incontestabile anterior, cum ar fi faptul că "pentru recuperare este necesar tratament" și că "recuperarea implică simptomatologie redusă și funcționare îmbunătățită". Înțelepciunea câștigată cu greu și dezvoltată în baza narațiunilor și viziunilor persoanelor care au avut o experiență personală de boli mintale (Andersen & Larsen, 2012) este acum în centrul cercetărilor empirice. Maturizarea ideologică necesită o asemenea dezvoltare. Este posibil ca unele axiome privind recuperarea să nu supraviețuiască acestor investigații și să ajungă a fi ignorate.

3.3. Recuperarea – ce s-a produs anterior și care simt provocările viitoare

Ideea de 'recuperare' face acum parte din multe politici internaționale de sănătate mintală. În acest subcapitol privind recuperarea, abordăm trei probleme internaționale conexe.

În primul rând, ce înseamnă recuperarea, atât pentru persoanele care suferă de boli mintale, cât și pentru sistemele de sănătate mintală? Fundamentele conceptuale și implicațiile practice ale orientării recuperative au devenit mult mai clare în ultimul deceniu.

În al doilea rând, care sunt principalele provocări legate de implementarea politicilor? Lecțiile învățate de țările care implementează o politică de sănătate mintală pro-

recuperare identifică mai multe probleme: așteptările sociopolitice privind sistemul de sănătate mintală; cum să promovăm atitudini pozitive în cadrul culturii organizaționale prin planificarea forței de muncă și strategii de management al performanței; și măsura în care alegerea și puterea pot fi exercitate de consumator.

În al treilea rând, identificăm prioritățile viitoarelor cercetării și cele legate de practici. Cercetările empirice sunt necesare pentru a identifica contribuția pe care serviciile de sănătate mintală o pot avea la recuperare. De asemenea, și poate mai important, este faptul că cercetările sunt necesare pentru a identifica problemele (și, prin urmare, soluțiile) care se află în afara sistemului tradițional de prestare a serviciilor, cum ar fi drepturile persoanelor cu dizabilități, stigmatizarea și răspunsul societății la suferință. Maximizarea suportului pentru recuperare va implica probabil încorporarea a noilor tipuri de dovezi în serviciile de sănătate mintală, inclusiv cercetări privind starea de bine și cercetări privind psihologia pozitivă.

Ce înseamnă 'recuperarea'?

În multe țări și instituții, nu există încă un consens cu privire la termenul de recuperare și implicațiile sale pentru politici și practică. De fapt, recuperarea se află în centrul dezbaterilor despre scopul principal al serviciilor de sănătate mintală. Acesta este un termen contestat, cu două sensuri contrastante. Vom începe cu diferențierea acestor două sensuri. Primul sens al recuperării a apărut din cercetările efectuate de profesioniști și din practica și poate fi rezumat ca revenirea la normal. De exemplu, o definiție utilizată pe larg este aceea că **recuperarea cuprinde remisiunea completă a simptomelor, munca sau educația cu normă întreagă sau parțială, viața independentă fără supraveghere din partea îngrijitorilor informali și faptul de a avea prieteni**

cu care poți avea activități comune, toate acestea fiind manifestate pe parcursul unei perioade de doi ani (Liebermann & Kopelowicz, 2002). Recuperarea, în acest sens, este observabilă, poate fi evaluată de un expert clinician, poate fi investigată folosind cercetări epidemiologice (Hopper et al., 2007) și are o definiție invariantă între persoane. Acesta este de obicei sensul spre care se orientează instruirea profesională.

Totodată, în această definiție sunt încorporate ipoteze profunde despre normalitate, cu implicații potențial negative – în special pentru beneficiarii de servicii. Acest tip de definiție impune câteva întrebări care trebuie abordate pentru a avea o înțelegere a recuperării ca rezultat: Mișcarea beneficiarilor/supraviețuitorilor a devenit mai organizată, mai vocală și mai influentă în ultimii 30-40 de ani; fiind în concordanță cu principiul '*nimic despre mine fără mine*', persoanele care folosesc servicii de sănătate mintală au solicitat o nouă abordare: domeniul dizabilităților psihiatrice necesită o bază extinsă de cunoștințe și literatură pentru a ghida inovația în politici și practică în cadrul unei paradigme de recuperare. Trebuie să mergem dincolo de volumul de lucrări care descriu tulburarea psihiatrică ca un eveniment de viață catastrofal (Ridgway, 2001).

S-a acumulat o bază largă de cunoștințe, sub sloganul unui al doilea sens al recuperării. Persoanele afectate personal de boli mintale au devenit din ce în ce mai vocale în a comunica atât despre cum este viața lor cu boala mintală, cât și despre ceea ce ajută să treci dincolo de rolul de pacient. Primele relatări au fost scrise de pionierii din acest domeniu (Coleman, 1999; Deegan, 1988; O' Hagan, 1996).

Odată ce poveștile individuale au devenit mai vizibile, au început să apară compilații și sinteze ale acestor relatări

din întreaga lume (în special anglofonă), de exemplu, din Australia (Andresen et al., 2003), Noua Zelandă (Barnett & Lapsley, 2006), Scoția (Scottish Recovery Network, 2007), SUA (Davidson et al., 2005) și Anglia (McIntosh, 2005). Înțelegerea recuperării care a apărut în urma acestor relatări are un accent diferit. Cea mai citată definiție, care stă la baza majorității politicilor de recuperare la nivel internațional, a fost prezentată de William Anthony în 1993: **“Recuperarea este un proces profund personal, unic, de schimbare a atitudinilor, valorilor, sentimentelor, obiectivelor, abilităților și/sau rolurilor. Este un mod de a trăi o viață satisfăcătoare, plină de speranță și contributivă, chiar și în limitele cauzate de boală. Recuperarea implică dezvoltarea unui nou sens și scop în viață, pe măsură ce persoana merge dincolo de efectele catastrofale ale boli mintale”** (Anthony, 1993). Aceasta este în concordanță cu definiția mai puțin citată, dar mai succintă propusă de Retta Andresen și colegii săi, că „recuperarea implică stabilirea unei vieți împlinite, semnificative și a unui sentiment pozitiv de identitate bazat pe speranță și autodeterminare” (Andresen, et al., 2003).

Serviciile de sănătate mintală și recuperarea

Deși recuperarea a apărut din experiența trăită de oameni care se confruntă cu ceea ce profesioniștii înțeleg ca boală mintală, cercetările științifice ajung la capacitatea de a valida afirmațiile beneficiarilor de servicii și a familiilor acestora. Analizele sistematice (Doughty & Tse, 2005; Leamy et al., 2011), studiile controlate randomizate (Barbic et al., 2009; Greenfield et al., 2008), manualele de intervenție (Bird et al., 2011; Clarke et al., 2006), prezentările academice (Andresen et al., 2011; Slade, 2009b) și ghidurile practice (Davidson et al., 2009; Slade, 2009a) contribuie la creșterea bazei de dovezi pentru practica și rezultatele recuperării. În

prezent, apare un consens privind cele mai bune practici internaționale (Compagni et al., 2007; Boutillier et al., 2011) și se stabilesc legături cu literatura conexasă pe teme precum planificarea centrată pe persoană (Adams & Grieder, 2005), psihologia pozitivă (Resnick & Rosenheck, 2006) și starea de bine (Slade, 2010).

Provocări

În contextul acestui suport retoric larg răspândit pentru recuperare, identificăm câteva provocări majore în dezvoltarea serviciilor recuperative de sănătate mintală. Pentru majoritatea sistemelor de sănătate mintală, îndepărtarea de modelele tradiționale și adoptarea practicilor recuperative și schimbarea sistemelor nu a fost ușoară; provocarea este de a înțelege implicațiile profunde ale acestei adevărate schimbări de paradigmă și de a susține eforturile de schimbare. În SUA, de exemplu, schimbările necesare au fost descrise ca fiind transformazionale. Orientarea spre susținerea recuperării implică reorganizarea aranjamentelor de putere. De exemplu, în recuperare se acordă prioritate expertizei beneficiarului de servicii, mai degrabă decât celei a clinicianului.

Deoarece serviciile de sănătate mintală – ca orice sistem de servicii destinate omului - nu sunt orientate în mod natural către transformarea sistemică, există tendința de a adopta o nouă retorică fără a schimba practicile. Acest lucru îi determină pe beneficiarii de servicii să se teamă că recuperarea va fi “deturnată” de sistemele de prestare a serviciilor (Mental Health ‘ Recovery’ Study Working Group, 2009) sau că va fi folosită ca o ‘acoperire’ pentru reducerea serviciilor și reducerea asistenței sociale (Mind, 2008).

Odată cu înțelegerea amplitudinii provocării de a trece cu adevărat de la practica obișnuită la recuperare apar noi probleme. Este un sistem de sănătate mintală orientat spre recuperare compatibil cu așteptările sociopolitice precum că sistemul de sănătate mintală va gestiona riscul și va asigura controlul social? Putem dezvolta servicii recuperative atât timp cât stigmatizarea și discriminarea mai persistă încă în servicii și în societate? Putem trece la servicii recuperative înainte ca sistemul de sănătate mintală să recunoască public daunele pe care le-a cauzat? Oare chiar existența unui sistem de sănătate mintală inhibă dezvoltarea unei societăți incluzive din punct de vedere social, prin consolidarea distincției dintre persoanele cu și fără boli mintale? Mai prozaic, cum realizăm, în practică, tranziția de la serviciile clinice bazate pe criză la o gamă largă de suporturi, resurse și oportunități care facilitează recuperarea și starea de bine (Le Boutillier et al., 2011)? Cum pot profesioniștii din domeniul sănătății mintale și beneficiarii de servicii să schimbe modelele interpersonale ierarhice stabilite și să se îndrepte spre modalități mai egalitare și bazate pe parteneriat de a lucra împreună? Ar trebui oare lucrătorii din domeniul sănătății mintale să-și petreacă timpul tratând persoanele sau să devină agenți ai schimbării sociale? De asemenea, și poate mai important, cercetările sunt necesare pentru a identifica provocările și oportunitățile trans-sectoriale, inclusiv legăturile cu drepturile persoanelor cu dizabilități, stigmatizarea și reacția societății la suferință.

3.4. Care este cadrul de recuperare?

Recuperarea după o boală mintală severă nu este un concept simplu. Davidson & Roe (2007) susțin că acesta a devenit o fuziune a două idei: recuperarea clinică sau

"recuperarea după", definită prin ameliorarea simptomelor și o trecere către ceea ce ar putea fi considerat drept funcționare normală; și o definiție axată pe persoană sau "recuperare în". Conform acestei a doua conceptualizări, popularizată de Deegan (1988), simptomatologia poate fi încă prezentă și recuperarea este definită subiectiv ca o depășire a dificultăților într-o măsură în care persoana simte că a recăpătat un anumit control asupra vieții. Pilgrim (2008) descrie o trihotomie: o abordare biomedicală/de tratament a recuperării după boală, o abordare psihiatrică/de reabilitare a recuperării după o deficiență și o abordare personală/de supraviețuitor a recuperării după invalidare.

Anthony (1993) a explorat modul în care principiile evidențiate de Deegan (1988) ar putea fi adoptate de serviciile de sănătate mintală, punând accentul nu doar pe tratament, ci pe eforturile colaborative de dezvoltare și capacitate, dând naștere la ceea ce a devenit cunoscut ca model de recuperare sau abordare recuperativă. Din punct de vedere clinic, au fost adoptate inițiative precum Planificarea acțiunilor de recuperare a stării de bine (Cook și colab., 2009) - un plan de recuperare conceput, structurat de beneficiarul de servicii și protejat de drepturi de autor; în general, abordarea recuperativă a câștigat teren în rândul serviciilor și factorilor de decizie din Marea Britanie și din alte părți, probabil datorită faptului că oferă o paradigmă colaborativă și optimistă pentru a lucra cu oamenii (Bradstreet & McBrierty, 2012; Roberts & Boardman, 2013). Anthony (1993) examina recuperarea în raport cu persoanele cu boli mintale severe și de durată, dar conceptul a fost extins pentru a include diagnostice precum depresia și primul episod psihotic (Stickley & Wright, 2011).

Probabil din cauza lipsei de consens cu privire la cine este vizat de abordarea recuperativă, precum și la ceea ce

constituie o recuperare reușită în cadrul paradigmei, conceptul a fost criticat ca fiind ambiguu și vag (Beresford, 2015; Smith- Merry et al., 2011). În analiza lor asupra implementării, Smith-Merry et al. (2011) de asemenea, atenționează că un risc aferent abordării recuperative este că, în pofida naturii sale colaborative, aplicarea sa rămâne controlată de servicii. Acest lucru consolidează puterea și ar putea cere în cele din urmă ca oamenii să se conformeze unei idei profesionalizate de recuperare: ceea ce Beresford (2015) rezumă ca o colonizare de către servicii a ideilor progresiste. În plus, unii beneficiari de servicii și-au exprimat temerile că aspectul de capacitate individuală al recuperării le-ar putea oferi prestatorilor Serviciului Național de Sănătate din Marea Britanie o scuză pentru a reduce suportul (Bird et al., 2014; Roberts & Boardman, 2013). Prin urmare, poate fi benefică o înțelegere mai clară a experiențelor de recuperare ale oamenilor, atât pentru a clarifica sensul contemporan al abordării de recuperare, cât și pentru a ghida serviciile în modul optimal de a le implementa. O astfel de înțelegere ar putea fi îmbunătățită prin analize sistematice ale narațiunilor individuale ale beneficiarilor de servicii: prezenta lucrare își propune să ofere o astfel de analiză, în conformitate cu conceptul original de recuperare după boli mintale severe și durabile (Anthony, 1993).

Operaționalizarea și măsurarea recuperării

În general, evaluarea recuperării este un concept complex (Roe și colab., 2007). Deși există încercări de a produce măsurări fiabile ale recuperării individuale (Monger et al., 2013; Shanks et al., 2013), validitatea construcției lor este discutabilă: dacă recuperarea este totalmente individuală (Smith-Merry et al., 2011), în baza la ce poate fi normată? Așa cum se poate de așteptat pentru un concept în care reducerea simptomelor nu este primordială, corelațiile cu

măsurările tradiționale ale rezultatelor clinice pot fi slabe (Andresen et al., 2010) și validitatea convergentă - scăzută. Este de remarcat faptul că grupul de cercetare care a construit CSISC a propus o măsurare individualizată a rezultatelor cu doar două componente: atingerea obiectivului și rezultatul primar personalizat (Pesola și colab., 2015).

3.5. Implementarea practicilor orientate spre recuperare în sistemele de sănătate mintală

În cadrul sistemelor de sănătate mintală a apărut un mod de a înțelege recuperarea ca o experiență personală și subiectivă. Acest sens al recuperării stă acum la baza politicii de sănătate mintală în multe țări. Fortificarea accentului pus pe acest tip de recuperare va implica transformări în cadrul sistemelor de sănătate mintală. Sistemele umane nu se transformă cu ușurință. Aici identificăm șapte utilizări greșite ("abuzuri") ale conceptului de recuperare:

- recuperarea este cel mai recent model;
- recuperarea nu se aplică pacienților "mei";
- serviciile pot face ca oamenii să se recupereze prin tratament eficient;
- detenția obligatorie și recuperarea prin ajutor cu tratament;
- o orientare recuperativă înseamnă închiderea serviciilor;
- recuperarea înseamnă a-i face pe oamenii independenți și normali; și
- contribuția la societate are loc numai după recuperarea persoanei.

Apoi identificăm zece intervenții validate empiric care susțin recuperarea, prin vizarea proceselor cheie ale

recuperării, care sunt conexiunea, speranța, identitatea, sensul și capacitatea (cadrul CSISC). Cele zece intervenții sunt:

- specialiștii de suport de la egal la egal,
- directivele avansate,
- planificarea acțiunilor de recuperare a stării de bine,
- gestionarea bolii și recuperarea,
- reorientarea,
- modelul punctelor forte,
- colegiile de recuperare sau programele de educație pentru recuperare,
- plasament și suport individual,
- locuințe protejate și
- dialogurile sănătății mintale.

În cele din urmă, sunt identificate trei provocări științifice: *extinderea înțelegerilor culturale ale recuperării, implementarea transformării organizaționale și promovarea cetățeniei.*

Identificăm șapte abuzuri ale conceptului de "recuperare".

ABUZUL 1. RECUPERAREA ESTE CEL MAI RECENT MODEL

Odată cu răspândirea mișcării internaționale în favoarea serviciilor de sănătate mintală orientate spre recuperare, tot mai multe organizații încearcă să implementeze practici recuperative. Unele organizații angajează specialiști de la egal la egal, ca o manifestare concretă a unei orientări recuperative. De exemplu, treisprezece state din SUA și-au asumat să angajeze specialiști de la egal la egal, iar organizațiile din aceste state pot acum să beneficieze de rambursare pentru serviciile de

suport de la egal la egal în cadrul unui plan național de asigurări. Deși este în concordanță cu valorile practicii de recuperare, simplul fapt de a adăuga specialiști de la egal la egal în echipa unei organizații de sănătate mintală nu creează schimbarea de paradigmă necesară. Într-adevăr, lipsa angajamentului organizațional poate submina eficacitatea specialiștilor de la egal la egal, dacă aceștia sunt nerespectați sau marginalizați sau dacă rolurile sunt total asimilate în cazurile generice sau clinice. Implementarea practicii orientate spre recuperare trebuie să fie centrată pe persoană și axată pe a le ajuta oamenilor să ducă o viață semnificativă, spre deosebire de stabilirea obiectivelor clinice care sunt în mare parte dictate de profesioniști. Trecerea la o practică construită pe parteneriat egal, promovarea speranței și facilitarea autodeterminării necesită o transformare a serviciilor, a practicilor și a paradigmei în cadrul căreia acestea sunt prestate.

ABUZUL 2. RECUPERAREA NU SE APLICĂ PACIENȚILOR "MEI"

Dezvoltarea ideologiei și practicii recuperative a avut – ca și psihiatria - un centru de greutate în cadrul psihozei. Unii clinicieni sugerează că recuperarea ca abordare nu este relevantă pentru persoanele cu care lucrează, deoarece fie persoanele sunt "prea bolnave", fie nu au un diagnostic de psihoză. Nici o poziție nu poate fi susținută din punct de vedere empiric.

ABUZUL 3. SERVICILE POT FACE CA OAMENII SĂ SE RECUPEREZE PRIN TRATAMENT EFICIENT

Mulți profesioniștii din domeniul sănătății mintale sunt mai obișnuiți cu semnificația clinică a recuperării, decât

cu recuperarea personală, așa cum este înțeleasă de mișcarea pentru recuperare în sănătatea mintală. În recuperarea clinică, profesioniștii diagnostichează și tratează cu scopul de a vindeca oamenii sau de a le reduce simptomele. În recuperarea personală, persoana își dirijează propria călătorie către o viață semnificativă și roluri valoroase . Aceste două versiuni ale recuperării pot fi interconectate, dar o persoană poate trece prin una dintre ele fără cealaltă. În mod tradițional, serviciile de sănătate mintală se bazează fie pe o versiune clinică a recuperării, fie - în cel mai rău caz - pe convingerea că pentru mulți oameni nu este posibilă recuperarea de niciun fel. În prezent, politicile de sănătate mintală din multe țări cer ca serviciile să se bazeze pe versiunea personală a recuperării și pe cunoștințele derivate din experiența trăită de suferință mintală și recuperare. Pentru a susține recuperarea personală, sistemele de sănătate mintală vor trebui să se îndepărteze de dominanța intervențiilor instituționale, a tratamentelor medicamentoase și a intervențiilor coercitive. Trebuie să se pună accentul pe încurajarea speranței și a credinței în oameni, pe susținerea autodeterminării, pe asigurarea accesului la o gamă largă de servicii comunitare (inclusiv locuințe, educație, angajare, suport de la egal la egal, educație pentru recuperare, suport în situații de criză, suport în viața de zi cu zi, tratamente medicamentoase, terapii prin discuții și advocacy) și pe promovarea incluziunii sociale și a drepturilor omului. Tratamentul poate ajuta la recuperarea personală, dar și o poate împiedica, mai ales dacă intervenția dominantă este asociată cu practici coercitive.

ABUZUL 4. DETENȚIA OBLIGATORIE ȘI RECUPERAREA PRIN AJUTOR CU TRATAMENT

Tratamentul obligatoriu este promovat ca o modalitate eficientă de a "avea grijă" de oameni atunci când nu pot avea grijă de ei înșiși. De exemplu, în Anglia, introducerea în 2008 a ordinelor de tratament comunitar (ACT) avea menirea de a reduce numărul persoanelor reținute obligatoriu în spital. În pofida faptului că în 2011/12 au fost emise 4.220 ACT-uri, ratele de internare involuntară au crescut de fapt (de la 44,093 în 2007/08 la 48,631 în 2011/12). Multe țări finanțează în prezent inițiative pentru a reduce utilizarea constrângerii. De exemplu, Norvegia are din 2006 un plan național de acțiuni pentru a reduce constrângerea.

ABUZUL 5. O ORIENTARE SPRE RECUPERARE ÎNSEAMNĂ ÎNCHIDEREA SERVICIILOR

O orientare spre recuperare nu este o justificare validă pentru reducerea serviciilor. Este rezonabil să presupunem că o viață semnificativă nu este trăită în limitele serviciilor de sănătate mintală, iar contactul sporit cu unitățile de sănătate non-mintală și formele naturale de suport sunt adesea văzute de beneficiarii de servicii ca fiind mai valoroase decât contactul cu serviciile formale. Prin urmare, o reducere treptată a contactului cu serviciile formale de sănătate mintală, ca parte a unui plan convenit de comun acord și cu susținere pentru a accesa suporturi comunitare naturale (prietenii, contacte de la egal la egal, grupuri comunitare, angajare etc.), poate fi de ajutor în susținerea recuperării unei persoane. Totodată, recuperarea este neliniară și trebuie să fie disponibile servicii pentru a lucra din nou cu oamenii atunci când este necesar. Serviciile ineficiente ar trebui, desigur, înlocuite, dar ca o problemă legată de îmbunătățirea prestării

serviciilor de sănătate mintală, nu ca o problemă de implementare a serviciilor orientate spre recuperare. Reducerea serviciilor nu poate fi justificată în baza atingerii de către acestea a obiectivului de a fi un suport pentru recuperare.

ABUZUL 6. RECUPERAREA ESTE DESPRE A-I FACE PE OAMENI INDEPENDENȚI ȘI NORMALI

Cadrul clinic care stă la baza majorității serviciilor de sănătate mintală localizează în mare parte problemele de excludere în persoană. Prin urmare, eforturile clinice se axează pe schimbarea oamenilor prin tratament (terapie, formarea abilităților etc.), astfel încât să se "încadreze", adică să devină "normali" și "independenți" de suporturi și servicii. Dar recuperarea nu înseamnă "a te face mai bine" sau a înceta să mai ai nevoie de suport – este vorba despre "recuperarea vieții", dreptul de a participa la toate aspectele vieții civice și economice, ca cetățean egal. Acest lucru necesită un cadru fondat pe drepturile omului și un model social de excludere: "Societatea este cea care incapacitează oamenii. Atitudinile, acțiunile, ipotezele – sunt structuri sociale, culturale și fizice care incapacitează, ridicând bariere și impunând restricții și opțiuni". Incluziunea și cetățenia nu înseamnă "a deveni normal", ci crearea unor comunități incluzive care să ne poată găzdui pe toți. Nu este despre "a deveni independent", ci despre a avea dreptul la suport și ajustări (în conformitate cu alegerile și aspirațiile) pentru a asigura participarea deplină și egală și cetățenia. Drepturile omului ale "persoanelor cu dizabilități", inclusiv ale celor cu probleme de sănătate mintală, sunt prezentate în Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Acestea includ "dreptul de a trăi independent și de a fi inclus în comunitate" (Articolul 19). Un drept nu este condiționat de "a te simți mai

bine" sau de a trăi fără suport și include în mod explicit dreptul de a accesa "asistența necesară pentru a susține viața și incluziunea în comunitate și pentru a preveni izolarea sau segregarea". Participarea și incluziunea nu implică a schimba oamenii pentru a se potrivi cu ceva, ci a schimba lumea: "Dizabilitatea psihiatrică este, pentru mulți dintre noi, ceva ce pur și simplu există. Problemele reale se manifestă sub forma unor obstacole în mediu care ne împiedică să trăim, să lucrăm și să învățăm în mediile pe care le alegem [Sarcina este] de a înfrunța, provoca și schimba aceste obstacole ... care împiedică și zădărnicesc eforturile noastre de a trăi independent și de a deține controlul asupra vieții noastre și asupra resurselor care ne afectează viața”.

ABUZUL 7. CONTRIBUȚIA LA SOCIETATE ARE LOC NUMAI DUPĂ CE PERSOANA ESTE RECUPERATĂ

Munca, indiferent dacă este plătită, voluntară sau casnică, este principalul mod în care majoritatea oamenilor contribuie la societate. Munca susține recuperarea. Majoritatea persoanelor care beneficiază de servicii de sănătate mintală sunt capabile să lucreze majoritatea timpului, totuși 70-80% dintre persoanele care utilizează servicii de sănătate mintală în majoritatea țărilor occidentale sunt șomeri, o rată mai mare decât în orice alt grup de dizabilitați. Auto-stigmatizarea, discriminarea anticipată și discriminarea în servicii și societate contribuie la aceste rate înalte ale șomajului, la fel ca și serviciile deficitare, cu așteptări reduse în ceea ce privește angajarea în câmpul muncii a persoanelor cu probleme psihice majore și angajatorii care nu cunosc bunele practici de angajare a acestui grup de persoane. În prezent, guvernele din multe țări occidentale încearcă să reducă numărul persoanelor care beneficiază de alocații sociale sau pensii, având adesea o

abordare punitivă, mai degrabă decât bazată pe stimulente. Cei care fac lobby împotriva acestei abordări a bunăstării au creat, fără ca să-și dea seama, un discurs care se axează pe dreptul la bunăstare, mai degrabă decât pe dreptul persoanelor cu probleme de sănătate mintală de a lucra. Reforma punitivă a protecției sociale nu este nedreptatea fundamentală; ci numărul de persoane care nu au un loc de muncă. Întreaga comunitate beneficiază atunci când se admite că persoanele cu probleme de sănătate mintală pot lucra, când au aceleași drepturi ca și ceilalți de a-și determina contribuția și când au acces sigur la bunăstare, indiferent dacă sau când nu pot lucra.

Cu alte cuvinte, oare susținerea recuperării înseamnă mai mult decât simpla implementare optimă a ceea ce știm că este cea mai bună practică? Cu siguranță, este rezonabil să se presupună că implementarea consecventă a celor mai bune practici este mai bună decât implementarea inconsecventă, iar unele estimări arată că tratamentul și acoperirea optimă ar permite evitarea a 28% din povară (comparativ cu evitarea a 13% din povară în prezent). Totodată, o analiză sistematică a identificat cinci procese cheie ale recuperării, care sunt conexiunea, speranța și optimismul, identitatea, sensul și scopul, capacitatea. Aceste procese ale recuperării diferă de țintele tradiționale ale rezultatelor clinice și sunt necesare intervenției axate pe aceste procese.

Acum vom descrie zece intervenții pro-recuperare susținute empiric. Criteriile de includere au fost: intervenții axate pe rezultatele recuperării și care au dovezi empirice de suport emergente sau confirmate, bazate pe investigații experimentale. Acestea sunt concepute mai degrabă ca exemple ilustrative, decât ca o listă prescriptivă de intervenții. Scopul este de a identifica tipurile de intervenții care ar putea fi prestate într-un sistem de sănătate mintală orientat spre recuperare.

1. Specialiștii de suport de la egal la egal

Suportul de la egal la egal a apărut din mișcarea beneficiarilor/supraviețuitorilor și s-a dezvoltat inițial în afara sistemului principal de sănătate mintală. Se bazează pe valorile recuperării, ca speranța, autodeterminarea asupra vieții, participarea la serviciu, reciprocitatea și utilizarea cunoștințelor provenite din experiența trăită pentru a se ajuta reciproc. Suportul informal de la egal la egal provine din suporturi naturale, cum ar fi familia și prietenii. Pe de altă parte, suportul formal de la egal la egal implică lucrători care sunt fie angajați în servicii autonome administrate de semenii în afara serviciilor tradiționale de sănătate mintală, fie sunt parteneri cu profesioniștii din cadrul unui serviciu tradițional de sănătate mintală sau social. **Specialiștii de suport de la egal la egal sunt persoane cu boli mintale care se identifică ca atare și care își folosesc experiența trăită pentru a-i ajuta pe alții să se recupereze.** Principalele caracteristici ale rolului lor sunt clar definite și sunt disponibile protocoale de realizare a acestora. În prezent, există o bază substanțială și pozitivă de dovezi pentru serviciile de suport de la egal la egal, identificând experiența și beneficiile faptului de a fi specialist de suport de la egal la egal, schimbările în structura locului de muncă făcute pentru a susține prestarea serviciilor de suport de la egal la egal și descrierea schimbărilor inițiate de specialiștii de suport de la egal la egal.

Dovezile bazate pe șapte studii randomizate controlate (RCT) care evaluează impactul specialiștilor de suport de la egal la egal au constatat beneficii consistente legate de rezultatele clinice (implicare, simptomatologie, funcționare, rate de internare), rezultatele subiective (speranță, control, autoritate, capacitate) și rezultatele sociale (prietenii, conexiune comunitară). RCT-urile cu privire la intervențiile de autogestionare dirijate de semenii în Olanda și

SUA au indicat beneficii în ceea ce privește obținerea unui model de rol în recuperare, orientarea spre recuperare, speranța, recuperarea auto-percepută, scorurile simptomelor și calitatea vieții.

2. *Directive avansate*

Persoanele cu boli mintale sunt aproape prin definiție vulnerabile la crize emoționale. Tehnologiile medicale recente le ajută oamenilor să mențină controlul în timpul crizei. De exemplu, o directivă anticipată implică specificarea acțiunilor care trebuie întreprinse pentru sănătatea persoanei, în cazul pierderii capacității în viitor. Acțiunile pot implica tratament sau pot specifica un factor de decizie împuternicit. O variantă din ce în ce mai utilizată într-un context de sănătate mintală este planul comun de criză, elaborat în colaborare cu echipa clinică. Dovezile rezultate din RCT privind planurile comune de criză în psihoză indică beneficii pentru tratamentul obligatoriu redus, utilizarea serviciilor și sporirea controlului.

3. *Planificarea acțiunilor de recuperare a stării de bine (WRAP)*

Autogestionarea simptomelor este o tendință majoră în toate grupurile de boli cronice. Instrumentele și procesele de planificare a acțiunilor de recuperare a stării de bine (WRAP) susțin autogestionarea, cu un accent specific pe serviciile recuperative de sănătate mintală. WRAP este folosit pentru a crea planuri de recuperare, îndrumând persoanele și grupurile de oameni să reflecteze asupra a ceea ce i-a ajutat să se simtă bine în trecut și să examineze strategiile care le-au ajutat altor persoane în recuperarea lor. Instrumentele de planificare din "kitul pentru starea de bine" se axează pe autogestionare, de la identificarea strategiilor fundamentale care sporesc starea zilnică de bine, până la recunoașterea și

gestionarea factorilor declanșatori ai distresului prin planificarea în criză.

Accentul se pune pe motivația prin abordare (definirea stării de bine și susținerea eforturilor axate pe scop), mai degrabă decât pe motivația prin evitare (de exemplu, ameliorarea simptomatică), conform opiniei psihologiei pozitive precum că scopurile pozitive ("de abordare") sunt mai susceptibile de a fi atinse în mod durabil decât scopurile negative ("de evitare"). Procesul se bazează pe facilitarea de la egal la egal pentru a activa beneficiile generatoare de speranță ale modelelor de rol autentice.

4. *Managementul bolii și recuperarea*

Managementul bolii și programul de recuperare (IMR) este o intervenție standardizată, susținută empiric, care constă în a preda persoanelor cu o boală mintală severă strategii de auto-gestionare a bolilor . Aceasta poate fi prestată în format individual sau de grup, durează de la cinci până la zece luni și cuprinde cinci strategii fundamentate empiric: psiho-educație pentru a îmbunătăți înțelegerea bolilor mintale și a tratamentului; abordări cognitiv-comportamentale pentru a îmbunătăți aderența la medicamente; instruire în prevenirea recidivelor; formarea abilităților sociale pentru a înfrunța stresul și a consolida suportul social; și formarea abilităților de coping pentru a reduce distresul și severitatea simptomelor. Centralitatea aderenței la medicamente și psihoeducația despre bolile mintale în IMR poate prezenta o barieră în calea utilizării sale de către persoanele care doresc să susțină recuperarea. Susținerea recuperării nu este incompatibilă cu diagnosticul și medicația, dar apare o barieră atunci când se admite că diagnosticul și medicația sunt primii pași către recuperare. Totodată, IMR începe cu și se axează pe definirea auto-dirijată a problemei, rezolvarea problemelor și urmărirea

scopurilor semnificative personal, toate acestea fiind elemente vitale ale suportului pentru recuperare.

5. *REFOCUS*

Intervenția REFOCUS sporește orientarea spre recuperare a echipelor comunitare de sănătate mintală pentru adulți. Personalul este instruit și susținut prin sesiuni de reflecții și supervizie pentru a utiliza trei practici de lucru. În primul rând, pentru a maximiza planificarea îngrijirilor centrate pe persoană, personalul discută despre valorile și preferințele de tratament ale beneficiarului de servicii, folosind abordări conversaționale, narative și vizuale. În al doilea rând, personalul utilizează o evaluare standardizată pentru a identifica punctele forte ale beneficiarului de servicii, astfel încât planificarea îngrijirilor va fi axată pe amplificarea punctelor forte și a capacității de accesare a suporturilor comunitare, precum și pe ameliorarea deficitului. În al treilea rând, personalul susține concentrarea activă de către beneficiarul de servicii spre scopurile apreciate personal. În plus, relația personal-beneficiar de servicii este vizată de instruirea personalului pentru a utiliza abilitățile de coaching.

6. *Modelul punctelor forte*

Modelul punctelor forte pentru managementul de caz își propune să le ajute persoanelor cu probleme de sănătate mintală să atingă obiectivele pe care și le-au stabilit prin identificarea, asigurarea și susținerea gamei de resurse de mediu și personale necesare pentru a trăi, acționa și lucra interdependent în mod normal în comunitate. A fost utilizat pe scară largă și de-a lungul deceniilor în sectorul asistenței sociale din SUA și în serviciile clinice din Japonia, Hong Kong și Australia.

7. Colegiile de recuperare sau programele de educație pentru recuperare

Persoanele cu dizabilități mintale au subliniat importanța educației ca instrument pentru a le ajuta în dobândirea competențelor necesare pentru a-și asuma pe deplin rolul civic. Colegiile de recuperare sau programele de educație pentru recuperare sunt o abordare educațională a suportului pentru recuperare și reintegrarea persoanelor cu dizabilități psihiatrice. Acest model de prestare a serviciilor a fost pentru prima dată implementat la Universitatea din Boston în 1984 și este acum introdus în Italia, Irlanda și Anglia.

8. Suport individual și plasarea în câmpul muncii.

Persoanele care nu pot lucra trebuie să aibă acces ușor la ajutor social și stimulente pozitive pentru a reveni la locul de muncă. Dar majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală doresc să lucreze, deși au nevoie de suport în alegerea, găsirea și menținerea unui loc de muncă. Suport individual și plasarea în câmpul muncii reprezintă o intervenție care oferă un asemenea suport și are o bază solidă de dovezi. O analiză Cochrane a sintetizat 18 RCT de o calitate rezonabilă și a indicat rate de ocupare de 34% pe parcursul a 18 luni pentru beneficiarii intervenției, comparativ cu 12% - angajare după instruire anterioară.

9. Locuințele protejate

Cercetările sugerează că aproximativ 30-40% din populația fără adăpost din mediul urban trăiesc cu o boală mintală severă. Locuințele permanente sigure pot acționa ca o bază pentru persoanele cu o boală mintală severă pentru a atinge numeroase scopuri de recuperare și de îmbunătățire a calității vieții. Intervenție de tip „housing first” („în primul rând-locuință”) implică re-cazare rapidă în locuințe independente. Această abordare are o bază de date emergentă care arată rezultate îmbunătățite și costuri reduse. Persoanele

cu o boală mintală severă trebuie să aibă acces la o serie de opțiuni de cazare, cu capacitatea de a-și exercita alegerea în ceea ce privește preferințele.

10. Dialogurile sănătății mintale

Implicarea activă a beneficiarilor de servicii de sănătate mintală, a rudelor și a prietenilor este esențială pentru dezvoltarea practicii și cercetărilor în domeniul sănătății mintale orientate spre recuperare. Totodată, rămâne o provocare ideea că sănătatea mintală este problema fiecăruia, indiferent de context și experiență, precum și acceptarea reciprocă în calitate de experți egali. Grupurile dialogice (cunoscute și sub denumirea de seminarii de psihoză) reprezintă o abordare a acestei provocări. O întâlnire a dialogului sănătății mintale este un forum comunitar în cadrul căruia beneficiarii de servicii, îngrijitorii, prietenii, lucrătorii din domeniul sănătății mintale și alte persoane interesate în sănătatea mintală participă la un dialog deschis. În cadrul întâlnirilor sunt abordate diferite subiecte, de exemplu un grup de lucru axat pe combaterea stigmatizării sau un grup de lucru axat pe traumă și psihoză. În țările vorbitoare de limbă germană, la peste o sută de grupuri de dialog participă în mod regulat 5.000 de persoane, iar interesul și experiențele internaționale sunt în creștere. Dialogurile facilitează o formă discretă și independentă de achiziție și producere de cunoștințe și determină schimbări orientate spre recuperare în comunicare și structuri.

Este important să se investigheze modul în care conceptul de recuperare este interpretat de beneficiarii de servicii și de profesioniștii din domeniul sănătății într-un context cultural non-occidental. Prin investigarea factorilor care facilitează sau împiedică recuperarea persoanelor din medii diverse, pot fi dezvoltate concepte de recuperare mai aplicabile din punct de vedere cultural, care vor aborda mai bine nevoile și

drepturile beneficiarilor de servicii. Se dezvoltă o înțelegere a modului de transformare a serviciilor. O sinteză a ghidurilor internaționale privind susținerea recuperării identifică patru niveluri de practică: susținerea recuperării definite personal (ce intervenții sunt prestate), relația de lucru (cum sunt prestate intervențiile), angajamentul organizațional (care este "afacerea de bază" a sistemului de sănătate mintală?) și promovarea cetățeniei (susținerea unor drepturi cetățenești mai largi). Majoritatea intervențiilor analizate în prezenta lucrare abordează primele două dintre aceste niveluri.

Inițiativa Implementing Recovery-Organizational Change (ImROC) din Anglia abordează cultura serviciilor de sănătate mintală, folosind o abordare de kit de învățare pentru a ajuta organizațiile să abordeze zece provocări organizaționale cheie. Frontiera finală este, probabil, reducerea și eliminarea barierelor care împiedică persoanele să beneficieze de drepturi cetățenești depline. Pentru sistemele de sănătate mintală, aceasta va implica transformarea de la o viziune mondială de tip "tratează și recuperează", care acordă prioritate prestării de tratamente cu scopul ca persoana să devină gata de a se re-implica în viața sa. Investigațiile empirice asupra conceptelor de "pregătire pentru muncă" (în plasament și suport individual) și "pregătire pentru cazare" (în „în primul rând – un loc de trai”) au constatat că acestea sunt concepte neintenționat toxice, care reduc speranța și limitează așteptările. S-a susținut că această schimbare de accent se aplică mai pe larg decât simplul suport pentru angajare și cazare. Totodată, cea mai amplă – și cea mai importantă – provocare este schimbarea societală, care va implica profesioniștii și persoane cu experiență trăită ca parteneri și activiști sociali pentru a contesta ipotezele stigmatizante conform cărora persoanele

cu boli mintale nu pot sau nu ar trebui să aibă aceleași drepturi cetățenești ca oricine altcineva din comunitatea lor.

3.6. Zece preocupări majore legate de recuperare întâlnite în procesul de transformare a sistemului de sănătate mintală

Nu este încă totalmente clar ce înseamnă termenul de "recuperare" în acest context sau ce anume este necesar pentru a schimba sistemul de sănătate mintală din Statele Unite pentru a o promova. Această lipsă de claritate poate fi legată de o ambiguitate mai profundă a sensului recuperării, când se aplică bolilor mintale. În ultimii 20 de ani, termenul „recuperare” a fost folosit cu diverse conotații și a constituit obiectul dezbaterilor dintre promotorii acestuia, prestatori, membri ai familiei și alte părți interesate. În prezent, unicul aspect asupra căruia aceste grupuri diferite par a fi de acord este faptul că termenul poate fi confuz și uneori chiar contradictoriu.

Pentru a începe să clarificăm o serie de probleme legate de utilizarea termenului „recuperare” în legătură cu boala mintală, vom discuta pe scurt acest termen și vom enumera principalele zece preocupări pe care le-am întâlnit atunci când încercăm să clarificăm și să implementăm îngrijirile bazate pe o astfel de viziune. Deși considerăm că toate cele zece aspecte merită a fi examinate, în contextul prezentului articol vom discuta două provocări generale care par a fi comune acestor preocupări – problemele legate de resurse și riscurile - și vom propune modalități posibile de abordare a acestora în activitatea de schimbare a sistemului.

Scurtă introducere în recuperare

Având în vedere eterogenitatea vastă a consecințelor bolilor mintale severe, mai multe semnificații diferite ale termenului „recuperare” sunt relevante pentru persoanele cu asemenea boli. Pentru cei norocoși care au avut doar un episod de o boală mintală și apoi au revenit la funcționalitatea anterioară cu puține, dacă au existat, deficiențe reziduale, cel mai relevant este sensul recuperării utilizat în mod obișnuit în asistența primară. Modul în care acești oameni se recuperează în urma unui episod acut de psihoză sau de depresie majoră este mai asemănător, nu mai diferit, cu recuperarea după o boală acută. Cei care se recuperează în urma unui episod de tulburări afective severe, dar încă se mai cred vulnerabili la episoade viitoare, ar putea crede că se recuperează într-un mod similar cu recuperarea după un atac de cord.

Mulți alții se pot recupera în urma bolilor mintale pe parcursul unei perioade îndelungate, după 15 ani sau mai mult de dizabilitate, ceea ce constituie un alt sens al recuperării, identificat în asociere cu alte boli, cum ar fi astmul. Persoanele preocupate în egală măsură de efectele faptului de a fi diagnosticat cu o boală mintală, cât și de efectele bolii în sine, se pot considera de-asemenea ca fiind în recuperare în urma traumei de a fi tratate ca pacienți cu o boală mintală, iar cele care consideră faptul de a prelua controlul asupra bolii și de a minimiza efectele sale devastatoare ca fiind principalul obiectiv al eforturilor lor pot constata că sensul recuperării utilizat de comunitatea de auto-suport pentru adicții este cel mai compatibil cu experiența lor. De exemplu, acest sens al recuperării este acceptat de persoanele cu tulburări concomitente psihiatrice și de consum de substanțe, care se consideră a fi într-un proces de "recuperare dublă".

Pentru a complica și mai mult tabloul, termenul are cel puțin încă un înțeles suplimentar, dedus de unele persoane cu un istoric de boli mintale severe care fac parte din Mișcarea pentru viață independentă dirijată de persoane cu dizabilități fizice. Această viziune se axează mai mult pe drepturile fundamentale ale persoanelor cu dizabilități - în special dreptul la autodeterminare și incluziune în comunitate - mai degrabă decât pe statutul lor clinic sau funcțional.

Când se analizează sensul recuperării prezentat în cele din urmă, este recomandabil să reamintim că persoanele cu alte forme de dizabilități nu s-au bucurat întotdeauna de același nivel de implicare în viața comunității ca și astăzi. De fapt, înainte de adoptarea Legii privind recuperarea din 1973 din SUA, nu a existat nicio prevedere legală care să garanteze că persoanele cu deficiențe de mobilitate vor găsi borduri pe trotuare sau alte căi de acces, cum ar fi rampe pentru scaune cu rotile și băi echipate cu balustrade, atunci când încercau să participe la viața comunității, de rând cu semenii lor fără dizabilitate. Mișcarea pentru viață independentă a jucat un rol esențial în adoptarea Legii privind americanii cu dizabilitate din 1990, care prevede că persoana cu paraplegie nu are nevoie să poată utiliza din nou picioarele, iar persoanele cu deficiențe de vedere sau auz nu au nevoie să reutilizeze ochii sau urechile pentru a se bucura de o viață sigură, demnă și împlinită în comunitate. Această viziune a incluziunii sociale și a autodeterminării se află în centrul celui mai recent sens al recuperării pentru un număr tot mai mare de persoane care trăiesc cu ceea ce a ajuns să fie considerat "dizabilități psihiatrice".

În contextul acestei viziuni, oamenii sunt mai predispuși să privească bolile psihice severe din perspectiva dizabilități pe termen lung, a deficiențelor sau a consecințelor

secundare cauzate de boală, decât din perspectiva bolii în sine. Acest concept de recuperare - care recomandăm să fie privită ca o "recuperare în" boala mintală severă, nu "recuperare în urma" unei boli mintale severe - nu trebuie confundat cu vindecarea, ci mai degrabă cu asigurarea cazării și suportului pentru a permite persoanelor cu dizabilități psihiatrice să trăiască o viață sigură, demnă și împlinită în comunitate. Odată ce drepturile și responsabilitățile civice ale pacienților cu boli mintale sunt restabilite în acest fel, principala provocare devine identificarea și acordarea unui adăpost și a sprijinului de care are nevoie persoana pentru a participa pe deplin la comunitate în modul pe care îl alege. Pentru a vedea care sunt schimbările practice necesare pentru această formă de recuperare, definim îngrijirile orientate spre aceste scopuri ca fiind cele care "identifică și valorifică atuurile, punctele forte și domeniile sănătății și competențelor fiecărei persoane care necesită suport pentru a-și gestiona starea, redobândind în același timp un sentiment semnificativ, constructiv de apartenență la o comunitate mai largă".

Chiar dacă ajungem la o claritate conceptuală privind aceste distincții între diferitele forme ale recuperării, confuzia reapare, dat fiind faptul că o persoană ar putea să treacă prin mai mult decât o formă de recuperare la un anumit moment, precum și faptul că poate intra și ieși din diferite forme de recuperare în timp. Eterogenitatea bolilor mintale este atât de puternică și se știe atât de puțin despre factorii care determină rezultatele individuale, încât există o fluiditate considerabilă între aceste diverse forme de recuperare. Ca modalitate de a reduce această complexitate cu scopul de a elabora politici și a ghida practicile, recomandăm de a accepta această definiție finală a recuperării, ca fiind cea cu cel mai profund și mai amplu impact asupra transformării.

Se consideră, că există două cauze fundamentale care fac ca această definiție să fie cea mai incluzivă. În primul rând, această formă de recuperare abordează cel mai direct și mai puternic problemele legate de drepturile civice și apartenența socială - probleme pe care persoanele cu boli mintale severe le consideră ca fiind cu rădăcini mai profunde și mai dificil de rezolvat decât cele cauzate de boala în sine. Aceste probleme sunt discriminarea, cetățenia de clasa a doua, toleranța, autodeterminarea și, mai fundamental, puterea. După cum arată acțiunile paralele ale Mișcării pentru viață independentă, această formă de recuperare cere ca persoanele cu boli mintale severe să continue a deține controlul asupra vieții, inclusiv asupra sănătății lor mintale, cu excepția cazului când există motive clare și convingătoare din punct de vedere juridic pentru a transfera temporar suveranitatea lor către alte persoane. Această cerință nu înseamnă doar că persoanele nu mai pot fi închise în spital pentru o perioadă lungă de timp împotriva dorinței lor. Aceasta înseamnă, de asemenea, că ele pot lua decizii proprii; își pot urma speranțele, visele și ambițiile; alege și participa la activitățile pe care le doresc sau pe care le consideră semnificative, în mediul ales de ei, chiar dacă au o dizabilitate.

Așa cum este nerezonabil și ne-etic de insistat ca pacienții cu paraplegie să-și reia mobilitatea pentru a trăi independent sau ca pacienții cu deficiențe de vedere să-și recapete vederea pentru a se putea angaja la un loc de muncă remunerat sau a merge la școală, la fel este nerezonabil și ne-etic să insistăm ca persoanele cu boli mintale severe să nu mai aibă simptome sau să nu mai aibă deficiențe funcționale pentru a face sex sau a merge la biserică. Faptul că acest principiu se aplică oricărei persoane care suferă de o boală mintală severă, indiferent de severitatea bolii sau de diferitele

tipuri de recuperare disponibile pentru această persoană, conduce la al doilea motiv pentru care noi sugerăm că sensul bazat pe drepturi al recuperării în bolile mintale este cel mai incluziv. Faptul de a ne axa doar pe promovarea recuperării după o boală mintală aduce riscul de a abandona persoanele cu dizabilități severe - acești oameni nu se recuperează în acest sens - la eșecuri și disperări repetate. Pe de altă parte, restabilirea drepturilor, axarea pe speranțele oamenilor și participarea la activitățile plăcute și semnificative pe care le aleg nu par să lase pe nimeni în urmă. De fapt, studiile au arătat că identificarea și efectuarea activităților care sunt în interesul persoanei și învățarea modalităților de a gestiona și minimiza efectele devastatoare ale bolii contribuie la procesul de recuperare în urma bolilor psihice severe – într-o perioadă de câteva săptămâni, luni sau ani. De exemplu, axarea pe a învăța cum să trăiască cu halucinațiile auditive pare să ducă la scăderea severității și frecvenței acestora, în timp ce atunci când nu se face nimic și doar se așteaptă dispariția simptomelor, oamenii sunt inactivi, izolați și singuri.

După această scurtă introducere, putem trece la lista noastră de zece preocupări. Acestea sunt enumerate pe scurt în caseta de mai sus.

Zece preocupări majore legate de recuperarea în bolile mintale severe

10. Recuperarea este o noutate veche. "De ce atâta vorbă? M-am ocupat de recuperare zeci de ani".

9. Îngrijirile recuperative au sporit povara asupra profesioniștilor din domeniul sănătății mintale care sunt tensionați de necesitatea de a depăși resursele lor. "Vrei să

spui că nu trebuie doar să am grijă și să tratez oamenii, ci și să mă ocup de recuperare acum?"

8. Recuperarea înseamnă că persoana a fost vindecată. „Ce vrei să spui zicând că clienții tăi se recuperează? Nu ai văzut cât de mare e dizabilitatea încă? Oare asta nu este o contradicție? "

7. Doar un număr foarte mic de persoane cu boli mintale severe se pot recupera. „Nu vorbești despre oamenii pe care îi văd eu. Dizabilitatea lor e prea mare. Recuperarea este imposibilă pentru ei”.

6. Recuperarea sănătății mintale este un moft iresponsabil. „Aceasta este doar o modă de moment, una sortită eșecului”.

5. Recuperarea are loc numai după și ca urmare a tratamentului și a cultivării înțelegerii. “Pacienții mei nu vor recunoaște niciodată că sunt bolnavi. Cum pot să vorbesc cu ei despre recuperare când nu înțeleg despre boală? "

4. Recuperarea poate fi realizată numai prin introducerea de noi servicii. "Desigur, am fi bucuroși să facem recuperare, dați-ne banii de care avem nevoie pentru a începe un program (nou) de recuperare".

3. Serviciile recuperative nu sunt rambursate, nici nu sunt bazate pe dovezi. „La început, erau îngrijiri gestionate, apoi era practică bazată pe dovezi, iar acum este recuperare. Dar recuperarea nu este nici cost-eficientă, nici bazată pe dovezi”.

2. Abordarea recuperativă devalorizează rolul intervenției profesionale. „De ce a trebuit să învăț 10 ani, dacă acum cineva fără studii va lua toate deciziile? "

1. Recuperarea sporește expunerea prestatorilor la riscuri și responsabilități. „Dacă recuperarea este responsabilitatea persoanei, atunci de ce să ajung eu să fiu învinuit când lucrurile merg prost?”

Preocupările enumerate în caseta de mai sus au fost spicuite dintr-o serie de prezentări, discuții și cursuri de instruire desfășurate în ultimii ani pe măsură ce Connecticut se îndreaptă către un sistem de îngrijiri orientat spre recuperare. Deoarece munca de transformare uneori provoacă tensiuni și conflicte, pentru a tempera situația a fost aleasă rubrica "Zece preocupări majore"- care derivă din *Late Night With David Letterman*. Din cauza spațiului limitat, nu putem examina fiecare preocupare în mod separat, dar vom aborda și vom propune alternative pentru două cele mai importante provocări care par a fi transversale - resursele și riscurile.

Recuperarea și resursele

Multe dintre preocupările legate de recuperare rezultă din neînțelegerea naturii procesului implicat și a faptului cine este responsabil de care aspecte ale procesului de recuperare. În timpul instruirii, am considerat util de a discuta despre diferite semnificații ale recuperării asociate cu bolile mintale (așa cum am făcut mai sus), precum și, poate chiar mai important, de a face diferența dintre recuperare, care ține de rolul și responsabilitatea persoanei cu o boală mintală severă, și îngrijirile recuperative, care țin de rolul și responsabilitatea prestatorilor de servicii de sănătate mintală. Recuperarea este un proces în care o persoană își asumă să înțeleagă cum să gestioneze și să trăiască cu tulburarea sa. Nu este un moft, o povară suplimentară sau o practică nouă, fără dovezi, impusă prestatorilor deja tensionați. Prin urmare, aceasta nu este ceva ce prestatorul poate face pentru persoanele cu boli mintale,

nici ceva care poate fi promovat după sau separat de tratament și alte servicii clinice. Prin urmare, nu este suficient ca prestatorii de servicii de sănătate mintală să admită că pot face mai mult pentru a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu boli mintale, dacă ar avea resurse noi sau suplimentare. De exemplu, dacă sunt furnizate resursele necesare, mulți prestatori ar fi bucuroși să deschidă noi "programe de recuperare" sau să reducă numărul de cazuri, dacă li s-ar oferi resursele necesare. Totodată, îngrijirile recuperative nu pot fi conceptualizate ca un element suplimentar la serviciile existente.

Prestatorii de servicii care susțin că trebuie să acorde mai întâi tratament, iar apoi să se axeze probabil pe recuperare (dacă vor avea timp sau resurse), ar trebui să fie întrebați: Dacă ceea ce prestați voi nu se axează pe promovarea recuperării, atunci pentru ce este? Și dacă există modalități de a face serviciile pe care le prestați mai orientate spre recuperare și, prin urmare, mai eficiente în a-și atinge obiectivele, n-ați dori să aflați despre asta și să încercați să faceți?

Nu spunem că prestarea serviciilor orientate spre recuperare nu necesită resurse. Totodată, nu putem permite ca în paralel cu sistemul de existent de servicii să se dezvolte un sistem orientat spre recuperare, care să fie diferit de sistemul existent, conceptualizându-l ca serviciu complementar sau auxiliar. Vor fi necesare resurse pentru finanțarea serviciilor și a suportului, precum și pentru instruirea și consilierea angajaților, necesare pentru restructurarea personalului din domeniul sănătății mintale, însă aceste resurse trebuie să provină, în mare măsură, din resursele alocate în prezent pentru finanțarea serviciilor, suportului și instruirilor existente.

Această abordare nu este în contradicție cu recuperarea, ci poate fi o modalitate de a utiliza accentul pus în prezent pe practicile bazate pe dovezi pentru a promova îngrijirile recuperative. Dacă nu există dovezi care să susțină eficacitatea unei anumite practici în promovarea capacității persoanei de a gestiona, depăși sau a trăi cu boala sa mintală, de ce să folosim resursele care sunt limitate pentru a o finanța? De ce să nu realocăm aceste resurse pentru a susține practicile care sunt mai eficiente în realizarea scopului general al sistemului de îngrijiri? În acest sens, nu are sens să ne întrebăm dacă recuperarea sau îngrijirile recuperative sunt "bazate pe dovezi". Timp de 30 de ani au fost documentate pe larg dovezi ample precum că oamenii pot și chiar învață cum să trăiască cu o boală mintală severă și să se recupereze de la aceste boli în toate sensurile descrise mai sus (19). Întrebarea legată de practicile bazate pe dovezi este ce intervenții, prestate de către cine și în ce condiții, promovează cel mai eficient aceste diverse forme de recuperare. Este adevărat că, pentru ca transformarea să conducă în cel mai eficient mod spre atingerea scopurilor sale, va fi necesară alocarea de resurse noi sau existente pentru a răspunde la această întrebare în viitor.

Recuperare și riscuri

A doua preocupare exprimată frecvent referitor la recuperare implică probleme de etică și de risc. Cum poate ideea de recuperare să fie relevantă pentru cineva care trece printr-un episod acut de psihoză sau manie? S-ar părea că o asemenea persoană ar avea nevoie mai întâi să-și îmbunătățească starea, înainte de a discuta sau chiar de a examina problema recuperării. La fel, unii angajați se întrebă în ce măsură este etic să ne axăm pe puncte forte, speranțe și vise, atunci când persoana se confruntă cu nevoi

urgente, cum ar fi securitatea, adăpostul și stabilizarea. Autodeterminarea și alegerile făcute de beneficiari sunt prezentate ca piatra de temelie a procesului de recuperare. Totodată, în ce măsură este rezonabil să le permitem de a face alegeri unor oameni a căror judecată este afectată de starea de care suntem responsabili să o tratăm? Oare respectarea alegerilor făcute de o persoană cu o boală mintală acută sau severă nu înseamnă abandonarea acesteia sau în mrejele bolii, deseori – în stradă? Nu înseamnă oare a lăsa grupurile vulnerabile "să putrezească cu drepturile lor"? În cele din urmă, prestatorii întrebă: Cum ne spuneți să promovăm alegerile și autodeterminarea beneficiarilor, pe de o parte, dar ne țineți responsabili de efectele adverse, pe de altă parte? Oare mărirea opțiunilor de alegere pentru beneficiari nu sporește riscul pentru prestatori?

Majoritatea persoanelor care pot fi descrise ca fiind în recuperare după o boală mintală pur și simplu nu se gândesc sau nu vorbesc defel despre cuvântul "recuperare". Ei vorbesc despre a-și găsi un loc de muncă, a-și face prieteni, a avea credință, a fi autosuficienți și, de obicei, a-și restabili viața. Participarea lor la acest proces este la fel de relevantă pentru toate etapele și formele de tratament, deși obiectivele fiecărei etape sau forme pot varia. De exemplu, în cazul unui episod acut, recuperarea nu începe după încheierea episodului și nu poate fi suspendată atunci când pacientul primește tratament. Din punctul de vedere al pacientului, mai degrabă episodul acut întrerupe temporar procesul de recuperare (sau poate fi o parte a procesului la care se poate aștepta), iar îngrijirile primite în această perioadă pot, mai mult sau mai puțin, promova sau submina procesul.

Recuperarea cere reconstruirea abordării de tratament, trecând de la perspectiva de profesionist spre perspectiva

persoanei. În acest sens, întrebarea nu este ce rol joacă recuperarea în tratament, dar ce rol joacă tratamentul în recuperare. Această schimbare are un impact important asupra modului în care concepem și prestăm îngrijiri și măsura în care asemenea îngrijiri sunt acceptate și eficiente pentru cei pe care îi deservim. De exemplu, dacă acceptăm premisa că boala mintală este o stare cu care mulți oameni învață a trăi, accentul pe alegeri și autodeterminare devine inevitabil, nu opțional. Cum altfel ar putea oamenii învăța să-și gestioneze starea și, în general, viața lor, dacă nu li se permite să ia decizii proprii?

Boala mintală este diferită de alte boli, după cum consideră prestatorii, din cauza problemelor de risc. Avem mai multe răspunsuri la această preocupare. În primul rând, majoritatea persoanelor cu boli mintale nu prezintă niciun risc pentru comunitate. De fapt, cercetările au arătat în mod constant că este mai probabil ca această populație să fie victimă, decât să facă alte persoane victime. Aceste constatări sugerează că persoanele cu boli mintale - ca toți ceilalți cetățeni americani - ar trebui să fie considerate nevinovate până când se dovedește contrariul. În ceea ce privește alegerile, această prezumție înseamnă a permite luarea propriilor decizii, cu excepția cazului în care și până când există motive clare și convingătoare pentru a impune restricții asupra acestui drept care este dreptul nostru civil fundamental. Un principiu major al paradigmei de recuperare este aplicarea corespunzătoare, în majoritatea cazurilor, a structurilor stabilite de acord informat și permisiune pentru tratament pentru majoritatea persoanelor cu boli mintale severe. Aplicarea acestui principiu înseamnă că – la fel ca și pentru alte forme de tratament - indiferent cât de expert sau de experimentat este prestatorul, în mod ideal, i se va permite persoanei și celor apropiați ei să ia decizii informate despre

îngrijiri. Nu este rolul medicului de a lua astfel de decizii privind sănătatea persoanei.

Dar o astfel de practică oare nu duce la devalorizarea sau ignorarea cunoștințelor și expertizei profesioniștilor? Recomandăm, pe de altă parte, ca abordarea orientată spre recuperare să apropie psihiatria de alte profesii medicale, în care rolul specialistului este de a evalua funcționarea pacientului, de a diagnostica starea sa, de a educa persoana cu privire la costurile și beneficiile intervențiilor eficiente disponibile pentru tratamentul stării respective și apoi de a oferi în mod competent intervențiile corespunzătoare, cu acordul informat și permisiunea pentru tratament. Dacă boala mintală este o boală ca și alte boli, personalul medical și publicul larg ar trebui să o trateze ca atare. Dacă acest principiu de bază este acceptat, este dificil să înțelegem de ce prestatorii cred că rolurile lor sunt mai puțin importante decât ale altor specialiști (cum ar fi cardiologii sau oncologii) sau că au nevoie de mai puține abilități.

Totodată, având în vedere că una dintre obligațiile sistemului public de sănătate mintală este de a proteja comunitatea, înțelegem și insistăm că – la fel ca și în alte forme de tratament - există excepții de la această regulă. Aceste excepții, așa cum sunt definite în mod clar în reglementările federale și de stat, implică întotdeauna persoana care prezintă un anumit grad de risc pentru sine sau pentru alte persoane. În aceste cazuri, ca și în medicina de urgență, pentru a lua măsuri de salvare a vieții, acordul informat și permisiunea pentru tratament sunt suspendate temporar. Aceste situații nu sunt contradictorii cu recuperarea, dar reprezintă o provocare majoră pentru recuperare - aceste provocări pot fi rezolvate în viitor prin mecanisme precum directivele psihiatrice în avans sau alte

mijloace creative, care le permit oamenilor să mențină controlul asupra vieții lor, chiar și în astfel de circumstanțe extenuante. Între timp, în loc să ne întrebăm dacă îngrijirile recuperative sporesc riscul (nu avem încă date în această privință), recomandăm că este mai util să evidențiem modalitățile în care o abordare recuperativă poate clarifica și consolida necesitatea deja existentă de a evalua și gestiona adecvat riscurile. În cadrul unui sistem de îngrijiri recuperative, este necesară evaluarea competență a riscurilor pentru a identifica situațiile rare în care oamenilor nu li se va permite să acționeze într-un mod care-i pune pe alții sau pe ei înșiși în situație de risc.

Prin definirea situației sau a perioadei în care oamenii prezintă un risc suficient pentru ca să se implice altcineva și să ia decizii pentru ei (pentru a-i proteja pe ei și pe cei din jur), evaluarea competență a riscurilor duce la produse secundare suplimentare, și anume la delimitarea unui domeniu de comportament și a unui grup de persoane care nu au o asemenea necesitate. Acest produs secundar este important, deoarece viziunea de recuperare nu doar evidențiază drepturile persoanelor cu boli mintale, ci și responsabilitățile acestora legate de membrii comunității. În cele mai multe cazuri, când oamenii nu prezintă un risc direct pentru ei sau pentru ceilalți, ei nu au doar dreptul să ia decizii proprii, ci și responsabilitatea de a o face. După cum sugerează Deegan (27), oamenii trebuie să aibă "demnitatea riscului" și "drept de eșec" pentru a învăța din greșelile lor. Având în vedere mediul social actual în care sunt prestate servicii de sănătate mintală, această latitudine va fi posibilă în primul rând prin utilizarea adecvată a strategiilor de evaluare și gestionare a riscurilor. Din acest motiv, promotorii acestei viziuni nu se tem de, nici nu exclud o analiză a evaluării riscurilor. Ei chiar o salută. Dar o salută cu

condiția ca, în majoritatea cazurilor, atunci când se constată că oamenii nu prezintă un risc serios sau urgent pentru sine sau pentru alții, să li se permită să facă alegeri proprii și să facă greșeli, dacă este necesar. Astfel, deși orientarea spre recuperare poate crește riscul, trebuie în primul rând sporit accesul persoanei la oportunități de a-și asuma riscuri, nu neapărat expunerea prestatorului sau a comunității la risc.

Un sistem de îngrijiri orientat spre recuperare nu va înceta să presteze tratament activ pentru a reduce semnele și simptomele bolilor mintale și nici nu va înceta să ofere intervenții de recuperare pentru a rezolva deficiențele funcționale. Principala diferență a sistemului de îngrijiri orientate spre recuperare, așa cum îl vedem noi, este că aceste intervenții și suporturi vor fi prestate într-un mod mai mult asemănător decât diferit de alte servicii de sănătate, pentru alte boli. Persoanele care beneficiază de aceste servicii își vor continua viața de zi cu zi, fie recuperându-se după boală, dacă este posibil, sau, dacă încă nu este posibil, vor avea acces la tehnologii, instrumente și facilități de mediu de care au nevoie pentru a integra boala sau dizabilitatea în viața lor, ca un singur element al existenței pluridimensionale și al sentimentului de identitate personală cu multiple fațete. În acest fel, ei nu se vor confrunta cu mai multă discriminare sau amenințări externe la adresa suveranității lor personale (spre deosebire de amenințarea reprezentată de natura bolii în sine), decât pacienții cu diabet zaharat, astm sau artrită. Unii prestatori de bună voință consideră că această formă de îngrijiri recuperative este deja disponibilă și probabil în unele comunități exemplare chiar este prestată. Totodată, transformarea sistemică are nevoie de timp și ne așteptăm ca, pentru a se materializa în mod substanțial, schimbările necesare de paradigmă vor necesita cel puțin o generație. Între timp, poate fi ironic faptul că asumarea riscului de a

presta îngrijiri recuperative promite să fie una dintre puținele modalități posibile de sporire a resurselor disponibile. Cu cât mai mult sunt implementate, în cadrul programelor, elemente de alegere și de autodeterminare și se acordă atenție scopurilor și aspirațiilor vieții și cu cât sunt colectate mai multe date pentru a demonstra eficacitatea, cu atât sunt mai mari șansele de a reuși să obținem o finanțare adecvată a serviciilor. Cu cât mai receptive sunt serviciile noastre, cu atât este mai probabil ca oamenii care se recuperează și cei apropiați lor să se alăture eforturilor noastre de promovare și să susțină, mai degrabă decât să conteste, legitimitatea lucrului pe care-l facem.

În cele din urmă, cu cât eforturile noastre de a promova incluziunea comunitară vor fi mai eficiente, cu atât mai puțin va fi nevoie de servicii de sănătate mintală, ceea ce ne va permite să reducem volumul dosarelor de caz și să petrecem mai mult timp pentru a atinge scopurile care ne-au adus inițial în acest domeniu. Odată stabilită cu fermitate, viziunea de recuperare ne va permite să vedem, deși în retrospectivă, că costul ne-asumării acestor riscuri - costurile cronicității, a instituționalizării și a lipsei unui adăpost - depășesc cu mult costurile realizării acestui lucru.

CAPITOLUL IV – SERVICII DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE BAZATE PE REABILITARE RECOMANDATE DE CĂTRE ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII.

Mesaje cheie ale acestui capitol

- Mulți oameni cu afecțiuni de sănătate mintală și dizabilități psihosociale se confruntă cu o calitate slabă ale îngrijirilor și încălcări ale drepturilor omului, ceea ce necesită schimbări profunde în sistemele de sănătate mintală și furnizarea de servicii.

- În multe părți ale lumii există exemple de bune practici, bazate pe comunitate servicii de sănătate mintală care sunt centrate pe persoană, orientate spre recuperare și la care aderă standardele drepturilor omului.

- În multe cazuri, aceste bune practici, serviciile comunitare de sănătate mintală arată mai scăzute

costurile de servicii decât serviciile obișnuite comparabile.

- Sunt necesare schimbări semnificative în sectorul social pentru a sprijini accesul la educație, locuri de muncă, locuințe și beneficii sociale pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală și dizabilități psihosociale.

- Este esențială extinderea rețelelor de sănătate mintală integrate, bazată pe comunitate, servicii pentru realizarea modificărilor cerute de CRPD.

- Recomandările și pașii concreți de acțiune din acest capitol oferă o claritate, parcurs clar pentru ca țările să atingă aceste obiective.

4.1. Promovarea abordărilor de sănătate mintală centrate pe persoană și pe drepturile omului.

În mai multe locuri din lume, țări, regiuni sau orașe au dezvoltat rețele de servicii, care abordează determinanții sociali ai sănătății și provocările multiple asociate pe care oamenii cu probleme de sănătate mintală și afecțiuni psihosociale se confruntă în fiecare zi în toate aspectele vieții lor. Aceste rețele depun eforturi pentru a face un pas mai departe și lucrează pentru a regândi și remodela relațiile între servicii și persoanele care vin la ele pentru ajutor. Aceste rețele de servicii, în unele cazuri, au fost inspirate în mod explicit de o agendă privind drepturile omului și au lucrat pentru a stabili o orientare către reabilitare. Deși se concentrează pe furnizarea unei diversități de servicii de sănătate mintală, ei de asemenea recunosc importanța abordării factorilor determinanți sociali și a colaborării active cu alte sectoare, precum acomodarea, educația și integrare în câmpul muncă. Mulți caută, de asemenea, să creeze condițiile pentru parteneriate autentice cu oameni, cu experiență trăită, pentru a le asigura expertiza și cerințele și sunt parte integrantă a serviciilor furnizate.

Prezentarea acestor rețele nu este menită să demonstreze standard fixe privind drepturile omului și ele nu sunt îndeplinite în toate servicii de rețea în nicio parte a lumii. Cu toate acestea, aceste exemple inspiratoare despre ceea ce se poate realiza cu angajament politic, determinare și o perspectivă puternică a drepturilor omului care sprijină acțiunile în domeniul sănătății mintale. Aceste exemple sunt o dovada vie, că factorii de decizie, planificatorii și furnizorii de servicii pot crea un sistem unic de servicii, pe care persoanele cu afecțiuni de sănătate mintală și dizabilități psihosociale doresc să le folosească și să găsească ajutor și care produc rezultate bune, protejând și promovând drepturile omului.

Rețelele de servicii descrise în acest capitol au fost alese pe baza bunelor practici cunoscute la Organizația Mondială a Sănătății. Procesul de selecție sa bazat pe cinci drepturile omului și recuperare criterii, și anume: respectarea capacității juridice, încetarea practicilor coercitive, participare, comunitate includerea și abordarea de recuperare. Rapoartele din întreaga lume evidențiază necesitatea de a aborda discriminarea și de a promova drepturile omului în instituțiile de îngrijire a sănătății mintale. Aceasta include eliminarea folosirii practicilor coercitive, cum ar fi forțat internarea și tratamentul forțat, precum și constrângerea manuală, fizică sau chimică și izolare și abordarea dezechilibrelor de putere care există între personalul medical și persoanele care utilizează serviciile. De la adoptarea CDPD în 2006, un număr tot mai mare de țări caută să-și reformeze legile și politicile lor pentru a promova drepturile la incluziune comunitară, demnitate, autonomie, împuternicire și recuperare.

Furnizarea de servicii de sănătate mintală la nivel comunitar, care aderă la principiile drepturilor omului subliniate în CDPD – inclusiv drepturile fundamentale la egalitate, nediscriminare, participare deplină și efectivă și incluziunea în societate și respectul pentru demnitatea inerentă și autonomia individuală a oamenilor – vor fi necesare schimbări considerabile în practică pentru toate țările. Implementarea unor astfel de schimbări poate fi o provocare contexte în care resursele umane și financiare insuficiente sunt investite în sănătatea mintală.

4.2. Exemple de bune practici a serviciilor de sănătate mintală.

În multe țări, serviciile comunitare de sănătate mintală oferă o gamă largă de servicii, inclusiv servicii de criză,

sensibilizare comunitară, sprijin de la egal la egal, servicii spitalicești, servicii de viață susținută și centre comunitare de sănătate mintală. Exemplele prezentate în acest capitol acoperă contexte diverse de la, de exemplu, serviciul comunitar de sănătate mintală din țări în curs de dezvoltare până la cele foarte dezvoltate. Deși fiecare dintre aceste servicii este unic, ceea ce este cel mai important este că toate promovează acțiuni de reabilitare centrate pe persoană, abordare bazată pe drepturi, de recuperare a sistemelor și serviciilor de sănătate mintală. Niciuna nu este perfectă, dar aceste exemple oferă inspirație și speranță, așa cum au luat-o cei care le-au stabilit pași într-o direcție pozitivă spre alinierea la CDPD.

Fiecare descriere a serviciului de sănătate mintală prezintă principiile de bază care stau la baza serviciului, inclusiv angajamentul de a respecta capacitatea juridică, practicile ne-coercitive, incluziunea comunitară, participarea și abordarea de recuperare. Important este că fiecare serviciu prezentat are o metodă de evaluare a serviciului, care este esențial pentru evaluarea continuă a calității, performanței și rentabilității. Aceste exemple de bune practici de servicii de sănătate mintală vor fi utile celor care doresc să se stabilească un nou serviciu de sănătate mintală sau reconfigurează serviciile existente. Aceste strategii sau abordări pot fi replicate, transferate sau extinse la dezvoltarea serviciilor în alte contexte.

În context mai larg, determinanții sociali critici care influențează sănătatea mintală a oamenilor, cum ar fi violența, discriminare, sărăcie, excludere, izolare, nesiguranță sau șomaj și lipsa accesului la locuințele, rețelele de protecție socială și serviciile de sănătate sunt factori adesea ignorați sau excluși din domeniul sănătății. În realitate, persoanele care trăiesc cu afecțiuni psihosociale și de sănătate mintală dizabilitățile se confruntă adesea cu bariere

disproporționate în calea accesului la educație, locuri de muncă, locuințe și beneficii sociale – drepturi fundamentale ale omului – pe baza handicapului lor. Din acest motiv, este important să se dezvolte servicii de sănătate mintală care să se implice în aceste vieți importante probleme și să se asigure că serviciile disponibile populației generale sunt accesibile și persoanelor cu stări de sănătate mintală și dizabilități psihosociale.

Recomandări cheie:

Sistemele de sănătate din întreaga lume în țările cu venituri mici, medii și mari înțeleg din ce în ce mai mult necesitatea de a oferi servicii de sănătate mintală de înaltă calitate, centrate pe persoană, orientate spre recuperare, care să protejeze și promovează drepturile omului. Guvernele, profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale, ONG-urile, organizațiile persoanelor cu dizabilități (OPD) și alți actori și părți interesate ale societății civile pot face pași semnificativi în direcția îmbunătățirii sănătății și bunăstării populațiilor lor prin luare acțiune decisivă pentru introducerea și extinderea serviciilor de bune practici și a sprijinului pentru sănătatea mintală în sisteme sociale mai largi, protejând și promovând în același timp drepturile omului.

Pentru a integra cu succes o abordare centrată pe persoană, orientată spre recuperare și bazată pe drepturi în sănătate mintală, țările trebuie să schimbe și să-și lărgească mentalitățile, să abordeze atitudinile stigmatizante și eliminarea practicilor coercitive. Ca atare, este esențial ca sistemele și serviciile de sănătate mintală să-și extindă concentrarea dincolo de modelul biomedical pentru a include și o abordare mai holistică care ia în considerare toate aspectele a vieții unei persoane. Practica actuală în toate părțile lumii, totuși, plasează drogurile psihotrope la centru

de răspunsuri la tratament, în timp ce intervenții psihosociale, intervenții psihologice și sprijinul de la egal la egal ar trebui, de asemenea, explorat și oferit în contextul unei recuperări centrate pe persoană și abordare bazată pe drepturi.

4.3. Servicii de criză de sănătate mintală.

Scopul serviciilor de criză este de a sprijini persoanele care se confruntă cu o problemă psihică acută. Cu toate acestea, acestea sunt chiar serviciile în care oamenii sunt expuși unui risc crescut de a le fi încălcate drepturile omului, inclusiv prin admitere și tratament forțat, prin utilizarea unor practici coercitive, cum ar fi izolarea și constrângerile fizice, mecanice și chimice. Aceste practici s-au dovedit a fi dăunătoare sănătății mintale, emoționale și fizice a oamenilor, ducând uneori la moarte.

Următoarele abțazuri prezintă o selecție de servicii de criză care oferă îngrijire și sprijin eficient fără a recurge la utilizarea forței sau a constrângerii și care respectă dreptul la capacitate juridică și alte drepturi ale omului. Astfel de servicii pot fi furnizate în diferite moduri. Unii îi ajută pe oameni să-și depășească criza acasă, cu sprijinul unei echipe multidisciplinare. Alții oferă îngrijire și sprijin în centre sau case de răgaz. Acestea oferă cazare temporară la nivel comunitar, concepută pentru a permite pauze pe termen scurt din viața de zi cu zi obișnuită a oamenilor.

Toate serviciile prezentate în aici au o abordare holistică, centrată pe persoană, a îngrijirii și susținerii. Ei recunosc că nu există un consens asupra a ceea ce constituie o criză și că ceea ce o persoană poate experimenta, ca o criză poate să nu fie privită ca atare de către altcineva. Prin urmare, fiecare serviciu prezentat în această secțiune abordează criza ca pe o experiență foarte personală, unică și subiectivă, care necesită niveluri diferite de sprijin pentru a depăși o persoană.

Pe baza unei abordări bazate pe drepturile omului și a recuperării, serviciile prezentate în această secțiune acordă o atenție deosebită asimetriilor de putere din cadrul serviciului. Mulți se concentrează, de asemenea, pe implicarea semnificativă a colegilor și pe asigurarea unui spațiu sigur și a unui mediu confortabil în care să depășească criza. Toți insistă asupra importanței comunicării și dialogului cu persoanele care se confruntă cu criza și înțeleg că oamenii înșiși sunt experți atunci când vine vorba de propriile nevoi de îngrijire și sprijin.

Persoanele care primesc sprijin de la serviciile de răspuns la criză prezentate aici nu sunt niciodată excluse din viața comunității. Multe servicii includ în mod activ familiile și prietenii apropiați în îngrijirea și sprijinul persoanelor, cu acordul acestora. În plus, aceste servicii de răspuns la criză sunt bine conectate cu alte resurse disponibile în comunitate. Ei sunt capabili să conecteze indivizii cu și să îi ajute să navigheze în sistem în exterior, astfel încât să fie sprijiniți dincolo de perioada de criză.

În general, succesul acestor servicii demonstrează că răspunsul la criză nu necesită utilizarea forței sau constrângerii. În schimb, comunicarea și dialogul, consimțământul informat, implicarea colegilor, flexibilitatea în sprijinul oferit și respectul pentru capacitatea juridică a individului sunt dovedite pentru a obține îngrijire și sprijin de calitate, care răspund nevoilor oamenilor.

Dialog deschis (Open Dialogue)- Serviciul de Criză Laponia, Finlanda

Serviciul Open Dialogue de criză și de comunicare la domiciliu are sediul la Spitalul Keropudas, din orașul Tornio și este coordonat și administrat de Ambulatoriul Keropudas. Deservește întreaga regiune Laponia de Vest și se

coordonează cu alte clinici și servicii de ambulatoriu din regiune. Spitalul Keropudas este axat exclusiv pe sănătatea mintală și oferă îngrijire pentru pacienți internați pentru toate municipalitățile din vest Laponia cu o unitate de psihiatrie cu 22 de paturi. Echipa serviciului de criză Open Dialogue este formată din 16 asistente medicale, un asistent social, psihiatru, psiholog, terapeut ocupațional și secretar. Medicii stagiași și lucrătorii de la egal la egal participă și la activitatea clinicii, care deservește în medie 100 de persoane noi timp de o lună ca parte a serviciului finlandez de sănătate publică.

Serviciul de criză își propune să ofere o intervenție bazată pe psihoterapie pentru persoanele care prezintă o criză de sănătate mintală, inclusiv cei cu simptome psihotice, și este disponibil 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână, prin telefon, text, e-mail sau direct. Serviciul oferă punctul unic de contact pentru situații de criză din Laponia de Vest și își propune să răspundă la fiecare sesizare imediat și întotdeauna în termen de 24 de ore, cu excepția cazului în care persoana implicată solicită în mod expres o întârziere.

Odată contactat, membrul echipei care a primit cererea inițială organizează un caz specific echipa incluzând personalul serviciilor de criză și uneori alte servicii, cum ar fi asistenții sociali. Această echipă lucrează cu persoana aflată în criză de-a lungul timpului în care este nevoie. Întâlniri regulate de echipă cu utilizatorii serviciului sunt ținute la domiciliul lor sau în birourile serviciului în funcție de preferințele persoanei respective – zilnic dacă este necesar. Consultarea este extinsă pentru a include familia și/sau rețeaua de sprijin a individului, cu permisiunea lor.

Aspectele cheie cu valoare adăugată ale serviciului sunt flexibilitatea, mobilitatea și continuitatea îngrijirii de către echipa de suport. Serviciul funcționează pentru a minimiza utilizarea medicamentelor, a fi pe deplin

transparent și a asigura indivizii și opiniile lor sunt esențiale pentru toate discuțiile și deciziile cu privire la îngrijirea lor. Dialog deschis încearcă să promoveze potențialul clientului de autoexplorare, autoexplicație și autodeterminare.

Principiile de bază care stau la baza serviciului

Respectul pentru capacitatea juridică este un principiu central al Dialogului deschis, la fel ca și deciziile de tratament sunt determinate de persoana care utilizează serviciul și echipa de tratament este pe deplin disponibilă pentru a le oferi sprijinul pe care și-l pot dori. Creând condițiile unui dialog real, serviciul urmărește promovarea demnității persoanei și respectarea capacității lor juridice. Membrii echipei lucrează pentru a crea o situație în care toate vocile sunt auzite în egală măsură, iar planurile de îngrijire terapeutică reiese din acest dialog. Echipa de criză Open Dialogue își propune, de asemenea, să fie sensibilă la diferențele de putere implicate uneori de criză, care poate avea ca efect subminarea oportunității celor care folosesc serviciul să exprime nevoile și preferințele acestora. Serviciul abordează problema puterii și a modului de administrare și minimizează dezechilibrele sale, în formarea și supravegherea membrilor echipei. Directivele prealabile nu sunt folosite în serviciu și nici în restul Finlandei.

Practici non-coercitive

Serviciul de criză lucrează pentru a evita intervențiile coercitive, încercând să detensioneze situațiile tensionate. Oameni care refuză să ia medicamente nu sunt amenințați cu internarea în spital și există negocieri pentru găsi o soluție sigură și agreabilă pentru aceste situații. Personalul de service este instruit în managementul agresiunii reale sau potențială, așa ca intervenție de de-escaladare. Cu toate acestea, în ciuda proceselor pentru a evita practicile coercitive, uneori oamenii sunt admiși și tratați împotriva voinței lor în secțiile

spitalicești a Spitalului Keropudas, când este vorba de asigurarea siguranței oamenilor și nu apar alte variante.

Incluziunea comunitară

Scopul principal al serviciului este de a oferi sprijin unei persoane aflate în criză pentru a evita spitalizarea. Ca atare, cea mai mare parte a muncii serviciului de criză se desfășoară în comunitate. Serviciul lucrează îndeaproape cu școli, institute de formare și locuri de muncă, precum și cu alte organizații care ar putea oferi sprijin. Întâlnirile pot implica actori din diferite părți ale sprijinului individului și poate include familia, vecinii, prietenii, profesorii, asistenții sociali și tămăduitori tradiționali etc. Utilizatorii serviciilor se pot consulta, de asemenea, cu practicieni individuali, dacă aceștia doresc și pot practica activități fizice săptămânale, cum ar fi înotul, golful etc.

Participare

Deși lucrătorii de la egal la egal nu sunt recunoscuți în sistemul de sănătate finlandez, patru lucrători de la egal la egal sunt angajați de către serviciul de criză Open Dialogue pe bază de consultanță. Aceștia sunt angajați în principal în formare și management, dar și organizarea și facilitarea întâlnirilor grupurilor de sprijin. Ele pot lucra cu anumite indivizi și participă la întâlniri, dar nu sunt considerați membri cu drepturi depline ai cazului specific a unei echipe. Din 2014, serviciul dezvoltă o nouă formă de formare care implică ambii profesioniști și colegii. Acest antrenament este văzut ca un vehicul pentru a auzi mai puternic punctul de vedere al colegilor.

Abordare de recuperare

Modelul Dialogul Deschis folosește elemente de terapie psihodinamică individuală și terapie sistemică de familie într-o singură intervenție cu persoana care utilizează serviciul și cu familiile acestora. Se concentrează pe

centralitatea relațiilor, a valorilor și a înțelegerii diferitelor perspective, este în concordanță cu abordarea de recuperare. Împuternicește persoana care utilizează serviciul prin evitarea utilizării tehnicilor limbajului profesional și, în schimb, încearcă să normalizeze și să dezvolte sensul din experiențele persoanei. De asemenea, îi încurajează să se implice activ în deciderea cum ar trebui să fie problemele de discutat și abordat.

4.4. Servicii spitalicești de sănătate mintală.

Serviciile generale de sănătate mintală din spitale oferă tratament și îngrijire prin sănătate mintală unități de spitalizare, servicii de ambulatoriu și servicii de comunicare comunitară. Din punct de vedere istoric, în spital serviciile de sănătate mintală în multe țări au cuprins spitale de psihiatrie sau instituții rezidențiale sociale, care sunt izolate de restul comunității. Oamenii locuiesc adesea în aceste secții pentru săptămâni, luni și chiar ani. Aceste instituții sunt adesea asociate cu practici coercitive extinse și încălcări ale drepturilor omului, inclusiv violență, abuz și neglijență, precum și admiterea involuntară și tratament, izolare și constrângeri fizice, mecanice și chimice, precum și inumane și condiții de viață.

Serviciile prezentate în această secțiune pleacă de la acest model și oferă în schimb îngrijire spitalicească în cadrul spitalelor generale, care sunt integrate în sistemul general de sănătate și restul comunitate. Într-adevăr, aceste servicii sunt organizate astfel încât oamenii să petreacă un minim de timp în îngrijirea, și rămân conectați la rețelele lor de asistență pe tot parcursul șederii. Serviciile depun eforturi pentru a conecta oamenii la alte servicii și suporturi comunitare, dincolo de cele oferite în spital, pentru a facilita întoarcerea oamenilor la viața și comunitatea lor.

În plus, toate serviciile prezentate au procese în vigoare pentru a pune capăt utilizării practicilor coercitive. Aceste servicii se străduiesc, de asemenea, să respecte dreptul oamenilor la consimțământul informat și de a lua decizii pentru ei înșiși despre tratament și alte chestiuni. De exemplu, aceștia pot fi încurajați să proiecteze în avans directive sau planuri de criză sau să participe la alte inițiative de promovare a procesului decizional și a autonomiei.

Eliminarea treptată a spitalelor de psihiatrie de sine stătătoare și a instituțiilor rezidențiale sociale în favoarea celor bazate pe comunitate alternativă este critică. Asigurarea că oamenii primesc îngrijire și sprijin care să răspundă nevoilor lor și respectarea drepturilor omului este primordială. Serviciile de sănătate mintală oferite în cadrul spitalelor generale poate fi de ajutor în atingerea acestor obiective, atunci când sunt furnizate ca parte a unei game de servicii comunitare și suport. Astfel de servicii, furnizate într-un mod necoercitiv, pot respecta voința, preferințele și preferințele unei persoane autonome și sprijiniți-i în călătoria lor de recuperare. Exemplul oferit în această secțiune arată că este posibil să avem îngrijire și sprijin de calitate de sănătatea mintală în mediile spitalicești generale și este o opțiune pentru persoanele care cred că ar beneficia de servicii spitalicești.

Soteria Berna, Elveția

Soteria Berne are statutul juridic de spital de psihiatrie public specializat și este integrată cu alte două servicii de psihiatrie din Berna, cu toate acestea abordarea sa diferă semnificativ alte servicii psihiatrice spitalicești și de ambulatoriu. Soteria Berne oferă o abordare integrată de îngrijire persoanelor care trăiesc printr-un episod psihotic, după modelul primei case Soteria, care a fost fondată în 1971 în San Francisco, SUA. Atunci și acum, Soteria se baza pe

filozofia că, „a fi cu” sau a fi însoțit în timpul unei crize, cuplat cu un mic și de susținere, non-spital, asemănător familiei mediu cu medicamente scăzute sau deloc, poate produce terapeutice similare sau chiar mai bune rezultate decât metodele spitalicești. În contrast, mediile spitalicești pot fi contra-terapeutice pentru persoane care se confruntă cu un episod de psihoză din cauza nivelurilor ridicate de stimuli, modificări ale personalului, rigide eguli, absența confidențialității și lipsa de transparență, în special în deciziile de tratament.

Casa Berna Soteria are sediul într-o zonă rezidențială cu 10 dormitoare pentru persoane fizice și două echipe membri. Locuitorii, trimiși de la serviciile din Berna și cantonul învecinat, rămân de obicei de la șapte până la nouă săptămâni și până la trei luni. În medie, 60 de persoane stau anual la Casa Soteria. Membrii echipei includ doi psihiatri și un psiholog, asistente medicale de sănătate mintală, educațional muncitori și un artist. Oamenii cu experiență trăită de boală psihică, sunt încurajați în mod deosebit să lucreze la Soteria, și sunt denumite în Elveția persoane cu „implicare cu experiență”. Membrii echipei lucrează în ture pe perioade de 48 de ore fără întrerupere pentru a asigura continuitatea și imersiunea în viața de zi cu zi la Casa Soteria.

Peste 90% dintre persoanele care se confruntă cu psihoză pot fi tratate la Soteria, totuși, persoanele considerate a avea un risc foarte mare de sinucidere sau vătămare extremă a sinelui sau a altora nu sunt acceptate, cu excepția cazului în care nivelul de risc se diminuează. Astăzi oamenii pot fi admiși fie prin intrare planificată, fie prin internare de urgență la orice oră din zi sau din noapte. O trimitere de la un medic sau spital nu este întotdeauna necesară; indivizi, membrii familiei sau terapeuții pot contacta direct Soteria pentru a solicita admiterea. Familial și relevant alții sunt implicați în

procesul de tratament de la început până la sfârșit și au întâlniri lunare cu membrii echipei.

Sprijinul în casa Soteria este împărțit în trei faze. Prima fază de sprijin este despre anxietate rezoluție și relaxare emoțională în timpul stării psihotice acute, în așa-numita cameră moale – un stimul scăzut, mediu calm și confortabil. A doua fază de „activare și ajustare a realismului” sprijină integrarea treptată în activitățile gospodărești obișnuite de zi cu zi odată ce criza s-a diminuat.

În cele din urmă, în a treia etapă oamenii se reintroduc treptat în lumea exterioară, cu pregătire pentru integrarea socială și profesională și planificarea pentru prevenirea recăderilor.

Viața de zi cu zi în casă este organizată de utilizatorii serviciului împreună cu membrii echipei pentru a crea un realitate care nu se concentrează doar pe probleme de sănătate mintală. Psihoterapie, terapie cognitivă și uneori o abordare mai psihodinamică sunt toate folosite ca instrumente terapeutice. În 2018, abordarea Dialogului Deschis a fost introdus – în timpul unei „conferințe de tratament” săptămânale, o persoană reflectă asupra săptămânii trecute cu membrii echipei și se concentrează pe următorii pași sau obiective în tratament. O singura dată

pleacă, utilizatorii serviciului pot opta pentru un serviciu post-îngrijire ambulatoriu oferit de Casa Soteria, inclusiv un centru de zi la fața locului și suport complet ambulatoriu la domiciliu. Oferă și Casa Soteria un apartament supravegheat în centrul orașului pentru a sprijini două până la trei persoane care trec la independent locuitor, până la doi ani.

Principiile de bază și valorile care stau la baza serviciului

Respectul pentru capacitatea juridică - Păstrarea puterii personale este un element cheie al abordării Soteria, reflectând o aliniere cu protecția și promovarea capacității juridice a persoanelor. Consimțământul informat este

întotdeauna obținut când oamenii intră în serviciu. Scala internațională de fidelitate Soterity, codul principiilor comune adoptat de Asociația internațională a Caselor Soteria din întreaga lume, se referă la „codeterminarea în timpul tratament”, ceea ce înseamnă că deciziile privind obiectivele terapeutice sunt dezvoltate în mod activ de către persoana însăși, împreună cu echipa de tratament. Nici un tratament nu este dat fără acord explicit și informat. Prin completarea unui chestionar privind vulnerabilitatea la simptomele psihotice, utilizatorii de servicii pot să-și dezvolte propriul model explicativ de ce au dezvoltat psihoză și cum le trăiesc experiențele de viață ar fi putut alimenta asta. Utilizatorii serviciilor completează, de asemenea, un chestionar privind prevenirea recăderilor, adică în esență, o directivă prealabilă în care oamenii își identifică simptomele de avertizare timpurie înainte de criză și enumerați oamenii în care pot avea încredere, strategiile care sunt utile și spitalele pe care le-ar putea prefera. Luarea deciziilor sprijinită este facilitată de filozofia „a fi cu” a Soteriei, ceea ce înseamnă un accent petrecând timpul cu persoana până când poate lua o decizie în mod independent. Această filozofie este valabilă la toate activitățile, cum ar fi alegerile cu privire la mese, confruntarea cu efectele medicamentelor, când și cum părăsiți casa și cum să accesați sprijin financiar și locuință.

Practici non-coercitive

Soteria Berne este un serviciu voluntar, ceea ce înseamnă că participă doar cei care doresc să intre în serviciu. A Principiul de bază al casei Soteria este că „toate medicamentele psihotrope [sunt] luate la alegere și fără constrângere”. Deși personalul nu este instruit în mod special în tehnici non-coercitive, reținerea și forța nu sunt niciodată folosite. În Soteria nu există camere de izolare, dar se folosește o „camera moale”. Atunci când o persoană se confruntă cu psihoză acută, astfel încât membrii echipei se

concentrează pe de-escaladarea crizei oferind persoanei un mediu sigur în care se poate simți în siguranță și se poate odihni. Când nu funcționează alianță poate fi stabilită, sau atunci când tratamentul nu poate continua din orice motiv, o persoană poate face aranjamente alternative pentru ei înșiși sau pot fi îndrumați de către echipa Soteria unuia dintre localnicii spitalului de psihiatrie. Acest lucru este rar și se întâmplă în medie de două până la trei ori pe an.

Incluziunea comunitară

Efectuarea activităților de zi cu zi într-un cadru terapeutic și recuperarea într-un mediu „normal” este văzut ca un instrument terapeutic cheie de abilitare pentru cei care se confruntă cu psihoză, astfel încât toate sarcinile relevante pentru locuința independentă într-o comunitate, cum ar fi curățarea și gătitul, sunt efectuate de rezidenți. A doua și a treia fază de tratament și, ulterior, suportul ambulatoriu, sunt concepute special pentru a permite pacienților să creeze legături cu comunitatea. Casa Soteria este la doar 20 de minute de mers pe jos de oraș centru. Familia și prietenii au acces constant la casă, iar rezidenții sunt liberi să vină și să plece, așa că

nu există barieră sau sentiment de izolare față de comunitate. Membrii echipei discută, de asemenea, cu fiecare din rezidenți în proiectele lor viitoare, cum ar fi angajarea sau viața independentă. Personalul facilitează conexiunea cu servicii comunitare, sprijin și organizații, ajută locuitorii să construiască relații pozitive în comunitatea sau chiar ajută la stabilirea aranjamentelor de lucru, astfel încât rezidenții să își poată păstra un loc de muncă care este fundamental pentru recuperare”.

Participare

Casa Soteria pune în legătură rezidenții actuali cu foștii rezidenți prin întâlniri de sprijin între egali. Un membru

al echipei cu experiență trăită stabilește legături între utilizatorii de servicii și rețelele de la egal la egal în comunitate și moderează un grup de canabis și psihoză și un grup de recuperare. Un grup de foști rezidenți și un grup de la egal la egal se întâlnesc în fiecare lună. Există, de asemenea, planuri de a permite oamenilor cu trăit experiență pentru a participa la luarea deciziilor la nivel înalt în Soteria Berna.

Abordare de recuperare

Abordarea de recuperare este declarată în mod explicit ca unul dintre cele opt principii de bază ale Soteria Berne și este o parte integrantă a practicilor și a filozofiei care stau la baza. Abordarea Soteria de recuperare este centrată pe dezvoltarea speranțelor și obiectivelor unei persoane, mai degrabă decât să se concentreze doar pe simptome. Având în vedere că există un sens de a fi găsit într-o criză ajută la normalizarea sentimentelor, acțiunilor și gândurilor în situații acute a fazei psihozei. Cu ajutor, rezidenții creează planuri individuale de recuperare în ceea ce privește sănătatea, locuința, muncă, finanțe, petrecere a timpului liber care le captează în mod sistematic speranțele, grijile, obiectivele și strategiile de a face față situațiilor dificile și să rămână compensați. În cele din urmă, principiile directe ale Soteria Berne sunt aliniată cu un model de recuperare, în care personalul non-medical sprijină puterea personală a fiecărui rezident, implicarea lor rețelele sociale și responsabilitățile lor comune.

4.5. Centre comunitare de sănătate mintală.

Centrele comunitare de sănătate mintală oferă opțiuni de îngrijire și sprijin pentru persoanele cu sănătate mintală condițiile și dizabilitățile psihosociale din comunitate. Aceste centre sunt menite să ofere sprijin în afara unui cadru instituțional și în apropierea caselor oamenilor. Gama de opțiuni de asistență oferite în aceste centre variază în funcție de dimensiune, context și link-uri către sistemul general de sănătate dintr-o țară. Cu toate acestea, toate bunele practici prezentate în acest document oferă servicii de consultanță, inclusiv sesiuni individuale sau de grup în care o persoană poate fi sprijinită pentru a începe, continua și/sau opri diferite forme de îngrijire, cum ar fi consiliere, terapie sau medicamente.

Pentru a sprijini oamenii pe care îi deservește, aceste servicii subliniază, de asemenea, importanța incluziunii sociale și participarea la viața comunității și întreprinderea acțiunilor pentru atingerea acestor obiective. În acest context, sprijinul de la egal la egal, și sprijin în accesarea oportunităților de angajare și formare, educație și activități sociale și de agrement activitățile sunt caracteristici importante. Multe centre de sănătate mintală își asumă în mod activ un rol de coordonare în îndrumarea oamenilor către diferite servicii și suporturi din comunitate. Exemplul oferit în secțiunea următoare reflectă diversitatea unora dintre aceste roluri și activități diferite. Este important de reținut că toate centrele de sănătate mintală prezentate în această secțiune au o abordare holistică, centrată pe persoană abordare a îngrijirii și sprijinului, încercarea de a reduce asimetriile de putere dintre personal și persoanele care folosesc serviciul și luați în considerare sprijinul dincolo de tratamentul medical.

În unele țări, aceste centre comunitare de sănătate mintală sunt un pilon fundamental al sănătății mintale sistem.

Nu numai că oferă îngrijire și sprijin esențial, bazat pe comunitate, dar servesc și ca a piatră de temelie pentru coordonarea și continuitatea îngrijirii. Asigurându-se că oferă îngrijire și sprijin, adică prin urmare, este esențială, bazată pe comunitate, orientată către drepturi și concentrată pe abordarea redresării.

Centros de Atenção Psicosocial (CAPS) III

Brasilândia, São Paulo, Brazilia

Centrele comunitare de sănătate mintală, cunoscute sub numele de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sunt piatra de temelie a rețelei comunitare de sănătate mintală din Brazilia. CAPS sunt specializate servicii de complexitate medie, care sunt bine integrate la nivelul asistenței primare. Sunt diverse tipuri de CAPS, unele fiind destinate în principal adulților, iar altele axate pe copii și adolescenți.

Serviciile CAPS III se adresează adulților, precum și copiilor și adolescenților și oferă servicii nonstop în zonele cu o populație mai mare de 150 000. Aceste servicii, care există în toată Brazilia, acționează ca un substitut direct al rol asigurat în mod tradițional de spitalele de psihiatrie.

CAPS III Brasilândia și-a început activitatea ca CAPS II în 2002 și a devenit un serviciu CAPS III care operează 24 ore pe zi, șapte zile pe săptămână, la începutul anului 2020. Serviciul este gestionat de Asociația pentru Sănătatea Familiei (Associação Saúde da Família), o organizație socială. Ca toate facilitățile CAPS III, centrul oferă îngrijire și sprijin pentru sănătate mintală la nivel comunitar, continuu și adaptat, inclusiv servicii de criză. Aceasta dezvoltă acțiuni bazate pe valori bazate pe principiile libertății în primul rând și dezinstituționalizării.

Serviciul se leagă de centrele comunitare de sănătate primară (Unidade Básica de Saúde) și ale acestora, echipe pentru sănătatea familiei, împreună cu Centrele de sprijin pentru sănătatea familiei (Núcleo de Atenção à Saúde da

Família (NASF)) – echipe multidisciplinare cu expertiză de specialitate, inclusiv în domeniul psihic sănătate. Această integrare între rețelele de asistență medicală primară și de sănătate mintală în contextul sistemului universal de asistență medicală din Brazilia adaugă o valoare specială serviciului pentru utilizatori, membrii familiei și profesioniști. O concentrare puternică asupra comunității este, de asemenea, parte integrantă a abordării CAPS III – implicând totul, de la legătura cu întreprinderile comunitare și sportul, până la advocacy și sensibilizare.

CAPS III Brasilândia este conceput pentru a crea o structură și un mediu similar cu cel al unei case. Din punct de vedere structural, centrul are zone comune interioare și exterioare pentru socializare și interacțiune altele, o zonă de luat masa, săli de consiliere individuală, o sală de activități de grup, farmacie și femei și cămine pentru bărbați, fiecare cu patru paturi, unde persoanele care se află în criză sau au nevoie de răgaz pot sta până la 14 zile. Centrul organizează, de asemenea, activități și evenimente în comunitate folosind spații publice precum parcuri, centre comunitare de agrement și muzee.

Centrul are 58 de angajați, inclusiv psihiatri, psihologi, terapeuți ocupaționali, asistente, asistenți sociali, personal de farmacie și personal administrativ. Aproximativ 400 de persoane participă la centru în mod regulat în fiecare lună și, în medie, 60 de persoane noi participă la primele consultații pe luna. Nu există nicio restricție cu privire la cine poate folosi serviciul și nimănui nu i se refuză accesul pe baza capacitate – dacă este plină, centrul se leagă cu alte serviciului CAPS III - servicii de cazare. Centrul nu trimite oamenii la spitale de psihiatrie. Odată înregistrată ca utilizator CAPS, o persoană care utilizează serviciul elaborează un plan individual de îngrijire (Projeto Terapêutico Singular (PTS)) cu practicianul lor de referință. PTS cartografiază pe cea a

unei persoane istoric, nevoi, rețea socială și de sprijin, ipoteză de diagnostic, provocări personale, puncte forte și obiectivele vieții. PTS este revizuit în mod regulat de practicianul de referință și de membrii echipei care lucrează cel mai consecvent cu utilizatorul serviciului. Membrii echipei sprijină utilizatorii de servicii în multe alte moduri, de la medierea conflictelor până la însoțirea acestora la anumite întâlniri sau activități. Cinci grupuri de lucru orientate spre drepturi sprijină activitatea centrului, dintre care patru implică utilizatorii serviciilor. Ei se bazează pe principiile directe ale centrului și includ un grup de lucru pentru artă și cultură; o locuință grup legat de unități de viață independente susținute (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)); Un grup de muncă și generare de venituri; un grup de lucru pentru criză; și un grup teritorial-comunitar care identifică și oferă legături către servicii comunitare primare și promovează incluziunea comunității initiative culturale.

Principiile de bază și valorile care stau la baza serviciului. - Respectul pentru capacitatea juridică.

Centrul sprijină utilizatorii de servicii să-și exercite capacitatea juridică în viața de zi cu zi, promovând individul autonomie și independentă de luare a deciziilor.

Recunoașterea cetățeniei și afirmarea persoanelor drepturile sunt probleme centrale pentru CAPS. Prezența este pe deplin voluntară și se bazează pe principiul libertății primului; persoanele fizice nu pot fi îndrumate către centru sau nu pot primi tratament fără acordul lor.

Practici non-coercitive

Evitarea practicilor coercitive este un principiu cheie al modelului CAPS. Izolarea nu a fost niciodată folosit la CAPS III Brasilândia. Eforturile de evitare a practicilor coercitive sunt susținute de o concentrare zilnică asupra dezechilibrele de putere și consecințele acestuia. Când apar,

centrul identifică soluții. De exemplu, în timp ce confidențialitatea este protejată, nu există niciun loc în centru în care utilizatorii de servicii să nu poată intra sau utiliza; inclusiv camera personalului și dotările acesteia.

Toate strategiile de sprijin și îngrijire, inclusiv medicamentele, sunt discutate și convenite de comun acord cu individ implicat. Dacă o persoană nu dorește să ia medicamente, alte strategii de îngrijire, cum ar fi vizite zilnice la domiciliu, pot fi oferite în continuare. Un individ aflat în criză nu este niciodată îndrumat către un alt serviciu unde ar putea fi utilizate practici coercitive, iar grupul de lucru pentru criză este disponibil pentru a oferi sprijin suplimentar dacă este necesar. Cu toate acestea, în perioada februarie 2019-februarie 2020, constrângerile au fost utilizate de trei ori, pentru mai puțin de o oră în fiecare caz, iar un membru al echipei a rămas cu persoana respectivă în acest timp. După fiecare apariție, serviciul s-a întâlnit pentru a identifica unde și de ce a eșuat serviciul.

Incluziunea comunitară

La nivel individual, utilizatorii de servicii sunt sprijiniți să-și identifice în mod activ incluziunea în comunitate obiective în PTS lor. Grupul de lucru teritoriu-comunitate identifică locații pozitive ale comunității, precum cafenelele sau grupurile primitoare, care sprijină includerea unui individ în comunitatea lor. La un nivel mai larg al comunității, membrii echipei CAPS se angajează cu oamenii din comunitate pentru a înțelege dinamica socială, cartografiind problemele frecvente care afectează cel mai mult viața oamenilor și sănătatea mintală. Sunt identificate resursele comunității (liderii comunității, parcuri etc.) și parteneriate cu oamenii și servicii dezvoltate pentru a desfășura inițiative de îngrijire a sănătății mintale. Grupurile de lucru CAPS ridică și ele conștientizarea centrului și organizarea de evenimente menite să reducă stigmatizarea.

Pentru a îmbunătăți angajamentul social, Centrul construiește în mod proactiv relații cu întreprinderile, instituțiile și serviciile locale.

Participare

Serviciul are o întâlnire zilnică de dimineață care permite utilizatorilor serviciului să discute despre ziua următoare și decide dacă activitățile planificate necesită ajustări sau dacă alte activități ar fi mai interesante. A la adunarea săptămânală participă aproximativ 60 de persoane, inclusiv utilizatori de servicii, membri ai familiei și profesioniști, care le permite oamenilor să-și exprime punctul de vedere despre practicile și liniile directoare ale serviciilor, identifica problemele și găsește soluții comune. Este, de asemenea, o oportunitate de a face față dezechilibrelor de putere și pentru a discuta probleme sociale comune, cum ar fi stigmatizarea și violența. Utilizatorii serviciilor au un rol activ în grupuri de conducere, inclusiv grupul Hearing Voices și întâlnirea grupului de sprijin de la egal la egal. Aceste activități sunt organizate de utilizatorii serviciilor cu sprijinul membrilor echipei. Ca și în cazul tuturor celorlalte centre CAPS, utilizatorii de servicii pot participa în Consiliul de Management, un grup de consultare pentru publicul la nivel înalt deciziile de politică elaborate în toate serviciile de sănătate din cadrul SUS.

Abordare de recuperare

Prin dezvoltarea PTS personală, indivizii își asumă un rol activ în dezvoltarea propriei lor centrate pe persoană plan de recuperare. Sunt sprijiniți în identificarea nevoilor și dorințelor lor, proiectele de viață sunt discutate și sunt convenite strategii de îngrijire și sprijin cu responsabilități comune. Procesul este orientat spre drepturi și bazat pe valori de dezinstituționalizare pentru a le împuternici oamenilor să preia controlul asupra lor propriul proces de

recuperare și pentru a spori participarea socială. Natura activă de comunitate a CAPS asigură, de asemenea, că călătoria de recuperare a unei persoane este susținută în mod concret dincolo de centrul însuși. De crearea de oportunități sociale pozitive și prin sprijinirea unei persoane în viața de zi cu zi, centrul sprijină și echipează persoana respectivă pentru a-și conduce în mod activ și autonom viața în comunitate.

4.6. Serviciul de sprijin de la egal la egal .

Serviciile de sănătate mintală de sprijin de la egal la egal constau în sesiuni de sprijin individual sau de grup oferite de oameni cu experiență trăită altora care doresc să beneficieze de experiența și sprijinul lor. Scopul este de a sprijini oamenii în problemele pe care le consideră importante pentru propria lor viață și recuperare, într-un mod care este lipsit de judecată și presupuneri. Ca experți prin experiență, colegii sunt capabili să se conecteze în mod unic și să se relaționeze cu persoanele care merg printr-o perioadă dificilă datorită cunoștințelor și experienței lor de primă mână. Ca atare, ele servesc ca ascultători plini de compasiune, educatori, antrenori, avocați, parteneri și mentori. Serviciile evidențiate în secțiunea următoare sunt gestionate și conduse de oameni care sunt experți prin experiență. Participarea la serviciul de sprijin de la egal la egal se bazează întotdeauna pe alegere și consimțământ informat, iar persoanele care primesc sprijin de la egal la egal sunt fără nicio obligație de a continua sprijinul oferit, permițând persoanei să facă alegerea pe baza voinței, preferințelor și nevoilor autoidentificate.

Modalitățile în care serviciile de sprijin de la egal la egal sunt structurate și organizate variază foarte mult în funcție de acestea context. Aceste servicii variază și în ceea

ce privește sfera activităților oferite, de la emoțional sprijin, ajutând oamenii să-și înțeleagă experiențele, sprijinind oamenii să acceseze beneficii sociale și alte oportunități și activități menite să promoveze incluziunea socială a oamenilor, până la advocacy și munca de conștientizare. În general, serviciile de sprijin de la egal la egal facilitează crearea de sprijin social rețele care altfel nu ar fi fost posibile.

Sprijinul de la egal la egal este raportat a fi un pilon central în recuperarea multor oameni. Se bazează pe important premisa că sensul recuperării poate fi diferit pentru fiecare și că oamenii pot beneficia extraordinar de la împărtășirea experiențelor, de a fi ascultat și respectat, de a fi sprijinit găsi sens în experiențele lor și o cale de recuperare care funcționează pentru ei, permițându-le în cele din urmă pentru a duce o viață împlinită și satisfăcătoare. În timp ce numeroasele servicii de sprijin de la egal la egal care sunt furnizate în jurul lume acordă importanță promovării speranței, schimbului de experiențe și împuternicirii, exemplele serviciile de bune practici prezentate în acest document iau, de asemenea, măsuri active pentru a evita practicile coercitive și pentru a se asigura că capacitatea juridică a persoanelor care participă la sprijinul de la egal la egal este respectată.

Grupuri de Sprijin pentru persoanele ce aud voci (Hearing Voices Movement (HVM))

Hearing Voices Movement (HVM), a început în Țările de Jos în sfârșitul anilor 1980. A apărut dintr-o colaborare între un psihiatru olandez, un cercetător și o voce ascultător și alte persoane cu experiență trăită în auzul vocii. Mișcarea are acum rețele naționale din 30 de țări. Unele grupuri sunt co-fondate de profesioniști și îndeaproapealiniate cu serviciile de sănătate mintală, în timp ce altele sunt inițiate independent de ascultătorii de voce.

Grupurile sunt organizate în rețele locale și naționale care oferă sprijin, sfaturi și îndrumări pentru noi grupuri, fără o structură ierarhică. De asemenea, Intervoice conectează oamenii, împărtășește idei, subliniază inițiativele inovatoare și încurajează cercetarea de înaltă calitate în domeniul auzului vocal.

Un număr mare de grupuri de voci auditive există în întreaga lume, din SUA, până în Australia până la Hong Kong, și mai recent în țări precum Uganda. În timp ce mulți operează independent, există exemple de grupuri susținute de ONG-uri, cum ar fi Voice Collective, condus de Mind, o organizație caritabilă pentru sănătatea mintală din Regatul Unit; un proiect la nivelul întregii Londrei pentru a sprijini tinerii (cu vârste între 12-18 ani) care aud voci. În Hong Kong, New Life are șase grupuri HVG care operează în centrele și casele sale. Diferite vederi sociale și culturale ale lumii modelează modul în care vocile sunt experimentate și interpretate și asta variația interculturală în experiența auditivă a vocii rezonază cu principiile centrale ale HVM, care celebrează diversitatea.

Un principiu important al HVM este că sănătatea este un proces fundamental social, cultural și politic, și că auzirea vocilor este o parte normală a experienței umane. Diversitatea ideilor ca la originile auzului vocii, fie biologice, psihologice, spirituale sau chiar paranormale, și a acestora semnificație, este respectată. Membrii trebuie să aibă o atitudine intenționată fără judecată, deci oamenii pot face față experiențelor și amintirilor dureroase din punct de vedere emoțional.

Un alt principiu cheie HVM este că auzul vocii poate fi cel mai bine explicat prin referire la evenimentele din viață și narațiuni interpersonale. Într-adevăr, auzul vocii ca răspuns

la evenimentele traumatice ale vieții, în special din copilărie, este bine documentată în literatură. Uneori vocile sunt confuze, tulburătoare și debilitante; totuși, ascultătorii vor de obicei să înțeleagă de unde provin vocile lor. În timp ce vocile pot ataca identitatea persoanei, ele pot fi, de asemenea, privite ca o modalitate de păstrare identitate prin articularea și întruchiparea durerii emoționale. Spre deosebire de alte abordări de sprijin de la egal la egal, întâlnirile de grup HVG nu urmează un format standard. Local grupurile sunt încurajate să se dezvolte independent. Unii salută doar ascultătorii de voce, în timp ce alții sunt deschis persoanelor care au viziuni, experiențe care ar fi de obicei considerate psihotice sau altele forme de suferință mentală. Profesioniștii sau membrii familiei se pot alătura unor HVG, altele grupurile admit doar femei, tineri sau cei din comunități, inclusiv evrei ortodocși, negru și minoritar etnic sau sud-asiatic.

Întâlnirile de grup au loc într-o gamă largă de facilități comunitare, de la biblioteci și centre de arte, până la mental unități sanitare, închisori și unități de psihiatrie internate. Majoritatea HVG-urilor se întâlnesc săptămânal sau cincinal baza ca grupuri deschise; participarea este informală și nu este limitată în timp. Unele grupuri se organizează doar discuții informale, în timp ce alții invită vorbitori invitați sau organizează ieșiri sau activități de grup. Alături de discuțiile informale, sesiunile pot include exerciții sau fișe de lucru, cum ar fi Programul interviurilor de la Maastricht Vocile pot fi explorate și prin lucrări de artă, drame sau roluri piese de teatru și pot fi discutate diferite cadre explicative și strategii de coping. Unii ascultători de voce și profesioniști sunt instruiți pentru a crea, conduce și facilita grupuri. În general, grupurile sunt organizate de două sau mai multe persoane și cel puțin unul trebuie să aibă experiență trăită voci.

Facilitatorii organizează întâlniri și mențin discuția concentrată, dar nu conduc și nu acționează ca terapeuți. Grupurile încurajează ascultătorii de voce să-și dezvolte propria înțelegere, astfel încât să poată revendica proprietatea și reconstruiește relațiile cu vocile lor într-un spațiu sigur. În acest context, sprijinul de la egal la egal și colaborarea sunt încurajatoare, în special pentru cei care au ajuns să vadă auzul vocii ca un tabu.

Curiozitatea cu privire la auzul vocii este încurajată în HVG. Prin profilarea vocală, o imagine completă a unei persoane vocile pot fi create de membrii care își pun întrebări reciproc; explorând, de exemplu, ce vocile spun, tonul pe care îl folosesc, numărul de voci diferite, dacă sunt masculine sau feminine, cum persoana simte atunci când aude vocile și ce scop crede persoana că servește.

Principiile de bază și valorile care stau la baza serviciului - Respectul pentru capacitatea juridică

HVG-urile funcționează pe bază pur voluntară. Ele nu sunt niciodată impuse unei persoane și nu lucrează niciodată subminează capacitatea juridică a unei persoane. Scopul final al HVG-urilor este de a împuternici capacitatea ascultătorului de voce pentru a-și exprima propria înțelegere a vocilor lor și pentru a lua decizii mai informate cu privire la dacă să folosească sau nu medicamente, psihoterapie sau alte servicii de sănătate mintală pe care le întâlnesc.

Practici non-coercitive

Atât participarea, cât și participarea la HVG-uri sunt voluntare și nu există practici coercitive. HVG-urile fac nu trimite oamenii pentru tratament în altă parte împotriva voinței lor sau către servicii în care poate fi folosită constrângerea.

Incluziunea comunitară

În timp ce indivizii pot primi sfaturi și sugestii în cadrul întâlnirilor de grup, HVG-urile nu sunt implicate direct în găsirea unui loc de muncă, educație sau locuință pentru participanți.

Participare

Întregul etos al grupurilor și al mișcării mai largi este unul al participării și sprijinului colegilor. Mulți participanți consideră că experiența altor persoane care pun întrebări despre vocea lor le permite. Important, o persoană poate fi capabilă să identifice circumstanțele cel mai probabil să declanșeze vocile, oferindu-le mai multe control asupra experienței. O persoană a raportat că participarea la un HVG a ajutat-o să dezvolte o vocabular pentru a-și descrie propriile experiențe. Se explică această transformare și procesele implicate printr-un model în trei faze dezvoltat de Hornstein, Putnam și Branitsky (2020).

Abordare de recuperare

Principiile de bază ale HVG sunt strâns legate de abordarea de recuperare, inclusiv conexiunea, speranța, identitatea, sensul vieții și procesele de împuternicire (CHIME), așa cum sunt identificate în literatură. HVG-urile lucrează pentru a ajuta indivizii să-și dezvolte propriul cadru de înțelegere, să-și stabilească propriile obiective și obiective în raport cu vocile lor și generează speranță prin sprijinul de la egal la egal. Există o evitare a terminologiei medicalizate precum „halucinații auditive”, „deliruri” și „simptome”. Acestea fiind spuse, unii membri resping însăși noțiunea de recuperare și susțin că vocile lor sunt o parte esențială a lor personalitate, nu un simptom al vreunei boli de la care trebuie să se recupereze.

4.7. Serviciile outreach (mobile, de informare comunitară) de sănătate mintală.

Serviciile **outreach** de **informare** comunitară oferă îngrijire și sprijin populației în casele lor sau în alte locuri, precum spațiile publice sau pe străzi. Serviciile de comunicare comunitară constituie adesea echipe mobile, cuprinzând asistenți medicali și sociali și membri ai comunității. Opțiunile de sprijin oferite prin intermediul comunității sunt variate. Așa cum se arată în această secțiune, serviciile pot oferi suport emoțional și consiliere, precum și sprijin pentru medicamente, pentru a efectua activități zilnice și să răspundă nevoilor de bază (traul asistat) sau să permită oamenilor să ia decizii în cunoștință de cauză privind tratamentul și alte aspecte ale vieții lor. Serviciile de comunicare comunitară pot sprijini oamenii pentru a câștiga sau a recâștiga un sentiment de control asupra vieții și activităților de recuperare. Un rol crucial în conectarea oamenilor la serviciile existente în comunitate și pentru a oferi sprijin în navigarea prin sistemele de sănătate și protecție socială. În plus, serviciile comunitare outreach oferă adesea informații despre sănătatea mintală și se pot implica în inițiative de prevenire și promovare a sănătății mintale. Dinamice și flexibile, unele servicii mobile de informare oferă servicii de sănătate mintală persoanelor marginalizate, care altfel nu ar avea acces la ele. Mai multe servicii de outreach prezentate în această secțiune se adresează în mod specific populațiilor fără adăpost sau rurale. Utilizarea serviciului outreach deține controlul și sprijinul pentru a lua propriile decizii cu privire la locul în care loc va fi serviciul când, ce va fi inclus în serviciu și alte aspecte. Facilitarea parcursului de recuperare și viață independentă este o prioritate în aceste servicii.

Ombudsman personal (OP). Suedia

Sistemul ombudsmanului personal (OP) a fost lansat în anul 2000 în urma unei reforme naționale a serviciilor de sănătate mintală din Suedia. CA parte a reformei, 15% din bugetul pentru sănătate mintală au fost transferate municipalităților pentru a sprijini alternativele la nivel comunitar, pentru a îmbunătăți furnizarea de servicii și să prevină spitalizarea. Serviciul OP are ca scop îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități psihosociale severe sau de lungă durată și, în ultimii 20 de ani, a devenit o cotă parte a serviciilor sociale comunitare în majoritatea municipalităților suedeze. Până în 2018, totalul celor 336 servicii de OP au ajuns să atingă în asistență 9517 persoane în 87% din municipiile țării.

Suedia are șase organizații mari furnizori de OP (dintre care două sunt conduse de utilizatori) care pot fi contractate de primării să furnizeze servicii. Serviciul este administrat local și este independent din punct de vedere instituțional de alte servicii de sănătate și sociale. Serviciul este disponibil pentru adulții peste 18 ani cu dizabilități psihosociale severe și cu nevoi semnificative de îngrijire pe termen lung, sprijin și acces la servicii, inclusiv cazare, reabilitare și/sau angajare). Acest serviciu este promovat prin pliante și prin beneficiarii propriu zis și rudele acestuia. Clienții pot solicita un OP direct sau prin intermediari, sau OP pot contacta clienții potențiali. Se acordă prioritate adulților tineri, persoanelor cu copii acasă care au probleme de sănătate, persoanele care sunt expuse riscului de suicid și persoanele fără adăpost sau cele expuse riscului de evacuare, precum și persoanele care nu au rude, rețea de sprijin și o rețea socială.

Mulți OP sunt asistenți sociali formați, avocați sau au experiență în medicină, asistență medicală, psihologie sau psihoterapie. Majoritatea au experiență de lucru cu persoane

cu afecțiuni de sănătate mintală și dizabilități psihosociale și poate să fi trăit ei înșiși experiența. OP noi urmează să fie instruiți în subiecte la fel de diverse precum prevenirea sinuciderii, migrația și jocurile de noroc. Recent recunoscută profesia de asistent social a fost înființată pentru această poziție, cu corpul profesional de bază (Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige). De obicei, OP au între 13-20 de clienți în același moment și lucrează fie singur, fie în grupuri aflate sub un organism de conducere general. Acest grup de supraveghere este format din reprezentanți din municipiu, consiliu județean, asistenta primara și servicii de sănătate mintală, angajare și servicii de asigurări sociale, grupuri locale de advocacy și/sau organizații de persoane cu experiență trăită.

Pentru a lucra cu succes cu un client, OP trebuie să stabilească de la început o relație de încredere. scultând și lucrând cu beneficiarul, OP-ul îl poate ajuta să-și identifice problemele, speranțele și obiectivele pentru suport. aceasta poate include contestarea unui ordin de tutelă, ajutor pentru căutarea unei locuințe sau sprijin în construirea de relații în comunitate și o rețea de susținători de la egal la egal. Împreună, ei pot stabili o foaie de parcurs (un plan) de realizat aceste obiective. Aceste întâlniri sunt informale și pot avea loc într-o cafea, biroul de servicii al OP sau la casa persoanei. Etapa introductivă inițială poate dura ceva timp, dacă persoana a avut un trecut sau experiențe negative, deoarece utilizatorii serviciilor includ mulți oameni care au fost lipsiți de putere și decizie din sistemul de sănătate mintală și, prin urmare, se ferește de orice tangență cu așa servicii. Unele servicii de OP folosesc un acord scris descriind modul în care clientul și OP vor lucra împreună, dar alții nu, în cazurile în care ar putea fi dezamăgitor pentru client. În toate situațiile, nevoile și dorințele clientului ghidează ordinea și urgența probleme de abordat.

Principiile de bază și valorile care stau la baza serviciului - Respectul pentru capacitatea juridică

Premisa de bază a serviciilor OP este una a respectării capacității juridice a clientului. Unui individ nu poate fi atribuit involuntar un OP de către familia lor, autoritățile publice sau instanțe. Numai individul poate solicita sprijin de la un OP și este liber să încheie relația în orice moment. OP poate acționa doar cu acordul clientului. OP-ul nu acționează niciodată ca o figură de autoritate în raport cu clientul, doar ca suport, recunoașterea și abordarea potențialelor dezechilibre de putere.

Practici non-coercitive

Folosirea forței sau a constrângerii este împotriva principiilor serviciului OP. Un OP nu poate forța un client să accepte orice servicii, inclusiv tratament medical. Dacă clientul se confruntă cu o criză sau un episod psihotic, OP face toate eforturile pentru a îndruma persoana către serviciile sociale sau de sănătate mintală potrivite, în timp ce respectarea preferințelor clienților, care ar fi putut fi discutate în prealabil. Dacă un client este involuntar internat la spital OP rămâne în contact și continuă să sprijine clientul. Dacă OP crede că comportamentul unui client reprezintă un risc grav pentru sine sau pentru alții, ei notifică autoritatea relevantă.

Incluziunea comunitară

Un scop de bază al serviciului este de a sprijini clienții să fie participanți activi și lideri ai vieții lor. Incluziunea și participarea în comunitate pot fi căutate și susținute dacă clientul dorește. OP facilitează legăturile cu serviciile comunitare, organizațiile și activitățile și ajută clientul să identifice barierele sau conflictele care îi pot împiedica să se simtă incluși în comunitatea lor, împreună să parcurgă potențialele soluții. Un OP poate sprijini, de

asemenea, un client dacă întâmpină dificultăți ca parte a comunității, cum ar fi dificultățile în gestionarea conflictelor, găsirea de servicii de mediere sau mutarea în o altă comunitate.

Participare

Serviciul OP încurajează implicarea clienților, precum și a organizațiilor de utilizatori și familie acestora în organele de conducere de OP. Toate aceste persoane interesate au un rol consultativ cheie în identificarea și, în cele din urmă, abordarea barierelor care împiedică persoanele să aibă acces la îngrijire, sprijin și servicii disponibile în comunitate. Organizațiile utilizatorilor pot partaja rapoarte de evaluare a serviciilor și sondaje de satisfacție a clienților direct cu Consiliul național de sănătate și bunăstare pentru a informa practicile de OP și dezvoltarea programelor generale de OP. Organul de conducere OP și reprezentarea cheie a părților interesate joacă un rol important în reducerea decalajului dintre OP și autoritățile locale și în promovarea schimbărilor la nivelul întregului sistem.

Abordare de recuperare

Relația dintre client și OP este esențială pentru procesul de recuperare. O funcție primară al OP este de a sprijini oamenii să câștige încrederea și abilitățile necesare pentru a prelua controlul asupra vieții lor și funcționalității de zi cu zi. Pe măsură ce clientul capătă o mai mare influență și putere asupra situației sale, posibilitatea de recuperare crește. OP primesc instruire în abordarea de recuperare pentru a-i sprijini în rolul lor. Serviciul OP adoptă o abordare întreagă centrată pe persoană pentru a lucra cu clienții și a furniza îngrijirea, sprijinul și serviciile de care au nevoie. Recuperarea nu este privită în termeni de recuperare prin prisma unei sănătăți mintale deteriorate,

dar în ceea ce privește crearea de noi obiective și găsierea unui nou sens în viață. De asemenea, recuperarea nu este un proces liniar, ci unul în care se încearcă diferite soluții sau căi, ceea ce poate lua diferite durate de timp și asistență în funcție de nevoile clienților.

4.8. Serviciul de trai susținut de sănătate mintală.

Serviciul de trai susținut promovează viața independentă prin oferirea de cazare sau sprijin pentru a a-l obține, precum și menținerea cazării. Uneori se oferă sprijin pentru nevoi de bază, cum ar fi hrana și îmbrăcămintea, și pentru perioade de timp diferite. Serviciile de trai asistat sunt destinate persoanelor care nu au locuință sau sunt fără adăpost și care pot avea, de asemenea, nevoi complexe de sănătate mintală pe termen lung. Oamenii pot avea nevoie de extra-suport pentru a trăi independent sau au nevoie de ceva timp de a trăi în afara mediului lor familial și casnic.

Serviciile de trai susținut ar trebui să reflecte și să răspundă nevoilor diverse pe care oamenii le pot avea. Cele mai importante exemple prezentate aici, aderă la principiul fundamental pe care serviciile de trai auținut trebuie să-l respecte - dreptul unei persoane de a alege unde și cu cine vrea să trăiască. Prin urmare, serviciile pot lua multe forme diferite. Unele servicii de trai asistat sunt temporare; oamenii ar putea dori să se mute odată ce au să se simtă pregătiți să trăiești în altă parte. În alte contexte, serviciile de trai susținut pot ajuta oamenii să găsească locuințe pe termen mai lung și negociază contracte de închiriere. Unele dintre exemple arată că serviciile de trai susținut pot fi furnizate într-un grup de case sau apartament în comunitate, în care mai multe persoane locuiesc împreună ca o familie. Alte tipuri de servicii sunt următoarele: oamenii care au nevoie de servicii de trai asistat locuiesc împreună cu cei care nu au nevoie.

Tipul și intensitatea sprijinului oferit variază foarte mult în funcție de ce are nevoie persoana. De exemplu, unele servicii pot oferi asistență de zi și de noapte pentru viața de zi cu zi și îngrijirea de sine. Uneori, personalul și asistenții locuiesc în unitatea de locuințe, alături de cei care folosesc serviciul. În alte servicii de trai susținut, se oferă îngrijire și sprijin minim, așa cum oamenii sunt capabili să se descurce trăind independent pe cont propriu. În unele servicii, intensitatea suportului oferit evoluează în timp, pe măsură ce nevoile persoanelor care utilizează serviciul se schimbă

În multe țări, serviciile de trai susținut au fost în mod istoric în spitale, izolând oamenii și împiedicându-i să participe și să se implice în comunitățile lor. În următoarele pagini voi prezenta servicii alternative care pleacă de la acest model; sunt bazate pe comunitate, orientate spre recuperare, în concordanță cu drepturile omului și cu respectarea dreptului la capacitate juridică a utilizatorilor serviciilor în orice moment.

Mână de mână, trai susținut. Georgia

Georgia este o țară cu venituri medii superioare cu creștere rapidă. În timp ce în 2015 un plan național de acțiune pe cinci ani pentru a fost publicată dezinstituționalizarea și dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală. Sistemul de sănătate mintală din Georgia rămâne în principal bazat pe instituții. În contrast, *mână în mână* oferă o abordare ca acasă, centrată pe oameni; fiecare locuință admite nu mai mult de 5 adulți care dorm în dormitoare individuale sau duble. În ultimul deceniu, *mână în mână* s-a extins de la unu la șase case și acum găzduiește un total de 30 de adulți la casele sale din Gurjaani și Tbilisi.

Persoanele care doresc să se alătore unei reședințe trebuie să completeze o cerere scrisă în care să prezinte tipul

de sprijin pe care îl cer ei. Această evaluare include detalii despre personalitatea individului, abilitățile de comunicare, nevoi de sprijin și compatibilitate generală cu ceilalți rezidenți. Fondul de stat pentru protecție și asistența victimelor (statutare) ale traficului de persoane decide în cele din urmă cine poate deveni rezident, deși ține cont de propriile aprecieri, *mână în mână*. cele prioritizate pentru acceptare includ persoanele cu dizabilități psihosociale care fac parte din familia biologică a altui rezident (de exemplu, un copil); cei care au fost crescuți în familii de plasament, dar s-au mutat la vârsta de 18 ani; iar cei care locuiesc acasă, dar nu primesc sprijin de familie.

Întrucât reformele din legea georgiană au pus capăt tutelei și au înlocuit luarea deciziilor pentru oameni cu dizabilități psihosociale, persoanele trebuie să își dea acordul deplin pentru a se alătura reședințelor și, de asemenea, sunt liberi să plece dacă doresc. Fiecare casă are 3,5 angajați, numiți asistenți, care lucrează flexibil în ture de 24 de ore, deci există cel puțin unul întotdeauna disponibil la orice oră din zi și din noapte. asistenții folosesc principiile sprijinului activ pentru a ajuta rezidenții să facă întâlniri cu psihologii sau asistenții sociali; ajutați-i să participe la activități de muncă, sport sau agrement; și să însoțească oamenii la activități în aer liber. sprijină și asistenții utilizatorii serviciilor de a-și apăra drepturile și de a-și gestiona afacerile personale. Sub noile legi care a înlocuit vechiul sistem de tutelă, asistenții își pot asuma și rolul de „suportator desemnat” a unui rezident, în cazurile în care se dezvoltă o legătură reciprocă și ambele părți sunt de acord. Alți angajați se ocupă și de nevoile rezidenților, inclusiv psihologii. coordonatorul mână în mână are sediul la biroul ONG din Tbilisi. Coordonatorul se consultă pe cazuri individuale, facilitează asistență medicală externă și, de asemenea,

pledează pentru drepturile rezidenților în fața autorităților. Tot personalul este instruit pe o serie de subiecte, inclusiv: furnizarea de îngrijire pe termen lung, îngrijire orientată spre recuperare, sex și dizabilități; și managementul comportamentului provocator.

Rezidenții sunt încurajați să participe la activitățile zilnice la alegere pentru a se dezvolta sau menține autonomia și rețelele de sprijin. Includerea în comunitate este, de asemenea, încurajată și susținută. Locuitorii pregătesc mâncarea, au grijă de casă și grădină, cumpără produse de uz casnic, contactează și interacționează cu vecinii, participă la hobby-uri și participă la diverse evenimente culturale. Fiecare rezident primește un spațiu desemnat pentru a-și încuia și depozita bunurile. Își creează și își revizuiesc propriile planuri de sprijin împreună cu asistenți de mână, folosind metoda hărților sau căilor, care se bazează toate pe nevoile și dorințele persoanei.

Principiile de bază și valorile care stau la baza serviciului - Respectul pentru capacitatea juridică

Modelul mână în mână încurajează cooperarea personalului cu rezidenții pentru a oferi asistența de care au nevoie traiești vietii pline. sprijinul pentru capacitatea juridică a rezidenților este asigurat în conformitate cu principiile activului sprijin. Personalul rezident este instruit pentru a se asigura că indivizii sunt împuterniciți să ia decizii toate domeniile vieții lor. De exemplu, în timp ce rezidenții decid de obicei ca grup asupra planurilor și orelor de masă, indivizii pot, de asemenea, să facă propriile alegeri. oamenii au acces deplin la toate informațiile medicale și legale documentația și toate informațiile personale sunt păstrate confidențiale. Fiecare rezident indică o persoană în care are încredere pentru a fi inclusă în dezvoltarea serviciului lor individual plan; care

poate fi un prieten, o rudă, un preot, un vecin sau un alt asistent, iar serviciul asigură participarea lor. Familiile și prietenii au, de asemenea, acces la sesiuni de instruire despre cum să sprijine cel mai bine indivizi și promovează o viață demnă și independentă.

Practici non-coercitive

Mână în mână evită utilizarea constrângerii, inclusiv a medicamentelor sau a tratamentului forțat. personalul suferă instruirea sistematică privind măsurile necoercitive și tehnicile de de-escaladare, precum și perfecționările de formare sunt dat la doi-trei ani. în rarele situații în care o persoană a refuzat să ia medicamente și ca urmare, bunăstarea lor a fost afectată negativ, personalul face tot posibilul pentru a negocia cu acea persoană împreună cu un membru de încredere al cercului de sprijin. în majoritatea cazurilor aceasta a fost a abordare de succes, totuși câțiva oameni au fost internați în spital. personalul raportează orice incidente care implică constrângerea, împreună cu deciziile luate și măsurile ulterioare.

Incluziunea comunitară

Mână în mână este orientată spre promovarea incluziunii în comunitate. locuitorii invită adesea vecinii pentru a vizita și a participa la petreceri de naștere, alte sărbători și evenimente sociale. jumătate din locuitorii mâinii casele în mână au locuri de muncă în comunitate și primesc sprijin atât pentru găsirea, cât și pentru întreținere angajare. Rezidenții sunt angajați și în întreprinderi sociale gestionate de mână cu mână, ei lucrează în afaceri din comunitate sau își conduc propriile întreprinderi individuale, în domenii precum agricultura, fabricarea

mierii, producția de cofetărie, meșteșuguri și fabricarea de jucării și de uz casnic articole din lemn și alte produse naturale. Unii rezidenți lucrează și în profesii artistice. Unii rezidenți, de exemplu, sunt membri ai trupei de teatru „Azadaki Garden” și participă la producțiile ei. Locuitorii sunt, de asemenea, încurajați să participe la evenimente sportive, cinema, religioase servicii și mâncați ocazional afară. În fiecare an, merg într-o vacanță de 10-14 zile într-o stațiune din Georgia, însoțiți de asistenți.

Participare

Beneficiarii serviciului sunt conștienți și informați cu privire la procedurile de feedback și reclamații prin intermediul pe care își pot exprima liber dorințele, plângerile sau îngrijorările asistenților și membrilor administrație (inclusiv coordonatorul, directorul, managerii etc.). Feedback-ul este revizuit de personal la întâlniri săptămânale și măsuri puse în aplicare ca urmare. Deși oameni cu experiență trăită de probleme de sănătate mintală și foștii rezidenți mână în mână nu au fost angajați ca personal, voluntari sau stagiați în ONG, așa sunt implicat regulat în discuții lunare despre deciziile privind organizarea serviciului și dezvoltare. unul dintre rezidenți mână în mână lucrează la o ONG georgiană care oferă avocatură juridică. Serviciul respectiv urmează să facă parte, de asemenea, din Consiliul de administrație al unei noi inițiative *mână în mână* la nivelul întregii Georgii ai cărei membri identifica ca fiind supraviețuitori ai încălcărilor drepturilor omului în cadrul serviciilor.

Abordare de recuperare

Fiecare rezident în casă este împuternicit să devină un participant activ la propria recuperare, făcându-și propriile planuri de zi cu zi, alegerile cu privire la viața lor și învățând să trăiască în colectiv într-un mediu sigur. Ei sunt încurajați să-și mențină planurile individuale la zi, astfel încât să își poată reevalua în mod regulat speranțele și obiectivele, precum și strategii pentru a face față fricilor. Persoanele sunt, de asemenea, sprijiniți să dezvolte abilități care fac viața mai semnificativă și să-i ajute să-și găsească un rol în societate, să-și dezvolte simțul responsabilității personale, identitate și sens. Serviciul de locuințe protejate promovează, de asemenea, asumarea de riscuri pozitive, concentrându-se în mod concret asupra punctelor forte ale oamenilor.

4.9. Concluzii.

Gama largă de servicii de sănătate mintală prezentate în acest manuscris a oferit exemple foarte diferite de bune practici, totuși, toate au apărut din conștientizarea faptului că oamenii nu sunt adesea bine deserviți prin serviciile și sistemele convenționale de îngrijire. Serviciile prezentate au căutat să găsească noi căi de a răspunde oamenilor – modalități care fac din drepturile omului o preocupare centrală și funcționează din punct de vedere pozitiv abordare de recuperare. Există argumente a faptului că cu imaginație, creativitate, angajament și conducere, progresele reale pot fi realizate în îngrijirile de sănătate mintală în diverse organizații și instituții din întreaga lume.

Deși există diferențe mari între aceste servicii și contextele în care funcționează, există, de asemenea, câteva aspecte comune:

- aproape toate serviciile prezentate caută să ajute indivizii și familiile să-și articuleze experiențele și cerințele în propriile cuvinte, mai degrabă decât utilizarea limbajului diagnosticilor;
- caută să răspundă nevoilor oamenilor într-o manieră holistică în toate domeniile vieții lor, mai degrabă decât făcând medicamentele în centrul activității lor;
- toți sunt receptivi la feedback-ul de la beneficiari și familiile cu care lucrează, primesc provocări și critici și schimbare și dezvoltare în timp; și
- lucrează în cadrul comunităților lor, subliniind importanța înțelegerii și răspunsului la condițiile și crizele de sănătate mintală din contextele lor locale.

În timp ce aceste servicii demonstrează, că este posibilă respectarea capacității juridice și promovarea practicilor neocoercitive, participarea, incluziunea comunitară și o abordare de recuperare centrată pe persoană, fiecare dintre ei au făcut acest lucru în propriile lor moduri. În unele cazuri, strategiile lor sunt similare, în alte cazuri foarte diferite. Niciunul, însă, nu este pe deplin conform cu Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD) și toate ar putea fi îmbunătățite. În timp ce aceste servicii oferă fiecare exemple pozitive de moduri în care îngrijirea pentru sănătatea mintală poate fi furnizată în mod diferit, acestea nu pot oferi singure o gamă cuprinzătoare de servicii și asistență de care mulți oameni au nevoie pentru a trăi pe deplin și incluziv în comunitățile lor. Pentru ca acest lucru să se întâmple este important ca serviciile din cadrul sistemului de sănătate să colaboreze strâns cu serviciile din sectorul social.

Acest capitol demonstrează importanța locuinței, educației și formării, ocupării forței de muncă și sociale, intervenții de protecție, în cazul în care se dorește să se realizeze o integrare deplină a comunității. În timp ce serviciile de sănătate mintală descrise în acest ghid oferă un anumit sprijin în aceste domenii, nu este domeniul lor principal de interes. În unele cazuri, totuși, au lucrat pentru a depăși limitările colaborând cu alte servicii și organizații, atât guvernamentale, cât și neguvernamentale, pentru a oferi un răspuns mai cuprinzător la nevoile indivizilor și familiilor. În plus, în timp ce aceste servicii încorporează abordarea drepturilor omului și încearcă să evite coerciția, intervenții în propria lor activitate, ei fac parte fiecare dintr-un sistem mai larg de sănătate mintală care de multe ori are agende și priorități diferite. De exemplu, toate aceste servicii sunt situate în țări în care legile naționale permit practici coercitive. De asemenea, unele dintre servicii au stabilit criterii de admitere foarte limitate, în care persoanele aflate în criză sunt excluse de la a beneficia de serviciu. Alții pur și simplu nu pot, pentru să facă față situațiilor mai dificile, adresând persoane care trec printr-o criză dificilă. Situația ideală este aceea în care o gamă completă de servicii și suporturi este disponibilă persoanelor și familiilor în cadrul unei rețele conectate, care promovează valorile și principiile pozitive. Deși niciuna dintre aceste rețele nu a abolit în întregime practicile coercitive, aceste servicii au făcut progrese substanțiale și reale în atingerea acestui obiectiv.

Bibliografie:

1. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Programul Național de Sănătate Mintală 2017-2021 2017. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=371376> (accesat pe 27 martie 2018).
2. Guvernul Republicii Moldova. Aprobarea Programului Național de Sănătate Mintală 2012-2016. Chișinău: 2012.
3. Republica Moldova. Politica națională de sănătate a Republicii Moldova 2007-2021. 2007.
4. World Bank Group. Moldova Poverty Assessment 2016: Poverty and Shared Prosperity in Moldova: Progress and Prospects. n.d.
5. Bertelsmann Stiftung. BTI 2018 Country Report: Moldova. Gütersloh: 2018. doi:10.1016/S0248-8663(99)83091-4.
6. Gagauz O, Stratan A, Bucluceanu-Vrabie M, Penina O, Ciubotaru V, Cheianu-Andrei D. Analiza situațională a populației din Republica Moldova. Chișinău: 2016.
7. Pantiru MC, Black R, Sabates-Wheeler R. Working paper C10: Migration and Poverty Reduction in Moldova. Sussex: 2007.
8. World Bank. Personal remittances, received (% of GDP) | Data. World Bank Data 2017. <https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS> (accessed February 26, 2019).
9. Swiss Agency for Development and Cooperation SDC. TENDER document: «Reforming the Mental Health Services System in Moldova» Preparation and Implementation Phase I. Open procedure. Chisinau/Bern: 2013.
10. Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. Republic of Moldova health system review. Health Syst Transit 2012;14:1–151.
11. Petrea I. Mental Health in Former Soviet Countries: From Past Legacies to Modern Practices. Public Health Rev 2013;34:1–21.
12. de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman LS, Petrea I, Klazinga NS. Assessing the need for a mental health services reform in Moldova: a situation analysis. Int J Ment Health Syst 2019;13:45. doi:10.1186/s13033-019-0292-9.
13. Cerkez G, Gerstenhofer O, Hansen P, Haralanova M, Kazacic A, Murko M, et al. Healthy minds, healthy communities Mental Health Project for south-eastern Europe. Sarajevo: 2004.
14. World Health Organisation, Mental Health Foundation. Assessing the Community Needs of Mental Health Residential Care Service Users in the Republic of Moldova. 2013.
15. Chihai J, Boderscova L. Evaluarea serviciilor de asistență medicală primară din Republica Moldova prin prisma integrării serviciilor de sănătate mintală în AMP. 2012.

16. Katschnig H, Sfetcu VR, Ii B. External review of the SDC funded project Development of the Community Mental Health Services System in Moldova 2011.
17. Chihai J, Boderscova L. Serviciile comunitare de sănătate mintală în Republica Moldova. Raport de evaluare 2012.
18. Dlouhy M. Mental health policy in Eastern Europe: A comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Serv Res* 2014;14:42. doi:10.1186/1472-6963-14-42.
19. Brown M, Petrea I. Report for Swiss Cooperation Office in Moldova 2012.
20. van Veldhuizen JR. FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Ment Health J* 2007;43:421–33. doi:10.1007/s10597-007-9089-4.
21. Lexén A, Svensson B. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *J Ment Heal* 2016;25:379–84. doi:10.1080/09638237.2016.1207236.
22. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, Van Veldhuizen JR. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Implementation : A Prospective Real Life Study. *Community Ment Heal Journal* 2015;in press. doi:10.1007/s10597-015-9831-2.
23. Stergiopoulos V, Saab D, Francombe Pridham K, Aery A, Nakhost A. Building flexibility and managing complexity in community mental health: Lessons learned in a large urban centre. *BMC Psychiatry* 2018;18:1–9. doi:10.1186/s12888-018-1597-y.
24. Firm M, White SJ, Hubbeling D, Jones B. The replacement of assertive outreach services by reinforcing local community teams: a four-year observational study. *J Ment Heal* 2016;8237:1–6. doi:10.3109/09638237.2016.1139073.
25. Dizon JM, Machingaidze S, Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC Res Notes* 2016;9. doi:10.1186/s13104-016-2244-7.
26. Falzer PR, Garman DM. Evidence-based decision-making as a practice-based learning skill: a pilot study. *Acad Psychiatry* 2012;36:104–9. doi:10.1176/appi.ap.10050082.
27. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Int J Heal Policy Manag* 2017;6:1–8. doi:10.15171/ijhpm.2017.07.
28. Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, et al. PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med* 2012;9:e1001359. doi:10.1371/journal.pmed.1001359.
29. Nicaise P, Dubois V, Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*

- (New York) 2014;115:120–7. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.007.
30. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* 2012;32:234–40. doi:10.1590/S1020-49892012000900009.
 31. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect* 2016;19:152–69. doi:10.1111/hex.12338.
 32. Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Norambuena P, Ortiz AM, Sepúlveda R. Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits. *Psychiatr Serv* 2017;68:832–8. doi:10.1176/appi.ps.201600371.
 33. Liu J, Ma H, He Y-L, Xie B, Xu Y-F, Tang H-Y, et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011;10:210–6.
 34. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19. doi:10.1007/s11920-017-0780-z.
 35. Sirkin H., Keenan P, Jackson A. The Hard Side of Change Management. *Harv Bus Rev* 2005:October. <https://hbr.org/2005/10/the-hard-side-of-change-management>.
 36. Andersen, A.J.W., & Larsen, I.B. (2012). Hell on earth: Textual reflections on the experience of mental illness. *Journal of Mental Health*, doi:10.3109/09638237.2012.667885
 37. Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 267–280.
 38. Crawford, M.J., Robotham, D. Thana, L., Patterson, S., Weaver, T., Barber, R., et al. (2011). Selecting outcome measures in mental health: The views of service users. *Journal of Mental Health*, 20, 336–346.
 39. Evans, J., Rose, D., Flach, C., Csipke, E., Glossop, H., McCrone, P., et al. (2012). VOICE: Developing a new measure of service users' perceptions of inpatient care, using a participatory methodology. *Journal of Mental Health*, 21, 57–71.
 40. Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Coolen-Schrijner, P., Cambridge, P., Tate, A., Hallam, A., et al. (2012). Good friends are hard to find? The social networks of people with mental illness 12 years after deinstitutionalisation. *Journal of Mental Health*, 21, 4–14.
 41. Hicks, A.L., Deane, F.P., & Crowe, T.P. (2012). Change in working alliance and recovery in severe mental illness: An exploratory study. *Journal of Mental Health*, doi:10.3109/09638237.2011.621469

42. Hobbs, M., & Baker, M. (2012). Hope for recovery – how clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health*, doi:10.3109/09638237.2011.648345
43. Jones, L.V., Hardiman, E.R., & Carpenter, J. (2007). Mental health recovery. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 15, 251–269.
44. Jones, S., Deville, M., Mayes, D., & Lobban, F. (2011). Self-management in bipolar disorder: the story so far. *Journal of Mental Health*, 20, 583–592.
45. Junghan, U.M., Leese, M., Priebe, S., & Slade, M. (2007). Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 191, 543–547.
46. Kartalova-O’Doherty, Y., Stevenson, C., & Higgins, A., 2012. Reconnecting with life: a grounded theory study of mental health recovery in Ireland. *Journal of Mental Health*, doi:10.3109/09638237.2011.621467
47. Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 19, 62–74.
48. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62, 1470–1476.
49. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.
50. Mental Health Providers Forum. (2009). The recovery star model and culturally competency, BAME Pilot Report.
51. Mond, J. (2012). A voice for all in mental health research. *Journal of Mental Health*, 21, 1–3.
52. O’Hagan, M. (2004). Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3.
53. Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24, 29–39.
54. Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392–411.
55. Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science and Medicine*, 74, 554–564.
56. Scott, A., & Doughty, C. (2012). “Confronted with paperwork”: Information and documentation in peer support. *Journal of Mental Health*, doi:10.3109/09638237.2012.670888

57. Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 367–371.
58. Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 128–137.
59. Adams, N. & Grieder, D.M. (2005). *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier.
60. Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586 – 594.
61. Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery: Beyond Mental Illness*. London: Wiley.
62. Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*, 2, 17 – 24.
63. Barbic, S., Krupa, T. & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: Preliminary findings. *Psychiatric Services*, 60, 491 – 497.
64. Barnett, H. & Lapsley, H. (2006). *Journeys of Despair, Journeys of Hope. Young Adults Talk About Severe Mental Distress, Mental Health Services and Recovery*. Wellington: Mental Health Commission.
65. Bird, V., Leamy, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). *REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services*. London: Rethink. Available at: researchintorecovery.com/refocus
66. Clarke, S.P., Oades, L.G., Crowe, T. & Deane, F. (2006). Collaborative goal technology: Theory and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 129 – 136.
67. Coleman, R. (1999). *Recovery – An Alien Concept*. Gloucester: Hansell.
68. Compagni, A., Adams, N. & Daniels, A. (2007). *International Pathways to Mental Health System Transformation: Strategies and Challenges*. Sacramento, CA: California Institute for Mental Health.
69. Davidson, L., Sells, D., Sangster, S. & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person? In R.O. Ralph & P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness. Broadening our Understanding of Wellness* (pp. 147 – 170). Washington DC: American Psychological Association.
71. Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M. & Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
72. Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11 – 19.
73. Doughty, C. & Tse, S. (2005). The Effectiveness of Service User-Run or Service User-Led Mental Health Services for People with Mental

- Illness: A Systematic Literature Review . Wellington: Mental Health Commission.
74. Greenfield, T.K., Stoneking, B.C., Humphreys, K., Sundby, E. & Bond, J. (2008). A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *American Journal of Community Psychology*, 42 , 135 – 144.
 75. Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Sartorius, N. (2007). *Recovery From Schizophrenia: An International Perspective. A Report From the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia* . Oxford: Oxford University Press.
 76. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62 , 1470 – 1476.
 77. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199 , 445 – 452.
 78. Libermann, R.P. & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14, 242 – 255.
 79. McIntosh, Z. (2005). *From Goldfish Bowl to Ocean: Personal Accounts of Mental Illness and Beyond* . London: Chipmunka. Mental Health ‘ Recovery ’ Study Working Group (2009). *Mental Health ‘ Recovery ’ : Users and Refusers* . Toronto: Wellesley Institute.
 80. Mind (2008). *Life and Times of a Supermodel. The Recovery Paradigm for Mental Health* . London: Mind.
 81. O’ Hagan, M. (1996). Two accounts of mental distress. In J. Read & J. Reynolds (Eds), *Speaking our Minds* . London: Macmillan.
 82. O’ Hagan, M. (2001). *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers* . Wellington, NZ: Mental Health Commission.
 83. Ralph, R.O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R.O. Ralph & P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness. Broadening our Understanding of Wellness* (pp. 131 – 145). Washington DC: American Psychological Association.
 84. Resnick, S.G. & Rosenheck, R.A. (2006). Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services*, 57 , 120 – 122.
 85. Simon Robertson Stuart, Louise Tansey & Ethel Quayle, *Journal of Mental Health*, 26:3, 291-304, DOI:10.1080/09638237.2016.1222056; To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>
 86. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.

87. Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
88. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
89. Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
90. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
91. Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
92. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
93. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
94. Mental Health "Recovery" Study Working Group. Mental health "recovery": users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
95. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
96. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
97. Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.
98. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
99. Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
100. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
101. Drennan G, Alred D (eds). Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings. Milton: Willan, 2012.
102. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
103. Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.

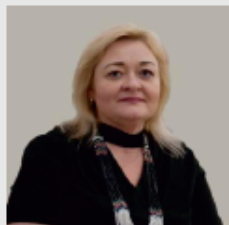
104. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
105. 1. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Pub no SMA-03-3832. Rockville, Md, Department of Health and Human Services, President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003[Google Scholar](#)
106. 2. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, Md, Department of Health and Human Services, 1999[Google Scholar](#)
107. 3. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, et al: Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology Research and Practice* 36:480-487, 2005[Google Scholar](#)
108. 4. Jacobson N, Greenley D: What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52:482-485, 2001[Google Scholar](#)
109. 5. Jacobson N: In *Recovery: The Making of Mental Health Policy*. Nashville, Tenn, Vanderbilt University Press, 2004[Google Scholar](#)
110. 6. Liberman RP, Kopelowicz A: Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services* 56:735-742, 2005[Google Scholar](#)
111. 7. Davidson L, Tondora J, O'Connell MJ, et al: *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. New York, Oxford University Press, in press[Google Scholar](#)
112. 8. Carpenter WT, Kirkpatrick B: The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 14:645-652, 1988[Google Scholar](#)
113. 9. Davidson L, McGlashan TH: The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 42:34-43, 1997[Google Scholar](#)
114. 10. McGlashan TH: A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 14:515-542, 1988[Google Scholar](#)
115. 11. Deegan PE: The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15:3-19, 1992[Google Scholar](#)
116. 12. Davidson L, Stayner DA, Nickou C, et al: "Simply to be let in": inclusion as a basis for recovery from mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24:375-388, 2001[Google Scholar](#)
117. 13. Onken S, Dumont JM, Ridgway P, et al: *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators*. Alexandria, Va, National Association of State Mental Health Program Directors, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2001[Google Scholar](#)
118. 14. Chamberlin J: Rehabilitating ourselves: the psychiatric survivor movement. *International Journal of Mental Health* 23:39-46, 1995[Google Scholar](#)

119. 15. Davidson L, Stayner DA, Lambert S, et al: Phenomenological and participatory research on schizophrenia: recovering the person in theory and practice. *Journal of Social Issues* 53:767-784, 1997[Google Scholar](#)
120. 16. Becker DR, Drake RE: Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal* 30:193-206, 1994[Google Scholar](#)
121. 17. Chadwick P, Birchwood M, Trower P: *Cognitive Therapy for Hallucinations, Delusions, and Paranoia*. Chichester, England, Wiley, 1996.[Google Scholar](#)
122. 18. Davidson L, Kirk T, Rockholz P, et al: Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, in press[Google Scholar](#)
123. 19. Davidson L, Harding CM, Spaniol L: *Recovery From Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*, vol 1. Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2005[Google Scholar](#)
124. 20. Appelbaum PS, Gutheil TG: "Rotting with their rights on": constitutional theory and clinical reality in drug refusal by psychiatric patients. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 7:306-315, 1979[Google Scholar](#)
125. 21. Monahan J: "A terror to their neighbors": beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 20:191-195, 1992[Google Scholar](#)
126. 22. Monahan J, Arnold J: Violence by people with mental illness: a consensus statement by advocates and researchers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19:67-70, 1996[Google Scholar](#)
127. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/, accessed 18 January 2021).
128. Decision WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable Diseases (pages 49-52, para 2). In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20-28 May 2019 Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHA72/2019/REC/1; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1, accessed 31 January 2021).
129. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". In: UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019. New York: United Nations, General Assembly; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp->

- [content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf](#), accessed 21 December 2020).
130. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf, accessed 22 December 2020).
 131. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, accessed 21 December 2020).
 132. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 20 January 2021).
 133. Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eg-di-report-2020-1.pdf>, accessed 1 September 2020).
 134. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf, accessed 1 September 2020).
 135. Winkler P, Kondrátová L, Kagstrom A, Kučera M, Palánová T, Salomonová M et al. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights*. 2020;22:21-33.
 136. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 21 January 2021).
 137. Lindsley CW. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci*. 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
 138. Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry*. 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.
 139. Moore TJ, Mattison DR. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA Intern Med*. 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.

140. Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind - the consequences of psychiatry's identity crisis. *N Engl J Med.* 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
141. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 28 March 2017 (A/HRC/35/21) Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 22 December 2020).
142. <https://imhcn.org/bibliography/recovery-an-introduction/recovery-general/>
143. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418239/> K. S. Jacob [Author information](#) [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)
144. <https://amiquebec.org/what-is-recovery/>
145. <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/r/recovery>
146. <https://www.verywellmind.com/what-is-the-recovery-model-2509979>
147. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0104-4>
148. <https://positivepsychology.com/act-acceptance-and-commitment-therapy/>

Tiparul sub comanda nr. 50382,
executat la F.P.C. Primex-Com S.R.L.
Bd. Grigore Vieru, nr. 26
Chişinău, MD-2005, Republica Moldova
Tel.: +373 22 27-53-05, +373 22 22-66-82
E-mail: primex@dnt.md



Dr. Jana CHIHAI, este doctor habilitat în științe medicale, șefa Catedra de Sănătate mintală, Psihologie medicală și Psihoterapie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, este Conferențiar Universitar, Catedra de Sănătate mintală, Psihologie medicală și Psihoterapie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova; Consultant superior în domeniul Sănătății Mintale comunitare a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova;

Președintele Comisiei de evaluare a procurorilor din RM; Membru al Comisiei prezidențiale de grațiere din RM; Consultant în sănătate Mintală Comunitară în diverse proiecte internaționale; Președintele Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova – SPNPPC; Președinte al Asociației Obștești SOMATO (ONG); Membru al European Psychiatric Association (EPA), din 2018 membru al Consiliului Asociațiilor Naționale EPA; Membru – ECNP.

A absolvit: Universitatea de Stat de medicină și farmacie “N. Testemițanu”, teza de doctor în științe medicale la catedra de Sănătate Publică și Management, tema “Argumentarea științifică a serviciilor comunitare pentru persoanele cu dereglări psihice”, Chișinău, Republica Moldova; Școala Europeană de Psihoterapie, Socio și Somatoanaliză, Strasbourg, Franța; Universitatea de vară “Administrarea și gestionarea serviciilor sanitare”, Ascona, Elveția; International Master in Mental Health Policy and Services, Universida de NOVA de Lisboa, Facultad de Ciências Médicas, Lisabona, Portugalia; Research Training: Socio-Economics of Mental Health Service Delivery in Southeastern Europe, University of California, Berkeley, Berkley, California, SUA; Psihoterapie integrativă și Psihoterapia Cognitiv – comportamentală, România **Are multiple publicații:** 61 publicații științifice și științifico-metodice; 24 Lucrări științifice publicate peste hotare în ultimii 5 ani; 7 Manuale pentru studenți, rezidenți și specialiști în domeniul sănătății mintale; 13 Ghiduri metodologice pentru studenți, medici și populație, din ele 5 în ultimii 5 ani; 8 Protocoale Clinice Naționale.

Activitate în domeniul: 26 ani lucrați ca psihiatru în serviciile psihiatrice din Republica Moldova; 13 ani lucrați ca manager în serviciile comunitare de sănătate mintală din Moldova; 10 ani – Director al Centrului Comunitar de Sănătate Mintală SOMATO din Bălți; 3 ani – Director al Centrului pentru Copii și Tineri cu Dizabilități Mixte Severe DANCO din Bălți; 20 de ani ca cadru academic. **Colaborare Internațională:** Pactului de Stabilitate în ESE în Sănătate Mintală. Chișinău, Republica Moldova, OMS oficiul din Europa, Expert și trener național; Pactul de Stabilitate în domeniul sănătății copiilor cu dizabilități. OMS, oficiul din Europa, Manager; Reforma serviciilor de sănătate mintală în republica Moldova, IP Trimbos Moldova Biroul Elveției de Cooperare (SDC), Consultant superior; Expert Național în Sănătate Mintală al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS); Co-lider al Grupului Tehnic în Sănătate și COVID-19 al OMS regiunea Europa; Co-lider al Grupului Tehnic în MHPSS al OMS Moldova. **Distincții de stat:** 2007 – MERITUL CIVIC; 2021 – Diploma de Onoare a Academiei de Științe a Moldovei; 2021 – Profesorul anului în cadrul USMF.

