

1. Bariere mentale: promovarea unui model economic pentru sanatatea mintala in tarile cu venituri mici si mijlocii

DAVID MCDAID^{1'2}, MARTIN KNAPP^{1'3}, SHOBA RAJA⁴

2. ARTICOL SPECIAL

Diagnosticul si tratamentul tulburarii hiperactivitate/ deficit de atentie la adulti

STEPHENV.FARAONE, KEVIN M. ANTSHEL

Departamentul de psihiatrie si stiinte comportamentale, Universitatea Medicala Upstate, Str. East Adams, Syracuse, NY 13210, USA.

Bariere mentale: promovarea unui model economic pentru sanatatea mintala in tarile cu venituri mici si mijlocii

DAVID MCDAID^{1,2}, MARTIN KNAPP^{1,3}, SHOBA RAJA⁴

¹ Personal Social Service Research unit and ² European Observatory on Health Systems Policies, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London WC2A 2AE, UK

³ Center for the Economics of Mental Health, King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK

⁴ Basic Needs, Banaswadi, Bangalore, India

In ultimii ani, lumea politica din tarile puternic dezvoltate a pus un puternic accent pe importanta mentinerii sanatatii mintale, recunoscand contributia acesteia la o mai buna calitate a vietii, intre timp crescand si atentia asupra consecintelor socio-economice ale tulburarilor mintale. Situatia din multe alte parti ale lumii este descurajatoare; atentia si resursele sunt indreptate in mare parte catre bolile contagioase. Reflectand asupra provocarilor aparute in aceste tari, subliniem rolul pe care tactica economica il poate juca in consolidarea planului de investitii in sanatatea mintala. In mod evident acesta ar trebui sa includa evaluarea impactului economic al strategiilor implementate, atat in afara cat si in interiorul sistemului de sanatate. De asemenea de o importanta vitala sunt si caile prin care serviciile de sanatate mintala sunt distribuite. In tarile dezvoltate, organizatiile non-guvernamentale (ONG-urile) s-au dovedit de mult a fi principalii mandatarii in finantarea, coordonarea si distribuirea acestor servicii. Rolul lor in tarile cu venituri mici si mijlocii, unde infrastructura si atentia asupra serviciilor de sanatate mintala este limitata, poate fi chiar mai important in depasirea unor bariere de dezvoltare a politicii si practicii sanatatii mintale.

Cuvinte cheie: politica sanatatii mintale, dezvoltarea serviciilor, organizatii non-guvernamentale.

(World psychiatry 2008;7:79-86)

Raportul de sanatate mondiala din 2001, a evidentiat la nivel global provocarile reprezentate de tulburarile mintale. La nivel global, 20% din populatie poate experimenta probleme de sanatate mintala pe parcursul vietii, asemenea afectiuni ajungand sa fie responsabile de aproximativ o treime din anii de viata afectati de o dizabilitate(1). Consecintele afectiunilor mintale depasesc cu mult barierele recunoscute, asociindu-se cu rate inalte de comorbiditati non-psihiatrice si mortalitate prematura. Anumite probleme de sanatate mintala se asociaza de asemenea cu o rata scazuta a experientelor profesionale, cu relatii interpersonale limitate, cu tensiuni in cadrul familial, si cu o rata mai mare decat media de vagabondaj si probleme de ordin legal.

Raportul din 2001 a dus la cresterea nivelului de constientizare asupra importantei sanatatii mintale. Necesitatea promovarii si mentinerii unei sanatatii mintale si a unei stari de sanatate generale, ca un tot unitar in planul politicii de sanatate, este acum recunoscuta in tarile dezvoltate economic. De exemplu, Comisia Europeana, a publicat in 2005 „Referatul Verde” asupra sanatatii mintale (2), iar mai devreme in acelasi an, la Helsinki, cele 52 de state membre ale regiunii europene din cadrul Organizatiei Mondiale a Sanatatii, au sustinut „Declaratia si Planul de Actiune” (3,4). In acelasi timp, in Statele Unite, o Comisie Presidentiala a fost desemnata pentru a se asigura ca sanatatea mintala primeste aceeasi atentie ca si afectiunile somatice, punand accentul pe impiedicarea suicidului si scaderea stigmatizarii, implicand de asemenea si interventii pentru promovarea sanatatii mintale a copilului (5). Actiuni cu caracter pozitiv pot fi observate si in zona Pacifica, de exemplu in Noua Zeelanda, unde exista de peste zece ani o strategie nationala pentru sanatatea mintala (6), monitorizarea fiind realizata separat, de o Comisie pentru Sanatatea Mintala.

In multe alte parti ale lumii, situatia este inasa mult mai descurajatoare. Desi s-a pus accentul asupra necesitatii de a aborda consecintele asupra sanatatii mintale ale unor cataclisme, cum ar fi tsunamiul din Asia atentia si resursele in multe tari cu venituri mici si mijlocii, a fost directionata

catre afectiunile cu caracter transmisibil.

Scopul acestei dizertatii este de a reflecta asupra catorva dintre provocarile aparute in tarile din lumea a 3-a si asupra rolului pe care tactica economica il poate juca in consolidarea planului de investitii in sanatatea mintala. Trebuie in mod evident imbunatatita acceptiunea cost-eficienta pe care anumite masuri o pot avea in cadrul sistemului de sanatate. Dar de asemenea este important sa extindem rolul analizelor economice asupra unor metode practicate in afara sistemului medical, care ar putea avea un impact direct asupra sistemului de sanatate mintala sau poate unul indirect asupra modului de administrare si intretinere a tratamentului. Critice sunt si metodele prin care serviciile de sanatate mintala sunt distribuite, acestea la randul lor trebuind evaluate. Mai exact vom dezbate problema organizatiilor non-guvernamentale care pot fi principalii pionieri in finantarea, coordonarea si distribuirea acestor servicii.

IMPACTUL SOCIO-ECONOMIC IN CAZUL PERTURBARI SANATATII MINTALE

Frecventa afectiunilor mintale se preconizeaza a creste de la 12%, din totalul afectiunilor dizabilitante cat este in prezent, pana la 15% in 2020; semnificativ, cresterea va avea loc in tarile slab dezvoltate economic(8). In aceste tari, consecintele acestei cresteri pot fi si mai nefaste, datorita absentei serviciilor de protectie sociala, la care se adauga nivelul inalt de stigmatizare si superstitiile(9). Corelatia dintre afectiunile mintale si saracie a fost evidentiata de mai multe studii(10-12). Afectiunile mintale materne au consecinte nefavorabile pe termen lung asupra copiilor, in tarile cu venituri mici si mijlocii limitand oportunitatile acestora pe parcursul vietii (13). Tot in aceste tari, bolile cu caracter transmisibil, care sunt principalele puncte de interes ale politicii de sanatate, sunt direct conectate si exacerbate de existenta afectiunilor mintale; de aceea metodele de preventie si tratament ale tulburarilor mintale ar putea imbunatati management-ul acestor afectiuni, cum ar fi HIV/SIDA(14,15).

In tarile dezvoltate economic, costurile adiacente tulburarilor mintale sunt bine documentate, ele fiind estimate intre 3% si 4% din produsul intern brut (PIB). Putine estimari s-au efectuat in afara acestor regiuni. O exceptie o constitue Kenya (16), unde s-a stabilit costul per pacient ca fiind 2.351 USD, la un total de 5.678 de pacienti spitalizati in anul 1999, in aceasta suma fiind incluse contributia familiala de 51 USD si pierderile economice de 453 USD. Doar pentru acest grup, costurile finale s-au ridicat la aproximativ 13,3 milioane de dolari, echivalentul a 10% din bugetul Ministerului Sanatatii; cu toate acestea costurile ar fi crescut si mai mult daca ar fi fost inclusi si cei care nu au beneficiat de spitalizare sau care au apelat la tratamente alternative/traditionale. Pentru a concludiona, putem spune ca venitul mediu pe cap de locuitor in Kenya, este de 580\$/an, iar mai mult de jumatate din populatia tarii supravietuieste doar cu un dolar pe zi (17).

Astfel de exemple pot fi gasite si in India, unde costurile finale pentru un pacient ambulator cu schizofrenie, sunt similare cu ale unui individ ce sufera de o alta afectiune cronica, cum ar fi diabetul; diferenta majora dintre cei doi, este contributia costurilor indirecte (63% fata de 29%) in cazul pacientului cu schizofrenie, la costurile finale. Costurile indirecte sunt determinate nu numai de pierderea oportunitatilor de a lucra ale acestor pacienti si ale familiilor lor, dar si de imprumuturile realizate pentru a suporta diverse costuri legate de tratament sau pentru a repara prejudiciile aduse proprietatilor. In final costurile anuale pentru un pacient tratat pentru schizofrenie au fost estimate la 274\$ (18). Un studiu indian a concluzionat ca, oferind acces gratis la medicatia necesara pacientului cu schizofrenie, prin intermediul unor servicii comunitare, a crescut calitatea vietii acestora pe o perioada de 18 luni, in final impactul costurilor fiind moderat, deoarece investitia in aceste centre comunitare specializate, a scazut implicarea membrilor familiei (19).

Impactul asupra membrilor familiei poate fi substantial. In Etiopia, Shibre si colab. (20), a studiat influenta schizofreniei pe 300 de membri ai unor familii din comunitati rurale traditionale. Rudele acestor pacienti s-au confruntat cu dificultati financiare, constrangeri in viata sociala, au pierdut oportunitati profesionale si au avut relatii familiale tensionate, astfel de probleme fiind mai frecvente pentru subiectii de sex feminin. Asemenator, un studiu realizat pe 66 de membri ai unor familii din Zimbabwe, a constatat ca aproximativ doua treimi dintre acestia au infruntat dificultati

financiare, mai ales datorita consumului alimentar crescut al persoanei cu tulburare a starii de sanatate mintala (21).

ROLUL STRATEGIILOR ECONOMICE

Anumite persoane au pledat pentru cresterea investitiilor in sanatatea mintala, tinand cont de numarul mare de persoane afectate si de consecintele grave care decurg de aici (22). Acest lucru necesita in mod evident dovezi substantiale cum ca atragerea unor investitii suplimentare in sanatatea mintala va fi eficienta in prevenirea sau tratarea tulburarilor mintale, dar si ca reprezinta o utilizare eficienta a resurselor, si asa volatile, ale unei tari. Drept urmare, apare nevoia unor analize economice care sa sustina deciziile clinice si strategice. Cu siguranta deciziile nu pot fi luate tinand cont doar de costuri sau de raportul cost-eficienta, ci si de alti factori foarte importanti cum ar fi moralitatea, drepturile omului si etica.

S-au remarcat un raport favorabil cost-eficienta si o crestere importanta a cunostintelor asupra eficientei in cazul masurilor menite a trata consecintele afectiunilor mintale (in mod particular terapiile medicamentoase). Din ce in ce mai multe studii economice sunt realizate in tarile cu venituri mici si mijlocii (27-31), in acest moment majoritatea informatiilor provenind din tarile dezvoltate. Acest fapt nu este surprinzator, deoarece intre 1992 si 2001 doar 4% dintre articolele din baza de date ISI Web of Science abordau subiectul sanatatii mintale, iar dintre acestea doar un procent de 6 % proveneau din tarile sub-dezvoltate (32). In mod asemanator, Patel si Kim (33) au constatat, revizuiind primele sase publicatii de specialitate dintre 2002 si 2004, ca doar un procent de 3,7 din lucrarile aparute proveneau din tarile cu venituri scazute. Din pacate, evaluarile economice nu pot fi preluate cu usurinta de la o tara la alta, datorita diferentelor de infrastructura, resurse, mentalitate si cultura. Ca urmare, a aparut necesitatea dezvoltarii cunostintelor privind eficienta si raportul cost-eficienta ale interventiilor in tarile cu venituri mici si medii, prin studii empirice complementare. Cu toate acestea, si in cazul unor investitii majore, implementarea acestor strategii va necesita o perioada indelungata, datorita constrangerilor infrastructurale si a resurselor umane (34).

Cum pot fi folosite strategiile economice in crearea unor doctrine in momentul actual? In absenta unor dovezi empirice poate fi utila folosirea unor modele economice care cauta sa adapteze dovezile pentru a tine cont de diferite circumstante si costuri locale. Cel mai bun exemplu il reprezinta un proiect in curs de desfasurare al organizatiei „WHO choice” (Alegerea unor masuri eficiente din punct de vedere al costurilor). CHOICE tintește estimarea eficientei raportata la cost a unei game largi de interventii asupra unor conditii existente care contribuie covarsitor la agravarea bolilor, in medii diferite din punct de vedere geografic si epidemiologic. Scopul principal este de a furniza informatii pentru formarea unor principii de baza (35).

Pana in prezent, programul CHOICE a studiat schizofrenia, tulburarea bipolară, depresia si atacul de panica. S-a estimat, de exemplu, ca masurile eficiente din punct de vedere al costului pot fi furnizate pentru 3 – 4\$ de persoana in tarile cu venituri mici ca Africa Sub-Sahariana sau Asia de Sud – Est, sau in jurul a 10\$ in tarile cu venituri medii, cum ar fi cele din Europa de Est. Aceste masuri reprezinta o combinatie intre antipsihotice si stabilizatoare de dispozitie clasice, la care se adauga terapie psiho – sociala. De asemenea, o alta estimare facuta a aratat ca la nivel global se pot castiga intre 300 si 500 de milioane de ani de viata fara boala, pentru fiecare milion de dolari investit. Aproximativ o treime din acesti ani ar fi atribuita tulburarilor mintale severe, cum ar fi schizofrenia si tulburarea bipolară, iar masurile cele mai eficiente din punct de vedere al costului sunt masurile pentru depresie si tulburarea bipolară (36).

Cu toate ca programul implementat de CHOICE este binevenit, el s-a axat in primul rand pe imbunatatirea unor masuri terapeutice pentru tulburarile mintale, desi in tarile puternic dezvoltate exista o baza de date care atesta importanta integrarii profesionale si a conditiilor locative. Este necesar sa se evalueze raportul cost – eficienta al prevenirii si al promovarii strategiilor; multe dintre acestea se regasesc in afara sistemului medical, cum ar fi scoala sau locul de munca. In tarile cu venituri mici si mijlocii exista putine informatii care atesta influentele saraciei si a unor factori

socio-economici asupra politicii de sanatate mintala si implementarii ei. Oare aceste aspecte mai largi de dezvoltare vor avea oportunitatea de a influenta perceptia in sanatatea mintala?

LIMITELE IN CALEA INVESTITIILOR IN SANATATEA MINTALA

In ciuda unui impact nefavorabil al tulburarilor de sanatate mintala si aparitiei unor masuri eficiente din punct de vedere al costurilor, este in continuare dificil de a ne asigura ca in tarile cu venituri mici si mijlocii se pot face investitii eficiente si ca, daca aceste servicii exista, se poate facilita accesul catre ele.

Prioritatea politica scazuta

De-a lungul istoriei, sanatatea mintala s-a dovedit a avea o prioritate scazuta pentru factorii decizionali, atat pe plan national, cat si extern. Ca dovada a acestui fapt, desi in Raportul de Dezvoltare Mondiala din 1993 al Bancii Mondiale s-a subliniat contributia majora a tulburarilor mintale in cadrul patologiei la nivel global, in recomandarea unui pachet de servicii minimale (ESP) pentru sanatate nu s-au inclus si tulburarile mintale, in ciuda faptului ca aveau o pondere dubla in comparatie cu cele doua prioritati, HIV/SIDA si tuberculoza (37). Aceasta omisiune a generat critici si ca urmare a fost abordata intr-o editie ulterioara a acestui pachet (ESP).

Cu toate acestea, actualmente, in tarile cu venituri mici si medii, politica de sanatate (si asistenta internationala) pune accentul pe bolile transmisibile care pot duce la o mortalitate prematura, cele mai importante fiind HIV/SIDA, malaria si tuberculoza. Au fost lansate eforturi internationale substantiale, cum ar fi „Initiativa 3 in 5” care are ca scop facilitarea accesului la terapia medicamentoasa pentru SIDA. Organizatia „Millenium Development Goals” a recunoscut in mod explicit faptul ca starea de sanatate a unei natiumi se reflecta in cresterea economica, si a inclus o serie de tinte pentru sistemul de sanatate; sanatatea mintala lipsea cu desavarsire, desi au existat o serie de lucrari, putin luate in seama, care evidentiau legatura puternica dintre saracie, lipsa cresterii economice si perturbarile de sanatate mintala (38, 39).

Perceptia scazuta a acestei prioritati este exacerbata de stigmatizare. Fara de gres, aceasta a contribuit la atentie scazuta atribuita de catre factorii de decizie si de catre opinia publica, ducand astfel la resurse limitate, descumpanirea personalului de specialitate, decaderea institutiilor, la lipsa unui personal managerial, la un sistem de informatii inadecvat si o legislatie defectuoasa (40).

Absenta evaluarii politicii bazata pe nevoi

Chiar daca factorii de decizie ofera o prioritate mai mare tulburarilor mintale, constrangerea in dezvoltarea serviciilor si alocarea lor pentru a satisface necesarul, este data de lipsa datelor epidemiologice. Aceasta situatie nu a putut fi limitata doar la tarile cu venituri scazute: o recenzie recenta nu a reusit sa adune datele necesare asupra tulburarilor mintale in 13 din cele 25 de tari membre ale Uniunii Europene (41). Din pacate, infrastructura necesara obtinerii acestei informatii este semnificativa.

Mai mult decat atat, in estimarea necesitatilor este important sa nu se puna baza doar pe datele epidemiologice. Parerile tuturor factorilor decizionali trebuie luate in considerare; cu toate acestea se intampla foarte rar ca persoanele afectate de tulburari mintale sau tutorii legali sa participe direct sau indirect la dezvoltarea politicii. Ca urmare, exista riscul ca politica de sanatate mintala sa nu puna un accent adecvat pe o serie de masuri care pot indeparta o parte a consecintelor negative ale tulburarilor mintale, cum ar fi pierderea de oportunitati profesionale sau dreptul la educatie. Exista de asemenea un risc ca acesti factori de decizie sa nu poata aprecia in adevaratul lor sens provocarile aplicarii programelor implementate.

Diagnosticarea tulburarilor de sanatate

Lipsa competentei medicilor de familie ii poate face pe acestia sa nu recunoasca tulburarile mintale. In particular, depresia este slab diagnosticata (si deci, netratata) in multe tari cu nivel scazut de trai (42). Un studiu realizat in Zimbabwe a sugerat ca peste 90% dintre medicii de familie prezinta carente in diagnosticarea si tratarea tulburarilor depresive (43). Lipsa cunostintelor printre acestia poate fi rezultatul stigmatizarii bolilor mintale, peste care se suprapun si rezultatele unor studii care indica faptul ca multi dintre acesti specialisti considera ca bolile mintale fie nu exista, fie nu pot fi tratate (44). Stigmatizarea poate de asemenea insemna ca sunt tratate doar simptomele fizice sau comorbiditatile existente, mai degraba decat boala de baza.

Lipsa Resurselor

Tari ce numara peste 2 miliarde din populatia lumii utilizeaza mai putin de 1% din bugetul alocat sanatatii pentru tulburarile mintale (45). Majoritatea tarilor din Africa intra in aceasta categorie. Doar 51% din populatia tarilor subdezvoltate are acces la orice servicii de ingrijire sociala. Dovezile cu privire la utilizarea serviciilor de sanatate mintala sunt limitate, dar cel putin 85% dintre persoanele cu tulburari mintale severe nu primesc tratament pe o perioada de 12 luni in unele dintre tarile cu venituri scazute (46). Un studiu comunitar recent realizat in Nigeria atesta faptul ca doar 9% din populatia cu tulburari diagnosticate DSM-IV a primit un tratament formal pentru tulburarile mintale in decursul unui an (47). In Sao Paulo, Brazilia, unde este un numar covarsitor de persoane diagnosticate cu schizofrenie, s-a estimat ca 70% dintre acestia nu fac uz de aceste servicii.

Chiar si in tarile in care exista un angajament politic in finantarea sanatatii mintale, nivelul resurselor disponibile depinde de economia statului. Asadar, desi mai mult de 5% din bugetul sanatatii este alocat sanatatii mintale, acest fapt nu va surmonta sursa de resurse atat timp cat economia la nivel national este scazuta. Necesitatea de a mentine finantele publice sub control sau de rambursare a imprumuturilor ar putea de asemenea insemna sistarea serviciilor publice; in aceste circumstante creste vulnerabilitatea serviciilor de sanatate mintala.

Accesul la terapiile medicamentoase este limitat: OMS a constatat ca pana in 2001 in 20% din tari nu se furniza nici macar un antidepresiv (amitriptilina), un antipsihotic (clorpromazina) si un antiepileptic (fenitoina) (45). Aceasta situatie este putin probabil sa fie ajutata de reinterarea acordului TRIPs (World Trade Organization's Trade Related Intellectual Property Rights). In urma acestui acord nici o tara nu poate produce o versiune ieftina a unui generic bioechivalent a unui medicament patentat si mai mult decat atat, pretul unui medicament patentat trebuie sa fie stabilit de catre producator (49). In timp ce exista anumite dispense de la aceste reguli, cum ar fi situatiile de urgenta nationala sau boli letale, nu exista nici una pentru tulburarile de sanatate mintala. In plus, o serie de tratate comerciale gratuite s-au realizat intre SUA si alte tari dezvoltate. Unele dintre acestea pot fi chiar mai riguroase decat TRIPs, cum ar fi de exemplu prelungirea perioadei brevetare (50). Exista pe deasupra si problema lipsei de personal, mai ales ca in sistemul de sanatate multi specialisti sunt ademeniti de salarii si conditii de viata mai bune oferite in tarile dezvoltate.

Tarile cu venituri medii din fosta Uniune Sovietica se confrunta cu probleme diferite, dar la fel de pertinente. Aici o problema majora continua sa fie rata mare de sinucidere si tulburarile comportamentale legate de consumul de alcool, care sunt in parte determinate de perioada de tranzitie economica si sociala rapida (51). Datorita diminuarii resurselor publice de finantare catre sistemul de sanatate, serviciile de sanatate mintala deja existente sunt supuse unor presiuni importante. Pe deasupra, asigurarile de sanatate private pe care multi le aleg tocmai pentru a putea compensa lipsurile sistemului public, in general nu acopera tratamentul de lunga durata pentru probleme de sanatate mintala.

Limitarea accesibilitatii datorita dificultatilor financiare

Bugetul limitat distribuit catre sistemul de sanatate mintala, in multe dintre tarile cu venituri mici si medii, determina in mod inevitabil ca accesul la astfel de servicii sa fie contra cost. Aproximativ 40% dintre tarile sarace au estimat contributiile facute de catre pacienti ca fiind principala metoda de finantare a sistemului de sanatate mintala, in comparatie cu doar 3% din tarile dezvoltate (45). Pana si acest procent de 40% nu este complet realist, atat timp cat nu se pun la socoteala si banii cheltuiti pe tratamente alternative. Faptul ca se pune baza pe aceste contributii personale este atat inefficient cat si inequitabil, descurajand utilizarea de servicii pentru cei cu venituri limitate, ceea ce este extrem de ingrijorator datorita legaturii dintre saracie si tulburarile de sanatate mintala (52). Serviciile contra cost pot duce la saracie sau la indatorari, asta daca familiile recurg la imprumuturi in conditii nefavorabile. Datorita acestor posibilitati colaterale, sansele de a imbunatati sistemul de sanatate mintala scad semnificativ.

Optimizarea resurselor disponibile

Knapp et al (53) au detaliat o strategie pentru utilizarea resurselor disponibile. Desi apar dificultati in orice componenta a sistemului de sanatate, ele devin mult mai dificil de combatut in cazul sanatatii mintale. Pe deasupra, in tarile cu venituri mici si medii, aceste piedici devin mai greu de depasit, pe de o parte datorita resurselor umane si financiare limitate si pe de alta parte datorita unui numar mare de cereri pentru resursele existente.

Doua dintre obstacole au fost deja discutate pana in acest moment: lipsa informatiilor despre eficacitate si raportul cost eficacitate, si resursele limitate distribuite catre sistemul de sanatate mintala. Un alt factor cheie il reprezinta distribuirea deficitara a resurselor, care in mare parte sunt distribuite in zonele urbane. Distanta care trebuie parcursa pana la o institutie de sanatate mintala poate fi considerabila: de exemplu, un studiu indian a concluzionat ca principalul motiv pentru intreruperea tratamentului antipsihotic a fost distanta de peste 10 km pana la cea mai apropiata clinica (19). In Africa de Sud, in anumite zone rurale, un psihiatru ajunge sa deserveasca pana la 5 milioane de persoane (54). Un alt factor ce impiedica complianta la tratament il reprezinta schimbarea tiparului de migrare, mai ales din zonele rurale catre cele urbane. In India migrarea sezoniera este semnificativa, un studiu national realizat intre 1999 si 2000 estimand ca aproximativ 8.64 milioane de oameni migreaza pentru o scurta perioada (55). Resursele pot fi deasemenea distribuite inefficient pentru diverse afectiuni sau nevoi. De exemplu, in tarile in curs de dezvoltare, istoric vorbind, depresia a fost perceputa ca avand o prioritate scazuta in comparatie cu schizofrenia chiar in cadrul sistemului de sanatate mintala (56).

O alta problema este aceea ca resursele sunt folosite inadecvat in a sustine servicii care nu satisfac fie nevoile epidemiologice, fie preferintele beneficiarilor, fie chiar argumentele cu privire la eficienta si raportul cost – eficienta. OMS (54) a recomandat dezvoltarea serviciilor primare de sanatate mintala, prin intermediul carora sanatatea mintala este integrata in cadrul sistemului general de sanatate; tarile care continua sa se bazeze strict pe institutiile de profil au sanse mai mici de a oferi consultatii interdisciplinare (57).

Rigiditatea resurselor este un concept inrudit: reorganizarea resurselor pentru a satisface nevoile populatiei se poate dovedi a fi un lucru dificil. Sistemul de sanatate poate fi destul de birocratic, cu sanse mici de descentralizare sau de management financiar local. In tarile in care majoritatea resurselor sunt blocate intr-un sistem puternic institutionalizat, asemenea fostei Uniuni Sovietice, o alocare a resurselor din sistemul de sanatate de stat catre institutiile private poate fi extrem de dificil (57).

Dezvoltarea serviciilor de psihiatrie comunitara poate fi defavorizata de catre unele aspecte practice determinate cum ar fi cele legate de saracie – lipsa alimentelor, a transportului si lipsa resurselor financiare. O buna desfasurare si finalizare a tratamentului este dependenta si de un regim alimentar corespunzator; in Zimbabwe, un studiu a concluzionat ca peste 10% dintre familii nu isi puteau permite alimentele suplimentare necesare rudelor cu tulburari de sanatate mintala (21).

De aceea este foarte important sa ne asiguram ca resursele neutilizate nu sunt irosite si, pe deasupra, atunci cand se stabilesc strategii pentru viitor, trebuie sa luam in calcul, pe langa aspectul clinic, toti acei factori care pot limita accesul la serviciile de sanatate mintala.

In tari precum India, unde responsabilitatea este descentralizata, structurile locale de guvernare trebuie sa se asigure ca fondurile sunt alocate pentru sistemul de sanatate mintala. Resursele pot fi de asemenea alocate catre un numar diferit de domenii, nu numai la sanatate, dar si catre educatie, ocuparea fortei de munca si serviciile sociale. Coordonarea si cooperarea deficitara dintre structurile guvernamentale, locale si ONG-uri poate dezavantaja dezvoltarea unor servicii flexibile. De exemplu, in Zambia, prabusirea atat a serviciilor primare cat si a celor comunitare, a fost atribuita lipsei de coordonare (15).

Factorii de decizie politica trebuie sa constientizeze ca restructurarea serviciilor deja existente sau investitiile masive nu duc neaparat la rezultate imediate. Investitia in dezvoltarea fortei de munca poate dura cativa ani pentru a obtine beneficii in ceea ce priveste tratamentul si ingrijirea. De aceea, factorii de decizie politica pot avea tendinta de a se axa pe domeniile ale caror beneficii sunt vizibile imediat, chiar daca nu sunt de prima necesitate. Un aspect foarte important este de a ne asigura ca exista un angajament pe termen lung in dezvoltarea acestor servicii, pentru a sustine persoanele vulnerabile din cadrul fiecărei comunitati.

DEPASIREA BARIERELOR

In mod cert este necesara imbunatatirea accesului la informatiile despre eficienta si raportul cost – eficienta in ceea ce priveste tratarea simptomelor bolilor mintale. De asemenea, este necesara o intelegere aprofundata a nevoilor populatiei. Alte probleme care necesita rezolvare sunt gasirea unor cai accesibile si eficiente din punct de vedere financiar pentru instruirea medicilor de familie si altor specialisti, lansarea unor campanii de promovare si a unor masuri antidiscriminatorii pentru combaterea consecintelor stigmatizarii. Diminuarea deficitului informational si o mai buna utilizare a resurselor limitate ar duce la consolidarea argumentelor in favoarea sanatatii mintale.

Un avantaj il reprezinta, de asemenea, o mai buna intelegere a modului in care resursele sunt alocate catre sistemul de sanatate mintala si catre alte domenii. In multe situatii in care bugetul national este limitat, apare o dependenta majora de finantare externa a programelor de sanatate mintala. O mai buna cunoastere a cailor prin care programele de finantare externa si organizatiile internationale de ajutorare sunt implicate in stabilirea prioritatilor in sanatate si in alte sectoare, ar fi utila in construirea argumentelor pentru obtinerea unor investitii in sistemul de sanatate mintala. Ar fi de dorit facilitarea participarii beneficiarilor de servicii de sanatate mintala si a altor parti interesate, la redactarea documentelor de dezvoltare a unei strategii de reducere a saraciei, cu atat mai mult cu cat in prezent multe dintre aceste documente se axeaza, aproape exclusiv, pe sanatatea fizica.

Masurile care au subliniat importanta integrarii obiectivelor sanatatii fizice si mentale in diferite circumstante, ar putea fi utile in argumentarea cresterii resurselor pentru programele de sanatate mintala. Investitia in sanatatea mintala poate crea beneficii si pentru sanatatea fizica. Colaborarea cu ONG-uri care sunt axate pe probleme de sanatate generala poate duce la un beneficiu reciproc prin implicarea acestora in programe pentru sanatatea mintala si programe psiho-sociale. O recenzie a 19 ONG-uri din Anglia, recunoscute pe plan international, a concluzionat faptul ca multe persoane considerau ca nu au aptitudinile necesare pentru abordarea problemelor de sanatate mintala, si sustinea necesitatea unei stranse colaborari cu ONG-urile specializate (59).

De asemenea, este important sa extindem rolul analizei economice asupra potentialului unei initiative cost – eficienta pentru instrumentarea factorilor de risc macroeconomic a sanatatii mintale, cum ar fi conditiile modeste de trai, nesiguranta financiara, tranzitii economice si o educatie deficitara. De exemplu, ce beneficii ar putea fi obtinute prin realizarea unor scheme de creditare in tarile cu venituri mici? Beneficiile unei astfel de initiative nu pot fi limitate doar la sanatatea mintala, de aceea ar fi de dorit un parteneriat intre toate segmentele sistemului de sanatate.

De asemenea, este importanta modalitatea prin care masurile interventionale sunt distribuite si/sau fondurile sunt indreptate catre serviciile de sanatate mintala. Un aspect il reprezinta organizarea si finantarea sistemului public de sanatate (si altele). Exista o documentatie impresionanta care abordeaza modalitatile de segmentare a distribuirii de servicii si nevoia de coordonare a acestora intre diferite sectoare (53).

Fondurile nu pot fi pur si simplu transferate de la institutii inadecvate de ingrijire pe termen lung catre serviciile alternative comunitare. Pe termen scurt si mediu, finantarea aditionala va fi necesara pentru supravietuirea acestor institutii pana cand serviciile comunitare se vor dezvolta si vor deveni complet functionale. Unele initiative pragmatice doresc a garanta ca institutiile de ingrijire pe termen lung au fondurile necesare pentru a putea oferi si servicii de sanatate mintala primara, cum ar fi spitalul Butabika din Uganda, care are un potential de dezvoltare (60).

O piedica majora in accesul la tratament o reprezinta plata facuta direct de catre pacient; astfel guvernele ar trebui sa dezvolte un program de finantare a sistemului de sanatate bazat pe taxe sau asigurari sociale. O provocare importanta, de altfel, o reprezinta faptul ca in anumite tari nu exista o schema de impozitare (52). Un pas inainte, mai putin ambitios, poate fi obtinut prin realizarea unor scheme de asigurare la nivel de comunitate.

Mecanismele de distribuire a serviciilor de sanatate mintala necesita de asemenea atentie. Desi programul CHOICE ia in considerare rata de asimilare a serviciilor, putine dintre evaluarile economice realizate in tarile cu venituri mici si mijlocii au luat in calcul acest aspect. Care sunt obstacolele in calea utilizarii serviciilor, ca de exemplu lipsa transportului? Oare este prudent sa depasim aceste bariere, si daca da in ce fel? Multe dintre servicii sunt oferite de catre ONG-uri, dar exista lipsa de informatie cu privire la calitatea, eficienta sau raportul cost-eficienta asupra serviciilor furnizate de acestea. Oare este posibil, asa cum s-a demonstrat in tarile dezvoltate, ca ele sa ofere servicii flexibile si inovatoare care pot satisface nevoile populatiei, intr-un mod in care serviciile publice nu reusesc (61)? Care sunt asemanarile dintre ONG-uri si serviciile de stat si cele private (cu profit)? Oare implicarea acestora in comunitatile locale, prin participarea voluntarilor, poate duce la o dezvoltare si o crestere a utilizarii serviciilor mai mare decat programele guvernamentale? Pentru cine si cat conteaza ele? Acestea sunt intrebari cheie pe care le vom aborda in continuare.

Rolul ONG-urilor in solutionarea problemelor din sistemul de sanatate mintala

Multe tari au raportat ca au unele ONG-uri care sunt implicate in domeniul sanatatii mintale. La inceput furnizorii de servicii de sanatate mintala se bazau pe credinta (misiuni); intre timp ONG-urile (internationale si nationale) au ajuns sa joace un rol important. Aceste organizatii pot avea fonduri proprii sau pot fi finantate de catre guvernul local, pot primi finantare externa sau de la alte ONG-uri. Unele pot avea un rol important in instruirea personalului, furnizarea de resurse si sustinerea pledoariei in favoarea sistemului de sanatate mintala.

La nivel international este dificila identificarea ONG-urilor care se ocupa cu precadere de sanatatea mintala. Un studiu de piata recent a analizat ONG-urile care ofera servicii de urgenta in sanatatea mintala in cazul unor calamitati si servicii de dezvoltare. Dintre cele 119 organizatii vorbitoare de engleza, inregistrate pe situl ONU www.reliefweb.int, doar 55 (46%) au raportat implicarea lor in programe de sanatate mintala. Patruzeci si sapte dintre acestea erau implicate cel putin intr-un program de dezvoltare pe termen lung, insa doar 4 dintre acestea au alcatuit programe de sanatate mintala cuprinzatoare, la nivel international (62).

Exista cateva exceptii importante, dintre care amintim programul american de sanatate mintala Carter Center si Mental Disability Advocacy Centre localizate in Budapesta. Asemenea organizatii, pe langa strangerea si distribuirea de fonduri, participa si la distribuirea serviciilor de sanatate mintala. Un alt exemplu il reprezinta Basic Needs, care lucreaza in colaborare cu departamentele de sanatate ale guvernului pentru facilitarea furnizarii serviciilor de sanatate mintala in medicina primara in cateva centre din sapte tari din Africa si Asia (Ghana, Kenya, India, Republica Populara Democrata Lao, Sri Lanka, Tanzania si Uganda).

ONG-urile pot depasi unele dintre limitarile politicilor si practicilor de sanatate mintala, prin cresterea nivelului de constientizare asupra importantei sanatatii mintale si prin stimularea cresterii cererii de acces catre aceste servicii in comunitatile cu venituri mici. O dezvoltare locala sau o abordare fundamentala implica un angajament din partea factorilor de decizie locali, inclusiv a beneficiarilor si familiilor acestora, ce este frecvent utilizat pentru a pune in practica concluziile discutiilor avute la nivel inalt (63).

Modelul de parteneriat cu comunitatea, frecvent adoptat de ONG-uri, poate ajuta la construirea de capital social in cadrul comunitatilor pentru a sustine serviciile primare de sanatate. Voluntarii si cadrele medicale locale pot fi instruiti in a urmari desfasurarea tratamentului, monitorizarea efectelor adverse si a recaderilor, precum si mentinerea inregistrarilor. ONG-urile pot fi deasemenea o punte intre medicina traditionala si cea conventionala. De exemplu, Basic Needs are printre principalii colaboratori vraci locali apartinand unor grupuri din Ghana de Nord, unde unii dintre acestia au inceput sa directioneze persoanele cu posibile tulburari de sanatate mintala catre serviciile de specialitate.

Un asemenea parteneriat dintre ONG-uri si sectoarele de sine statatoare ofera oportunitati specialistilor in sanatate, in special asistentelor de psihiatrie, de a-si dezvolta aptitudinile. Accesul continuu la psihiatru permite o mai buna intelegere a nevoilor de sanatate mintala in contextul local al fiecarei comunitati. Cu cat este mai mare contactul cu persoanele cu probleme mintale, prin intermediul centrelor de sanatate mintala locale, personalul de specialitate poate face o cerere la nivel inalt pentru obtinerea de medicamente necesare si a anumitor servicii care sa vina in intampinarea unor nevoi locale, anterior nedezvaluite.

Parteneriatul cu ONG-urile poate fi de ajutor si sefilor departamentului de sanatate mintala din guvern, putand actiona ca un catalizator pentru a raspunde solicitarilor permanente de acordare de fonduri. De exemplu, intr-una din tarile in care opereaza fundatia Basic Needs, seful departamentului de psihiatrie a sperat ca prin demararea unui program de sanatate mintala si dezvoltare, ar creste prioritatea acestui domeniu pe agenda de lucru a guvernului. Acest parteneriat a inceput sa dea roade, incluzand un angajament de 55 milioane de silingi ugandezi (aprox. 30,157\$) pentru serviciile de sanatate mintala din Kampala, si un proiect al Bancii Mondiale in colaborare cu Ministerul Sanatatii, dezvoltate cu ajutorul Fundatiei Basic Needs, pentru dezvoltare de parteneriate comunitare in provinciile Uva si de nord-vest, din Sri Lanka.

CONCLUZII

Problemele de sanatate mintala contribuie substantial la povara globala provocata de boli, acestea sunt asociate cu o mortalitate prematura si un impact socio-economic puternic asupra individului si determina costuri substantiale. In ciuda disponibilitatii unor masuri eficiente din punct de vedere al costului in tarile dezvoltate si a unor dovezi limitate, dar in curs de acumulare in tarile cu venituri mici si medii, promovarea sanatatii mintale a fost neglijata in comparatie cu investitiile realizate in interventii pentru afectiuni somatice. Chiar si acolo unde exista fonduri disponibile, accesarea si utilizarea acestor servicii pot fi deficitare, chiar daca sistemul de plata pare a fi corect (care bineinteles in general nu este valabil).

O combinatie de factori, dintre care unii specifici sanatatii mintale, a contribuit la aceste inechitati. Stigmatizarea, lipsa de responsabilitate in cadrul unei populatii vulnerabile, abuzul asupra drepturilor omului si reticenta la redistribuirea clasica a resurselor au perpetuat o situatie in care posibilitatea de a preveni si combate problemele de sanatate mintala a fost pana in prezent ignorata.

Depasirea acestor provocari necesita o strategie multi-dimensionala. Analizele economice cu privire la eficienta din punct de vedere al costului a interventiilor poate juca un rol in aceasta strategie. O asemenea analiza trebuie sa ia in calcul mai multe tipuri de interventii, nelimitandu-se doar la cele care abordeaza indepartarea simptomelor; este necesara o mai buna intelegere a sistemului de sanatate (vag definit) si a contextului cultural si socio-economic in care vor fi promovate aceste masuri de interventie. Analiza economica trebuie sa propuna strategii care se adreseaza si altor factori de risc pentru tulburarile de sanatate mintale, cum ar fi saracia, lipsa

posibilitatilor de creditate si intreruperea scolarizarii. Strategiile eficiente vor avea beneficii care depasesc sanatatea mintala, si de aceea colaborarea cu alte servicii de sanatate este benefica, cum ar fi de exemplu cazul bolilor contagioase.

Analiza procesului de implementare are un potential benefic. In tarile unde divizia de sanatate mintala a guvernului este deficitara si unde sanatatea mintala are o prioritate scazuta, ONG-urile pot juca un rol vital. Daca unele dintre beneficiile unui parteneriat cu ONG-urile pot fi evaluate mai sistematic, acest lucru ar putea ajuta la argumentarea in favoarea investitiilor in sistemul de sanatate mintala. Agentiile internationale s-au concentrat indelung, cu un oarecare succes, asupra malariei, tuberculozei, HIV/SIDA si a sanatatii mamei si copilului. Oare ce face mai dificila sau diferita abordarea problemelor de sanatate mintala in cadrul aceleiasi comunitati sau de multe ori in cadrul aceleiasi familii? Experienta acumulata de ONG-uri, precum Basic Needs, indica faptul ca si cele mai modeste resurse pot avea un impact, sugerand astfel ca neglijarea persoanelor cu tulburari mintale din tarile cu venituri scazute nu este insurmontabila, cum este uneori dedus la nivel inalt.

Probabil diferenta majora dintre afectiunile mintale si alte probleme de sanatate este prejudecata ca cea dintai are o prioritate scazuta datorita riscului vital mai scazut. Cel mai frecvent sanatatea mintala capteaza atentia autoritatilor in urma unei calamitati, cum a fost tsunami-ul asiatic sau in urma unui eveniment local major, cum a fost incendiul din Erawadi, India. Acesta din urma a dus la decesul a 25 de persoane legate cu lanturi in interiorul unui sanatoriu de psihiatrie. O comisie ulterioara a impulsionat crearea unor directive si initiative in cazul sanatatii mintale, de catre stat si organizatiile guvernamentale, ONG-uri, si chiar de curtea suprema din India. Dar odata cu trecerea timpului devine din ce in ce mai usor ca prioritatea sanatatii mintale sa scada. De aceea, pentru a transforma intr-o prioritate sistemul de sanatate mintala, devine imperioasa transmiterea mesajului ca investitia in acest domeniu poate genera beneficii economice si cresterea nivelului de trai. Aceasta tinta nu este usor de atins, atata timp cat combaterea piedicilor din sistem incepe chiar de la invingerea propriilor prejudecati.

Bibliografie

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. European Commission. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.
3. World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health Organization, 2005.
4. Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. World Psychiatry 2006;5:113-7.
5. President's New Freedom Commission on Mental Health. Achiving the promise: transforming mental health care in America. Rock-ville: President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003.
6. New Zealand Ministry of Health. Te Tahuu - Improving mental health 2005 - 2015: the second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: New Zealand Ministry of Health. 2005.
7. Saraceno B. The WHO's mental health response to the Asian tsunami. World Psychiatry 2005;4:66-7.
8. Murray C. Lopez A. The global burden of disease. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and the World Bank, 1996.
9. Gureje O, Olley BO, Ephraim-Oluwanuga O et al. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? World Psychiatry 2006;5:104-7.
10. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S et al. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. Br J Psychiatry 2006;189:547-55.
11. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001;178:228-33.
12. Patel V, Araya R, de Lima M et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. Soc Sci Med 1999; 49:1461-71.
13. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. Lancet 2007;370:859-77.
14. Cournois F, McKinnon K, Wainberg M. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS? World Psychiatry 2005;4:135-41.

15. Collins PY, Holman AR, Freeman MC et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS* 2006;20:1571-82.
16. Kirigia JM, Sambo LG. Cost of mental and behavioural disorders in Kenya. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003;2:7.
17. World Bank. Kenya data profile. Washington: World Bank, 2007.
18. Grover S, Avasthi A, Chakrabarti S et al. Cost of care of schizophrenia: a study of Indian out-patient attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:54-63.
19. Srinivasa Murthy R, Kishore Kumar KV, Chisholm D et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Pschol Med* 2005;35:341-51.
20. Shibre T, Kebede D, Alem A et al. Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society - rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:27-34.
21. Nyati Z, Sebit MB. Burden of mental illness on family members, care-givers and the community. *East Afr Med J* 2002;79:206-9.
22. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. *Am J Psychiatry* 2006;163:1312-5.
23. Knapp M, Simon J, Percudani M et al. Economics of schizophrenia: a review. In: Maj M, Sartorius N (eds). *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 2002:407-54.
24. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;2:297-93.
25. Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005;84:1-13.
26. Romeo R, Byford S, Knapp M. Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:919-30.
27. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S et al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet* 2003;361:33-9.
28. Araya R, Flynn T, Rojas G et al. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006;163:1379-87.
29. Chisholm D, Sekar K, Kumar KK et al. Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry* 2000;176:581-8.
30. Gillis LS, Koch A, Joyi M. The value and cost-effectiveness of a home-visiting programme for psychiatric patients. *S Afr Med J* 1990; 77:309-10.
31. Gureje O, Chisholm D, Kola L et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 2007;6:42-8.
32. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006; 188:81-2.
33. Patel V, Kim YR. Contribution of low and middle income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002-2004. *Br J Psychiatry* 2007;190:77-8.
34. Soltani A, Moayyeri A, Raza M. Impediments to implementing evidence-based mental health in developing countries. *Evid Based Ment Health* 2004;7:64-6.
35. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Eff Resour Alloc* 2003;1:8.
36. Chisholm D, on behalf of WHO-CHOICE. Choosing cost effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry* 2005;4:36-44.
37. World Bank. World development report 1993. Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.
38. Whiteford H, Teeson M, Scheurer R et al. Responding to the burden of mental illness. Commission on Macroeconomics and Health, Paper 12. Washington: World Health Organization, 2001.

39. Bir A, Frank R. Mental illness and the labour market in developing countries. Commission on Macroeconomics and Health, Paper 6. Washington: World Health Organization, 2001.
40. Jenkins R. Supporting governments to adopt mental health policies. *World Psychiatry* 2003;2:14-9.
41. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:357-76.
42. Patel V. The need for treatment evidence for common mental disorders in developing countries. *Psychol Med* 2000;30:743-6.
43. Abas M, Mbengeranwa OL, Chagwedera IV et al. Primary care services for depression in Harare, Zimbabwe. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11:157-65.
44. Nasir LS, Al-Qutob R. Barriers to the diagnosis and treatment of depression in Jordan. A nationwide qualitative study. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:125-31.
45. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atls 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
46. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.
47. Gureje O, Lasebikan VO. Use of mental health services in a developing country. Results from a Nigerian survey of mental health and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:44-9.
48. Leitaó RJ, Ferraz MB, Chaves AC et al. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of Sao Paulo. *Rev Saude Publica* 2006;40:304-9.
49. World Trade Organization and World Health Organization. WTO agreements and public health. Geneva: World Trade Organization, 2002.
50. Correa CM. Implications of bilateral free trade agreements on access to medicines. *Bull World Health Organ* 2006;84:399-404.
51. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: a study of the suicide epidemic in the 1990s. *European Economic Review* 2001;45:1007-19.
52. Dixon A, McDaid D, Knapp M et al. Financing mental health services in low and middle income countries: equity and efficiency concerns. *Health Policy and Planning* 2006;21:171-82.
53. Knapp M, Funk M, Curran C et al. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy and Planning* 2006;21:171-82.
54. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.
55. National Sample Survey Organization. Migration in India. 1999-2000. New Delhi: Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India, 2001.
56. Abas M, Broadhead J. Mental disorders in the developing world. *BMJ* 1994;308:1052-3.
57. McDaid D, Samyshkin Y, Jenkins R et al. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy* 2006;79:144-52.
58. Mayeya J, Chazulwa R, Mayeya PN et al. Zambia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:63-72.
59. Gilbert J. UK NGOs and international mental health: an exploratory review, www.janegilbert.co.uk. 2005.
60. Njenga F. Challenges of balanced care in Africa. *World Psychiatry* 2002;1:96-8.
61. Kendall J, Knapp M, Forder J. Social care and the nonprofit sector in the western developed world. In: Powell W, Steinberg R (eds). *The non-profit sector research handbook*, 2nd ed. New Haven: Yale University Press, 2006:415-31.
62. Sanchez SH, Katz CL. International disaster mental health services: a survey. *Psychiatr Serv* 2006;57:420-1.
63. Cutler P, Hayward R. Stakeholder involvement: a challenge for intergovernmental

organisations. J Publ Ment Health 2006:5:14-7.

Articol preluat din *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 79 – 86. Copyright WPA pentru Revista Română de Psihiatrie. Traducere din limba engleză de Claudia Damian, Dan Prelipceanu.

Paper translated in Romanian from *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 79 – 86 by Claudia Damian and Dan Prelipceanu. Copyright WPA for Romanian J. of Psychiatry, III, vol. XI, 1 – 2, 2009.

PAȘI NECESARI, PROVOCARI SI LECTII IN DEZVOLTAREA SERVICIILOR COMUNITARE DE SANATATE MINTALA

GRAHAM THORNICROFT¹, MICHELE TANELLA², ANN LAW³

1. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK
2. Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy

Aceasta lucrare face un sumar al propriei experiente acumulate din dezvoltarea serviciilor comunitare de sanatate mintala din Anglia si Italia in ultimii 20-30 de ani. Concluzia provizorie a fost aceea ca urmatoarele aspecte reprezinta un punct de referinta in dezvoltarea echilibrata a serviciilor de sanatate mintala: a) serviciile trebuie sa reflecte prioritatile beneficiarilor si familiilor acestora; b) dovezile au evidentiat necesitatea atat a spitalelor cat si a serviciilor comunitare; c) serviciile trebuie localizate in apropierea locuintei beneficiarului; d) unele servicii trebuie sa fie mai mult mobile decat statice; e) interventiile trebuie sa se adreseze atat simptomatologiei cat si dizabilitatilor; si f) tratamentul trebuie sa intampine nevoile individuale. In aceasta lucrare vom lua in considerare zece provocari esentiale pe care le infrunta aceia care incearca sa dezvolte servicii comunitare de sanatate mintala: a) infruntarea anxietatii si a incertitudinii; b) compensarea unei posibile lipse structurale in serviciile comunitare; c) capacitatea de a initia noi cai de dezvoltare; d) infruntarea rigiditatii in calea schimbarii sistemului de sanatate mintala; e) confruntarea atitudinii ofensive a vecinilor; f) depasirea obstacolelor financiare; g) eludarea rigiditatilor din sistem; h) depasirea unor granite si bariere; i) sustinerea morala a personalului; si j) crearea unor servicii adaptate local, mai degraba decat aplicarea unor solutii importate.

Cuvinte cheie: ingrijire comunitara, servicii comunitare de sanatate mintala, servicii psihiatrice

(World Psychiatry 2008;7:87-92)

Trei elemente pot ghida imbunatatirea serviciilor de sanatate mintala: etica, argumentele si experienta (1). Din punctul nostru de vedere, in procesul de planificare a unor servicii comunitare de sanatate mintala, este de intaietate stabilirea principiilor care sa ghideze dezvoltarea noilor servicii. Asemenea principii pot fi utilizate intr-un model triunghiular, in care etica se combina in mod direct atat cu argumentarea cat si cu experienta pentru a produce o strategie de schimbare cat mai solida.

In aceasta lucrare vom prezenta aspecte esentiale care iau nastere din experienta clinica de zi cu zi, utile dumneavoastra in cazul unei mai bune implementari a sistemului de sanatate. De aceea vom lua in discutie doar unul dintre cele trei puncte cheie amintite anterior si anume experienta clinica, care este arareori regasita in literatura de specialitate. Astfel ne vom organiza cele mai importante descoperiri, in functie de 10 provocari esentiale, care sunt frecvent intalnite de cei care incearca imbunatatirea sistemului. Punctul nostru de plecare in redactarea acestei lucrari il reprezinta experienta acumulata din dezvoltarea serviciilor comunitare de sanatate mintala in Anglia si Italia in ultimii 20-30 de ani.

Concluzii bazate pe experienta

Din experienta personala, am concluzionat anterior ca urmatoarele aspecte reprezinta un punct esential in dezvoltarea echilibrata a serviciilor de sanatate mintala (2): a) serviciile trebuie sa reflecte nevoile beneficiarilor si familiilor acestora; b) dovezile au evidentiat necesitatea atat a spitalelor, cat si a serviciilor comunitare; c) serviciile trebuie localizate in apropierea locuintei beneficiarului; d) unele servicii trebuie sa fie mai mult mobile decat statice; e) interventiile trebuie

sa se adreseze atat simptomatologiei, cat si dizabilitatilor; si f) tratamentul trebuie sa intampine nevoile individuale.

Dezvoltarea multilaterala a unor servicii generale pentru sanatatea mintala a adultului

In contextul larg de dezvoltare trasat de aceste directii, vom discuta urmatoarele categorii de servicii de ingrijire, care sunt necesare pentru o dezvoltare multilaterala. Am stabilit ca sunt 5 categorii principale de servicii de sanatate mintala, toate asigurand o paleta larga de servicii locale (2): a) sistemul ambulatoriu/pacienti tratati in ambulator; b) echipe de specialisti in sanatatea mintala; c) facilitati pentru tratamentul si ingrijirea urgentelor psihiatrice; d) existenta unor institutii de ingrijire pe termen lung a pacientilor; e) reabilitarea si reincadrarea profesionala.

Pe langa aceste categorii de baza poate fi necesara si dezvoltarea unor variante, sau chiar a unor forme diferite de suport, care sa fie administrate de catre beneficiari, de exemplu, servicii sociale, reprezentanti legali sau grupuri de ajutor reciproc (3). Din punct de vedere pragmatic, in perioada de tranzitie (4), se poate incepe desfiintarea sanatoriilor de ingrijire pe termen lung, nefiind necesara inradacinarea noilor forme de servicii de sanatate mintala. Cel mai frecvent aceasta abordare este aproape imposibila, deoarece principala sau chiar unica sursa de finantare a serviciilor comunitare provine tocmai din inchiderea treptata a acestor institutii de ingrijire pe termen lung (5).

Deseori exista o dilema intre a investi in institutiile de ingrijire pe termen lung sau de a dezvolta serviciile non-spitalicesti. Cel mai frecvent aceasta dilema isi are rezolvarea in functie de contextul local, dar in general este important sa transferam progresiv o mare parte a bugetului alocat domeniului de sanatate mintala, in multe cazuri aproape tot bugetul, catre serviciile de ingrijire comunitara, intre timp insa incercandu-se totusi obtinerea unei ingrijiri adecvate in cadrul institutiilor de ingrijire pe termen lung. Si in acest context trebuie sa existe un echilibru: transferul rapid de resurse poate produce servicii clinice noi instabile si confuze, care nu pot asigura o ingrijire complexa, in special a pacientilor cronici.; un proces lent poate fi o piedica in calea schimbarii.

Pe perioada tranzitiei, transferul investitiilor de la institutiile spitalicesti catre sistemul comunitar trebuie sa puna accentul pe instruirea personalului medical, mai degraba decat sa puna accentul pe conditiile materiale. Avantajul scontat este acela ca personalul medical va avea o abordare profesionista indiferent de conditiile locului de munca.

FACTORII DE DECIZIE

Din punctul nostru de vedere, serviciile de sanatate mintala pot fi dezvoltate printr-o conlucrare a tuturor factorilor decizionali (6-8), inclusiv: a) beneficiarii de servicii; b) familiile beneficiarilor; c) personalul medical (specializat/medicii de familie); d) alti furnizori de servicii (ONG-uri); e) factorii de decizie politica; f) grupuri de pledoarie; g) planificatori.

Este necesar sa ne asiguram ca anumite grupuri care nu au puterea sa isi reprezinte propriile interese, sunt luate in mod echitabil in calcul in planificarea serviciilor, cum ar fi exemplu, grupurile de beneficiari recent formate (9). Ce poate fi facut in cazul in care pozitile de decizie nu sunt ocupate? In acest caz este necesara o strategie pe termen lung in vederea directionarii investitiilor financiare catre initierea si dezvoltarea serviciilor pentru beneficiari si familiile acestora.

ZECE PROVOCARI CHEIE

In experienta noastra de pana acum in dezvoltarea serviciilor comunitare de sanatate mintala, am identificat zece provocari majore ce privesc personalul de specialitate. Vom prezenta analiza fiecarui aspect.

Provocarea nr. 1. Anxietatea si nesiguranta

Crearea de servicii noi da nastere unor incertitudini legate de viitor. De obicei, este utila stabilirea unor garantii, ca de exemplu, siguranta locului de munca. Este de preferat sa existe o parte a personalului care sa aleaga sa lucreze intr-un spital tinand cont de nevoia permanenta a acestor servicii. Sefii de departamente pot ajuta personalul prin asumarea unor riscuri si prin permiterea unor greseli, atata timp cat fac parte dintr-un proces de invatare si adaptare.

Desi siguranta locului de munca este foarte importanta, daca este posibila, de exemplu, in tarile cu venituri mici, in care exista o lipsa acuta de personal, de-a lungul negocierilor cu sindicatele acest aspect nici macar nu a ajuns sa fie luat in discutie. De asemenea, daca organizatiile care ofera aceste servicii pot garanta suport personalului, cum ar fi scaderea riscurilor, in acest caz se poate oferi un context clar pentru a creste increderea acestora (Tabelul 1).¹

Provocarea nr. 2. Lipsa organizarii in structurile comunitare

Schimbarea structurii acestor servicii si aparitia unor centre mai mici aflate in alte zone decat cele deservite de un spital de specialitate, risca sa deterioreze obiceiuri si structuri deja existente. Unul dintre aspectele pozitive ale acestor obiceiuri este reducerea anxietatii, si datorita acestui aspect in perioada de tranzitie poate fi necesara o organizare mai stricta decat in mod normal, ce include grupuri de suport pentru personalul medical, comunicare permanenta intre angajati si manager, existenta unor reguli si proceduri de referinta.

In perioada imediat urmatoare angajarii in cadrul unui centru comunitar de sanatate mintala, personalul se poate confrunta cu o stare anxioasa, datorita procedurilor si regulilor diferite fata de cele specifice institutiilor spitalicesti clasice. In perioada de tranzitie, cel putin pana la consolidarea centrelor comunitare, poate fi util, in mod deliberat, sa se impuna o structura mai ampla care sa diminueze anxietatea personalului (ca de exemplu sedinte de control atat la nivel de grup cat si individual, revizuirea regulata a cazurilor clinice, controale de audit frecvente sau metode de autoevaluare care sa analizeze gradul de performanta a personalului medical).

Provocarea nr. 3. Cum initiem noi planuri de dezvoltare?

Cea mai frecventa provocare a factorilor de decizie la inceputul unui proces de reforma este dificultatea de a-si imagina cum ar putea sistemul de sanatate mintala sa se schimbe. Un prim pas important este vizitarea unui centru comunitar de sanatate mintala care fie se afla in perioada de tranzitie, fie la sfarsitul acesteia. Uneori este eficienta imprumutarea instrumentelor de baza ale acestor centre, cum ar fi orarul, metodele de evaluare, fisa postului sau metodele de operare. De-a lungul derularii planului de dezvoltare local, este importanta alocarea fiecarei sarcini unei persoane sau unui grup, stabilirea unui termen de predare, de exemplu urmatoarea sedinta de grup,

¹ Table 1 Prevederile fundatiei South London and Maudsley NHS asupra posibilelor riscuri.

Comitetul de conducere accepta ca staff-ul, beneficiarii si familiile acestora isi vor asuma decizii care vor implica anumite riscuri care nu pot fi prevazute sau carora nu li se pot identifica rezultatele. Luarea acestor decizii, de cele mai multe ori dificile, face parte din munca de zi cu zi. Comitetul de conducere sustine in totalitate personalul in luarea acestor decizii cu conditia de a fi trasi la raspundere in concordanta cu principiile de conduita profesionala.

Modalitati de asumare a riscurilor:

- utilizarea metodei de abordare a programelor de ingrijire (managementul de caz si programul de ingrijire); planificarea situatiilor de criza si a celor neprevazute poate face fata unei situatii cu risc crescut si poate stabili un grad bun de comunicare
- deciziile cu grad mare de risc trebuiesc analizate de catre toti membrii cu rol decizional dintr-o echipa
- aprobarea deciziilor de catre toata echipa
- solicitarea ajutorului de specialitate
- solicitarea informatiilor juridice
- documentarea minutioasa a etapelor parcurse in luarea unei decizii si a alternativelor existente, aceasta documentare putand justifica in orice moment deciziile luate.

la care se va evalua gradul de completare a sarcinilor. Personalul trebuie informat de faptul ca modul si gradul de indeplinire a sarcinilor se poate rasfrange si in modul de salarizare.

Prima problema a personalului medical experimentat in practica spitaliceasca este reticenta fata de schimbarea stilului de lucru. O metoda utila este vizitarea unor centre comunitare apropiate care au demarat recent planul de dezvoltare. Aceste vizite pot fi benefice, deoarece se pot observa punerea in practica a ideilor, posibilitatile existente si aspectele specifice, care ulterior pot fi puse in practica pe plan local (ca exemple putem aminti rotatia personalului, documentele de operare, fisa postului).

Provocarea nr. 4. Cum putem combate reticenta din sistemul de sanatate mintala ?

Frecvent vor exista pareri diferite din partea personalului despre schimbarea sistemului de sanatate. Acestea trebuiesc luate in considerare printr-un proces de consultare pe scară largă, cu grupuri de planificare. Crearea unei punti intre propunerile locale si cele general acceptate, cum sunt declaratiile Organizatiei Mondiale a Sanatatii, poate plasa centrul dvs intr-un context mai larg, si poate da un sens inevitabilitatii schimbarii.

O parte a personalului va fi precauta in fata schimbarilor pe scara larga ale sistemului. Personalul poate avea impresia ca la baza acestor transformari stau rationamente de reducere a costurilor, sau ca ele vor duce la cresterea riscului de neglijare a persoanelor cu dizabilitati mintale. Astfel de preocupari rezonabile trebuiesc abordate direct, prin enumerarea avantajelor noului model. Modificarile de buget trebuiesc justificate. Cu toate acestea, in pofida discutiilor si argumentelor aduse in favoarea noului sistem, o parte a personalului va dori sa ramana incadrata in sistemul clasic cu pacienti internati. In modelul echilibrat de ingrijire pe care l-am prezentat anterior, am subliniat necesitatea persistentei institutiilor de ingrijire a urgentelor psihiatrice (limitate la numar) si necesarul de personal specializat in tratarea si ingrijirea acestora.

Provocarea nr. 5. Opozitia comunitatii

Intotdeauna vor exista rezerve sau chiar proteste fata de planurile de dezvoltare a centrelor comunitare din partea persoanelor ce locuiesc in aceeaasi zona. In prezent ne aflam in fata unei dileme intre a pastra confidentialitatea beneficiarilor si neinformarea vecinilor; si respectiv obtinerea suportului acestora, prin campanii de informare si consultare. Din punctul nostru de vedere implicarea vecinilor de-a lungul procesului de dezvoltare a serviciilor comunitare este benefica pe termen lung.

In mod frecvent propunerea de infiintare a unui astfel de proiect starneste opozitia comunitatii. Asta se intampla in principal datorita lipsei de informatii despre persoanele cu boli mintale, si datorita prejudecatii ca un astfel de centru va duce la cresterea nivelului de risc local, mai ales pentru copii. Cu toate acestea, o buna parte a personalului medical nu considera a fi necesara informarea anticipata a comunitatii cu privire la natura noului centru comunitar de sanatate mintala. Intr-adevar, aceasta abordare ar putea duce la scaderea marginalizarii persoanelor cu afectiuni mintale. Din pacate nu exista studii care sa argumenteze oricare dintre cele doua variante; in Anglia se obisnuieste ca fiecare comunitate in care se planifica aparitia unui centru sa fie in prealabil informata corespunzator (12), ori de cate ori este necesar organizandu-se intalniri care sa abordeze minutios fiecare problema ridicata de catre comunitate. Din punctul nostru de vedere, indiferent de momentul ales pentru informarea comunitatii si constientizarea specificului noului centru, este foarte important sa luam in considerare parerea comunitatii. Scopul final este de a ne asigura ca va exista o intelegere buna intre comunitate si beneficiari.

Provocarea nr. 6. Dificultati financiare

Cu toate ca multi factori de decizie, politicieni sau manageri, intrevad o reducere a costurilor de pe urma tranzitiei de la o institutie spitaliceasca catre centrele de ingrijire comunitara, din experienta multor tari s-a dovedit ca acest lucru este posibil numai prin diminuarea calitatii serviciilor. Este deci esential sa monitorizam cu mare atentie resursele alocate sistemului de sanatate mintala si sa ne asiguram ca nu apar pierderi misterioase de-a lungul procesului. Un aspect valoros care rezulta de pe urma trecerii de la un spital mare de psihiatrie catre un centru comunitar, este valoarea economica a cladirilor si terenurilor ocupate anterior de catre spital, fiind important de stabilit daca banii obtinuti din valorificarea acestora pot reveni centrelor comunitare, si pot fi utilizati pentru cresterea personalului si diverse facilitati. Pe cat de mult este posibil, incercati sa aveti un buget flexibil si sa colaborati cu alte agentii daca este in favoarea dumneavoastra.

Banii sunt esentiali pentru sistemul de sanatate mintala. Scopul crearii unui echilibru intre spitale si centrele comunitare **nu este** de a reduce bugetul sanatatii mintale, ci mai degraba de a oferi cele mai bune servicii in baza bugetului existent. In tarile dezvoltate in care s-a realizat transferul pacientilor din institutii psihiatrice catre centrele comunitare, documentarea atenta a acestui proces a demonstrat ca nu apar modificari la nivel de buget (5). Intr-adevar, nu exista argumente care sa sustina costuri mai mici datorita centrelor comunitare fata de spitalele psihiatrice. Pe de alta parte, studiile nu sustin nici ideea clasica potrivit careia tratamentele in bloc efectuate in spitale ar fi mai eficiente din punct de vedere al costurilor (doar daca s-ar face rabat la calitate). In acelasi timp, aceste schimbari in sistem pot fi folosite ca o ocazie de reducere a bugetului.

Un aspect financiar important este acela ca toate resursele sistemului de sanatate mintala, de exemplu ale unei regiuni, sa fie identificate si protejate (uneori fiind denumite si „restrictionate”). Fara aceasta masura de siguranta se poate intampla frecvent ca o parte a bugetului pentru sanatatea mintala sa fie alocat altor departamente medicale sau chirurgicale. Profitul obtinut din valorificarea cladirilor si terenurilor care au apartinut vechilor spitale de psihiatrie, depinde de locatia, reputatia si starea lor, si cel mai des acesta nu poate fi folosit pentru alte servicii de sanatate mintala pe plan local.

Provocarea nr. 7. Rigiditatea din sistem

Printre caracteristicile importante ce tin de organizarea unui spital se numara ierarhia si rigiditatea procedurilor. Intr-un centru comunitar este posibila o structura mai flexibila in modul de utilizare a personalului. De exemplu, urmarirea unor persoane inalt calificate poate fi utila in dezvoltarea unor noi abilitati si functii. De aceea este util cateodata sa se organizeze sedinte comune intre doua organizatii de acelasi profil.

O problema frecventa care apare odata cu initierea serviciilor de ingrijire comunitara este ca sistemul financiar in care se lucreaza se bazeaza pe caracteristicile unui spital. De exemplu, rambursarea catre sistemul de sanatate mintala se face in functie de numarul de paturi ocupate. In acest caz stabilirea unei noi echipe comunitare de sanatate mintala poate fi dificila, deoarece nu s-a stabilit inca o metoda de decontare a cheltuielilor. Se impune crearea unor noi forme de plata, un proces care este insa de lunga durata, si de aceea in perioada de tranzitie flexibilitatea ambelor parti este necesara pentru a putea face ca noul sistem comunitar sa functioneze cu metodele de finantare deja existente. O zi de spitalizare poate fi decontata mai degraba in functie de numarul de persoane care sunt tratate la centru, decat de numarul celor care raman peste noapte. In timp ce aceasta abordare flexibila este utila pentru demararea unui centru comunitar, bazandu-se pe bunavointa factorilor de decizie, ramane vulnerabila schimbarilor de personal si inclinatiilor politice. Devine vitala elaborarea unor noi legi economice care sa acopere investitiile realizate in centrele comunitare.

Provocarea nr. 8. Limite si obstacole

Pe masura ce sistemul comunitar tinde sa devina mai complex decat predecesorul sau – sistemul spitalicesc, trebuie mentinuta o privire de ansamblu asupra intregului sistem de sanatate mintala. In ceea ce priveste echipele clinice, nu trebuie permisa stabilirea unor roluri individuale. Acestea trebuie sa comunice cu alte echipe clinice si sa stabileasca o abordare comuna a metodelor de ingrijire a pacientilor. Organizarea de intalniri frecvente si regulate intre managerii echipelor clinice care deservesc o anumita comunitate pare a fi o metoda eficienta de a stabili atributiile si responsabilitatile fiecaruia.

In general se intentioneaza dezvoltarea unui sistem de sanatate "unitar". Insa fiecare sistem va fi alcatuit din mai multe componente. Orice problema aparuta intre echipele din interiorul acestui sistem poate fi punctul de plecare pentru dispute sau disfunctionalitatea sistemului. De exemplu, pot aparea probleme de comunicare intre un pacient dintr-o sectie si o echipa de ingrijire comunitara. Trebuie dezvoltate metode care sa combata efectul distructiv al acestor frictiuni interioare. Printre aceste metode se numara schimbul de experienta (pe o perioada de o zi sau o saptamana), intre persoane cu aceeasi functie, dar membri ai unor echipe diferite. Alta metoda este elaborarea unor scheme de rotatie a personalului, astfel ca de exemplu doctorii si asistentele sa aiba un an sau doi de experienta de munca intr-un spital de psihiatrie si apoi intr-un centru comunitar. Ideea principala este de a promova sistemul ca un intreg, si ca fiecare angajat sa inteleaga perspectiva celor care deservesc alte sectoare ale aceluiasi intreg si sa promoveze spiritul de echipa in fata problemelor care tin de calitatea serviciilor.

Provocarea nr. 9. Sustinerea moralului personalului

Oriunde s-ar face o analiza se poate observa ca starea de spirit a personalului din sistemul sanitar este in generala una slaba. Pe deasupra, in perioadele de tranzitie poate aparea o demoralizare suplimentara, motiv pentru care managerii trebuie sa ia masuri speciale pentru a creste moralul angajatilor, cum ar fi impartasirea succeselor sau gasirea unor ocazii pentru a organiza petreceri.

Este universal recunoscut ca obtinerea si mentinerea unui moral ridicat al personalului sunt vitale pentru a avea un sistem de sanatate eficient, atat la nivel individual cat si la nivel de echipa, prin crearea unei reputatii de institutie moderna si profesionista. O alta posibilitate de a creste moralul unei echipe, este schimbul de experienta (eventual cu o echipa din alta tara). Astfel pot aparea o serie de avantaje cum ar fi: constientizarea faptului ca problemele aparute sunt universal valabile; imbunatatirea colaborarii intre membrii personalului; oportunitatea de a invata din experienta personala a celorlalti; rasplatirea personalului pentru angajamentul fata de sistem, uneori si dupa perioade indelungate. Cresterea moralului depinde si de diferentele culturale: uneori pot fi realizate petreceri, alteori, pentru a diminua anumite neintelegeri, este necesara stabilirea atenta a atributiilor de serviciu. Indiferent de situatie, managerul trebuie sa fie capabil sa evalueze starea de spirit a echipei sale si sa incerce sa o mentina la un nivel crescut.

Provocarea nr. 10. Care este raspunsul corect?

Nu exista nici un raspuns corect! Desi exista multe tipare si teorii despre sistemul comunitar de sanatate, acestea sunt simple sugestii care iti pot fi de ajutor atunci cand ai nevoie. Pastreaza cat mai multa flexibilitate in noul sistem, pentru ca se vor face greseli si vor trebui efectuate modificari pe parcurs. Cel mai important lucru care poate sa-ti confirme daca directia pe care o urmeaza serviciul tau este una corecta, este reactia beneficiarilor si a familiilor acestora, in functie de modul in care sunt satisfacute dorintele si necesitatile lor.

Este stiut faptul ca cei care initiaza procesul de schimbare in cadrul sistemului de sanatate mintala, cred ca cineva, undeva, cunoaste exact ceea ce trebuie facut. Din punctul nostru de vedere, fiecare centru trebuie sa gaseasca modalitatea proprie de a furniza cele mai bune servicii de sanatate mintala. Un indrumator esential poate fi feed-back-ul obtinut de la beneficiari si familiile acestora. Acesta se poate baza pe comentarii pozitive sau negative, sau poate fi obtinut prin efectuarea de chestionare care sa evalueze gradul de satisfactie al beneficiarilor. Inainte insa de a putea obtine feed-back-ul urmarit, centrele trebuie sa investeasca atat timp cat si bani pentru a se putea sustine. In timp, beneficiarii pot incerca alaturi de personal obtinerea de resurse suplimentare pentru sistemul de sanatate mintala si deseori politicienii pot fi mai usor impresionati si convinsi de persoane cu afectiuni mintale, decat de personalul specializat, pe care il poate banui de interese personale.

CONCLUZII

Care sunt lectiile pe care simtim ca ni le-am insusit si pe care altii le pot invata? Pentru inceput, faptul ca schimbarile temeinice ale sistemului, imbunatatirile de lunga durata, necesita timp. Unul dintre motive este acela ca personalul specializat trebuie sa fie convins ca aceasta schimbare va aduce imbunatatiri pentru pacienti, in timp ce scepticismul lor poate fi folosit pentru a amortiza schimbarile prea rapide si prea frecvente. Un alt motiv pentru a nu accelera schimbarea este acela ca pentru a avea succes este necesar ajutorul mai multor organizatii si agentii care trebuiesc identificate si introduse gradual cu fiecare etapa din procesul de tranzitie. Aceia care sunt sau se simt exclusi, e foarte probabil ca se vor opune schimbarii, si uneori cu succes. Mai mult decat atat, atunci cand schimbarea sistemului de sanatate mintala devine subiect de dezbatere politica, este necesar sa ne asiguram ca exista un consens asupra strategiei de sanatate mintala, astfel incat indiferent de schimbarile politice, legea sanatatii mintale sa nu sufere modificari. Bineinteles ca si acest proces poate fi de lunga durata.

De asemenea este nevoie de timp pentru a progresa de la faza incipienta a procesului de reforma pana la consolidarea lui. In primele etape ale acestui proces este necesara prezenta unui lider carismatic sau a unui grup restrans care sa promoveze ideile principale si sa obtina sustinere din partea factorilor de decizie si din partea acelor care pot influenta sistemul de sanatate. In tarile din Europa de Est, de exemplu, directorul medical/managerii spitalelor de psihiatrie vor supune la vot tema reformei (4). Dupa o serie de initiative, cum ar fi instituirea de centre medicale de zi in marile orase ale tarii, sistemul de sanatate mintala ar trebui sa sistematizeze aceste schimbari astfel incat sa fie durabile. Intr-o etapa ulterioara liderii infrunta noi provocari, cei mai de folos fiind insa aceia care reusesc cu rabdare sa fundamenteze noua organizare si sa stabileasca intelegeri viabile si de lunga durata. De exemplu, aceste personaje cunoscute mai putin publicului larg, vor supraveghea atent personalul, vor administra cladirile, vor organiza cursuri periodice de instruire a personalului, vor incerca sa identifice si sa rezolve problemele ce apar zi de zi prin organizarea de grupuri de lucru intre diferite agentii, vor participa la consultatii sau intalniri cu beneficiarii si cu rudele acestora, vor monitoriza ca sistemul sa functioneze in parametri normali in limita bugetului alocat.

In timp ce procesul de intretinere a noului sistem pare mai putin atractiv, de fapt acest proces este vital consolidarii si supravietuirii pe termen lung. De obicei aceasta atributie nu revine unui singur lider, ci mai degraba mai multor factori de decizie care trebuie sa coopereze pentru a asigura buna functionare a intregului sistem. Perfectionarea si implementarea cu succes a acestor decizii politice, are nevoie deseori de sustinere organizata si repetata prin coalizarea factorilor de decizie in vederea obtinerii de suficienta presiune politica, de exemplu pentru modernizarea legii sanatatii mintale. Un exemplu de organizare in timp, este modelul de tranzitie din Verona, Italia din ultimii 30 de ani, evidentiat de registrele locale, documentat inca din 1979 (13) (Figura 1). In timp ce numarul de paturi din spitale a scazut, numarul centrelor de ingrijire de o zi, al centrelor rezidentiale si al policlinicilor a crescut in mod constant de-a lungul anilor.

A doua concluzie este aceea ca trebuie luata in considerare experienta si perspectiva beneficiarilor si a familiilor acestora. Toti cei implicati trebuie sa tina cont de faptul ca scopul final

al serviciilor de sanatate mintala este de a imbunatati conditia persoanelor cu afectiuni mintale. De aceea este important sa se tina cont de beneficiari in planificarea tratamentului si metodelor de ingrijire, astfel facandu-se tranzitia de la un sistem traditionalist si foarte structurat, in care personalul medical lua toate deciziile in numele pacientului, la un sistem in care beneficiarii sunt implicati alaturi de personal. Se impune astfel reorientarea personalului, in sensul diminuarii gradului decizional asupra vietii pacientilor. De asemenea este necesar ca persoanele cu boli mintale sa-si poata exprima parerile si asteptarile pe care le au de la sistemul de ingrijire. La final acest lucru se poate dovedi a fi extrem de dificil, cum ar fi in cazul celor care au trait multi ani in institutii psihiatrice, unde parerile si preferintele lor au fost rar ascultate sau luate in considerare. Astfel de pacienti necesita sustinere pentru a reusi sa-si recunoasca si sa-si exprime punctele de vedere. Una dintre consecintele schimbarilor din sistem este aceea ca, desi pe de-o parte creste calitatea serviciilor furnizate, asteptarile beneficiarilor evolueaza mult mai rapid, paradoxal ducand la scaderea satisfactiei. Desi aceasta poate parea o critica adusa serviciilor oferite, ea sugereaza care sunt urmatoarele componente ale sistemului ce necesita imbunatatiri. Cu alte cuvinte beneficiarii sunt cei mai buni experti.

Cea de-a treia concluzie care ia nastere din aceasta privire de ansamblu este ca echipa manageriala trebuie sa fie extrem de abila in administrarea bugetului si ca trebuie sa fie constienta ca odata cu aceasta tranzitie apare riscul reducerii bugetului. Un buget fix este necesar, dar nu suficient, foarte importanta fiind flexibilitatea acestuia, pentru a se putea face redistributia banilor economisiti prin reducerea numarului de paturi catre serviciile comunitare. Atunci cand nu exista si nu este categoric mentinuta o limita clara a bugetului sanatatii mintale, apare riscul ca banii economisiti sa fie redistribuiti catre alte departamente ale sistemului de sanatate. De aici rezulta ca sunt necesare mecanisme financiare care sa asigure faptul ca acesti bani economisiti sunt distribuiti sistemului de ingrijire comunitara.

Bibliografie

1. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
3. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005;14:10-4.
4. Knapp M, McDavid D, Mossialos E et al (eds). *Mental health policy and practice across Europe*. Buckingham: Open University Press, 2007.
5. Knapp M, Beecham J, Anderson J et al. The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990;157:661-70.
6. Campbell SM, Shield T, Rogers A et al. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care* 2004;13:428-34.
7. Griffiths KM, Torm AF, Christensen H et al. Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:327-39.
8. Pescosolido BA, Wright ER, Kikuzawa S. "Stakeholder" attitudes over time toward the closing of a state hospital. *J Behav Health Serv Res* 1999;26:318-28.
9. Rose D. *Users' voices, the perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London: The Sainsbury Centre, 2001.
10. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1:84-90.
11. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
12. Reynolds A, Thornicroft G. *Managing mental health services*. Buckingham: Open University Press, 1999.

13. Tansella M. Community-based psychiatry. Long-term patterns of care in South Verona. Psychological Medicine Monograph Supplement 19. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

COMENTARII

Experienta isi spune cuvantul

RICARDO ARAYA

Academic Unit of Psychiatry, University of Bristol, Cotham House, Cotham Hill, Bristol BS6 6JL, UK

Thornicroft si colaboratorii ne impartasesc cunostintele si experienta acumulate de-a lungul a catorva decenii, in dezvoltarea sistemului de servicii comunitare de sanatate mintala, ei punand accentul pe utilizarea optima a experientei dobandite in acest proces. Intr-o perioada in care doar argumentele bazate pe studii complexe sunt cele luate in calcul, este reconfortant sa regasim intr-o lucrare experienta prezentata ca o resursa valoroasa.

Experienta, ca si un concept general, include cunostintele obtinute prin implicarea si expunerea la un anumit lucru. Aceasta abordare depaseste rigorile metodelor stiintifice uzitate pentru a obtine informatii, conform tendintelor actuale din lumea medicala. Constrangerile dovezilor stiintifice au contribuit la valorificarea experientei in procesul decizional. Dovezile stiintifice nu sunt insa fara de cusur, nu numai datorita lipsei de strictete, cat si datorita deprinderilor de interpretare a informatiilor publicate (1-3). Pe langa acest lucru, majoritatea dilemelor din lumea medicala raman inca nesolutionate, iar lucrari stiintifice care sa rezulte in urma dezvoltarii din domeniu sunt practic inexistente (4). Astfel experienta poate avea o aplicare mai larga in luarea deciziilor importante, mai ales acolo unde nu exista dovezi indubitabile. Fara tagada este necesara imbunatatirea metodelor de sistematizare a informatiilor obtinute in urma experientelor, astfel incat sa crestem valoarea acestora.

Serviciile de ingrijire primara nu sunt mentionate in mod explicit de Thornicroft si colaboratorii in lista sa de servicii care trebuiesc cuprinse de un sistem de sanatate mintala. Chiar daca autorii s-ar fi putut gandi la toate aceste servicii, referindu-se la sistemul ambulatoriu, ar fi mai indicat sa se sublinieze explicit importanta acestora. Potrivit acestor autori, directiile impuse de Organizatia Mondiala a Sanatatii pot fi folosite ca argumente solide pentru cei mai sceptici dintre noi. Margaret Chan, directorul general al OMS, a subliniat intr-un discurs recent tinut pentru a patra intalnire la nivel mondial al directorilor departamentelor regionale ale OMS, importanta intoarcerii catre sistemul primar de ingrijire, ca o componenta importanta in intarirea sistemului de sanatate in general.

Merita retinuta sugestia de a nu intarzia reducerea numarului de institutii de ingrijire pe termen lung, deoarece aceasta este principala sau poate singura metoda de finantare a sistemului de ingrijire comunitara. Este greu sa contrazici acest punct de vedere cu ajutorul argumentelor; cu toate acestea realitatea este mult mai complexa si deseori sfideaza ratiunea. Sa luam spre exemplu cazul Braziliei, o tara de dimensiuni mari, in care tocmai se desfasoara reforma serviciilor psihiatrice, unul din scopurile propuse fiind reducerea numarului de paturi din spitalele de psihiatrie (5). Exista o dezbatere aprinsa pe acest subiect, deoarece unii experti sustin ca economiile obtinute prin reducerea numarului de paturi nu sunt reinvestite in serviciile de sanatate mintala (6, 7). Deoarece cel mai frecvent destinatia resurselor economisite este nesigura, unele intarzieri sunt de preferat, pentru a defini cea mai buna metoda de distribuire a acestora. Procesul este de lunga durata si necesita o puternica sustinere politica din partea multor factori de decizie. De-a lungul lucrarii, autorii ne avertizeaza ca toate aceste schimbari necesita mult timp, aspect cu care sunt in consens

toti cei implicati in procesul de imbunatarire a serviciilor de sanatate mintala (8).

In acelasi timp autorii ne avertizeaza ca o tranzitie rapida a resurselor poate duce la crearea unui sistem instabil si confuz, incapabil sa ofere servicii de calitate. Gasim multe exemple de acest gen in tarile dezvoltate sau in curs de dezvoltare. De exemplu guvernul din Chile a implementat un program care garanteaza fiecarui cetatean care sufera de o tulburare depresiva, tratament adecvat si pe termen lung (4). Sistemul de asigurare privata de sanatate a trebuit sa adere la aceasta regula in mod obligatoriu. Una din consecintele acestei schimbari este ca multi psihiatri care lucrau in sectorul de stat s-au mutat in cel privat, care necesita mai multi profesionisti pentru a face fata cererii crescute.

Serviciile de stat, fiind astfel private de resurse, se chinuie sa supravietuiasca si sa ofere servicii de ingrijire adecvate.

Desi cred ca toata lumea este de accord cu participarea si implicarea beneficiarilor in luarea deciziilor si stabilirea prioritatilor, din experienta personala cred ca acest lucru este limitat in multe parti ale lumii. Deciziile sunt luate la nivel inalt, cu toate ca exista o oarecare implicare, deseori doar pentru a satisface principiul de "corectitudine politica". Autorii ne sfatuiesc sa incercam sa convingem guvernele sa finanteze implicarea cat mai multor beneficiari; nimeni nu trebuie sa aiba iluzia ca acest proces ar fi usor sau sau de scurta durata.

Cand este vorba de provocari, o parte din sugestii trebuiesc adaptate la contextul local pentru a putea fi aplicate. Unele sugestii, cum ar fi incercarile de a asigura populatia ca nu vor exista excese sunt imposibil de oferit in multe parti ale lumii. De asemenea diminuarea anxietatii prin intermediul „sedintelor de control atat la nivel de grup cat si individual, revizuirea regulata a cazurilor clinice, controale de audit frecvente sau metode de autoevaluare care sa analizeze gradul de performanta a personalului medical”, pot fi solutii greu de aplicat pentru cele mai multe dintre tarile sarace. Totusi ideea de baza pe care o extrag, este ca poate fi de real folos cresterea gradului de participare si de comunicare a tuturor celor implicati.

Un alt aspect interesant este la modul in care poate fi contracarata rezistenta care apare odata cu incercarea de reforma. Autorii accentueaza importanta discutiilor prealabile demararii reformei, care ar putea sa diminueze opozitia. Bineinteles ca aceasta tactica este rar uzitata, astfel incat opozitia apare ca o consecinta fireasca. As fi preferat ca autorii sa puna mai mult accent pe tacticile de convingere ale populatiei, decat sa dezbata metodele de combatere a rezistentei din sistem. Este de-a dreptul frustrant sa participi la intalniri consultative atunci cand simti ca deciziile sunt deja luate. Pe langa motivele sugerate de autori, am avut ocazia sa intalnesc persoane care se opun schimbarii pentru ca nu le serveste propriilor interese. De exemplu un manager care a investit ani de munca in dezvoltarea cu succes a unui spital, ar putea fi greu convins sa o ia de la capat. In aceasta situatie tacticile de contracarare a opozitiei sunt esentiale.

In timp ce lucrarea se bazeaza pe experienta autorilor, mai mult decat pe dovezi stiintifice, ar fi fost de preferat sa aflam mai multe despre metoda acestora in combaterea intereselor politice si financiare. Profitand de oportunitatile politice sau formand aliante cu jucatorii puternici din viata politica, se pot crea avantaje importante in implementarea schimbarii sistemului in anumite parti ale lumii. Aceste schimbari pot aduce mici avantaje politice sau repositionari de forte pe esichierul politic. Astfel, as fi preferat sa aflu mai multe despre influenta mass-mediei si folosirea scandalurilor publice pentru implementarea mai facila a schimbarii. In multe parti ale lumii publicarea in ziare a unor poze privind incalcarile abuzive ale drepturilor omului ar fi putut avea o contributie mai mare la imbunatatirea serviciilor de sanatate mintala comparativ cu orice alta dizertatie referitor la astfel de situatii. De exemplu, acceptarea in cadrul Uniunii Europene a multor tari a fost conditionata de incetarea abuzurilor de acest fel. Nu in ultimul rand, pe lista doleantelor mele s-ar include intr-o vitoare editie a lucrarii si o prezentare a importantei si a rolurilor avute de lideri in procesul de dezvoltare, imbunatatire si implementare a procesului de tranzitie a sistemului de sanatate. Autorii acestei lucrari sunt lideri avizati in domeniu si pot contribui esential prin experienta pe care o au.

Intr-adevar, spatiul este limitat, si faptul ca o asa mare experienta profesionala, plina de intelepciunea obtinuta in urma unei vietii dedicate acestui domeniu, a fost concentrata intr-o astfel

de lucru, merita toata lauda. Este reconfortanta parcurgerea acestei lucrari care valorifica intr-atat experienta, uneori trecuta cu vederea, dar deseori singurul ajutor existent pentru a putea lua decizii importante in anumite parti ale lumii, unde argumentele palpabile inca raman la nivel de deziderat.

Bibliografie

1. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005;2:e124.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
3. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
4. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low income and middle income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.
5. Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude/DAPE. Saude Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanca do modelo de atencao. Relatorio de Gestao 2003-2006. Brazilia: Ministerio de Saude, 2007.
6. Andreoli S, Almeida-Filho N, Martin D et al. E a reform psiquiatrica uma estrategia para reduzir o orcamento da saude mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:43-6.
7. Gentil V. More for the same? *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:188-9.
8. Berwick D. Lessons from developing nations on improving health care. *BMJ* 2004; 328:1124-9.

Contexte diferite, obstacole variate

RICHARD WARNER

Department of Psychiatry, University of Colorado, Denver, Colorado, USA

Articolul lui Thornicroft si colab. despre provocarile cu care ne putem confrunta in procesul de imbunatatire a serviciilor de sanatate mintala, pune accentul pe problemele personalului specializat - anxietatea acestuia in fata schimbarii, ingrijorarea personalului legata de lipsa de structura a centrelor comunitare, dificultatea de a vizualiza etapele urmatoare, opozitia fata de schimbare, rigiditatea personalului, dar si pe crearea barierelor intre echipe si a scaderii moralului. Doar trei dintre cele 10 aspecte prezentate de autori abordeaza probleme care nu sunt legate de personal: opozitia persoanelor aflate in vecinatatea locatiilor ce urmeaza a fi folosite ca centre comunitare, lipsa de consistenta a angajamentelor politicianilor si necesitatea existentei feedback-ului din partea beneficiarilor. Insa aceasta nu este paleta obisnuita de probleme cu care se confrunta promotorii acestor programe in Statele Unite ale Americii. Managerii americani se confrunta cu provocari legate in special de structura impusa de Guvern si de industria asigurarilor de sanatate.

Provocarile la nivel european rezulta din alte surse care nu se regasesc in Statele Unite ale Americii. In primul rand pentru ca in SUA sistemul institutiilor psihiatrice a fost distrus aproape in totalitate in anii 60 si 70 inainte ca sistemul comunitar de sanatate mintala sa fie temeinic fundamentat, si o mica parte a personalului calificat s-a transferat catre noul sistem. Ca urmare, personalul centrelor comunitare nu era format din cadre medicale experimentate anterior intr-un spital, ci mai degraba de asistenti sociali si psihologi fara experienta medicala. De aceea, necesitatea reinstruirii personalului nu a fost atat de acuta ca in Europa, unde procesul de desinstitutionalizare s-a produs intr-un ritm mai lent si personalul specializat a fost transferat dintr-o parte a sistemului de ingrijire intr-alta. In al doilea rand, in opozitie cu realitatea din Marea Britanie si Italia, forta de munca din sistemul de sanatate mintala nu este unificata si ingrijorarile personalului nu au fost tratate cu aceeasi seriozitate ca in Europa. Nu in ultimul rand, organizatiile de sanatate mintala nu au sustinere guvernamentala, ci sunt entitati independente non-profit. Astfel, nu exista constrangeri guvernamentale referitoare la personal si modalitati remuneratorii, si pot fi mult mai maleabili cand vine vorba de angajari/disponibilizari de personal, de cursuri de instruire si de stimulente/sisteme de bonificare/recompensare. Multe dintre aceste organizatii au putut dezvolta o structura

administrativa plata cu putine trepte ierarhice intre personalul specializat si directorii de agentii, acest tip de organizare sporind comunicarea si reducand problemele legate de starea de spirit a angajatilor.

In comparatie cu cele de mai sus, in Statele Unite dezvoltatorii acestor programe s-au confruntat cu o alta problema majora, si anume fragmentarea sistemului. A aparut o diferenta majora de organizare, finantare si furnizare de servicii intre statele americane, neexistand politici guvernamentale la nivel national. Sursele de finantare sunt disipate, existand cel putin 42 de programe federale diferite care asista financiar persoanele cu tulburari mintale severe, multe dintre ele nefiind initial destinate acestui segment din populatie. Aceste programe au fost slab administrate de catre stat si la nivel local ducand la o lipsa de coordonare a sanatatii in general, a sanatatii mintale, a planului profesional, a locuintelor si altor servicii (1). Eforturile de a coordona aceste servicii in mod eficient printr-un sistem centralizat de sanatate mintala au ramas fara succes.

Trebuie totusi subliniat ca aceasta segmentare a sistemului poate oferi si oportunitati intreprinzatoare si inovatoare, care sunt rar posibile in Europa. Acolo unde managerii sunt eficienti in a combina resursele financiare si a crea relatii bune de colaborare cu alte organizatii, se pot furniza pachete de servicii excelente. Pe de alta parte, atunci cand managerii nu sunt suficient de abili, nu exista nici sistem centralizat care sa poate compensa. In consecinta, calitatea serviciilor oferite poate varia dramatic de la o regiune la alta.

Fragmentarea sistemului rezulta pe de alta parte si datorita modalitatilor multiple de a obtine ingrijire medicala. Un pacient poate fi consultat in camera de primiri urgente a unui spital si sa i se refuze tratamentul, dar poate fi consultat intr-un alt spital unde sa i se ofere tratament de specialitate. Intr-o anumita situatie pacientul poate fi tratat intr-un spital, iar in alta situatie in alt spital, legea confidentialitatii ingreunand schimbul de informatii despre pacient de la un spital la altul. Odata externat din spital, apar multe dificultati in a localiza un centru comunitar local care sa asigure o ingrijire permanenta pentru pacient.

O a doua provocare in Statele Unite ale Americii este reprezentata de competitia intre diferite sisteme de ingrijire. Programele guvernamentale si cele private de asigurare impun un anumit model de ingrijire care solicita dovezi ca tratamentul medical este necesar, inainte ca finantarea sa fie aprobata - un standard care de obicei exclude rambursarea banilor pentru reabilitarea profesionala si psihosociala.

O a treia provocare este reprezentata de colaborarea dintre diferite organizatii. Este dificil sa se structureze programe de colaborare intre organizatii comunitare care sa vina in ajutorul unei anumite categorii sociale cu risc. De exemplu, copiii si adolescentii care risca sa fie plasati in afara mediului familial (in centre de plasament sau in centre de detentie juvenila) pot fi cel mai bine ajutati prin colaborarea dintre programele pentru sanatate mintala, sistemul de justitie si serviciile de asistenta sociala. Administrarea si finantarea acestor numeroase organizatii este discreta, facand astfel dificila colaborarea si impartirea fondurilor(3). Birocratia la nivel statal pentru o entitate cum este corectia juvenila, poate sa nu fie capabila sa se adapteze initiativei de colaborare la nivel regional. In plus, lipsa de contiguitate intre regiuni pentru fortarea implementarii legilor de sanatate, asistenta sociala si administrare locala poate reprezenta o problema majora. Cooperarea dintre politie si serviciile de urgenta psihiatrice, reprezinta o alta latura in care furnizarea optima de servicii pentru cei cu afectiuni acute, lasa mult de dorit.

Este evident ca provocarile cu care se confrunta dezvoltatorii acestor programe sunt legate direct de contextul in care acestea apar, o observatie care sublinieaza una din concluziile lui Thornicroft si colab. : este putin probabil ca cineva sa gaseasca solutii corecte pentru propriul sistem de servicii prin vizitarea altor parti indepartate ale lumii.

Bibliografie

1. Gold PB, Glynn SM, Mueser KT. Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs. *Evaluation and health Professions* 2006;29:195-218.
2. Goldman HH, Morrissey JP, Rosenheck RA et al. Lessons from the evaluation of the ACCESS

program. Psychiatric Serv 2002;53:967-9.

3. President's New Freedom Commission on Mental Health. Goal 2 – Mental health care is consumer and family driven. www.mentalhealthcommission.gov/reports/finalreport/full-report-03.htm.

De ce serviciile psihiatrice se imbunatatesc, dar arată din ce în ce mai rău.

BRUCE SINGH, DAVID CASTLE

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Parkville, 3010 Victoria, Australia

Thornicroft și colab. au adus un serviciu sistemului de sănătate mintală la nivel mondial prin sumarizarea experiențelor combinate în dezvoltarea sistemelor de sănătate mintală comunitare desfășurate în Anglia și Italia în ultimii 30 de ani. Obstacolele pe care le-au identificat explică de ce reforma în sistemul de sănătate mintală este deseori fragmentată și incompletă, uneori creând senzația de o mai mare lipsă de unitate a acestuia, chiar în raport cu situația de dinaintea perioadei de tranziție. Acesta este cazul Australiei, unde reforma în sistemul de sănătate mintală, deși s-a desfășurat într-un consens național articulat, a fost în mod diferit implementată la nivelul fiecărei jurisdicții, existând disonanțe până și în interiorul unei jurisdicții, despre modul de furnizare a serviciilor de sănătate mintală.

În Australia, statul Victoria a realizat cea mai rapidă și clară restructurare a serviciilor de sănătate mintală, închizând toate spitalele de psihiatrie în anii 1990. Aceasta desinstitutionalizare rapidă a avut un succes enorm în comutarea serviciilor de sănătate mintală în comunitate, împreună cu redirectionarea resurselor. De exemplu, între 1993 și 2003, cheltuielile datorită pacienților internați în spitalele din Victoria au fost diminuate cu 184 milioane de dolari australieni, cu o creștere a fondurilor pentru serviciile comunitare de sănătate mintală de 323 milioane dolari australieni (2). Fiecare centru comunitar localizat într-o zonă urbană oferă servicii de sănătate mintală pentru aproximativ 250.000 de persoane. Fiecare centru are un număr redus de paturi pentru pacienții cu afecțiuni acute (aproximativ 20, cu o durată a internării în medie de 10-14 zile), pe care le folosește împreună cu un spital general, în același timp având acces și la un număr de 20 de paturi în instituții de îngrijire continuă pentru situațiile care necesită reabilitare pe termen mai lung (durată de internare între 3 luni și 2 ani) și numeroase alte facilități asigurate de/in colaborare cu organizațiile non-guvernamentale. Serviciile comunitare de sănătate sunt organizate în mod uniform, fiind formate din echipe de intervenție pentru cazuri de urgență, echipe care asigură îngrijire continuă și echipe mobile care asigură suport și tratament interdisciplinar.

Astfel, atât din punct de vedere al resurselor financiare, cât și al personalului specializat și al serviciilor furnizate, Victoria a oferit un exemplu de implementare a sistemului de îngrijire a sănătății mintale în cadrul comunității. Totuși suntem uimiți de discordanța între părerea multor profesioniști din domeniu care consideră că această organizare este mult mai eficientă decât cea anterioară, și părerea unora din comunitate (atât beneficiari, cât și o parte din personal) care consideră că situația s-a înrăutățit.

O explicație pentru acest fenomen ar putea fi schimbarea așteptărilor comunității ca urmare a promovării excesive a beneficiilor sistemului comunitar de unii partizani prea zelosi. Acești susținători (probabil mai mult în trecut decât în prezent) par a se baza pe anumite presupuneri referitoare la tipologia sănătății mintale și răspunsul acesteia la tratament. Noi (3) am publicat recent un sumar al acestor premise și realitatea care a rezultat din zece de ani de experiență privind desinstitutionalizarea. Acestea sunt după cum urmează:

- Medicamentele psihotrope, în mod particular antipsihoticele atipice, vor face față în mod eficient celor mai întâlnite simptome psihotice și vor reduce în mod semnificativ handicapul;

- Insight-ul asupra necesitatii tratamentului va creste, si astfel complianta la tratament se va imbunatati;
- Tratamentul incisiv al situatiilor de criza va fi necesar doar pentru perioade de scurta durata, avand efecte pozitive pe termen lung pentru pacienti;
- Abuzul de medicamente nu va creste in randul populatiei cu afectiuni psihiatrice;
- Scaderea fenomenului de stigmatizare a persoanelor cu afectiuni mintale;
- Sistemul de justitie trebuie sa devina mai tolerant fata de persoanele cu afectiuni psihiatrice care incalca legea;
- Pacientii cu afectiuni mintale vor beneficia de toate facilitatile disponibile, si le vor fi furnizate toate serviciile medicale necesare;
- Serviciile de ingrijire comunitara vor reduce, pana la a elimina, necesarul de paturi pentru situatiile acute sau cronice;
- Solicitarile catre serviciile de psihiatrie vor ramane constante de-a lungul timpului;
- Costul serviciilor comunitare poate fi restrans prin limitarea serviciilor fata de afectiunile mai putin prevalente (sau a „afectiunilor mintale severe”).

Oricine a urmarit implementarea completa si coerenta a reformei de sanatate mintala poate recunoaste ca multe dintre aceste premise sunt gresite. Asta nu inseamna ca furnizarea de servicii comunitare de ingrijire pentru majoritatea pacientilor cu probleme psihiatrice este imposibila sau ca ar trebui sa reinversam procesul de desinstitutionalizare. Consideram ca reformele ulterioare trebuie sa fie mai ancorate in realitate si mai sensibile la impactul tragic al unei boli mintale, pe deasupra neexistand un tratament universal valabil. Trebuie sa continuam sa incercam noi modalitati de a imbunatati sistemul de ingrijire comunitar pentru a se putea face un tratament cat mai adecvat, mai degraba decat sa continuam restructurarea tipurilor de servicii furnizate. Mai sunt multe de facut pentru a diminua stigmatizarea societatii fata de persoanele cu afectiuni mintale, cum ar fi schizofrenia, si pentru o mai buna integrare a acestora in societate. Barierele specifice sunt lipsa unor adaposturi potrivite si a unei incadrari profesionale.

Este adevarat ca sistemul de sanatate mintala, poate mai mult decat altele, este in general subfinantat in raport cu asteptarile. Aceasta este cu siguranta situatia chiar si intr-o tara bogata ca a noastra. Dar s-au observat castiguri semnificative, si profesia noastra trebuie sa-si foloseasca energia pentru a construi plecand de la aceste avantaje, mai mult decat sa cautam sa le demontam.

Trebuie sa sustinem orice abordare menita sa imbunatateasca sistemul de sanatate mintala, trebuie sa acordam o atentie sporita provocarilor mentionate de Thornicofit si colab., sa fim constienti ca nu exista un model de abordare corecta, dar ca fiecare comunitate, societate, fiecare natiune trebuie sa combine elementele necesare pentru un sistem de ingrijire eficient intr-un pachet de masuri cu care sa rezoneze. Trebuie sa ne asiguram de existenta unei evaluari continue a eficacitatii sistemului si sa continuam sa ascultam toti factorii de decizie si sa nu uitam nici de personalul specializat, de beneficiarii sistemului sau de familiile acestora.

Bibliografie

1. Australian Health Ministers. National mental health policy. Canberra: Australian Government Publishing, 1992.
2. Boston Consulting Group. Improving mental health outcomes in Victoria. Melbourne: Boston Consulting Group, 2006.
3. Singh Bs, Castle D. Why are community psychiatry services in Australia doing it so hard? Med J Australia 2007;187:410-2.

Baza experimentală și contextul sistemului în cadrul reformei îngrijirilor de sănătate mintală

THOMAS BECKER, REINHOLD KILIAN

Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Gunzburg, Ludwig Heilmeyer Strasse 2, D-89312 Gunzburg, Germany

Thornicroft și colab., oferă o convingătoare prezentare a bazei lor experimentale pentru implementarea unui sistem de sănătate mintală îmbunătățit, la nivelul comunității. Ei descriu zece provocări cheie, provocări care apar în procesul schimbării, de la "anxietate și incertitudine" la "menținerea stării de spirit" și apoi dezbate dacă există un "răspuns universal corect în cadrul procesului". Perspectiva acestora este importantă, tocmai pentru că se concentrează asupra oamenilor și a grupurilor care inițiază și întretin schimbarea. Pentru a aduce completări acestui punct de vedere, în comentariul nostru ne concentrăm asupra factorilor structurali care afectează procesul de modificare a sistemului de sănătate mintală și asupra variațiilor care apar la nivel național.

Un editorial recent (1) a subliniat că, deși există o tendință de omogenizare a diferitelor sisteme de îngrijire în Europa, "ramane de parcurs un drum lung pentru a obține o omogenitate reală între diferitele sisteme de sănătate mintală din țările care alcatuiesc mozaicul european" parțial datorită diferențelor de cunoaștere și aplicare a acestora. Potrivit lui Girolamo et al (2), reforma sistemului de sănătate mintală italiană, a condus la stabilirea unei rețele de facilități menite să întâmpine cât mai multe dintre nevoile beneficiarilor, dar încă sunt necesare eforturi pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor de îngrijire și dezvoltarea integrată a acestuia. Pentru Anglia, unde sistemul de sănătate este bazat pe taxe și impozite (3), Glover (4) a afirmat că sistemul de sănătate mintală este supus unor modificări semnificative, ca rezultat al unor inițiative guvernamentale majore, cu servicii noi introduse rapid (mai ales la nivel comunitar) și altele eliminate progresiv. Sunt de asemenea dovezi de schimbare a sistemului de sănătate mintală și a serviciilor furnizate în două țări care au un sistem ce se bazează pe asigurările de sănătate (3), în Spania și Germania. Contrar numărului mare de psihiatrii la nivel național, Verdoux (5) în lucrarea ei despre Spania, a descris o situație de criză datorată diminuării bugetului public de sănătate și a reducerii cu 30% a numărului de psihiatrii, în timp ce numeroase programe naționale ce aveau ca scop reinventarea sistemului, nu și-au ținut promisiunile. În ceea ce privește situația din Germania, Salize și colab. (6), au descris - în ciuda unei reforme a sistemului de sănătate mintală și reunificarea cu succes a două sisteme de sănătate mintală - o luptă continuă, într-un sistem bine finanțat (3), pentru o cât mai bună adaptarea la schimbările administrative, adaptarea cadrului legal și a constrângerilor financiare cât și privatizarea unor segmente ce susțin sistemul de sănătate mintală. Autorii în final au concluzionat că sistemul se confruntă cu o provocare serioasă pentru a-și apăra îmbunătățirile dobândite de-a lungul a 35 de ani.

Un punct de a privi ceea ce s-a obținut pentru sistemul de sănătate mintală la nivel național, este de a sublinia contrastul care apare dintre sistemele cu o puternică perspectivă centrală a sistemului și controlarea de la centru a principiilor acestuia (Italia și Marea Britanie) pe de-o parte iar pe de altă parte, sistemele bazate pe asigurările de sănătate (Spania, Germania) unde este absent controlul de la centru. Cel din urmă sistem adesea nu are puterea de a implementa schimbări cheie în toate regiunile.

Thornicroft a definit sistemul de îngrijire comunitară ca pe vehiculul furnizării de servicii. Poate oferi tratament pacienților, dar nu reprezintă tratamentul în sine. Această diferențiere este importantă, fiind condiție ca componentele specifice tratamentului nu au fost îndeajuns punctate (7). Recent, o recenzie referitoare la stabilirea conținutului serviciilor de sănătate mintală (8) a ajuns la o concluzie și anume că sunt necesare măsuri care să ofere o mai mare profunzime a informațiilor

despre natura interventiilor. Astfel, in afara de impactul constrangerilor sistemelor de sanatate si de asistenta sociala asupra schimbarii sistemului de sanatate mintala, incertitudinea in privinta a ceea ce face sa functioneze acest sistem impune o prudenta suplimentara in analiza suisurilor si coborasurilor procesului de reforma.

Un alt aspect dezbatut de Thornicroft si colab., este importanta resurselor si mentinerea acestora in cadrul bugetului sistemului de sanatate mintala, fara dubiu un aspect important. Totusi niste studii la nivel national au aratat faptul ca nu este intodeauna o relatie direct-proportionala intre nivelul de finantare si rezultatul asupra beneficiarilor (9). Pe baza analizei economice a sistemului de sanatate unii autori au sugerat ca raportul cost-eficienta al serviciilor psihiatrice poate fi semnificativ imbunatatit prin transferul resurselor din fondul operatiilor curente catre strategiile optime de tratament bazate pe dovezi concludente (10-13). Nu mai putin important este faptul, mentionat de Thornicroft si colab., ca transferul resurselor de la interventii mai putin eficiente catre cele cu o eficienta sporita, este adesea dificil datorita sistemelor inflexibile de rambursare sau a criteriilor diferite de internare. Apare deci riscul ca initiativele care vor sa faca sistemul mai eficient din punct de vedere al costurilor sa duca la o politica de minimalizare a costurilor. O metoda de a combate aparitia acestei politici ar fi sa combinam propunerea acestui comentariu, si anume ca constrangerile istorice si structurale modeleaza schimbarile sistemului, cu ideea lui Thornicroft si colab., ca este esential sa construim o echipa entuziasta si devotata anumitor principii, implementarii si evaluarii lor.

O provocare cheie, in mai largul sistem de ingrijire sociala si de sanatate, este de a insista asupra importantei sanatatii mintale, a principiilor etice, si asupra convingerilor beneficiarilor si ingrijitorilor in promovarea reintegrarii sociale. Intr-un context mai larg, principiile de baza ale protagonistilor privesc sistemul de ingrijire sociala ca un intreg. Conceptele generale de integrare sociala, de alegere sociala si drepturile omului, inspira atat agenda sistemului de sanatate mintala cat si proiectele impotriva discriminarii persoanelor cu handicap.

Bibliografie

1. de Girolamo G, Neri G. Mental health in Europe: a long road ahead. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:63.
2. de Girolamo G, Bassi M, Neri G et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:83-91.
3. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007;16:167-80.
4. Glover G. Adult mental health care in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:71-82.
5. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:64-70.
6. Salize HJ, Rossler W, Becker T. Mental health care in Germany. Current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:92-103.
7. Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:703.
8. Lloyd-Evans B, Johnson S, Slade M. Assessing the content of mental health services: a review of measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:673-82.
9. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across Western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(Suppl. 429):9-16.
10. Issakidis C, Sanderson K, Corray J et al. Modelling the population cost effectiveness of current and evidence based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol Med* 2004;34:19-35.
11. Andrews G, Sanderson K, Corray J et al. Cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2003;183:427-35.
12. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost effectiveness of treatment often mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.

„Legile pamântului”

POVL MUNK-JORGENSEN

Unit for Psychiatric Reserch, Aalborg Psychiatric Hospital, Molleparkvej 10, DK-9000 Aalborg, Denmark.

Autorii, doi dintre ei aflându-se printre parintii psihiatriei comunitare europene, au scris *“Legile pamântului” in psihiatria comunitara*, lucrare din care am preluat mai jos cateva exemple:

- banii sunt esentiali pentru sistemul de sanatate mintala;
- spitalizarea de-o zi poate fi platita in functie de persoanele ingrijite acolo zilnic;
- trebuie sa devina evident personalului specializat ca modul in care isi indeplinesc sarcinile se reflecta direct in nivelul de salarizare/promovare;
- este de asemenea vital ca personalul cu vechime sa aiba permanent o privire de ansamblu asupra fenomenului ca un tot unitar;
- schimbarile fundamentale ale sistemului, imbunatatirile pe termen lung, necesita mult timp;
- de asemenea timpul este esential pentru a progresa de la stadiul initial al procesului la faza de consolidare;
- toti cei implicati trebuie sa aiba in minte faptul ca scopul principal al serviciului de sanatate mintala este beneficiul persoanelor cu afectiuni mintale;
- feedback-ul se poate baza pe comentariile sau plangerile primite, sau poate rezulta in mod formal din folosirea formularelor, cum ar fi chestionarele de evaluare a gradului de satisfactie;
- vor aparea greseli si este necesar ca sistemul sa fie modificat pe masura ce se dezvolta.

Stire de ultima ora! In mod evident, ca si protagonistii originali din povestea lui Olive Worthington, care se ascund in spatele acelorși „legi ale pamântului”, isi exprima intelepciunea care poate fi atinsa doar dupa 25 de ani de experienta. In beneficiul cititorilor, supunem atentiei trei exemple din lista originala:

- va rugam nu fumati in pat si nu folositi lumanari;
- va rugam sa nu mergeti pe acoperis daca ati baut - in special pe timpul noptii;
- nu trebuie sa fie pe acoperis mai mult de sase persoane odata, pe timp de zi sau de noapte.

Cei doi autori se afla printre pionierii care au dus psihiatria comunitara europeana de la ideologie si romantism social catre o era a dovezilor palpabile, punând bazele cercetarii de pionierat in anii 80. De atunci lucrurile s-au dezvoltat într-adevar foarte rapid. Modelul Verona / Camberwell s-ar putea sa-si fi atins apogeul. Astazi serviciile de pionierat se incheie treptat, acest model din anii `80 devenind unul traditional. In locul sau, vedem cum se dezvolta clinici specializate in diagnosticarea afectiunilor mintale in cadrul unitatilor ambulatorii. Aceste clinici sunt deservite pe de o parte, de cateva paturi pentru cazurile de urgenta, in cadrul unui spital pluridisciplinar, iar pe de alta parte, de echipe specializate in tratamentul si urmarirea de lunga durata a pacientilor cu afectiuni cronice, cel mai adesea cu schizofrenie. Acest model prezinta o serie de avantaje, cele mai importante fiind:

- poate sa intercepteze si sa integreze cu usurinta cantitatea enorma de noi informatii despre tratamentul si preventia afectiunilor mintale ca un intreg;
- poate sa cuprinda cu usurinta diagnosticul afectiunilor somatice, de care sufera multi pacienti psihiatrici;
- apare posibilitatea tratamentului eficient si rational al majoritatii afectiunilor psihiatrice: depresia, anxietatea, tulburarile obsesiv compulsive, s.a.

Se poate pune intrebarea daca cumva sistemele care se bazeaza inca pe modelul spitalicesc, ar trebui sa mai treaca prin modelul comunitar deja traditional, sau sa treaca direct catre modelele

află în prezent în dezvoltare.

Psihiatria comunitară europeană, bazată pe modulul italian/englez, a înlocuit treptat sistemul bazat pe spitale de psihiatrie și sanatorii. Fără să fie în totalitate corect, aceste schimbări au fost privite inițial cu condescendență. Când au fost înființate sanatoriile, și ele au reprezentat o schimbare în tiparele stabilite de către psihiatrii cu gândire idealist-umanistă. Faptul că și acestea au fost luate de valul schimbării este cu totul și cu totul alta poveste.

Modelul de psihiatrie comunitară dezvoltat în anii 1980, risca să sfârșească în același mod, gândind retrograd și împiedicând pacienții să aibă acces la modalități mai noi și mai bune de tratament. Printre generațiile tinere de psihiatri, psihiatria comunitară a fost deja botezată „psihiatria cod postal”, fără a se vrea un compliment.

Autorii deschid lucrarea declarând că vor folosi și analiza exclusiv propria experiență, fără să includă informațiile bazate pe dovezi. Așadar, prin această abordare, nu pot fi judecați că nu au abordat mai detaliat ceea ce contează cu adevărat: rezultatul (din perspectiva pacientului, și nu ca în lucrare, mai degrabă din cea a personalului medical). Dar atunci când Verona/Camberwell vor publica următoarea lucrare, eu sper că ei vor aborda mai pe larg, de exemplu, următoarele:

- Cum va reuși psihiatria comunitară să abordeze elita neuropsihiatrilor, și cum va reuși să se mențină în permanență la curent cu evoluția medicală? (1)
- Cum poate fi psihiatria comunitară atragătoare pentru psihiatri? (2)
- Cum poate psihiatria comunitară să prevină prevalența crescută a afecțiunilor somatice și a deceselor premature datorate acestor afecțiuni, la pacienții psihiatrici? (3-5)
- Cum poate psihiatria comunitară să oprească și să prevină reinstitucionalizarea pacienților observată după trecerea de la spital la tratamentul ambulator? (6)
- Cum poate psihiatria comunitară să prevină utilizarea abuzivă a medicamentelor? (7)
- Cum poate psihiatria comunitară să oprească și să prevină creșterea criminalității observată în cazul persoanelor cu afecțiuni mintale, după trecerea de la spital la tratamentul ambulator? (6)

Bibliografie

1. Sondergard L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:235-7.
2. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002; 36:416-23.
3. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317-33.
4. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *BrJ Psychiatry* 1998; 62:247-53.
5. Amadeo F, Barbui C, Perini G et al. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:320-5.
6. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330:123-6.
7. Tomasi R, de Girolamo G, Santone G et al. The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:212-23.

Unind experiența și dovezile în reforma îngrijirilor de sănătate mintale

LUIS SALVADOR-CARULLA

Declaratia din 1963 asupra sistemului comunitar de sanatate mintala din SUA a dus la un proces de dezinstitutionalizare, care s-a dovedit a fi un esec din mai multe puncte de vedere, mai ales atunci cand serviciile comunitare s-au dovedit a nu fi disponibile in toate zonele. Zece ani mai tarziu, John Talbott (1) a raportat ca necesitatea reinternarii sau „usa turnanta” reprezinta o problema importanta, care poate fi prevenita in mai mult de jumătate din cazuri prin imbunatatiri minore ale serviciilor existente. In ciuda acestor semne de alarma timpurii, efectele „usii turnante” au urmat reformei psihiatrice in multe tari. Treizeci de ani mai tarziu, Talbott a publicat cele „zece porunci” ale sistemului comunitar de sanatate mintala si a concretizat cauzele problemelor create de dezinstitutionalizare in patru mari factori: lipsa de consens in ceea ce priveste functionarea, lipsa de intelegere a bazelor sale filozofice, lipsa planificarii unor servicii si facilitati alternative si inadvertentele sistemului de furnizare a serviciilor de sanatate mintala.

Lucrarea lui Thornicroft si colab. foloseste o abordare bazata pe experienta pentru a imbina ingrijirea comunitara cu bunul-simt si a descrie zece provocari-cheie in implementarea si imbunatatirea acesteia. Lucrarea se concentreaza in principal pe provocarile care apar in cadrul reformei sistemului de sanatate mintala la nivelul serviciilor individuale (micronivel). Se pot adauga variate comentarii pentru a intelege mai bine modul in care se planifica si se iau deciziile la nivelul partii superioare a matricii lui Thornicroft si Tansella : sistemul regional sau national de sanatate mintala (macronivel).

Sistemul de sanatate mintala functioneaza in lumea reala ca un sistem complex caracterizat de multidisciplinaritate, dimensiuni mari, cu domenii non-lineare si prost structurate, si un grad mare de nesiguranta datorata heterogenitatii si impreciziei informatiilor (4,5). In cazul sistemelor de sanatate complexe se pot identifica anumite caracteristici ca organizarea interna sau lipsa anticiparii. In aceste conditii concluziile nu pot fi trase folosind metodele statistice ale medicinei bazate pe dovezi. Noile metode de evaluare includ managementul rezultatelor, sisteme de suport decizional si extragerea cunostintelor din date brute (KDD). KDD este o forma hibrida de statistica si inteligenta artificiala care incorporeaza cunostinte avansate in analiza datelor. In analiza acestor sisteme complexe, opinia expertilor nu se vrea a fi partinitoare ci mai degraba un element cheie in managementul cunoasterii si dezvoltarea unor metode matematice. Astfel, experienta este incorporata in planul de dezvoltare bazat pe dovezi (5).

Disputa deja clasica intre spitalele de specialitate si grupul psihiatriei comunitare este aproape de final. Dovezile actuale au un mesaj simplu si clar: spitalele de psihiatrie fac parte dintr-un sistem invecinat care ar trebui abandonat sau chiar transformat in totalitate. Desi esecurile exista si se repeta cu incapatanare, spitale psihiatrice au fost inchise cu succes in mai multe regiuni sau tari in timp ce in alte zone au fost integrate in sistemul de sanatate comunitar (6). Pe de alta parte, inchiderea acestor spitale produce o rezistenta sociala similara inchiderii oricarui alt serviciu din sectoarele economice invecinate, in special atunci cand spitalul reprezinta un numar important de locuri de munca intr-o comunitate izolata. In mod surprinzator, nevoile si dinamica sociala a angajatilor nu sunt tratate la fel ca in alte sectoare economice. Faptul ca sunt implicate alte ministere sau agentii nationale, s-ar putea sa favorizeze dezinstitutionalizarea in tarile cu venituri mijlocii. Deci, asa cum Thornicroft si colab. au subliniat, reforma spitalelor psihiatrice ar trebui sa se bazeze atat pe experienta si bun simt, cat si pe principii. Bulgaria si alte tari europene ofera un bun exemplu asupra complexitatii procesului de reforma. Criticile aduse la adresa politicii Bancii Mondiale de a finanta imbunatatirea spitalelor psihiatrice din Bulgaria se confrunta cu realitatea urgentelor si cu drepturile omului pentru persoanele care traiesc in aceste institutii. Abordarea echilibrata ar putea sa duca la o mai buna intelegere a situatiei existente.

Psihiatria comunitara clasica a pus in primul rand accentul pe inchiderea spitalelor si dezvoltarea unor servicii comunitare, in principal ingrijire intermediara si rezidentiala pentru tulburarile mentale severe. In ultimii ani, un nou model de ingrijire, mai echilibrat, a oferit o perspectiva mai ampla asupra sistemului. Abordari mai centrate pe persoana si perspective longitudinale sunt elemente cheie in acest cadru. Se tine astfel cont de echilibrul dintre ingrijirea la

domiciliu si in comunitate, asistenta medicala primara si de specialitate, asistenta sociala si legala, sub forma unei abordari integrate (multi sectorial) asupra furnizarii de servicii de sanatate mintala (7). Se acorda o atentie sporita aranjamentelor necesare pe perioada tranzitiei sau rezultatelor anticipate in etapele urmatoare. De exemplu, reinstitutionalizarea a fost identificata ca un curent ingrijorator in tarile vest europene (8).

Pana in prezent, sistemele de sanatate mintala au fost descrise prin caracteristicile sistemului, indicatori majori de dezvoltare a sistemului si prin atentie sporita acordata desinstitutionalizarii si dezvoltarii sistemului de ingrijire comunitara. Totusi, pana de curand, exista putina informatie asupra modalitatii de finantare a sistemului. Studiile de finantare analizeaza randamentul cheltuielilor din sistem. Organizatia Europeana privind Economia Sistemului de Sanatate Mintala a descris modelele economice din 17 tari europene identificand atat similitudini cat si diferite (9). In paralel o analiza amanuntita a unora dintre aceste modele a fost deja publicata (10,11). Aceasta abordare poate furniza o serie de informatii mai coerente despre situatia economica, in raport cu alte metode traditionale deja uzitate. OMS a furnizat deja un cadru care sa ajute la elaborarea unor rapoarte standard asupra finantarii sistemului de sanatate mintala. Finantarea sistemului reprezinta o nealata importanta in conducerea procesului de reforma.

Bibliografie

1. Talbott J A. Stopping the revolving door - a study of readmissions to a state hospital. *Psychiatr Q* 1974;48:159-68.
2. Talbott JA. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Psychiatr Serv* 2004;55:1112-5.
3. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998;28:503-8.
4. Spate J, Gibert K, Sanchez-Marre M et al. Data Mining as a tool for environmental scientists. Presented at the First Workshop of Data Mining Techniques for Environmental Scientists, Vermont. July 2006.
5. Salvador Carulla L, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. A framework for evidence based mental health care and policy. *Acta Psychiatr Scand* 2006;111 (Suppl. 432)5-11.
6. Meyer RE. The Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland. In: Meyer RE, McLaughlin CJ (eds). *Between mind, brain and managed care*. Washington: American Psychiatric Press, 1998:235-6.
7. Medeiros H, McDaid D, Knapp M et al. Shifting care from hospital to the community in Europe: economic challenges and opportunities, www.mheen.org.
8. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Re-institutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330:123-6.
9. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe, *J Ment Health* 2007;16:167-80.
10. Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D et al. Financing mental health care in Spain. *Eur J Psychiatry* 2006;20:29-44.
11. Zechmeister I, Oesterle A. Distributional impacts of mental health care financing arrangements: a comparison of the UK, Germany and Austria. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:35-44.
12. World Health Organization. *Mental health financing*. Geneva: World Health Organization, 2003.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido C, Umbrera M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.

O analiza obiectiva dar increzatoare

ROBERT ROSENHECK

Yale Medical School, Northeast Program Evaluation Center 182, 950 Campbell Ave., West Haven, CT 06516, USA

Sistemele complexe, rutinate in gandiri invecchite si conduse de puternice grupuri de interese, sunt cunoscute a fi dificil de schimbat. Si totusi, in decursul a doar doua sau trei decade,

din anii 1960 pana in anii 1980, sistemul de ingrijire a persoanelor cu dizabilitati mintale a fost efectiv desfiintat. In SUA, populatia rezidenta in spitalele de boli psihice a sarit de la peste 500 000 in 1950, la aproximativ 10% 50 de ani mai tarziu. Aceasta transformare, aflata in plina desfasurare atat in America, cat si in alte parti ale lumii, a fost rezultatul unei uniri furtunoase de forte independente din diverse paturi sociale. La cel mai inalt nivel: a) o miscare a drepturilor omului a maturat societatea americana, fiind alimentata de conflictele internationale cu comunismul si fascismul totalitar; b) o serie de experti vizionari au dorit reforma institutiilor, vrand astfel sa imbunatateasca viata persoanelor cu dizabilitati mintale; c) pusi in fata cresterii salariilor pentru personalul spitalicesc, guvernantii au cautat sa minimalizeze costurile bugetare, reducand resursele arondate spitalelor. La un nivel intermediar, managerii sistemului de sanatate mintala, responsabili cu structurarea sistemului de ingrijire regional, directorii si managerii unor clinici locale, au cautat sa creeze noi programe, sa instruiasca alte categorii de personal si sa determine restructurarea sistemului pentru o cat mai buna reintegrare sociala a pacientilor in comunitatile din care provin. In final, clinicienii, care lucreaza direct cu beneficiarii, si acestia impreuna cu familiile lor, au incercat sa creeze un nou mod de interactiune sociala care sa le permita o viata mai demna si mai libera.

Thornicroft si colab. au incercat sa concretizeze anii de experienta in transformarea sistemelor publice de sanatate mintala raportandu-se la nivelul intermediar al acestui lant ierarhic. Si-au centrat lucrarea in jurul a „zece provocari cheie”. Cuvantul „provocare” a reusit sa se inconjoare cu multa ambiguitate in engleza comuna, reflectand alternativ atat oportunitatea unei victorii triumfatoare, cat si eufemismul unui esec de neevitat, lasand multe nuante intre. Credinciosi ambelor sensuri, Thornicroft si colab. au descris posibilitatile nelimitate care apar atunci cand oamenii invata unii de la altii, observa cum se adapteaza fiecare la circumstante noi, se unesc in scopuri comune. Pe de alta parte descriu anxietatile personalului in privinta schimbarii si pierderii rutinei de la serviciu, opozitia vehementa datorita amenintarii intereselor, vecinii circumspecti si taierile nemiloase din buget realizate la nivelele superioare de guvernare. Printre randurile articolului parca se citeste lupta din care autorii sai s-au oprit pentru a lua o gura de aer si a ne spune ca drumul ce se aterne inainte este foarte dificil dar ca sustinerea mutuala si procesul de invatare reciproca pot duce la succese neasteptate. Este zugravita balanta dulce-amaruie a unei miscari sociale intre progresul notabil in fata obstacolelor si esecul in atingerea scopului, si anume experimentarea aceleiasi game de oportunitati de catre persoanele cu dizabilitati mintale, ca si restul comunitatii.

Abordarea bazata pe experienta este diferita de cea bazata pe etica si pe dovezi, atragand atentia asupra tacticilor, strategiilor si politicilor menite a propulsa procesul, prin intermediul unor mici negocieri, persuasiunii de succes si aliante atent analizate. Aceasta abordare poate inspira speranta, dar nu are succes decat partial. Charles Lindbloom (1) a descris implementarea politicii publice ca „improscare cu noroi”, iar Grob si Goldman (2) au aplaudat succesul tacut al acestor mici schimbari rasunatoare.

Este remarcabil si in acelasi timp descurajator ca persistenta psihiatriei comunitare ca si domeniu poate fi atribuita in parte faptului ca eforturile uriase depuse in neurologie in ultimii ani nu au reusit pana in prezent sa aduca informatii folositoare cu privire la natura bolilor mintale, si cu atat mai mult asupra tratamentului acestora. Progresul stiintific medical a fost incet, iar beneficiile din perspectiva clinicienilor si a beneficiarilor sunt aproape nule. Nu ne ramane deci decat sa continuam sa innotam in noroi si sa incercam sa ne descurcam cat mai bine intr-o perioada in care nu se intrezareste nici o descoperire biomedicala care sa faca o diferenta. Cu toate astea, de la an la an, decada la decada sistemul pare a se intari, clinicienii sunt mult mai abili in a lucra in comunitate. Grupurile de suport, recuperarea si alte inovatii au fost furnizate chiar de beneficiari, si alaturi de interventii practice precum sustinerea procesului de angajare si un tratament asertoric, poate creea speranta ca situatia se va imbunatati.

Concentrandu-se pe aceste provocari, Thornicroft si colab. ofera o viziune realistica, dar increzatoare asupra a ceea ce este de facut in lumea cenusie a sanatatii mintale comunitare.

Bibliografie

1. Lindblom C. The science of 'muddling through'. Public Administration Review 1959;19:79-88.
2. Grob GN, Goldman HH. The dilemma of federal mental health policy: radical reform or incremental change. New Brunswick: Rutgers University Press, 2007.

Obstacole in fata construirii unui sistem de ingrijire mintala comunitara in tarile in curs de dezvoltare

R. SRINIVISA MURTHY, KISHORE KUMAR

National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

Articolul stimulator si provocator al lui Thornicroft si colab. ne duce inapoi in anii 1970 cand ne-am inceput cariera psihiatrica, cand subiectul desinstitutionalizarii era doar o idee pe tapetul discutiilor profesionale. In acea perioada, in timp ce colegii din tarile occidentale se gandeau la dezvoltarea programelor de sanatate mintala comunitara, provocarea pentru noi, in tari ca India, era sa dezvoltam servicii folosind resursele comunitare disponibile. Asa cum a subliniat German (1), „Principalul avantaj al psihiatrului din tarile in curs de dezvoltare este chiar lipsa unor metode interventionale pentru persoanele cu dizabilitati mintale. De aceea acesta nu trebuie sa-si consume energia cu incercari frustrante de a dezmorti o infrastructura inerta; nici nu are ca preocupare gasirea unor metode de asimilare a unui numar mare de cladiri, spitale asemanatoare unor inchisori intr-un program mai eficient si mai uman. Nu trebuie sa se lupte cu o armata de personal de diferite categorii, lipsite de dorinta de a-si schimba rolurile ce le ofera stabilitate pentru a se confrunta cu provocarile prezentului si viitorului...”.

Noi, cei din tarile dezvoltate, am profitat de oportunitatea unei „panze goale” prin implementarea unui sistem de ingrijire comunitara (2), cu scopul de a-i creste diponibilitatea fata de populatie. Aceasta a fost o problema de necesitate, intrucat nu erau institutii care sa ingrijeasca persoanele cu dizabilitati mintale, cat si un act de vointa, dictat de schimbarile de pe scena internatioanala ca si de aspectele culturale ale societatii.

Un bun exemplu, din perioada initiala a dezvoltarii acestui sistem in India, este modul in care erau implicati membrii familiei in ingrijirea de zi cu zi a pacientilor. Alte abordari pe care le-am folosit au fost integrarea sistemului de sanatate mintala in cel de sanatate generala si utilizarea personalului nespecializat pentru o varietate de sarcini legate de ingrijirea bolnavilor cu dizabilitati mintale, ca preventia suicidului, ingrijirea psiho-sociala in urma unor dezastre, in urma dependentei de droguri, reabilitarea, ingrijirea persoanelor cu retard mintal si schizofrenie, educatia publicului asupra sanatatii mintale si abordarea afectiunilor mintale la copii si batrani (5-8).

Provocarile intampinate in acest proces in tarile in curs de dezvoltare au fost:

- Nevoia de a simplifica abilitatile necesare ingrijirii comunitare, de a le reevalua si imbunatati continuu, in scopul de a se adapta realitatii nevoilor comunitare. Pentru ca anumite atributii sa fie preluate de asistenti sociali, profesori, voluntari si membrii ai familiei, acestea trebuie sa fie simple. Personalul specializat trebuie sa sintetizeze informatia intr-un format simplu si sa identifice nivelul si limitele ingrijirii ce poate fi furnizata de persoanele de mai sus. Asta include alegerea afectiunilor mintale care sa fie incluse in instruire, limitarea uzitatii medicamentelor de catre medicii de familie, dezvoltarea unor ghiduri practice.
- Posibilitatea de a imparti responsabilitatile ingrijirii cu personal nespecializat depasind teama unor profesionisti de a-si pierde locul de munca, identitatea si

venitul. Metoda utilizata a fost, nu de a converti personalul nespecializat in mini-psihiatri ci de a identifica ce anume este relevant, posibil si fezabil pentru acesta.

- Nevoia de a scadea perioada de timp dedicata ingrijirii individuale si de a o creste pe cea dedicata instruirii personalului. Aceasta este o mare provocare pentru clinicienii care pretuiesc ingrijirea pacientilor numai de catre ei insusi. Aceasta tranzitie isi capata sensul atunci cand recunoastem ca instruirea personalului are un efect de multiplicare asupra serviciilor de sanatate mintala pentru populatie.
- Nevoia de a accorda mai mult timp supervizarii si sustinerii non-specialistilor. Studiile asupra sistemului de sanatate mintala in tarile in curs de dezvoltare au aratat in mod repetat importanta sustinerii si supervizarii de catre psihiatri a non-specialistilor. Din fericire existenta telefoniei mobile si a internetului ne faciliteaza sustinerea continua de la distanta a acestora.
- Nevoia de a dobandi abilitatile de a lucra in comunitate, cu personalul din invatamant, cu personalul din sistemul de asitenta sociala, organizatiile de voluntari, si cu factorii decizionali. Aceasta include intelegerea procesului de planificare, lupta pentru dobandirea prioritatii pentru sanatatea mintala in cadrul programelor de sanatate, familiarizarea cu legislatia si procedurile bugetare, si dezvoltarea abilitatilor de negociere cu factorii de decizie.

Ca o consecinta a acestora, psihiatrul se poate simti coplesit si inefficient. Totusi experienta ne spune ca dupa o scurta perioada de timp apare si satisfactia odata cu oportunitatea de a aduce servicii populatiei si de a contribui la o mai buna intelegere a nevoilor persoanelor cu dizabilitati mintale (9). In plus aceste modalitati de abordare au potentialul de a furniza noi perspective ale procesului de ingrijire (6).

Bibliografie

1. German A. Trends in psychiatry in Black Africa. In: Arieti S, Chrzanowski G (eds). *New dimensions in psychiatry - A world view*. New York: Wiley, 1975:409-27.
2. Srinivasa Murthy R, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 1983;140:1486-90.
3. Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health - An Indian perspective (1946-2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004.
4. World Health Organization. *Mental health in the Eastern Mediterranean region - reaching the unreached*. Cairo: World Health Organization, 2006.
5. Patel V, Thara R (eds). *Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
6. Srinivasa Murthy R (ed). *Mental health by the people*. Bangalore: Peoples Action For Mental Health, 2006.
7. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A. Evaluation of a community based rehabilitation for chronic schizophrenia in India. *Br J Psychiatry* 2003;182:57-62.
8. Srinivasa Murthy R, Kumar KV, Chisholm D et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychol Med* 2004;34:1-11.
9. Srinivasa Murthy R. The National Mental Health Programme: progress and problems. In: Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health - An Indian perspective (1946-2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004:75-91.

Articole preluate din *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 87 – 102. Copyright WPA pentru Revista Română de Psihiatrie. Traducere din limba engleză de Claudia Damian, Dan Prelipceanu.

Papers translated in Romanian from *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 79 – 86 by Claudia Damian and Dan Prelipceanu. Copyright WPA for Romanian J. of Psychiatry, III, vol. XI, 1 – 2, 2009.

**Vol.7,nr.3,oct 2008- articole:1. pag131,
2.pag148
3.pag164
4.pag185**

Pag131

ARTICOL SPECIAL

Diagnosticul si tratamentul tulburarii hiperactivitate/ deficit de atentie la adulti

STEPHENV.FARAONE, KEVIN M. ANTSHEL

Departamentul de psihiatrie si stiinte comportamentale, Universitatea Medicala Upstate, Str. East Adams, Syracuse, NY 13210, USA.

Tulburarea hiperactivitate/ deficit de atentie (ADHD) la adulti este o tulburare psihiatrica valida si care implica disfunctionalitate. In acest articol, trecem in revista diagnosticul de ADHD la adulti, punand accentul pe prezentarea diferentelor in ceea ce priveste simptomele de prezentare intre ADHD pediatria si cea de la adulti ca si importanta evaluarii afectarii functionale. Deseori cea mai dificila parte in diagnosticarea ADHD la adulti este diferentierea intre ADHD si alte tulburari clinice. Comorbiditatile psihiatrice sunt de asemenea descrise si discutate ca si potentiali factori de impact nu numai asupra diagnosticului dar si a tratamentului ADHD la adult. Tratamentul trebuie sa fie multimodal si sa includa atat farmacoterapie, cat si interventii psihosociale, in special la adultii cu comorbiditati psihiatrice.

Cuvinte cheie: Tulburarea hiperactivitate/deficit de atentie, adult, comorbiditate, medicatie stimulanta, interventii psihosociale

(World Psychiatry 2008; 7:131-136)

In ultimii treizeci de ani, a existat o recunoastere din ce in ce mai mare a persistentei tulburarii hiperactivitate/deficit de atentie in perioada de adult. Perceputa anterior ca fiind o tulburare exclusiv a copilarii, este acum acceptat ca aproximativ 4% din populatia adulta are ADHD (1-3). ADHD nu apare initial in perioada de adult. Toate diagnosticile valide de ADHD la adult au o istorie de dezvoltare a unor simptome care produc disfunctionalitate care pornesc din copilarie. Totusi,este posibil ca un individ sa fie initial *diagnosticat* ca avand ADHD in perioada de adult (4). Nu este neobisnuit sa intalnim adulti care sa se prezinte pentru o evaluare pentru ADHD fara sa fi fost diagnosticati in copilarie, si unele date sugereaza ca doar 25% dintre cazurile de ADHD la adult fusesera diagnosticate in copilarie sau adolescenta (5).

Acest articol ofera o imagine globala asupra diagnosticului, epidemiologiei si managementul ADHD-ului la adulti.

DIAGNOSTICUL ADHD LA ADULTI

Mai multe dovezi arata ca ADHD poate fi diagnosticata intr-o maniera valida si de credibila. Studii psihometrice arata ca scalele pentru ADHD aplicate de clinicieni au

consistența internă și un coeficient de siguranță ridicat (6-8), iar simptomele ADHD la adulți sunt asociate cu semne clare de afectare funcțională (9-12). Datorită necesității screening-ului, există de asemenea o măsurătoare autoraportată validată psihometric pentru ADHD-ul la adult (8).

În ciuda dovezilor substanțiale pentru validitatea diagnosticelor DSM ale ADHD, rămân totuși câteva întrebări în ceea ce privește modul în care aceste criterii sunt implementate când diagnosticăm adulții, ceea ce necesită un proces în două etape: a) stabilirea faptului că adultul a îndeplinit criteriile pentru ADHD în copilărie și b) stabilirea faptului că adultul îndeplinește în prezent criteriile pentru această tulburare. Vom baza discuția noastră pe DSM-IV-TR (13), care este metoda standard și cel mai frecvent aplicată pentru diagnosticarea ADHD de-a lungul vieții în Statele Unite și care este folosită pe larg în cercetarea pentru ADHD în toată lumea.

Diagnosticul debutului în copilărie a ADHD la adulți

Când pun diagnosticul de ADHD la adulți, clinicienii trebuie să stabilească faptul că în copilărie au fost îndeplinite criteriile pentru această tulburare. Datorită faptului că trecerea timpului poate face dificilă reamintirea simptomelor, este posibil ca multimea cazurilor să fie redusă prin realizarea acestor diagnostice retrospective. Dar, așa cum arată Faraone și Biederman (6) într-un studiu populațional a 966 adulți, scăderea multimei simptomelor poate crește riscul pentru diagnostice fals pozitive. Ei au estimat o prevalență de 2,9% pentru ADHD îngust (îndeplinind criteriile DSM-IV atât în copilărie cât și în perioada de adult) și 16,4% pentru ADHD larg (adaugând la acea definiție acele criterii de limită).

Într-o serie de lucrări, Faraone et al. (4,14,15) au examinat validitatea diagnosticului de ADHD la pacienți care au simptome de ADHD care induc disfuncționalități care nu au atins niciodată numărul simptomelor din DSM-IV (ADHD cu criterii incomplete). Ei au evaluat validitatea acestor diagnostice atipice bazându-se pe criteriile pentru validitatea diagnosticelor psihiatrice ale lui Robins și Guze, incluzând corelațiile clinice, istoricul familial, răspunsul la tratament, studiile de laborator, evoluția și prognosticul. Ei au considerat că ADHD-ul cu criterii incomplete a avut mai puține comorbidități psihiatrice, o mai mică disfuncție neuropsihologică și mai puține probleme de uz de substanță comparativ cu ADHD care include toate criteriile de diagnostic. Aceste date au sugerat că în cazurile cu ADHD cu criterii incomplete este necesară o atenție sporită. Unele pot fi o formă mai atenuată a ADHD-ului adevărat, dar altele pot fi diagnostice fals pozitive.

Mai multe studii la tineri au pus în discuție validitatea criteriului vârstei la debut (AOC) stabilit de DSM-IV pentru diagnosticul ADHD (debut înainte de vârsta de 7 ani). Un studiu comparativ la adolescenți cu debut înainte sau după vârsta de 13 ani nu a găsit nici o legătură între vârsta la debut și severitatea simptomelor, tipurile de dificultăți de adaptare sau persistența tulburării (17). Rohde et al. (18) a comparat trasaturile clinice la adolescenții care prezintă toate criteriile pentru ADHD și la cei care prezintă toate criteriile în afara de AOC. Datorită faptului că aceste două grupuri au avut un profil clinic similar, autorii au concluzionat că acest criteriu DSM al vârstei de debut în ar trebui revizuit. Într-un esanțion epidemiologic de adolescenți, Willoughby et al. (19) a găsit că adolescenții care prezintă toate criteriile pentru ADHD tipul combinat au avut un prognostic clinic mai prost decât cei care nu îndeplineau AOC-ul, dar nu au găsit diferențe atribuabile AOC-ului pentru subtipul cu neatenție al ADHD. În studiile DSM-IV, necesitatea unui AOC de 7 a scăzut acurătatea identificării cazurilor cu disfuncționalități în prezent și a scăzut potrivirea cu judecata clinică (20). Hesslinger et al. (21) a găsit că adulții cu ADHD cu debut tardiv au același pattern de comorbiditate psihiatrică ca și adulții al căror debut al ADHD îndeplinește criteriul DSM-IV. Prin contrast, într-un esanțion epidemiologic format din copii cu vârsta între 9 și 16

ani, Willoughby et al. (19) nu a gasit ca ADHD-ul cu debut tardiv ar fi asociat cu tulburari anxioase, de comportament sau ale opozitionismului provocator, dar a fost asociat cu depresie la cazurile de ADHD cu inatentie. In seria lucrarilor lui Faraone et al. (4, 14, 15), subiectii cu ADHD cu debut tardiv si cei ce indeplinesc toate criteriile au avut pattern-uri similare de comorbiditati psihiatrice, disfunctie neuropsihologica, tulburari prin uz de substanta si transmitere familiala. Toate cazurile lor cu debut tardiv au avut debutul in adolescenta.

Luata impreuna, studiile referitoare la ADHD-ul cu debut tardiv sugereaza AOC-ul din DSM este prea scazut. Desi aceste studii nu confera dovezi evidente pentru o multime specifica de criterii, ele sugereaza clar ca deplasarea AOC-ului spre adolescenta (de exemplu la 12 sau 13) ar fi valida.

Diagnosticul ADHD-ului persistent la adulti

Dupa stabilirea faptului ca pacientul indeplineste criteriile de diagnostic pentru ADHD in copilarie, clinicienii trebuie sa determine daca unele din aceste simptome au persistat in perioada de adult. Cand fac asta, este important sa isi aduca aminte ca este permis prin criteriile DSM-IV din DSM sa se puna diagnosticul de ADHD la adolescenti si adulti numai cand simptomele reziduale si care implica disfunctionalitate sunt evidente. Dupa cum a aratat recenzia studiilor longitudinale de Faraone et al., aproximativ doua treimi din copiii cu ADHD vor continua sa prezinte simptome care duc la disfunctionalitate in perioada de adult.

Barkley (23) a sugerat ca simptomele si multitudinea de simptome DSM pentru ADHD sunt mult prea restrictive pentru a diagnostica tulburarea la adulti. De exemplu, el a studiat multimea de simptome DSM in doua esantioane longitudinale urmarite pana in perioada de adult. Ca adulti, 98% din participantii de comparatie au prezentat trei sau mai putine simptome de inatentie si 100% au prezentat trei sau mai putine simptome de comportament hiperactiv impulsiv. Prin contrast, 100% din grupul cu ADHD au prezentat trei sau mai multe simptome de inatentie si 72% au prezentat trei sau mai multe simptome de hiperactivitate (23). Aceste date sugereaza ca sase simptome de de inatentie sau hiperactivitate (asa cum este cerinta DSM actuala) este o multime prea mare pentru diagnosticul ADHD la adult. Totusi, cand se stabileste un diagnostic retrospectiv privind prezenta ADHD in copilarie, trebuie folosit clusterul de sase simptome DSM (4,14,15).

In ceea ce priveste specificitatea simptomelor si diferentierea ADHD de alte tipuri de psihopatologie (de ex., tulburari ale dispozitiei), Barkley (23) a raportat ca simptomele ca dificultatea organizarii sarcinilor, dificultatea pastrarii pozitiei sezande si vorbirea excesiva au fost intalnite in mod egal la adultii cu ADHD si la adultii cu tulburari ale dispozitiei si tulburari de anxietate. Trei simptome de inatentie din DSM-IV-TR au clasificat corect 87% din grupul cu ADHD si 44% din grupul de referinta: imposibilitatea de a acorda o atentie sporita pentru detalii; dificultate in sustinerea atentiei la sarcini; imposibilitatea de a urmari instructiunile pana la capat. Trei simptome ce tin de hiperactivitate/impulsivitate au clasificat corect 76% din cazurile de ADHD si 49% din cazurile de referinta: frecatul mainilor sau picioarelor sau foitul in scaun; dificultate in angajarea in activitati de voie in liniste; intreruperea sau deranjarea celorlalti.

Diferentierea ADHD de alte tulburari clinice este deseori cea mai dificila parte a stabilirii unui diagnostic de ADHD la adulti, avand in vedere comorbiditatea ridicata intre ADHD si alte tulburari psihiatrice (15). Pentru a ghida mai departe acest diagnostic diferential, Barkley (23) a dezvoltat simptome care se bazeaza pe teoria sa a functionarii executive a ADHD (24). Simptomele care discriminau cel mai bine cazurile de ADHD de cele ale adultilor cu alte forme de psihopatologie: luarea deciziilor in mod impulsiv, dificultati in ceea ce priveste oprirea activitatilor sau a comportamentului cand aceasta este necesara;

inceperea unor proiecte sau sarcini fara citirea sau ascultarea indicatiilor cu atentie; nerespectarea promisiunilor, probleme la efectuarea lucrurilor intr-o anumita ordine, condusul cu viteza excesiva. Aceste sase elemente clasificau in mod corect ADHD cu o acuratete de 85% (23). Luarea deciziilor in mod impulsiv si dificultatile in ceea ce priveste oprirea activitatilor sau a comportamentului cand aceasta este necesara au avut cea mai buna contributie la discriminarea adultilor cu ADHD de adultii cu alte forme de psihopatologie. Este interesant ca hiperactivitatea la adulti poate sa nu faca diferenta intre adultii cu ADHD si adultii normali sau adultii cu alte tulburari clinice (23). Asa cum este considerat acum, totusi, hiperactivitatea este un simptom central al ADHD in DSM-IV.

Evaluarea disfunctionalitatilor la adultii cu ADHD

In timp ce relatia intre simptome si disfunctionalitate la copii este modesta ($r=0,3$) (25), aceasta poate fi mai importanta la adulti ($r=0,7$) (23). Criteriul C din DSM-IV, care necesita disfunctionalitati in doua sau mai multe medii, este central pentru diagnosticul ADHD. Este esential ca in interviul diagnostic sa existe intrebari referitoare la modul in care el/ea se descurca la serviciu, la scoala, ca parinte, la cresterea copiilor, la administrarea finantelor, la condusul masinii, in timpul liber si la mentinerea unor relatii care sa-i ofere satisfactie. Accentul pus pe afectarile functionale este central pentru diagnosticul de ADHD, in special la un adult care nu are diagnosticul de ADHD din copilarie. Informatiile longitudinale ale lui Barkley sugereaza ca, in ordine de la elementul care induce cel mai mult disfunctionalitate, pana la cel cu cea mai mica influenta, disfunctionalitatile educationale, responsabilitatile casnice si domeniile ocupationale sunt cele trei domenii cel mai afectate la adultii cu ADHD (23).

Spre deosebire de bolile copilăriei, pentru care sunt folosite frecvent relatarile parintilor si profesorilor, ADHD-ul la adult este frecvent diagnosticat punandu-se un accent considerabil pe autoraportare pentru ca deseori nu exista alte persoane care sa furnizeze informatii. Totusi, informatiile de la sotii, parinti sau alte persoane pot fi utile din mai multe motive, incluzand posibilitatea simulării simptomelor pentru un castig secundar (26). Similar, avand in vedere prejudecatile iluzorii care au fost documentate atat la copiii (27, 28) cat si la adultii (29) cu ADHD, este posibil ca adultii cu ADHD sa nu fie in masura sa reproduca cel mai fidel propria lor functionare. Totusi, obtinerea unor relatari colaterale de la sotii, angajatori, colegi de serviciu, prieteni, etc. poate fi ori greu de obtinut, ori contraindicat din punct de vedere clinic. Cu toate acestea, credem ca acestea ar trebui obtinute intr-o maniera sensibila ori de cate ori este posibil.

Diagnosticul ADHD-ului: asistenta primara vs. Psihiatrie

Medicii de la nivelul asistentei primare sunt din ce in ce mai mult rugati sa puna diagnostice de ADHD. Intr-o recenzie a evaluarii a 854 de adulti cu ADHD cu debut persistent in copilărie, Faraone et al (5) a examinat metodele diagnostice ale medicilor de la nivelul asistentei primare si ale psihiatrilor. Ei au gasit ca medicii de la nivelul asistentei primare au avut o tendinta mai mica de a pune un diagnostic initial de ADHD la adulti daca nu a fost pus nici un diagnostic pediatric de ADHD. Medicii de la nivelul asistentei primare au fost de asemenea mai inclinati decat psihiatrii sa apeleze la consultatii din afara domeniului inainte de a pune un diagnostic de ADHD la adulti si anume 15% dintre acestia facand referinta la un alt consult, cel mai frecvent un psiholog. Psihiatrii sunt mai inclinati sa diagnosticeze o tulburare psihiatrica comorbida decat medicii de la nivelul asistentei primare (44% vs. respectiv 20%).

EPIDEMIOLOGIA ADHD-ULUI LA ADULTI

National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)

Dupa cum a fost discutat mai sus, Faraone et al. (6) a gasit o prevalenta populationala de 2,9 % pentru ADHD-ul la adult. O alta estimare a prevalentei provine de la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (3), un studiu epidemiologic a 9200 de adulti cu varste intre 18 si 44 de ani. In acest esantion, prevalenta ADHD la adulti a fost estimata la 4,4%. Rezultate aditionale au indicat ca adultii cu ADHD au avut niveluri educationale mai scazute, probabilitatea lor de a fi angajati a fost mai mica si au fost mai degraba separati sau divortati comparativ cu cei fara ADHD. ADHD a fost de asemenea mai putin raportat in mod obisnuit la afro-americieni si latini comparativ cu caucazienii (3). Fayad et al. (30) a condus un studiu epidemiologic referitor la ADHD-ul la adult in zece tari din America, Europa si Orientul Mijlociu. Prevalenta estimata s-a incadrat intre 1,2 si 7,3%, cu o medie de 3,4%. Prevalenta a fost mai mica in tarile cu un nivel de trai mai scazut (1,9%) comparativ cu tarile cu un nivel de trai mai ridicat (4,2%). In concordanta cu alte studii, ADHD a fost asociat cu comorbiditatea psihiatrica si cu afectarea functionalitatii.

La copii, ADHD este mai frecvent diagnosticat la barbati (31). Informatiile NCS-R sugereaza ca diferentele in ceea ce priveste sexul sunt mai putin pronuntate la adultii cu ADHD (3), ceea ce concorda cu datele de la esantioanele clinice (4,32). Raportul relativ pe sexe in ceea ce priveste ADHD-ul la adult poate indica ca ADHD-ul la femei este mai persistent. Este de asemenea posibil ca aceasta concluzie sa fie datorata prejudecatilor intalnite la evaluarile din copilarie: baietii cu ADHD au mai degraba tulburare de conduita si sunt indrumati spre tratament (31). Fiind capabili sa se prezinte singuri pentru a fi evaluati, adultii cu ADHD sunt mai putin predispusi la astfel de prejudecati.

Comorbiditatea psihiatrica

Anxietatea comorbida, tulburarile de dispozitie si tulburarile prin uz de substanta sunt raportate frecvent la adultii cu ADHD (3,23,33-38). Aceste rate de comorbiditate nu difera in functie de sex (3,39). Datele NCS-R sugereaza ca 43% dintre persoanele cu ADHD intre 18 si 29 ani au avut o comorbiditate psihiatrica, comparativ cu 56% la cei intre 30 si 44 ani.

In populatiile din clinica, la aproximativ 24-35% din adultii cu ADHD este intalnit un istoric de tulburare de conduita si de tulburare a opozitionismului provocator (1,35). Acesta este un procent mai scazut decat ratele raportate periodic in relatie cu ADHD-ul pediatric (50-60%) (40). Tulburarile prin uz de alcool sunt de asemenea frecvente la adultii cu ADHD din clinica; dependenta de alcool sau abuzul de substante au ca rate de prevalenta de-a lungul vietii valori intre 21 si 53% (1,15,35,41). Uzul de substante cum ar fi cannabis-ul si cocaina sunt ambele de asemenea relativ frecvente la adultii cu ADHD (42,43). Fumatul de tigarete a fost de asemenea demonstrat ca ar fi mai frecvent intalnit la adultii cu ADHD (44). Tulburarea de conduita sau tulburarea bipolară comorbide cresc riscul pentru tulburarile prin uz de substanta (45,46); totusi, ADHD este un factor de risc independent pentru dezvoltarea ulterioara de tulburari prin uz de substanta (43,47). La cei care au ADHD si tulburari prin uz de substanta comorbide s-a raportat un debut mai precoce al abuzului de substante comparativ cu adultii cu abuz de substanta fara ADHD (48) si de asemenea si o severitate mai mare a abuzului/dependentei de substanta (49,50).

Tulburarile de dispozitie, cum ar fi tulburarea depresiva majora, sunt intalnite la copiii cu ADHD, in special la aceia cu tulburare de conduita (51). Intre 16 si 31% dintre adultii cu ADHD au o tulburare depresiva majora comorbida concomitenta (1,3,23, 35,41), cu rate de-a lungul vietii de pana la 45% (3).

Aproximativ 25% dintre copiii cu ADHD au o tulburare de anxietate comorbida (40); ratele tulburarilor de anxietate in ADHD la adult sunt aparent similare. De exemplu, 25-43% dintre adultii cu ADHD indeplinesc criteriile pentru tulburarea de anxietate generalizata (1,3,35,38,41), cu rate de-a lungul vietii de pana la 59% (3). Tulburarea de panica, tulburarea obsesiv-compulsiva si fobia sociala sunt mai putin frecvente, dar pot fi totusi afectiuni comorbide (3, 38, 52).

TRATAMENTUL ADHD-ULUI LA ADULTI

In ciuda prevalentei relativ inalte, majoritatea covarsitoare a adultilor cu ADHD sunt netratati; NCS-R (3) a demonstrat ca doar 11% dintre adultii cu ADHD sunt tratati.

Farmacoterapia

Medicatia stimulanta, in special formulele cu eliberare prelungita, sunt o strategie de management de linia intai in ADHD-ul atat pediatric cat si cel de la adult (53,54). Aproximativ 3 din fiecare 4 adulti cu ADHD vor avea un raspuns pozitiv la o medicatie stimulanta. Doua stimulante sunt aprobate de FDA pentru a fi folosite la adultii cu ADHD: sarurile combinate de amfetamine cu eliberare prelungita si dimesilat-ul de lisdexamfetamina. Atomoxetina este un non-stimulant care este aprobat de FDA pentru ADHD-ul la adult si poate fi in mod special eficienta la adultii cu ADHD si depresie comorbida (55) si la cei cu un potential adictiv de a dezvolta o tulburare prin uz de substanta (56). Atat stimulantele cat si atomoxetina imbunatatesc simptomele centrale de hiperactivitate, neatentie si impulsivitate (54, 57, 58). Secundar comorbiditatii psihiatrice, polifarmacoterapia este mai potrivita pentru ADHD-ul la adult fata de cel pediatric (59).

Aderenta la medicatia stimulanta in ADHD scade in functie de varsta (60), astfel ca ar trebui facute eforturi pentru a incerca prevenirea aderentei scazute. Folosirea gresita a stimulanzelor si/sau diversificarea lor este o alta realitate clinica in farmacoterapia ADHD-ului (61). Cei cu diagnostice comorbide de tulburare de conduita sau de abuz de substante sunt cel mai la risc pentru folosirea gresita a stimulanzelor si/sau diversificare (61,62).

Tratamentele psihosociale

Tulburarile prin uz de substanta pot de asemenea sa necesite interventii, multe dintre acestea putand fi independente de interventiile pentru ADHD. Unii au sugerat ca interventiile pentru ADHD ar trebui initiate in primul rand pentru a determina masura in care ADHD-ul contribuie la tulburarile prin uz de substanta, ducand la o tulburare mai severa (63) si la prognostice mai defavorabile (64). Totusi, deoarece poate fi foarte dificila tratarea pacientilor cu ADHD care abuzeaza activ de alcool sau droguri, deseori trebuie tratata initial tulburarea prin uz de substanta. Datorita potentialului de abuz sau de folosire incorecta a medicatiei stimulante (65) la pacientii cu un istoric de prin uz de substanta, ar trebui folosite fie stimulante cu actiune prelungita (datorita faptului ca formulele lor le fac mai putin potrivite pentru abuz) sau un nonstimulant. Promedicamentul stimulant cu actiune prelungita dimesilat de lisdexamfetamina este de un interes special dat fiind scorurile sale legate de abuz scazute comparativ cu doze echipotente de d-amfetamina cu eliberare imediata (58).

La fel ca in cazul ADHD-ului pediatric, in ADHD-ul la adult este in mod tipic recomandata o componenta de tratament psihosocial (66). Din ce este constituita insa aceasta componenta psihosociala totusi, este diferit in cazul ADHD-ului la adult fata de ADHD-ul pediatric. De exemplu, nici terapia cognitiv comportamentala (CBT), nici terapia cognitiva nu sunt eficiente pentru ADHD-ul pediatric (67-71). Prin contrast, exista date care sugereaza ca

CBT este eficienta la adultii cu ADHD. De exemplu, in literatura referitoare la ADHD-ul la adult, exista dovezi ca CBT reduce tulburarile functionale la adultii tratati concomitent cu stimulante (72, 73).

Tratamentul ADHD-ului: asistenta primara vs. Psihiatrie

Psihiatrii sunt cei care prescriu mai degraba o medicatie pentru ADHD-ul comparativ cu medicii de la nivelul asistentei primare (91% vs. respectiv 78%) (5). In timp ce atat psihiatrii cat si medicii de la nivelul asistentei primare au prescris cel mai frecvent un stimulant (84%) sau un antidepresiv (12%), psihiatrii au prescris mai degraba dextroamfetamina, hidrocloride metilfenidat, saruri combinate de amfetamine si metilfenidat cu eliberare controlata osmotica cu administrare orala. Psihiatrii au prescris mai putin metilfenidat cu eliberare imediata (5). La aproximativ 20% din adultii cu ADHD au fost recomandate perioade de timp fara medicamente, mai frecvent de catre psihiatrii (24% vs. respectiv 17%).

CONCLUZII

In ultimii 30 de ani, persistenta ADHD-ului in perioada de adult a devenit din ce in ce mai mult acceptata, pana la momentul actual cand aceasta este considerata o tulburare valida si care induce disfunctionalitati. Aceasta sugereaza ca numarul adultilor care cer servicii clinice pentru ADHD cel mai probabil va continua sa creasca. Cei care lucreaza cu populatii adulte trebuie sa fie constienti de diferentele intre simptomele de prezentare intre ADHD-ul pediatric si cel de la adult si de importanta evaluarii afectarii functionarii cauzata de simptomele ADHD-ului.

Impactul semnificativ asupra functionarii si comorbiditatea psihiatrica sunt cele mai importante repere in ceea ce priveste ADHD-ul la adult. In special la adultii cu comorbiditati psihiatrice, tratamentul trebuie sa fie multimodal si sa includa atat farmacoterapie cat si interventii psihosociale.

Bibliografie:

1. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1996;98:1089-95
2. Heiligenstein E, Conyers LM, Bems AR et al. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health* 1998;46:185-8.
3. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23
4. Faraone SV, Biederman J, Spencer T et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006;163:1720-9.
5. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med* 2004; 164:1221-6.
6. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 2005; 9:384-91.
7. Ader LA, Faraone SV, Spencer TJ et al. The reliability and validity of self- and investigator ratings of ADHD in adults. *J Atten Disord* 2008;11:711-9.
8. Ader LA, Spencer T, Faraone SV et al. Validity of pilot adult ADHD self report scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 2006;18:145-8.
9. Mick E, Spencer T, Faraone SV et al. Assessing the validity of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2008; 11:504-9.
10. Biederman J, Petty CR, Fried R et al. Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:129-36.

11. Biederman J, Petty C, Fried R et al. Impact of psychometrically-defined executive function deficits in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 2006;163:1730-8.
12. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006;67:524-40.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
14. Faraone SV, Biederman J, Doyle AE et al. Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult ADHD. *Biol Psychiatry* 2006;60:1081-7.
15. Faraone SV, Wilens TE, Petty C et al. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict* 2007;16(Suppl. 1):24-34.
16. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-87.
17. Schaughency E, McGee R, Raja SN et al. Self reported inattention, impulsivity and hyperactivity at ages 15 and 18 in the general population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:173-84.
18. Rohde LA, Biederman J, Zimmermann H et al. Exploring ADHD age-of-onset criterion in Brazilian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9:212-8.
19. Willoughby MT, Curran PJ, Costello EJ et al. Implications of early versus late onset of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1512-9.
20. Applegate B, Lahey B, Hart E et al. Validity of the age of onset criterion for attention-deficit/hyperactivity disorder: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1211-21.
21. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Mochan F et al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults-early vs. late onset in a retrospective study. *Psychiatry Res* 2003;119:217-23.
22. Faraone S, Biederman J, Mick E. The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36:159-65.
23. Barkley R, Murphy K, Fischer M. *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guilford, 2007.
24. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997; 121:65-94.
25. Gordon M, Antshel K, Faraone S et al. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's criterion D. *J Atten Disord* 2006;9:465-75.
26. Harrison AG, Edwards MJ, Parker KC. Identifying students faking ADHD: preliminary findings and strategies for detection. *Arch Clin Neuropsychol* 2007;22:577-88.
27. Gerdes AC, Hoza B, Pelham WE. Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers: child, mother, and father perceptions. *Dev Psychopathol* 2003;15:363-82.
28. Hoza B, Pelham WE Jr, Dobbs J et al. Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *J Abnorm Psychol* 2002; 111:268-78.
29. Knouse LE, Bagwell CL, Barkley RA et al. Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD: evidence from a driving study. *J Atten Disord* 2005;8:221-34.
30. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190:402-9.
31. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1036-45.
32. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC et al. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004;55:692-700.
33. Borland BL, Heckman HK. Hyperactive boys and their brothers: a 25-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:669-75.
34. Morrison JR. Adult psychiatric disorders in parents of hyperactive children. *Am J Psychiatry* 1980;137:825-7.
35. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.
36. Heiligenstein E, Guenther G, Levy A et al. Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Coll Health* 1999;47:181-5.
37. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996;37:393-401.
38. Shekim WO, Asamow RF, Hess E et al. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry* 1990;31:416-25.
39. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994;53:13-29.
40. MTA Collaborative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.

41. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-76.
42. Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27:283-301.
43. Biederman J, Wilens T, Mick E et al. Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152:1652-8.
44. Kollins SH, McClemon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1142-7.
45. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-76.
46. Weiss G, Hechtman L, Milroy T et al. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985 ;24: 211-20.
47. Molina B, Pelham W. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol* 2003;112:497-507.
48. Wilens T, Biederman J, Abrantes AM et al. Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:941-7.
49. Carroll K, Rounsaville B. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry* 1993;34:75-82.
50. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* 2000;61:244-51.
51. Angold A, Costello EJ, Erkanii A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:57-87.
52. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psy-chiatry* 2006;60:38-43.
53. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:894-921.
54. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M et al. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit hyper-activity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004;54:24-9.
55. Spencer TJ, Faraone SV, Michelson D et al. Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity. *J Clin Psychiatry* 2006;67:415-20.
56. Wee S, Woolverton WL. Evaluation of the reinforcing effects of atomoxetine in monkeys: comparison to methylphenidate and desipramine. *Drug Alcohol Depend* 2004;75:271-6.
57. Michelson D, Adier L, Spencer T et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry* 2003;53:112-20.
58. Faraone SV. Lisdexamfetamine dimesylate: the first prodrug stimulant treatment for ADHD. *Expert Opin Pharmacother* (in press).
59. Spencer TJ. Advances in the treatment of adult ADHD. In: *New perspectives on adult ADHD - Recognizing impairment, improving lives*, Vol. 6. Boston: Haymarket Medical Education, 2007:1-4.
60. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:559-67.
61. Wilens TE, Adier LA, Adams J et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:21-31.
62. Gordon SM, Tulak F, Troncale J. Prevalence and characteristics of adolescents patients with cooccurring ADHD and substance dependence. *J Addict Dis* 2004;23:31-40.
63. Wilens TE, Biederman J, Mick E. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and with-out ADHD. *Am J Addict* 1998;7:156-63.
64. Ercan ES, Coskunol H, Varan A et al. Childhood attention deficit/ hyperactivity disorder and alcohol dependence: a 1-year follow-up. *Alcohol Alcohol* 2003;38:352-6.
65. Faraone SV, Wilens TE. Effect of stimulant medications on later substance use and the potential for misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl. 11):15-22.
66. Dodson WW. Pharmacotherapy of adult ADHD. *J Clin Psychol* 2005;61:589-606.
67. Abikoff H, Gittelman R. Hyperactive children treated with stimulants. Is cognitive training a useful adjunct? *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:953-61.
68. DuPaul GJ, Eckert TL. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *School Psychology Digest* 1997;26:5-27.
69. Dush DM, Hirt ML, Schroeder HE. Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1989;106:97-106.
70. Baer RA, Nietzel MT. Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: a meta-analytic review of the outcome literature. *J Clin Child Psychol* 1991;20:400-12.
71. Bloomquist ML, August GJ, Ostrander R. Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *J Abnorm Child Psychol* 1991;19:591-605.

72. Safren SA, Otto MW, Sprich S et al. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005;43:831-42.
73. Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD - results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006;10:150-9.

Interventia precoce in psihoza: concepte, dovezi si directii viitoare

PATRICK D.MCGORRY¹, EOIN KILLACKY^{1,2}, ALISON YUNG¹

¹Centrul de Cercetare si Departamentul de Psihiatrie ORYGEN, si ²Departamentul de Psihologie, Universitatea din Melbourne, 35 Poplar Rd., Parville, Victoria, Australia.

Aparitia paradigmelor pentru interventia precoce in tulburarile psihotice reprezinta o maturizare a abordarii terapeutice in psihiatrie, cuprinzand strategii preventive practice care sunt stabilite ferm in fluxul sistemului sanitar. Interventia precoce inseamna un acces mai bun si oferirea sistematica precoce a unor imbunatatiri ale cunostiintelor existente si in curs de dezvoltare mai degraba decat necesitatea unor progrese dramatice si evazivei. Un model de stadializare clinica s-a dovedit folositor si poate avea o utilitate mai larga in psihiatrie. Cele mai precoce stadii clinice ale tulburarii psihotice sunt nespecifice si multidimensionale si se suprapun fenotipic peste stadiile initiale ale altor tulburari. Aceasta implica faptul ca tratamentul ar trebui sa continue treptat, depinzand de siguranta, raspuns si progresie. Amanarea tratamentului pana cand dezechilibrul simptomatic si functional sever si mai putin reversibil a devenit vizibil reprezinta un esec al ingrijirii. In timp ce interventia precoce in psihoza s-a dezvoltat puternic in ultimii ani, multe tari nu au facut nici un progres, iar altele au obtinut doar o acoperire partiala. Procesul reformei a fost substantial bazat pe dovezi, discutabil insa daca mai mult decat alte reforme de sistem in domeniul sanatatii mentale. Totusi, chiar daca dovezile sunt necesare, ele nu sunt suficiente. Este de asemenea un produs secundar ca si un catalizator al reformei. In psihoza precoce, am vazut de asemenea, paradigma bazata pe dovezi folosita gresit pentru a infrange reforma depasita.. Tulburarile mentale sunt bolile cronice ale tinerilor, cu debutul lor si impactul maxim in adolescenta tarzie si perioada de adult tanar. O viziune mai larga pentru interventia precoce ar rezolva multe din problemele secundare ridicate de procesul reformei in domeniul psihozei precoce, cum ar fi nesiguranta diagnostica in ciuda necesitatii clare pentru ingrijire, stigma si implicare si ar trebui mai eficienta in mobilizarea suportului comunitatii. Interventia precoce reprezinta un proiect vital si provocator pentru a fi luat in considerare de primii suporeri ai psihiatriei globale.

Cuvinte cheie: interventia precoce, psihoza, stadializare, reforma sanatatii, sanatatea mentala a tinerilor.

(World Psychiatry 2008; 7:148-156)

Tulburarile psihotice, si in special schizofrenia sunt boli grave si uneori fatale care ies la iveala tipic in timpul perioadei sensibile de dezvoltare din adolescenta si inceputul perioadei de adult (1). De mai bine de un secol, un amestec coroziv de pesimism, stigma si neglijare au limitat eforturile terapeutice la ingrijiri paliative, intarziate si inconsecvente. Multe dintre acestea pot fi atribuite erorii conceptuale care sta la baza schizofreniei, adica o tulburare reala ar putea fi definita in mod valid de prognosticul sau (rezervat). Aceasta eroare a fost la randul ei o mostenire a teoriei degenerarii din secolul XIX, careia i-a fost permis sa influenteze domeniul dincolo de perioada ei de abordare (2). Desi Kraepelin insusi si unii din contemporanii sai au recunoscut in final falsitatea, dihotomia ei (intre dementa precoce si

tulburarea maniaco-depresiva) a suferit mai multe provocari si a fost intarita puternic cu aparitia sistemelor de diagnostic operationale. Aceasta nu numai ca a impiedicat cercetarea neuro-biologica, dar a si dus la erori iatrogene larg raspandite si a inhibat diagnosticul precoce datorita unei temeri exagerate de prognosticul asteptat.

Pana recent, in afara de optimismul tranzitor si iluzoriu generat de miscarea legata de igiena mentala din anii 1920, interventia precoce pentru tulburarile psihotice a fost departe de preocuparile clinicienilor si cercetatorilor. Ironic totusi, inca de la inceputul anilor 1990, acest peisaj pana acum arid, a cunoscut crestea unei recolte din ce in ce mai bogate de dovezi, si eforturi nationale si internationale larg raspandite pentru reforma serviciilor si abordarea tratamentelor, pregatind scena pentru eforturi consistente in ceea ce priveste interventia precoce in alte tulburari mentale (3-5).

DEZVOLTAREA SERVICIILOR DE INTERVENTIE PRECOCE

Continuand pe tema cercetarii embrionare despre primul episod psihotic din anii 1980 (6-8), primele servicii clinice de prima linie au fost stabilite la inceput in Melborne (9) si apoi curand in multe locatii cheie din Marea Britanie, Europa, America de Nord si Asia (10). Acum exista sute de programe de interventie precoce in toata lumea, de intensitati si durate variabile, care se concentreaza pe necesitatile speciale ale tinerilor si familiilor lor. Ghidurile internationale de practica clinica si o formulare comuna au fost publicate (11) si ghidurile de practica clinica pentru tratamentul schizofreniei contin acum o sectiune majora despre psihoza precoce (12-13). Asociatia internationala a psihozei precoce (www.iepa.org.au), o organizatie internationala care cauta sa imbunatateasca cunostintele, ingrijirea clinica si reforma serviciilor in psihoza precoce, exista de mai mult de 10 ani, condusa de un grup foarte colegial de clinicieni si cercetatori. Aceasta asociatie are mai mult de 3000 de membri din mai mult de 60 de tari diferite si pana in 2008 va fi tinut 6 conferinte internationale stimuland si cuprinzand un volum mare de cercetare si experienta.

In ultimele luni, raspunzand impulsului international larg raspandit, Institutul National American al Sanatatii Mentale a anuntat o initiativa larga nou sponsorizata pentru studierea si promovarea dezvoltarii unor servicii mai bune pentru pacientii cu un prim episod psihotic (www.nimh.nih.gov).

Schimbare de gandire: de la pesimism la optimism

Inceputul in ceea ce priveste gandirea preventiva a necesitat o schimbare in modul in care sunt percepute schizofrenia si alte tulburari psihotice. Mai degraba decat sa le vedem ca avand prognostice inevitabil defavorabile cu deteriorare in evolutia sociala si functionala ca regula, gandirea mai recenta sustinuta de dovezi din studii internationale largi (14-25) priveste evolutia acestor tulburari ca mult mai fluida si maleabila.

Examinarea factorilor de risc care pot influenta prognosticul a aratat ca multe dintre acestea pot fi reversibile. De exemplu, intreruperea legaturilor cu cei apropiati si familie si abandonul vocational se petrec in mod comun in jurul sau chiar inainte de debutul unui prim episod psihotic. Atentia catre aceste arii ca parte a tratamentului are potentialul de a limita sau repara pagubele.

Depresia, uzul de substante, disfunctia personalitatii si tulburarea post-traumatica de stres (PTSD) comorbide sunt toate factori care pot influenta prognosticul la o persoana cu un prim episod psihotic. Din nou, managementul precoce si viguros al acestor probleme poate duce la prognostice mai bune.

Ce este interventia precoce?

Interventia precoce este un termen potential confuz. Datorita faptului ca nu exista nici o baza etiologica pentru diagnosticarea tulburarilor psihotice, ele pot fi diagnosticate doar prin simptome si combinatii de simptome. In plus, nu avem nici un fel de factori de risc cauzali maleabili cunoscuti care sa prevada debutul tulburarii psihotice cu orice specificitate. Astfel, se pare ca preventia primara este in acest moment dincolo de posibilitatile noastre. Interventia precoce, asadar, inseamna o preventie secundara precoce.

In concordanta cu modelul de stadializare clinica (27) formulat mai jos, interventia precoce in psihoza poate fi definita ca si cuprinzand trei puncte principale sau stadii: risc foarte inalt, prim episod si recuperare sau perioada critica. Principalul motiv pentru aceste distinctii tine de riscul subinteles de cronicitate si in mod special durata prescriptiei medicatiei antipsihotice, dat fiind ca interventiile psihosociale sunt necesare in toate stadiile, desi si aceste interventii variaza in functie de stadiu.

Care este tinta pentru interventia precoce: schizofrenia sau psihoza

Clinicienii si cercetatorii au dezbatut daca sa se concentreze pe tinta preventiva in schizofrenie sau in tulburarile psihotice mai pe larg. Exista mai multe motive pentru a fi exclus din ingradirile diagnosticelor curente si pentru a prefera o tinta relativ mai larga.

Asa cum a fost descris mai sus, schizofrenia este conceputa si definita partial in functie de prognostic in aceeasi masura ca si diagnostic. Dat fiind ca este foarte stabil odata aplicat (28-31) diagnosticul este dificil intrinsec sa fie aplicat pana cand pacientul a fost bolnav pentru o perioada prelungita de timp. Intr-un esantion de cazuri cu risc foarte inalt (definite deja pentru a prezice tranzitia preferentiala catre psihoza non-afectiva), doar 75% dintre aceeia care continua sa dezvolte un prim episod psihotic vor progresa catre un diagnostic de schizofrenie (32). Deci, rata fals pozitiva este mai mare pentru schizofrenie decat pentru primul episod psihotic. Chiar intr-un esantion cu prim episod psihotic, doar 30-40% vor indeplini criteriile pentru schizofrenie si acest procent va creste in timp cu un flux diagnostic aditional. Astfel, unele cazuri de prim episod psihotic care nu indeplinesc criteriile pentru schizofrenie pot fi considerate la risc pentru aceasta anul viitor (33). Schizofrenia, astfel, este intr-o oarecare masura o tinta mai indepartata decat psihoza, care este un moment initial mai bun si mai larg pentru deciziile terapeutice critice. Un punct mai precoce chiar si mai larg pentru interventie este stadiul clinic de risc foarte inalt, cand exista necesitatea de ingrijire inainte ca simptomele psihotice pozitive sa devina severe si sustinute.

In plus, datorita temerii si stigmei derivata din notiunea de prognostic intrinsec defavorabil, clinicienii sunt rezervati in a folosi eticheta „schizofrenie” devreme si oricum. Preocupati pe drept de efectele iatrogene asupra sperantei si potentialului pentru recuperare (34). Aceasta a facut ca unele tari, cum ar fi Japonia, sa schimbe terminologia lor diagnostica si sa evite cuvantul „schizofrenie” (35). Alternativa noastra preferata este sa o amanam pentru acest moment, ca un un subtip al prognosticului tulburarii psihotice, admitandu-l ca unul major, printre o gama larga de tinte indepartate.

Psihoza insasi este un sindrom variabil, definita de prezenta simptomelor psihotice pozitive, in special idei delirante si halucinatii si insoteste tipic una sau mai multe comorbiditati incluzand simptome negative, sindroame dispozitionale, tulburari de personalitate, tulburari prin uz de substante, boli medicale si PTSD. Proeminenta relativa a simptomelor pozitive si a comorbiditatilor variaza si aceasta duce la un grup mai eterogen de pacienti. Ca o consecinta, o gama mai larga de abilitati clinice va fi necesara in programele care abordeaza psihoza precoce fata de programele mai inguste din schizofrenie.

Unii au sustinut ca accentul pe schizofrenie permite ca celelalte tulburari psihotice, in special tulburarile de dispozitie cu elemente psihotice si psihozele asociate cu unele

personalitati si PTSD, sa fie tratate in contexte mai potrivite. Totusi, datorita faptului ca exista o atitudine flexibila si o gama larga de expertize clinice disponibile, ambele grupuri de pacienti beneficiaza mai mult de acest accent larg, precoce si cuprinzator in spectrul psihozei. Se ofera astfel un echilibru intre specializare si abordarea necesitatilor obisnuite si se faciliteaza de asemenea cercetarea atat clinica cat si etiologica, care necesita din ce in ce mai mult depasirea barierelor diagnostice traditionale.

INTENSIFICAREA VALORII DIAGNOSTICULUI: MODELUL STADIALIZARII CLINICE

Multe din problemele diagnosticului categoric provin dintr-o telescopare a sindroamelor si a stadiilor bolii, care mascheaza si distorsioneaza evolutia odulanta naturala a bolii, cu remisiuni si progresii. In plus fata de augmentarea abordarilor categorice prin dimensiunile simptomelor, trebuie sa acordam importanta dimensiunilor timp, severitate, persistenta si recurenta.

Notiunea de stadializare poate fi imprumutata si adaptata din domeniul medicinei pentru a ne fi de ajutor aici. Un model de stadializare clinica ofera o retea euristica permitand dezvoltarea si evaluarea unor interventii specifice si largi ca si studiul variabilelor si proceselor care stau la baza evolutiei tulburarii psihiatrice (27, 36).

Ce este stadializarea clinica?

Stadializarea clinica este pur si simplu o forma mult mai rafinata de diagnostic (37,38). Valoarea sa este recunoscuta in tratamentul malignitatilor, la care calitatea vietii si supravietuirea tin de oferirea cel mai precoce posibil a unor interventii eficiente. Totusi, are de asemenea aplicabilitate intr-o gama larga de boli. Stadializarea clinica difera de practicile diagnostic conventionale in sensul ca defineste gradul de progresie al bolii la un anumit moment in timp si atunci cand o persoana se afla de-a lungul unui continuum al cursului bolii (36).

Diferentierea fenomenelor clinice precoce si usoare de acelea care insotesc extensia bolii, progresia si cronicitatea este esenta conceptului. Aceast permite clinicianului sa selecteze tratamentele relevante pentru stadiile precoce si presupune ca astfel de interventii vor fi mai eficiente si mai putin nocive decat tratamentele oferite mai tarziu, pe parcurs.

In timp ce stadializarea realizeaza o legatura intre selectarea tratamentului si predictie, rolul acesteia este mai important pentru primul element decat pentru ultimul, in special datorita faptului ca un tratament de succes precoce poate schimba prognosticul si astfel preveni progresia catre stadiile urmatoare. In plus fata de ghidarea selectiei tratamentului, o retea de stadializare, care merge dincolo de ingradirile diagnostice curente pentru a cuprinde o gama mai larga de fenotipuri clinice si care in acelasi timp introduce subtipuri de-a lungul unei dimensiuni longitudinale, are potentialul de a organiza datele endofenotipice intr-o maniera mai coerenta si validata mutual (36).

Cum definim stadiile unei boli?

In alte afectiuni medicale, stadiile clinice sunt definite de gradul extinderii, progresia si impactul biologic al bolii asupra pacientului, care la randul lor trebuie sa se coreleze cu prognosticul. Aceasta abordare depinde de obicei de capacitatea de a defini din punct de vedere patologic ca si clinic limitele extinderii procesului bolii.

In psihiatria clinica, aceasta ar putea sa includa nu numai o definitie clinica transversala, dar si o definitie biopsihosociala mai larga a extinderii sau progresiei. Astfel, in plus fata de

severitatea, persistenta și recurența simptomelor, schimbările biologice (de exemplu, pierderea volumului hipocampal) și impactul social al bolii (de exemplu, afectarea colaterală a relațiilor sociale și a ratei de angajare), ar putea de asemenea să fie incluse în definiție. În final, ar putea apărea ceva ce s-ar apropia de un model clinicopatologic.

Care sunt beneficiile potențiale ale stadializării?

Din punct de vedere clinic, definirea stadiilor discrete în acord cu progresia bolii creează o rețea orientată spre prevenție pentru evaluarea intervențiilor. Rezultatele pozitive cheie în domeniul sănătății sunt prevenția progresiei către stadii mai avansate sau regresia către stadii anterioare. Aceasta necesită o înțelegere clară a acelor factori de risc și protectivi sociali, biologici și personali care influențează progresia de la un stadiu la următorul.

Mai departe, trebuie să cunoaștem potența relativă a acestor factori de risc și care din ei pot fi responsivi la intervențiile curente. În timp ce unii factori pot funcționa de-a lungul catorva sau tuturor tranzițiilor între stadii, alții pot fi specifici anumitor stadii, de exemplu abuzul de substanțe sau stresul pot fi în mod special nocivi în declansarea debutului primului episod de boală, însă pot fi mai puțin nocive ulterior (sau viceversa). Interacțiunile gene-mediu susțin și mediază aproape cu siguranță aceste tranziții, la nivelul cărora variabilele de mediu – cum ar fi abuzul de substanțe, stresorii psihosociale, stilul cognitiv, aderența la tratament și izolarea socială – pot interacționa cu factorii de risc genetici și alți factori de risc biologici (39-41).

Dintr-o perspectivă etiologică, mai mult de un secol de cercetare cu categorii diagnostice tradiționale ale psihozei și ale tulburărilor de dispoziție severe nu a reușit să lege aceste concepte imperfecte de orice patofiziologie discretă (42,43). Un model de stadializare clinică, care permite descrierea relației markerilor biologici cu stadiul bolii, ar putea ajuta la validarea limitelor entităților clinice actuale sau definite recent, la distingerea proceselor biologice centrale de epifenomene și sechele și ar putea face cunoștințele existente mai bine reprezentate și înțelese.

STADIILE PSIHOZEI PRECOCE

Stadiul 1: Riscul foarte înalt

În tulburările psihotice, este cunoscut un stadiu precoce prepsihotic, în care este știut că apar multe dintre afectările colaterale psihosociale (44). Acest stadiu precoce poate fi numit în retrospectivă ca „prodrom”, adică precursorul stadiului psihotic. Totuși, dat fiind că putem aplica termenul „prodrom” cu certitudine doar dacă stadiul psihotic definitiv se dezvoltă într-adevăr, au fost dezvoltate termeni ca „risc foarte înalt” (34) sau stadiu de „risc clinic înalt” (45) pentru a indica că psihoza nu este inevitabilă și că pot exista de asemenea cazuri fals pozitive. Acest stadiu simptomatic totuși prepsihotic este cel mai devreme moment pentru care pot fi concepute simultan intervenții preventive pentru psihoza (46).

Provocarea în detectarea unui astfel de stadiu prospectiv constă în primul rând în definirea frontierei clinice pentru intervenția precoce și „necesitatea de îngrijire” care reprezintă limita între experiența umană normală și patologie. În al doilea rând, un set de predictorii clinici și de alte tipuri trebuie să fie definiți care să identifice un subgrup la risc iminent pentru tulburarea psihotică. Aceasta este o sarcină complexă și problemele cheie implicate au fost abordate în multe publicații recente (47-55). Autorii anteriori (56) aspirau la diagnosticul de schizofrenie în faza prodromală. Psihopatologii germani de la jumătatea secolului XX subliniau schimbările subtile în experiență și comportament, deși complexitatea acestora însemna că aceștia aveau un impact redus asupra psihiatriei anglofone inițial. O

definitie operatională practică a unui status mental prepsihotic „la risc” sau „la risc foarte înalt”, care conferă un risc substanțial de înalt de apariție a unei psihoze dezvoltată în întregime într-o perioadă de 12 luni, a fost dezvoltată și testată la începutul anilor 1990 (57). Aceasta a atras atenția în domeniu și a fost centrul atenției a multor cercetări ulterioare, concentrându-se pe predicție, tratament și aspecte neurobiologice.

Aceste criterii prevăd într-adevăr un grup de „risc foarte înalt” pentru tranziția precoce spre psihoză (32), ducând la un risc relativ de 40% comparativ cu rata de incidență a tulburărilor psihotice în populația generală (58). Totuși, totuși o rată semnificativă de rezultate fals pozitive de 60-80%, deși aceste persoane sunt în mod tipic sau apar ca real pozitive pentru alte tulburări, mai ales depresie și tulburări de anxietate. În timp ce puterea predictivă pentru psihoză poate fi amplificată substanțial mai târziu prin folosirea variabilelor cheie cum ar fi riscul genetic, depresia, afectarea funcțională și uzul de substanță (58,59), aceasta are o utilitate limitată datorită „paradoxului prevenției”. Aceasta înseamnă că prin creșterea valorii predictive pozitive se reduce numărul și procentul cazurilor care pot beneficia de aceasta. Astfel, dacă esanționul este micșorat, unele cazuri sunt sigure, dar majoritatea cazurilor care continuă să dezvolte boala sunt pierdute datorită perspectivei îngustate (51). Stim deja că majoritatea cazurilor de prim episod psihotic sunt deja pierdute datorită clinicii prodromale.

Au existat o serie de studii clinice cuprinzând aceste esanțioane relativ mici care au examinat atât antipsihoticele, cât și/sau terapia cognitivă ca și strategii de tratament preventive pentru pacienții la risc foarte înalt (60-62). Aceste studii sugerează că terapia cognitivă și antipsihoticele pot preveni sau cel puțin întârzia debutul tulburării psihotice și pot reduce simptomatologia. O a doua generație de studii clinice desfășurate într-un singur centru au fost încheiate recent, cu rezultate interesante pentru o gamă de terapii psihologice, și biologice, inclusiv terapia cognitivă (62), litiul (63), acizii grași omega-3 (64) și antipsihoticele atipice (60).

Totuși, tratarea persoanelor tinere în faza prodromală prezumtivă ridică niste probleme de înțeles referitoare la faptul că pacienții pot fi expuși la tratamente necesare și potențial periculoase. Aceasta a creat o controversă în Statele Unite în special în jurul acestui tip de cercetare. Aceasta în schimb a dus la așa-zisele „organizări naturaliste” (58, 65), preferabile organizărilor randomizate tradiționale. Paradoxal, considerațiile etice care au condus acest tip de gândire au permis aceleași tratamente care nu puteau fi studiate în condiții riguroase sau cu un consimțământ informat într-un studiu controlat randomizat pentru a putea fi folosit cu ușurință într-o manieră necontrolată și în mod extins în aceste studii naturaliste. Astfel, termenul „naturalist” devine impropriu, datorită faptului că evoluția naturală poate fi profund influențată de tratamentul necontrolat. Aceste studii „naturaliste” relevă faptul că folosirea extensivă nebazată pe dovezi a medicamentelor antipsihotice pare să fie comună în clinica în Statele Unite, în mod ironic alături de tratamentul cu inadecvat și de durată prelungită a primului episod și a tulburărilor psihotice stabilite (66).

Următorii pași

Datele din studiile clinice sunt cruciale pentru determinarea riscurilor și beneficiilor variatelor forme de tratament într-o perspectivă clinică nouă și pentru crearea unor fundații solide pentru o abordare bazată pe dovezi. Acesta este cel mai bun antidot pentru temerile referitoare în special la utilizarea extinsă a medicamentelor antipsihotice potențial necesare și periculoase. Domeniul „prodromal” sau de risc foarte înalt rămâne în echilibru clinic, datorită faptului că nu știm încă care tratamente vor fi cele mai de folos și acceptabile de către pacienți și mai ales în ce ordine sau combinație.

Datele prospective sau naturaliste pot fi cel mai bine colectate în maniera cea mai interpretabilă în contextul unui studiu clinic multicentric bine stabilit, cu o organizare

„eficienta” mai degraba decat eficace si un brat de interventie minima, la care pot inscriși cei care refuza consimtamantul la randomizare.

Suntem pregatiti sa acceptam ca antipsihoticele si intr-adevar antidepresivele (67) si agentii neuroprotectivi cum ar fi acizii grasi omega-3 si litiul sunt terapii indreptatite de a fi studiate in continuare, dar folosirea lor in cercetare ar trebui supusa unui protocol, intr-un studiu cu o organizare riguroasa . Intre timp, ar trebui urmate ghidurile de practica clinica internationale despre psihoza precoce (11), care o abordare conservatoare a utilizarii medicamentelor antipsihotice si o folosire mai liberala a interventiilor psihosociale. Aceasta abordare mai degraba conservatoare a tratamentului indivizilor cu risc foarte inalt este chiar mai imperativa, avand in vedere ca recent a fost descoperit ca ratele de tranzitie precoce la primul episod psihotic au aparut in centrele prodromale mai bine stabilite (52), cu o rata mult mai mare de asa-zise rezultate „fals-pozitive” acceptate in aceste servicii. Aceasta poate fi datorata variatiei esantioanelor, detectarii precoce sau cazurilor de risc foarte inalt, sau eficientei imbunatatite a interventiilor oferite (52).

Aceasta reducere a ratei de tranzitie si a nesigurantei asupra tratamentului la grupurile de risc foarte inalt a dus la preocupari valide referitoare la identificarea si interventia asupra acestor indivizi. Totusi, pacientii care cauta ajutor definiti de criteriile de risc foarte inalt pentru primul episod psihotic sunt la risc nu doar pentru schizofrenie sau psihoza, dar si pentru alte rezultate defavorabile in ceea ce priveste sanatatea mentala (68). Este posibil sa fie necesar sa definim un stadiu clinic initial pluripotential mai larg chiar, cu o gama de sindroame posibile de iesire sau tinta. In consecinta, am largit strategia noastra clinica si de cercetare (69), transversal cu dezvoltarea unui sistem de ingrijire clinica mai larg si mai accesibil pentru cei aflati la varsta de risc cel mai inalt pentru toate tipurile de tulburari mentale (70-72) si longitudinal cu crearea unui model de stadializare clinica pentru tuburarile psihotice, de dispozitie sau anxioase (27).

Aceasta permite o dezvoltarea unei strategii seriale prolifice pentru a ne asigura ca ratele de tranzitie spre deteriorare in esantioanele de risc foarte inalt (52) si ca urmare ratele inalte de rezultate fals pozitive pot fi abordate in studii clinice viitoare, si ca alte sindroame de iesire, ca si remisiunea si rezolutia, pot fi incluse. Aceste strategii ne ajuta sa ne deplasam dincolo de cateva dintre obstacolele din calea unui diagnostic si a unei interventii precoce : si anume, problema „falsilor pozitivi”, potentiala problema legata de stima, provocarea legata de comorbiditati si lipsa specificitatii predictive. Daca mergem mai departe cu aceasta idee, problemele legate de sistemele noastre de clasificare stabilite istoric se contureaza mai larg si necesitatea de a slabi restrictiile devine mai clara.

Stadiul 2: Detectarea si tratamentul precoce ale primului episod psihotic

Al doilea stadiu include o concentrare terapeutica pe perioada de dupa debutul unei psihoze integral dezvoltate (deseori cunoscuta ca „prim episod psihotic”). Aceasta este impartita in perioada de dinaintea detectarii psihozei si perioada de dupa detectarea ei. Din pacate, faza nedetectata sau netratata poate fi prelungita, chiar in tarile dezvoltate (73). Bineinteles, chiar cand psihoza este detectata, initierea tratamentului eficient poate fi inca intarziat. Scopul este de a minimiza aceasta durata a psihozei netratate (DUP). Post-detectare, scopurile interventiei sunt angajamentul si initierea tratamentelor farmacologice si psihosociale. Interventii intensive tintite pe recuperarea maximala simptomatica si functionala si pe prevenirea recaderii sunt oferite ideal in timpul primelor saptamani si luni de tratament.

Controversa din jurul importantei DUP si a intarzierii tratamentului in primul episod psihotic pare sa se fi rezolvat in mare urmand publicarii unor recenzii sistematice cheie (74,75) si a puternicelor cercetari longitudinale recente. Aceste studii au stabilit acum ca perioada DUP mai lunga este atat un marker cat si un factor de risc independent pentru

prognosticul defavorabil. Studiul Tratatamentul și Identificarea Precoce a Psihozei (TIPS) din Scandinavia a arătat, prin cea mai bună organizare posibilă, că reducerea DUP duce la beneficii precoce în reducerea riscului suicidar și a severității bolii la tratamentul inițial și beneficii susținute în ceea ce privește simptomele negative și funcționarea socială (18-21). Relația dintre DUP și prognostic este robustă, fiind susținută de-a lungul mai multor ani de urmărire (76,77). Totuși, aceste studii arată că, deși este un factor de risc major, DUP este responsabil de o parte relativ modestă a variației prognosticului, subliniind importanța accesului la tratament și a calității acestuia în timpul primilor ani de boală.

Există o literatură extensivă care atestă beneficiile îngrijirii comprehensive a primului episod psihotic. Aceasta este rezumată în *the International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis* (Ghidul de practică clinică internațional pentru psihoza precoce) (11), publicat în 2005. Din 2005, dezvoltarea cercetării în acest domeniu a continuat. Aceasta a dus la apariția următoarelor descoperiri.

Marele studiu multicentric european referitor la primul episod de schizofrenie (EUFEST) a arătat că în tratamentul primului episod al tulburărilor schizofreniforme și schizofrenice, antipsihoticele atipice sau de a doua generație au unele avantaje evidente (78). În timp ce majoritatea pacienților au răspuns surprinzător de bine atât la medicamentele tipice cât și atipice, fără diferențe de eficiență semnificative, ratele de discontinuare și tolerabilitatea au fost în mod evident superioare pentru agenții atipici. Acestea au fost valabile chiar prin comparație cu doze foarte mici de haloperidol. În timp ce concluziile și recomandările autorilor au fost conservatoare, scotând în evidență eficacitatea echivalentă a celor două clase de medicamente, descoperirile EUFEST sunt în opoziție marcată cu acelea ale studiului CATIE (*the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*) (79) în schizofrenia cronică, în care nu au fost găsite avantaje dramatice pentru atipice utilizând măsători similare ale prognosticului. Datele EUFEST susțin recomandările din *the International Clinical Practice Guidelines in Early Psychosis* (11), care sunt în favoarea folosirii atipicilor ca terapie de primă intenție, datorită tolerabilității mai bune (o problemă crucială la pacienții cu prim episod fără tratament medicamentos) și a riscului scăzut de dischinezie tardivă. Totuși, unele atipice au un risc în special crescut de creștere ponderală și probleme metabolice și aceste riscuri trebuie abordate și prevenite ori de câte ori este posibil. O lucrare recentă (80), totuși, sugerează că modificarea greutății corporale este o problemă în primul an de terapie pentru pacienții cu un prim episod psihotic în tratament atât cu tipice cât și cu atipice, cu diferența cheie fiind rata cu care se dezvoltă.

Tratamentele psihosociale în psihoza precoce au fost studiate extensiv și există descoperiri pozitive care arată valoarea terapiilor cognitive în accelerarea și maximizarea recuperării simptomatice și funcționale (81,82). A fost acordată o atenție din ce în ce mai mare faptului că medicamentele, în timp ce ajută la recuperarea simptomatică, nu contribuie, prin ele însele, la o recuperare a funcționării. Aceasta a dus la o atenție sporită asupra necesității de a dezvolta recuperarea socială (68) în special aspectele educaționale și vocaționale (83-85), printr-o combinație a intervențiilor psihosociale eficiente cu medicația potrivită. Există de asemenea o concentrare din ce în ce mai mare pe remedierea cognitivă țintită (86) pentru a limita gradul declinului cognitiv, care este de obicei întâlnit odată cu progresia bolii.

Următorii pași

Scepticismul inițial referitor la DUP s-a topit încet în fața atât a dovezilor cât și a logicii diagnosticului precoce. Dacă credem că avem intervenții eficiente în psihoza, este greșit să afirmăm că tratamentul întârziat este acceptabil. Scepticii se găsesc în ipostaza de a fi întrebați ce întârziere este acceptabilă: 2 luni? 6 luni? 2 ani? La reducerea DUP, cele două componente

cheie ale intervenției sunt conștiința comunității și serviciile de detectare mobile. Ambele sunt importante, după cum au arătat datele din TIPS (87) și alte studii (88). Când ambele sunt realizate, este posibilă obținerea unor nivele foarte joase ale DUP (o mediană de doar câteva săptămâni). Aceste strategii duc de asemenea la un mod mai puțin riscant și traumatizant de inițiere a îngrijirii și permit pacienților să fie implicați fără a fi necesar un număr mare de simptome pozitive sau comportament afectat pentru a forța intrarea în sistemele de servicii greu accesibile sau foarte protejate. Acestea ar trebui să fie accesibile în toate comunitățile dezvoltate și o caracteristică standard a tuturor sistemelor de sănătate mentală.

În ceea ce privește elementele specifice ale intervenției în primul episod psihotic, un număr de studii a arătat că antipsihoticele atipice în doză mică sunt superioare pentru pacienții cu primul episod la care tolerabilitatea și siguranța sunt pe primul plan, deși unele pot fi excluse datorită exact acestor cauze la mulți pacienți. Studiul recent EUFEST este convingător în mod special (78). Locul noilor preparate injectabile și al clozapinei trebuie clarificat, la fel ca și cea a agenților neuroprotectivi adjuvanți cum ar fi acizii grași omega-3, litiul și N-acetilcisteina. Terapia cognitiv-comportamentală și reabilitarea vocatională (89) sunt intervențiile psihosociale cheie în psihoza precoce și trebuie să fie lansate mult mai intensiv și pe scară mai largă. Tratamentul comunitar intensiv pentru subșetul pacienților puțin implicați este vital (11). Intervențiile familiale sunt de asemenea un element esențial al îngrijirii chiar dacă dovezile formale nu sunt încă în întregime disponibile (90).

Stadiul 3: Perioada critică a primilor 5 ani după diagnostic

Acest al 3-lea stadiu include primii ani critici după primul episod, care pot fi văzuți ca perioadă critică (91). Scopurile tratamentului în această fază sunt: managementul medicației eficiente și folosirea intervențiilor psihosociale eficiente pentru a minimiza dezvoltarea dizabilităților și pentru a maximiza funcționarea. Conceptul este stabilit pentru aceste strategii (14, 15). Totuși, rămâne o mare lacună în majoritatea comunităților între ceea ce funcționează și ceea ce este accesibil, chiar în țările cu un ridicat nivel al veniturilor pe cap de locuitor și cu siguranță în țările cu venituri scăzute sau medii (92).

Dincolo de primul episod stim că primii 2-5 ani după diagnostic sunt cruciali în stabilirea parametrilor pentru recuperarea pe termen lung și prognostic. Aceasta este perioada de risc maxim pentru abandon, recădere și suicid, ca și concomitentă cu provocările majore de dezvoltare în formarea unei identități stabile, a unui cerc de apropiați, a antrenamentului vocational și a relațiilor intime. Putem spune că atenția sporită a îngrijirii persoanelor tinere aflate în acest stadiu de boală este necesară pentru a maximiza șansele de angajament, de continuitate a îngrijirii, de schimbare potrivită a stilului de viață, de aderență la tratament, de suport familial și recuperare și progres vocational.

Într-adevăr, dovada disponibilă de la studiile naturaliste sau randomizate susține cu tărie valoarea programelor specializate legate de psihoza precoce în îmbunătățirea prognosticului pe termen scurt (89,93). Dacă aceste programe sunt oferite doar pentru 1-2 ani, este dovedit că unele dintre castiguri sunt erodate, sugerând că, pentru cel puțin un subșet substanțial, îngrijirea specializată pentru psihoza precoce trebuie să fie oferită pentru o perioadă mai lungă, probabil până la 5 ani în multe cazuri (77, 94, 95).

Următorii pași

Cele mai bune dovezi existente indică faptul că îngrijirea canalizată oferă rezultate superioare pe termen scurt și mediu comparativ cu îngrijirea generică (16-17). În timp ce aceasta poate fi insuficientă pentru a îndeplini cele mai stringente criterii Cochrane, astfel de dovezi, combinate cu validitatea și necesitatea evident slab întâlnite, au fost suficiente pentru

a convige realizatorii politicii sanatatii mentale si celor ce ofera servicii in sute de locatii in intreaga lume sa adopte, adapteze si implementeze acest model. Studiile controlate randomizate de pana acum au testat doar versiuni parțiale ale acestei abordari, cu un tratament comunitar specializat intensiv ca si trasatura principala evaluata. Chiar si asa rezultatele sunt pozitive in primii 2 ani de ingrijire. Pare probabil ca pentru cel puțin un subset semnificativ, daca aceste castiguri sunt mentinute, modelul psihozei precece concentrat trebuie sa fie continuat pentru mai mult timp, probabil pana la 5 ani (89). In acest moment, boala persistenta si dizabilitatile pot fi prezente la un procent mult mai mic de persoane, ale caror nevoi pot fi prin urmare intalnite prin mai multe servicii de sanatate mentala traditionale pentru adulti in varsta. Aceasta poate fi o modalitate mult mai buna de a transfera ingrijirea.

PROCESUL REFORMEI

Ritmul reformei este in mod tipic unul incet in domeniul sanatatii. In timp ce interventia precece in psihoza a realizat un progres semnificativ in ultimii ani, diseminarea ramane in multe moduri frustrant de inceata. Multe tari dezvoltate si foarte dezvoltate nu au progresat deloc, si chiar acele tari care au realizat investitii semnificative au obtinut doar o acoperire partiala. Am comentat anterior acest aspect si unele din motive (92, 96).

Politica sanatatii bazata pe dovezi (97) poate fi vazuta ca un amestec de ingrijire bazata pe dovezi si de analiza a politicii publice, la nivelul careia dovada este doar una dintr-o gama de variabile influentabile. Politica sanatatii bazata pe dovezi deriva dintr-o perspectiva tehnica si se ocupa cu sarcina de a identifica si depasi bariere pentru a usura desfasurarea celor mai bune dovezi disponibile in practica. Aceasta a fost caracterizata ca „rationalism naiv” (98), avand in vedere ca valorile culturale si politice si dinamica schimbarii si a reformei sunt alte influente cheie in deciziile politice. Dovada este un produs ca si un conducator al reformei si exemplu bazat pe dovezi, prin stabilirea standardelor obligatorii imposibile si prin schimbarea tintelor odata ce dovada este favorabila, poate fi folosita ca o arma pentru a frustra si intarzia reforma depasita intr-o maniera care ar fi inacceptabila in alte ramuri ale medicinei (99).

Pentru intelegerea mai buna a acestui fenomen, merita sa reflectam la modul in care functioneaza noutatile si reforma in sanatate. Difuziunea noutatilor este o provocare majora in toate industriile, de la agricultura la industrie. Studiul difuziunii noutatilor are o lunga istorie in stiintele sociale. Multe natiuni au stabilit centre si strategii pentru a intelege si promova aceasta in sanatate (100, 101).

Exista multi factori contextuali implicati, dar exista de asemenea caracteristici previzibile ale indivizilor si ale sistemelor de sanatate care influenteaza procesul (102). In primul rand trebuie sa luam in considerare perceptiile noutatii. Trebuie perceput beneficiul; noutatea ar trebui sa fie compatibila cu valorile si nevoile celor care o iau in considerare. Ar trebui sa fie simpla si apta de simplificare si in procesul imprastierii, este vital ca noutatile sa fie adaptate si reinventate in relatie cu nevoile locale. In al doilea rand, exista cateva grupuri de sustinatori implicati in procesul noutatii. Inventatorii sunt cel mai mic grup si creaza noile idei si aptitudini. Ei sunt cautatori ai noului care formeaza retele largi nationale si internationale sau grupuri si investesc energie in aceste conexiuni. Ei pot fi considerati nonconformisti, investind masiv intr-o problema speciala. Primii adepti sunt un grup mai larg de lideri de opinie care s-au apropiat de inventatori si au interactionat cu acestia. Ei sunt deschisi la o gama de idei noi si au resursele si toleranta la risc de a incerca noi lucruri. Mai important decat aceasta, ei sunt supravegheati indeaproape de urmatorul grup, majoritatea precece, care are o perspectiva mai locala si mai expusa la risc. Majoritatea precece cauta indrumare la primii adepti in privinta a ceea ce poate fi incercat. Al patrulea grup, majoritatea tarzie, este chiar mai conservator si cauta indrumare la majoritatea precece, adoptand o noutate numai cand pare sa fie noul status quo. In sfarsit exista lenesii, membri aparenti ai

unei societati moderne plate, al caror punct de referinta este trecutul. Sincer, aceasta descriere subestimeaza valoarea lor, avand in vedere ca ei tintesc necesitatea de a retine unele elemente de valoare ale practicii curente si anterioare. Totusi, ei sunt de asemenea expusi aparand ceea ce nu poate fi aparat si cerand imposibilul si nivele nerealiste de dovezi inainte de a accepta schimbarea. Mai departe, standardele dovezilor cerute pentru noutati sunt aplicate rar, daca sunt aplicate, spre nivelul de status quo, care in sanatatea mentala cel putin, este mai putin bazat pe dovezi fata de noua abordare. Aceasta actiune activa defensiva este ajutata si instigata de tendinta sistemelor de a construi rapid inertia si reinstitutionalizarea dupa perioadele de progres.

In ciuda progresului binevenit in ceea ce priveste interventia precoce, lenesii au fost proeminenti in domeniul interventiei precoce. In timp ce medicina bazata pe dovezi este de departe cel mai bun antidot pentru luarea unor decizii gresite, potential periculoase si consumatoare de resurse in domeniul sanatatii, oponentii schimbarii au fost vazuti interpretand gresit paradigma pentru a friza schimbarea depasita si pentru interesul comunitatii. Exista o dezbatere in mod regretabil insuficienta despre unde se afla raspunderea in asemenea situatii si ce alte consideratii in afara de dovezi ar trebui sa influenteze deciziile, in special acolo unde schimbarile au o validitate inalta, cum ar fi cazul urgentelor si al interventiei precoce. In sfarsit, este putin probabil ca oncologii sa dezbată valoarea relativa a diagnosticului precoce si a ingrijirii paliative, domeniu la nivelul caruia psihiatria s-a oprit in mod repetat.

Berwick subliniaza ca diseminarea noutatii are un punct maxim (103) de adoptie, de obicei in jur de 15-20%. In mod sigur, odata ce majoritatea precoce a cochetat cu o noutate, majoritatea tarzie se simte mai probabil confortabil sa varieze de asemenea. Acesta este un proces care poate fi facilitat de mai multe strategii. Acestea includ identificarea noutatilor, cum ar fi conducerea, sustinerea inventatorilor si a primilor adepti cu resurse si timp, facilitarea vizibilitatii activitatilor primilor adepti si valorizarea reinventiei ca o forma de invatare, mai degraba decat necesitatea replicarii exacte a noutatilor.

CONCLUZII

Multe dintre obstacolele din calea interventiei precoce sunt aceleasi care impiedeaza progresul in sanatatea mentala in general, asa cum este ilustrat in „The Lancet Series on Global Mental Health” (104). Sunt incluse stigma, pesimismul, linistea care inconjoara bolnavii mental si prin urmare un esec in ceea ce priveste investitia. Tarile dezvoltate si in curs de dezvoltare, trebuie sa recunoasca importanta pentru sanatatea publica a tulburarilor mentale netratate si tratate deficitar. Un aspect cheie care incepe sa fie recunoscut este ca tulburarile mentale sunt bolile cronice ale tinerilor (105). Majoritatea tulburarilor mentale de tip adult – mai ales tulburarile psihotice, de dispozitie, de anxietate, de uz de substanta si de personalitate – au debutul si impactul maxim in adolescenta tarzie si perioada de adult tanar. Un accent mai larg pentru interventia precoce ar rezolva multe din problemele de ordin secundar ridicate de procesul reformei psihozei precoce, cum ar fi nesiguranta diagnostica in ciuda necesitatii clare de ingrijire, stigma si angajamentul si ar trebui sa fie mai eficiente in mobilizarea suportului comunitar pentru investitia si reforma in sanatatea mentala. Aceasta are loc in Australia (106, 107) si Irlanda (108) si atrage o atentie sporita intr-un numar de alte tari, de-a lungul procesului de innoire descris mai sus. In acest moment reprezinta un proiect vital si provocator pentru a fi luat in considerare de catre primii adepti ai psihiatriei globale.

Bibliografie:

1. Vos T, Begg S. Victorian Burden of Disease Study: morbidity. Melbourne: Public Health Division, Department of Human Services, 2003.

2. Zubin J, Oppenheimer G, Neugebauer R. Degeneration theory and the stigma of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1985;20:1145-8.
3. McGorry P. Welcome to early intervention in psychiatry. *Early Int Psychiatry* 2007;1:1-2.
4. Saraceno B. New knowledge and new hope to people with emerging mental disorders. *Early Int Psychiatry* 2007;1:3-4.
5. Insel TR. The arrival of preemptive psychiatry. *Early Int Psychiatry* 2007;1:5-6.
6. Crow TJ, MacMillan JF, Johnson AL et al. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry* 1986;148:120-7.
7. Lieberman JA, Alvir JM, Woerner M et al. Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophr Bull* 1992;18:351-71.
8. Kane JM, Rifkin A, Quitkin F et al. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:70-3.
9. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
10. Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Dunitz, 2002.
11. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):s120-4.
12. National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guide-line on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2003.
13. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005;39:1-30.
14. Craig TK, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004;329:1067.
15. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):s85-90.
16. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48):s98-103.
17. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis - results from the Danish OPUS trial. *Schizophr Res* 2005;79:95-105.
18. Johannessen JO, Larsen TK, Joa I et al. Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):s24-8.
19. Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 2006;32:758-64.
20. Melle I, Johannessen JO, Svein Friis S et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2006;163:800-4.
21. Melle I, Larsen TK, Haahr U et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143-50.
22. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L et al. Are the short-term cost savings and benefits of an early psychosis program maintained at 8-year follow-up? *Schizophr Bull* 2007;33:487.
23. Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:47-55.
24. Henry LP, Amminger GP, Harris MG et al. The EPPIC long term follow up study of first episode psychosis: clinical and functional long term outcome. Submitted for publication.
25. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S et al. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry* 2006;5:100-3.
26. Jackson HJ, McGorry PD. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
27. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2006;40:616-22.
28. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1239-46.
29. Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ et al. Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005 ;31:639-49.
30. Pennig S, Craig TJ, Bromet EJ. The consistency of DSM-III-R delusional disorder in a first-admission sample. *Psychopathology* 1996;29:315-24.

31. Fennig S, Bromet E, Galambos N et al. Diagnosis and six-month stability of negative symptoms in psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:63-70.
32. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
33. Singh SP, Bums T, Amin S et al. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2004;185:452-9.
34. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull* 2003;29:771-90.
35. Kirn Y. Renaming the term schizophrenia in Japan. *Lancet* 2002;360:879.
36. McGorry PD. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2007; 164:859-60.
37. Fava G, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:225-30.
38. McGorry PD, Mihalopoulos C, Henry L et al. Spurious precision: procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:220-3.
39. van Os J, Hanssen M, Biji RV et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:663-8.
40. Shoval G, Sever J, Sher L et al. Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10-year retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16:767-75.
41. Weiser M, Knobler HY, Noy S et al. Clinical characteristics of adolescents later hospitalized for schizophrenia. *Am J Med Genet* 2002;114:949-55.
42. Craddock N, Owen MJ. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 2007;6:84-91.
43. McGorry PD, Copolov DL, Singh BS. Current concepts in functional psychosis. The case for a loosening of associations. *Schizophr Res* 1990;3:221-34.
44. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
45. Comblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophr Res* 2002; 54:177-86.
46. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press, 1994.
47. Comblatt BA, Aulner AM. Treating early psychosis: who, what, and when? *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2005;7:39-49.
48. Haroun N, Dunn L, Haroun A et al. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull* 2006; 32:166-78.
49. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:247-72.
50. Wamer R. The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophr Bull* 2001;27:551-62.
51. Wamer R. Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):s104-7.
52. Yung AR, Yuen HP, Berger G et al. Declining transition rate in Ultra High Risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull* 2007;33:673-81.
53. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002;11:237-47.
54. Yung AR, Killackey E, Hetrick SE et al. The prevention of schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:633-46.
55. Hafner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry* 2006;5: 130-8.
56. Sullivan H. The onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1927;6:105-34.
57. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22:283-303.
58. Cannon TD, Cadenhead K, Comblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:28-37.
59. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005;39:964-71.
60. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:790-9.

61. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.
62. Morrison AP, French P, Walford L et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:291-7.
63. Berger G, Dell'Olio M, Amminger P et al. Neuroprotection in emerging psychotic disorders. *Early Int Psychiatry* 2007;1:114-27.
64. Amminger G, Schaefer M, Papageorgiou K et al. Omega-3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. *Schizophr Bull* 2007;33:418-9.
65. Portland Identification and Early Referral Project. PIER project overview, www.mmc.org
66. McGorry PD, Yung AR, Bechdolf A et al. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:25-7.
67. Comblatt BA, Lencz T, Smith CW et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry* 2007;68:546-57.
68. Killackey E, Yung AR. Effectiveness of early intervention in psychosis. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:121-5.
69. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Australia* 2007;187(Suppl. 7):s53-6.
70. McGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Med J Australia* 2007;187(Suppl. 7):s8-10.
71. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.
72. Patton GC, Hetrick SE, McGorry P. Service responses for youth onset mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:319-24.
73. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999;46:899-907.
74. Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:975-83.
75. Perkins DO, Gu H, Boteva K et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005;162:1785-804.
76. Bottlender R. Against: "Every person with schizophrenia should be treated as early as possible". *Psychiatr Prax* 2006;33:106-7.
77. Harris MG, Henry LP, Harrigan SM et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophr Res* 2005;79:85-93.
78. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
79. Lieberman J, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
80. Perez-Iglesias R, Crespo-Facorro B, Martinez-Garcia O et al. Weight gain induced by haloperidol, risperidone and olanzapine after 1 year: findings of a randomized clinical trial in a drug-naive population. *Schizophr Res* 2008;99:13-22.
81. Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E et al. The ACE project: a randomised controlled trial of CBT versus befriending for first episode psychosis: acute phase and one-year follow-up results. *Psychol Med* 2008;38:725-35.
82. Lewis SW, Tamer N, Haddock G et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002; 181(Suppl. 43):s91-7.
83. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: a randomised controlled trial of individual placement and support versus treatment as usual. *Br J Psychiatry* (in press).
84. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J et al. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:951-62.
85. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
86. Velligan DI, Kem RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006;32:474-85.
87. Joa I, Johannessen JO, Auestad B et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull* 2008;34:466-72.

88. Malla A, Norman R, Scholten D et al. A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:337-44.
89. Killackey E, McGorry PD. Interventions in the early stages of psychosis. *Psychiatr Ann* (in press).
90. Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006(4) :CD000088.
91. Birchwood M, Fiorillo A. The critical period for early intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2000;4:182-98.
92. McGorry PD. Early psychosis reform: too fast or too slow? *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:249-51.
93. Killackey EJ, Yung AR, McGorry PD. Early psychosis: where we've been, where we have to go. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007;16:102-8.
94. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;187(Suppl. 43):s98-106.
95. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2007; 191 (Suppl. 51):sl40-6.
96. McGorry PD, Yung AR. Early intervention in psychosis: an overdue reform. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2003;37:393-8.
97. Lin V, Gibson B. Evidence-based health policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
98. Russell J, Greenhaigh T, Byrne E et al. Recognising rhetoric in health care policy analysis. *J Health Serv Res Pol* 2008; 13:40-6.
99. McGorry PD. Evidence based reform of mental health care. *BMJ* 2005;331:586-7.
100. National Health and Medical Research Council. National Institute of Clinical Studies, www.nhmrc.gov.au.
101. National Health Service. National Institute of Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
102. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA* 2003;299:1182-4.
103. Gladwell M. The tipping point. London: Little Brown and Company, 2000.
104. Horton R. Launching a new movement for mental health. *Lancet* 2007;370:806.
105. Insel TR, Fenton WS. Psychiatric epidemiology: it's not just about counting anymore. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:590-2.
106. Headspace. Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation. www.headspace.org.au.
107. McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al. Investing in youth mental health is a best buy *Med J Aust* 2007;187(Suppl. 7):S5-7.
108. Headstrong. Headstrong: The National Centre for Youth Mental Health, www.headstrong.ie.

Pag 157

COMENTARII

PROMISIUNILE SI PROVOCARILE INTERVENTIEI PRECOCE IN TULBURARII PSIHOTICE

ASHOC MALLA

Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Un interes in crestere pentru intelegerea si tratarea fazei precoce a tulburarilor psihotice, in special a schizofreniei, a adus in prim plan un sentiment de optimism in ceea ce priveste schimbarea cursului acestor tulburari. McGorry et al. scoate in evidenta multe aspecte legate de progresele facute, ca si unele din provocarile legate de avansarea aplicarii unui model de ingrijire preventiv mai larg bazat pe un model ierarhic de intelegere a tulburarilor mentale.

S-ar putea sa nu fie in intregime ironic ca dezvoltarea teoriei si practicii legata de interventia precoce in tulburarile psihiatrice ar fi trebuit sa inceapa cu tulburarea vazuta dintr-o perspectiva mai pesimista ca avand un prognostic defavorabil (schizofrenia). Intr-adevar, a fost realizat un progres important de la studiile germinale initiale despre primul episod psihotic (1) si articolul influent al lui Wyatt (2). Un astfel de progres s-a extins dincolo de

intelegerea efectelor intarzierii tratamentului la o intelegere mai substantiala a neurobiologiei si prognosticului in timpul fazei precoce a tulburarilor psihotice. A fost in special remarcabil ca, in timp ce cercetarea legata de fenomenologie, neurobiologie si psihologie cognitiva a primului episod psihotic si a perioadelor presupuse ca precedand debutul psihozei a inflorit, a existat o dezvoltare paralela si in mod egal prolifica a serviciilor specializate in tratamentul fazelor precoce ale bolii. Astfel de dezvoltari au realizat excluderea din cercetare a mediilor artificiale pentru a le inlocui cu noi servicii specializate bazate pe viata reala, facand astfel disponibile pentru investigare cohorte epidemiologice largi de subiecti. O astfel de cercetare este mai probabil utila pe termen lung, pentru ca rezultatele sale vor fi aplicabile unor grupuri mai mari de pacienti. Dupa cum au sugerat McGorry et al., este momentul sa gandim mai larg si sa extindem orizontul unor astfel de dezvoltari in domeniul cercetarii si serviciilor la un grup mai larg de tulburari fara constrangerea unui sistem de diagnostic strict categoric.

In ciuda entuziasmului bine justificat, exista, totusi, un numar de probleme care raman fie neclare, fie neadresate. Termenul de interventie precoce a fost deseori folosit pentru a sugera o interventie "mai precoce" calculata ca o asociere intre durata psihozei netratate (DUP) si prognosticul clinic. Totusi, aceasta este o suprasimplificare: este vorba de mult mai mult in ceea ce priveste "interventia precoce" decat pur si simplu intervenirea precoce(3). Dovada pentru sustinerea interventiilor imbogatite si cuprinzatoare este intr-adevar puternica si evidentiata in studii controlate (4-6) si confirmata intr-o meta-analiza recenta (7). In timp ce aceasta necesita doar validitate pentru a sustine accesul la tratament specializat rapid, nestanjenit si usor de folosit al cazurilor noi de tulburari psihotice, dovada pentru niste interventii mai elaborate si relativ scumpe pentru imbunatatirea detectarii precoce a cazurilor ramane fie limitata fie la jurisdicții specifice (8) fie aplicabila doar unui subgrup de pacienti (9). Pentru a beneficia un mai mare numar de pacienti, ar putea fi mai usor sa-i convingem pe cei care stabilesc politica sanatatii mentale sa aplice un model de tratament mai eficient cu un acces imbunatatit mai degraba decat sa asteptam ca ei sa sustina interventii elaborate si scumpe pentru a reduce DUP prin detectarea activa a cazurilor. Este totusi necesar inca sa identificam ce metode de identificare precoce a cazurilor si de acces imbunatatit ar putea sa functioneze in ce fel de medii, avand in vedere variatiile largi in ceea ce priveste compozitia populatiilor (de exemplu etnie, mediu urban vs. rural) si natura si calitatea ingrijirii medicale predominant primare sau de specialitate. Pe de alta parte, campanii pe scara larga la nivelul comunitatii pentru imbunatatirea instructiei in domeniul sanatatii mentale generale si pentru angajarea comunitatilor intr-un dialog despre afectiunile mentale au o valoare euristica, chiar daca impactul lor direct asupra reducerii intarzierii tratamentului tulburarilor specifice poate fi dificil de demonstrat.

McGorry et al. identifica corect acuratetea conceptuala mai importanta a "riscului foarte inalt" ca opus fata de pacientii "prodromali" la care interventiile ar putea fi oferite pentru a preveni sau intarzia debutul psihozei. In timp ce a existat un progres in ceea ce priveste demonstrarea eficientei interventiilor individuale in studii controlate mici, nu ne aflam inca la stadiul de a recomanda orice abordare particulara. Dincolo de necesitatea pentru dovezi mai substantiale, exista cateva motive pentru o astfel de prudenta. Tranzitia de la un stadiu non-psihotic de risc inalt la psihoza are loc la doar o parte din astfel de pacienti, chiar fara folosirea medicatiei antisihotice, mai ales daca li se ofera ingrijire si sustinere adecvate pentru problemele cu care se prezinta. Aceasta ridica problema riscului legat de tratarea mult mai multor cazuri fals pozitive pentru un posibil caz de psihoza iminenta. Mai departe, nu s-a acordat suficienta atentie granitei relativ fluide si ambigue dintre nivelurile simptomelor de psihoza incomplete si cele complete, creandu-se riscul raportarii unor rezultate bazate pe rationamente categoric gresite. Pana cand cercetarea metodologica viitoare temeinica bazata pe loturi mari va produce interventii clare bazate pe dovezi, ne confruntam cu riscul incurajarii clinicienilor sa fie increzatori in folosirea medicatiei antipsihotice pentru tratarea

simptomelor pe care le observa printr-o singura evaluare , dupa cum se intampla in multe jurisdicții.

Alte provocari majore care trebuie confruntate, daca o mai mare populatie de pacienti ar beneficia de „interventia precoce”, includ refuzul pacientilor de a accepta sau de a se angaja la tratament (estimativ 15-50%), pe cei care renunta precoce in cursul sau nu adera la tratament, si cei care se prezinta cu abuz de substanta ca problema aditionala. Lipsa de aderenta la tratament si prezenta abuzului de substanta au fost identificate ca obstacole majore pentru obtinerea si mentinerea remisiunii simptomatice urmand tratamentului primului episod psihotic (10-12). Intr-adevar astfel de predictorii maleabili ai prognosticului pun in umbra semnificatia intarzierii tratamentului pentru obtinerea unor prognosticuri mai bune. Mai departe, se pare ca castigurile realizate cu un tratament specializat al fazei precoce a psihozei, in primii doi ani castigurile sunt dificil de sustinut (5) si studiul sistematic urmat referitor la lungimea tratamentului de specialitate este necesar daca trebuie sa evaluam pe termen lung cursul tulburarilor psihotice. In cele din urma, exista o necesitate importanta de a intelege procesul recuperarii si ce il sustine sau impiedica in timpul „perioadei critice” precoce. Cercetarea atat cantitativa cat si calitativa, care tine cont de perspectivele pacientilor si familiilor lor si examineaza efectul diverselor tratamente asupra recuperarii (13), ar trebui sa fie o prioritate pentru campul interventiei precoce.

Bibliografie:

1. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL et al. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986; 148:115-20.
2. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17:325-51.
3. Malla AM, Norman RM. Treating psychosis: is there more to early intervention than intervening early? *Can J Psychiatry* 2001 ;46: 645-8.
4. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48):s98-sl03.
5. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:762-71.
6. Garety PA, Craig TK, Dunn G et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:37-45.
7. Harvey PO, Lepage M, Malla A. Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a metaanalytic approach. *Can J Psychiatry* 2007;52:464-72.
8. Melle I, Larsen TK, Haahr U et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143-50.
9. Cassidy CM, Schmitz N, Norman R et al. Long-term effects of a community intervention for early identification of first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117: 440-8.
10. Wade D, Harrigan S, Edwards J et al. Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br J Psychiatry* 2006; 189:229-34.
11. Malla A, Norman R, Bechara-Evans L et al. Factors influencing relapse during a 2-year follow-up of first-episode psychosis in a specialized early intervention service. *Psychol Med* (in press).
12. Malla A, Norman R, Schmitz N et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study *Psychol Med* 2006;36:649-58.
13. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.

NECESITATEA INTERVENTIEI PRECOCE, MEDII SI INTARZIATE IN PSIHOZA

ELIZABETH KUIPERS

Department de Psychology, King's College London; Institutul de Psihiatrie, Departamentul de Psihologie, Box PO77, Henry Wellcome Building, De Crespigny Park, Denmark Hill, London, SE5 8AF, UK.

Dupa cum subliniaza McGorry et al., modelul interventiei precoce in psihoza se leaga de bolile fizice (in mod tipic cancerul), in cazul carora ideea este ca detectia precoce duce la un tratament care este mai putin radical, cu un succes mai important si care previne un prognostic sarac sau fatal. Din pacate in psihoza nu exista nici un marker biologic precoce, nici unul specific, astfel ca interventia precoce nu este de fapt deloc precoce, ci mai aproape de preventia secundara la care simptomele sunt deja prezente, chiar daca ele nu sunt inca severe. Aceasta inseamna ca tot ceea ce serviciile prodromale pot sa faca este sa ofere tratamente pentru a-i ajuta pe cei care le cauta, dintre care 80% nu vor realiza niciodata tranzitia. Serviciile prodromale, prin definitie, nu ofera ajutor celor care neaga ca ar avea probleme si care ar putea fi la limita cea mai severa a spectrului cu o durata mai lunga a psihozei netratate (DUP), mai multe simptome negative si prognostice mai defavorabile dupa un episod. Similar, serviciile de interventie precoce, pot doar sa ofere ajutor celor care vor ramane angajati in proces.

Astfel, modelul medical al interventiei precoce nu este corect pentru psihoza; cei tratati, sau cei care accepta tratamentul, sunt prin definitie putin probabil cei care ar avea cel mai mult nevoie de acesta. Aceasta este prima dificultate pe care o intalnesc serviciile si, pana cand markeri mai specifici vor fi descoperiti, ea va ramane o piedica in calea sperantei de a preveni episoade sau de a oferi servicii cuprinzatoare oricarei persoane aflate la risc pentru un episod: un model real de interventie precoce.

Bineinteles, exista motive umanitare pentru oferirea precoce a serviciilor; acestea sunt in principal reducerea DUP, asociata cu un raspuns mai slab la medicatia antipsihotica (1) si realitatile uneori brutale si socante ale sectionarii si admisiei pe care indivizii le pot intalni daca problemele sunt lasate pana la o criza. Oferirea unui serviciu cu care persoanele pot colabora si pe care il pot aborda inaintea dezvoltarii crizelor este in intregime laudabila. Totusi, nu avem nici o dovada inca, dincolo de dovada legata de DUP, ca astfel de tratamente precoce schimba prognosticul pe termen lung. Inca nu suntem capabili sa urmarim cazurile de interventie precoce dupa 10 sau 20 de ani, incluzand mortile de orice cauza.

Mai departe, in acest articol, McGorry et al. promoveaza ideea unui model „stadializat”. Acesta este din nou, un transfer de idei preluat din medicina fizica. Desi este un program de cercetare folositor, nu exista nici o modalitate de a sti ce markeri, biologici sau sociali, prevad prognosticuri mai bune sau mai proaste sau raspund la un tratament mai redus (de exemplu sa nu aiba nevoie de tratament). Desi este de interes, nu ne aflam in pozitia de a implementa nici un fel de astfel de serviciu detaliat si specific pentru psihoza.

McGorry et al. atinge, dar nu elaboreaza afirmatia ca tratamentul ce vizeaza interventia precoce in psihoza cel mai de succes include o componenta sociala si vocationala considerabila. Persoanele tinere cu psihoza doresc in mod tipic sa reduca excluderea lor sociala – ei vor sa „revina la normal”, si sa aiba acces la usor la activitati (slujbe) semnificative, sudii si relatii. Serviciile de interventie precoce includ in mod tipic o „doza” larga de ajutor vocational. Aceasta sugereaza ca nu doar psihoza trebuie tratata, dar si atitudinea societatii si a individului fata de dificultatile pe care aceasta le poate cauza. Facilitarea accesului persoanelor inapoi in medii „normale”, in ciuda problemelor cum ar fi sensibilitatea lor la stres si posibilitatea de a avea o putere de concentrare scazuta, este

realizata cu mai multa dificultate datorita intelegerii publice sarace, teama si stigma care insotesc aceste diagnostice si previn reintegrarea. Campaniile curente antistigma din unele tari incearca sa imbunatateasca acest aspect.

Totusi, nu este doar reactia societatii. Cercetarea asupra perceptiei bolii arata ca, la fel ca in cazul bolilor fizice, persoanele cu psihoza si cei care ii au in grija, pot avea perspective negative de inteles despre consecintele si abilitatea lor de a controla problemele, care pot afecta deciziile despre tratament. Datorita acestui lucru, dupa cum John Weinman a subliniat (2), „perceptiile bolii sunt responsabile pentru o cantitate semnificativa si importanta de variatie a prognosticului in bolile fizice”. Persoanele cu psihoza indeplinesc de asemenea aceste atitudini (3,4). Bineinteles, stim ca respingerea medicamentelor, datorita efectelor secundare, ca si esecul de a se angaja la serviciile noastre, raman preocupari in cazul acestei populatii.

In al treilea rand, McGory et al. atinge doar problematica interventiei la nivelul familiei in cazul psihozei precece. Exista unele dovezi care arata ca aceasta este de ajutor (5,6). Totusi, stim de asemenea ca exista mai multe persoane implicate in ingrijire in cazul episoadelor precece, poate 60% si ca acestea experimenteaza dificultati si reactii similare ca si cei de mai tarziu (7). Stim de asemenea ca impactul grijii pentru rude este legat de depresia pe termen lung nivelurile ridicate de stres si epuizare datorita continuarii rolului de persoana care ingrijeste pacientul (8). Astfel, in ceea ce priveste imbunatatirea folosirii serviciilor si prognosticele carierelor, oferirea interventiei precece, includerea interventiei familiale, de la inceputul episoadelor trebuie sa fie rationale.

In sfarsit, este greu de argumentat impotriva ideii ca detectarea precece, prodromala si serviciile de interventie precece sunt un lucru „bun”. O practica buna inseamna oferirea celor mai bune servicii posibile. Dupa cum a notat Max Birchwood, interventi precece tinsteste mai ales reducerea haosului si a ratelor inalte de suicid din primii ani critici ai psihozei (9). Totusi, avem doar dovezi ca aceasta poate reduce recaderile si imbunatati aderenta (10) si nu avem nici o dovada care sa arate o imbunatatire a cursului bolii pe termen lung. Dupa cum am sugerat anterior (11) oferirea unor servicii de inalta calitate, cuprinzatoare, orientate in functie de nevoi la toate stadiile de prezentare, precece, mediu si tardiv, incluzand oferirea de optimism si speranta in ceea ce priveste vindecarea (12), ar parea sa fie o strategie mai rezonabila.

Bibliografie:

1. Perkins DO, Gu H, Boteva K et al. Relation-ship between duration of untreated psycho-sis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1785-804.
2. Weinman J. Personal communication.
3. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:1165-76.
4. Watson PWB, Garety PA, Weinman J et al. Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med* 2006;36:761-70.
5. Grawe RW, Falloon IRH, Widen JH et al. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomized controlled study *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114:328-36.
6. Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an ear-y psychosis program. *Schizop Res* 2005; 79:107-16.
7. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. EE at first episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry* 2004; 184-321-6.
8. Barrowclough C. Families of people with schizophrenia. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Families and mental disorders: from burden to empowerment*. Chichester: Wiley 2005:1-24.
9. Pelosi AJ, Birchwood M. Is early intervention for psychosis a waste of valuable re-sources? *BrJ Psychiatry* 2003; 182:196-8.
10. Craig TKJ, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067.
11. Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S et al. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:358-63.

STADIALIZAREA CLINICA SI ABORDAREA ENDOFENOTIPICA CA O PERSPECTIVA VIITOARE INTEGRATIVA PENTRU PSIHIATRIE

JOACHIM KLOSTERKÖTTER

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Clogne, Kerpener Strasse 62, 50924 Cologne, Germany.

In lucrarea lor, McGorry et al. sustin introducerea internationala a unui model de stadializare clinica in diagnosticul clinic in diferitele sisteme de sanatate mentala.

Pentru cursul precoce al tulburarilor psihotice, sunt distinse trei stadii cu diferite implicatii pentru diagnostic si terapie: a) stadiul de risc foarte inalt, in concordanta cu criteriile dezvoltate de grupul de lucru Melbourne, b) primul episod psihotic si c) cel mai crucial, perioada primilor 2-5 ani dupa primul diagnostic de psihoza.

Altfel(1), modelul stadializarii a fost deja extins la tulburarile depresive si bipolare si a fost subdivizat in opt definitii de stadiu diferite. In concordanta cu acest model mai diferentiat, un alt stadiu (Ia) cu simptome usoare sau nonspecifice, incluzand deficite neurocognitive si schimbari sau declin functionale usoare, precede situatiile de risc foarte inalt in tulburarile psihotice sau de dispozitie severe (Ib). Chiar inaintea acestora, un stadiu de risc crescut (0) fara simptome poate exista. Mai departe, perioada critica (stadiul III) dupa primul episod psihotic (stadiul II) este subdivizat in stadii cu remisiune incompleta (IIIa), recurenta si recadere (IIIb) sau recaderi multiple (IIIc) si un stadiu IV este identificat ca avand tulburari psihotice si de dispozitie severe persistente sau neremise.

Orice strategie de interventie precoce totusi presupune descoperiri retrospective si/sau prospective disponibile despre cursul precoce si modelul de stadializare clinica inrudit cu acestea. In Reteaua Germana de Cercetare despre Schizofrenie (GRNS, 2), de exemplu, proiectele de detectare si interventie precoce (3) au plecat de la studii care au tintit deja o caracterizare detaliata a stadiilor prodromale initiale anterioare primului episod psihotic cu metodologii retrospective (4,5) si prospective (6) optimizate. Aceste studii au relevat o durata a prodromului initial de 5-6 ani in medie si, in aceasta faza, au identificat niste secvente sindromologice, din simptome nespecifice, via simptome de baza cognitiv-perceptuale, simptome tranzitorii atenuate si tranzitorii, pana la un prim episod psihotic (7). Aceste simptome de baza cognitiv-perceptuale precoce au dovedit o acuratete predictiva buna, cu o rata de tranzitie de 63% dupa o urmarire medie de 9,6 ani (6). Astfel, in combinatie cu datele disponibile referitoare la ratele de tranzitie pentru criteriile de risc foarte inalt, a fost propusa o subdiviziune a fazei prodromale intr-un stadiu prodromal initial precoce si unul tardiv, care este aproape similara cu diferentierea de mai sus intre stadiile Ia si Ib. Acest model a fost baza pentru proiectele de detectare si interventie precoce ale GRNS (8) si, usor modificat, Studiul multinational prospectiv EPOS – the European Prediction of Psychosis Study (9).

Rezultatele EPOS au confirmat o problema aparuta pe care grupul Melbourne a descris-o pentru abordarea sa de risc foarte inalt, cum ar fi ca ratele de tranzitie pe termen scurt sunt mai mici la loturile colectate recent comparativ cu cele studiate initial. Ca o solutie la problema rezultata a predictiilor fals pozitive a unui prim episod psihotic, grupul EPOS a

propus o procedura in doi timpi: in primul rand, combinatia criteriilor de risc foarte inalt aparute prodromal mai tardiv cu criteriile legate de simptomele de baza aparute prodromal mai precoce vor permite o repartizare mai sensibila si mai specifica catre stadiul de risc prodromal initial. In al doilea rand, pot fi calculati noi indici de prognostic, care, pentru fiecare individ, pot determina probabilitatea si timpul care este de asteptat sa treaca pana la tranzitia spre primul episod psihotic. Astfel, stadializarea clinica poate fi combinata cu o estimare individuala a riscului.

Modelul de stadializare clinica difera de abordarea endofenotipica (10, 11). Modelul de stadializare clinica presupune ca subiectii la risc dezvolta primele lor simptome usoare deja in adolescenta. Depinzand de o varietate de factori atat de risc cat si protectori neurobiologici, sociali si personali, acestea se pot dezvolta si pot depasi criteriile pentru stadii mai severe. Astfel, este esential sa prevenim acest progres cat mai devreme posibil. Aceasta in schimb necesita cunostiinte detaliate despre stadiul bolii pacientului si despre factorii de risc si protectori relevanti pentru acest stadiu. Abordarea endofenotipica se concentreaza asupra ereditatii, asociatiei familiale, co-segregarii si chiar independentei stadiului. Markerii candidati sunt vazuti ca trasaturi constante, care sunt prezente in toate stadiile clinice si, cel mai important, chiar in stadiul non-clinic de risc.

In cazul GNRS, cele doua abordari au fost combinate. Un interes substantial a fost acordat unor schimbari posibile ale corelatiilor neurobiologice in timpul tranzitiei unei persoane de-a lungul diferitelor stadii de la 0 la IV. Diferentierea intre stadiile prodromale initiale precoce si initiale tardive, cu implicatiile lor diagnostice si terapeutice, a fost inclusa in noua lucrare „The German Clinical Practice Guidelines”. Totusi, in ciuda tuturor progreselor, atat stadializarea clinica cat si abordarea endofenotipica necesita inca consolidare prin cercetare ulterioara, inainte sa poata fi implementate in mod rational in sistemele de diagnostic internationale.

Bibliografie:

1. McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Australia* 2007;187(Suppl. 7):40-2.
2. Hafner H, Maurer K, Ruhrmann S et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:117-28.
3. Bechdolf A, Ruhrmann S, Wagner M et al. Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):s45-8.
4. Hafner H, Maurer K, Loffler W et al. Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003;29:325-40.
5. Hafner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World psychiatry* 2006;5:130-8.
6. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158-64.
7. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Bening J et al. Basic symptoms and ultra-high risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophr Bull* (in press).
8. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(Suppl.3): 162-7.
9. Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F et al. The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry* 2005;4:161-7.
10. Chan RCK, Gottesman II. Neurological soft signs as candidate endophenotypes for schizophrenia: a shooting star or a Northern star? *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:957-71.
11. Braff DL, Greenwood TA, Swerdlow NR et al. Advances in endophenotyping schizophrenia. *World Psychiatry* 2008;7:11-8.

INTERVENTIA PENTRU STADIALIZARE SI INDEPLINIREA NEVOILOR IN PSIHOZA PRECOCE

RAIMO K.R.SALOKANGAS

Department of Psychiatry, University of Turku; Psychiatric Clinic, Turku University Central Hospital, Kiinamyllynkatu 4-8, 20520 Turku, Finland.

Ideea lui Kraepelin de a folosi prognosticul ca si criteriu de diagnostic pentru dementa precoce, astfel ca prognosticul acestei afectiuni era prin definitie defavorabil, a fost criticat de la inceput. Bleuler (1) a aparat ideea ca un diagnostic de schizofrenie ar trebui sa fie stabilit la inceputul tulburarii, astfel ca un pacient cu schizofrenie sa aiba posibilitatea sa se recupereze fara o rediagnosticare retrospectiva. Abordarea bleuleriana, fertilizata de ingredientele psihodinamice freudiene, au dus la largirea conceptului de schizofrenie, ducand totusi la diagnostice de schizofrenie care nu sunt solide. Ca reactie la aceasta situatie de neconceput, a fost produsa clasificarea diagnostica neo-krepaeliniana (DSM-III) si prognosticul a devenit din nou un criteriu diagnostic. Aceasta reforma diagnostica a insemnat o intarziere pentru interventia precoce, pentru ca clinicianul trebuia sa astepte un timp indelungat inainte ca diagnosticul corect sa poata fi confirmat si interventia bazata pe dovezi sa fie introdusa.

Pentru a depasi dezavantajul cauzat de practica diagnostica clinica curenta, McGorry et al. sugereaza sa ne concentram nu asupra schizofreniei, ci asupra tuturor tulburarilor psihotice (functionale), considerand dezvoltarea lor ca stadii de la stari de risc, via prim episod, pana la recuperare sau perioada critica. Din punctul de vedere al interventiei precoce, aceasta stadializare a psihozei este justificata. Doar o mica proportie a pacientilor cu risc foarte inalt care dezvolta psihoza vor progresa spre un diagnostic de schizofrenie. Interventia precoce si cuprinzatoare ar putea sa gaseasca pacientii in stadiul lor prepsihotic si posibil sa previna sau sa intarzie alunecarea lor spre psihoza. Acesti pacienti pot suferi de simptome mai degraba severe (subclinice sau subsindromale) si declin functional: ei nu indeplinesc criteriile pentru diagnostice clinice, dar pot progresa catre tipuri variate de psihoze, necesitand astfel o gama mai larga de abilitati clinice decat pentru tratamentul pacientilor cu schizofrenie confirmata. De fapt, ingrijirea pacientilor de risc foarte inalt urmeaza principiile abordarii dimensionale si se concentreaza asupra tratarii diverselor simptome si deficitelor functionale, fara a astepta pentru un diagnostic structural; gandirea preventiva caracterizeaza intreaga detectare a afectiunii si procesul interventiei.

Stadiul de risc foarte inalt sau cel prodromal initial tardiv este acum bine definit si exista instrumente de incredere pentru detectarea subiectilor la risc foarte inalt, desi distinctia intre o afectiune de risc foarte inalt (simptome psihotice scurte intermitente) si psihozele scurte nu este foarte clar delimitata. Stadiul prodromal initial precoce, definit prin simptome de baza, il poate preceda pe cel prodromal initial tardiv si poate oferi un stadiu mai precoce pentru interventia psihosociala (2,3). Desi nu exista inca nici un consens despre cum sa tratam pacientii cu stadii prodromale precoce, cateva studii de interventie sugereaza ca atat interventia psihosociala cat si cea farmacologica sunt promitatoare.

Este mai degraba surprinzator cum autorii pledeaza pentru medicamentele antipsihotice atipice in defavoarea celor conventionale. Este adevarat ca, in studiul EUFEST (4), rata de discontinuare la pacientii care primesc doze reduse de haloperidol a fost mai ridicata decat la pacientii cu medicamente atipice. Totusi, acest studiu a fost deschis si, cum dupa cum autorii mentioneaza, „asteptarile psihiatrilor ar fi putut sa duca la o discontinuare mai frecventa a haloperidolului”. Atat medicamentele antipsihotice conventionale cat si cele atipice sunt grupuri heterogene si nu avem studii comparative bune intre diferitele antipsihotice in

tratamentul pacientilor la risc pentru psihoza sau cu un prim episod de schizofrenie. Cateva studii care folosesc perfenazina (CATIE)(5) sau cateva conventionale (CUTLASS) (6) ca si medicamente comparative sugereaza ca diferentele in ceea ce priveste eficienta intre medicamentele conventionale si cele atipice pot fi mici. Reputatia indoielnica a neurolepticelor conventionale este in principal datorata dozelor zilnice mari care erau prescrise pacientilor. Abordarea stadializarii clinice cand se vorbeste despre psihoze in loc de schizofrenie, tinteste reducerea stigmei legata de conceptul de schizofrenie. Aceasta aceeași strategie poate de asemenea sa sa potriveasca cu denumirea medicamentelor antipsihotice. Dupa cum afirma autorii, este paradoxal ca medicamentele antipsihotice sunt folosite pe larg in tratamentul pacientilor aflati in faza prodromala, in timp ce nu sunt permise in studiile clinice. Prin schimbarea denumirilor medicamentelor de la medicamente antipsihotice inapoi la medicamente neuroleptice, o mare parte din temerile legate de conceptul de psihoza ar putea fi depasite.

Studiile referitoare la interventie au aratat ca, chiar si in conditii optime, numai o parte din psihoze, incluzand schizofrenia, pot fi prevenite. Cu toate acestea, la nivelul comunitatii, durata psihozei netratate poate fi scurtata (7). Aceasta este una din marile impliniri ale abordarii identificarii si interventiei precoce. Totusi, nevoia de ingrijire cuprinzatoare este considerabila. Pe baza studiilor sale si a experientei vaste, Alanen (8) a lansat conceptul de tratament adaptat nevoilor, care include cinci elemente principale: a) activitati terapeutice flexibile, individual planificate si duse la bun sfarsit; b) examinare si tratament dominat de o atitudine psihoterapeutica; c) diferitele abordari terapeutice ar trebui sa se suplimenteze, nu sa se inlocuiasca una pe cealalta; d) tratamentul ar trebui sa atinga si sa mentina un proces interactional continuu; si e) urmarirea individuala a pacientului si a eficacitatii tratamentului. In continuare, tratamentul adaptat nevoilor subliniaza faptul ca nevoile unui pacient individual se pot schimba. Sistemul de tratament ar trebui sa fie sensibil la aceste schimbari si sa incerce sa intalneasca nevoile reale cu intelegere. Aceasta poate, de asemenea sa insemne ca nevoia de ingrijire se poate extinde dincolo de perioada critica.

Problema legata de clinica detectarii si interventiei precoce speciale este importanta. Majoritatea pacientilor cu stadii prodromale ajung la centre de ingrijire primara si/sau centre comunitare de sanatate mentala, in functie de sistemul de tratament local. Aceasta inseamna ca toate echipele care intalnesc pacienti cu probleme mentale ar trebui sa fie costiente de posibilitatea psihozei si ar trebui sa sa incerce sa monitorizeze si sa examineze pacientii si din acest punct de vedere. Clinicile specializate pot sa intalneasca doar o (mica) proportie de pacienti cu risc pentru psihoza, dar au un rol important in educarea comunitatilor si a altor echipe.

Bibliografie:

1. Bleuler E. Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. New York: International University Press, 1911/1950.
2. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J et al. Basic symptoms and ultra-high risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. Schizophr Bull (in press).
3. Bechdolf A, Wagner M, Veith V et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy in the early initial prodromal state of psychosis. Schizophr Res 2006;81(Suppl.):22-3.
4. Kahn RS, Pleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreni-form disorder: an open randomised clinical trial. Lancet 2008;371:1085-97.
5. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005 ;353:1209-23.
6. Jones PB, Bames TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1). Arch Gen Psychiatry 2006;63:1079-87. (Suppl. 48):s29-s32. 8. Alanen YO. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. Exeter: Karmac Books, 1997.

7. Friis S, Vaglum P, Haahr U et al. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study BrJ Psychiatry 2005; 187 (Suppl. 48):s29-s32.
8. Alanen YO. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. Exeter: Karmac Books, 1997

INTELEGHEREA PATOFIZIOLOGIEI ESTE CRUCIALA IN CORELAREA STADIALIZARII CLINICE CU O TERAPIE TINTITA

OLIVER D.HOWES^{1,2}, PHILIP K. MCGUIRE¹, SHITIJ KAPUR¹

¹ Institute of Psychiatry, King's College, Camberwell, London, SE5 8AF, UK

² PET Psychiatry Unit, MRC Clinical Sciences Centre, Hammersmith Hospital, London, UK.

McGorry et al in Melbourne si un numar select de alte grupuri din lume au instrumentat o schimbare a paradigmei legata de abordarea schizofreniei in ultimii aproximativ cincisprezece ani. Ei au acordat unei boli care era vazuta ca inexorabil deteriorata o noua speranta, noi date si un optimism terapeutic nou. Academia si clinicienii au raspuns ideilor lor. O cautare rapida a PubMed arata ca din 1993, cand au aparut primele articole intitulate „interventia precoce in schizofrenie”, au existat cel putin 480 de publicatii in domeniu. Au existat 22 in domeniu in anii anteriori lui 1992. Serviciile de sanatate mentala din lume s-au reconfigurat si au investit in stabilirea echipelor de interventie precoce pentru psihoza si a existat o explozie a cercetarilor in aceasta arie. Bineinteles, au existat alte dezvoltari in aceeasi perioada care au condus la un optimism in ceea ce priveste clinica si cercetarea – dezvoltari in cercetarea neurobiologica si introducerea unor agenti terapeutici noi de exemplu – dar putini au fost cei care au corelat domeniile de clinica si cercetare atat de direct. McGorry et al., in articolul lor din aceasta editie, arata ca ei inca conduc evolutia gandirii in cercetare si practica clinica in acest domeniu.

Merita reflectat despre cum ceea ce era recent de neconceput – prevenirea schizofreniei – a deveni posibil de conceput, desi de neatins. Acum, ceea ce putem tinti cel mai departe, este preventia secundara – interventia la indivizi care sunt deja simptomatici si afectati functional pentru a reduce probabilitatea ca afectiunea lor sa se inrautateasca. In acest articol, McGorry et al. preiau din medicina generala ideea de a introduce conceptul de stadializare clinica in psihoza, cu propunerea de a avea trei stadii: risc foarte inalt (probabil prodromal), primul episod si recuperarea. Totusi, o constrangere critica despre aplicabilitatea unui model de stadializare a psihozei este intelegerea noastra limitata a patofiziologiei subiacente. Acum ne bazam pe factorii pur clinici pentru a prevedea prognosticele, de exemplu care pacient cu risc foarte inalt va dezvolta psihoza, sau care care pacient la primul episod va raspunde la tratament. Totusi, acestor abordari inca ii lipseste o sensibilitate si o specificitate satisfacatoare si, in majoritatea cazurilor, o validare independenta. Mai mult, decisiv, nu sugereaza interventii tintite, specifice in functie de stadiu.

Deoarece criteriile noastre pentru separarea riscului foarte inalt de primul episod sunt simptomatice, tratamentele noastre pentru cele doua situatii trebuie sa fie distincte daca ar fi sa numim una „preventie secundara” si pe cealalta „tratament precoce”. Daca McGorry et al. imprumuta de la restul medicinei, sa luam un exemplu de la restul medicinei pentru a ilustra acest punct de vedere. Intelegerea patofiziologiei care duce la un atac de cord a permis

clinicienilor sa identifice biomarkerii de risc care pot fi combinati cu interventia tintita cea mai potrivita. Pentru a preveni boala arterelor coronare, doctorii identifica pacientii cu nivele ridicate ale colesterolului si ii trateaza cu interventie dietetica sau statine; sau, daca pacientul are in plus si hipertensiune, li se ofera un betablokant. Totusi, nu li se ofera imediat o mini-angioplastie. Ideea este ca tratamentele utilizate in preventia secundara sunt tintite asupra proceselor in mod diferit fata de cele care sunt folosite pentru tratarea bolii. Nu suntem inca la acest nivel in psihoze. Tratamentele care sunt oferite pacientilor in primul episod si care au fost evaluate la cei cu semne prodromale (medicamente antipsihotice, terapie cognitiv-comportamentala si managementul cazului) sunt in principal aceleasi interventii care sunt oferite pacientilor cu psihoza stabilita. Mai mult, nu stim care forma de interventie va functiona si pentru cine, sau ce sa oferim celor care raspund slab la tratament. Intelegerea patofiziologiei factorilor de risc, a semnelor prodromale de boala, a primului episod si a determinantilor recuperarii si a raspunsului la tratament este un prim pas crucial catre tipul de stadializare clinica folosit in medicina generala.

Cu toate acestea, exista o speranta optimista ca patofiziologia acestor stadii poate fi determinata. Aplicarea unor criterii standardizate pentru caracterizarea persoanelor care sunt probabil in faza prodromala a tulburarii psihotice(1,2) a oferit o modalitate prospectiva de studiere a dezvoltarii psihozei, in timp ce dezvoltarea serviciilor de interventie precoce a crescut contactul cu pacienti aflati in fazele precoce ale psihozei. Aceasta a permis investigarea unei arii de echilibru clinic – daca sa fie initiat tratamentul la persoane cu semne prodromale – si a informat despre dezvoltarea de metode pentru preventia secundara. In acelasi timp, a permis avansuri semnificative in ceea ce priveste intelegerea neurobiologiei psihozei.

Studiile neuroimagistice structurale si functionale au aratat ca multe din anomaliiile din tulburarile psihotice cronice sunt evidente nu doar la primul episod psihotic, dar si la indivizii cu semne prodromale (reluat in 3,4). Acestea includ un volum al substantei cenușii redus in zona frontala, cingulata si temporala (5-9), activarea alterata in aceste regiuni in timpul sarcinilor care angajeaza functiile executive si memoria de lucru (10,11), si schimbari in tracturile de substanta alba care le interconecteaza (12). Studiile de imagistica moleculara si spectroscopie prin rezonanta magnetica la persoanele cu semne prodromale au relevat de asemenea o functie dopaminergica presinaptica crescuta si alterarea nivelurilor de glutamat si a receptorilor serotoninergici (13-16). Mai mult, studiile neuroimagistice longitudinale indica ca unele din anomaliiile structurale evidente in faza prodromala progreseaza odata cu tranzitia indivizilor spre psihoza (5). Reducerile progresive ale volumului de substanta cenușie par si continue dupa primul episod si pot fi legate de prognosticul clinic pe termen lung (17-19).

In timp ce aceste studii sunt pasi promitatori spre identificarea neurobiologiei care ar putea sustine un model de stadializare clinica, un numar de cerinte trebuie sa fie indeplinite inainte ca rezultatele cercetarilor sa gaseasca o utilitate clinica. In primul rand, rezultatele predictive trebuie sa fie replicate la esantioane independente. Aceasta a inceput sa se intample pentru anomaliiile structurale, dar nu a fost inca realizat pentru modificarile functionale. In al doilea rand, specificitatea nu doar a psihozei, dar si a prognosticului functional si a stadiului trebuie sa fie stabilita. Biomarkerii care indeplinesc aceste cerinte pot oferi tinte clare pentru dezvoltarea unor terapii specifice in functie de stadiu noi (20).

Progresul in domeniul nostru a venit din multe directii. Pana acum descoperirile majore au fost rezultatul avansurilor clinice abile ale noilor medicamente din industria farmaceutica. Si in timp ce ar trebui sa fim real recunoscatori ca s-a intamplat acest lucru, nici unul dintre acestea nu este legat explicit de patofiziologia subiacenta a bolii. Ca rezultat, boala schizofrenie a fost subiectul unei reconceptualizari si redefiniri constante. Astfel, daca modelul de stadializare clinica ar putea fi ancorat de o patofiziologie evolutiva, i-ar oferi posibilitatea unei noi conceptualizari care ar putea depasi variantele ei anterioare.

Bibliografie:

1. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2002; 159:863-5.
2. Yung AR, Yuen HP, McGony PD et al. Map-ping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005;39:964-71.
3. Fusar-Poli P, Perez J, Broome B et al. Neuro-functional correlates of vulnerability to psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31:465-84.
4. Howes OD, Montgomery AJ, Asselin MC et al. Molecular imaging studies of the striatal dopaminergic system in psychosis and predictions for the prodromal phase of psychosis. *BrJ Psychiatry* 2007;191(Suppl. 51): s13-8.
5. Pantelis C, Velakoulis D, McGony PD et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 2003; 361:281-8.
6. Borgwardt SJ, Riecher-Rossler A, Dazzan P et al. Regional gray matter volume abnormalities in the at risk mental state. *Biol Psychiatry* 2007;61:1148-56.
7. Borgwardt SJ, McGuire PK, Aston J et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at-risk mental state who later develop psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 191(Suppl. 51):s69-s75.
8. Lappin J, Dazzan P, Morgan K et al. Duration of prodromal phase and severity of volumetric abnormalities in first episode psychosis. *BrJ Psychiatry* 2007;191:123-7.
9. Meisenzahl E, Koutsouleris N, Gaser C et al. Structural brain alterations in subjects at high-risk of psychosis: a voxel-based morphometric study. *Schizophr Res* (in press).
10. Broome M, Matthiasson P, Fusar-Poli P et al. Neural correlates of executive function and working memory in the 'at-risk mental state'. *Br J Psychiatry* (in press).
11. Morey RA, Inan S, Mitchell TV et al. Imaging frontostriatal function in ultra-high-risk, early, and chronic schizophrenia during executive processing. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:254-62.
12. Walterfang M, McGuire P, Yung A et al. White matter volume changes in people who develop psychosis. *BrJ Psychiatry* 2008; 192:1-6.
13. Howes OD, Montgomery A, Asselin MC et al. Elevated striatal dopamine function linked to prodromal signs of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
14. Hurlmann R, Matusch A, Kuhn KU et al. 5-HT_{2A} receptor density is decreased in the at-risk mental state. *Psychopharmacology* 2008;195:579-90.
15. Wood SJ, Berger G, Velakoulis D et al. Proton magnetic resonance spectroscopy in first episode psychosis and ultra high-risk individuals. *Schizophr Bull* 2003;29:831-43.
16. Stone JM, McLean MA, Lythgoe DJ et al. Brain glutamate and grey matter volume in the early phase of psychosis. *Schizophr Res* 2008;98:115-6.
17. Nakamura M, Salisbury DF, Hirayasu Y et al. Neocortical gray matter volume in first-episode schizophrenia and first-episode affective psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI study *Biol Psychiatry* 2007; 62:773-83.
18. van Haren NE, Hulshoff Pol HE, Schnack HG et al. Focal gray matter changes in schizophrenia across the course of the illness: a 5-year follow-up study. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:2057-66.
19. Wood SJ, Velakoulis D, Smith DJ et al. A longitudinal study of hippocampal volume in first episode psychosis and chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;52:37-46.
20. McGuire P, Howes O, Stone J et al. Functional neuroimaging as a tool for drug development in schizophrenia. *Trends Pharmacol Sci* 2008;29:91-8.

IMPLEMENTAREA IN LUMEA REALA A INTERVENTIEI PRECOCE IN PSIHOZA: RESURSE, MODELE DE IMPLEMENTARE SI PRACTICA BAZATA PE DOVEZI

ERIC Y.H. CHEN, GLORIA H.Y. WONG, MAY M.L.LAM, CINDY P.Y. CHIU, CHRISTYL.M. HUI

Department of Psychiatry, University of Hong Kong, Pokfulam Road, Hong Kong.

S-a subliniat in mod repetat ca practicile clinice sunt deseori bazate nu pe dovezi, ci pe accidente din trecut. Pentru prima data in istoria psihiatriei, se se constituie dovezi pentru a sustine rational cazul pentru interventia precoce pentru psihoza. Implementarea cu succes a acestei interventii precoce, totusi, este inca inevitabil determinata de multi factori contextuali nelegati de nivelul nostru de cunostiinte. Dincolo de perceptii si dinamica de grup, dupa cum a fost subliniat in articolul lui McGorry et al., disponibilitatea resurselor si a modelelor de implementare locale sunt intre problemele care creioneaza provizia serviciilor pentru psihoza precoce in lumea reala.

In locurile cu resurse ale sanatatii mentale scazute, screeningul sistematic si interventia preventiva pentru indivizii de risc foarte inalt raman dificile. Unele zone au adoptat o strategie de a concentra serviciile la „stadiul 2”, sau detectarea si tratamentul precoce al primului episod psihotic. In experienta din Hong Kong, implementarea publica limitata este alocata cu grija pentru optimizarea tratamentului in primii doi ani ai unei tulburari psihotice diagnosticabile (1). Desi aceasta abordare inseamna ca unele stadii ale psihozei ar putea sa nu primeasca suficienta atentie, dovezi noi depre eficienta raportata la cost a programelor de interventie precoce vor oferi un rationament mai solid pentru dezvoltarile ulterioare.

Atitudinile celor ce ofera servicii de „adepti precoce”, „majoritate intarziata” sau „lenesi” pot fi determinate pe larg de modelele de implementare ale serviciilor de sanatate locale. Studiile au relevat ca aceste modele exercita diferite efecte asupra utilizatorului serviciului (2) ca si a proviziei de servicii (3). Este probabil ca in sistemele aflate aproape de modelul de serviciu fara taxa, va exista o motivatie mai scazuta pentru acordarea educatiei pentru sanatate si a interventiei preventive, pentru ca poate fi perceput ca a duce la o utilizare redusa a serviciilor si a unui venit redus. Pe de alta parte, inertia impotriva reformei sau a dezvoltarii poate fi asteptat sa fie mai puternica in sistemele similare celor cu salarii fixe : astfel de sisteme reduc stimularea persoanelor implicate in ingrijire sa se autodepaseasca (4) si pot crea bariere pentru cautarea unui ajutor precoce (pentru ca aceasta duce la o crestere a incarcaturii muncii perceptibila). Astfel, o parte a modelului de implementare bazat pe populatie poate fi cel mai cel mai fertil teren pentru dezvoltarea programelor de interventie precoce, in care investirea in abordarile preventive poate fi favorizata comparativ cu ingrijirea terciara mai putin eficienta.

Un model de stadializare clinica a psihozei poate oferi o unealta puternica care transcende stimulentele monetare prin orientarea pacientilor si a celor ce ofera servicii catre rezultatul interventional intr-o populatie bine definita. Din perspectiva cercetarii, stadializarea psihozei poate fi o cale optima de a identifica factorii specifici care afecteaza rezultatul , in timp ce minimizam zgomotul datorat heterogenitatii lotului. Modelul 0-4 propus de McGorry et al. (5) poate servi ca o retea de succes, pe care cercetarea ulterioara poate fi bazata, pentru a construi progresiv un model augmentat cu markeri mai specifici si cele mai bune strategii de management. Un ciclu de cercetare practica pozitiva catre „cea mai buna practica” in psihoza poate fi astfel inceput, in timp ce servicii bine organizate ofera decorul pentru o cercetare optima si noile date aparute sunt apoi folosite pentru a informa ghidurile de practica clinica bazate pe dovezi pentru stadii specifice in tulburarile psihotice.

Bibliografie:

1. Chen E. Developing an early intervention service in Hong Kong. In: Ehmann T, Mac-Ewan GW, Honer WG (eds). Best care in early psychosis intervention. London: Taylor & Francis, 2004:125-30.
2. Crampton P, Sutton F, Foley J. Capitation funding of primary care services: principles and prospects. New Zeal Med J 2002-115:271-4.

3. Gosden T, Forland P, Kristiansen IS et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Sys Rev*2000;3:CD002215.
4. Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries? *Hum Resour Health* 2003;1:6.
5. McGony PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2006;40:616-22.

Pag164

Interventia precoce in psihoza: concepte, dovezi si perspective

DAVID M. NDETEI

Universitatea din Nairobi si Fundatia pentru Sanatate Mentala din Africa (AMHF), Nairobi, Kenia

McGorry et al au sustinut convingator si cu pasiune cauza pentru interventia precoce in psihoza. Urgenta interventiei precoce in viata este sustinuta de faptul ca psihoza, ca majoritatea celorlalte tulburari mentale, tinde sa aiba debutul in adolescenta si in perioada de adult precoce, care intamplator sunt perioade de dezvoltare foarte sensibile in ciclul vietii.

Desi euristică, interventia precoce este afectata de probleme de stadializare clinica si acceptabilitate.

Stadializarea clinica este un continuum, de la cel mai precoce posibil inceput al psihozei pana la diagnosticul primului episod de psihoza si primii cinci ani critici dupa diagnostic. Inceputul are anterior „prodromul”, termen care ofera siguranta in ceea ce priveste dezvoltarea starii psihotice. Vorbim despre granita foarte fina la nivelul careia normalul incepe sa treaca spre anormal.

Conceptul riscului foarte inalt a fost stabilit in incercarea de a prevedea „prodromul”. Eforturile de a creste valoarea predictiva a criteriilor de risc foarte inalt au potentialul de a produce valori fals negative si prin acest proces priveaza persoane care altfel ar beneficia de interventia precoce de posibilitatea tratamentului. Pe de alta parte, criteriile de risc foarte inalt mai putin predictive ar duce la valori fals pozitive si prin acest proces ar sfarsi prin tratarea unor persoane fara ca acestea sa aiba nevoie cu atat mai mult avand in vedere efectele secundare si impactul negativ la o varsta tanara.

In ciuda dovezilor, exista inca sceptici care argumenteaza ca nu exista destule dovezi pentru conceptul de psihoza precoce si/sau ca interventia precoce functioneaza. Totusi, astfel de sceptici joaca un rol in mentinerea vigila a celor care gasesc dovezi, in timp ce se adreseaza unei audiente mai largi si in final influentand politicile de practica. Aceasta este intr-adevar o dezbateri sanatoasa.

Aproape toate studiile referitoare la interventia precoce in psihoza vin din tari bogate in resurse si putine din tari in curs de dezvoltare, si in special din Africa. Este adevarat ca exista o mare criza de resurse umane si financiare pe acest continent (1-3). Aceasta nu poate totusi fi o scuza pentru ca Africa sa fie exclusa. Acest continent are o populatie tanara, cu mai mult de 50% sub 25 de ani si o populatie totala care este aproape 12% din cea globala. Astfel, Africa are un motiv sa fie inclusa in acest proces. Personajele principale in acest gen de cercetare si fondatorii acesteia ar trebui sa colaboreze cu cercetatorii care opereaza in Africa la schitarea unor metode de identificare simple la nivelul comunitatii a indivizilor la risc foarte inalt si sa initieze interventii. Acest lucru nu necesita psihiatri deosebit de antrenati. Suportul social este

inca intact in majoritatea societatilor din Africa si medicamente accesibile cum ar fi haloperidolul, in ciuda limitarilor lor, sunt disponibile.

Asa cum se intampla cu orice idei noi, indiferent de dovezile suportive coplecitoare, progresia de la dovada la politica si practica va fi un continuu. Pe de o parte exista cativa cercetatori care produc dovezi si pe de alta parte, scepticii care cer mai multe dovezi. Intre acestia va fi un numar din ce in ce mai mare de persoane care accepta, initial pe baza dovezilor, apoi pe baza unui numar crescand de lideri de opinie care practica interventia, si in final, pe baza practicii standard fara sa puna la indoiala dovada pentru sau contra.

Provocarea inventatorilor este de a avea sau nu tenacitatea de a genera atat evidente noi si numeroase cat si conducerea inventiilor spre angajarea constructiva a celor sceptici. Modalitatea de a obtine acest lucru este prin cercetare care va oferi dovezi concentrate ale initierii interventiilor in cel mai util timp posibil, minimizand atat rezultatele fals pozitive cat si cele fals negative. Acesta ar trebui sa fie un efort colectiv care implica global participanti reprezentativi cu diferite formari socioculturale si economice. Astfel, va fi mult mai usor ca rezultatele sa fie comune si deci usor acceptate si implementate. Dovezile stiintifice singulare nu sunt niciodata destule.

Bibliografie:

1. Saxena S., Sharan P., Garrido Cumbreira M et al. Sanatatea Mentala a Organizatiei Mondiale a Sanatatii Atlas 2005: implicatii pentru dezvoltarea politicii. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
2. Patel V, Boardman J., Prince M et al., Boardman J., Prince M. et al Plata datoriei: cum pot tarile bogate sa investeasca in capacitatea sanatatii mentale in tarile in curs de dezvoltare. *World Psychiatry* 2006;5:67-70.
3. Ndeti DM, Ongencha FA, Mutiso V et al. Provocarile in ceea ce priveste resursele umane in sanatatea mentala in Kenya. *South Africa Psychiatry Rev* 2007; 10:33-6.

Articole preluate din *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 3, 148 – 156, 164. Copyright WPA pentru Revista Română de Psihiatrie. Traducere din limba engleză de Laura Plavitu, Dan Prelipceanu.

Papers translated in Romanian from *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 79 – 86 by Laura Plavitu and Dan Prelipceanu. Copyright WPA for Romanian J. of Psychiatry, III, vol. XI, 1 – 2, 2009.

Pag185

WPA SECTION REPORT

Lupta contra stigmei cauzata de tulburarile mentale: perspective trecute, activitati prezente si directii viitoare

HEATHER STUART^{1,2}

¹WPA Sectiunea despre Stigma si Sanatate Mentala

²Departamentul de Sanatate Comunitara si Epidemiologie, Universitatea Queen, Abramsky Hall, Kingston, Ontario K71, 3NS, Canada.

Persoanele care traiesc cu boli mentale sunt printre cele mai stigmatizate grupuri din societate. In 1996, recunoscand povara deosebit de aspra cauzata de stigma asociata schizofreniei, WPA a initiat

un program global anti-stigma, „Usile-deschise”. In 2005 a fost creata o sectiune WPA referitoare la Stigma si Sanatatea Mentala, cu un mandat mai larg de a reduce stigma si discriminarea cauzate de disabilitatile mentale in general. In lumina acestor dezvoltari importante si dat fiind interesul din ce in ce mai mare al sanatatii publice referitor la reducerea stigmei, aceasta lucrare reflecteaza asupra perspectivelor trecute care ne-au condus la pozitia noastra actuala, trece in revista activitatile si realizarile prezente si identifica provocarile pe care le vor intampina membrii Sectiunii in eforturile lor viitoare de a reduce stigma cauzata de tulburarile mentale.

Cuvinte cheie: Stigma legata de Sanatatea Mentala, reducerea stigmei, discriminarea, programul anti-stigma Usile-deschise

(World Psychiatry 2008:7:185-188)

Avand in vedere ca am depasit cea de-a 12 aniversare a Programului Global al WPA de lupta impotriva stigmei si a discriminarii datorita schizofreniei si al treilea an de functionare a sectiunii stiintifice a WPA referitoare la stigma si sanatatea mentala, este potrivit sa reflectam asupra perspectivelor trecute care ne-au adus la pozitia noastra curenta, sa trecem in revista activitatile si realizarile prezente si sa identificam provocarile pe care le vor intampina membrii Sectiunii in eforturile lor viitoare de a reduce stigma cauzata de tulburarile mentale.

PERSPECTIVELE TRECUTE

Se crede ca folosirea peiorativa a termenului *stigma*, reflectand o marca a rusinii sau degradarii, a aparut la sfarsitul secolului 16 si inceputul secolului 17. Anterior, *stigma* era folosit mai pe larg pentru a indica un tatuaj sau un semn care ar fi putut fi folosit pentru scopuri decorative sau religioase, sau pentru motive utilitare, cum ar fi un stigmat atasat criminalilor sau sclavilor astfel ca acestia sa poata fi identificati daca fugeau si pentru a indica pozitia lor sociala inferioara. Evolutia termenului totusi, raspunsurile negative ale societatii fata de cei bolnavi mental, au fost ubicuitare de-a lungul istoriei – o situatie care a persistat dincolo de conceptele in schimbare legate de sanatatea mentala – dincolo chiar de aparitia teoriilor medicale si a explicatiilor biologice pentru majoritatea tulburarilor mentale (1,2).

Notiunile contemporane ale stigmei sunt bazate pe traditii teoretice sociologice si psihologice. De exemplu, intelegerea noastra moderna a stigmei si a efectelor ei, provine din lucrarea a lui Erving Goffman, realizata la inceputul anilor 1960. *In Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Goffman descrie efectele negative ale stigmei, care reduce posesorul de la o persoana integra la una care este iremediabil afectata (3). Dupa opinia lui Goffman, tulburarea mentala a fost una dintre stigmele cele mai discreditante si cu o afectare sociala importanta, astfel ca persoanele cu tulburari mentale incep prin a avea drepturi si relatii si sfarsesc cu putin din ambele (4). Goffman a fost foarte critic in ceea ce priveste spitalele de tulburari mentale pentru stigmatizarea lor si a efectelor anti-terapeutice (5) si, impreuna cu contemporani ca Szasz (6) si Scheff (7), a intarit perceptia cum ca stigma a fost inradacinata in natura diagnosticului psihiatric si a tratamentului. De la aceasta concentrare asupra stigmei ca un produs secundar al organizarii sociale a psihiatriei, teoreticienii sociali contemporani au adoptat o parere ecologica, mult mai larga, care recunoaste interrelatiile complexe dintre factorii sociali-structurali, interpersonalii si psihologici, in crearea si mentinerea stigmei (8,9). Din aceasta perspectiva, stigma este pervasiva, daunatoare si rezistenta la schimbare si, pentru a avea succes, programele anti-stigma trebuie sa fie cuprinzatoare, multilaterale si directionate spre determinantii legati de individ, interpersonalii si determinante ale nivelurilor sistemelor.

Teoriile psihologice ne-au ajutat sa intelegem cum procesele cognitive si atributionale de la nivelele social-psihologice au dus la dezvoltarea si mentinerea stereotipurilor negative si

eronate care formeaza organizarea interna pentru perceptia globala a stigmei. Teoria atributiei ofera o retea in mod special utila pentru intelegerea stigmei si pentru tintirea interventiilor anti-stigma. Teoria atributiei traseaza o cale de la un eveniment semnalizator (o eticheta) la o atributie (sau stereotip), la o emotie (negativa) si in final la un raspuns comportamental (discriminare). In cazul bolilor mentale, cercetarea extensiva a confirmat ca persoanele care sustin modele morale ale sanatatii mentale – aceia care cred ca boala este controlabila, sau ca persoanele cu boli mentale sunt de invinuit pentru simptomele lor – raspund mai degraba intr-o maniera manioasa si punitiva. In teorie, este posibil sa fie inlocuite atributiile incorecte pentru a reduce stigma si discriminarea; totusi, nu a fost inca posibil sa se conecteze imbunatatirile in ceea ce priveste cunostiintele si atitudinile pentru schimbarea comportamentului. Abordarile care au fost cele mai de succes in imbunatatirea cunostiintelor si a atitudinilor (dar nu neaparat a comportamentelor) au combinat invatarea activa cu contactul pozitiv cu oameni care au o tulburare mentala. Abordarile bazate pe fapte si proteste au fost de mai putin succes, desi a fost dificila generalizarea unor studii cu rezultate diferite, sau stabilirea daca schimbarile in ceea ce priveste cunostiintele sau atitudinile au imbunatatit viata oamenilor cu tulburari mentale (10,12).

ACTIVITATILE PREZENTE

De-a lungul ultimei decade, interesul sanatatii publice atat pentru povara legata de tulburarea psihica cat si pentru povara ascunsa a stigmei legata de sanatatea mentala a crescut. Organizatii ca Organizatia Mondiala a Sanatatii (13-16), WPA (17,18) si Asociatia Mondiala pentru Psihiatrie Sociala (19), enumerand doar cateva dintre acestea, au recunoscut toate stigma ca fiind o provocare majora a sanatatii publice. O preocupare din ce in ce mai mare pentru reducerea stigmei este de asemenea evidenta in declaratiile guvernamentale, recenziile cu privire la sistemul de sanatate mentala si planurile de actiune care au scos in evidenta efectele defavorabile ale stigmei si importanta reducerii discriminarii (20, 23). Initiative antistigma populationale coordonate national la scala larga au aparut in ultimul timp si in Australia (24), Noua Zeelanda (25), Marea Britanie (26) si Japonia (27).

In 1996, WPA a initiat un program global pentru combaterea stigmei si a discriminarii datorate schizofreniei. In cei zece ani de la initierea sa, mai mult de douazeci de tari au aderat la reseaua globala *Usile-deschise* a WPA, facandu-l programul anti-stigma cel mai mare si cu desfasurarea cea mai lunga din acest moment. Tarile participante (in ordinea inrolarii) includ Canada, Spania, Austria, Germania, Italia, Grecia, Statele Unite, Polonia, Japonia, Slovacia, Turcia, Brazilia, Egipt, Maroc, Marea Britanie, Chile, India, Romania si altele in faza de planificare. O scurta trecere in revista a programului este prezentata in editia anterioara a *World Psychiatry* (28). Rezultate detaliate pentru primele optsprezece tari sunt raportate in cartea recenta *Reducerea stigmei asociata tulburarilor mentale* (18).

Programul *Usile-deschise* este unic intre eforturile anti-stigma prin faptul ca acesta reflecta munca unui consortiu international de membri, care au imbratisat trei principii de baza. Primul este ca tintele si obiectivele programului sunt dezvoltate din prioritatile si nevoile persoanelor care au schizofrenie, adunate din evaluarea nevoilor lor cantitative si calitative si realizate prin participarea lor activa la toate aspectele dezvoltarii programului, implementare si evaluare. In al doilea rand, programele locale incurajeaza participarea larga a membrilor comunitatii, facand un efort sustinut sa treaca dincolo de sectorul sanatatii mentale. Experienta de inceput a aratat ca a fost in mod special important sa se includa membrii grupurilor tinta in comitetele de planificare locala. In al treilea rand, recunoscand natura universala a stigmei, echipele de planificare si-au asumat crearea unor programe care se pot sustine pe termen lung, accentuand deseori micile eforturi concentrate care au o viabilitate mai mare pe termen lung. Urmand procesul de planificare care a fost subliniat,

dureaza aproximativ 12-18 luni pentru ca un grup sa aiba programul stabilit si care sa functioneze.

Un numar mare de grupuri au fost tintite de programele locale pentru a primi interventii anti-stigma. Diversitatea lor pune in evidenta universalitatea stigmei atat la nivelul culturilor dar si dincolo de acestea, ca si importanta adoptarii unui proces de organizare a programului care sa permita un continut relevant cultural. In acelasi timp, datorita faptului ca grupurile tinta se bazeaza pe prioritatile consumatorilor locali si a membrilor familiilor (cel putin aceia care pot fi abordati usor), ni se da o perspectiva partiala referitor la unele dintre cele mai comune surse ale stigmei experimentate de persoane care traiesc cu schizofrenie in intreaga lume. Dintre cele optsprezece directii schitate de Sartorius si Schulze (18), de exemplu, cincisprezece au tintit medicii generalisti si alt personal medical, facandu-l cel mai frecvent grup tinta. Alte grupuri tinta au inclus elevi de scoala generala (n=13), juralisti si mass media (n=13), psihiatri si profesionisti in sanatatea mentala (n=12), persoane care au schizofrenie (n=11), familia si prietenii persoanelor cu schizofrenie (n=11), publicul general (n=11), membri ai comunitatii religioase si preoti (n=6), personal guvernamental si agentii non-guvernamentale (n=5), oameni de afaceri si angajatori (n=5), studenti la medicina (n=3) si personal judiciar si care impune legea (n=2).

Prin contrast cu interesul crescand in ceea ce priveste reducerea stigmei si o literatura teoretica bogata legata de stigma si discriminare, dovezile necesare pentru a sustine schimbarea stigmei sunt subdezvoltate (29). Intr-adevar, o realizare importanta a programului global WPA a fost cresterea producerii cunostiintelor si a experientelor clinice ce privesc practicile mai bune in programele antistigma atat in tarile dezvoltate cat si in cele in curs de dezvoltare. In acest moment, participantii la acest program au implementat mai mult de 200 de interventii, de la birouri ale vorbitorilor si programe educationale bazate pe contact (n=12), pana la programe bazate pe proteste (n=6), la campanii mass-media prin televiziune si radio (n=10) si noi aplicatii ale teatrului si artelor , incluzand productii teatrale si concerte de binefacere ale unor celebritati internationale (n=8). Treisprezece din primele optsprezece locatii au publicat deja rezultatele in jurnale stiintifice (18) si patru locatii au analizat acum datele transcultural (30,31).

O a treia contributie importanta a fost dezvoltarea unui interes multidisciplinar pentru implementarea si evaluarea programelor anti-stigma. Cercetarile anterioare au avut tendinta sa fie teoretice si disciplino-specifice. Membrii programelor au colaborat pentru a gazdui trei conferinte stiintifice internationale concentrandu-se asupra metodei de reducere a stigmei, conferind un impuls impetuos domeniului care incepe sa se dezvolte. Prima *Conferinta Internationala Impreuna Impotriva Stigmei* a fost tinuta la Leipzig in 2001, gazduita de centrul german *Usile-deschise*. Al doilea a fost tinut in Kingston, Canada in 2003 si al treilea a fost tinut la Istanbul, in Turcia in 2006. Trecand in revista o decada de progres, este posibil sa vedem cum acest domeniu s-a dezvoltat din prezentarea rezultatelor din supravegheri ale nevoilor initiale, prin rezultate ale evaluarilor bazate pe obiective, pana la comparatii transculturale pe scala larga incluzand consortii internationale de cercetatori.

Pentru a construi si a extinde de la acest moment, membrii programului au dezvoltat recent o sectiune stiintifica a WPA despre Stigma si Sanatatea Mentala. Sectiunea a fost aprobata de Adunarea Generala WPA la al 13-lea Congres Mondial de Psihiatrie de la Cairo, Egipt in 2005. De la inceputurile sale, Sectiunea a ajuns sa includa aproximativ 15 cercetatori din 25 tari.

DIRECTII VIITOARE

Un scop important al Sectiunii este sa continue momentul creat de programul *Usile-deschise* si sa largeasca reseaua pentru a include noi tinte ale programului. Spre acest final,

membrii Sectiunii vor continua sa ofere posibilitati si materiale pentru pregatire prin workshop-uri si cursuri speciale organizate de WPA si alte congrese internationale si nationale. Membrii sunt de asemenea implicati activ in dezvoltarea consorțiilor de cercetare internationale devotate studierii unor aspecte particulare ale stigmei legata de sanatatea mentala, cum ar fi experientele consumatorului legate de stigma si discriminare. Dezvoltarea uneltelor specializate necesare pentru sustinerea acestor eforturi nu a fost de actualitate de ceva vreme.

Odata cu cresterea recunoasterii importante pentru sanatatea publica a sigmei si cunostiintele din ce in ce mai mari despre cum se poate lupta cu stigma si discriminarea atat la nivel national cat si international, viitorul cercetarii aplicate referitoare la stigma contine un numar de proiecte incitante pentru membrii Sectiunii. O mare parte a activitatii membrilor Sectiunii a fost legata de lupta contra stigmei si discriminarii datorita schizofreniei, avand in vedere ca aceasta era dorinta originala din spatele programului global. Rationamentul pentru aceasta alegere s-a bazat pe informatia ca stigma asociata cu schizofrenia este in mod particular dura si legata intim de temeri si prejudecati legate de violenta si nonpredictibilitate. Importanta concentrarii asupra unei singure boli, mai degraba decat asupra bolilor psihice in general, a fost considerata in lumina necesitatii unui element central al programului, faptul ca publicul general foloseste schizofrenia ca o paradigma pentru bolile mentale (deseori descriind comportamentele si dezorganizate ca si caracteristice tuturor celor bolnavi mental), si ideea ca orice castig obtinut in aceasta arie dificila ar fi in mod sigur util celor care lucreaza in scopul eradicarii stigmei legata de alte tulburari mentale (18). Dat fiind interesul mai larg al membrilor, reflectat de asemenea in mandatul mai larg al Sectiunii, un accent important pentru activitatea viitoare ar fi dezvoltarea consorțiilor de cercetare internationala anti-stigma legate de alte tulburari mentale inalt invalidante , cum ar fi tulburarile de dispozitie si tulburarile de anxietate.

O intelegere mai clara a naturii transculturale a stigmei si a discriminarii experimentate de persoane care traiesc cu tulburari mentale va fi de asemenea o cale importanta pentru o investigatie viitoare. Exista acum instrumente disponibile pentru cuantificarea ocaziei si a impactului stigmei experimentate de persoanele cu o tulburare mentala (32-34). Totusi, raman multe de facut pentru a valida folosirea acestora in diferite medii culturale si pentru a ne asigura de sensibilitatea la schimbare. Pentru a fi judecate eficient, interventiile anti-stigma viitoare trebuie sa faca mai mult decat sa schimbe cunostiintele sau atitudinile catre bolnavii mental. Ele trebuie de asemenea sa schimbe fundamental experientele legate de stigma a persoanelor care traiesc cu disabilitati mentale. Prin dezvoltarea unei experiente pentru programele anti-stigma, perspectivele consumatorilor vor fi ulterior din ce mai utile nu numai pentru identificarea unor tinte pentru activitatile programelor, ci si ca un element de evaluare in functie de care pot fi judecate imbunatatirile programului.

In cele din urma, desi persoanele cu tulburari mentale sunt printre cele mai stigmatizate grupuri din societate, bolile mentale nu sunt singurele probleme de sanatate stigmatizante. Lepra, HIV/SIDA, tuberculoza si cancerul sunt printre numeroasele probleme de sanatate pentru care sustinatori au luptat contra stigmei sociale., unii cu mai mult succes decat altii. Este important ca lectiile sa fie impartasite intre grupuri. Aceasta va imbunatati nu numai intelegerea noastra a conditiilor generale sociale si psihologice care dau nastere la stigma legata de sanatate, dar ne vor permite de asemenea sa invatam din si sa ne construim propriile succese si sa ne evitam propriile esecuri.

Membrii Sectiunii WPA legata de Stigma si Sanatatea Mentala sunt angajati sa avanseze informatii stiintifice pentru a imbunatati includerea sociala pentru persoanele cu tulburari mentale si familiile lor. Prin reseaua Deschideti Usile si alte metode de colaborare , ei dezvolta proiecte stiintifice internationale, jucand un rol activ la intalnirile sponsorizate de

WPA si la congresele mondiale si contribuind la literatura stiintifica care se ocupa cu stigma si discriminarea legate de sanatatea mentala.

Bibliografie:

1. Simon B. Shame, stigma, and mental illness in Ancient Greece. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1999:29-39.
2. Mora G. Stigma during the Medieval and Renaissance periods. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1999:41-52.
3. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
4. Goffman E. The moral career of the mental patient. In: Spitzer SP, Denzin NK (eds). The mental patient. New York: McGraw-Hill, 1968: 226-34.
5. Goffman E. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City: Anchor Books, 1961.
6. Szasz T. The myth of mental illness. *Am Psychol* 1960;15:113-8.
7. Scheff T. Being mentally ill: a sociological theory. Chicago: Aldine de Gruyter, 1966.
8. Link BG, Cullen FT, Streuning E et al. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol*
9. Link B, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-85.
10. Corrigan PW, Perm DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
11. Corrigan P. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:48-67.
12. Gureje O, Oiley BO, Ephraim-Oluwanuga O et al. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry* 2006;5:104-7.
13. World Health Organization. Mental health: a call for action by world health ministers. Geneva: World Health Organization, 2001.
14. World Health Organization. Results of a global advocacy campaign. Geneva: World Health Organization, 2001.
15. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.
16. Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry* 2006;5:113-7.
17. Sartorius N. The World Psychiatric Association Global Programme against Stigma and Discrimination because of Stigma. In: Crisp AH (ed.). Every family in the land. London: Royal Society of Medicine Press, 2004:373-5.
18. Sartorius N, Schuize H. Reducing the stigma of mental illness. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
19. World Association of Social Psychiatry. Kobe Declaration, www.wpanet.org/bulletin/wpaeb2103.html.
20. Druss BG, Goldman HH. Introduction to the special section on the President's New Freedom Commission Report. *Psychiatr Serv* 2003;54:1465-6.
21. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General - executive summary. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.
22. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science, and Technology. Mental health, mental illness, and addiction. Issues and options for Canada. Ottawa: Standing Committee on Social Affairs, Science, and Technology, 2004.
23. The Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness, and addiction services in Canada. Ottawa: The Parliament of Canada, 2006.
24. Rosen A, Walter G, Casey D et al. Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry* 2000; 8:19-26.
25. Vaughan G, Hansen C. 'Like Minds, Like Mine': A New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry* 2004; 12:113-7.
26. Crisp AH (ed). Every family in the land. London: The Royal Society of Medicine, 2004.
27. Desapriya EBR, Nobutada I. Stigma of mental illness in Japan. *Lancet* 2002;359:1866.
28. Sartorius N. Stigma and discrimination because of schizophrenia: a summary of the WPA Global Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. *World Psychiatry* 2005; 4(Suppl. 1):11-5.
29. Stuart H, Sartorius N. Fighting stigma and discrimination because of mental disorders. In: Christodoulou GN (ed). *Advances in psychiatry*, Vol. 2. Geneva: World Psychiatric Association, 2005:79-86.

30. Pinfold V, Stuart H, Thomicroft G et al. Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry* 2005; 4(Suppl. 1):48-52.
31. Baumann AE, Richter K, Belevska D et al. Attitudes of the public towards people with schizophrenia: comparison between Macedonia and Germany *World Psychiatry* 2005; 4(Suppl. 1):55-7.
32. Wahl O. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999;25:467-78.
33. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
34. Stuart H, Milev R, Koller M. The Inventory of Stigmatizing Experiences: its development and reliability. *World Psychiatry* 2005; 4(Suppl. 1):35-9.

Articol preluat din *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 3, 185 – 188. Copyright WPA pentru Revista Română de Psihiatrie. Traducere din limba engleză de Laura Plavitu, Dan Prelipceanu.

Paper translated in Romanian from *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, 2, 79 – 86 by Laura Plavitu and Dan Prelipceanu. Copyright WPA for Romanian J. of Psychiatry, III, vol. XI, 1 – 2, 2009.