

Έννοιες, περιεχόμενο και παραδείγματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανά τον κόσμο

Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης

Ειδικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας-Ιατρός
Βοηθός Παθολογικής Κλινικής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ενδυναμώνονται τα άτομα που παρουσιάζουν αναπηρία εξαιτίας ψυχικής διαταραχής ώστε να φθάσουν στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας, βελτιώνεται η ικανότητα των ατόμων και προάγονται οι αναγκαίες αλλαγές στο περιβάλλον τους ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Οι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η ελάττωση της συμπτωματολογίας και των ιατρογενών προβλημάτων, η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, η ελάττωση των διακρίσεων και του στιγματισμού, η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη και η ισχυροποίηση της θέσης των ατόμων¹.

ΘΕΣΕΙΣ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αποκατάσταση είναι η μακροχρόνια αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου και του πλήρους εύρους των συνεπειών της σε μια προσπάθεια να ελαττωθούν ή να εξαλειφθούν αναπηρίες και ελλείμματα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει ένα πλήρες εύρος βιοψυχοκοινωνικών εργαλείων προς την παραπάνω κατεύθυνση, που θα συντελέσει και στην ελάττωση του στίγματος².

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ;

Οι αποφάσεις για τον τύπο και τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να εξατομικεύονται, λαμβάνοντας υπόψη τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου, την ανταπόκριση σε προηγούμενη थे-

ραπεία και τη φάση της νόσου. Δεν ταιριάζει το ίδιο κοστούμι σε όλους. Μια από τις πιο δημοφιλείς πρακτικές που είναι βασισμένη σε ενδείξεις, είναι η φροντίδα στην κοινότητα που βασίζεται στην επιβεβαίωση και την ενθάρρυνση του αρρώστου. Μπορεί να βοηθήσει αυτούς που χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και που είναι απρόθυμοι να παρακολουθήσουν εθελοντικά προγράμματα σε ένα κέντρο ψυχικής υγείας. Για τους χιλιάδες αρρώστους όμως που έχουν φθάσει με επιτυχία σε μια σταθερή φάση της διαταραχής τους, είναι πιθανότερο αυτού του είδους η θεραπεία να θεωρηθεί ως μη αναγκαία, μη επιθυμητή και άκρως επεμβατική³.

Επίσης δεν χρειάζονται αποκατάσταση όλοι οι άρρωστοι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Άτομα με καλή προνοσηρή προσωπικότητα, που δεν κάνουν χρήση ουσιών, που δεν έχουν σοβαρά αρνητικά συμπτώματα ή γνωσιακά ελλείμματα και κατέχουν ικανές κοινωνικές δεξιότητες, μπορούν να ανανήψουν από τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή χωρίς εντατική και αναλυτική αποκατάσταση αμέσως μόλις υποχωρήσουν τα έντονα συμπτώματα με την κατάλληλη θεραπεία⁴.

Μια άλλη παρέμβαση αποκατάστασης κατά την οξεία φάση αλλά και τη φάση σταθεροποίησης της νόσου βασίζεται στο κοινοτικό μοντέλο επανεισόδου. Αυτό το πρόγραμμα εκπαίδευσης και εκμάθησης δεξιοτήτων είναι χρήσιμο για την εγκαθίδρυση συνεχούς φροντίδας από τις νοσοκομειακές στις εξωνοσοκομειακές δομές. Το πρόγραμμα μαθαίνει στους αρρώστους που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και νοσοκομεία ημέρας ικανότητες αντιμετώπισης της νόσου και επανένταξης στη ζωή και στην κοινότητα, αντιμε-

τώπισης δυσκολιών της καθημερινότητας και δημιουργίας συνδέσμων με μακροπρόθεσμα εξωνοσοκομειακά θεραπευτικά προγράμματα. Η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι αδιαχώριστες. Είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος^{5,6}.

Η δεκαετία του 1990 ήταν η δεκαετία που η ψυχιατρική αποκατάσταση έλαβε τη θέση που της άρμοζε στους βασικούς στόχους της ψυχικής υγείας: πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση. Η αποϊδρυματοποίηση στόχευε στο κλείσιμο κτιρίων – η αποκατάσταση εστιάζεται στο άνοιγμα ζωνών⁷.

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ⁸

Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας έχει προκαλέσει σοβαρές οικονομικές αλλαγές (οικονομία ελεύθερης αγοράς), αύξηση της ανεργίας (μετακίνηση επενδύσεων σε χώρες με φθηνά εργατικά χέρια), ιδιωτικοποίηση κοινωνικών οργανισμών, αυξημένη κοινωνική κινητικότητα, μεταβολές στη δομή της οικογένειας και περιθωριοποίηση των κοινωνικά μειονεκτικών ομάδων. Η αυξανόμενη οικονομική ανασφάλεια προκαλεί σημαντικό πρόβλημα ιδίως σε οικογένειες με μέλη που πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή και η φτώχεια έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην ψυχολογική ευεξία, την αυτοεκτίμηση, την υγεία και την ποιότητα ζωής. Επιπλέον η συνεχής αποϊδρυματοποίηση των αρρώστων αυξάνει τον βαθμό συμμετοχής της οικογένειας και της κοινότητας στη φροντίδα τους. Αλλά όταν η κοινότητα και η οικογένεια δεν είναι καλά προετοιμασμένες ή πρόθυμες να δεχθούν αυτούς τους αρρώστους, τους μετατρέπουν σε άστεγους και σε αυτές τις περιπτώσεις το να μιλάμε για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ειρωνεία. Προφανώς η εποχή της παγκοσμιοποίησης έχει αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή ικανοποιητικής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Υπάρχουν όμως λύσεις όπως η ενδυνάμωση του διεθνούς κινήματος οικογενειών και χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών, με παράλληλες προσπάθειες αυτοδραστηριοποίησης και αυτο-προσδιορισμού κάθε πάσχοντος ανθρώπου, η τροποποίηση πεποιθήσεων και στάσεων της κοινότητας έναντι των ψυχικά αρρώστων και η ενίσχυση του εθελοντισμού.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ – ΤΙ ΕΓΙΝΕ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ;

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις είναι επιχειρήσεις που δημιουργήθηκαν με διπλό σκοπό – να απασχολήσουν άτομα με αναπηρίες και να παρέχουν προϊόντα ή υπηρεσίες που χρειάζονται. Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε για άτομα με ψυχικές διαταραχές στην Ιταλία τη δεκαετία του 1970.

Στην Τεργέστη, από όπου έλκουν την καταγωγή τους οι πρώτες κοινωνικές επιχειρήσεις, το ετήσιο εισόδημα αυτών των συνεταιρισμών το 2004 ήταν 14 εκατομμύρια δολάρια. Πάνω από 300 άτομα με ψυχικές διαταραχές εργάζονται στους συνεταιρισμούς της Τεργέστης ως πλήρους απασχόλησης ή ως εκπαιδευόμενοι.

Στη Γερμανία η πρώτη επιχείρηση του είδους δημιουργήθηκε το 1978. Μέχρι το 2005 υπήρχαν πάνω από 500 τέτοιες επιχειρήσεις με συνολικό εργατικό δυναμικό 16.500 ατόμων από τους οποίους το 50% ήταν άτομα με αναπηρίες.

Στη Μεγάλη Βρετανία υπήρχαν μόνο 6 τέτοιες επιχειρήσεις ως το 1997.

Έκτοτε ο αριθμός τους αυξήθηκε σε 49 οικονομικά ανεξάρτητες επιχειρήσεις συν άλλες 70 που χρειάζονται ακόμη κάποια υποστήριξη. Το 2005 απασχολούσαν πάνω από 1.500 άτομα, τα 2/3 των οποίων ήταν άτομα με αναπηρίες (κυρίως λόγω ψυχιατρικών διαταραχών).

Κοινωνικές επιχειρήσεις ανεπηρέαστες από την ευρωπαϊκή επίδραση αναπτύχθηκαν επίσης στον Καναδά και στις Η.Π.Α., στην Ιαπωνία και την Κορέα⁹.

ΕΝΑ ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΤΑΞΙΔΙ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ¹⁰

Η Ιορδανία έχει έναν συνδυασμό εξαιρετικά ισχυρής οικογενειακής κουλτούρας και ενός μοντέρνου ιατρικού μοντέλου ψυχιατρικής θεραπείας που χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση.

Στις Η.Π.Α. δεν υπήρξε ποτέ ταυτόχρονη συνύπαρξη αυτών των δύο. Η ψυχαναλυτική εκπαίδευση παρήκμασε με την έλευση των προγραμμάτων αποκατάστασης. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει καμία αλληλεπικάλυψη στην εκπαίδευση ή την κλινική πράξη μεταξύ αυτών των δύο.

Στην Ιταλία υπάρχει ισχυρή ψυχαναλυτική εκπαίδευση στη θεωρία και στην πράξη μέσα στο σύστημα ψυχικής υγείας, περιλαμβανομένων

των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Ανάλογα με τις πολιτιστικές της επιρροές κάθε χώρα παρουσιάζει και ιδιαιτερότητες. Μπορεί κανείς να αναφέρει την επίδραση των Maori στη Νέα Ζηλανδία, την οικογενειακή υιοθεσία στο Geel του Βελγίου, την ύπαρξη κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας με αφετηρία έναν θρησκευτικό ναό στο Κάιρο, το σύστημα αποποινικοποίησης της χρήσης παράνομων ουσιών στην Ολλανδία και το πρόγραμμα εργασιακής αποκατάστασης στην Ιαπωνία.

Κοινό χαρακτηριστικό σχεδόν σε όλες τις χώρες είναι ότι οι άρρωστοι με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα ζουν με τις οικογένειές τους, οι οποίες αναλαμβάνουν τόσο τα πρακτικά προβλήματα, όσο και τη θεραπευτική τους αγωγή. Σε κάποιες χώρες όπως στην Ινδία, την Ταϊλάνδη και την Αίγυπτο δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου κρατικά επιδόματα, ενώ σε άλλες χώρες όπως στην Ιαπωνία και τη Νέα Ζηλανδία, υπάρχουν επιδόματα ίσα σχεδόν με ένα μηνιαίο εισόδημα.

Οι διαθέσιμες θεραπείες και η οικονομική στήριξη των κυβερνήσεων ποικίλλουν επίσης. Η Ταϊλάνδη έχει μόλις 300 ψυχιάτρους για 60.000.000 πληθυσμό, ενώ κάθε χρόνο εκπαιδεύει μόνο 20 καινούριους ψυχιάτρους κυρίως στο νοσοκομείο της Bangkok που στήθηκε πριν από έναν αιώνα από δύο Βρετανούς ψυχιάτρους με βάση την «ηθική» θεραπεία. Η Αίγυπτος έχει επίσης μόνο 300 ψυχιάτρους για πληθυσμό 60.000.000, ενώ η Ινδία έχει μόλις 3.000 ψυχιάτρους για 1.000.000.000 πληθυσμού. Σε αυτές τις χώρες οι οικογένειες αναγκάζονται να πληρώνουν τις επισκέψεις στους γιατρούς, τα φάρμακα, ακόμη και τη νοσηλεία. Αντιθέτως στην Ιορδανία έγινε προσπάθεια να υπάρχουν περισσότεροι ψυχίατροι (40 για περίπου 6 εκατομμύρια πληθυσμού) που πληρώνονται εξολοκλήρου από την κυβέρνηση, η πρόσβαση σε αυτούς είναι εύκολη και δεν υπάρχει κανενός είδους στιγματισμός από τα ΜΜΕ. Το αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας ήταν η δραστική μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία από τα επείγοντα, επειδή οι οικογένειες φέρνουν τους άρρωστους για θεραπεία έγκαιρα. Ίσως ρόλο σε αυτό το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ιορδανία διαδραμάτισε το γεγονός ότι ο παππούς του σημερινού βασιλιά της χώρας φέρεται να έπασχε από σχιζοφρένεια.

Μέσα στα προαναφερθέντα πλαίσια η αποκα-

τάσταση των αρρώστων περιλαμβάνει κυρίως κέντρα ημερήσιας φροντίδας και προστατευμένη εργασία ώστε να διατηρούνται οι άρρωστοι δραστήριοι και να ανακουφίζονται οι οικογένειες. Όταν το οικογενειακό σύστημα καταρρέει, κάτι που συμβαίνει σπανίως σε παγκόσμια κλίμακα, ο άρρωστος πλέον δεν αποτελεί ευθύνη της οικογένειας. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα βίας ή καταστροφικής συμπεριφοράς, βάρος που δεν μπορεί πλέον να αντέξει η οικογένεια, ή ντροπή της οικογένειας, ακόμη και επιλογής.

Στην Ολλανδία και τις Η.Π.Α. οι άνθρωποι προτιμούν συχνά κυβερνητικοί οργανισμοί να αναλαμβάνουν τη φροντίδα των πασχόντων συγγενών τους, παρά να επωμίζονται οι ίδιοι αυτό το βάρος.

Σε χώρες χωρίς ιδιαίτερη κυβερνητική υποστήριξη σε αυτά τα θέματα, ο ψυχικά πάσχων μπορεί να αποκοπεί από την οικογένειά του και να γίνει αποδεκτός στην κοινότητα αναλαμβάνοντας έναν σταθερό ρόλο, όπως αυτόν του ζητιάνου.

Φαίνεται ότι υπάρχει διαφορετικό επίπεδο ανοχής στο φαινόμενο των αστέγων ανάλογα με την κουλτούρα (υψηλότερη στις Η.Π.Α. απ' ό,τι στην Κίνα), αλλά οι περισσότερες χώρες προσπαθούν να εξαλείψουν αυτό το φαινόμενο.

Στην Ινδία υπάρχει μια καινούρια τάση: οι ευκατάστατες οικογένειες μπορούν να πληρώσουν μέχρι και 50.000 δολάρια σε μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική για να κρατήσει τον ψυχικά πάσχοντα συγγενή τους εκεί για το υπόλοιπο της ζωής του.

Στην Κίνα οι άστεγοι κρατιούνται σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία επ' αόριστον.

Στο UCLA δημιουργήθηκαν προγράμματα εκμάθησης δεξιοτήτων που αποδείχθηκαν ιδιαίτερα δημοφιλή τόσο στα πλαίσια ιδρυματικής θεραπείας, όσο και στα πλαίσια της θεραπείας στην κοινότητα.

Στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Μαλαισίας ένας θάλαμος μετατράπηκε σε θάλαμο αυτοφροντίδας όπου νοσηλευτικό προσωπικό και άλλοι άρρωστοι βοηθούσαν ανθρώπους να νοιαστούν για τον εαυτό τους. Αυτό απαιτούσε επιπλέον προσωπικό αλλά είχε ως αποτέλεσμα καλύτερη λειτουργικότητα στην κοινότητα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Στην Ιταλία υπάρχει ένα ετήσιο πρόγραμμα αποκατάστασης που στεγάζεται σε μια βίλα στην

εξοχή. Αυτό το πρόγραμμα ενσωμάτωσε ψυχαναλυτική δουλειά στο ξεκίνημά του με μουσική, τέχνη και κινησιοθεραπεία. Δημιουργήθηκε σκόπιμα μια ελεγχόμενη ψυχοδυναμική υπαναχώρηση των αρρώστων σε προηγούμενα στάδια εξέλιξης ώστε να επουλώσουν τις εσωτερικές τους ψυχοσυγκρούσεις. Τα προβλήματα της ομάδας αντιμετωπιζόνταν επίσης στα πλαίσια ψυχοδυναμικών διαδικασιών. Αυτή η επιστροφή σε προηγούμενα στάδια εξέλιξης έπαυε καθώς οι άρρωστοι προχωρούσαν σε υποστηριζόμενα κοινοτικά προγράμματα στέγασης όπου απαιτούνταν περισσότερη αυτοφροντίδα.

Ένα ασυνήθιστο πρόγραμμα διατήρησης των αρρώστων στην κοινότητα είναι το πρόγραμμα οικογενειακής υιοθεσίας που εφαρμόζεται στο Geel του Βελγίου. Σύμφωνα με την ιστορία, πριν από 600 χρόνια μια νεαρή γυναίκα αποκεφαλίστηκε από τον πατέρα της (που προφανώς ήταν ψυχικά άρρωστος) επειδή αρνήθηκε να πάρει τη θέση της νεκρής μητέρας της στο κρεβάτι του. Έτσι ανακηρύχθηκε Αγία, η Αγία Δάφνη, προστάτιδα των ψυχικά αρρώστων. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι ήρθαν ακολούθως ως προσκυνητές στο χωριό και έτσι σταδιακά ξεκίνησε ένα σύστημα όπου κάθε κάτοικος υιοθετούσε έναν ή περισσότερους ψυχικά πάσχοντες επ' αόριστον. Αυτό με το πέρασμα των αιώνων είχε ως συνέπεια την ανάπτυξη μιας μοναδικής ανεκτικότητας και αποδοχής της ψυχικής νόσου σε αυτή τη μικρή κοινότητα. Αυτό το πρόγραμμα σήμερα πνέει σιγά-σιγά τα λοίσθια.

Υπάρχουν όμως δύο άλλα προγράμματα που προσπάθησαν να υιοθετήσουν και να εκσυγχρονίσουν αυτή την προσέγγιση της οικογενειακής υιοθεσίας. Το ένα είναι ετήσιας διάρκειας, εφαρμόζεται στη Σουηδία και αφορά χρήστες παράνομων ουσιών. Το άλλο είναι ετήσιας ή διετούς διάρκειας, εφαρμόζεται στη Γερμανία και αφορά νέα άτομα με σχιζοφρένεια.

Μικτά προγράμματα από επαγγελματίες και μη μπορεί να είναι αποτελεσματικά σε ό,τι αφορά στην αποκατάσταση των αρρώστων. Στη Νέα Ζηλανδία, για παράδειγμα, λειτουργεί ομάδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, άτομα με ψυχικά νοσήματα και μέλη οικογενειών. Στην ίδια χώρα το Schizophrenia Fellowship, μια ομάδα μελών οικογενειών, ξεκίνησε ένα κοινοτικό πρόγραμμα (κέντρο παρακολούθησης, στέγαση, εργασία και κοινωνικές υπηρεσίες). Στην Ινδία υπάρχει ένα έξιμηνο πρόγραμμα αποκατάστασης βασισμένο

στην κοινότητα, που διοικείται από έναν συνδυασμό επαγγελματιών, εκπαιδευόμενων, ασθενών και εθελοντών. Παρομοίως στην αγροτική Αίγυπτο υπάρχει ένα μικρό ιδιωτικό ψυχιατρικό νοσοκομείο που προσπαθεί να ενσωματωθεί στην τοπική κοινωνία περιλαμβάνοντας στο πρόγραμμα των αρρώστων αγροτικές δραστηριότητες, αλλά και εκπαίδευση των παιδιών της περιοχής από επαγγελματίες. Περιλαμβάνει επίσης εθελοντές από την κοινότητα, ακόμη και χορήγηση μικρών επιχειρηματικών δανείων στους κατοίκους.

Σε διεθνές επίπεδο υπάρχει ένας αριθμός περιπλοκών ζητημάτων που δυσκολεύουν την πραγματική ενσωμάτωση των ψυχιατρικών αρρώστων στην κοινότητα:

1. Πολλές χώρες έχουν νόμους και πολιτικές που εμποδίζουν κάτι τέτοιο. Η ύπαρξη επιδομάτων, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την υποστηριζόμενη ανεξάρτητη διαβίωση, δεν προβλέπεται σε χώρες όπως η Ινδία, η Αίγυπτος, η Ταϊλάνδη, η Μαλαισία ή η Κίνα. Επίσης μερικές φορές το κράτος δεν θα πληρώσει για ψυχιατρική φροντίδα.

2. Υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες για τον κίνδυνο της δημόσιας ασφάλειας αν οι άρρωστοι με ψυχικές διαταραχές είναι δικοί μας γείτονες, πολλές δε από αυτές τις ανησυχίες είναι μη ρεαλιστικές και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρωταρχικά με εκπαίδευση. Τα Μ.Μ.Ε. στην Ιορδανία, σχολικά προγράμματα στην Ινδία, ομάδες ατόμων στην Ιαπωνία, προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας στη Μαλαισία και εκδόσεις για την ψυχική υγεία στην Κίνα προσπαθούν να εφαρμόσουν στρατηγικές για την πρόληψη στιγματισμού των ψυχιατρικών αρρώστων.

3. Υπάρχει ανάγκη για τη δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου στην κοινότητα αν ο ψυχικά άρρωστος θα ανήκει εκεί παρά αν είναι απομονωμένος μέσα σε αυτήν. Στη Νέα Ζηλανδία οι Maori νιώθουν μια έντονη ανάγκη να συνδέονται με την πατρογονική γη και τους προγόνους τους. Έτσι δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα που βοηθούσε αυτούς τους ανθρώπους να επανασυνδεθούν με το χωριό και τις οικογένειές τους. Ονομάζουν Fanna την εκτεταμένη οικογένειά τους που περιλαμβάνει τους ηλικιωμένους του χωριού και τους προγόνους τους. Σε ιδεατό επίπεδο η ψυχική νόσος αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα ολόκληρης της Fanna, το οποίο όλοι μαζί θα προσπαθήσουν να λύσουν. Ονομάζουν Hangi το κοινοτικό κέ-

ντρο όπου ζουν οι πρόγονοι και συγκεντρώνονται όλοι.

Στο Κάιρο ένα τζαμί χρησιμοποιήθηκε ως η καρδιά του κοινοτικού κέντρου που παρείχε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιατρικές και θρησκευτικές υπηρεσίες, διδασκαλία μαθημάτων, υποστήριξη εφήβων, υπηρεσίες για χρήστες παράνομων ουσιών και για την ανατροφή παιδιών. Όλα αυτά ήταν ενσωματωμένα σε μια υπηρεσία που παρεχόταν σχεδόν αποκλειστικά και σε εθελοντική βάση από τους κληρικούς.

Θα πρέπει να υπάρχει ισχυρή, προσωπική ψυχιατρική παρουσία στην κοινότητα. Στις περισσότερες χώρες οι άρρωστοι αντιμετωπίζονται κυρίως σε νοσοκομειακές δομές. Συχνά αυτές οι δομές απέχουν αρκετά από την κοινότητα ή την οικογένεια στην οποία ανήκει ο άρρωστος. Μια μελέτη μάλιστα ανέφερε ότι τα αποτελέσματα της πορείας των αρρώστων ήταν αντιστρόφως ανάλογα της απόστασης του νοσοκομείου από το σπίτι τους. Ψυχίατροι στη Μαλαισία και την Αίγυπτο δήλωναν απογοητευμένοι από την προσπάθεια επανένταξης των αρρώστων τους σε μακρινές κοινότητες.

ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Πολύ λίγες χώρες έχουν τον ενδεδειγμένο συνδυασμό για παροχή υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας στον κόσμο. Ακόμη και μέσα σε μια χώρα μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα. Δυστυχώς υπάρχουν στην πράξη πολλά προβλήματα που δεν έχουν ξεπεραστεί ακόμη.

Ας πάρουμε για παράδειγμα μια χώρα με τεράστιο πληθυσμό και συνεχώς αυξανόμενη ανοδικά αναπτυξιακή πορεία: την Ινδία¹¹. Στην Ινδία υπάρχουν 37 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία στα οποία νοσηλεύονται σχεδόν 18.000 άρρωστοι. Η επίσημη σχέση κλινών προς ασθενείς είναι 1:1,4 και δεν είναι λίγοι οι άρρωστοι που κοιμούνται στα πατώματα των θαλάμων. Οι τουαλέτες σε πολλά από αυτά τα νοσοκομεία είναι σε κακή κατάσταση, μάλιστα σε 13 από τα 37 χαρακτηρίστηκαν ως πολύ βρώμικες. Πολλά προβλήματα υπάρχουν και με τις εγκαταστάσεις ύδατος, τόσο για χρήση καθαριότητας όσο και για την πόση του. Πολλά από τα νοσοκομεία δεν δια-

θέτουν ζεστό νερό για μπάνιο ούτε τον χειμώνα. Δημόσια αποχωρητήρια ή ντουζιέρες, ούρηση και αφόδευση, καθώς και λήψη λουτρού σε κοινή θέα είναι καθημερινό πρόβλημα σε αρκετά νοσοκομεία. Αυτή είναι η μια όψη του νομίσιματος. Δεν πρέπει όμως να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι γίνονται προσπάθειες προς κάθε κατεύθυνση. Στην επαρχία Bellary υπάρχει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης όλου του προσωπικού που εμπλέκεται στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα. Επιπλέον σε αυτό περιλαμβάνεται και πρόγραμμα παροχής των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, πρόγραμμα τήρησης αρχείου και πρόγραμμα παροχής κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας¹². Τα πρωτοβάθμια κέντρα παρέχουν πρόληψη και θεραπεία. Οι επαγγελματίες υγείας επισκέπτονται οικογένειες στα σπίτια.

Στην Κίνα υπάρχουν κλινικές εξωτερικών αρρώστων σε δρόμους, γειτονιές ή απομακρυσμένα γενικά νοσοκομεία. Αυτές εκτελούν χρέη πρωτοβάθμιας φροντίδας. Υπάρχουν όμως και πολλές κοινοτικές υπηρεσίες¹³.

Στο Ισραήλ οι τοπικές επιτροπές ψυχικής υγείας, με επικεφαλής ψυχιάτρους, είναι υπεύθυνες για την επίβλεψη, συντονισμό και ανάπτυξη όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για τη συλλογή όλων των πληροφοριών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των κατοίκων σε κάθε περιοχή. Κάθε επιτροπή συνεργάζεται με μια τοπική συντονιστική επιτροπή στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι της κεντρικής κυβέρνησης, των ασφαλιστικών οργανισμών και πολιτών¹⁴.

Στο Ιράν οι προσπάθειες για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας ξεκίνησαν στα τέλη της δεκαετίας του '80 και έκτοτε το πρόγραμμα έχει επεκταθεί σε όλη τη χώρα καλύπτοντας περίπου 20 εκατομμύρια άτομα¹⁵.

Στο Πακιστάν το πρόγραμμα ψυχιατρικής κοινοτικής φροντίδας που ξεκίνησε στο Rawalpindi έχει πλέον επεκταθεί σε όλη τη χώρα. Πάνω από 2.000 γιατροί και 40.000 επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύτηκαν έτσι με σκοπό να εξυπηρετήσουν αποκεντρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Υπάρχουν τμήματα και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για άτομα με μαθησιακές δυσκολίες στα οποία παρέχονται κοινωνικές, εργασιακές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες στις μεγάλες πόλεις. Δυστυχώς σε αυτά δεν έχει πρόσβαση μεγάλο μέρος του πληθυσμού που κατοικεί σε αγροτικές περιοχές¹⁶.

Στο Νεπάλ οι ψυχιατρικές μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας βρίσκονται στα επαρχιακά νοσοκομεία. Οι δομές σε αυτό το δευτεροβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνουν μικρότερους θαλάμους στο στρατιωτικό νοσοκομείο και σε δύο επαρχιακά νοσοκομεία και ένα μικρό κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας σε τρία άλλα επαρχιακά νοσοκομεία. Οι μονάδες ψυχικής υγείας εκτός πρωτεύουσας δεν διαθέτουν υπηρεσίες για χρόνιους αρρώστους¹⁷.

Στην Καμπούτζη παρά το ότι 85% του πληθυσμού ζει σε αγροτικές περιοχές, υπάρχουν ελάχιστοι φορείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτές τις περιοχές, αλλά άφθονοι παραδοσιακοί θεραπευτές. Σε τριτοβάθμιο επίπεδο υπάρχει συνεργασία μεταξύ εξωκρατικών υπηρεσιών και κρατικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στις πρώτες περιλαμβάνονται το Καναδικό Ίδρυμα Marcel Roy για τα παιδιά και το Νορβηγικό Συμβούλιο ψυχικής υγείας για την εκπαίδευση των ψυχιάτρων.

Αρκετά παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν και από την αφρικανική ήπειρο.

Στην Μποτσουάνα οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας με βάση τους τα δευτεροβάθμια επαρχιακά νοσοκομεία επισκέπτονται έναν αριθμό πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας σε κάθε περιοχή. Οι επισκέψεις γίνονται τακτικά και σε αυτές υπάρχει συνεργασία με επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έχουν εντοπίσει στην κοινότητα άτομα που χρήζουν βοήθειας¹⁸. Εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπάρχουν στην πρωτεύουσα και τα επαρχιακά κέντρα, ενώ οι αγροτικές περιοχές εξυπηρετούνται από τις πρωτοβάθμιες μονάδες, τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, αλλά και τους παραδοσιακούς θεραπευτές.

Στη Γουινέα – Μπισάου υπήρχε ένα πολύ καλό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας πριν τον πόλεμο. Οι νοσηλευτές στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν περιπτώσεις σοβαρών ψυχικών διαταραχών¹⁹.

Στην Τυνησία μετά το 1956 προστέθηκαν 300 νέες κλίνες για ψυχιατρικούς αρρώστους σε μικρές ψυχιατρικές μονάδες πέντε γενικών νοσοκομείων σε όλη τη χώρα, ενώ ελαττώθηκαν στο ήμισυ οι κλίνες του μοναδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου της χώρας.

Στη Νιγηρία παρατηρείται ένα συνηθισμένο

πρόβλημα των αναπτυσσόμενων χωρών: τα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων έχουν περισσότερο προσωπικό και λειτουργούν πιο ικανοποιητικά από ό,τι τα κρατικά νοσοκομεία των αγροτικών περιοχών²⁰.

Στη Νότιο Αφρική υπάρχουν περίπου 500 ειδικοί ψυχίατροι, αλλά λόγω της μετανάστευσης και της προτίμησης των αστικών κέντρων ως τόπων εργασίας, καθώς και της επιλογής εργασίας ως ιδιωτικών γιατρών, υπάρχουν ακόμη και ολόκληρες επαρχίες στη χώρα με μόνο έναν ψυχίατρο ακόμη και για 5.000.000 πληθυσμού.

Στην Τανζανία βασικές ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται στην ύπαιθρο από ιδιώτες, δημόσιους φορείς και εθελοντές. Σε μερικές αγροτικές περιοχές, τα αγροτικά χωριά αποκατάστασης παρέχουν προστατευμένη εργασία, συνεχή επαφή με τα μέλη της τοπικής κοινότητας και συνεχή ψυχοκοινωνική υποστήριξη από παραδοσιακούς θεραπευτές, επαγγελματίες υγείας και γενικούς ιατρούς. Αυτές οι υπηρεσίες αποτελούν μια εναλλακτική λύση για τους χρόνιους αρρώστους με ψυχιατρικά προβλήματα²¹. Κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας υπάρχουν στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία της πρωτεύουσας αλλά όχι σε αγροτικές περιοχές. Τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές δευτεροβάθμιες υπηρεσίες βρίσκονται σε ψυχιατρικά τμήματα επαρχιακών γενικών νοσοκομείων. Δυστυχώς στις αγροτικές περιοχές της χώρας η αναλογία γιατρών-πληθυσμού είναι 1:20.000, ενώ η αναλογία παραδοσιακών θεραπευτών-πληθυσμού είναι 1:25. Σε αυτές τις περιοχές η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας στηρίζεται σε γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Άξια ιδιαίτερης μνείας είναι τα αγροτικά χωριά ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς αποτελούν υπόδειγμα διακλαδικής συνεργασίας μεταξύ τοπικών κοινοτήτων, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και παραδοσιακών θεραπευτών. Ασθενείς και συγγενείς ζουν σε ένα χωριό μαζί με αγρότες, ψαράδες και τεχνίτες και τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης τόσο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από παραδοσιακούς θεραπευτές.

Στην Αιθιοπία αναπτύχθηκε συνεργασία από τις υπηρεσίες σε τριτοβάθμιο επίπεδο με τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές που λειτουργούν σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. 27 επαρχιακά νοσοκομεία και 1 κέντρο υγείας έχουν ψυχιατρικές μονάδες, που καθεμία λειτουργεί υπό την εποπτεία

δύο νοσηλευτών ψυχικής υγείας²². Όλες οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες βρίσκονται στην πρωτεύουσα, όπως και οι περισσότεροι ψυχίατροι. Περιφερειακά νοσοκομεία με ψυχιατρικές μονάδες βρίσκονται τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές. Οι ψυχιατρικές διαταραχές των αγροτικών κοινοτήτων αντιμετωπίζονται κυρίως από παραδοσιακούς θεραπευτές, ενώ είναι κοινή πρακτική σε αυτές τις κοινότητες οι ψυχικά άρρωστοι να φροντίζονται από μέλη της οικογένειας στο σπίτι. Διατομεακή συνεργασία υπάρχει σε εθνικό επίπεδο μεταξύ Υπουργείου Υγείας, Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Φορέων και Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Αυτοί οι φορείς ξεκίνησαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών το 1986.

Στη Ζιμπάμπουε το τμήμα υγείας της πρωτεύουσας και η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου συνεργάζονται σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στις γυναίκες. Κατέληξαν σε χρήσιμα συμπεράσματα και ενσωμάτωσαν σε αυτό και άλλες πρωτοβουλίες που είχαν αναπτυχθεί παλαιότερα.

Στην αμερικανική ήπειρο αναφέρονται τα παραδείγματα στην Κόστα Ρίκα και την Αργεντινή. Δυστυχώς στην Κόστα Ρίκα οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι συγκεντρωμένοι στα αστικά κέντρα, ενώ οι αγροτικές περιοχές είναι στελεχωμένες ανεπαρκώς²³.

Στην Αργεντινή, στην επαρχία Neuquen χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών από την πρωτοβάθμια φροντίδα και ψυχολόγων. Οι γενικοί γιατροί χρειάζονταν περισσότερη εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και καλύτερη συνεργασία με ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Το τμήμα υγείας της επαρχίας ανταποκρίθηκε δημιουργώντας μια επιτροπή με στόχο μεταξύ άλλων τη δημιουργία ενός δικτύου συμβουλευτικής και την εκπαίδευση γενικών ιατρών και νοσηλευτών για απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα προάγει τη συνεργασία γενικών ιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών, για παροχή υποστήριξης σε οικογένειες. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γενικοί ιατροί συναντιόνταν κάθε μήνα με τους παραδοσιακούς θεραπευτές κάθε περιοχής ώστε να υπάρχει συντονισμός στην αντιμετώπιση κάποιων νοσημάτων, αλλά και να αποδεχθούν και να εμπιστευθούν οι τοπικές κοινότητες τους γιατρούς, ώστε μεταξύ

άλλων να προληφθεί η επικίνδυνη χρήση βοτάνων σε συνδυασμό με τα φάρμακα²⁴.

Πλεονεκτήματα αποασυλοποίησης στις ανεπτυγμένες χώρες²⁵:

1. μεταβολή από την ασυλική φροντίδα στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα, σε συνθήκες ανθρώπινες, με επικέντρωση της φροντίδας στον άνθρωπο και με αποφυγή των βαρύτατων ψυχολογικών επιπτώσεων της ασυλοποίησης
2. πρόληψη νέων εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω παροχής εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών που είναι επιπλέον και φθηνότερες
3. ενσωμάτωση των αρρώστων στην κοινότητα – περιορισμός του κόστους που συνεπάγεται η μακροχρόνια φροντίδα των αρρώστων στο νοσοκομείο.

Μειονεκτήματα αποασυλοποίησης στις ανεπτυγμένες χώρες²⁶:

1. η αποασυλοποίηση όχι σπάνια συνετέλεσε στην έλλειψη εξασφάλισης οικονομικής στήριξης για τη διατήρηση ικανοποιητικών υπηρεσιών δημόσιας ψυχικής υγείας στην κοινότητα
2. η αποασυλοποίηση συχνά συνετέλεσε στην αύξηση των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία (π.χ., πολλαπλές βραχείες εισαγωγές για συγκεκριμένους αρρώστους που απαιτούν νοσοκομειακή θεραπεία)
3. σε ορισμένες περιπτώσεις συνετέλεσε στην αύξηση του αριθμού άστεγων ψυχικά αρρώστων και στην αύξηση της συχνότητας των ψυχιατρικών διαταραχών σε φυλακισμένα άτομα.

ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΤΙΚΩΝ – ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Στην επαρχία Neuquen της Αργεντινής η πλειοψηφία του εξειδικευμένου προσωπικού και οι αντίστοιχες υπηρεσίες βρίσκονται στα αστικά κέντρα. Στις αγροτικές περιοχές υπάρχουν μόνο γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Στη Νιγηρία, την Κόστα Ρίκα, τις Αραβικές χώρες, την Ινδία, την Κίνα, τις πρώην χώρες της ΕΣΣΔ και την Τουρκία οι περισσότερες και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντοπίζονται κατά κανόνα στα αστικά και ημιαστικά κέντρα²⁷.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Υπολογίζεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες ζουν σήμερα περίπου 25 εκατομμύρια σχιζοφρενείς. Τα συστήματα υγείας αυτών των χωρών δεν είναι προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν τα πολλαπλά προβλήματα υγείας και τις κοινωνικές ανάγκες αυτών των αρρώστων. Στις περισσότερες από αυτές τις χώρες αντιστοιχεί μόλις ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας για κάθε μισό με ένα εκατομμύριο πληθυσμού²⁸.

Κατά συνέπεια η φροντίδα και το επίπεδο διαβίωσης των αρρώστων επηρεάζονται αρνητικά. Το καταλληλότερο μοντέλο φροντίδας αυτών των αρρώστων θα ήταν ένα πρόγραμμα κοινοτικής φροντίδας που θα ήταν οικονομικά δυνατό, εφαρμόσιμο, αποδεκτό και βασισμένο σε ενδείξεις. Οι άνθρωποι που θα μπορούσαν να προσφέρουν αυτή τη φροντίδα θα είναι οι μη ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας. Τέτοια μοντέλα φροντίδας εφαρμόζονταν από κοινοτικές οργανώσεις, όπως η οργάνωση Basic Needs που λειτουργεί σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες και έχει τη βάση της στο Ηνωμένο Βασίλειο²⁹.

Δυστυχώς σε αυτές τις χώρες η φροντίδα περιορίζεται κυρίως στα οξεία επεισόδια. Είναι ίσως πολύ δύσκολο να το αντιληφθεί κάποιος, αλλά μόνο στο Bihar, μια φτωχή επαρχία της Ινδίας, υπάρχουν περισσότεροι σχιζοφρενείς απ' ό,τι σε όλη τη Βόρεια Αμερική.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας των ψυχιατρικών αρρώστων. Εξαιτίας της ψυχικής νόσου ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους σε πολλές περιπτώσεις στιγματίζονται και απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο. Οι πάσχοντες χάνουν την εργασία τους ή διακόπτουν τις σπουδές τους, χάνουν κάθε υποστηρικτικό περιβάλλον και μπαίνουν στη δίνη επανειλημμένων νοσηλείων και χρόνιας χρήσης ψυχοτρόπων φάρμακων με όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες που τα συνοδεύουν.

Αυτό που προσφέρει η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι η επανασύνδεση πάσχοντος και οικογένειας με την κοινότητα, η σταδιακή ένταξη του αρρώστου σε μια νέα επαγγελματική δραστηριότητα, προσαρμοσμένη στις δυνατότητές

του, η συνέχιση των σπουδών του, η ενδυνάμωσή του και η όσο το δυνατό πληρέστερη αξιοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων του προς όφελος της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας.

Στην πράξη βέβαια η κατάσταση δεν είναι ιδανική. Το κλείσιμο των ασυλικών ιδρυμάτων μάλλον σε πολλές περιπτώσεις φέρνει καταστάσεις απόγνωσης παρά ελπίδας. Και τούτο διότι οι άρρωστοι δεν είναι ικανοποιητικά προσαρμοσμένοι για τη ζωή στην κοινότητα, και η κοινότητα δεν είναι αρκετά προετοιμασμένη να τους δεχθεί. Σε κάθε περίπτωση όμως και με όλα τα προβλήματα αυτός είναι ένας δρόμος χωρίς επιστροφή.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders. Geneva: WHO, 1996.
2. World Health Organization/World Association for Psychosocial Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation: a consensus statement. Geneva: World Health Organization, 1996.
3. Liberman RP. Caveats for psychiatric rehabilitation. World Psychiatry 5: 3, October 2006.
4. Liberman RP. From disability to recovery: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing, 2008.
5. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method improving continuity of care. Psychiatr Serv 1998; 49:1313-6.
6. Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental disorders. Psychiatr Serv 2003; 54:1491-8.
7. Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. Psychiatric Rehabilitation, 2nd ed, Boston University, 2002:p. 1-2.
8. Madianos MG. Psychiatric Rehabilitation in the era of globalization. World Psychiatry 5:3, October 2006.
9. Cancro R. The underutilization of psychiatric rehabilitation. World Psychiatry 5:3, October 2006.
10. Ragins M. A personal worldwide perspective of psychiatric rehabilitation. Mhtml:file://E:\A personal worldwide Perspective of psychiatric Rehabilitation. mht retrieved 4/9/2008.
11. National Human Rights Commission of India: Quality assurance in Mental Health. New Delhi, 1999.
12. Murthy SR. Rural psychiatry in developing countries. Psychiatr Serv 1998; 49: 967-9.
13. Pearson V. Community and Culture: a chinese model of community care for the Mentally ill. Int J Soc Psychiatry 1992; 38:163-78.
14. Tyano S, Mozes T. Mental health reform: the Israeli experience. In: Young JG, Ferrari P (eds). Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1998, p. 295-304.
15. Mohit A et al. Mental health manpower development in Afghanistan: Report of a training course for primary health care physicians. Eastern Mediterranean Medical Journal 1999; (2):215-9.
16. Yousaf F. Psychiatry in Pakistan. Int J Soc Psychiatry 1997; 43 :298-302.
17. Tausig M, Subedi S. The modern mental health system in Nepal: organizational persistence in the absence of legitimating myths. Soc Sci Med 1997; 45:441-7.
18. Ben – Tovim DJ. Development psychiatry: mental health

and primary health care in Botswana. London: Tavistock Publications, 1987.

19. De Jong JTVM. A comprehensive public mental health programme in Guinea – Bissau: a useful model for African, Asian and Latin – American countries. *Psychological Medicine* 1996; 26: 97-108.

20. Gureje O et al. Results from the Ibaolan center. In: Ustun TB, Sartorius N (eds). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995, p. 157-73.

21. Kilonzo GP, Simmons N. Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Soc Sci Med* 1998; 47:419-28.

22. Alem A, et al. How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100:40-7.

23. Gallegos A, Montero F. Issues in community – based rehabilitation for persons with mental illness in Costa – Rica. *Int J Mental Health* 1999; 28: 25-30.

24. Rezvy G, Oiesvold T, Parniakov A, Ponomarev O, Olstad R. The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Arhangelsk County. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 42 (2):131-9.

25. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental health matrix: manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

26. Talbott JA . *The death of the asylum: a critical study of state hospital management, services, and care*. New York: Grune and Stratton, 1978.

27. Ustun TB, Sartorius N (eds). *Mental Illness in general health care: an International study*. Chichester, John Wiley and sons, 1993, p. 157-73.

28. Kilonzo GP. The challenges of rehabilitation psychiatry. The Tanzanian experience. *Medicus* 1992; 11:14-8.

29. Patel V, Farooq S, Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? *PLOS Medicine* 2007; 4:6.

