

Grejem Tornikroft i
Mikele Tansela

**BOLJA BRIGA O
MENTALNOM
ZDRAVLJU**

Preveo s engleskog Aleksandar Jevtić



SADRŽAJ

Predgovor za srpsko izdanje knjige <i>Bolja briga o mentalnom zdravlju</i>	9
Predgovor	11
1. Početak putovanja: crtamo mapu puta.	17
2. Mentalno zdravlje stanovništva i zaštita u zajednici	22
3. Istorijski kontekst	38
4. Etička osnova za zaštitu mentalnog zdravlja	50
5. Dokazna osnova za zaštitu mentalnog zdravlja	70
6. Iskustvena osnova za zaštitu mentalnog zdravlja <i>En Lou, Grejem Tornikroft i Mikele Tansela</i>	92
7. Geografska dimenzija: državni/regionalni nivo	128
8. Geografska dimenzija: lokalni nivo	135
9. Geografska dimenzija: individualni nivo	141

10. Vremenska dimenzija: faza unosa	151
11. Vremenska dimenzija: faza procesa	161
12. Vremenska dimenzija: faza ishoda	174
13. Centralna uloga osoblja u poboljšanju zaštite mentalnog zdravlja	187
14. Informisani postupci u cilju poboljšanja zaštite mentalnog zdravlja	202
Literatura	217
Indeks	237

Većina ljudi koji pate od mentalnih poremećaja ne dobija nikakav tretman. Da bismo se suprotstavili ovoj skandaloznoj pojavi, koja uglavnom prolazi neopaženo, potrebno je da zaštita mentalnog zdravlja bude i veća i bolja.

PREDGOVOR ZA SRPSKO IZDANJE KNJIGE *BOLJA BRIGA O MENTALNOM ZDRAVLJU*

Na lokalnom, nacionalnom i internacionalnom nivou u čitavom svetu sve se jasnije uočava potreba za većom i boljom zaštitom mentalnog zdravlja (Collins, Patel, Joestl, March, Insel, Daar i sar., 2011; Thornicroft, Semrau, Alem, Drake, Ito, Mari i sar., 2011). Uprkos tome, većina ljudi koji pate od mentalnih poremećaja i dalje ne dobija nikakav tretman (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer, Borges, Bromet i sar., 2007; Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer, Borges, Bromet i sar., 2007; Ormel, Petukhova, Chatterji, Guilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer i sar., 2008). Prepreke koje sprečavaju povećanje kvaliteta i dostupnosti tretmana namenjenih ljudima sa mentalnim oboljenjima izuzetno su snažne (Saraceno, Van, Batniji, Cohen, Gureje, Mahoney i sar., 2007). Postepeno učimo kako da te prepreke prepoznamo, izbegemo i svedemo na minimum (Thornicroft, Tansella, Law, 2008; Thornicroft, Alem, Atunes dos Santos, Barley, Drake, Gregorio i sar., 2010). Zaštita mentalnog zdravlja koja se oslanjala isključivo na bolničko zbrinjavanje, pre svega u velikim psihijatrijskim institucijama, nije bila uspešna. Na osnovu lekcija iz prošlosti, sada se razvija nov pristup, koji treba da dovede do stvaranja sistema uravnoteženih službi za mentalno zdravlje smeštenih u zajednici. Govorimo o ravnoteži između zaštite koju pružaju dobrovoljci, laici, i zaštite koju pružaju profesionalci. O ravnoteži između samozaštite, neformalne podrške/podrške porodice i profesionalne zaštite. O ravnoteži između primarne i specijalizovane zaštite, između bolničke zaštite i zaštite u zajednici. Ta ravnoteža treba da bude prisutna u svim delovima zdravstvenog sistema i mi možemo da je priuštimo. Na svim nivoima sve se više prihvata činjenica da je oskudna finansijska sredstva razumno nameniti samo onim tretmanima i službama koji se pokažu kao isplativi (Knapp, McDavid, Mossialos, Thornicroft, 2007).

Širom sveta postalo je prihvaćeno i to da se potrebe i zahtevi pacijenata menjaju u skladu sa promenama socioekonomskih okolnosti u mnogim oblastima sveta, uključujući tu i istočnoevropske države. U takve promene spadaju, na primer, povećanje broja pacijenata sa dualnim dijagnozama, složenim socijalnim problemima, poremećajima ličnosti, imigranata, siromašnih i pacijenata koji pripadaju manjinskim grupama. To zahteva stvaranje složenijeg modela zaštite, za koji je potrebno više resursa, čije je pribavljanje dodatno otežano finansijskim teškoćama sa kojima se u poslednje vreme suočavamo.

Knjiga *Bolja brig o mentalnom zdravlju*, koja je sada prevedena i na srpski jezik, predstavlja jasan i praktičan priručnik iz koga ćete, korak po korak, učiti da planirate i uvodite promene koje će dovesti do toga da službe za mentalno zdravlje pružaju bolju zaštitu. Informacije u ovoj knjizi zasnovane su na etici, dokazima i iskustvu. Predlažemo da lokalne interesne grupe sporazumno utvrde fundamentalne principe koji će predstavljati temelj za sve buduće odluke koje se odnose na službe za mentalno zdravlje. Drugo, model uravnotežene zaštite, koji ovde predlažemo i opisujemo, zasniva se na temeljnom pregledu međunarodnih dokaza o isplativosti ovih službi. Treće, uvrstili smo (naročito u Poglavlju 6) i savete kolega iz mnogih država širom sveta, u vezi sa pragmatičnim pristupima koji su se pokazali kao uspešni u različitim okruženjima. Ipak, najvažnije je da se u svim fazama reforme ili poboljšanja službi rukovodite mišljenjem, željama i potrebama korisnika usluga i članova njihovih porodica, kojima je zaštita mentalnog zdravlja prvenstveno i namenjena.

Grejem Tornikroft (Graham Thornicroft)
i Mikele Tansela (Michele Tansella)
London i Verona, septembar 2011. godine

PREDGOVOR

Dr Benedeto Saraceno (Benedetto Saraceno),
upravnik Odeljenja za mentalno zdravlje i zloupotrebu supstanci
Svetske zdravstvene organizacije u Ženevi, Švajcarska

Ova knjiga Grejema Tornikrofta i Mikelea Tansele ima veoma jasan cilj: da pokaže kako bolja briga može da dovede do boljih ishoda u tretmanu ljudi sa mentalnim poremećajima. Ona se pre svega bavi time kako da se na osnovu najboljih praksi, zasnovanih na etici, iskustvu i dokazima, dođe do bolje zaštite mentalnog zdravlja. Ta dva zadatka, poboljšanje ishoda i zasnivanje intervencija na etici, dokazima i iskustvu, autori su definisali toliko jasno da će ova knjiga predstavljati izazov za psihijatre, koji ponekad zaboravljaju na suštinski značaj veze tretmana i brige. Ovo kažem zato što sam, pregledavši teme sa Svetskog kongresa psihijatarata 2008. godine, sa iznenađenjem primetio da, među najraznovrsnijim mogućim pitanjima na tom spisku, reči „strategija”, „plan” i „usluga” nisu bile čak ni pomenute.

U knjizi se govori o zaštiti u zajednici i, izdižući se iznad brojnih teorijskih rasprava na tu temu, jednostavno navodi da zaštita u zajednici znači da se službe nalaze blizu kuće, a da moderna služba za mentalno zdravlje predstavlja ravnotežu između zaštite koja je usmerena na zajednicu i zaštite koja je usmerena na bolnice. Autori naglašavaju da dostupni dokazi, ali i stečeno iskustvo, idu u prilog pristupu po kom je pružanje bolničke zaštite ograničeno, dok se najznačajniji deo zaštite pruža na nivou zajednice. Rasprava o razmeri bolničke zaštite i zaštite u zajednici (o tome da li prvo treba da preovlađuje nad drugim, ili obratno) traje već mnogo godina, a ova knjiga pruža jasan odgovor posle koga ta rasprava neće moći lako da se nastavi, budući da elementi zasnovani na etici, dokazima i iskustvu idu u prilog uravnoteženom pristupu koji uključuje zaštitu u zajednici, sa ograničenim pružanjem bolničke zaštite. Autori razmatraju koji su to resursi potrebni da bi se formirale nove službe, izvan bolnica, a to je, takođe, stara rasprava; argument da ne postoji dovoljno resursa korišćen je u nekim slučajevima da bi se

opravdalo zadržavanje na modelu zasnovanom isključivo na bolničkoj zaštiti.

Iz ove knjige se jasno vidi da nove resurse jeste veoma teško pronaći, ali da prebacivanje resursa sa bolničkih na službe u zajednici predstavlja realističan i održiv model. Ovo je važno jer pokazuje da oni koji se bave planiranjem ne mogu da izgrade paralelne službe u zajednici i u bolnicama, a da pri tom znatno ne umanje ulaganja u bolnice, oslobađajući resurse i usmeravajući ih ka službama u zajednici.

Naravno, prebacivanje brige sa bolnica, koje po definiciji predstavljaju lični feud zdravstvenih radnika, na zajednicu, gde je korisnicima usluga data mnogo veća moć odlučivanja u svakodnevnom procesu zaštite, povlači sa sobom još jedno važno pitanje, a to je uključivanje korisnika službi. Ova knjiga je i u tom pogledu veoma jasna. Korisnici usluga treba da budu partneri u zaštiti, što znači da oni koji pružaju usluge i oni koji ih koriste treba da pregovaraju o tretmanu. Osim toga, treba da budu uključeni i članovi porodica. Drugim rečima, uključivanje u službe u zajednici stvara dinamično, interaktivno okruženje, u kome pregovaranje postaje ključna reč koja potvrđuje polaznu tvrdnju ove knjige da etika, dokazi i iskustvo treba da idu ruku pod ruku. Zaštita zasnovana na etici i iskustvu, bez nauke, nije dobra, ali je isto tako neprihvatljiva i zaštita zasnovana na nauci i iskustvu, a bez etike. U tom smislu, ova knjiga Tornikrofta i Tansele unosi svežinu u tekuću raspravu o zaštiti mentalnog zdravlja i organizaciji službi.

Zanimljivo je, takođe, što ova knjiga pokreće pitanje okruženja sa različitim nivoima dostupnih resursa, što je dosta neuobičajeno, a što neko kao ja, iz Svetske zdravstvene organizacije, mnogo ceni. U stvari, knjiga govori o državama sa niskom, srednjom i visokom stopom prihoda, što je u vezi sa vrstom usluga koje one mogu da pruže. Zemlje sa niskom stopom prihoda često mogu da se oslone samo na primarnu zdravstvenu zaštitu, uz veoma oskudnu specijalističku podršku, dok zemlje sa srednjom stopom prihoda mogu da obezbede vanbolničke ambulantne klinike, timove za mentalno zdravlje u zajednici, bolničko zbrinjavanje osoba s akutnim stanjima, dugotrajno zaštićeno stanovanje u zajednici i, na kraju, rehabilitaciju i rad. Ovde autori provlače dve veoma zanimljive poruke. Prva naglasak stavlja na rehabilitaciju i njenu ulogu u službama za mentalno zdravlje. Druga ističe da se priča o du-

gotrajnom zaštićenom stanovanju zapravo odnosi na dugotrajno zaštićeno stanovanje u zajednici, što znači da oni misle da se ono ne može vezivati za tradicionalne psihijatrijske bolnice.

Pažnja posvećena državama sa niskom i srednjom stopom prihoda veoma je važna i ona ovu knjigu čini vrednim instrumentom za profesionalce iz oblasti zdravlja, pružaoce zaštite i planere koji rade u okruženjima sa manje resursa. Autori priznaju da postoji izvestan broj prepreka koje treba prepoznati i sa kojima se treba suočiti da bi se postigao ovakav uravnotežen pristup i dostigao visok kvalitet službi za mentalno zdravlje u zajednici. Autori ponavljaju neke elemente iz serije članaka o globalnom mentalnom zdravlju objavljenih u časopisu „Lancet” („Lancet”), naročito iz članka *Prepreke za unapređenje službi za mentalno zdravlje u državama sa niskom i srednjom stopom prihoda* (Saraceno i sar.). Kao najvažnije prepreke koje treba prevazići autori izdvajaju nedovoljno finansiranje, centralizaciju resursa, velike institucije, komplikacije pri uvođenju zaštite mentalnog zdravlja u opštu zdravstvenu zaštitu, mali broj zdravstvenih radnika obučenih za rad u oblasti mentalnog zdravlja, nedostatak vizije javnog zdravlja kod vodećih stručnjaka iz te oblasti i fragmentaciju, ako ne i povremenu međusobnu protivrečnost, različitih zastupničkih grupa u mentalnom zdravlju.

Međutim, Tornikroft i Tansela su opisali još neke prepreke koje otežavaju promene. Autori upozoravaju da se dokazi iz istraživanja u mentalnom zdravlju sakupljaju uglavnom na individualnom umesto na lokalnom nivou, i da se ti dokazi mahom odnose na pojedinačne kliničke intervencije umesto na kombinacije tretmana, kao što bi bila kombinacija lekova, psihološke podrške i psihosocijalne rehabilitacije. Drugim rečima, autori misle da u istraživanjima i dalje preovlađuje klinički pristup, umesto pristupa koji bi bio orijentisan na službu. Prema tome, istraživanja treba da budu više usmerena na službu, jer organizacija službi očigledno igra ulogu u određivanju ishoda. Stanje pacijenata se ne popravlja ili pogoršava samo zato što su dobili jedan ili drugi lek, već i zbog toga što je taj tretman pružen u nekom određenom okruženju. Znači, tretman se ne može posmatrati u vakuumu, on se odvija u okviru organizacije službi i karakteristike svake organizacije službi veoma snažno određuju evoluciju nekog poremećaja i ishod njegovog lečenja.

Iz ove fascinantne knjige jasno se vidi da prebacivanje službi iz institucija u zajednicu ne zahteva, po rečima autora, „samo puko fizičko premeštanje zgrada u kojima se tretman sprovodi, već zahteva fundamentalno preusmeravanje stavova osoblja”.

Konačno, u prekrasnom intermecu o istoriji zaštite mentalnog zdravlja autori pominju tri istorijska perioda:

- 1) Uspon azila
- 2) Smanjenje značaja azila
- 3) Razvoj centralizovane zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

Čini se da autori pretpostavljaju da mi živimo u ovom trećem periodu, no ja bih rekao da je to previše optimistično. Nema sumnje da službe koje oni predvode u svojim zemljama, Velikoj Britaniji i Italiji, pripadaju trećem periodu, ali se većina službi, čak i u ekonomski razvijenim zemljama, još uvek nalazi u drugom periodu, periodu smanjenja značaja azila, i još ne dostiže treći. U nekim državama postoje i znaci da se istorija vraća na prvi period i da bi se mogle pojaviti nove vrste azila, iako se njihove spoljne karakteristike možda razlikuju od tužnih slika koje smo navikli da vidimo kada posmatramo prošlu sliku velikih institucija; ipak, u nekim državama se razvijaju nove vrste azila, a to su zatvori. Veliki broj ljudi koji pate od mentalnih poremećaja sada žive u zatvorima i ove institucije se odlikuju istom logikom koju su imali stari psihijatrijski azili, i veoma su daleko od ideje decentralizovanih službi za mentalno zdravlje u zajednici. Još jedan primer su institucije za stare osobe, koje se tehnički ne definišu kao psihijatrijski azili, ali to jesu institucije za dugotrajni smeštaj osoba sa mentalnim poremećajima, kao što je demencija.

Uz ovu pomalo pesimističnu primedbu, želim da čestitam profesoru Tornikroftu i profesoru Tanseli što su još jednom doprineli boljoj zaštiti mentalnog zdravlja, knjigom koja će pomoći onima koji stvaraju strategije ili planiraju službe, profesionalcima iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja, organizacijama članova porodica i potrošača, i da im, i u ime Svetske zdravstvene organizacije, zahvalim na ovom zadivljujućem doprinosu.

IZRAZI ZAHVALNOSTI

Želimo da izrazimo zahvalnost velikom broju ljudi koji su nas podržavali i pomogli nam u pisanju ove knjige. Naročito bismo želeli da zahvalimo: Abdul Azizu Abdulahu (Abdul Aziz Abdullah), Tomasu Bekeru (Thomas Becker), Či Kok Junu (Chee Kok Yoon), Fioni Krouli (Fiona Crowley), Sesiliji Kruz Villjares (Cecília Cruz Villares), Nikolasu Domeriju (Nicolas Daumerie), Iris De Koster (Iris De Coster), Melvinu Frimenu (Melvyn Freeman), Nikosu Gionakisu (Nikos Gionakis), Pejkanu G. Gukalpu (Peykan G. Gökalp), Serđuu Grozavuu (Sergiu Grozavu), Larsu Hansonu (Lars Hansson), Judit Harangozo (Judit Harangozo), Ulrihu Junganu (Ulrich Junghan), Janisu Kalakutasu (Yiannis Kalakoutas), Ališeru Latipovu (Alisher Latypov), Burulu Makenbevi (Burul Makenbaeva), Grejemu Melsopu (Graham Mellso), Robertu Mecini (Roberto Mezzina), Pitru Navki (Pětr Nawka), Žan Luk Rolandu (Jean Luc Roelandt), Vesni Švab (Vesna Švab), Marisu Tubeu (Maris Taube), Raduu Teodoreskuu (Radu Teodorescu), Riti Tom (Rita Thom), Šantalu Van Audenhoveu (Chantal Van Audenhove), Japu Van Vigelu (Jaap van Weeghel), Kristijanu Valbeku (Kristian Wahlbeck), Ričardu Vorneru (Richard Warner) and Stefanu Vajnmanu (Stefan Weinmann), koji su se sa nama upustili u raspravu o pitanjima i izazovima opisanim u Poglavlju 6. Dr En Lou (Ann Law) je dala neprocenjiv doprinos, ne samo u Poglavlju 6 već u čitavoj knjizi. Ričard Marli (Richard Marley) iz izdavačke kuće Kembridž junivrsiti pres (Cambridge University Press) pružao nam je neprekidnu podršku tokom čitave realizacije ovog projekta. Prilikom razvijanja pristupa koji ovde opisujemo služili smo se i neformalnim razgovorima sa ljudima iz mnogih krajeva sveta, koji su nam ponudili svoje ideje i inspiraciju. Ti ljudi su na najrazličitije načine uključeni u zaštitu mentalnog zdravlja – neki od njih učestvuju u planiranju službi, neki u pružanju zaštite, a mnogima je potrebna bolja zaštita mentalnog zdravlja.

1

POČETAK PUTOVANJA: CRTAMO MAPU PUTA

CILJ KNJIGE: KAKO UNAPREDITI ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA

U mnogim državama širom sveta u toku je reforma službi za mentalno zdravlje. Iako se brzina i lokalne karakteristike ovih promena razlikuju u zavisnosti od toga o kojoj državi je reč, jasno je da je potrebna jedna opšta mapa koja bi mogla da pomogne svim onim korisnicima usluga, članovima njihovih porodica i članovima osoblja službi za mentalno zdravlje koji su uključeni u ovu transformaciju. Na neki način, ova knjiga predstavlja vodič, ona može da služi kao kompas pomoću koga će se odrediti pravac tog puta.

Promene u zaštiti mentalnog zdravlja o kojima ćemo ovde govoriti predstavljaju dvostruke reforme. Sa jedne strane, one podrazumevaju temeljnu promenu principa koji određuju na koji način treba pružati tretman i zaštitu ljudima sa mentalnim oboljenjima. Druga strana ovih reformi predstavlja promene fizičkog oblika i obrasca službi zdravstvene i socijalne zaštite. Ova knjiga može da posluži kao praktični priručnik za pomoć ljudima koji učestvuju u unapređivanju službi za mentalno zdravlje, kojim ćemo pokušati da ih navedemo da svoj rad usmere u odnosu na tri referentne tačke: etičku podlogu, osnovu u dokazima i osnovu u iskustvu stečenom tokom poslednjih godina.

Prvo, etička podloga podrazumeva utvrđivanje opšteprihvaćenih fundamentalnih principa koji određuju pravac u kom se sprovodi planiranje, pružanje i evaluacija usluga. Na primer, da li najveći značaj treba da se pridaje kontinuitetu zaštite u nekoj službi, ili pre svega treba da se obrati pažnja na to da ta služba bude dostupna, ili lokalni prioritet treba da bude i jedno i drugo? Drugo, naglasićemo da je važno pružati, kad god je to moguće, intervencije i usluge koje su čvrsto zasnovane na

dokazima, recimo, one koje su se pokazale kao efikasne u rutinskom kliničkom okruženju, prema sistematskim pregledima rezultata „randomiziranih kontrolnih studija”. Treće, poslužit ćemo se i čitavim nizom drugih vrsta dokaza, kao što je znanje koje je proisteklo iz iskustva uspješne kliničke prakse, pogotovo u onim oblastima koje još uvek nisu podvrgnute formalnoj evaluaciji. Smatramo da etička podloga predstavlja najvažniji putokaz, jer na osnovu nje treba da odlučujemo o tome koje ćemo vrste dokaza i iskustava ceniti kao najvrednije (Thornicroft & Tansella, 1999b).

Tabela 1.1 Model matrice

Prostorna dimenzija	Vremenska dimenzija		
	(A) Faza unosa	(B) Faza procesa	(B) Faza ishoda
(1) Državni/regionalni nivo	1A	1B	1C
(2) Lokalni nivo	2A	2B	2C
(3) Individualni nivo	3A	3B	3C

Ova knjiga je u velikoj meri ograničena time što je usmerena na naše sopstveno iskustvo iz Zapadne Evrope, pa samim tim sadrži manje informacija sa drugih kontinenata (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995; Ben-Tovim, 1978). Da bismo to nekako ublažili, uveli smo ilustracije kolega iz 25 država širom sveta, u kojima oni opisuju svoje iskustvo (kako pozitivno, tako i negativno) u radu na razvoju zaštite mentalnog zdravlja, da bi lekcije koje su oni naučili mogle da pomognu i vama.

ISCRTAVANJE MAPE: MODEL MATRICE

Verujemo da mapa predstavlja neophodno pomagalo u određivanju ciljeva službi, kao i koraka neophodnih za njihovo postizanje. Da bi bila od koristi, ta mapa mora da bude jednostavna. Stoga smo napravili sistem sa samo dve dimenzije, koji smo nazvali *model matrice*.

Naš cilj je da vam ovaj model pomogne da procenite relativno jake i slabe strane lokalnih službi, i da formulišete jasan plan delovanja kojim bi se one unapredile. Očekujemo, takođe, da će vam model matrice biti koristan zbog toga što nudi postepen pristup, po principu korak po korak, koji je u isto vreme i jasan, i dovoljno fleksibilan da ga možete primeniti na situaciju u vašoj lokalnoj sredini.

Ova mapa ima dve *dimenzije* – prostor i vreme (vidi Tabelu 1.1). Prostor podrazumeva tri geografska nivoa: (1) državni/regionalni; (2) lokalni i (3) individualni nivo. Druga dimenzija, vreme, odnosi se na tri faze: (A) unose; (B) procese i (C) ishode. Pomoću ove dve dimenzije možemo da napravimo matricu sa 3x3 polja, uz pomoć koje ćemo moći da sagledamo pitanja koja su od presudne važnosti za zaštitu mentalnog zdravlja.

Izabrali smo da u matricu uvedemo geografsku dimenziju zbog toga što verujemo da organizacija službi za mentalno zdravlje treba da bude pre svega usmerena na lokalni nivo, kako bi te službe mogle da dođu do ljudi kojima su najpotrebnije. Međutim, o nekim ključnim faktorima, na primer, o celokupnom iznosu finansijskih sredstava koja se dodeljuju sektoru mentalnog zdravlja, odlučuje se na nacionalnom ili na regionalnom nivou. S obzirom na to, lokalni nivo, dakle, služi kao lupa pomoću koje uočavamo strategije i resurse koji najviše doprinose dobrobiti pojedinačnih korisnika usluga.

Kao drugu dimenziju organizacije izabrali smo vreme, pošto nam je jasno da se događaji uvek odvijaju u istom nizu: od unosa, preko procesa, do ishoda. Po našem mišljenju, najznačajniji element ovde treba da budu ishodi, a o sistemu zaštite mentalnog zdravlja kao celini treba suditi na osnovu ishoda koje proizvodi.

Hteli bismo i da ovaj model matrice pomogne, na neki način, pri određivanju precizne dijagnoze disfunkcionalnih službi za mentalno zdravlje, da bi onda na odgovarajućem nivou mogle da se preduzmu korektivne aktivnosti pomoću kojih bi se poboljšala zaštita. No, ovaj model nije zamišljen kao recept kog se treba strogo pridržavati. Njega treba posmatrati kao alat koji koristimo prvo pri analizi problema, a zatim pri odlučivanju o tome koje ćemo akcije preduzeti. Savetujemo vam da ove ideje usvajate tako da budu što primenljivije na vašu lokalnu sredinu.

ILUSTRACIJA PRIMENE MODELA MATRICE

Praktična upotreba modela matrice predstavlja centralnu temu ove knjige. Da bismo to ilustrovali, pokušajmo da uz pomoć modela matrice sagledamo faktore koji doprinose dobrom ishodu slučaja osobe sa akutnom epizodom teškog mentalnog oboljenja koja tretman dobija kod kuće. Ovakav ishod se često posmatra kao uspeh praktičara koji rade na *individualnom nivou*, ali on, zapravo, zavisi i od nekih odluka koje su bile donete na *lokalnom nivou* (na primer, od odluke da se obezbedi služba za kućno lečenje), a pored toga, možda je omogućen i nekim strategijama ili resursima o kojima se odlučivalo na *nacionalnom nivou* (na primer, razvijanjem zaštite u zajednici).

KAKO KORISTITI IZVORE I IDEJE IZ OVE KNJIGE

Da bi vam ova knjiga bila od što veće koristi, ponudićemo vam čitav skup različitih izvora tako da možete da izaberete onaj koji vam najviše odgovara. Glavne ideje ćemo predstaviti u tekstu, a pratiće ih grafički prikaz, predstavljen tabelama i slikama. Pored toga, uveli smo i uokvirane tekstove koji sadrže značajne citate – korisnika usluga, članova njihovih porodica i osoblja, o njihovim očekivanjima u vezi sa temom svakog poglavlja. Biće tu i okviri sa posebnim dodacima, u kojima su predstavljeni primeri dobre prakse u vezi sa određenim temama. U samom tekstu biće navedene i reference na literaturu koju smo koristili, sa detaljima na kraju svakog poglavlja, u slučaju da želite da se vratite na primarne izvore. Pokušaćemo da u knjizi ne koristimo žargon. Svako poglavlje biće završeno kratkim prikazom ključnih tačaka, kako bismo utvrdili najvažnija pitanja kojima smo se bavili.

Pokušaćemo da dostupne dokaze iz istraživanja koristimo na pošten i uravnotežen način; međutim, treba da istaknemo da naš stav nije neutralan. Želeli bismo da vam objasnimo prirodu svoje pristrasnosti. Obojica smo prošli medicinsku obuku, što znači da smo prihvatili tradiciju epidemiološke psihijatrije i medicine javnog zdravlja. U skladu sa ovom tradicijom, pridajemo izuzetno veliku važnost pristupu koji se zasniva na dokazima. Dalje, verujemo, na osnovu ličnog iskustva, u značaj di-

reknog uzajamnog dejstva istraživanja i kliničke prakse, koje treba da bude na obostranu korist. Zaista smatramo da medicinski model sam za sebe (bez uzimanja u obzir socijalnih, psiholoških i ekonomskih faktora) nije dovoljan da bi se u svoj svojoj složenosti razumeli mentalni poremećaji, njihovi uzroci i posledice koje ostavljaju na ljude koji od njih pate, kao i na članove njihovih porodica.

Ova nova knjiga napisana je kao nastavak naše prethodne publikacije koje se zove *Matrica mentalnog zdravlja* (Thornicroft & Tansella, 1999a). Naš pristup ostaje dosledan; tražimo način da ponudimo ideje koje će u praksi biti korisne onima od nas koji pokušavaju da službe mentalnog zdravlja učine boljim. Dok je prošla knjiga bila namenjena publici koju više zanima istraživanje, ovde nameravamo da ponudimo ideje korisne većem broju ljudi, uključujući tu i korisnike usluga, članove njihovih porodica, praktičare i studente profesija koje se tiču zaštite mentalnog zdravlja, pa su stoga osnovne ideje uvek predstavljene uz direktnu vezu sa primerima iz kliničke prakse. Drugo, znatno smo dopunili dokaznu osnovu, koja se prilično promenila u poslednjih deset godina. Treće, pošto smo tokom poslednjih nekoliko godina model matrice razmotrili sa mnogim kolegama iz raznih delova sveta, postalo je jasno da ga treba uzeti u obzir, kao pristup koji može da se prilagodi lokalnim okolnostima u slabije razvijenim, srednje razvijenim ili razvijenim državama. Iz tog razloga, predstavimo i mnogo primera iz stvarnog života kolega koji su pokušali da stvari promene nabolje – nekad u tome uspevajući, a nekad ne.

KLJUČNE TAČKE U OVOM POGLAVLJU

- Model matrice može da se koristi kao mapa koja će usmeravati naše odluke o tome kako da unapredimo službe za mentalno zdravlje.
- Model matrice sastoji se od dve dimenzije: vremena (unos, procesi i ishodi) i prostora (nacionalni, lokalni i individualni nivo).
- Pri planiranju treba uzeti u obzir znanje iz tri oblasti: etike, dokaza i iskustva.

2

MENTALNO ZDRAVLJE STANOVNIŠTVA I ZAŠTITA U ZAJEDNICI

ŠTA ZNAČI ZAJEDNICA?

Na početku ćemo razmotriti ključno pitanje: šta znači termin zajednica? U Tabeli 2.1 nalazi se pet definicija zajednice, izabranih iz *Oksfordskog rečnika*. Kada je reč o onome što proučava ova knjiga, najvažnija su prva dva značenja („svi ljudi koji žive na nekom određenom lokalitetu” i „neki određeni lokalitet, sa svojim stanovnicima”), zbog toga što se uklapaju u naš stav da je službe za mentalno zdravlje najbolje organizovati po definisanim lokalnim oblastima, za sve lokalne stanovnike kojima su potrebni tretman i zaštita. U okviru lokalnih populacija gotovo uvek postoje posebne podgrupe za koje je rizik od mentalnih poremećaja veći ili čije se potrebe za uslugama razlikuju. U takve grupe spadaju imigranti, beskućnici ili oni koji su izloženi posebnim faktorima biološkog rizika ili rizika okruženja, na primer, rizika od nesreće ili gubitka najbližih.

Poslednje dve definicije u Tabeli 2.1 takođe imaju značajne implikacije, utoliko što zajednicu određuju kao „skupinu ljudi udruženu zajedničkim interesima unutar opšte javnosti” kao celine. Ta šira zajednica građana, u stvari, poverava odgovornost za zaštitu mentalno obolelih ljudi službama za mentalno zdravlje. Ovaj pristup podrazumeva i to da se od osoblja službi za mentalno zdravlje očekuje da obezbedi javnu uslugu, ne samo pružanja tretmana, nego i uklanjanja ili zatvaranja onih koji predstavljaju rizik za javnu bezbednost.

DEFINISANJE ZAŠTITE U ZAJEDNICI I MENTALNOG ZDRAVLJA ZAJEDNICE

U suštini, zaštita u zajednici znači da se usluge pružaju blizu kuće. Termin zaštita u zajednici prvi put je zvanično upotrebljen u Britaniji, negde oko 1957. godine (Ministry of Health, 1957; Beer, Jones & Lipsedge, 2000; Bartlett & Wright, 1999), a kroz istoriju je tumačen na sledeća četiri načina: (i) zaštita van velikih institucija; (ii) profesionalne usluge koje se pružaju izvan bolnica; (iii) zaštita od strane zajednice; (iv) normalizacija svakodnevnog života (Bulmer, 1987). Ako imamo u vidu takvo poreklo pojma zajednica, kako bismo mogli da definišemo *službe za mentalno zdravlje u zajednici*? U Tabeli 2.1 vidimo izbor najznačajnijih definicija koje su se pojavile u proteklih 35 godina.

Tabela 2.1 Definicije zajednice

Zajednica

- (1) Svi ljudi koji žive na nekom određenom lokalitetu.
 - (2) Neki određeni lokalitet, sa svojim stanovnicima.
 - (3) Telo koje se sastoji od ljudi koji imaju zajedničku religiju, profesiju itd. (*zajednica imigranata*)
 - (4) Skupina ljudi udruženih zajedničkim interesima itd.; sličnost (*intelektualna zajednica*)
 - (5) Javnost
-

Ova poslednja definicija sadrži i naš stav da savremena služba za mentalno zdravlje treba da predstavlja ravnotežu između zaštite u zajednici i bolničke zaštite, nasuprot tradicionalnom starateljskom sistemu u kome dominiraju velike psihijatrijske bolnice i ambulante koje pacijentima pružaju zaštitu i praćenje, pri čemu tretman obično svode na davanje lekova (Thornicroft & Tansella, 2004).

PRISTUP JAVNOG ZDRAVLJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

Šta znači pristup javnog zdravlja? Poreklo pristupa javnog zdravlja leži u konceptu socijalne medicine, koji je u Nemačkoj 1948. predstavio Virhov (Virchow) (Eisenberg, 1984), predloživši reformu medicine na osnovu četiri principa:

- (1) Zdravlje ljudi predstavlja pitanje od neposrednog društvenog značaja.
- (2) Društveni i ekonomski uslovi imaju značajan uticaj na zdravlje i bolest, i ovi odnosi moraju biti podvrgnuti naučnom istraživanju.
- (3) Mere koje se preduzimaju da bi se poboljšalo zdravlje i suzbile bolesti moraju biti kako medicinske, tako i socijalne.
- (4) Kao standard za merenje služice nam medicinska statistika.

Prirodno je da lekari zastupaju interese siromašnih i većina društvenih pitanja spada u njihovu nadležnost. (Rudolf Virchow, *Medizinische Reform*, 1948; Shepherd, 1983)

Pristup javnog zdravlja se na prvom mestu brine za zdravlje stanovništva, pa tek onda za zdravlje pojedinačnih osoba. Naravno da je stanovništvo sastavljeno od pojedinačnih osoba, ali individualni pristup i pristup stanovništva se višestruko i snažno razlikuju. Mere morbiditeta, objašnjenja mogućih uzroka i izbor neophodnih intervencija koje nalažu ova dva pristupa mogu da budu potpuno različiti, ili da zahtevaju različite strategije.

Tabela 2.2 Promene u definicijama službe za mentalno zdravlje u zajednici

G. F. Rehin i F. M. Martin (1963)

Bilo koji sistem čiji je cilj pružanje vanbolničke zaštite i tretmana... da bi se podstaklo rano otkrivanje oboljenja mentalnog zdravlja ili njihovog povratka i njihov tretman na neformalnoj osnovi, kao i obezbeđivanje neke službe socijalnog rada u zajednici, za podršku ili praćenje bolesnika (citat iz teksta Beneta (Bennet) i Frimena (Freeman), 1991)

M. Sabšin (Sabshin) (1966)

Upotreba tehnika, metoda i teorija socijalne psihijatrije, kao i drugih bihevioralnih nauka, kako bi se ispitalo i zadovoljile potrebe mentalnog zdravlja funkcionalno ili geografski definisane populacije u toku nekog značajnijeg vremenskog perioda, te pružanje povratnih informacija na osnovu kojih se modifikuje centralno telo socijalnog mentalnog zdravlja i drugih bihevioralnih nauka i znanja.

R. Frojdenberg (Freudenberg) (1967)

Psihijatrija u zajednici pretpostavlja da se ljudima sa poremećajima mentalnog zdravlja najdelotvornije može pomoći ako se očuvaju njihove veze sa porodicom, prijateljima, kolegama s posla, kao i sa društvom uopšte, a njen cilj je da obezbedi usluge prevencije, tretmana i rehabilitacije u nekom okrugu, što znači da terapijske mere nisu ograničene na pojedinačne pacijente.

G. Serban (Serban) (1977)

Psihijatrija u zajednici ima tri aspekta: prvo, socijalni pokret; drugo, strategiju pružanja usluga, pri čemu se najveća pažnja poklanja dostupnosti usluga i prihvatanju odgovornosti za potrebe mentalnog zdravlja celokupnog stanovništva; i treće, pružanje najbolje moguće kliničke zaštite, sa naglaskom na značajnijim poremećajima mentalnog zdravlja i pružanju tretmana van totalnih institucija.

D. Benet (Bennett) (1978)

Psihijatrija u zajednici se brine o potrebama mentalnog zdravlja ne samo pojedinačnog pacijenta, već i stanovništva nekog okruga, i to ne samo onih koji se definišu kao bolesni, nego i onih koji mogu doprineti toj bolesti ili čije zdravlje ili dobrobit, sa druge strane, zbog nje mogu biti dovedeni u pitanje.

M. Tansela (1986)

Sistem zaštite posvećen definisanoj populaciji, zasnovan na sveobuhvatnoj i integrisanoj službi za zaštitu mentalnog zdravlja, uključujući i ambulantne ustanove, dnevne centre i centre za stanovanje i obuku, stanovanje u hostelima, zaštićene radionice i zatvorena odeljenja u opštim bolnicama, što, uz multidisciplinarni timski rad, obezbeđuje pružanje tretmana bez zastoja, kontinuitet zaštite, socijalnu podršku i blisku povezanost sa medicinskim i socijalnim službama u zajednici, a naročito sa lekarima opšte prakse.

G. Stredhi (Strathdee) i G. Tornikroft (1997)

Mreža službi koje pružaju kontinuirani tretman, smještaj, zaposlenje i socijalnu podršku i koje zajedno pomažu ljudima sa problemima na planu mentalnog zdravlja da povrate svoje normalne društvene uloge.

G. Tornikroft i M. Tansela (1999)

Služba za mentalno zdravlje u zajednici je ona služba koja nekoj definisanoj populaciji pruža pun obim delotvornih usluga zaštite mentalnog zdravlja, a posvećena je tome da pruža tretman i pomaže ljudima sa mentalnim poremećajima, srazmerno njihovoj patnji ili nevolji, u saradnji sa ostalim lokalnim organizacijama.

Tabela 2.3 Poređenje pristupa javnog i pristupa individualnog zdravlja

Pristup javnog zdravlja	Pristup individualnog zdravlja
(1) Posmatra celokupnu populaciju	(1) Posmatra deo populacije
(2) Pacijent se posmatra u socijalno-ekonomskom kontekstu	(2) Teži da isključi kontekstualne faktore
(3) Zainteresovan za primarnu prevenciju	(3) Više usmeren na tretman, nego na prevenciju
(4) Intervencije kod pojedinačnih osoba i kod stanovništva	(4) Intervencije samo na individualnom nivou
(5) Komponente službi se posmatraju u kontekstu celokupnog sistema	(5) Komponente službi se posmatraju izolovano
(6) Podržava otvoreni pristup službama, prema potrebi	(6) Pristup uslugama na osnovu neke vrste podobnosti, na primer, na osnovu životnog doba, dijagnoze ili osiguranja
(7) Prednost ima timski rad	(7) Prednost ima individualni terapeut
(8) Dugoročna/doživotna perspektiva	(8) Kratkoročna i epizodna perspektiva
(9) Isplativost se posmatra u odnosu na stanovništvo	(9) Isplativost se posmatra u odnosu na pojedinačnu osobu

Za razliku od sociologa, psihijatri su, čini se, uglavnom nesvesni postojanja i značaja odlika mentalnog zdravlja celokupnog stanovništva, pošto njih zanimaju samo ljudi koji su bolesni. (Rose, 1993)

Želimo da istaknemo da praktičari koji rade u oblasti zaštite mentalnog zdravlja treba da budu sposobni da razumeju, osim pristupa individualnog, i pristup javnog zdravlja, a u Tabeli 2.3 dajemo poređenje ta dva pristupa.

Nije bezbedno da potrebe mentalno obolelih osoba poverimo nevidljivoj ruci tržišnih sila... službe za mentalno zdravlje treba da počivaju na egalitarnim principima, ne samo zato što je to moralni imperativ, već i zato što društveno pravedan sistem ubedljivo najbolje utiče na zdravlje nacije. (Cooper, 1995)

UTICAJ MENTALNIH POREMEĆAJA NA JAVNO ZDRAVLJE

O uticaju mentalnih poremećaja na javno zdravlje možemo suditi na osnovu sledećih kriterijuma: (i) prevalencije; (ii) težine i posledica; (iii) dostupnosti intervencije i (iv) prihvatljivosti intervencije.

Prvo, kada govorimo o *prevalenciji*, treba reći da mentalna oboljenja predstavljaju vrlo uobičajenu pojavu. Istraživanje sprovedeno od 2001. do 2003. godine, kada je više od 60.000 odraslih osoba u 40 država širom sveta anketirano u svojim domovima, pokazalo je da je prevalencija svih mentalnih oboljenja prethodnih godina varirala, a u većini država ona se kretala između 9,1% i 16,1% (Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa i sar., 2004; Wang, Guilar-Gaxiola, Alonso i sar., 2007). Konkretno, istraživanje na nacionalnom nivou, sprovedeno u Sjedinjenim Državama, otkrilo je da se stopa prevalencije mentalnih oboljenja od 1990. do 2003. godine nije promenila (Kessler, Demler, Frank i sar., 2005). Poređenja radi, procenjeno je da se od 1985. do 2000. godine ukupan broj ljudi sa shizofrenijom u ekonomski slabije razvijenim državama povećao sa 16,7 na 24,4 miliona (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995), pri čemu u čitavom svetu, čak i u državama s visokim nivoom resursa, i dalje postoji veliki procenat ljudi koji ne dobijaju tretman

(Wang, Guilar-Gaxiola, Alonso i sar., 2007; Thornicroft, 2007; Saxena, Thornicroft, Knapp & Whiteford, 2007).

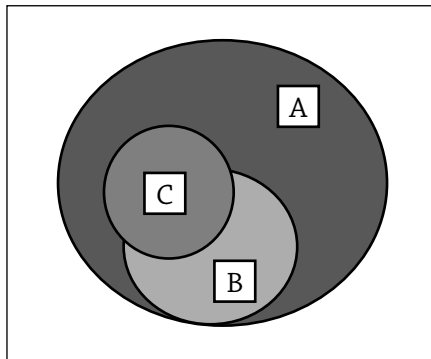
Drugo, što se tiče *težine*, mentalna oboljenja mogu znatno da ugroze očekivani životni vek, kao i normalan lični i društveni život (Thornicroft, Tansella, Becker i sar., 2004; World Health Organisation, 2001a; Prince, Patel, Saxena i sar., 2007). Kada govorimo o smrtnosti, ova stanja dovode do 8,1% *potencijalno izgubljenih godina života*, u poređenju, na primer, sa 9% izgubljenih zbog respiratornih oboljenja, 5,8% zbog svih vrsta raka i 4,4% zbog bolesti srca (Desjarlais i sar., 1995; Harris & Barraclough, 1998). Taj procenat se računa u odnosu na *mortalitet kombinovan sa onesposobljenošću*, koji Svetska banka određuje na osnovu globalnog tereta bolesti za različite poremećaje. Mortalitet kombinovan sa onesposobljenošću meri se godinama života korigovanim u odnosu na onesposobljenost (DALY), što se definiše kao zbir broja izgubljenih godina života usled prerane smrti i broja godina proživljenih sa onesposobljenošću, prilagođenog težini onesposobljenosti. Procenjeno je da je 12% DALY godina u čitavom svetu uzrokovano psihijatrijskim i biheviornim poremećajima, što premašuje čak i globalni teret kardiovaskularnih stanja (9,7%) i malignih neoplazmi (5,7%) (World Health Organisation, 2001a; Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). Imajmo u vidu da prosečni globalni troškovi vezani za mentalne poremećaje iznose samo 2% ukupnih nacionalnih budžeta namenjenih sektoru zdravstva (World Health Organisation, 2001a).

Najrasprostranjeniji mentalni poremećaj, depresija, predstavlja vodeći uzrok ovako velikog globalnog tereta mentalnih oboljenja. Očekuje se da će se procenat svih DALY godina koje se mogu pripisati depresiji od 1990. do 2020. godine povećati sa 3,7% na 5,7%, čime će ona sa četvrtog izbiti na drugo mesto na ukupnoj listi (Murray & Lopez, 1996; Moussavi, Chatterji, Verdes i sar., 2007; Chisholm, Flisher, Lund i sar., 2007; Chisholm, Sanderson, Yuso-Mateos & Saxena, 2004).

Mentalni poremećaji mogu da ostave i značajne *posledice*, kako na mentalno obolele osobe, tako i na njihove porodice. Za dotične osobe, te posledice uključuju patnju zbog simptoma, snižen kvalitet života, gubitak nezavisnosti i radne sposobnosti i slabiju integraciju u društvo (Social Exclusion Unit, 2004; Sayce & Curran, 2006; Sartorius & Schulze, 2005). Za članove porodica, to su briga koja im otežava život

i smanjena ekonomska produktivnost (Thornicroft, Tansella, Becker i sar., 2004).

Treće, kada govorimo o *dostupnosti* intervencija, pristup javnog zdravlja nalaže da pomoć bude dostupna i pristupačna svakome, srazmerno potrebama (Thornicroft, Becker, Knapp i sar., 2005). Primitićemo da istraživanja pokazuju da to obično nije slučaj. U velikom ispitivanju mentalnih oboljenja sprovedenom u SAD, koje smo već pomenuli (Kessler, Demler, Frank i sar., 2005), procenat mentalno obolelih ljudi kojima je pružen tretman od 1990. do 2003. godine popeo se sa 20,3% na 32,9% (Kessler, Demler, Frank i sar., 2005). Dalje, do 2003. godine samo otprilike polovina ljudi kojima je pružen tretman imala je stanje koje zadovoljava dijagnostičke kriterijume, tako da je tu postojao rizik od štetnog dejstva nepotrebnog tretmana koji ne može doneti nikakvu dobrobit. To znači da je zdravstveni sistem u SAD imao kapacitet za tretman i do dve trećine pacijenata sa jasno utvrđenim mentalnim oboljenjima, ali je tretman zaista pružio samo jednoj trećini. Drugim rečima, čak i u državi sa veoma visokom stopom prihoda većina ljudi pogođenih mentalnim oboljenjima ne dobija profesionalnu zaštitu. Dakle, ovde se suočavamo sa paradoksom. Iako su mentalni poremećaji veoma rasprostranjeni, većina ljudi koji od njih pate ne dobija tretman. A mnogi ljudi koji dobijaju tretman zbog mentalnih oboljenja u stvari nemaju nikakvo mentalno oboljenje!



Slika 2.1 Odnos između stvarne prevalencije i prevalencije pruženog tretmana. Ključ: A = ukupna odrasla populacija, B = stvarna prevalencija, C = prevalencija pruženog tretmana.

To nas dovodi do dva važna pitanja – pokrivenosti i usmerenosti. *Pokrivenost* se odnosi na to koliki procenat ljudi koji mogu imati koristi od tretmana njega zaista i dobije (Habicht, Mason & Tabatabai, 1984; Alonso, Codony, Kovess i sar., 2007). *Usmerenost* se odnosi na to koliko je procentu ljudi koji su dobili tretman on zaista i bio potreban. Drugim rečima, da li ljudi kojima se pruža tretman imaju bilo kakva mentalna oboljenja (Tansella, 2006)? Čak i u najbogatijim državama susrećemo se i sa niskom pokrivenošću i sa lošom usmerenošću. U evropskom regionu Svetske zdravstvene organizacije akcioni plan poziva vlade da ljudima sa mentalnim oboljenjima obezbede delotvornu zaštitu (World Health Organisation, 2005b; World Health Organisation, 2005d; Thornicroft & Rose, 2005). Ipak, komparativna međunarodna studija depresije pokazuje da je u Sankt Petersburgu antidepresivima lečeno 0% depresivnih pacijenata u primarnoj zaštiti, a na specijalističku zaštitu je upućeno samo 3%. Nemogućnost pacijenata da troškove tretmana plaćaju iz svog džepa razlog je što se u Rusiji 75% depresivnih pacijenata nije lečilo (Simon, Fleck, Lucas & Bushnell, 2004). Dakle, sa stanovišta pristupa javnog zdravlja, ključno pitanje ne predstavlja nivo dostupnih resursa, već njihova adekvatna upotreba, upravo da bi se povećala pokrivenost i popravila usmerenost.

Slika 2.1 pokazuje odnos stvarne prevalencije i prevalencije pruženog tretmana. Stvarna prevalencija predstavlja ukupan broj slučajeva nekog određenog stanja u nekoj definisanoj oblasti. Prevalencija pruženog tretmana se, međutim, odnosi na onaj deo tog broja kome se pruža zaštita. U Kopiji nacionalnog ispitivanja komorbiditeta (NCS-R), koje proučava 4.319 učesnika kao uzorak opšte populacije SAD (A, 100%), stvarna prevalencija svih emocionalnih poremećaja iznosi 30,5% (B) ukupnog broja ispitanika, dok je tretman bilo kog mentalnog poremećaja dobilo 20,1% svih učesnika (C) (Kessler, Demler, Frank i sar., 2005). U grupi C, polovina tih ljudi nije imala nikakav emocionalni poremećaj u vreme kada je primala tretman. Tabela 2.4 ove informacije predstavlja brojčano.

U sličnoj studiji u evropskim zemljama (Belgiji, Francuskoj, Nemačkoj, Italiji, Holandiji i Španiji), uz korišćenje istog metoda kao u NCS-R, među 7.731 ispitanikom stvarna prevalencija svih emocionalnih poremećaja bila je 11,7%, a stopa pruženog tretmana bila je 6,1% od ukup-

nog broja ispitanika (Alonso & Lepine, 2007) (Tabela 2.5). Zanimljivo je da većina ljudi koji su dobijali tretman nije imala nikakav poremećaj. Dakle, ako zanemarimo velike razlike u stopama ukupne prevalencije u SAD i Evropi, ono što je zajedničko njihovim službama za mentalno zdravlje jeste to da nisu sposobne da svoja ograničena sredstva usmere na ljude koji su zaista mentalno bolesni.

Četvrto, kada je reč o *prihvatljivosti* usluga mentalnog zdravlja, izdvajaju se tri ključne teme: znanje o mentalnim oboljenjima (koje je obično vrlo ograničeno, prepuno zaostalih stavova i pogrešnih informacija), stav javnosti prema ljudima sa mentalnim oboljenjima (koji najčešće odaje strah i ukazuje na postojanje predrasuda) i ponašanje javnosti, kako prema ljudima sa mentalnim oboljenjima, tako i prema službama za mentalno zdravlje (koje je obično diskriminativno) (Thornicroft, 2006; Thornicroft, 2008). Intenzitet stigmatizacije i diskriminativnih reakcija se donekle razlikuje, u zavisnosti od kulture, ali oni su, čini se, svuda prisutni.

No, u isto vreme, postoji sve više dokaza o uspešnim intervencijama koje se bave smanjenjem ove stigmatizacije (Pinfold, Thornicroft, Huxley & Farmer, 2005; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007). Na nacionalnom nivou, kampanje za osveščivanje javnosti su već dovele do nekih kratkoročnih poboljšanja, na primer do boljeg poznavanja depresije i boljeg stava prema njoj (Jorm, Christensen & Griffiths, 2005; Hickie, 2004). Na lokalnom nivou, nekoliko studija intervencija pokazalo je da su usmerene edukativne intervencije imale pozitivan učinak, na primer, da se smanjila stigmatizacija kod policajaca, ili učenika (Sartorius & Schulze, 2005; Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003; Pinfold, Huxley, Thornicroft i sar., 2003; Pinfold, Toulmin, Thornicroft i sar., 2003). Zanimljivo je da najjači dokazi u vezi sa smanjenjem stigme ukazuju na pozitivne promene koje su uzrokovane neposrednim ličnim kontaktom sa mentalno obolelim ljudima (Thornicroft, 2006).

Tabela 2.4 Podaci o godišnjoj stopi stvarne prevalencije i prevalencije pruženog tretmana emocionalnih poremećaja za odrasle stanovnike iz Kopije nacionalnog ispitivanja komorbiditeta (NCS-R)

	Lečeno	Nije lečeno	Ukupno
Emocionalni poremećaj	10,07%	20,43%	30,50%
Bez emocionalnog poremećaja	10,03%	59,47%	69,50%
Ukupno	20,10%	79,90%	100%

Tabela 2.5 Stope stvarne prevalencije i prevalencije pruženog tretmana emocionalnih poremećaja za odrasle stanovnike Evrope

	Lečeno	Nije lečeno	Ukupno
Emocionalni poremećaj	2,6%	9,1%	11,7% (stvarna učestalost)
Bez emocionalnog poremećaja	3,5%	84,8%	88,3%
Ukupno	6,1% (učestalost lečenja)	93,9%	100%

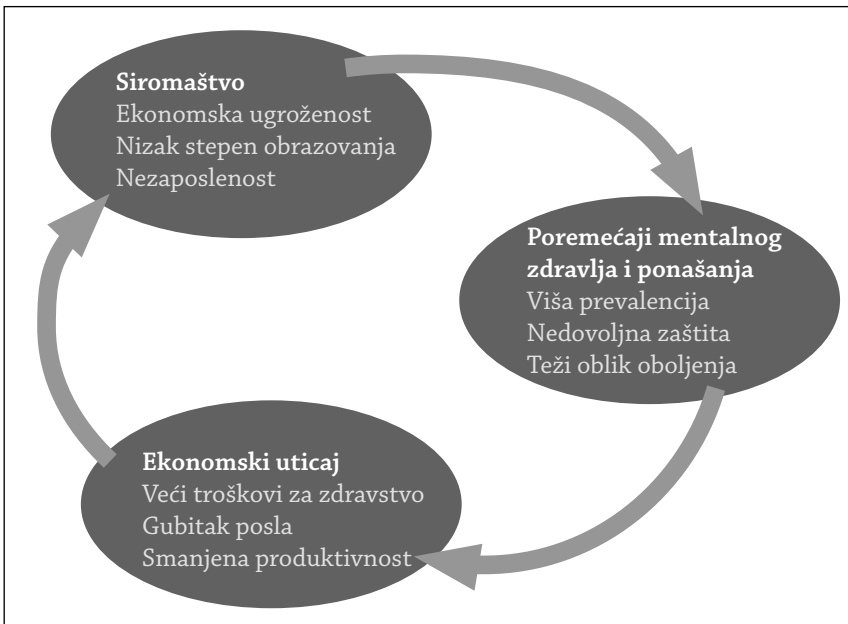
PREVENCIJA KAO KOMPONENTA PRISTUPA JAVNOG ZDRAVLJA

Još jedna izrazita prednost pristupa javnog zdravlja jeste u tome što se on bavi ne samo tretmanom, nego i *prevencijom* poremećaja. Iako postoji relativno malo dokaza o tome da primarna prevencija mentalnih poremećaja može da ima dejstvo na širu populaciju (Hosman, Jane-Llopis & Saxena, 2005; Jane-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003; Hosman, Jane-Llopis & Saxena, 2004), sa sigurnošću je utvrđeno da postoji veza između socijalnog konteksta i mentalnih bolesti. Na primer, kvalitet socijalnog okruženja osobe „blisko je povezan sa rizikom od mentalnog oboljenja, sa pokretanjem epizode bolesti, kao i sa vero-

vatnoćom da će ta bolest postati hronična” (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995).

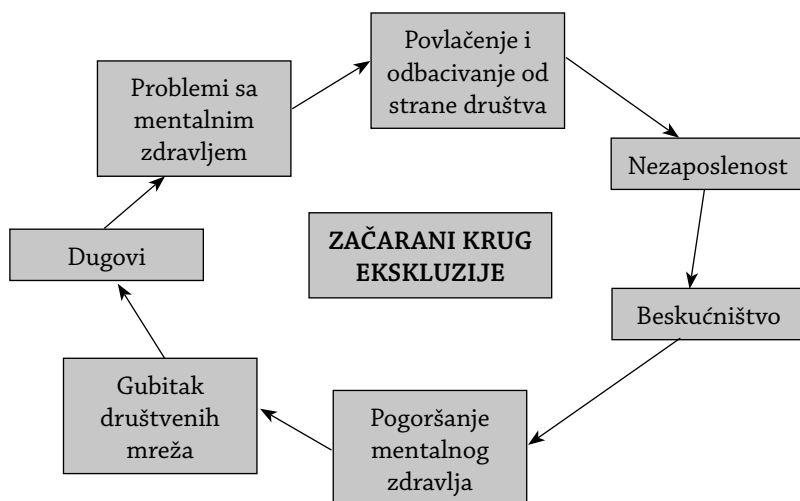
Izgleda da siromaštvo igra ključnu ulogu u mnogim ovakvim složenim odnosima. Veza između niskih prihoda i lošeg zdravlja, koja je sa sigurnošću ustanovljena, može da bude direktna ili indirektna. U stvari, kumulativni uticaj siromaštva može dovesti do trajnih posledica po fizičko, kognitivno, psihičko i socijalno funkcionisanje (Lynch, Kaplan & Salonen, 1997; Patel, Araya, Chatterjee i sar., 2007; Patel, Farooq & Thara, 2007).

Tradicionalno, postoje tri nivoa prevencije: primarni, sekundarni i tercijarni (Newton, 1992). *Primarna prevencija* podrazumeva mere koje sprečavaju sam početak stanja. *Sekundarna prevencija* podrazumeva rano otkrivanje ljudi sa nekim određenim stanjem, obično putem skrininga, imajući u vidu da raniji početak tretmana može znatno da poboljša tok i ishod poremećaja. *Tercijarna prevencija* podrazumeva mere koje se



Slika 2.2 Začarani krug koji povezuje mentalne poremećaje, ekonomski uticaj i siromaštvo (World Health Organisation, 2001a).

Objavljeno sa dozvolom.



Slika 2.3 Složeni odnosi između mentalnih oboljenja i socijalne ekskluzije.
Izvor: Social Exclusion Unit (Rose, 1993). Objavljeno sa dozvolom.

bave smanjenjem onesposobljenosti, izazvane već utvrđenim stanjem. Ovakav radni okvir ima veći značaj u oblastima zdravstvene zaštite u kojima se uzroci lako utvrđuju, gde je vreme od delovanja uzročnog faktora do početka stanja relativno kratko, gde postoji samo jedan primarni uzrok i gde su procedure skrininga jednostavne, delotvorne i prihvatljive. Većina mentalnih poremećaja obično ispunjava samo poslednji od ova tri kriterijuma.

S druge strane, ove tri faze, prevencija, lečenje i rehabilitacija, mogu da se posmatraju i kao kontinuum, a prevencija se, u tom slučaju, deli na tri vrste: *opštu*, *selektovanu* i *indikovanu* (Hosman, Jane-Llopis & Saxena, 2005; Jane-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003; Hosman, Jane-Llopis & Saxena, 2004). *Opšte* intervencije su usmerene na celokupno stanovništvo i one za sada nisu toliko važne, jer je naše znanje o tome kako se mentalne bolesti mogu sprečiti još uvek veoma ograničeno. *Selektovane* intervencije su usmerene na osobe kod kojih postoji rizik, a pošto je lakše uočiti faktore rizika nego uzroke, možemo da očekujemo da će u budućnosti ovim selektovanim merama biti posvećena

veća pažnja. *Indikovane* intervencije su usmerene na osobe kod kojih postoji veoma veliki rizik, ili na osobe sa ranim simptomima bolesti.

Dakle, pristup opšte prevencije predstavlja *strategiju usmerenu na stanovništvo* (Rose, 1992), koja sprovodi prevenciju, tako što se usmerava ne na mali broj osoba kod kojih postoji veliki rizik, već na daleko veći procenat populacije. Moć ove strategije leži u činjenici da „veliki broj ljudi izložen niskom riziku obično dovodi do većeg broja slučajeva nego mali broj ljudi izložen visokom riziku” (Rose, 1993). Kada govorimo o mentalnim poremećajima, ova analiza nas upućuje da stanovništvo, ne samo osobe kod kojih postoji veliki rizik nego sve članove zajednice, što manje izlažemo psihosocijalnim i biološkim faktorima rizika. Za razliku od toga, strategije prevencije koje su usmerene na *osobe kod kojih postoji veliki rizik* pokušavaju da smanje uticaj jednog ili više faktora na rizik od razvoja mentalnih poremećaja.

ZADACI SLUŽBE ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Sada možemo da odredimo zadatke službe za mentalno zdravlje. Tačnije: koja je svrha te službe? U skladu sa modelom matrice, ti zadaci mogu da budu postavljeni na državnom, lokalnom i individualnom nivou, kao što je prikazano u tabelama 2.6, 2.7 i 2.8.

Tabela 2.6 Zadaci službe za mentalno zdravlje na državnom/regionalnom nivou

-
- Da prima informacije sa lokalnog nivoa
 - Da kombinuje i tumači podatke u vezi sa određenim problemima i da ispita ključne veze (na primer, između alkohola i nasilja)
 - Da određuje hijerarhiju prioriteta
 - Da stvori nacionalni strateški plan za zaštitu mentalnog zdravlja
 - Da ustanovi program za primenu kako bi nacionalna strategija mogla da se primeni u praksi
 - Da prati rad lokalnih službi za mentalno zdravlje i ocenjuje ih u skladu sa prihvaćenim standardima i kriterijumima, uz pomoć sistema inspekcije
 - Da stvara, evaluira i distribuira smernice i protokole za tretman
-

Tabela 2.7 Zadaci službe za mentalno zdravlje na lokalnom nivou

-
- Da obezbedi pokrivenost onima kojima je potreban tretman
 - Da službe usmeri samo na ljude kojima tretman i zaštita mogu da budu od koristi
 - Da unapredi kvalitet usluga tretmana i zaštite, na primer, tako što će se pobrinuti da se intervencije pružaju u skladu sa smernicama i protokolima
 - Da saraduje sa ostalim lokalnim organizacijama kako bi se obezbedio sistem/mreža zaštite, na primer, da uspostavi veze sa službama primarne zaštite i stambenim organizacijama
 - Da sprovodi programe selektovane i indikovane zaštite
 - Da rano otkriva lokalne promene u prirodi ili stepenu mentalnog zdravlja
-

Tabela 2.8 Zadaci službe za mentalno zdravlje na individualnom nivou

-
- Da proceni potrebe mentalnog zdravlja
 - Da zadovolji potrebe i ukloni simptome, ukoliko je to moguće
 - Da se pobrine da ljudi sa mentalnim oboljenjima (i članovi njihovih porodica) učestvuju u proceni, tretmanu i zaštiti
 - Da promoviše nezavisnost pacijenata
 - Da pruža informacije koje mogu biti od koristi osobama sa mentalnim oboljenjima i članovima njihovih porodica
 - Da pomaže pri oporavku i učešću u društvenom životu
 - Da spreči povratak bolesti
-

Različite legitimne svrhe službe za mentalno zdravlje nekada mogu da dođu u sukob. Na primer, može doći do direktnog sukoba između potrebe za poverljivošću informacija neke *individualne* osobe i potrebe *lokalne* sredine da druge organizacije u njoj budu upoznate sa identitetom mentalno obolelih osoba koje su u prošlosti bile nasilne. Ili, na primer, može da dođe do sukoba između izbora tretmana (ili odbijanja da primi tretman) *individualnog* pacijenta i zahteva članova porodice (ili, u okviru *lokalne* oblasti, suseda), ukoliko ponašanje te osobe postane neprihvatljivo poremećeno. U tom slučaju, služba za mentalno zdravlje te-

ži da istovremeno ispuni dve svrhe: da osobi sa mentalnim oboljenjem obezbedi tretman i zaštitu, a da, u isto vreme, pruži predah i sigurnost članovima porodice, kao i drugim osobama u blizini.

KLJUČNE TAČKE U OVOM POGLAVLJU

- Zaštita u zajednici znači da se usluge pružaju blizu kuće.
- Savremena služba za mentalno zdravlje predstavlja ravnotežu između zaštite u zajednici i bolničke zaštite.
- Pristup javnog zdravlja se na prvom mestu bavi zdravljem stanovništva, pa tek onda zdravljem pojedinačnih osoba.
- Mentalna oboljenja predstavljaju uzrok oko 12% globalnog tereta bolesti.
- Depresija, najrasprostranjeniji mentalni poremećaj, predstavlja vodeći uzrok globalnog tereta bolesti među svim mentalnim oboljenjima.
- Iako mentalni poremećaji predstavljaju veoma uobičajenu pojavu, većina ugroženih ljudi ne dobija nikakav tretman.
- Svuda, čak i u najbogatijim državama, niske su stope *pokrivenosti* (što se odnosi na to koliki procenat ljudi koji mogu imati koristi od tretmana njega zaista i dobije).
- Slično tome, službe često imaju lošu *usmerenost* (što se odnosi na to kolikom je procentu ljudi koji su dobili tretman on zaista i bio potreban).