



BULLETIN



Volume 16 November 2005
www.wapr.net

World Association of Psychosocial Rehabilitation
Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial
Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale

TABLE OF CONTENTS/ Índice

EDITORIAL / “A public health approach to severe mental disorders.” Angelo Barbato*	3
CREDITS/ Créditos/ WAPR Bulletin World Association for Psychosocial Rehabilitation	5
MAIN ARTICLES/ Artículos Principales. <i>Psychiatric services users: the who perspective.</i> Benedetto Saraceno	6
MAIN ARTICLES/ Artículos Principales. <i>The process of closing a Greek state Psychiatric Hospital. The development of a network of community-based psychiatric facilities. Effects on the patients.</i> Angelidis G, Voura N, Michailidou B, Giaglis GD, Tziaferi M.	9
INFORMACIÓN WAPR/ Information WAPR <i>World Mental Health day. A vision from Spain.</i> Report by Ricardo Guinea.	11
COLABORATIONS/ COLABORACIONES. <i>Muestra de miradas.</i> Antonio Barranco. / Asociación Alonso Quijano. Madrid.	12
COLABORATIONS/ COLABORACIONES. <i>Arts against stigma:</i> R. Guinea for WAPR Bulletin	13
EVENTS WAPR	13
HEMEROTECA/ <i>Violencia y enfermedad mental mitos y realidades.</i> Jose J. Uriarte.	14
LETTERS/ CARTAS	16
BOARD OF DIRECTORS 2003-2006/ Directorio 2003-2006	20

A PUBLIC HEALTH APPROACH TO SEVERE MENTAL DISORDERS

Versión Castellano

Over the last years the need for a worldwide public health approach to major mental disorders became evident as a result of several factors:

- Better knowledge of data on distribution of major affective and psychotic disorders in both developed and developing countries
- Awareness of heavy financial and social burden associated with mental disorders
- Evidence of wide variations in outcome of major mental disorders, ranging from full recovery to severe and persistent illness
- Deterioration over last decades of mental health indicators in most countries, by contrast with substantial improvements in many areas of physical health
- Evidence from clinical trials of effectiveness and safety of biological and psychosocial interventions for affective and schizophrenic disorders
- Low priority assigned to mental health programs in health policy and low level of resource allocation to prevention and treatment of mental disorders
- High proportion of people with mental health problems not receiving effective help
- Existence of wide gaps between best practice guidelines derived from research findings and current interventions or service delivery modes for people with mental health problems.

Strategies to gather information on mental health status of populations and estimate needs for services have been increasingly refined in recent years, leading to landmark studies in many countries. From modern epidemiological research three main pieces of information relevant to public health have been obtained:

- Prevalence of mental disorders
- Determination of disability associated with these disorders
- Determination of needs for service and service utilization of people with mental disorders.

Period prevalence rates of major depression of 1.8-7.7% in males and 3.3-12.9 in females have been recently reported from various countries. An historical trend of increasing rates in last fifty years, particularly in young males, has been consistently suggested.

For schizophrenia and related disorders, one-year prevalence on adults ranges between 1 and 7.5% and lifetime prevalence between 1 and 18%.



President Renner's NYC 2003

Course and outcome of schizophrenia are influenced, to a large extent, by environmental variables, as shown by follow-up data from the World Health Organization studies. Moreover, the social adversities surrounding the illness, such as stigma and isolation, are often considered by people who experience the disorder as a source of suffering worse than illness itself.

It is worth noting that, despite the better outcome generally found in rural areas, a rise in prevalence has been observed in last years in some developing countries undergoing massive social changes, such as China. This may indicate a trend towards worsening of some course indicators, with longer illness duration and lower recovery rates.

Although reduction in life expectancy as a consequence of mental disorders is relatively small in comparison with major physical diseases, mortality by suicide can be considered an important indicator of the magnitude of mental health problems. According to World Health Organization, in the year 2000 approximately one million people died from suicide and in almost all countries suicide is now one of the three leading causes of death among people aged 15-35 years. Moreover, in the last fifty years, an increase of almost 60% in worldwide suicide rates has been observed.

The countries with the highest suicide rates are mostly low-or middle income countries in which deep modifications of social structures, values and lifestyles took place in the last decade, with fast transition from a planned towards a market economy, such as Russia and other nations formerly belonging to Soviet Union.

Beyond data on distribution of diseases, substantial efforts have been made towards a better definition of disease burden, leading to quantification of the combined burden of both fatal and non fatal health outcomes through the development of a single measure, the DALY (*disability adjusted life years lost*). DALY adds together years of life lost to premature death and years of healthy life lost through living with disabilities of specified severity and duration.

The definition of DALY for major diseases and injury groups allowed comparisons across the whole range of health condition throughout the world. One of the most

EDITORIAL/

**Angelo Barbato. WAPR President*

WAPR

striking findings of this research was the recognition of mental disorders as a major cause of burden in all countries.

According to a recent World Health Report, 11.5% of the worldwide burden in 1998 was due to mental and neurological disorders and an additional 1.7% to self-inflicted injuries related to behavioral disturbances. As a group, such conditions rank first among the non-communicable diseases. In high income countries 23% of DALYs was lost to a neuropsychiatric condition, while in low and middle income countries the corresponding figure was around 10%. However, the worldwide trend towards the increasing importance of non-communicable diseases will bring a significant rise in burden associated with mental and neurological disorders in the poorest areas of the world, as a result of demographic changes and the accumulation of risk factors.

The relative contribution of different disorders to these overall figures and its distribution by age and gender shows that major depression is the fourth source of disease burden and it is first in the 15-44 age group, particularly in women, while in men alcohol abuse is a major matter of concern. Moreover, the impact of depression is rapidly increasing: it was 3.6% in 1990 and it is projected up to 5.6% in 2020. At that time, according to best estimates, depression will rank second just after ischaemic heart disease as the most important single cause of DALYs.

The heavy toll taken by mental disorders is also reflected in their financial costs to societies, as shown by studies done not only in rich countries, such as United Kingdom, USA or Canada, but in low income areas, such as rural India and Pakistan.

Last, but not least, undefined and hidden burden, hard to translate in money values, must be taken into account. This includes emotional stress on sufferers and caregivers leading to additional morbidity, discrimination, reduction of social opportunities and shrinking social networks.

However, even in market economies where large amounts of public and private resources are allocated to health services, treatment and care received by people with severe mental disorders are far from being satisfactory. The report of United States surgeon general, devoted in 1999 for the first time to mental health, raised to this respect serious concerns:

- Despite the efficacy of many treatment options, nearly half of all Americans who have a severe mental illness do not have access to treatment.
- The mental health field, more than other healthcare sectors, is plagued by disparities in availability and access to services.
- Two key aspects act as powerful barriers: financial constraints due to limited coverage of mental

health care and social stigma attached to mental illness and to people who seek help for mental health problems

- Frequently people most in need is prevented from getting appropriate care.

Even when treatment is received, there is widespread evidence that too often it is of low quality or inadequate in relation to the indications emerging from research or from well established consensus of scientific community. Examples of this state of affairs abound. I will name just a few:

- Unnecessary long-term institutionalization
- Violation of human and civil rights in psychiatric services
- Lack of assertive integrated community services
- Limited availability of psychosocial rehabilitation
- Under recognition and poor treatment of depression
- Failure to provide family support and psychoeducation
- Use of too high doses of antipsychotic drugs with disabling side effects.

Moreover, in addition to highlight specific diagnostic categories, recent surveys provided compelling evidence for a very relevant issue: mental illnesses and behavioral disorders often run together and correlate each other in epidemiological clusters closely linked in vicious circles with social problems such as poverty, domestic violence, crime, substance abuse, community breakdown, cultural and religious discrimination.

Since social adversities may influence to varying degrees onset, maintenance or pattern of course of various disorder groups, as a rule mental health problems are unevenly distributed across geographical, social and cultural boundaries. They tend to concentrate in disadvantaged populations that therefore can be considered at risk of developing mental disorders. Such considerations have far reaching consequences and can help to outline the core elements of a public health approach to mental disorders:

1. the identification of high risk groups as a target for intervention
2. the definition of comprehensive strategies able to break recursive loops between social stress and mental disorders.
3. Priority setting and orientation of mental health services development in a social direction, like that taken by public health in its broader sense.

These are the challenges consumers, policymakers, mental health professionals and the society as a whole will have to face everywhere in the near future.

**Angelo Barbato. WAPR President*



CREDITS/CRÉDITOS/ WAPR Bulletin

World Association for Psychosocial Rehabilitation
Bulletin.
Bulletin de l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale.
Boletín de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.

WAPR Bulletin

www.wapr.net

WAPR www.wapr.net is registered as a non-profit organization in France and Italy; it is recognized as a charity in Madras (India) and Edinburgh, (Scotland, U.K), registered as a voluntary, non-profit organization in New York State (U.S.A.) WAPR has a constitution approved at Vienne in 1986, amended at Barcelona in 1989, at Montreal in 1991, and at Dublin in 1993.

WAPR HEAD OFFICE.

Mario Negri Institute, Via Eritrea 62; 20157 Milano. Italy.
Tel: +39 02 39014431. Fax: +39 02 33200049 dirba@tin.it

EDITORIAL COMITEE (COMITÉ EDITORIAL)

Editorial Council (Consejo Editor)

Angelo Barbato. WAPR President. Milan. Italy.
Zeb Taintor. WAPR Immediate Past President. New York. EE.UU.
Michael Madianos. WAPR President-Elect. Athens. Greece.
Lourdes Ladrado-Ignacio. WAPR . Secretary-General. Manila. Philippines.
Ana Maria Fernandes Pitta. WAPR Vice President
Salvador Bahia. Brazil.

Editorial Team (Equipo Editor)

Ricardo Guinea. WAPR Board Member. Madrid. Spain.
Director. guinea@hdmadrid.org
José Uriarte. WAPR Board Member. Bilbao. Spain. Editor.
Ramon Blasi. WAPR Regional Europe Vice-President.
Barcelona. Spain. Editor.

ELECTRONIC DELIVERY (DISTRIBUCIÓN ELECTRÓNICA).

Edited in Hospital de Dia Madrid. c/ Manuel Marañón, 4. 28043 Madrid (Spain). Tel. ++34 91 7596692 Fax. ++34 91 3003355
guinea@hdmadrid.org. www.hdmadrid.org

DESING AND COMPOSITION (MAQUETACIÓN Y DISEÑO)

Proyecto REDES. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida". C/ Colomer, 14 - 28028. Madrid (Spain). Tel. ++3491 3552680.
www.proyectoredes.org.
www.sie.es/crl

POST DELIVERY(DISTRIBUCIÓN POSTAL).

Printed in Mario Negri Institute, Via Eritrea 62; 20157 Milano. Italy. Tel: +39 02 39014431. Fax: +39 02 33200049 dirba@tin.it

PSYCHIATRIC SERVICES USERS: THE WHO PERSPECTIVE.

*Benedetto Saraceno**

Director of Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO- Geneva.

Versión Castellano

Dear colleagues, dear service users.

It is a pleasure and an honour to be here with my good friends of WAPR. We started several months ago thinking to this event and now we are here. I am happy because this is one of the most significant initiative in my tenure as WHO director of Mental Health. It is also nice for me to do this in collaboration with WAPR an organization of which I have been president many years ago and which now is led by a person I respect and admire, Angelo Barbato.

I am also happy to be in Milano a city I left 10 years ago to move to Geneva and to WHO.

However, I am here to talk about the WHO and not about myself. Indeed, WHO is a UN agency and we its officials must forget our personal views and try to capture the perspective of the organization which in fact represents 190 member states through their Ministers of Health.

If we look at the history of WHO there is not very much attention paid to mental health service users. In the past the programme of mental health has been more concerned with the perspective and agendas of psychiatrists than with the perspective and agenda of other stakeholders.

And this is my first remark today among many others. I will talk about 4 issues:

1. The past and present relationship between WHO and users
2. Some key WHO principles driving our action
3. Some challenges in working with users
4. The way forward

1.

The history of the relationship between WHO and psychiatric services users is indeed very poor. I have not found any record of serious attempt in the past of even understanding user's position in WHO mental health programme.

When I became director I found 3 boxes of unanswered letters for users from all over the world addressed to WHO: denouncing human rights violations, presenting their perspective, sometimes presenting bizarre or ununderstandable theories, sometimes funny ideas or

most of the time showing suffering and hope to be listened by the WHO. That's it.

I have selected some of these letters and published in a booklet entitled *Voices from the Shadows* with nice introductory remarks from some of you (Sylvia Caras and David Oaks from the US, Theresja Kruppenacher from Switzerland, Achmat Moosa Salie from South Africa). Nice initiative but not very substantial in terms of a serious involvement of service users.

We were aware that a much more serious involvement was urgent and necessary.

Let me mention four initiatives we have created during the last 5 years.

a) during the WHO mental health year, in 2001, when our then DG, Gro Harlem Brundtland launched a mayor movement of awareness and global mobilization, WHO organized a meeting in Geneva attended by different stakeholders including family representatives, mental health professionals, policy makers, politicians. In this occasion a German and a Swedish service users took the floor and made clear their perspectives about human rights violations, abuse perpetrated by psychiatry and other controversial issues.

It was the first time that these voices were heard in an official event and people were impressed. Not all the statements made were agreed by WHO staff but the point which was clearly made by myself in this occasion was that the issue is not the agreement or the full agreement but rather the opening of the Organization to different point of views. Democracy is not agreement of all on all, but freedom of saying and disagreeing in all possible settings.

b) After this experience we felt that a more systematic consultation with users was needed. We conceived a Global Council for Mental Health, sort of Parliament where different stakeholders with different and even contradictory agendas and perspective were given the possibility to express them and reach influentially WHO ears. There is no time today to explain why this idea was never implemented. Let me simply say that we were changing DG and administration, we were significantly impoverished due to a substantial reduction in funds to the programme and this forced us to postpone the project of the Global Council. However, and this is what matters

MAIN ARTICLES/ Artículos Principales

here today, we organize three preparatory meetings with three different groups of stakeholders: parliamentarians committed to mental health, family associations and service users associations.

We had the opportunity to listen much criticism to WHO and to the way the organization was substantially ignoring the service user's point of view. It was not easy for us to deal with this criticism. Many disagreements were fundamental and not solvable, but we discovered also that many agreements were there and not jointly implemented.

We agreed that more consultation was necessary when WHO was drafting its normative documents, more work was necessary to promote service users movement across the globe, more clear position was necessary to be taken by WHO about the most blatant abuses and human right violations.

c) In 2004 we were asked by the ministers of health to brief them about mental health activities of WHO during the annual WHO assembly. We were given only thirty minutes and we decide to invite a service user from Africa to present his perspective. Once again the voice usually unheard of consumers were heard in a much formalized environment like the WHO assembly and many ministers were shocked. As a follow up of this event we funded the creation of the secretariat of the Survivors and Service Users Pan African Organization.

d) Finally, let me mention the recently published WHO resource book on mental health, human rights and legislation. This is a very long and articulated document aiming at advising countries in improving their mental health legislation. In doing this huge effort we consulted more than hundred experts across the globe and among them some representative of service user's organizations. Once again, there was agreement and disagreement but at the end the users involved accepted to be formally acknowledged in the book. At the very last minute one of the service users discovered a sentence not enough clear about condemning ECT with no anaesthesia and informed consent. He wrote to me highlighting the contradiction between my past statement about this issue and the sentence. We acknowledged the inconsistency and modified the text accordingly. These are difficult experiences for WHO but also learning experiences.

2.

And this last remark takes me to my second point: the WHO perspective in mental health and mental health care. This is not the moment for me to give you a comprehensive vision that you may easily find in many of our official documents including the World Health Report on Mental Health published in 2001.

I would like simply to remind you few key principles that characterize all our work:

a) WHO is an intergovernmental agency of the UN. Its direction depends mostly from the mandate given by Governments. If national or international organizations of citizen want to influence WHO they should influence their respective governments. WHO cannot say whatever its officers want or think but WHO should essentially advice governments on technical matters and implement the resolutions voted by the World Health Assembly. Let me stress how technical opinions when dealing with controversial issues result from scientific evidence but also from the vision coming from member states.

b) WHO listen to and collaborate with different stakeholders and it should take into consideration the different perspectives and opinions: policy makers, professionals, scientists, consumers, families, communities and civil society in general. No one single stakeholder should prevail on the others.

c) WHO pays a very special attention to the needs of the poor: individuals, groups, communities, nations. The perspective of low income countries is particularly relevant for us and often we do not pay too much attention to problems coming from rich nations. These should be addressed internally, the limited resources of WHO impose a clear prioritizing of the problems and the demands coming from the poor.

d) The violation of human rights of health services users including psychiatric services users and the recognition of their role and rights as citizens are a main concern for WHO.

WHO thinks that no treatment can be credibly provided in a context which systematically violates human rights.

There is a global emergency for the human rights of people suffering from mental health problems. I insist on the word "global" as people tend to believe that these kinds of violations always occur somewhere el se when, in fact, they occur everywhere. Human right violation can be denied access to treatment but also and often consists in treatment itself which is inhumane or simply of very bad quality. The most common human right violation is linked to the context of psychiatric care: lack of privacy, confinement, isolation, physical constraints. Human right violations have nothing to do with poverty or limited resources. Indeed, we can see this kind of violation in rich and poor countries. The misery attached to the asylum is an independent variable, namely it is something that is attached to a way of conceiving psychiatric treatment and not just to the resources available.

Key international human rights standards and norms both promoted by the UN and regional human rights systems (European, African and InterAmerican systems) represent a key reference for WHO.

e) Finally, the massive Gap between untreated and treated among people in need for treatment represent a priority to be addressed. The fact that in most of the

MAIN ARTICLES/ Artículos Principales

countries more than 80% of people with mental problems have no access to services or medications or psychosocial treatment represent a fundamental concern for WHO.

3.

Only taking into account these five points you can understand the frame where the interaction between WHO service users may occur and the related challenges.

Let me mention four main points about this interaction:

a) Listening to, consulting with service users is very complicate. Who is who, who represents whom, the issue of representativeness and legitimacy is extremely challenging and we need your help to understand how to move on. Overall to users' movement seems to be very rich and diverse but also fragmented and expressing a broad range of positions (from a radical anti psychiatry approach to the a sympathetic support to psychiatrists in improving their work with patients). Some consider family organizations as potential partners, while some other not.

Equally diverse seems to be the objectives of the different groups, ranging from denouncing violations to organizing self help groups). Some organizations accept funds from pharmaceutical industry and some other not.

b) The broad spectrum of perspectives and positions in the users movement make difficult to WHO the understanding of the priorities which often seem event in contradiction. One example for all: many say WHO should help us in getting psychotropic medications for free in poor countries, while many others say WHO should help them in fighting against the use of psychotropic medications. Therefore, some consider WHO concern about treatment gap a shared concern, while some other say that less people are treated by psychiatrists better is for their well being.

c) The very small number of users organized in structured groups in developing world and in non western countries creates a bias unacceptable to WHO. Too many organizations and individuals from Europe, US, Canada and Australia ask for interacting with WHO. Too few from Asia, Latin America, Africa. We are not sure that all the problems relevant for the people from these few, rich, selected countries have the same relevance for the rest of the world.

d) WHO believes in treatments based on scientific evidence but WHO does not believe in science and medicine if they are against human rights of people. WHO believes in holistic model of care where the medical model is just one among others. WHO believes that mental problems result from a combination of biological social and psychological factors combined in complex and often unknown mix. Therefore WHO believes that treatments for mental problems and disabilities should combine psychological, social and

medical interventions. People need to be listened to, need to be emotionally taken care of, need to be respected, need to be helped in every day tasks. Mental health services should include housing or working opportunities. People with mental health problems are first of all citizens and therefore the full enjoyment of their citizenship should be kept as a vital framework for any medical intervention. In other words, WHO believes that science and research are not only bioscience and medical research but also other approaches and model should contribute to the understanding and treatment of mental problems and disabilities.

Some users may disagree in part or in total with these statements.

However, the existence of disagreements between some users groups and WHO should not prevent the identification of common goals and mutually beneficial influence. I strongly believe in this possibility and I see a number of possible collaboration and common goals.

4.

a) Mapping the reality and the diversity (criteria, collaborations, etc...) of service users. WHO needs your help to design a Global Atlas.

b) Promoting users organizations in low income countries. Cross-disability and developmental organizations everywhere can and must play a pivotal role in helping to build the organized voice of psychiatric users in low income countries. WHO is willing to support these initiatives.

c) Identifying few common issues related to human rights (large asylums, ECT) and promote awareness and debate around them.

For example,

- WHO strongly believes that Mental health services should be in the community and large asylums should be replaced by community services.
or
- WHO believes that even if ECT is considered by many psychiatrists an acceptable treatment, nevertheless, due to the great debate surrounding this practice this should be at least considered controversial. WHO would like to stress that involuntary ECT or ECT without anaesthesia should be considered unacceptable.

d) Finally, we would like to exploring the feasibility of a global convention of service users, maybe in 2009. Is this a dream? Maybe but let's work to make it a reality.

Ladies and Gentlemen I tried to be straight and candid. I hope you wish help me and the WHO.



**Benedetto Saraceno
Director of Department of Mental Health
and Substance Abuse, WHO- Geneva.*

The process of closing a Greek state Psychiatric Hospital. The development of a network of community-based psychiatric facilities. Effects on the patients.

Angelidis G, Voura N, Michailidou B, Giaglis GD, Tziaferi M.

Psychiatric Hospital of Petra Olympus, Greece.

Introduction

A deinstitutionalization plan is in progress, with the prospect of the complete closure of the Psychiatric Hospital of Petra Olympus in Greece in the beginning of the year 2004. A network of community-based psychiatric facilities is being developed.

The chronic Wards of the Hospital are located in an old building, which used to be a Monastery. It is up in the foot of the highest mountain of Greece, Olympus, in the north part of Greece, 25 km far from the city of Katerini, in Pieria Region (75 km away from Thessaloniki). Its catchment's area is of about 1 million inhabitants.

Versión Castellano

The European Project "Psychargos". The process of closing a state Psychiatric Hospital.

The development of community-based psychiatric services and the formation of the Network of community services firstly began in 1987. It was then that "Rehabilitation projects" were first developed. Three such European programmes were the "EU Regulation 815/84 project", the "Horizon project I & II" (1992-1995) and "Psychargos" (2000 -). *The European Project "Psychargos"*, partially co-financed by the European Union, aims at the continuation of the Psychiatric Reform in Greece, decreasing the number of beds in public Mental Hospitals (or even their final closure as it happens with our Hospital), developing Residential care and promoting the Community Psychiatry.

The 1st phase of "Psychargos", in 1999-2000, has preceded, giving the chance to 55 of the most functional in-patients from the Hospital to live now in hostels, in their home lands (in Katerini and other cities in other Regions in Greece), and to be trained in Sheltered / Vocational Workshops.

On 01.01.2002, with the onset of the practice of the 2nd phase of the European programme "Psychargos" 304 people, mainly chronic schizophrenic patients, were hospitalized in the Hospital. A Rehabilitation Project had to be organized for them, so that they would be relocated to residential care facilities in Pieria, or in other Regions in Greece, close to their relatives. So, a network of community-based psychiatric facilities (sheltered accommodation and other services) has already been developed and it is scheduled to expand.

In this presentation we bring forward the plan of the closing of our psychiatric hospital. A Co-ordination Committee has been formed with the aim of coordinating the acts leading to the program "Psychargos", 2nd phase.

There has already been a briefing of the patients' relatives about their transfer, and their familiarization with the project of deinstitutionalization. There is a continual evaluation and assessment of the psychopathology, the function and the needs of the patients, as well as the rehabilitation process, according to an individualized rehabilitation program. 'Friendly' (social) visits of the hospitalized people in Hospital Units to the already existing hostels in the Community are organized so that they would meet and socialize with their friends who live there.

The training of the staff in handling the psychiatric patient in the community is also considered very important. Study visits to Rehabilitation structures of other Psychiatric Hospitals have been organized. A training program is currently active. Action is also taken towards the familiarization and sensitization of the community against the stigma, aiming at a smoother deinstitutionalization and rehabilitation of the patients (visits to the Hostels from students, participation in the book festival or in local TV shows, writing of articles in the Local Press, printing of leaflets, books, a magazine, etc).

Along with the rehabilitation process, a research procedure takes place. The purpose of this evaluation is to investigate the impact of the rehabilitation process on all the people concerned. More specifically, this prospective pre-, post- and follow-up study includes evaluation of patients'

- psychopathology, using standardize scales like BPRS and PANSS,
- functioning, using Hall and Baker's "Rehab" evaluation instrument,
- everyday living skills,
- physical status, obtained by case notes and a complete physical examination, and
- hopes, worries and attitudes towards their departure from their current lodging.

MAIN ARTICLES/ Artículos Principales

Additionally, the effect of the rehabilitation process on the medical and nursing staff's health and well-being as well as their perception and satisfaction from work is studied. Psychiatric scales are translated into Greek and standardized in the population. Editions concerning the rehabilitation process are published.

Finally the change of attitudes towards the mental patients and the rehabilitation notion are examined not only concerning the hospital's staff, but also people of special groups, like patients' relatives, hostel and sheltered apartments' neighbors, junior-high school teachers, police officers as well as the overall community.

Today (October 2003) in the main grounds of the Hospital, in Petra, there are the Rehabilitation Unit and two long-term hospitalization (chronic) Wards. These long-stay Wards with **currently 95 beds** have to be closed down by the beginning of the year 2004. The Unit for the short-term hospitalization (Acute Ward) is situated in the suburbs of Katerini. In the city of Katerini up till now there are the Community Mental Health Center, Residential Services for people from Pieria region (four hostels with 60 residents and 5 sheltered apartments with 20 residents), Sheltered Workshops / Social Firms, an Urban Psychosocial Support Team and a Rural one, as well as the Administrative Services, and the Outpatient Medical and Psychosocial Services.

Effects on the patients.

Emphasis is given on the residents' independence, autonomy, high Quality of Life, social integration and in avoiding their re-admission into the Psychiatric Hospital. The vast majority of them claims to be satisfied with their stay in the Community and do not wish their re-admission to the Hospital.

The development of the Network of Psychiatric Services in the Region of Pieria.

- Current Facilities (CMHC, Acute Ward, 3 Hostels, 2 Sheltered Apartments, Outpatient Clinics, Mobile Units)
- Facilities of the Program "Psychargos", 2nd Phase (4 Hostels, 3 Sheltered Apartments).
- Social Firms and Sheltered Workshops.
- Day Center and Social Club.
- Tourist Resort for disabled people.
- Consultation Center for Alcoholics.
- Psychogeriatric Department.
- Crisis Intervention Team.
- CEC (Teaching Center for Vocational Rehabilitation).

Speculations about the successful outcome of the Program "Psychargos", 2nd Phase:

- Effective Coordination of the Services involved (Psychiatric Hospital, Ministry of Health and Welfare, B' Regional Health System, Sector Committee of Mental Health, Administrative Authority, Regional General Hospitals, NGOs, Local Authorities, individual

people, etc).

- Many hospitalized people have a poor level of functioning and a history of long stay in Psychiatric Hospitals. Many of them are "difficult to place patients".
- Need for their intensive preparation for their transfer from the Hospital in the Community.
- Need for the strengthening of the Individualized Rehabilitation Programs.
- Work – Payment of the residents of the Structures. Leisure time management. Screening of their financial needs.
- Need for the operation of the Sheltered Workshops / Social Firms (potential sales of products use of Social Security Number).
- Negative/Rejecting Attitude of the Community about the prospect of the developing structures in the Community.
- Need for Information and Sensitization Programs both locally and nationally.
- Strengthening of Volunteers. Supporting the Volunteers. "Alkionida", Psychiatric Hospital's Friends' Union.
- Staff is more oriented to the care of the hospitalized. Need for trained staff in handling someone with mental health problem in the Community,
- Function of the Multidisciplinary Therapeutic Team. Coordination of its members.
- Complete network of community-based services for people with mental health problems who live in Pieria Region.
- Need for expansion of the Network with the development of Day Services (Day Centre, Social Club, etc).
- Bend-Opening to the Community. Incorporation of the Sheltered Residency Structures in the Pieria community.
- Avoidance of the conversion of the New Structures into "small Asylums".

If we consider the therapeutic needs of the people who use or address to Mental Health Services as the main qualitative criterion of the Community Psychiatric care provided, then the question raised that needs to be answered is: *Have we developed or do we plan to develop individualized psychiatric services, where the quality and the quantity of the services provided respond to the needs of the people served, and at the same time, do they differ depending on these needs?*

*/Psychiatric Hospital of Petra Olympus, Greece Web sites: www.psynpo.gr & www.kepsykat.gr * 25th Martiou 102,*

GR-60100 Katerini, Greece

É +30 23510 78145 Ê +30 23510 46213

E-mails: hppo@kat.forthnet.gr & info@kepsykat.gr

A version of this text was presented in the European Conference: "Mental Health in Europe – New Challenges, New Opportunities", 9-11 October 2003, Bilbao, Spain



WORLD MENTAL HEALTH DAY. A VISION FROM SPAIN.

Report by Ricardo Guinea.
October, 10th 2005.

WAPR



Versión Castellano

Over 2500 people participated in a march in the historical centre of Madrid, and other cities in Spain, celebrating the WLMH Mental Health Day. A cluster of families, professionals and users organisations called together to highlight the importance of keeping on calling attention on mental health issues. The improvement achieved in Spain the last years was recognised, but considered still insufficient by the organisers. The limited access to quality mental health care and psychosocial interventions for all those who need it was stressed. The march was followed by many mental health users, who were able to cope stigma and called policy makers' attention on mental health priorities.

Spain is a medium developed country, in the south of Europe. It has a powerful but overloaded public health system. The psychiatric reform started in Spain later than in other countries in Europe due to our peculiar political history, but a considerable path has been made in the last 25 years. The public psychiatric system is able to offer a wide variety of services and care, but is nor still able to guarantee access to quality psychosocial rehabilitation services to all who need it. The overall budget devoted to health is low compared with the rest of european countries.

The 2004 World Mental Health Day campaign tackled an important and complex issue, as it drew attention to

the inseparable relationship between physical and mental health, especially in areas such as diabetes and depression, the mental health consequences of HIV/AIDS, and the metabolic issues that often accompany treating serious mental disorders with new generations of psychiatric medications. Relationship between mental and Physical health is highlighted in two senses: the direct neuroendocrine effect of body health on mental state, and the relationship between habits such as alcohol or tobacco consume, sexual habits, adequate exercise or diet. Some other factors are highlighted, such as mother and childhood health, being aware of he impact of parents on children development, on early detecting and dealing with children illnesses and disabilities, paying attention to early symptoms of psychosis or mood disorders, substance abuse, risk-taken behaviours on adolescence, learning needs for special risk factors for men, women, the elderly, caregivers, ADHT or metabolic diseases, focusing on prevention and lifestyle changes able to improve mental health and well being for whole populations.

Full information on Mental Health Day in
www.wfmh.org/wmhd2005.htm



MUESTRA DE MIRADAS

Antonio Barranco.

Asociación Alonso Quijano. Madrid.

www.a-alonsoquijano.org

Abstract

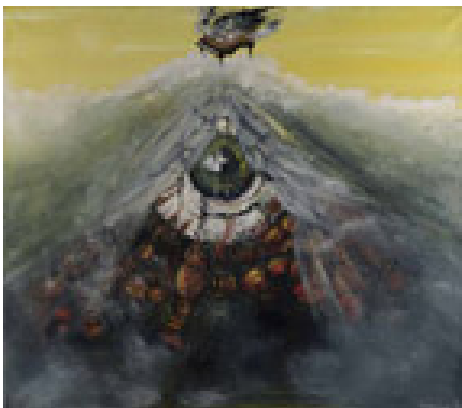
In a poetic language, the author comments his experience visiting Art Against Stigma. On his vision, something dominates the exhibition: the sights. Sights from the visitors, sights from the paintings. Sights as a mute way of communication, sights without faces, reflecting the taboo of that that is not possible to be seen: tears, ghosts, future, hell.

Why, the author wonders, there are many paintings without the name of the artist? We know the name of the owner, psychiatrist not, who ceded it?. What does it mean? Has madmenss itsself been the creator hand? Did the creators avoid to be named? Did they reach that extreme where you lose your identity? The exhibition starts on a statement: the opposite of depression is not happiness, buy vitality. At least, says the author, some people was able to show what wat getting out from their inside. That is the point that lead us to the verb to share, a very appreciated verb for those who have known the rough touch of madness.

Lágrimas, gritos, colores que chillan y trazos que apuntan hacia aristas inexistentes. Rostros de un mundo que aun parece imposible. Sombras más allá de lo real. Cuadros cedidos por psiquiatras. ¿Quién sabe de la locura? ¿A quién pertenece?

Y hay acercamientos de quienes pueden sublimar su incógnita condición de loc@s y desde la de artistas tienden su mano cuerdamente, interpellando a los ojos para sanarlos o quizá conectar la mente y lograr el milagro, más que nunca, de la comunicación.

Si algo predomina en ese sitio son las miradas, pero no sólo la de los visitantes, sino la de los ojos, algunos sin rostro, que reflejan lo que era tabú porque no se podía ver. Y ahí habrá quien no resista mirar para otro lado, pero los ojos de las paredes seguirán atravesando su coraza tejida con el miedo a la propia imagen reflejada en ellos.



Uno de los cuadros de la exposición. Tomado de www.artagainststigma.org

Lágrimas de sangre, siluetas fantasmales, víboras vomitadas, pero también miradas al futuro y al cielo de los quizá posibles o al infierno de los humos amarillos.

¡Cuánta desmembración suplicando entenderse, o al menos, aceptarse!

Que haya cuadros sin referencia a su autor o autora, cedidos por psiquiatras que hablan de la condición artística de las obras expuestas, nos retrocede a la Edad Media, en que todo era anónimo. ¿Es que ha sido la locura misma la creadora? ¿Sus creadores han evitado ser nombrados? ¿Han llegado al extremo de perder su identidad y con ellos la han ignorado sus supuestos tutores? ¿Han llegado éstos a guardar esos regalos de pacientes tanto tiempo que han olvidado quiénes se lo hicieron? ¿Sólo recuerdan que fue un loco o loca y se quedaron con la piedra de la locura que pretendieron extraer?

Algunos ojos de la exposición miran horrorizados lo que no se atreven a verbalizar porque han quedado atrapados en la masa informe de la locura sin identidad. Otros desvían la mirada cuando en los periódicos confunden los padecimientos del alma con los actos irresponsables (hace poco en una estación de metro) como si éstos también carecieran de autor o responsable.

Comienza la exposición afirmando que lo contrario de la depresión no es la felicidad sino la vitalidad, y es desde las ganas de vivir que un@s cuant@s han creado unos cuadros que al menos manifiestan honestamente lo que surge del interior para poder ser contemplados y compartir, verbo muy necesitado entre quienes sufren o han sufrido el áspero embate de la locura.



COLABORATIONS

ARTS AGAINST

STIGMA: *R. Guinea for WAPR*
Bulletin. Madrid, October 17th 2005.

Versión Castellano

Arts Against Stigma is the result of an initiative realised in collaboration with artists and art experts in many countries. 60 pictures, most of them made by users, can be admired in an exhibition hall through many different countries. It has already been shown in Denmark, Norway, U.K. Greece, Poland, Australia and in Spain.

As we can see through history, arts is a frame that makes possible the expression feelings, the perception and the point of view of all kind of suffering people, also people suffering from mental illness.

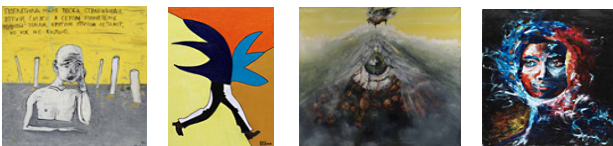
Involvement in art can provide a useful channel of communication for people who have difficulties in expressing their feelings and inner thoughts. Successful engagement in art may help people with psychiatric disorders regain self-confidence and self esteem. Art Against Stigma is the first project in the world to present the art of people suffering from psychiatric disorders on an equal standing with that of professional international artists.

People suffering from psychiatric disorders know the silence that surrounds them. They sense the fear that others feel when encountering mental illness. They feel eyes looking away. They see their relationships deteriorating. Slowly, they become accustomed to their growing isolation from others.

As Norman Sartorius, Chairman of the Global Arts Against Stigma says, "many artworks made by mentally ill people can be contemplated in many museums and hospitals all around the world, but now it is the first effort to collect some of them and exhibit them altogether in many different countries". "Art touches people's hearts, and can contribute to transmit the idea that people able to produce such artworks through a mental illness is extremely valuable, and that we could support them to keep on producing them".

This exhibition has been sponsored by Lundbeck Foundation. Full information in www.artagainststigma.org

R. Guinea for WAPR Bulletin.



EVENTOS WAPR



2005
SPAIN

**WAPR EUROPEAN REGIONAL
MEETING.**
**I CONGRESO DE LA FEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE
REHABILITACIÓN FEARP.**
IV Congreso AMRP
Colegio de Médicos, Madrid, Spain.
November; 24,25 y 26.
www.fearp.org



2006

HUNGARY
**SATELLITE ATHENS WAPR WORLD
CONGRESS.**
October; 8/10.
Hungary.
kosza@mail.datanet.hu



2006

ATHENS
IX WORLD CONGRESS ATHENS
12-15 October 2006
www.wapr.2006athens.gr



HEMEROTECA

Violencia y enfermedad mental: mitos y realidades.

Jose J. Uriarte. WAPR Board member.

WAPR

English Version

El estigma y la discriminación sigue siendo una de las principales barreras para la asistencia e integración social de las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, y para sus familias, y la pretendida asociación entre violencia y enfermedad mental grave es una de las razones principales que alimentan las actitudes de discriminación y temor por parte de la población general. Por otro lado la medicalización, o mejor dicho, *saludmentalización* de la violencia contribuye al estigma, banaliza la realidad de las personas con enfermedad mental, contribuye a la desresponsabilización de las personas sobre sus actos y equipara maldad con locura. La realidad es que las políticas asistenciales a esta población pueden recibir influencias y presiones de la población que determinen políticas más preocupadas por calmar posible alarma social y proteger a la población, que por procurar una asistencia correcta, normalizada y acorde con los derechos de estas personas. En esta situación el papel de los medios de comunicación son un elemento importante en la difusión de esta alarma, y la desinformación y el uso inadecuado de términos contribuye a perpetuar mitos y mantener la ignorancia. En este sentido, la asociación entre violencia y enfermedad mental está fuertemente arraigada entre la población general. La idea de que las personas con enfermedades mentales, especialmente esquizofrenia, son más violentas que la población "normal" es común entre una parte significativa de la población. Es posible, además, que la percepción de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental grave sea, en la actualidad, superior a la que existía en el pasado.

¿Cuál es la realidad? ¿Son las personas con enfermedades mentales graves más violentas que la población general? ¿Constituyen una amenaza para la población general? ¿Es posible predecir y prevenir la conducta violenta relacionada con la enfermedad mental? Los datos que pueden encontrarse en la literatura al respecto pueden ser en muchos casos contradictorios, por ejemplo:

La presencia de una enfermedad mental grave multiplica por 5 la probabilidad de hechos violentos en el periodo de un año (10-13% vs 2% en población sana). (Swanson, 1990).

La presencia de síntomas psicóticos activos se relaciona con mayor riesgo de violencia, especialmente síntomas paranoides (amenaza-control-invasión). (Link 1992, Swanson 1996, Appelbaum 2000).

La prevalencia de conducta violenta entre personas con EMG en la comunidad no difiere de la que presenta la población general de similares características, cuando los pacientes están libres de síntomas y no hay consumo de drogas. (Steadman 1998).

Existen estudios que correlacionan negativamente el riesgo de violencia con el diagnóstico de esquizofrenia y

síntomas psicóticos activos. (Monahan 2000).

La asociación de abuso de sustancias a un diagnóstico de esquizofrenia multiplica por 16 el riesgo de ser detenido y condenado por conducta violenta. La prevalencia de conducta violenta entre pacientes esquizofrénicos es de entre 3 y 56 veces mayor que la población general. (Wallace 2004).



La variable clínica más clara y consistentemente relacionada con el riesgo de conducta violenta es el abuso de tóxicos. (Norko 2005)

La revista World Psychiatry publicaba, ya hace un par de años una revisión acerca de la relación entre violencia y enfermedad mental. Trataba de responder a las preguntas: ¿Son las personas con enfermedades mentales violentas? ¿Están en situación de mayor riesgo de padecer violencia? ¿Constituyen un riesgo para la población? Las conclusiones de una revisión de la literatura y datos disponibles parecen claras:

En primer lugar, las enfermedades mentales no constituyen una causa necesaria ni suficiente en sí misma de conducta violenta. Los principales determinantes de dicha conducta son de tipo socioeconómico y sociodemográfico: ser varón, joven, y de estatus socioeconómico bajo.

La segunda conclusión es que el riesgo que constituyen las personas con enfermedades mentales para la población está muy magnificado. Es mucho más probable que las personas con enfermedades mentales graves sean víctimas de violencia que causantes de la misma.

En tercer lugar, el abuso de tóxicos (alcohol y otras drogas) es un determinante fundamental de la conducta violenta, ya sea en presencia o ausencia de enfermedad mental.

HEMEROTECA

Violencia y enfermedad mental mitos y realidades

Jose J. Uriarte. WAPR Board member.

WAPR

La revista Canadian Journal of Psychiatry analiza en varios artículos de su número de enero de 2005 el tema de la evaluación del riesgo de conducta violenta en las personas con trastornos mentales. Norko y cols. llegan a conclusiones similares a las de Stuart:

- Las variables no psiquiátricas contribuyen a explicar la conducta violenta de forma más significativa que las variables relacionadas con la presencia de trastornos mentales.
- El abuso de tóxicos contribuye de forma significativa al riesgo de conducta violenta.

El riesgo de conducta violenta inminente puede establecerse atendiendo a los síntomas psiquiátricos agudos (como la ideación paranoide). Mientras que el riesgo de conductas violentas a largo plazo se relaciona en mayor medida con antecedentes biográficos.

Por otro lado el artículo concluye que los clínicos no somos especialmente eficaces en la predicción de tales conductas, ni el impacto de nuestros tratamientos e intervenciones sobre las mismas. Lo cierto es que algunas personas con enfermedades mentales graves pueden ser peligrosas, y serlo además de forma impredecible y desconcertante, sin aparente motivación. Sin embargo esta situación, real, se extiende de forma injustificada y generalizada como si fuera un rasgo propio, esencial, de la enfermedad. Lo cierto es que la mayoría de los delitos cometidos por personas que padecen esquizofrenia consisten en delitos menores contra la propiedad, relacionadas con la supervivencia. En realidad, es más probable que las personas con esquizofrenia sean víctimas a que sean autores de malos tratos o violencia. Los delitos violentos cometidos por pacientes con esquizofrenia no responden a los mismos motivos ni tienen como objeto las mismas víctimas que los realizados por las personas mentalmente sanas. Las víctimas más probables de la violencia de un enfermo mental son la pareja y los familiares.

Las conclusiones finales podrían ser que:

Aunque los resultados de los estudios son variables y controvertidos, puede concluirse que existe una asociación modesta pero real entre enfermedad mental y conducta violenta, incluso cuando se controlan las variables previas descritas.

Los factores de riesgo para conducta violenta principales son ser joven, varón, estatus socioeconómico bajo, abuso de tóxicos.

La conducta violenta se produce más frecuentemente hacia los miembros de la familia, y en el propio hogar.

Según algunos estudios (en países con una realidad social muy distinta), la contribución total a la violencia por parte de las personas con EMG es menor del 5%.

En el año 2003 Jeremy Laurance, periodista especializado en temas de salud del diario británico The Independent, publicó un libro en el que se analiza la relación entre la opinión pública, el papel de los medios de comunicación como transmisores de una imagen amenazante distorsionada y las políticas asistenciales en el que se concluía que, al menos en Gran Bretaña, las decisiones en cuanto a políticas asistenciales podrían estar crecientemente dictadas por el temor de una opinión pública manipulada y desinformada que por las necesidades de los propios pacientes.

Es un espejismo creer que la erradicación de conductas violentas protagonizadas por personas con enfermedades mentales puede ser erradicado en la misma medida que lo es el pensar que la violencia en general puede serlo. La respuesta no está en un mayor control sino en mejores tratamientos, más accesibles y más adaptados a las necesidades actuales de nuestros pacientes. La forma de reducir cualquier relación existente entre violencia y trastorno mental pasa por facilitar el acceso a tratamientos de calidad, como programas basados en miembros de un mismo grupo social, y por eliminar la estigmatización y la discriminación, cargas añadidas que desaniman, provocan y penalizan a los que buscan y reciben ayuda por su discapacidad.

Bibliografía

- Stuart H. Violence and Mental Illness: an overview. World Psychiatry 2:2, 121-124. 2003.
- Hashman K. Risk Assessment in psychiatric practice. Canadian Journal of Psychiatry, Vol 50-1. 2005.
- Norko M, Baranoski M. The state of contemporary risk assessment research. Canadian Journal of Psychiatry 50:1. 18-26. 2005.
- Jeremy Laurance. Pure Madness: how fear drives the mental health system. London, Routledge,



©José J Uriarte 2005
jota.jota@telefonica.net



LETTERS/CARTAS



OBITUARY OF NIGERIAN PSYCHIATRIST: PROF. THOMAS ADEOYE LAMBO OBE

1923-2004 Formerly Assistant Director General,
World Health Organization

The passing away of Professor T.A. Lambo was announced in the Psychiatric Bulletin of December 2004 by Professor Femi Oyeboode. He was born on 29th March 1923 in Abeokuta, Nigeria. He was well known for the development of the Aro Village System where psychiatric patients were boarded out to four villages around Aro, accommodating 200 to 300 patients from a wide geographic area. He believed that those who were boarded out more quickly adapted themselves to their situation than those who were admitted to the hospital. This was the result of their contact with a settled, tolerant and healthy environment. The relatives who accompanied the patient witnessed how doctors regarded mental illness and acquired a more positive attitude towards the patient's illness. He included traditional doctors and herbalists within the scope of his treatment.

He was among the first clinicians to observe comparatively quick recovery, lack of chronicity and better therapeutic response generally of schizophrenic patients which he attributed to the favourable social and environmental factors inherent in the community to which the mentally ill are exposed in Africa. The relatively good prognosis of schizophrenia was later confirmed by the World Health Organization's International Pilot Study on Schizophrenia (IPSS). He also observed that the Yoruba seemed to have more symptoms, fewer cases of clearly evident psychiatric disorder and the prevalence of psychiatric disorder was greater among men than women whereas the reverse was true in the Stirling County survey which he replicated with the Leightons and others.

These observations have since been observed in Botswana and other parts of Africa.

In retrospect, the Aro model was the forerunner of psychosocial rehabilitation as we know it today. This model introduced by Professor Lambo was later replicated in other parts of Africa including Zimbabwe where patients were resettled in a village with the local community and a rural half way house built at Ngomahuru Hospital.

Paul Sidandi
WAPR Regional Vice President for Africa
Lobatse, Botswana.

NEWS FROM MACEDONIA

The recently appointed WAPR representative in Macedonia, Dejan Stevanovic, sends information on the opening of a new Mental health Center in Strumica.

On the 4-th of March 2005 in Strumica (Macedonia) a new Center for Mental Health was opened as a project sponsored by the SEE Stability Pact – Mental Health department. On this official opening many important guest from the region of SEE were invited and had the opportunity to see the capacities of this new center.

Between the invited guests was Mr. Dejan Stevanovic as ex-user (individual member of ENUSP) and during this event he established many contacts on different levels. With our modest capacities we made a agreement to build a communication bridge between them and us as informal group of (ex-) users and survivors of psychiatry. But this partnership still has to loom and for further events and cooperation's with the center we will inform you in the next newsletter's. We wish plenty of successes of the centers personnel and service users in its future work.
Dejan Stevanovic.



(In the photo: Dr Marc Danzon, WHO Regional Director for Europe and Mr. Dejan Stevanovic)



LETTERS/CARTAS



NEW INFORMATION ON WHO MENTAL HEALTH LINKS.

Dear Colleague,

We are pleased to send you below the link to the *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* which has just been released.

www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf

Please also see the WHO Press release under

www.who.int/mediacentre/news/notes/2005/np14/en/index.html

And the fact sheet on mental health, human rights and legislation under

www.who.int/mental_health/policy/fact_sheet_mnh_hr_leg_2105.pdf

As you know, people with mental disorders throughout the world face discrimination and human rights violations both in mental health facilities and in the community.

The development of mental health legislation that promotes and protects the rights of people with mental disorders is a critical step in correcting these problems. The WHO Resource Book, which has received technical input from over two hundred international experts in the area, provides:

- Information on international human rights standards and norms related to people with mental disorders.
- Practical guidance on what needs to go into a mental health law, and
- Strategies for developing and adopting mental health law as well as ensuring its effective implementation.

WHO also provides direct technical support to countries wanting to develop law to improve conditions for people with mental disorders. Countries requesting WHO technical assistance can benefit from:

- A Training Program designed to support countries in developing and implementing mental health law, using WHO's framework, materials and tools.
- Support from a trained International Network of Experts in the area of mental health, human rights and legislation.
- Direct, in-depth and ongoing technical support from WHO to develop mental health legislation.

For further information on our work in this area, please see: www.who.int/mental_health/policy/en/

We hope you will find this WHO Resource Book useful and will join us in our effort to help countries enact laws that respect and promote the human rights of people with mental disorders.

Yours sincerely,

Dr Michelle Funk, Coordinator
Mental Health Policy and Service Development (MHP)
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
20 Avenue Appia, CH-1211 Genève 27
Tel: +41-22 791 3855/Fax: +41-22 791 4160

TWO INITIATIVES.

For the Board of Directors meeting we have traditionally formulated Resolutions which give direction and leadership for our members. This year the Board is asked to consider several resolutions.

We are now 60 years after the end of World War 2 and the end of Nazi persecution of persons with mental illness. The Nazis murdered 200,000 persons with mental illness and sterilized over 360,000 persons who were related to persons with mental illness. Many countries all over the world continued sterilization of persons with mental illness well into the 1990s. Let us not forget.

It would be fitting for our Association to join with other human rights and mental health associations and join in commemorative meetings, which will be held during the month of November in the US and abroad. The board is urged to consider a resolution to **Commemorate those Persons with Mental Illness Murdered by the Nazis** during the week of November 13. I have contacted the resident of the Nation Mental Health association, (executive director, Michael Faenza; World federation for Mental Health, L Patt Franciosi, Pres. Preston Garrison and association of Hispanic Mental Health Professionals, Antonio Abad. all are agreed in principle to commemorate the 60th anniversary.

The Board is also requested to consider a Resolution on **Action for Africa** (2). This resolution was considered and supported those attending the recent meeting in Milan, *Living in a Risk Filled World*. We are grateful that our president, Dr Barbato supported the resolution designed to focus attention on the plight of the deteriorating situation of persons with mental illness in Africa. Most individuals in Africa have no access to health personnel or medication. Medication is not affordable and developed countries are actively recruiting health personnel from Africa. Efforts by the WHO to prioritize HIV Aids, TB and Malaria have also drawn attention from persons with mental illness.

The US branch of WAPR has approved a resolution which takes note of the use of solitary confinement for the 300,000 persons with mental illness currently incarcerated in American prisons and jails.

The Resolution states that such treatment is a violation of human rights and requests the practice be ended.

We shall send you the complete resolution in due course.



LETTERS/CARTAS



REQUEST BY BAPR FOR FUNDING

BOTSWANA ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Paul Sidandi. Project Director.

/ 3rd July 2005

The Botswana Association for Psychosocial rehabilitation (BAPR) requests the support of your organisation. BAPR is registered with the Registrar of Society as a non-profit charitable organisation. It was formed in 1993 to rehabilitate the mentally ill including those with alcohol and drug abuse, and those infected and affected by HIV/AIDS including orphans. It employs four people comprising the Project Coordinator, The Project Volunteer, the Caretaker and a Helper.

The project is a model day care centre for the mentally ill who have been discharged from the hospital and for the children of the needy including those who are orphans. **The centre upkeep for a month is about US\$1,000.** This amount is for staff salaries, snacks for clients, payment for utilities, rentals and security.

Since Psychosocial Rehabilitation in the community is a new concept, we still do not have income generating projects to be able to give clients incentives. Some of our clients move between Lobatse Town and the rural areas and there is lack of transport to collect, drop or refer them to other agencies. At present we have three (3) female adults and one (1) male adult who spend the day with us. We have two HIV/AIDS orphans and sixteen (16) needy children who attend after school and during holidays. We have weaned most of them from going to pick up tins and sniff glue at the local supermarket. We also have three HIV positive clients on home-based care (one male and two females).

The centre has potential to reach 200 clients in Lobatse and more in the rest of the country. In the past we received funds for equipment, furniture and temporary office space from various agencies both locally and abroad. BAPR is located in Lobatse Population 29,000. It is the third most important town in Botswana after the City of Gaborone in the south and the City of Francistown in the north. Botswana is a sparsely populated country with a population of 1,680,863 inhabitants in an area the size of Texas. Lobatse hosts important government institutions such as The High Court of Botswana, The Lobatse National Mental Hospital, the Institute of Health Sciences, the Athlone General Hospital, the Botswana Meat Commission and the Botswana Geological Survey.

What various amounts can purchase in Botswana:

Amount in USD	Amount in Pula	What it can provide
1	6	A day's meal for one client
10	60	Energy drink for 15 children for two weeks
100	600	Month's payment for Caretaker
1,000	6,000	Centre upkeep for one month
5,000	30,000	Centre activities for six months
50,000	300,000	Project activities for 3 years
500,000	3,000,000	Build centre and house plus upkeep for 5 years

Yours sincerely,

Paul Sidandi. Project Director.

P.O. Box 1024 Lobatse Botswana Southern Africa

Tel/Fax: (267) 5330640

Mobile 267-71303416 paul.sidandi@it.bw



Uno de los cuadros de la exposición. Tomado de www.artagainststigma.org



/World Association Psychosocial Rehabilitation/

LETTERS/CARTAS



INFORMATION ON AFRICA

26 August 2005

Dear Ricardo:

Your e-mail dated 25 August 2005 to Leana Uys was forwarded to me by Prof Leana Uys.

Me llamo Kobus Jordaan y soy usuario de servicios de la salud mental y vivo aquí en Sur-África en la ciudad llamada Port Elizabeth. El español es mi lengua tercera. Aprendí yo español en la escuela. No hablo la lengua perfectamente por que me falta la práctica. No hay mucha gente aquí que habla español. Mis ancestros vinieron de la Francia como protestantes religiosos en el año 1658. Yo nací aquí en el África-del-Sur y por esto yo me considero un africano. La lengua que hablo en casa es un dialecto de holandés que es conocida como afrikáans. Entonces, entiendo usted que soy de origen europeo. Por supuesto yo también hablo inglés.

Escribe usted que usted quiere saber mas de los condiciones aquí en África. Yo puede darle algún de la información que quiere usted.

Vivo con setenta (70) otros que también son usuarios de servicios de la salud mental en una casa común que se llama Care Haven. Nosotros todos sufrimos de un u otro enfermedad mental, como la esquizofrenia, depresión crónica y las neurosis. Aquí en esta casa pudimos vivir mas barato porque es una organización que recibe subsidios del Estado. También recibimos mucho de los otros servicios que están relacionados con el cuidado de la salud mental. Hay aquí dos asistentes sociales que dan a nosotros la cuidado social cuando lo necesitamos. Recibimos medicinas psiquiátricas desde las clínica psiquiátrica donde son recetadas por un psiquiatra del Estado. No tenemos que pagar por las medicinas como son gratis, las son subsidios por el Estado. Tenemos muchas gracias por éste.

Aquí es una lista de los cuales qué necesitamos:

-Lo que no tenemos es bastante dinero para vivir de un día a otro. La vida es mas barata que allá en Europa, pero los subsidios que recibimos del Estado son muy pequeños. Recibimos sólo R780 subvención por hombre por mes. Esto se traduce a €100 por hombre por mes. Como puede ver usted, €100 no es mucho. La organización de Care Haven, "The Psychiatric Aftercare Havens" también recibe €150 por hombre por mes, más o menos. Tenemos que sumar los dos subsidios para ver que en todo solamente hay €250 por hombre por mes, si vive la persona en una casa común que es subvencionada por el Estado. El usuario de servicios de la salud mental que vive solo con sus parientes solamente recibe €100 por mes del Estado. No es bastante.

Entonces, es entendido que necesitamos más dinero, €300 por hombre, por mes, más o menos.

-Aunque necesitamos nosotros medicinas psiquiátricas gratis, la lista, de cual el psiquiátrico puede elegir su receta, es muy pequeña. Necesitamos una lista más grande y fabricada de las medicinas más modernas.

-Necesitamos más y mejor clínicas psiquiátricas. Aquí en Port Elizabeth hay solo tres (3) psiquiátricos por una ciudad de 700,000 gentes. Hay solamente un clínica psiquiátrica por todo la población. Hay veinte (20) camas en el hospital en caso de emergencia psiquiátrica. ¿Este hospital, las veinte camas, sirven todo la provincia!

Yo resumiré lo que he escrito por encima que nosotros necesitamos solamente los servicios más fundamentales. Estos son: mas dinero, y mas servicios psiquiátricos

Aquí son unos nombres y direcciones de algunos otros usuarios de servicios de la salud mental que conozco yo: Alta van Rooyen (havens@iafrica.com) y Daniel Cochavy (danielcochavy@yahoo.co.uk)

Thank you very much for your interest in Africa. If needed, I will correspond with you in English as well. I used my scant knowledge of Spanish as a mental exercise.

Regards

Kobus Jordaan

havens@iafrica.com



Uno de los cuadros de la exposición. Tomado de www.artagainststigma.org



LETTERS



BOARD OF DIRECTORS

2003-2006/

Directorio 2003-2006

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION RESEARCH IN SOUTH AFRICA

Reported from Leana Uys.
WAPR Board member. University of Natal.
South Africa.

The University of KwaZulu-Natal has recently formed a Research Unit around the topic of rehabilitation under the leadership of Jennifer Chipps, an epidemiologist and nurse. The Research Group, called Buyel'empilweni (which means come back to health), consists of four sub-groups, of which Psychosocial Rehabilitation is one. The PSR sub-group is lead by Lungizwa Mkize and plans to start their research program with a focus on instrument development and/or validation and epidemiological studies. They are working with partners in Botswana and Malawi and also in Europe to develop a strategic and well-funded research programme.

Anyone wishing to contact the group can email then:
Jennifer Chipps chipps@ukzn.ac.za
Lungizwa Mkize mkizel@ukzn.ac.za



Uno de los cuadros de la exposición. Tomado de
www.artagainststigma.org

President

Angelo Barbato
Mario Negri Institute
Via Eritrea 62 20157 Milano Italy
Tel: +39 02 39014431 Fax: +39 02 33200049
Email: dirba@tin.it, barbato@marionegri.it

Immediate Past-President

Zebulon Taintor
19 East 93rd Street New York, NY 10128 USA
Tel: +1 845 398 6526 Fax: +1 212 426 7645
Email: taintz01@med.nyu.edu, taintor@nki.rfmh.org

President-Elect

Michael Madianos
Zografou Community Mental Health Center
Davaki-Pindou 42 15773 Athens Greece
Tel/Fax: +30 210 7481174
Email: madianos@nurs.uoa.gr

Past Presidents

Jacques Dubuis
Hôpital Psychiatrique du Vinatier
95, Bd. Pinel 69677 Bron Cedex France
Tel: +33 04 37915080 Fax: +33 04 37915082
Email: jacques.dubuis@ch-le-vinatier.fr,
jacques.dubuis@wanadoo.fr

M. Parameshvara Deva
7, Pesiaran Gopeng 2, Taman Golf, 31350 Ipoh Malaysia
Tel: +60 03 7502068 Fax: +60 03 7562253
Email: devaparameshvara@hotmail.com

Benedetto Saraceno
Department of Mental Health and Substance Dependence
World Health Organization
20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland
Tel: +41 22 7913603 Fax: +41 22 7914160
Email: saraceno@who.int

Martin Gittelman
NYS/NYU-Program for Psychiatric Rehabilitation
100 West 94th street New York, NY 10025 USA
Tel/Fax +1 212 663-0131
Email: gittem01@med.nyu.edu

Gaston Harnois.
6875 La Salle Boulevard
Montréal, Québec Canada H4H 1R3
Tel: +1 514 762-3006 Fax: +1 514 762-3040
Email: hargas@douglas.mcgill.edu

Oliver Wilson.
14 Cammo Hill, Barnton Edinburgh EH4 8EY
Scotland, United Kingdom
Email: o.wilson@virgin.net

Vice Presidents

Ana Maria Fernandes Pitta
Av. Cardeal Da Silva 2277, ap. 301 Rio Vermelho CEP
40.220-140 Salvador, Bahia Brazil
Tel/Fax: +55 71 3352548 Fax: +55 11 284 4474
Email: anapitta@ufba.br

BOARD OF DIRECTORS

2003-2006/

Directorio 2003-2006

WAPR

Lorraine Barnaby
16 Liguanea Terrace Kingston 6 Jamaica
Email: lorainebarnaby@yahoo.com

Regional Vice-Presidents and Deputies EASTERN MEDITERRANEAN

Haroon Rashid Chaudhry, Regional VP
Department of Psychiatry Fatima Jinnah Medical College
Sir Ganga Ram Hospital Lahore Pakistan
Tel: +92 00572 81 Fax: +92 42 7572488
Email: pprc@wol.net.pk

Regional Vice-Presidents and Deputies EUROPE

Edvard Hauff, Regional VP
Psychiatric Division Department of Research and Education.
Ullevål University Hospital
Kirkeveien 166 0407 Oslo Norway
Tel 47 22 11 84 58 Fax 47 22 11 78 48
Email: edvard.hauff@medisin.uio.no

Bernard Jacob
Association Interrégionale de Guidance et de Santé
60, rue Vert-Vinâve 4041 Vottem Belgium
Tel: +32 4.2273535
Email: bernard.jacob@aigs.be

Antonio Maone
Department of Mental Health
ASL Roma A Via Sabrata 12 00198 Roma Italy
Tel: +39 06 85232453
Email: maone@tin.it

Ramon Blasi Ras
Centre de Documentació Docencia i Recerca
C/ Providencia 17 Torre 08024 Barcelona Spain
Tel: +34 3 415 13 75 Fax: +34 3 415 13 75
Email: rblasi@arapdis.org

Regional Vice-Presidents and Deputies SOUTH-EAST ASIA

Nalaka Mendis,
Kinsey Road Columbo 8 Sri Lanka
Email: nalaka@sri.lanka.net

Thyloth Murali, Regional VP
Department of Psychiatric and Neurological
Rehabilitation.National Institute of Mental Health and
Neurosciences (NIMHANS) Bangalore 560029, India
Tel: +91 80 5501977 Fax: +91 80 6995281
Email: mut47@nimhans.kar.nic.in,
reva_th9@rediffmail.com

Regional Vice-Presidents and Deputies WESTERN PACIFIC

Naotaka Shinfuku, Regional VP
International Center for Medical Research
Kobe University School of Medicine
Kusunoki-Cho, 7 Chome, Chuo-Ku Kobe
Japan 650-0017

Tel: +81 78 382-5695 Fax: +81 78 382-5717
Email: shinfuku@kobe-u.ac.jp

Ida Kosza
2013 Pomaz, PF 165 Hungary
Tel/Fax: +36 26 325 536 Fax: +36 26 525 631
Email: kosza@mail.datanet.hu

Secretary-General

Lourdes Ladrado-Ignacio
Department of Psychiatry
College of Medicine University of the Philippines
P. Gil St, Manila Philippines
Tel: +63 2 525 0803/ 525 1767 Tel/Fax: +63 2 371 3603

Deputy Secretary-General

Afzal Javed
The Medical Centre
Manor Court Avenue Nuneaton, CV11 5HX
United Kingdom
Tel: +44 24 76382609 or 76326111
Fax: +44 24 76382609 or 76388604
Email: afzal.javed@ntlworld.com

Treasurer

Ernesto Muggia
Via Vittorio Veneto 20 20124 Milano Italy
Tel: +39 02 76023396 Fax: +39 02 33200049
Email ernestomuggia@tin.it

Regional Vice-Presidents and Deputies AFRICA

Dr. Paul Sidandi, Regional VP
Lobatse Mental Hospital
P.O. Box 126 Lobatse Botswana
Tel: +267 5330 267 Fax: +267 5332 174
Email: paul.sidandi@it.bw

Leana Uys,
School of Nursing University of Natal
Durban 4041 South Africa
Tel: +27 31 260 2074 Fax: +27 31 260 1543
Email: uys@nu.ac.za

Arouna Ouédraogo
CHU Yalgado Ouédraogo 03 BP 7022
Ouagadougou 03 Burkina Faso
Tel: +226 31.16.55 Fax +226 31 18 48
Email: arounaouedraogo@univ-ouaga.bf

Regional Vice-Presidents and Deputies AMERICAS

Humberto Martinez, Regional VP
South Bronx Mental Health Council, Inc.
781 East 142nd Street The Bronx, N.Y. 10454-1723
USA

BOARD OF DIRECTORS

2003-2006/

Directorio 2003-2006

WAPR

Tel: +1 718 993 1400 Fax: +1 718 993 0647
Email: Dr44hlm@pol.net

Rosalba Bueno-Osawa,
Paseo Ahuehuetes Norte 1480 Bosques de las Lomas
CP 11700 Mexico, D.F. Mexico
Tel: +52 5 596 0092 Fax: +52 5 596 7502
Email: rosalbabueno@aol.com

Ho Yong Lee,
Department of Psychiatry
School of Medicine Ajou University
5 Wonchon-Dong, Paldal-Gu Suwon Korea 442-749
Tel: +82 331 219 5018 Fax: +82 331 219 5019
Email: hyl32@madang.ajou.ac.kr

Representing Families

Dale Johnson
Department of Psychiatry University of Houston
Houston, Texas 77204-5341 USA
Tel: +1 713 743 8621 Fax: +1 713 743 8633
Email: DLJOHNSON@uh.edu

Representing Consumers

René Van der Male
Boston Exchange Korte Hamstraat 3
3511 RH Utrecht The Netherlands
Tel: +31 30 2 313197 Fax: +31 30 2 718732
Email: rene@rietveld.myadsl.nl

Daniel Cochavy
9 Ein Gedi street Jerusalem 93383 Israel
Email: danielcochavy@yahoo.co.uk

Representing Voluntary Organisations

Geraldine Marshall
201-1575 West 10 Ave Vancouver, British Columbia
Canada V6J 5L1
Email: gmarshall@lynx.bc.ca

Liaison to UN and Its Agencies

Stanislas Flache
9c Plateau de Frontenex 1218 Geneva Switzerland
Tel: +41 22 736 8435 Fax: +41 22 788 3058
Email: flache@freesurf.ch

Murray Itzkowitz
The Bridge Inc. 248 West 108th street
New York, NY 10025 USA
Email: Mitzkowitz1@aol.com

Members at Large

Yair Carlos Bar-El
Kiar Shaul Hospital 21 Alon street 90970 Har Adar
Israel
Email: barel4@bezeqint.net
Gregory C. Bunt

48 West 38th street New York, NY 10018 USA
Tel: +1 212 764 6100 Fax: +1 212 764 6729
Email: gbunt@daytop.org

Marianne Farkas
Center for Psychiatric Rehabilitation Boston University
940 Commonwealth Avenue Boston, MA 02215 USA
Tel: +1 617 353 3549 Fax: +1 617 353 7700
Email: mfarkas@bu.edu

Ricardo Guinea
Hospital de día Madrid
C/Manuel Marañón 4 28043 Madrid Spain
Tel: +34 91 759 66 92 Fax: +34 91 759 60 02
Email: guinea@hdmadrid.org

Anna Meneghelli
Via Andrea Solari 19 20144 Milano Italy
Tel/Fax: +39 02 8321551
Email: annameneghelli@tiscali.it

Lorraine Ritchey
Ave Palmas #885 Torre 3 Mexico, DF CP 11000
Mexico
Tel: +52 5540 45 65
Email: chauvet@teleton.org.mx

Gabriele Rocca
Via Sidoli 7 20129 Milano Italy
Tel/Fax: +39 02 70128795
Email: garocca@libero.it

Michael Sadre Chirazi-Stark
Asklepios Westklinikum D-22557 Hamburg Germany
Tel: +49 40 8191 2865 Fax: +49 40 8191 2820
Email: m.stark@asklepios.com

Stelios Stylianidis
61-63 Grammou street Maroussi, Athens 15124 Greece
Email: epapsy@otenet.gr

John Talbott
Department of Psychiatry
University of Maryland Medical School
701 West Pratt street, Room 322 Baltimore, MD 21201
USA
Tel: +1 410 328 2132 Fax: +1 410 328 7096
Email: jtalbott@psych.umaryland.edu

José Uriarte
Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
Hospital Psiquiátrico de Zamudio
Arteaga Auzoa 45 Zamudio 48170 Vizcaya Spain
Email: juriarte@hzam.osakidetza.net

Gilles Vidon
Hôpital Esquirol
57, Rue du Maréchal Leclerc Saint
Maurice 94229 Cedex France
Email: g.vidon@hopital-esquirol.fr





ENGLISH VERSION



Hemeroteca

Violence and mental illness: Myths and reality.

Stigma and discrimination is still a mayor barrier for care and social integration in mental health users. There is a social association between two concepts: madness and evilness. What does evidence show on this issue?

The literature shows non unanimous findings. Some authors find that severe mental illness, active psychotic paranoid symptoms, seem to increase the probability to be associated with violent acts in general, but other studies show that violent behaviour associated with people with mental illness who are free of symptoms and doesn't consume substances does not differ from violence in the sane.

A revision was published in Wold Psychiatry two years ago. The authors concluded again that mental illness *per se* doesn't increase the risk to commit violence, but the association with substance abuse, active symptoms or biographic circumstances does. A distinction between violence associated with psychotic symptoms and violence none associated with them (even in ill persons) is suggested. Yet, a special kind of unexpected, bizarre and very striking, violent acts is indeed associated with some particular mental ill persons, but this is far to be the norm.

Other conclusions were that clinicians don't seem to be able to predict this kind of behaviours, and that being ill is also associated to an increase of risk to suffer from violence. In addition, a difference is found between the kind of violent acts committed while being ill or while being sane. The typical violent behaviour associated with mental illness is usually described as minor aggressive behaviours committed against the own relatives or couples, or acts against property, someway survival related.

Finally, several studies show that contribution from severe mental illness to social violence in general is low (less that 5%).

Jeremy Laurance, a journalist specialized in health issues, in his book "Pure madness: how fear drives the mental health system", concluded that the decision making process in mental health policy in Great Britain might be increasingly influenced by wrong conceptions from the public opinion rather than from clinical evidence.

It doesn't seem realistic to expect that violence committed from people suffering from mental illness can be eradicated. The same could be said from violence committed from the sane. The social answer should be orientated to facilitate the access to quality treatments rather than increasing control measures. Reduce stigma and discrimination could contribute to reduce mental illness related violent acts, since should facilitate adherence for treatments.



VERSIÓN EN CASTELLANO



EDITORIAL

UNA APROXIMACIÓN DE SALUD PÚBLICA A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.

Angelo Barbato.

Presidente WAPR.

Durante los últimos años la necesidad desde una perspectiva mundial de una aproximación de salud pública a los trastornos mentales mayores se ha convertido en una evidencia por varios factores:

- Mejor conocimiento de los datos sobre la distribución de los trastornos psicóticos y afectivos mayores tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo.
- Preocupación por las pesadas cargas financieras y la carga social asociada a los trastornos mentales.
- La evidencia de amplias variaciones en resultados en los trastornos mayores, en un rango entre la recuperación y la persistencia de discapacidad severa.
- El deterioro en las últimas décadas de los indicadores de salud mental en la mayoría de los países en contraste con la sustancial mejoras en muchas áreas de la salud física.
- La evidencia de los estudios clínicos de la efectividad y seguridad de las intervenciones biológicas y psicosociales en los trastornos afectivos y esquizofrénicos.
- La baja prioridad asignada a los programas de salud mental en las políticas de salud y el escaso nivel de asignación de recursos para prevención y tratamiento de los trastornos mentales.
- La alta proporción de personas con trastornos mentales que no esta recibiendo ayuda efectiva.

La existencia de amplia brecha entre las guías de buenas practicas derivadas de los hallazgos de la investigación y las intervenciones usuales o los modos corrientes de prestación de servicios para las personas con problemas de salud mental.

Las estrategias para recabar información sobre el estado de la salud mental de las poblaciones y las estimaciones sobre necesidades de servicios se han refinado progresivamente os últimos años, conduciendo a estudios ejemplares en muchos países. La investigación epidemiológica moderna ha obtenido tres grandes piezas de información relevante para la salud pública:

- La prevalencia de las enfermedades mentales.
- La determinación de la discapacidad asociada a esas enfermedades.

La determinación de necesidades de servicios y de utilización de os servicios por la población con enfermedad.

Desde varios países se han comunicado de tasas de prevalencia en depresión mayor de 1.8 a 7.7% en varones y 3.3 a12.9 en mujeres. Se ha sugerido consistentemente de un incremento histórico de las tasas en los últimos 50 años, particularmente en varones jóvenes.

En esquizofrenia y trastornos relacionados, la prevalencia anual en adultos oscila entre 1 y 7.5 y la prevalencia a lo largo de la vida entre 1 y 18%.

El curso y el pronóstico en esquizofrenia están influenciados ampliamente por factores ambientales, como muestran los estudios de datos de seguimiento de la organización Mundial de la Salud. Además, las adversidades sociales que rodean la enfermedad, con l estigma o el aislamiento, son a menudo consideradas por las personas que las sufren como peores que la enfermedad misma.

Poco significa el mejor pronóstico encontrado generalmente en las zonas rurales; ya que se ha observado un incremento en los últimos años en algunos países en desarrollo subyacentes a cambios sociales masivos, como por ejemplo en China. Esto pude indicar una tendencia hacia el empeoramiento de algunos indicadores, con mayor duración de la enfermedad y tasas de recuperación mas bajas.

Aunque la reducción en la expectativa de vida de vida a enfermedad mental es comparativamente pequeña en relación con da de las enfermedades físicas mayores, la mortalidad por suicidio puede considerarse un indicador importante de la magnitud de os problemas en salud mental. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio y en casi todos los países el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad entre personas de entre 15 y 35 años. Además, en los últimos 50 años se ha observado un incremento del 60% en tasas de suicidio. Los países con mayores tasas de suicidio son sobre todo países de renta media o alta en las que han tenido lugar profundas modificaciones de las estructuras sociales, valores y modos de vida en la última década, con rápidas transiciones de economías planificadas a economías de mercado, como Rusia y otros países de la antigua Unión Soviética.

Más allá de la distribución de las enfermedades, se han hecho esfuerzos sustanciales para una mejor definición de la carga de enfermedad, para una cuantificación combinada de las evoluciones fatales y no fatales para desarrollar una medida única, el DALLY (años de vida perdidos ajustados por la discapacidad). DALY unifica los años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida saludable perdidos por la vida con discapacidad de severidad y duración especificadas.

La definición de DALY para lesiones y enfermedades graves permite comparaciones a través de un amplio rango de condiciones de salud a través del mundo. Uno de los hallazgos mas sorprendentes de esta investigación fue el reconocimiento de los trastornos mentales como una causa grave de carga en todos los países. De acuerdo con un reciente informe mundial, en 1998 el 11.5% de la carga mundial fue debida a trastornos mentales y neurológicos, y un 1.7% adicional se debe a lesiones

autoprovocadas relacionadas con trastornos de conducta. Como grupo, esas enfermedades figuran como líderes entre las enfermedades no comunicables.

En los países de renta alta, el 23% de DALYs se pierden por factores neuropsiquiátricos, mientras que en los de renta baja, la cifra es del 10%.

Sin embargo, la tendencia mundial hacia el incremento de importancia de las enfermedades no transmisibles traerá una significativa elevación de la carga asociada a los trastornos mentales y neurológicos en las áreas más pobres del mundo, como resultado de los cambios demográficos y la acumulación de factores de riesgo.

La contribución relativa de los diferentes trastornos a estas cifras globales y su distribución por edades muestran que la depresión mayor es la cuarta causa de carga, y la primera en el grupo de edad de 15 a 44 años, particularmente en mujeres, mientras que en los varones el abuso de alcohol es un asunto de la mayor preocupación. Además, el impacto de la depresión se está incrementando rápidamente; fue el 3.6% en 1990 y según proyecciones alcanzará en 5.6% en 2020. En ese momento, según las mejores estimaciones, la depresión figurará como segunda en la lista detrás de la cardiopatía isquémica como las más importantes causas de DALYs.

La pesada cuota tomada por las enfermedades mentales se refleja también en su costo financiero para las sociedades, como muestran estudios realizados no solo en países ricos como Reino Unido, EE.UU. o Canadá, sino también en áreas de baja renta como las zonas rurales de India o Pakistán.

Y por último, pero no menos importante, cargas indefinidas y ocultas, difíciles de trasladar a valores económicos deben ser tenidos en cuenta. Ello incluye el estrés emocional en los afectados y sus cuidadores que producen morbilidad adicional, discriminación, reducción de las oportunidades sociales y el empobrecimiento de las redes sociales. Sin embargo, incluso en las economías de mercado en las que grandes cantidades de recursos públicos y privados se destinan a servicios públicos, los tratamientos y cuidados recibidos por las personas con trastornos mentales severos están lejos de ser satisfactorios. El informe del *Surgeon General* de los EE.UU. dedicado en 1999 a la salud mental por vez primera, planteó al respecto serias preocupaciones:

- A pesar de la eficacia de muchos tratamientos, casi la mitad de los americanos que padecen enfermedad mental no tienen acceso a tratamiento.
- El campo de la salud mental, más que otras áreas de los servicios de salud, está plagado de disparidades en la disponibilidad de acceso a servicios.
- Dos factores clave actúan como barreras poderosas: las restricciones financieras debidas a la cobertura limitada del cuidado en salud mental, y el estigma social asociado a la enfermedad y a las personas que buscan ayuda por problemas en su salud mental.

Frecuentemente las personas con más necesidad son las que carecen de cuidados adecuados.

Incluso cuando se recibe tratamiento, hay amplia evidencia de que demasiado a menudo es de mala calidad o en relación inadecuada con la evidencia emergente de la investigación, o de los consensos bien establecidos en la comunidad científica. Abundan los ejemplos. Mencionare unos pocos:

- Innecesarias hospitalizaciones a largo plazo.
- Violaciones de los derechos civiles en los servicios psiquiátricos.
- Falta de servicios asertivos integrados en la comunidad.
- Disponibilidad limitada de servicios de rehabilitación.
- Poca detección y pobre tratamiento de la depresión.
- Omisión de proveer psicoeducación y apoyo a las familias.

Uso de dosis demasiado altas de drogas antipsicóticas con efectos secundarios discapacitantes.

1 Más aún además de subrayar categorías diagnósticas específicas, encuestas recientes aportan evidencia convincente de un tema muy relevante: la enfermedad mental y los trastornos del comportamiento a menudo correlacionan en grupos epidemiológicos estrechamente vinculados a círculos viciosos con problemas sociales como pobreza, violencia doméstica, abuso de sustancias, colapso de las comunidades, discriminación cultural o religiosa.

2 Ya que las adversidades sociales pueden influir variando los grados de incidencia, mantenimiento o patrones de evolución en varios grupos de trastornos, como regla, los trastornos mentales están desigualmente distribuidos según límites geográficos sociales y culturales. Tienden a concentrarse en poblaciones en desventaja, que por tanto pueden considerarse en riesgo de desarrollar enfermedad mental.

3 Estas consideraciones tienen consecuencias de alcance y pueden ayudar a destacar los elementos clave de una aproximación con criterios de salud pública a los trastornos mentales.

1. Identificación de grupos de riesgo como objetivo de intervención.
 2. Definición de estrategias generales capaces de romper los circuitos recursivos entre estrés social y enfermedad mental.
- Priorizar la orientación social en la creación y desarrollo de los servicios de salud mental, entendiendo la salud pública en su sentido más amplio.

Estos son los retos que tendrán que afrontar en el próximo futuro los usuarios, los políticos, los profesionales de la salud mental y la sociedad en su conjunto.

Angelo Barbato.

Presidente WAPR.



LOS USUARIOS DE SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS. LA PERSPECTIVA DE LA OMS.

Director del departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS. Ginebra.
(Conferencia pronunciada en Milán, en la conferencia WAPR, Junio de 2005)
Benedetto Sarraceno.

Es un placer y un honor estar aquí con mis buenos amigos de WAPR. Comenzamos pensar hace algunos meses en este evento y ahora estamos aquí. Estoy feliz porque es uno de los más significativos eventos de mi ejercicio como Director de salud Mental de WAPR. Es también agradable para mí colaborar con WAPR, una organización de la que fui presidente hace muchos años y que ahora es dirigida por una persona a la que respeto y admiro: Angelo Barbato.

También estoy feliz de estar en Milán, una ciudad que deje hace 10 años para trasladarme a Ginebra a la OMS. Pero estoy aquí para hablarles de la OMS y no de mí mismo. La OMS es una agencia de naciones Unidas y nosotros, sus representantes, debemos olvidar nuestros puntos de vista y tratar de captar la perspectiva de la organización que en realidad representa a 190 estados miembros a través de sus ministros de salud.

Si contemplamos la historia de la OMS no se ha prestado mucha atención a los usuarios de servicios de salud mental. En el pasado, el programa de salud mental se ha concentrado más en la perspectiva y la agenda de los psiquiatras que la de otros interesados.

Y esta es mi primera acotación hoy, entre muchas otras.

Hablare sobre cuatro temas:

- 1.- El presente y el pasado de la relación entre la OMS y los usuarios.
- 2.- Algunos principios clave que dirigen nuestra acción.
- 3.- Algunos de los desafíos sobre los que trabajamos.
- 4.- El camino que nos espera.

1

La historia de las relaciones entre la OMS y los usuarios de los servicios psiquiátricos es realmente muy pobre. No he encontrado ningún precedente de intentos serios en el pasado siquiera de entender la posición de los usuarios en los problemas de salud mental de la OMS.

Cuando me nombraron director, encontré tres cajas de cartas sin respuesta de usuarios todo el mundo dirigidas a la OMS: denunciando violaciones de derechos humanos, presentando su perspectiva, a veces presentando teorías bizarras o ininteligibles, a veces ideas graciosas, la mayor parte de ellas mostrando su sufrimiento y esperando ser escuchados por la OMS. Así fue.

He seleccionado y publicado algunas de esas cartas en un volumen titulado "Voces de las Sombras" con algunas bonitas notas introductorias de algunos de vosotros (Sylvia Caras y David Oaks de EEUU, Theresja Krummenacher de Suiza, Achmat Moosa Salie de Sudáfrica). Es una bonita iniciativa pero no muy sustancial en términos de una relación seria con los usuarios de servicios. Somos conscientes de que una relación mucho más seria era urgente y necesaria.

Permítanme mencionar cuatro iniciativas que hemos creado durante los últimos 5 años:

Durante el año Mundial de la salud mental de la OMS, en 2001, cuando nuestra entonces Directora general Gro Harlem Brundtland un gran movimiento de concienciación y movilización global, la OMS organizó en Ginebra un reunión a la que acudieron diferentes representantes, incluyendo representantes de las familias, profesionales de la salud mental y responsables oficiales y políticos. En esta ocasión un usuario sueco y otro alemán tomaron posición y dejaron clara su perspectiva sobre la violación de los derechos humanos, los abusos perpetrados por psiquiatras y otros temas controvertidos. Era la primera vez que estas voces eran escuchadas y la gente quedó impresionada. No todas las declaraciones presentadas fueron aceptadas por el personal de la OMS pero el punto que dejó claro en esta ocasión fue que el tema no es el acuerdo o el acuerdo total, sino la apertura de la Organización a diferentes puntos de vista. La democracia no es acuerdo de todos, sino la libertad de decir y de disentir en cualquier entorno posible.

Después de esta experiencia sentimos que se necesitaba una consulta más sistemática con los usuarios. Concebimos un Consejo Global de salud Mental, una especie de parlamento donde se diera la posibilidad de actuar sobre los oídos de la OMS desde diferentes representantes con programas y perspectivas diferentes, incluso contradictorias. No hay tiempo hoy de explicar por qué esta idea no fue jamás aplicada. Permítanme tan solo mencionar que estábamos cambiando de dirección general y de administración, estábamos sustancialmente empobrecidos debido a una reducción importante de nuestros fondos para el programa y esto nos forzó a posponer el proyecto del Consejo Global. Sin embargo, y esto es lo que importa hoy, organizamos tres reuniones preparatorias con tres diferentes grupos de representantes: parlamentarios comprometidos con la salud mental, asociaciones de familiares y asociaciones de usuarios de servicios.

Tuvimos ocasión de escuchar muchas críticas a la OMS y a la manera en que la organización había ignorado sustancialmente el punto de vista de los usuarios. NO fue fácil para nosotros soportar esas críticas. Muchos desacuerdos eran fundamentales y no salvables, pero también descubrimos que existían muchos puntos de acuerdo que no se habían puesto en práctica.

Acordamos que se necesitaban más consultas cuando la OMS elaboraba o borradores de sus documentos normativos, era necesario más trabajo para promover los movimientos de usuarios a través del mundo, se necesitaba que la OMS aclarara sus posiciones acerca de los abusos más ostensibles y las violaciones de derechos humanos.

En 2004, los ministros de sanidad nos pidieron discutir sobre las actividades de salud mental de la OMS durante la asamblea

anual. Se nos concedió tan solo 30 minutos y decidimos invitar a un usuario de servicios de salud mental de África para presentar su perspectiva. Una vez más, la voz generalmente no escuchada de los usuarios en un contexto mucho más formal como la asamblea de la OMS y muchos ministros quedaron impactados. A modo de continuación de este evento, financiamos la creación del secretariado de Supervivientes y Usuarios de Servicios de la Organización Panafricana.

Finalmente, permítanme mencionar el libreo blanco de OMS (de recursos) sobre salud mental, derechos humanos y legislación de reciente publicación. Para hacer este vasto esfuerzo, consultamos a más de 100 expertos de todo el mundo, y entre los a algunos representantes de asociaciones de usuarios. Una vez más, hubo acuerdos y desacuerdos, pero al fin los usuarios implicados aceptaron ser oficialmente reconocidos en este libro. En el último momento, uno de los usuarios descubrió una frase e condena no suficientemente clara sobre el TEC sin anestesia y consentimiento informado. El me escribió para subrayar la contradicción entre una declaración pasada mía sobre el tema y esta frase. Reconocimos la inconsistencia y modificamos el texto en consecuencia. Estas son experiencias difíciles para la OMS pero también lecciones de las que aprender.

2

Esta última observación me lleva a mi segundo punto: la perspectiva de la OMS en salud mental y atención en salud mental. No es este el momento de dar una visión general que se puede encontrar fácilmente en nuestros documentos, incluyendo el Informe Mundial sobre salud Mental difundido en 2001. Me gustaría solamente recordar unos pocos principios que caracterizan todo nuestro trabajo:

a) La OMS es una agencia intergubernamental de la ONU. Su dirección depende sobre todo del mandato otorgado por los gobiernos. Si las organizaciones de ciudadanos nacionales o internacionales desean influir sobre la OMS, deben influir sobre sus respectivos gobiernos. La OMS manifiesta los que desean o piensen sus representantes sino que fundamentalmente proporciona asesoramiento sobre asuntos técnicos e implementa las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de Salud. Déjenme enfatizar que las orientaciones técnicas sobre asuntos controvertidos provienen de la evidencia científica pero también de la visión que mantienen los estados miembros.

b) La OMS escucha y colabora con diferentes representantes ello debe llevar a considerar diferentes perspectivas: responsables políticos, profesionales, cinéticos, usuarios, familias, comunidades y sociedad civil en general. Ningún representante debe prevalecer sobre los demás.

c) La OMS presta especial atención a las necesidades de los pobres: individuos, grupos, comunidades, naciones. La perspectiva de los países pobres es particularmente relevante para nosotros y a menudo no prestamos mucha atención a los problemas que vienen de los países ricos. Éstos se deberían dirigir internamente, los recursos limitados de la OMS imponen una clara priorización de los problemas y demandas que vienen de los pobres.

d) La violación de los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud, incluyendo los usuarios de servicios de salud mental y el reconocimiento de su rol y derechos como ciudadanos son una preocupación principal de la OMS. La OMS piensa que ningún tratamiento creíble puede ser proporcionado en un contexto que viola sistemáticamente los derechos humanos. Hay una alarma global sobre los derechos humanos de las personas que sufren enfermedades mentales. Insisto en la palabra "global" ya que la gente tiende a pensar que estas cosas ocurren siempre en otros lados, cuando en realidad ocurren en todas partes. La falta de acceso a tratamiento puede ser una violación de derechos humanos, pero también y más a menudo la violación consiste en el tratamiento mismo cuando es inhumano o sencillamente de muy mala calidad. La violación de derechos humanos más recurrente está relacionada con el contexto de la atención psiquiátrica: falta de privacidad, reclusión, aislamiento, restricciones físicas. La violación de derechos humanos no tiene nada que ver con la pobreza o la limitación de recursos. Realmente podemos observar estas violaciones en países ricos y pobres. La miseria propia del asilo es una variable independiente, es algo concretamente vinculado a una manera de concebir el tratamiento psiquiátrico y no solo con los recursos disponibles.

Los estándares internacionales clave sobre derechos humanos y las normativas promovidas por la ONU y por los organismos regionales de derechos humanos (Europeo, Africano e Interamericano) representan una referencia clave para la OMS.

Finalmente, la diferencia masiva entre las personas de tratamiento tratadas y no tratadas, representa una prioridad de la que ocuparse. El hecho de que en la mayoría de los países más del 80% de las personas con problemas de salud mental carecen de acceso a servicios, los medicamentos o tratamientos psicosociales representan una preocupación fundamental de la OMS.

3

Solo teniendo en cuenta estos cinco puntos se puede entender el marco en el que puede producirse la interacción entre la OMS y los usuarios de los servicios y los desafíos relacionados. Mencionare cuatro puntos principales acerca de esta interacción:

a) Escuchar o consultar a los usuarios de los servicios es muy complicado. Quien es quien, quien representa a quien, el tema de la representatividad y la legitimidad es extremadamente cuestionable y necesitamos ayuda para entender como avanzar. La visión general del movimiento de usuarios parece ser muy rico y diverso, pero también fragmentado y expresando un amplio abanico de posiciones (desde una aproximación radical anti-psiquiátrica hasta una de apoyo amable a los psiquiatras para mejorar su trabajo con los pacientes). Algunas consideran a las organizaciones de familiares como posibles socios y otras no. Igualmente diversos parecen ser los objetivos de los diferentes grupos, oscilando entre la denuncia de infracciones a la organización de grupos de autoayuda. Algunas organizaciones aceptan fondos de la industria farmacéutica, y otras no.

b) El amplio espectro de perspectivas y posiciones en el movimiento de usuarios hace difícil a la OMS la comprensión de las prioridades, que a menudo parecen contradictorias. Tan solo un ejemplo: muchos dicen que la OMS debe ayudarles a conse-

guir medicamentos psicotrópicos gratuitos para los países pobres, mientras que muchos otros dicen que la OMS debería ayudarles en la lucha contra el uso de medicamentos psicotrópicos. Luego algunos consideran la preocupación de la OMS por la falta de acceso a tratamiento una preocupación compartida, mientras que otros piensan que cuantas menos personas sean tratadas por psiquiatras mejor.

c) El mero tan pequeño de usuarios organizados en grupos estructurados en los países en desarrollo y en los países no occidentales crea un sesgo inaceptable a juicio de la OMS. Demasiadas organizaciones e individuos de Europa, EE.UU., Canadá y Australia piden contacto con la OMS. Demasiadas pocas desde Asia, Latinoamérica, África. No estamos seguros que todos los problemas relevantes para las personas de estos pocos ricos y selectos países tengan la misma relevancia para el resto del mundo.

d) La OMS cree en los tratamientos basados en evidencias científicas, pero la OMS no cree en la medicina ni en la ciencia si testan en contra de los derechos humanos de las personas. La OMS cree en un modelo holístico de atención, donde el modelo médico es uno de entre otros. La OMS cree que enfermedad mental resulta de la combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos mezclados en una compleja y a menudo desconocida combinación. Por consiguiente, la OMS cree que los tratamientos para los problemas y discapacidades mentales deberían combinar intervenciones médicas, sociales y psicológicas. La gente necesita ser escuchada, necesita ser atendida emocionalmente, necesitan ser respetados, necesita ser ayudada en sus tareas diarias. Los servicios de salud mental deberían incluir oportunidades de alojamiento y trabajo. Las personas con problemas de salud mental son antes que nada ciudadanos y por consiguiente la plenitud del ejercicio de su ciudadanía debería ser mantenida como un marco fundamental de cualquier intervención médica. En otras palabras, la OMS cree que ciencia y la investigación no son solo biociencias e investigación médica sino que también otras aproximaciones y modelos deberían contribuir a la comprensión y el tratamiento de los problemas y discapacidades mentales.

Algunos usuarios pueden disentirán parte o en todo con estas declaraciones. Sin embargo, la existencia de desacuerdo entre algunos grupos de usuarios y la OMS no debería impedir la identificación de objetivos comunes y a la influencia mutuamente beneficiosa. Creo firmemente en esta posibilidad y veo un número de colaboraciones y objetivos comunes.

4.

a) Mapear la realidad y la diversidad (criterios, colaboraciones, etc.,) de usuarios de servicios. La OMS necesita su ayuda para diseñar un Atlas Global.

b) Promocionar las organizaciones de usuarios en países de baja renta. Organizaciones promocionales que agrupen personas con distintas discapacidades en todas partes pueden jugar un rol crítico para ayudar a instruir la voz organizada de los usuarios psiquiátricos en países de baja renta. La OMS está deseando apoyar este tipo de iniciativas.

c) Identificar algunos puntos de acuerdo relacionados con los derechos humanos (sobre los asilos, o TEC) y promover la atención y el debate acerca de ellos.

Por ejemplo: la OMS cree firmemente que los servicios de salud mental deben estar en las comunidades y que los grandes asilos deben ser sustituidos por servicios comunitarios; o la OMS cree que si bien el TEC es considerado un por muchos psiquiatras un tratamiento aceptable, debido al gran debate que lo rodea debería al menos considerarse un tema controvertido. A la OMS le gustaría enfatizar que el TEC involuntario sin anestesia debería considerarse inaceptable.

d) Finalmente, nos gustaría explorar la viabilidad de una convención mundial de usuarios de servicios, tal vez en 2009. ¿Es esto un sueño? Puede ser, pero trabajemos para convertirlo en una realidad.

Señoras y caballeros, he intentado ser directo y honesto. Espero que ustedes estén dispuestos a ayudarnos, a mí y a la OMS.

Bededetto Saraceno.

Director del departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS. Ginebra.



The process of closing a Greek state Psychiatric Hospital. The development of a network of community-based psychiatric facilities. Effects on the patients.

Angelidis G, Voura N, Michailidou B, Giaglis GD, Tziaferi M.

Psychiatric Hospital of Petra Olympus, Greece.

Abstract.

El artículo describe el proceso de desinstitucionalización en marcha desde 1987 con la perspectiva del cierre de Hospital Psiquiátrico de Petra Olympus, que atiende un área de 1000000 de habitantes, con el apoyo de fondos europeos (Proyectos Horizon y Psychargos).

La fase 1 del proyecto (1999/2000) comenzó con 55 de los pacientes más funcionales y continuo con el fortalecimiento de una red comunitaria para proseguir (2002) con 304 pacientes más.

En la actualidad el proyecto pretende el cierre del Hospital. Ha habido reuniones con las familias para explicar el proceso, formación del personal para el trabajo comunitario, y acciones de sensibilización social. Durante el proceso se esta desarrollando un plan de investigación para determinar el impacto del proceso sobre las personas, monitorizando psicopatología (PANNS y BPRS) funcionamiento (“Rehaz” de Hall y Baker), habilidades de la vida diaria, estado psíquico, y esperanzas/actitudes/preocupaciones. Adicionalmente se estudia el efecto del proceso sobre el personal.

En octubre de 2003 la unidad de “larga estancia” atiende a 95 pacientes para ser cerrada al principio de 2004. La mayoría de los pacientes manifiesta su satisfacción por la nueva situación.

Se describe la nueva red de servicios sociales de la región (residenciales, talleres ocupacionales, centro de día y club social, recursos turísticos, centro de alcoholismo, departamento psicogeriátrico, equipo de intervención en crisis y centro de rehabilitación vocacional).

Se plantean especulaciones acerca del éxito en los resultados de la 2º fase: coordinación, necesidad de preparación intensiva de pacientes difíciles, trabajo remunerado, actitudes negativas de la comunidad, necesidad de sensibilización social, voluntariado, reorientación de la formación del personal, equipos multidisciplinarios, red de servicios comunitarios, necesidades residenciales.

La pregunta cualitativa final es si se ha desarrollado el tipo de servicios individualizados de calidad que necesitan para personas necesitadas.



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL. UNA PERSPECTIVA DESDE ESPAÑA.

Crónica de Ricardo Guinea.
Madrid, 10 de octubre de 2005.

Por noveno año consecutivo, más de 2500 personas participaron este año en una marcha por el centro histórico de Madrid, y muchas otras en otras ciudades distintas de España para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental. Un conjunto de organizaciones de familias, profesionales y usuarios llamaron la atención sobre temas relacionados con la salud mental. Se reconoció la mejora alcanzada en los últimos años en España, pero fue considerada insuficiente por los organizadores. La gente que se manifestó en la calle, una mayoría de usuarios y familiares, enfatizó su percepción de la limitación de acceso a servicios sanitarios o de rehabilitación de calidad de las personas que la necesitan. Los usuarios y familiares que participaron en la marcha, fueron capaces de afrontar el estigma y la discriminación y llamaron la atención de los responsables políticos sobre las prioridades en salud mental.

España es país desarrollado medio en el sur de Europa. Posee un potente pero sobrecargado sistema sanitario público. La reforma psiquiátrica, debido a sus peculiaridades históricas, comenzó en España más tarde que el resto de los países de su entorno, pero se ha recorrido un camino considerable en los últimos 25 años. El sistema psiquiátrico público es capaz de ofrecer una amplia gama de servicios y de atención y consulta psiquiátrica, pero no es todavía capaz de garantizar el acceso a servicios de rehabilitación de calidad e intervenciones psicosociales suficiente para todos aquellos que la necesitan. El presupuesto global dedicado a salud es aún bajo en relación con la mayoría del resto de los países europeos.

La campaña de 2004 del Día Mundial de la Salud Mental de la Liga Mundial para la Salud Mental se enfrentó a un tema importante y complejo, como es la relación entre la salud física y mental, y especialmente en áreas como la depresión o la diabetes, las consecuencias para la salud mental del SIDA, o los problemas metabólicos que a menudo acompañan a los tratamientos a las enfermedades mentales severas con nuevos medicamentos.

Las relaciones entre salud mental y física son subrayados en dos sentidos: los efectos neuroendocrinos directos de la salud física sobre el estado mental, y la relación de hábitos como el consumo de alcohol o tabaco, los hábitos sexuales, el ejercicio adecuado o la dieta. Algunos otros factores son destacados, como la importancia de la salud materno infantil, la atención sobre el impacto de los padres sobre el desarrollo de los hijos, la importancia de la atención precoz en sobre las enfermedades y discapacidades infantiles, de prestar atención sobre los síntomas precoces de psicosis o trastornos afectivos, del abuso de sustancias, de las conductas de riesgo en los adolescentes, la pertinencia de aprender sobre las necesidades de grupos de riesgo especiales envarones mujeres, ancianos, cuidadores, Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad, o enfermedades metabólicas, prestando atención sobre la prevención y los cambios en el estilo de vida que pueden mejorar la salud mental y el bienestar de poblaciones enteras.

La información completa sobre el Día de la Salud Mental se puede encontrar en www.wfmh.org/wmhd2005.htm



ARTE CONTRA EL ESTIGMA.

R. Guinea para el Boletín WAPR. Madrid, 17 de octubre de 2005.

Arte contra el estigma es el resultado de un iniciativa realizada por artistas y expertos de muchos países. 60 obras, la mayoría de ellas realizadas por usuarios, pueden ser admiradas en salas de exposiciones de muchos países. Ha sido exhibida ya en Dinamarca, Noruega, Reino Unido, Grecia. Polonia, Australia y España.

Como se ha visto a través de la historia, el arte es un marco que hace posible la expresión de sentimientos y percepciones y puntos de vistas de personas que sufren, también de personas que sufren por enfermedades mentales.

El arte puede ofrecer un canal de comunicación para personas que tienen dificultades para expresar sus sentimientos y pensamientos íntimos. Un encuentro afortunado con el arte puede ayudar a personas con trastornos psiquiátricos a recuperar la confianza y autoestima. Arte contra el estigma es el primer proyecto en el mundo que en presentar el arte de las personas que sufren de enfermedad mental en el mismo plano que la de los artistas profesionales.

Las personas que sufren de enfermedades mentales conocen el silencio que les rodea. Ellos sienten el miedo de sienten los demás al encontrarse con la enfermedad mental. Ellos perciben como huyen las miradas. Ven sus relaciones deterioradas. Lentamente, se acostumbran a su creciente aislamiento de los demás.

Como explica Norman Sartorius, presidente de Arte Global contra el Estigma, “muchas obras de arte hechas por personas con enfermedad mental se pueden contemplar en muchos museos y hospitales de todo el mundo, pero este es el primer esfuerzo para reunir las y exhibirlas juntas por muchos países”. “El arte toda el corazón de la gente, y puede contribuir a transmitir la idea de que las personas que producen esas obras a través de su enfermedad son extremadamente valiosas, y que se les debería ayudar a seguir produciéndolas”.

Esta iniciativa ha sido patrocinada por Fundación Lundbeck.

Completa infamación en www.artagainststigma.org

R. Guinea para el Boletín WAPR.

