



Światowy raport o zdrowiu psychicznym

**Powszechny dostęp
do zdrowia psychicznego**

World mental health report: transforming mental health for all. © Światowa Organizacja Zdrowia 2022. Niektóre prawa zastrzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons-Uznanie autorstwa-Użycie niekomecyjne-licencja IGO 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). „Tłumaczenie to nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Oryginalna wersja angielska jest wersją wiążącą i autentyczną”. Zarówno tekst oryginalny, jak również tłumaczenie na język polski uległo zmianie redakcyjnej poprzez pominięcie treści niestanowiących merytorycznej części raportu. Tekst źródłowy oryginalny ISBN 978-92-4-004933-8 (electronic version) HYPERLINK “<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338%65b>” <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp na dzień 27.09.2022 r.] Światowa Organizacja Zdrowia.

3.4 Bariery w popycie na opiekę zdrowotną

Skrajnie wysokie niezaspokojone zapotrzebowanie na świadczenie w dziedzinie zdrowia psychicznego, nawet u osób z jego poważnymi zaburzeniami, częściowo wynika z braku zapotrzebowania na te usługi lub na ich wykorzystanie. Ten opór lub niemożność poszukiwania pomocy można wytłumaczyć różnymi czynnikami, począwszy od wysokich kosztów, złej jakości i ograniczonej dostępności, aż po brak wiedzy na temat zdrowia psychicznego, stygmatyzację i złe wcześniejsze doświadczenia w poszukiwaniu pomocy.

Poniższe podrozdziały podsumowują niektóre z największych barier w dostępie do opieki na całym świecie.

3.4.1 Słaba dostępność

Istnieje bliska zależność między zapotrzebowaniem a dostępnością świadczeń w dziedzinie zdrowia psychicznego. Każda z opisanych wcześniej luk (luki w informacjach, zarządzaniu, zasobach i świadczeniach) wpływa na dostępność odpowiedniej, wysokiej jakości opieki zdrowia psychicznego. Jednak brak dostępności wysokiej jakości usług zdrowia psychicznego, zwłaszcza na poziomie podstawowej i wtórnej opieki, z kolei obniża zapotrzebowanie.

W wielu miejscach formalne usługi zdrowia psychicznego po prostu nie istnieją. Nawet jeśli istnieją, często są niedostępne. Obawy dotyczące lokalizacji, kosztów, rodzaju leczenia i poufności mogą przyczynić się do niechęci szukania pomocy.

Kluczowe jest odpowiednie umiejscowienie świadczeń. W krajach o niskim i średnim dochodzie wiele świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego jest nierównomiernie skoncentrowanych w placówkach psychiatrycznych, szpitalach

w okolicach lub w pobliżu dużych miast. Oznacza to, że ludność wiejska często nie może albo nie chce z nich korzystać: podróż może być zbyt kosztowna; systemy transportu mogą być zbyt niepewne; a potrzebny czas może być zbyt długi.

Nawet dla tych, którzy mieszkają blisko placówek zdrowia psychicznego, koszty leczenia mogą stanowić poważną przeszkodę w dostępie do opieki w tym zakresie. Dwie trzecie krajów o niskim dochodzie, które zgłosiły się do WHO w 2020 roku, nie uwzględniło opieki w zakresie zdrowia psychicznego w krajowych programach ubezpieczenia zdrowotnego (5). Oznacza to, że osoby potrzebujące pomocy muszą finansować te świadczenia z własnych środków, często wydając znaczne kwoty z własnej kieszeni co prowadzi do ich zubożenia. Badania przeprowadzone w Etiopii, Indiach, Nepalu i Nigerii pokazują, że wydatki na świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego znacząco zwiększają prawdopodobieństwo, że gospodarstwo domowe przekroczy swoje zasoby finansowe, co może prowadzić do zadłużenia i ubóstwa (148). Badanie przeprowadzone w Goa, w Indiach, wykazało, że było trzy razy bardziej prawdopodobne, iż kobiety cierpiące na depresję wydadzą więcej niż połowę swojego miesięcznego budżetu domowego niż inne kobiety na leczenie w tym zakresie z własnej kieszeni (149).

Niskiej jakości systemy opieki zdrowotnej w tym zakresie finansowania stanowią kolejną przeszkodę w dostępności. Negatywne doświadczenia związane ze świadczeniami zdrowia psychicznego, brak zaufania do profesjonalistów w dziedzinie zdrowia, leczenia oraz niechęć do ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym mogą odgrywać dużą rolę w zaprzestaniu poszukiwaniu pomocy. Wielu ludzi nie chce się leczyć, stojąc przed wyborem między brakiem opieki a skontaktowaniem się z placówkami oferującymi niewielką pomoc, które nie są godne zaufania lub mogą stygmatyzować, a nawet źle traktować pacjentów.

3.4.2 Niski poziom edukacji w zakresie zdrowia psychicznego

Niskie zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego może być również wynikiem niskiego

Dwie trzecie

krajów o niskim dochodzie nie uwzględniło zdrowia psychicznego w krajowych programach ubezpieczenia zdrowotnego.

poziomu umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego, w tym braku wiedzy i rozumienia zdrowia psychicznego, a także panujących przekonań i postaw, które podważają wartość przywiązywaną do zdrowia psychicznego oraz efektywnej opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Dwa trzecie krajów o niskim dochodzie nie uwzględniło zdrowia psychicznego w krajowych programach ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeśli chodzi o zdrowie fizyczne, powszechnie przyjmuje się, że ludzie powinni doceniać i dbać o swoje zdrowie, a rządy mogą pomagać informować i wspierać ludzi, na przykład promując aktywność fizyczną, zdrowe diety oraz eliminowanie tytoniu i alkoholu. To podejście jest równie istotne dla zdrowia psychicznego.

Najnowsze międzynarodowe badanie przeprowadzone przez Wellcome Trust wykazało, że większość ludzi na całym świecie uważa, że zdrowie psychiczne jest tak samo ważne a nawet ważniejsze niż zdrowie fizyczne (150). Niemniej jednak idea, że o zdrowie psychiczne każdy powinien dbać i to rozumieć, nie jest częścią powszechnego dyskursu publicznego w większości społeczeństwa.

Rzeczywistość jest taka, że większość ludzi może nie mieć dostępu do opartej na dowodach informacji na temat możliwości wspierania swojego zdrowia psychicznego. Tymczasem wszechobecne negatywne postawy nadal obniżają wartość zdrowia psychicznego i podtrzymują dyskryminację oraz nadużycia wobec osób żyjących z zaburzeniami w tym zakresie.

Wspomniane wyżej międzynarodowe badanie pokazuje, że ludzie nie są pewni, czy nauka może pomóc w radzeniu sobie z problemami zdrowia psychicznego (150). W wielu przypadkach ludzie nie widzą potrzeby leczenia (czytaj: [Doświadczenie Stevena](#)).

Opiekunowie mogą nie mieć dostępu do stosownych informacji, które pozwoliłyby rozpoznać zaburzenia zdrowia psychicznego u swoich dzieci, zwłaszcza gdy objawiają się one w postaci bólów brzucha, bólów głowy, drażliwości, frustracji, złości, szybkich zmian nastroju, wybuchów emocjonalnych oraz destrukcyjnego lub wyzywającego zachowania. Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej także często mogą przeoczyć te objawy w zakresie zdrowia psychicznego (151).

Różnice w wiedzy między kulturami wpływają na poszukiwanie pomocy poza formalnym systemem ochrony zdrowia, na przykład poprzez medycynę tradycyjną lub niekonwencjonalną (152). Wszystkie społeczeństwa prawdopodobnie posługują się terminami i pojęciami opisującymi osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale koncepcje dotyczące tego, jak lub dlaczego te stany zdrowia się pojawiają, znacznie się różnią.

Podobnie, potrzeba zapewnienia dedykowanego wsparcia osobom z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego jest powszechnie uznawana, ale koncepcje dotyczące tego, jak to wsparcie powinno wyglądać, mogą nie odpowiadać dominującym, opartym na dowodach, metodom leczenia. Na przykład w wielu kontekstach kulturowych powszechne zaburzenia zdrowia psychicznego, takie jak depresja i lęk, nie są uważane za stany zdrowia, w leczeniu których może pomóc formalny system opieki zdrowotnej. Raczej te stany są często postrzegane jako takie, które można poprawić poprzez wsparcie społeczne i emocjonalne (krewnych) lub religijne oraz tradycyjne, alternatywne i uzupełniające metody (153).

3.4.3 Stygmatyzacja

Jedną z największych przeszkód w zapotrzebowaniu na leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego jest stygmatyzacja związana z tymi zaburzeniami.

Na całym świecie osoby żyjące z zaburzeniami zdrowia psychicznego są przedmiotem głęboko zakorzenionej stygmatyzacji i dyskryminacji.

Spółeczeństwo przeważnie ma stereotypowe poglądy na temat zaburzeń zdrowia psychicznego i ich wpływu na ludzi. Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego są często uważane za leniwe, słabe, nieinteligentne lub trudne do obcowania (154). Często także uważa się, że są one agresywne i niebezpieczne, podczas gdy w rzeczywistości są bardziej narażone na ataki lub samookaleczenie niż szkodzą innym osobom (155). Kobiety z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są szczególnie narażone na przemoc seksualną. Przemoc wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego może prowadzić do ich zgonu.

OPOWIADANIE

Możesz osiągnąć wszystko

Doświadczenie Stevena



Moje przewlekłe zaburzenia nerwicowe zaczęły się około 15 lat temu, gdy studiowałem prawo. Byłem pod wpływem ogromnej presji, aby osiągnąć sukces i stawiałem sobie tak wysoką poprzeczkę, że czasami było to niemożliwe do osiągnięcia. Miałem niską samoocenę.

Mój niepokój był tak dokuczliwy, że w niektóre dni trudno było mi wstać z łóżka. Towarzyszył mi także w czasie studiów prawniczych. Nie mogłem powiedzieć nauczycielom o moich problemach ze zdrowiem psychicznym. Bałem się, że będę postrzegany jako „staby”, „niezdolny do wykonywania swojej pracy” i obawiałem się, że stracę szacunek kolegów.

Nie chciałem już iść do pracy. Czułem, że się zmieniam, że staję się kimś, kogo nie rozpoznaję ani nie lubię. Próbowiałem rozmawiać o tym z rodziną, ale nie potrafiłem wyrazić słowami, co czuję. Do dzisiaj boli mnie, gdy wspominam ten trudny okres mojego życia.

Potem nadszedł moment przetomu. Zwróciłem się o wsparcie do psychologa. To było jak tchnienie świeżego powietrza. Po raz pierwszy poczułem, że

ktos mnie rozumie i nie ocenia. To zdjęło ogromny ciężar z moich barków.

Psycholog pokazał mi, jak mogę rozkładać problemy na czynniki pierwsze, co pozwoliło mi lepiej radzić sobie z życiem i unikać poczucia przytłoczenia. Wykorzystałem tę radę we wszystkich aspektach mojego życia, nawet dzisiaj, prowadząc swoją własną firmę promującą świadomość zdrowia psychicznego wśród przedsiębiorstw i kancelarii prawnych.

Nadal cierpię na nerwicę i niską samoocenę. Ale nauczyłem się je kontrolować i jestem w dobrym miejscu z pozytywnym nastawieniem. Odniosłem także sukces w tym, co robię, co uważam za efekt mojego własnego doświadczenia życiowego i zdolności do identyfikacji z potrzebami moich klientów.

Chciałbym doradzić każdemu, kto czyta te słowa, aby nie pozwalać swoim problemom ze zdrowiem psychicznym definiować tego, kim jesteście. Nie czujcie presji, aby wykonywać rzeczy na siłę lub spieszyć się: jesteście na swojej własnej ścieżce i osiągniecie swoje marzenia i cele we właściwym czasie.

Steven Lawlor, Wielka Brytania

W wielu społecznościach zaburzenia zdrowia psychicznego nie są uważane za problemy zdrowotne, ale są postrzegane jako oznaki słabości charakteru, kary za niemoralne zachowanie lub spowodowane używaniem narkotyków lub wpływu nadprzyrodzonych sił. We

wszystkich przypadkach media mogą nasilać błędne przekonania, przedstawiając osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego jako niebezpieczne, nieodpowiedzialne lub niezdolne do podejmowania racjonalnych decyzji (156).

W rezultacie osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego często są traktowane z lękiem, wstydem i pogardą. Na przykład badanie przeprowadzone w południowo-zachodniej Nigerii wykazało, że 97% respondentów uważało, że osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego są niebezpieczne, 83% osób bało się rozmawiać z taką osobą, a tylko 17% osób rozważało zawarcie małżeństwa z osobą z zaburzeniami zdrowia psychicznego (157). W wielu przypadkach wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego dochodzi do naruszenia praw człowieka, łącznie z izolacją, uwięzieniem i złym traktowaniem (zobacz [sekcję 4.2 - Promowanie i ochrona praw człowieka](#)).

Stygmatyzacja związana z zaburzeniami psychicznymi jest powszechna i występuje w różnych kulturach i kontekstach w krajach na całym świecie. Osoby żyjące z zaburzeniami psychicznymi mogą doświadczać

stygmatyzacji ze strony rodzin, sąsiadów i nawet samych pracowników służby zdrowia (158). W niektórych przypadkach mogą internalizować negatywne przekazy i stereotypy, stosując je do siebie samego, co nazywa się samostygmatyzacją. W wielu krajach stygmatyzacja dotyczy także pracy w opiece zdrowotnej psychiatrycznej i może przyczyniać się do braków kadrowych w systemach opieki psychiatrycznej (158).

Ludzie często wolą żyć z cierpieniem psychicznym niż ryzykować dyskryminację i wykluczenie, które towarzyszą korzystaniu z usług opieki zdrowia psychicznego (zobacz doświadczenie Odirelenga). Jednakże, przy odpowiednim wsparciu, większość osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi może funkcjonować na bardzo wysokim poziomie społecznym i ekonomicznym, utrzymując doskonałe relacje i dobrze funkcjonując zawodowo.

OPOWIADANIE

Stygmatyzacja opóźniła mój powrót do zdrowia

Doświadczenia Odirelenga

Przez bardzo długi czas bałem się mówić o mojej walce z zaburzeniami psychicznymi ze względu na związaną z tym stygmatyzację. Mój proces powrotu do zdrowia rozpoczął się dopiero, gdy ją przezwyciężyłem i zdałem sobie sprawę, że nie ma żadnego wstydu w pytaniu o pomoc.

Kiedy postawiono mi diagnozę w 2014 roku, byłem przerażony, samotny i nie wierzyłem, że powrót do zdrowia jest możliwy. Jednostronna historia choroby dwubiegunowej, która była opowiadana w mojej społeczności, skupiała się tylko na trudnościach, jakie powodowała, a nie na sposobach ich przezwyciężenia.

Nawet po postawieniu diagnozy, przechodziłem bardzo trudny okres i miałem niską samoocenę.

Jednak byłem pełen nadziei i złożyłem sobie obietnicę, że wykorzystam naukę, którą zdobyłem, aby pomagać innym. W ramach mojego procesu rekonwalescencji stałem się obrońcą zdrowia psychicznego.

Moją pasją stało się zachęcanie ludzi do rozpoczęcia swojej drogi do zdrowienia poprzez pokonanie stygmatyzacji i otwarte rozmowy o swoim stanie psychicznym. Jestem głęboko przekonany, że możliwe jest przezwyciężenie bariery piętna i otrzymanie pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, która pozwala prowadzić dostatnie życie.

Odireleng Kasale, Botswana



4

Korzyści ze zmian

ZDROWIE PUBLICZNE
PRAWA CZŁOWIEKA
ROZWÓJ SPOŁECZNY I EKONOMICZNY

Podsumowanie rozdziału

W tym rozdziale przedstawiamy argumenty za inwestowaniem w zdrowie psychiczne, wyjaśniając, w jaki sposób transformacja opieki psychiatrycznej stanowi platformę do promowania zdrowia publicznego i dobrostanu, ochrony praw człowieka oraz wspierania rozwoju społecznego i gospodarczego. Ten rozdział prezentuje korzyści wynikające ze zmian dla jednostek, rodzin, społeczności i gospodarek. Jednocześnie podkreśla, że zaangażowanie się w dziedzinę ochrony zdrowia psychicznego to inwestycja w lepsze życie i przyszłość dla wszystkich.



Główne przesłania tego rozdziału:

- Inwestowanie w zdrowie psychiczne może znacznie zmniejszyć cierpienie i przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego.
- Konieczna jest transformacja w dziedzinie zdrowia psychicznego, aby zapobiec naruszeniom praw człowieka, których doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi.
- Poprawa zdrowia psychicznego ludzi wpływa na wyniki edukacji i uczestnictwo na rynku pracy, zwiększa produktywność i polepsza funkcjonowanie społeczne, co przynosi wszystkim korzyść.
- Inwestowanie w zdrowie psychiczne oznacza inwestowanie w strategię, które obejmują zapewnienie dostępu do skutecznej, o wysokiej jakości i dostępnej pod względem finansowym opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego dla wszystkich; zwalczanie stygmatyzacji, dyskryminacji i nadużyć oraz rozwiązywanie głębszych problemów społecznych i gospodarczych, które kształtują zdrowie psychiczne ludzi.
- Istnieje podstawowy zestaw optymalnych działań w zakresie zdrowia psychicznego, które są możliwe do zrealizowania, dostępne pod względem finansowym oraz odpowiednie.

Współczesne ogromne wyzwania związane z problematyką zdrowia psychicznego wymagają transformacji.

Rosnące zainteresowanie zdrowiem psychicznym przez wiele dziesięcioleci doprowadziło do międzynarodowego konsensusu dotyczącego potrzeby zmiany oraz stworzenia wielu opcji i możliwości działania, jak opisano w *Kompleksowym planie działania w dziedzinie zdrowia psychicznego na lata 2013-2030* (3). Ostatnio pandemia COVID-19 skupiła uwagę na wartości i wrażliwości zdrowia psychicznego oraz ujawniła ogromne luki w systemach i strukturach zdrowia psychicznego na całym świecie (zobacz [Rozdział 2, W centrum uwagi: COVID-19 a zdrowie psychiczne](#)). Większość polityków bar-

dziej niż kiedykolwiek rozumie konieczność wprowadzenia poprawek, a chęć zmiany jest większa niż kiedykolwiek wcześniej.

W rozdziale tym dostępne obecnie dowody przekonująco argumentują za koniecznością zmiany. Nerozerwalne powiązania między zdrowiem psychicznym a zdrowiem publicznym, prawami człowieka oraz rozwojem społecznym i gospodarczym oznaczają, że transformacja polityki i praktyki w dziedzinie zdrowia psychicznego może przynieść rzeczywiste i istotne korzyści dla jednostek, społeczności i państw na całym świecie. Inwestowanie w zdrowie psychiczne to inwestycja w lepsze życie i przyszłość dla wszystkich.

4.1 Promowanie zdrowia publicznego

4.1.1 Zmniejszenie cierpienia oraz poprawa zdrowia psychicznego i dobrostanu

Inwestycje i transformacje w dziedzinie zdrowia psychicznego są konieczne, ponieważ dobre zdrowie psychiczne jest fundamentalne dla zdrowia i dobrostanu każdej jednostki, a także zdolności do prowadzenia satysfakcjonującego życia. Z kolei doznanie zaburzeń psychicznych wiąże się z cierpieniem psychicznym i, niestety, dla wielu osób, z wykluczeniem społecznym (zobacz: [Doświadczenie Zineb](#)).

Zaburzenia psychiczne dotyczą jednej na osiem osób na całym świecie i mają wysoki wpływ na zdrowie publiczne (zobacz [Rozdział 3, Stan zdrowia psychicznego na świecie](#)). W 2019 roku były głównym czynnikiem przyczyniającym się do globalnego obciążenia chorobami niezakaźnymi (mierzonego jako lata życia z niepełnosprawnością - YLD). Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego są grupą w dużym stopniu zaniedbaną. Ich zdolność do radzenia sobie, nawiązywania kontaktów, funkcjonowania i rozwijania się jest ograniczona,

a także są one bardziej narażone na samobójstwa i choroby somatyczne. Osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego umierają 10–20 lat wcześniej niż ogólna populacja, najczęściej z powodu nierozpoznanych i niewyleczonych chorób fizycznych.

Inwestowanie w zdrowie psychiczne może znacznie zmniejszyć cierpienie i poprawić jakość życia, funkcjonowanie społeczne oraz zwiększyć długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Może to zarówno zlikwidować ogromną lukę w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, jak i znacząco przybliżyć objęcie tych ludzi powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Istnieje obecnie wystarczająco dużo dowodów, na podstawie których można działać i inwestować, niezależnie od kontekstu zasobów.

Przez dziesięciolecia kwestionowano skuteczność interwencji w dziedzinie zdrowia psychicznego i zmniejszenia obciążenia zdrowia publicznego, szczególnie w krajach o niskich i średnich dochodach. Jednak istnieje teraz więcej wystarczających dowodów, które pozwolą działać i inwestować,

OPOWIADANIE

Nie jesteśmy już w stanie dłużej tego wytrzymać

Doświadczenie Zinab

Jestem matką Mohammeda, 27-letniego mężczyzny, który od dziesięciu lat zмага się z schizofrenią, oraz jego starszego brata Younesa, niech Bóg ma go w swojej opiece, który także cierpi na to samo schorzenie.

W 2015 roku stan Younesa pogorszył się i zmarł. Śmierć brata bardzo mocno wpłynęła na Mohammeda, którego zdrowie od tego czasu również znacząco się pogorszyło. Miał ciągłe urojenia, nie akceptował leczenia i wykazywał silną agresję wobec nas. Czuliśmy się zmuszeni opuścić dom ze względu na jego gwałtowne zachowania i zakupiliśmy skromne mieszkanie, by tam się schronić. Czujemy się winni, że go zostawiliśmy samotnego, ale nie mieliśmy innego wyjścia.

Mohammed wielokrotnie próbował odebrać sobie życie i prawie mu się to udało. Jego stan pogarsza się z dnia na dzień. Nie jesteśmy już w stanie tego znieść.

Czujemy się psychicznie i fizycznie zrujnowani. My i ludzie z podobnymi problemami desperacko potrzebujemy pomocy i placówek, które mogłyby

uratować nasze dzieci. Przeszliśmy przez skomplikowane procedury administracyjne i ponieśliśmy wysokie koszty, ale to nie przyniosło rezultatów. W szpitalu publicznym nie ma miejsca, a koszty prywatnego szpitala są niezwykle wysokie, a my już nie mamy siły.

Wiem, że Mohammed bardzo mnie kocha, ale żyję w strachu przed nim. Teraz ma okres depresyjny, żyje w izolacji i nie potrafi radzić sobie wśród ludzi.

Spółeczeństwo obywatelskie stara się pomagać tak bardzo, jak to możliwe. Rozpoczęłam kurs szkoleniowy mający na celu pomóc rodzinom jak radzić sobie z chorobą członka rodziny, ale mój stan sprawia, że nie jestem w stanie skoncentrować się i przyswajać informacji.

Trzeba znaleźć rozwiązanie, aby ludzie mogli korzystać ze swojego prawa do opieki i rehabilitacji, aby mogli być częścią społeczeństwa. Wymaga to wspólnych działań między odpowiednimi sektorami i interesariuszami. Jest to konieczne i bardzo pilne.

Zineb, Maroko

niezależnie od kontekstu zasobów (15, 159). Na przykład badanie modelowe w krajach o niskich dochodach pokazało, że inwestycja zaledwie 1 dolara amerykańskiego na mieszkańca rocznie na pakiet opieki, na priorytetowe zaburzenia zdrowia psychicznego, może zmniejszyć liczbę YLD prawie 5 000 ludzi na milion rocznie (160). Dla bardziej rozbudowanego pakietu kosztującego 2 dolary na mieszkańca, obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego zostaje zmniejszone o 13 000 YLD na milion populacji. Dlatego w przypadku kraju z 50 milionami mieszkańców, ta

skromna roczna inwestycja w wysokości 1–2 dolarów na mieszkańca redukuje liczbę lat życia z niepełnosprawnością w populacji o 250 000 do 650 000 lat.

Promowanie, ochrona, przywracanie zdrowia

Zdrowie publiczne polega w dużym stopniu na promowaniu i ochronie zdrowia psychicznego i fizycznego poprzez identyfikowanie podstawowych czynników wpływających na zdrowie - czyli czynni-

ków indywidualnych, społecznych i strukturalnych - oraz interwencji w celu wzmocnienia czynników ochronnych lub redukcji ryzyka. Ta funkcja zdrowia publicznego obejmuje szeroki zakres działań, które mogą być ukierunkowane na jednostki, grupy osób wrażliwych lub całą populację.

Działania, gdzie dowody i odniesienie korzyści są szczególnie przekonujące, obejmują:

- Strategie zapobiegania samobójstwom.
- Programy pozytywnego rodzicielstwa oraz przed-szkolne programy edukacyjne i rozwojowe.
- Programy uczenia społecznego i emocjonalnego w szkołach.
- Promocję i ochronę zdrowia psychicznego w miejscu pracy.

Aby uzyskać więcej informacji na temat strategii opartych na dowodach i życiowych przykładów działań mających na celu promowanie i ochronę zdrowia psychicznego warto zapoznać się z [Rozdziałem 6 pt. „Promocja i zapobieganie”](#).

Osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego promocja i profilaktyka nie wystarczy, a dostęp do wysokiej jakości interwencji mających na celu poprawę lub przywrócenie zdrowia psychicznego jest niezbędny. Istnieje szereg skutecznych i opartych na naukowych dowodach działań, jednak większość ludzi na świecie, którzy mogliby z nich skorzystać, nie ma do nich dostępu. Ogromna luka między potrzebami a dostępem do opieki była głównym motorem Programu Działania w Dziedzinie Zdrowia Psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia (mhGAP WHO). Program ten ma na celu znaczące zwiększenie dostępności działań w obszarze różnych priorytetowych stanów zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem opieki podstawowej oraz innych nie-specjalistycznych placówek opieki zdrowotnej w krajach o niskich i średnich dochodach (161).

Zapewnienie podstawowej opieki wszystkim, którzy jej potrzebują, oznacza nie tylko zintegrowanie opieki psychiatrycznej z opieką podstawową. Wymaga to także rozwijania, wzmacniania lub przekształcania świadczeń, aby zapewnić różne

możliwości dostępu do opieki szpitalnej w stacjach ostrych w szpitalach ogólnych lub ośrodkach specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Wymaga to także szeregu interwencji poza sektorem zdrowia, jednocześnie zmniejszając i zamykając stacjonarne instytucje psychiatryczne, jednocześnie zapewniając wsparcie w społeczności dla wypisanych ze szpitali pacjentów. Aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak wygląda restrukturyzacja w praktyce, zapoznaj się z [Rozdziałem 7 pt. „Restrukturyzacja i zwiększanie skali opieki”](#).

Współpraca z innymi odpowiednimi sektorami ma szczególne znaczenie, ponieważ praktyka kliniczna to tylko jedna część opieki psychiatrycznej. Dla wielu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego proces powrotu do zdrowia wymaga dostępu do szerokiego programu wsparcia, który obejmuje szereg działań mających na celu wspieranie integracji społecznej, w tym wsparcie w utrzymaniu niezależności, nawiązywania kontaktów społecznych, uczestniczenia w działaniach społecznościowych, zarządzania skomplikowanymi relacjami oraz dostępu do wspieranego mieszkalnictwa, pracy czy edukacji. Wszystkie te usługi i wsparcie w różnych sektorach powinny chronić i promować prawa człowieka (patrz [sekcja 4.2 Promowanie i ochrona praw człowieka](#)) (23).

4.1.2 Poprawa zdrowia fizycznego

Silne powiązania między zaburzeniami zdrowia psychicznego a zdrowiem fizycznym oznaczają, że inwestowanie w zdrowie psychiczne nie tylko zmniejsza ogromne cierpienie ludzkie, ale może także przynosić rozległe korzyści zdrowotne w zakresie zdrowia fizycznego. Wiele czynników oddziałujących na zdrowie psychiczne wpływa także na inne stany zdrowotne, takie jak zdrowie reprodukcyjne i macierzyństwo, a także przewlekłe choroby somatyczne, w tym niezakaźne, takie jak choroby serca i naczyń, cukrzyca, rak i choroby układu oddechowego; choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS, oraz choroby tropikalne (NTD), takie jak trąd i leiszmanioza skórna.

Cztery najważniejsze czynniki ryzyka chorób przewlekłych (NCD) - palenie tytoniu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej i szkodliwe spożycie alkoholu - są związane z różnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego (162). Dziecięce negatywne doświadczenia, stanowiące główny czynnik ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego w późniejszym okresie, są podobnie związane z różnymi chorobami przewlekłymi występującymi u dorosłych, w tym chorobami serca, cukrzycą i astmą (163).

Zaburzenia zdrowia psychicznego wpływają na choroby przewlekłe, a z kolei choroby przewlekłe wpływają na zdrowie psychiczne (patrz Tabela 4.1). Mogą być ich prekursorami, skutkami lub stanowić wynik interakcji między nimi. Na przykład osoby z zaburze-

niami depresyjnymi i lękowymi odczuwają niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu układu hormonalnego i odpornościowego, co zwiększa ich podatność na wiele przewlekłych chorób. Są także bardziej skłonne do podejmowania zachowań ryzykownych, takich jak palenie tytoniu i używanie substancji psychoaktywnych. Z drugiej strony osoby z przewlekłymi chorobami doświadczają stresu fizycznego i psychicznego, który może wywołać depresję lub lęk (163).

Stwierdzono również związek między niektórymi chorobami przewlekłymi (w tym zarówno HIV/AIDS, jak i kilkoma chorobami tropikalnymi NTD) a zdrowiem mózgu, co prowadzi do konsekwencji neurologicznych, które mogą skutkować chorobą i zgonem (164, 165).



Tabela 4.1

Dowody na dwustronne powiązania między zaburzeniami zdrowia psychicznego a chorobami fizycznymi

<u>Choroba przewlekła</u>	<u>Dwukierunkowe powiązania ze zdrowiem psychicznym</u>
<p>Choroby niezakaźne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Osoby z chorobami serca są ponad dwukrotnie bardziej podatne na występowanie zaburzeń depresyjnych lub lękowych niż inne osoby. • Cukrzyca jest silnie związana z depresją, zaburzeniem eksplozywnym przerywanym, napadowym objadaniem się i bulimią. • Depresja jest szczególnie częsta u osób chorych na raka. • Istnieje silny obustronny związek między udarem a depresją. • U osób z częstymi zaburzeniami zdrowia psychicznego stwierdza się większą umieralność wynoszącą 8–12% z powodu palenia papierosów, cukrzycy, zawału mięśnia sercowego w wywiadzie i nadciśnienia tętniczego.
<p>HIV/AIDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia zdrowia psychicznego są częstsze wśród osób z HIV/AIDS niż w ogólnej populacji. • U kobiet z HIV stwierdza się wyższe wskaźniki zaburzeń depresyjnych, lękowych i objawów PTSD niż u mężczyzn z HIV lub u kobiet, które są HIV-negatywne. • Narażenie na przemoc domową zwiększa prawdopodobieństwo występowania zaburzeń psychicznych u nastolatków, co z kolei może sprawić, że trudniej jest młodzieży chronić się przed ryzykiem związanym z HIV. • Leczenie depresji u osób z HIV/AIDS może poprawić stosowanie się do zaleceń lekarskich i wyników klinicznych.
<p>Gruźlica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia depresyjne i lękowe są bardziej powszechne wśród osób chorych na gruźlicę niż w ogólnej populacji. • Nieleczona depresja i stres psychiczny u osób chorych na gruźlicę są związane z gorszymi wynikami leczenia, niższą jakością życia i większym stopniem niepełnosprawności. • Depresja jest silnie związana z brakiem przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia gruźlicy. • Leki przeciwgruźlicze mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne.
<p>Zaniedbane choroby tropikalne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leiszmanioza skórna, onchocерkoza i zatrucie jadem węża są związane z lękiem, depresją i stresem psychicznym. • Co druga osoba z trądem lub filariozą chłonna ma zaburzenia depresyjne lub lękowe. • U osób z filariozą limfatyczną oszacowano, że depresja prawie podwaja całkowite obciążenie chorobą.

Źródło: Stein et al., 2019 (163), WHO i UNAIDS (166); Fujiwara, 2022 (167); WHO, 2020 (168).

Liczne powiązania między zaburzeniami psychicznymi a innymi chorobami przewlekłymi oznaczają ich częste współistnienie. U dzieci z długotrwałymi schorzeniami fizycznymi stwierdzono dwukrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń emocjonalnych lub zachowania niż u innych dzieci. Dorośli z chorobami przewlekłymi mają dwu- do trzykrotnie większe ryzyko rozwoju depresji niż reszta populacji. Osoby cierpiące na trzy lub więcej schorzeń fizycznych są siedmiokrotnie bardziej podatne na depresję (169).

HIV/AIDS i gruźlica (TB) są podobnie powiązane z różnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. U osób z HIV stwierdzono dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia ciężkiej depresji w porównaniu z innymi. Według niedawnej systematycznej analizy ryzyko samobójstwa jest 100 razy większe u osób z HIV niż w ogólnej populacji. Badanie przeprowadzone w Etiopii pokazało, że połowa osób z gruźlicą miała objawy przypominające depresję, a ta grupa osób, która częściej rezygnowała z leczenia gruźlicy, miała po sześciu miesiącach obserwacji o połowę mniejszą szansę na przeżycie (172).

Na poziomie globalnym współwystępowanie zaburzeń zdrowia psychicznego i fizycznego stało się na świecie regułą, a nie wyjątkiem, zwłaszcza u osób powyżej 60. roku życia (173).

Współwystępowanie zarówno schorzeń somatycznych, jak i zaburzeń zdrowia psychicznego, opóźnia rekonwalescencję zarówno w przypadku jednych, jak i drugich. Wielochorobowość sprawia, że leczenie wszystkich schorzeń staje się trudniejsze, często prowadząc do większej liczby powikłań. Na przykład osoby z przewlekłymi chorobami somatycznymi, które cierpią na depresję, mogą mieć trudności w samoopiece, przestrzeganiu zaleceń lekarskich, sięganiu po wsparcie zdrowotne lub społeczne w razie potrzeby. To prowadzi do gorszych wyników leczenia, większej liczby hospitalizacji i wyższych wydatków na opiekę zdrowotną. Dla osób z HIV/AIDS lub gruźlicą rezygnacja z leczenia zwiększa również ryzyko dalszego przeniesienia i rozwoju chorób opornych na leki (173).

Jest oczywiste, że ludzie nie mogą osiągnąć pełnego zdrowia fizycznego bez zdrowia psychicznego. Na całym

świecie kraje nie mogą realizować swoich celów w zakresie większości priorytetowych chorób somatycznych bez jednoczesnej inwestycji w zdrowie psychiczne.

Zintegrowana opieka to dobra opieka

Kiedy osoby z chorobami współistniejącymi trafiają do zakładu opieki zdrowotnej, zazwyczaj leczone są z powodu jednej z tych chorób, a nie obu. W rezultacie wiele chorób pozostaje nierozpoznanych a brak leczenia we wczesnych stadiach choroby zwiększa ryzyko niepełnosprawności i przedwczesnego zgonu (patrz sekcja 3.1.2. Śmiertelność). W rzeczywistości najczęstszą przyczyną śmierci wśród osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są choroby sercowo-naczyniowe (174).

Zintegrowane podejście do opieki zapewnia, że zarówno zdrowie psychiczne jak i fizyczne jest uwzględniane, zarządzane i jednocześnie monitorowane.

Jeśli jest dobrze wdrożone, może poprawić dostępność, zniwelować fragmentację i dublowanie infrastruktury i zasobów oraz lepiej sprostać potrzebom zdrowotnym i oczekiwaniom ludzi.

Integrację można wdrożyć na wiele sposobów i na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej (175).

- **Dla osób chorych**, opieka zintegrowana jest zorientowana na pacjenta i jest skoordynowana w kontekście różnych chorób, placówek medycznych i czasu.
- **Dla organizacji systemu opieki zdrowotnej**, opieka zintegrowana polega na posiadaniu wspólnych systemów informacyjnych i partnerskich relacji zawodowych opartych na wspólnych rolach i obowiązkach, na przykład poprzez wielodyscyplinarne zespoły, wspólne zadania i połączenia z opieką społeczną i usługami społecznościowymi.
- **Dla ministerstw zdrowia**, opieka zintegrowana polega na tworzeniu wspólnej polityki, mechanizmów finansowania i struktur zarządzania w obszarze zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego.

Włączenie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w podstawową opiekę zdrowotną stanowi kluczową strategię na poziomie organizacji opieki zdrowotnej

(patrz sekcja 7.2.1. [Zdrowie psychiczne w opiece podstawowej](#)). Modele opieki łączonej, w szczególności, udowodniły poprawę wyników leczenia zaburzeń psychicznych, również u osób z chorobami przewlekłymi współistniejącymi (176, 177). Udowodnionym podejściem jest wykorzystanie istniejących już platform dostarczania świadczeń dla chorób przewlekłych jako bazy do rozszerzenia usług w zakresie zdrowia psychicznego. Na przykład konkretne platformy używane do wsparcia opieki nad pacjentami z HIV mogą służyć jako punkty wejścia do integracji świadczeń redukujących szkody i do opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi (167).

Aby uzyskać więcej informacji na temat opartych na dowodach strategii integrowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego na wszystkich platformach opieki zdrowotnej, w tym opiece podstawowej, szpitalach ogólnych i świadczeń zdrowotnych specjalizujących się w konkretnej chorobie, zapoznaj się z [Rozdziałem 7 Przebudowa i skalowanie opieki dla efektu](#).

4.1.3 Większa równość dostępu

Inwestycje i transformacje w dziedzinie zdrowia psychicznego są konieczne, ponieważ zdrowie psychiczne i opieka zdrowotna w zakresie zdrowia psychicznego są naznaczone nierównościami. Istotny wpływ strukturalnych czynników na zdrowie psychiczne oznacza, że niektóre grupy ludzi w społeczeństwie mają znacznie gorsze zdrowie psychiczne. W wielu przypadkach ci sami ludzie mają również ograniczony dostęp do skutecznej i odpowiedniej opieki, ponieważ są geograficznie oddaleni od świadczeń lub nie mogą ich opłacić.

Szczególnie w krajach o niskich dochodach oznacza to, że znaczna część osób z zaburzeniami psychicznymi nie może uzyskać dostępu do potrzebnej opieki. Może to prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, co ma negatywne konsekwencje dla zdolności ludzi do pracy, nauki lub rodzicielstwa. Często osoby, które korzystają ze świadczeń, muszą samodzielnie je opłacać, ponieważ nie są one uwzględniane w podstawowych pakietach opieki i programach ubezpieczeniowych.

Bezpośrednie wydatki własne na opiekę zdrowotną są niesprawiedliwe, ponieważ biedniejsze gospodarstwa domowe muszą zapłacić proporcjonalnie większą część dochodu (w przeciwieństwie do opieki zdrowotnej opartej na podatkach, która zazwyczaj wymaga wyższych składek od bogatszych gospodarstw domowych). Koszty leczenia są uważane za główną przeszkodę dla osób z zaburzeniami psychicznymi szukających pomocy (178).

Prywatne wydatki na świadczenie są niesprawiedliwym i regresywnym sposobem płacenia za opiekę zdrowotną.

Wydatki własne na opiekę zdrowotną w obszarze zdrowia psychicznego często zmuszają ludzi do przyjęcia niepożądanych strategii radzenia sobie, takich jak cięcie wydatków domowych, wykorzystywanie oszczędności życiowych, sprzedaż majątku lub pożyczanie pieniędzy, co pogłębia ubóstwo i niekorzystną sytuację między pokoleniami oraz może prowadzić do gorszych wyników leczenia (10). Ważne jest, że to nie tylko koszty leczenia narażają ludzi na ryzyko finansowe, ale także koszty transportu, utrata dochodów jednostek i ich opiekunów oraz inne koszty pośrednie.

Rozwiązywanie nierówności jako część reformy opieki psychiatrycznej jest niezbędne, aby zapewnić odpowiednie świadczenia w odpowiedni sposób i odpowiednich miejscach, aby dotrzeć do każdego chorego i każdej osoby. Zaspokajanie potrzeb społecznych ludzi, na przykład poprzez pracę socjalną, jest niezbędne jako część opieki psychiatrycznej. Ponadto istotne jest, aby zająć się strukturalnymi determinantami zdrowia psychicznego na poziomie populacji, które przyczyniają się do utrudnień społecznych (patrz [sekcja 6.1.3 Budowanie kapitału strukturalnego dla zdrowia psychicznego](#)). Inne strategie skupiają się na zwiększaniu dostępu do opieki psychiatrycznej, w tym poprzez poprawę zakresu opieki zdrowotnej i ochrony finansowej.

Zdrowie psychiczne dla wszystkich

Włączenie zaburzeń zdrowia psychicznego i interwencji w podstawowe pakiety niezbędnych świadczeń powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC) to

fundamentalny krok w kierunku zlikwidowania luki w opiece zdrowotnej.

W szczególności interwencje świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC) powinny zapewniać uwzględnienie wszystkich podstawowych potrzeb w zakresie zaburzeń zdrowia psychicznego. Oznacza to, że muszą być wszechstronne oraz obejmować interwencje psychospołeczne i farmakologiczne oparte na naukowych dowodach, jak opisano w Kompendium UHC WHO (patrz sekcja 5.1.3. Dowody informujące o polityce i praktyce) (179).

Interwencje świadczone w ramach UHC powinny zapewniać uwzględnienie wszystkich podstawowych potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego.

Uniwersalna polityka zdrowia publicznego finansująca interwencje dla wszystkich może również prowadzić do bardziej sprawiedliwej alokacji zasobów zdrowia publicznego i przynosić korzyść najbardziej ubogim grupom (patrz Ramka 4.1 Chile: Uwzględnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, UHC). W tym sensie rozszerzone ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie dla ochrony ludzi przed potencjalnie katastrofalnymi kosztami opłacania świadczeń zdrowotnych z własnej kieszeni.

Rozszerzony zakres świadczeń i zwiększona ochrona finansowa to w zasadzie dwie strony tego samego medalu. Zwiększenie zakresu bez równoczesnego wzrostu ochrony finansowej spowoduje nierównomierność korzystania ze świadczeń i wyników leczenia. Jednak poprawa ochrony finansowej bez rozszerzenia zakresu świadczeń przyniesie niewielką poprawę.



STUDIUM PRZYPADKU

Ramka 4.1

Chile: włączenie świadczeń z zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

W 2005 roku, jako część szerokiej reformy zdrowia Chile wprowadziło Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES), uniwersalny pakiet ubezpieczenia zdrowotnego (obejmujący świadczenia medyczne i psychospołeczne).

Pakiet, który jest okresowo aktualizowany, zawiera priorytetową listę badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych dla 85 chorób, w tym zaburzeń depresyjnych, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, uzależnienia od alkoholu/narkotyków, schizofrenii i demencji. GES przyznaje równe prawa beneficjentom zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego. Gwarantuje dostęp do opieki zdrowotnej o wysokiej jakości poprzez kryteria uprawnień, akredytację placówek i certyfikację zawodową. Zapewnia także terminową i przystępną cenowo opiekę, ustanawiając górne limity czasu oczekiwania i opłat własnych.

Ogólnie rzecz biorąc, GES uczyniło chilijski system zdrowotny efektywnym, kładąc nacisk na priorytety zdrowotne. Świadczenia zdrowotne stały się bardziej dostępne dla wszystkich, przy czym zakres świadczeń najniższego kwintyla dochodów wzrósł o 20%. Spadł odsetek osób z depresją, które umierają w trakcie lub krótko po przyjęciu do szpitala. Zintegrowanie opieki psychiatrycznej na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej ogólnego zakresu poprawiło wczesną opiekę po pierwszym epizodzie schizofrenii. Osoby korzy-

stające z GES twierdzą, że zwiększył się ich dostęp do opieki, zostało umożliwione diagnozowanie i leczenie osób ubogich oraz zagwarantowano ochronę finansową.

Konsolidacja świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego społeczności w całym kraju była dla GES kluczowa. Dostarczane przez zespoły wielosektorowe usługi zapewniają zapobieganie, leczenie i rehabilitację osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Większość użytkowników może bezpłatnie uzyskać dostęp do leków psychotropowych. Ponad połowa otrzymuje również krótkotrwale indywidualną opiekę psychologiczną. A prawie wszyscy otrzymują jakąś formę indywidualnej, rodzinnej lub grupowej pomocy psychospołecznej.

Te świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego społeczności są silnie powiązane z podstawową opieką zdrowotną z rozbudowanym systemem skierowań do specjalistów. Co miesiąc członkowie zespołu opieki psychiatrycznej wizytują każdy ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej w swoim obszarze działania, aby omówić skomplikowane przypadki i wspomóc zespoły podstawowej opieki w zakresie klinicznego i społecznego zarządzania. W rezultacie około 80% osób zwracających się do GES o pomoc w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego jest leczonych przez specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej.

Źródła: Aguilera et al., 2015 (180); Bitran, 2013 (181); Araya et al., 2018 (182).

4.2 Promocja i ochrona praw człowieka

Inwestycje i transformacje w dziedzinie zdrowia psychicznego są niezbędne, aby przeciwdziałać powszechnym naruszeniom praw człowieka, których doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi na całym świecie.

W 2008 roku weszła w życie Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD). Składa się z 50 artykułów. Ta prawnie wiążąca umowa stanowiła ważny krok w wysiłkach mających na celu promowanie, ochronę i zapewnienie pełnego i równego korzystania z wszystkich praw człowieka osobom niepełnosprawnym, w tym osobom z niepełnosprawnościami psychospołecznymi.

Niepełnosprawności psychospołeczne pojawiają się, gdy osoby z długotrwałymi zaburzeniami psychicznymi napotykają bariery społeczne, takie jak stygmatyzacja, dyskryminacja i wykluczenie, co utrudnia im pełne i efektywne uczestnictwo w społeczeństwie na równych prawach z innymi. W ramach różnych praw człowieka, CRPD ma na celu zapewnienie wszystkim ludziom pełnego i równego prawa do:

- życia;
- równorzędnego uznania przed prawem (zdolność prawna);
- dostępu do sprawiedliwości;
- wolności i bezpieczeństwa osobistego;
- wolności od wyzysku, przemocy i nadużyć;
- życia niezależnego i uczestnictwa w społeczności;
- mieszkania i rehabilitacji;
- zdrowia, edukacji, pracy i zatrudnienia;
- odpowiedniego standardu życia i ochrony społecznej;
- uczestnictwa w życiu politycznym i publicznym.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD) ma ogromne znaczenie w zagwarantowaniu tych praw osobom mającym zaburzenia zdrowia psychicznego. Pomimo powszechnego ratyfikowania CRPD, osoby z zaburzeniami zdrowia

psychicznego na całym świecie nadal są pozbawiane praw człowieka i ochrony poprzez dyskryminujące postawy, działania i prawa. Często są również narażone na poważne nadużycia, zarówno w instytucjach, jak i w społeczności. Niepełnosprawność psychospołeczna będzie istnieć dopóki kwestie naruszenia praw człowieka nie zostaną w pełni rozwiązane, w tym nie nastąpi usuwanie barier fizycznych, komunikacyjnych, społecznych, prawnych oraz zmiana ludzkich postaw.

4.2.1 Działania przeciwko stygmatyzacji i dyskryminacji

Stygmatyzacja, która jest powszechnym zjawiskiem zarówno w społeczeństwie, jak i w sektorze zdrowia, stanowi poważną przeszkodę w poprawie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i samoopieki. Obecna jest w domach, szkołach, miejscach pracy, społecznościach, a nawet w samym systemie opieki zdrowotnej (183).

Stygmatyzacja prowadzi do izolacji społecznej i dyskryminacji, co wpływa na zdolność osoby do zarabiania, wyrażania swojego zdania, uzyskiwania dostępu do wysokiej jakości opieki, bycia częścią społeczności i odzyskania zdrowia psychicznego. Tworzy warunki do naruszania wielu praw człowieka w różnych środowiskach (patrz Rys. 4.1).

Stygmatyzacja może prowadzić do izolacji społecznej, dyskryminacji i naruszeń praw człowieka w różnych środowiskach.

W niektórych krajach fakt, że małżonek lub małżonka cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, stanowi podstawę prawną do rozwodu. W innych, osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą utracić swoje prawa rodzicielskie lub prawo do głosowania, a także mogą być pozbawione prawa jazdy. W niektórych krajach dzieci z zaburzeniami zdrowia psychicznego nie mogą uzyskać aktu urodzenia lub innych dokumentów tożsamości (184).

Na całym świecie osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego często są wykluczane z życia społecznego i pozbawiane podstawowych praw.

Osoby te są również dyskryminowane w obszarach zatrudnienia, edukacji i zamieszkania. Prawo do pracy jest jednym z najczęściej łamanych praw. Nawet gdy osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego udaje się znaleźć pracę, często są źle wynagradzane (22).

Wiele dzieci i młodzieży żyjącej z zaburzeniami zdrowia psychicznego trafia do specjalnych szkół, które zazwyczaj oferują niższej jakości edukację, lub jest umieszczanych w instytucjach, które nie zapewniają lub zapewniają bardzo ograniczoną edukację (22). W każdym przypadku stygmatyzacja i dyskryminacyjne postawy oraz dyrektywy mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i utrudniać proces rekonwalescencji (czytaj Doświadczenie Liona).

Rys. 4.1

Powszechne naruszenia praw człowieka wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego i środowiska, w których mają one miejsce

POWSZECHNE NARUSZENIA PRAW CZŁOWIEKA



- Wykluczenie, marginalizacja i dyskryminacja
- Odmowa możliwości zatrudnienia
- Znęcanie fizyczne i przemoc
- Brak dostępu do skutecznych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego
- Wykorzystanie seksualne i przemoc
- Samowolne pozbawienie wolności
- Odmowa prawa do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny
- Brak środków umożliwiających życie w społeczności
- Odmowa dostępu do świadczeń zdrowotnych
- Wykorzystywanie finansowe

ŚRODOWISKA, GDZIE MOGĄ WYSTĄPIĆ NADUŻYCIA



- Wspólne przestrzenie społecznościowe
- Dom i rodzina
- Miejsca pracy
- Placówki zdrowia psychicznego
- Szpitale i placówki opieki zdrowotnej
- Więzienia i system sądowy
- Rząd i urzędy
- Szkoły

Źródło: Drew et al, 2011 (22)

OPOWIADANIE

Napotkałem ignorancję i stygmatyzację

Doświadczenie Lion

Kiedy przez lata korzystałam z różnych usług rehabilitacyjnych, napotykałam ignorancję i stygmatyzację. Niektóre zabiegi były dla mnie po prostu niekorzystne. Niektóre mi nie pomagały. Nigdy nie zapomnę pielęgniarki na oddziale psychiatrycznym, która gonila mnie po pokoju, gdy przytapała mnie na praktykowaniu jogi, i strofowała, że taka czynność nie jest dozwolona. Zajęło mi dziesięć lat, zanim zaczęłam ponownie uprawiać jogę: to był czynnik, który ciągle mi przypominał trudne przeżycia podczas hospitalizacji.

W pewnym momencie złożyłam podanie o wsparcie finansowe na studia z zakresu pracy socjalnej. Już wtedy zarządzałam pierwszym programem wsparcia rówieśników na oddziale psychiatrycznym w Izraelu. Ale pracownik socjalny, który pomagał mi w procesie składania podania, powiedział mi, że byłoby to niemoralne pozwolić mi studiować pracę socjalną. Nawet gdy zdałam swoje egzaminy z wysokimi ocenami, próbowali mnie przekonać, abym studiowała pedagogikę, twierdząc, że to będzie dla mnie łatwiejsze.

Dziś kieruję oddziałem doświadczeń osobistych w Enosh, izraelskim stowarzyszeniu ds. zdrowia psychicznego. Zapewniamy środki do procesu rekonwalescencji osobom i rodzinom próbującym poradzić sobie z niepełnosprawnością psychospołeczną. Pracujemy nad promowaniem usług i praktyk ukierunkowanych na osobę i jej świadome traumatyczne doświadczenia, które wspierają proces rekonwalescencji.

Trudne przeżycia, przez które przesłam, i ignorancja, z którą się spotkałam, spowodowały również, że wygłaszam wykłady na forum terapeutycznym. Początkowo ja sama zabiegałam o uwagę, ale stopniowo coraz częściej byłam zapraszana na płatne wykłady. Prawdopodobnie taka potrzeba istniała od dawna. Chęć terapeutów do nauki i doskonalenia istniejących usług terapeutycznych napawa mnie nadzieją.

Lion Gai Meir, Izrael

(zobacz również mój opis na [stronie 44](#))

Zatrzymanie stygmatyzacji

Dowody z krajów o wysokim i niskim dochodzie sugerują, że działania antystygmatyzujące mogą zmieniać publiczne postawy na lepsze, zmniejszając dyskryminację osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego (185). Strategie antystygmatyzujące zazwyczaj można podzielić na trzy kategorie (186).

- Strategie edukacyjne wykorzystujące fakty do rozprawienia się z mitami i nieporozumieniami. Obejmują kampanie edukacyjne, kampanie

podnoszące świadomość publiczną oraz szeroki zakres szkoleń i działań edukacyjnych.

- Strategie kontaktowe mają na celu zmianę negatywnych postaw w społeczeństwie poprzez interakcje z osobami żyjącymi z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Mogą one obejmować bezpośredni kontakt społeczny, symulowany kontakt, kontakt wideo lub online, a także korzystanie ze wsparcia rówieśników w placówkach opieki zdrowotnej.

- Strategie protestu zapewniają formalny sprzeciw wobec stygmatyzacji i dyskryminacji. Obejmują one publiczne demonstracje, pisanie listów, petycje, bojkotowanie produktów i inne kampanie obrończe.

Badania wpływu tych strategii sugerują, że dla większości grup ludzi kontakt społeczny jest najskuteczniejszym rodzajem interwencji w celu podniesienia wiedzy i zmiany postaw związanych ze stygmatyzacją (185). Wyniki badań również wspierają aktywne działanie i wsparcie osób z doświadczeniem życiowym na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej psychiatrycznej (zobacz: [W centrum uwagi: Zaangażowanie i wsparcie osób z doświadczeniem życiowym](#)).

Kilka krajów o wysokim dochodzie skutecznie wykorzystuje kampanie podnoszące świadomość publiczną na dużą skalę oraz strategie oparte na kontakcie, aby wywołać pozytywne zmiany w po-

stawach publicznych wobec zdrowia psychicznego (zobacz [Tabela 4.2](#)).

Kontakt społeczny jest najskuteczniejszym rodzajem interwencji w celu podniesienia wiedzy i zmiany postaw związanych ze stygmatyzacją.

Istnieje również wiele perspektyw związanych z szerokimi, zintegrowanymi programami opartymi na dowodach naukowych w krajach o niskim i średnim dochodzie (zobacz: [Ramka 4.2 Badania mające na celu zwalczanie stygmatyzacji: Sieć INDIGO](#)), a także potrzebne są kampanie rządowe na dużą skalę skupiające się na kontakcie społecznym w tych kontekstach (185, 187).

Oprócz bezpośrednich kampanii zapobiegających stygmatyzacji, prawdopodobnie można ją zmniejszyć poprzez pracę nad poprawą jakości opieki (zobacz: [Ramka 4.4 WHO QualityRights](#)).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 4.2

Badania mające na celu zwalczanie stygmatyzacji: Sieć INDIGO

Sieć INDIGO prowadzi badania oparte na dowodach naukowych i wdraża program mający na celu zrozumienie mechanizmów i skutków stygmatyzacji i dyskryminacji w ponad 40 krajach, oraz opracowanie i przetestowanie nowych sposobów zwalczania stygmatyzacji. W sieci uczestniczą różne kraje o niskim i średnim dochodzie, w tym Bangladesz, Brazylia, Chiny, Egipt, Etiopia, Indie, Jamajka, Malezja, Nepal, Nigeria, Republika Południowej Afryki, Tunezja, Turcja i Wenezuela.

Sieć koordynuje projekty obejmujące różne strony internetowe, na przykład do oceny kampanii mającej na celu zwiększenie częstości wystawianych skierowań do lokalnych placówek zdrowotnych lub badanie potencjału szkolenia studentów medycy-

ny w celu poprawy ich wiedzy, postaw i zachowań wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Strona internetowa sieci INDIGO oferuje skalę do oceny stygmatyzacji i dyskryminacji.

Sieć INDIGO prowadzi międzynarodowy program badawczy (the INDIGO Partnership) mający na celu opracowywanie i testowanie interwencji opartych na dowodach naukowych, dostosowanych do kontekstu działań w celu zwalczania stygmatyzacji i dyskryminacji. Program ten łączy partnerów badawczych z siedmiu współpracujących instytucji w Chinach, Etiopii, Indiach, Nepalu i Tunezji i ma na celu generowanie wyników i materiałów, które można zastosować w innych krajach o niskim i średnim dochodzie.

Źródła: Sieć INDIGO, 2021 (189); Thornicroft et al., 2019 (190).