**Η ανάρρωση στην ψυχική υγεία με λίγα λόγια**

**Η έννοια της ανάρρωσης** στην ψυχική υγεία με το νέο της περιεχόμενο, που **δεν ταυτίζεται με το περιεχόμενο της κλινικής ανάρρωσης** (επιστροφή στο φυσιολογικό, διαδικασία επανάκτησης της υγείας), αποτελεί τόσο ένα θεωρητικό πεδίο όσο και ένα πεδίο εφαρμογών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Προήλθε από τον χώρο των εξαρτήσεων και άρχισε να χρησιμοποιείται στον χώρο της ψυχικής υγείαςπερίπου πριν τέσσερις δεκαετίες και αντίστοιχα στη σχετική βιβλιογραφία κυρίως κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Αρχικά αναπτύχθηκε μέσα από κινήματα ληπτών, πρώην ληπτών και αυτοπροσδιοριζόμενων ως «επιβιωσάντων» της ψυχιατρικής και σταδιακά έχει υποστηριχθεί και υιοθετηθεί από μια μεγάλη μερίδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και από υπηρεσίες προσανατολισμένες στην ανάρρωση. Πλέον αποτελεί προτεραιότητα και θεσμοθετημένο πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε πολλές χώρες (με αφετηρία το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και πολλές πολιτείες των ΗΠΑ), καθώς και πεδίο ευρύτερων συζητήσεων σχετικά με την ενδυνάμωση και την κοινωνική ένταξη των ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το νέο της περιεχόμενο σχετίζεται με μια ευρύτερη θεώρηση της ανάρρωσης, που περιλαμβάνει μεν την έννοια όπως την αντιλαμβάνονται οι κλινικοί (ύφεση της συμπτωματολογίας), αλλά αφορά σε ένα πιο σύνθετο περιεχόμενο, που θα μπορούσε να αποδίδεται ως **«προσωπική» ή /και «κοινωνική» ανάρρωση**. Συνδέεται όχι μόνο με το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας αλλά και με την ίδια τη διαδικασία, μέσα από την οποία τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές προσπαθούν θα κατακτήσουν τους προσωπικούς τους στόχους για καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι πολλοί διαφορετικοί ορισμοί και το περιεχόμενο που αποδίδεται στην ανάρρωση δεν διευκολύνουν μια ενιαία αντίληψη του όρου, ωστόσο κάποιες απόπειρες να προσεγγιστεί η έννοια φαίνεται να είναι πιο ουσιαστικές και να περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος των χαρακτηριστικών και διαστάσεών της. Ένα **ενοποιητικό μοντέλο** που έχει επικρατήσει στο χώρο της ψυχικής υγείας και συμπεριλαμβάνει όλα τα κριτήρια που έχουν τεθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και από τους λήπτες των υπηρεσιών προτείνει 5 διαστάσεις ανάρρωσης: 1) **κλινική ανάρρωση** και βελτιώσεις στη συμπτωματολογία, 2) **υπαρξιακή ανάρρωση**, που περιλαμβάνει αίσθημα ελπίδας, ενδυνάμωση, αυτοδιαχείριση και πνευματική ευεξία, 3) **λειτουργική ανάρρωση**, δηλαδή απόκτηση και διατήρηση κοινωνικών ρόλων και ευθυνών, που συμπεριλαμβάνουν την εργασιακή απασχόληση την εκπαίδευση και καλές συνθήκες διαβίωσης, 4) **σωματική ανάρρωση** που περιλαμβάνει καλύτερη υγεία /πιο υγιή τρόπο ζωής, 5) **κοινωνική ανάρρωση**, που σχετίζεται με ουσιαστικές και σημαντικές σχέσεις, την ενσωμάτωση στην οικογένεια, στο φιλικό περιβάλλον και στην ευρύτερη κοινότητα.

Η ανάρρωση προϋποθέτει ένα νέο μοντέλο σχέσης ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους λήπτες των υπηρεσιών. Θέματα ελέγχου, εξουσίας, δύναμης, ανάληψης ευθύνης, που αποτελούν άξονες πάνω στους οποίους διαμορφώνεται η έννοιά της, συναντώνται και στη σχέση επαγγελματία-λήπτη. **Τα μοντέλα ανάρρωσης στηρίζουν το «πρότυπο της επιμεριζόμενης ευθύνης», ως βασικό μοντέλο στη σχέση επαγγελματία και λήπτη,** αναγνωρίζοντας ότι **το πρώτο βήμα για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης είναι να αναπτυχθεί μια συνεργασία για την από κοινού αναγνώριση των προβλημάτων και τον καθορισμό ενός σχεδίου φροντίδας.** Οι λήπτες θεωρούνται διαπραγματευτές στη δική τους θεραπεία. Βασικός στόχος αυτής της συνεργατικής σχέσης είναι η ενδυνάμωσή τους, ώστε να μπορούν σταδιακά να κάνουν σχέδια για τη διαδικασία ανάρρωσής τους και παράλληλα να προετοιμάζονται για τυχόν δυσκολίες και ανατροπές, αναγνωρίζοντας έγκαιρα τις κρίσεις και υποτροπές τους.

Πρόκειται για διαδικασία, στην οποία **ο επαγγελματίας πρέπει να συνεργαστεί προς την κατεύθυνση της υλοποίησης των προσωπικών στόχων του λήπτη, ακόμη και αν έχει διαφορετική εκτίμηση.** Ο πρώτος λόγος αφορά στην ευρεία πλέον διαπίστωση ότι οι απόψεις ενός ατόμου για τις ανάγκες του και οι απόψεις ενός επαγγελματία για τις ανάγκες του ίδιου ατόμου μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό και ότι οι ανάγκες που έχουν εκτιμηθεί από τους ίδιους τους λήπτες είναι πολύ καλύτεροι δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής συγκριτικά με τις ανάγκες που αναφέρουν οι επαγγελματίες.Ο δεύτερος λόγος αφορά στο δικαίωμα του ατόμου να πάρει τις δικές του αποφάσεις, ακόμη και αν αποδειχθεί κατά την πορεία ότι η επιλογή του ήταν λανθασμένη ή οι αποφάσεις του ήταν επιζήμιες και παρακινδυνευμένες. Το δικαίωμα του λήπτη για προσωπικά ρίσκα, που συνδέεται με τη διαδικασία επανάκτησης του ελέγχου της ζωής του, θα πρέπει να εκχωρείται, ακόμη και αν υπάρχει έντονη ανησυχία ή διαφωνίες για τα αποτελέσματα της επιλογής του. Σε αυτό το πλαίσιο το άτομο θα πρέπει να έχει τη διαβεβαίωση ότι σε περίπτωση κρίσης υπάρχει η δυνατότητα γρήγορης πρόσβασής του σε εξειδικευμένη βοήθεια.

**Η στάση του επαγγελματία θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να ενισχύει την αυτονόμηση, την προσωπική επιλογή, την ανάληψη ευθύνης.** Σε αυτήν την προσπάθεια, ο επαγγελματίας θα πρέπει να είναι έτοιμος να παρέχει τα κατάλληλα επίπεδα φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, αποφεύγοντας την υπερπροσφορά φροντίδας και θεραπείας, που ενέχει τον κίνδυνο της μακρόχρονης εξάρτησης του ατόμου και προοδευτικά της απώλειας της αυτονομίας του. Επίσης, η καλή πορεία της ανάρρωσης θα πρέπει να αναγνωρίζεται όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε να μειώνεται ο βαθμός παρέμβασης, επιτρέποντας την προοδευτική ενδυνάμωση και επιστροφή του ατόμου στην καθημερινότητά του.

Αυτή **η νέα σχέση χαρακτηρίζεται από τη μετατόπιση του επαγγελματία και ευρύτερα του προσωπικού μιας υπηρεσίας από την απόμακρη θέση του «ειδικού», που κατέχει τη τεχνογνωσία και την αυθεντία, σε έναν νέο επαγγελματία/ προσωπικό που συμπεριφέρεται περισσότερο ως προσωπικός εκπαιδευτής, προσφέροντας δεξιότητες και γνώσεις, ενώ μαθαίνει παράλληλα από την αξιολόγηση του ίδιου του λήπτη, ο οποίος είναι «ειδικός μέσα από την εμπειρία».** Η σχέση βασίζεται στην ειλικρίνεια, την εμπιστοσύνη και την εντιμότητα και η ποιότητά της είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της ανάρρωσης.

Αυτό το μοντέλο συνεργασίας βρίσκει εφαρμογή ακόμη και στο επίμαχο ζήτημα της φαρμακευτικής αγωγής, που αποτελεί πεδίο πολλών διαφωνιών και συγκρούσεων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι λήπτες μπορεί να θέτουν προτεραιότητες σε σχέση με τους κινδύνους και τα οφέλη με διαφορετικό τρόπο και ίσως αποφασίσουν να αρνηθούν ή να διακόψουν ένα φάρμακο που τους έχει προταθεί, απαιτείται η εδραίωση καλής επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών. Στο πλαίσιο αυτής της επικοινωνίας, που προϋποθέτει χρόνο και αρκετές συναντήσεις, **πρέπει να γίνονται κατανοητές οι πεποιθήσεις και ανησυχίες των ληπτών σε σχέση με τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα, την εξάρτηση και τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.** Είναι αναγκαίο να συζητείται η εναρμόνισή της με τις καθημερινές συνήθειες του ατόμου, να λαμβάνεται υπόψη τυχόν επιθυμία για μείωση της λαμβανόμενης ποσότητας και εξερεύνηση εναλλακτικών μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων. **Παράλληλα, θεωρούνται απαραίτητες οι επεξηγήσεις για τους περιορισμούς των προσωπικών επιλογών σε σχέση με το φάρμακο, κυρίως όταν υπάρχουν ανησυχίες για τη προσωπική και δημόσια ασφάλεια.** Επιπλέον, προτείνεται η διευκόλυνση της πρόσβασης των ληπτών σε εξατομικευμένη ενημέρωση για τη φαρμακευτική αγωγή που τους συστήνεται, ώστε να διασφαλίζεται η λήψη αποφάσεων κατόπιν ολοκληρωμένης πληροφόρησης μέσα από διάφορες πηγές. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα συνεργάζονται καλύτερα στη φαρμακευτική αγωγή, όταν η πληροφόρηση προέρχεται από άτομα με αντίστοιχη εμπειρία.

Μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί για την ορθότερη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και της χρονιότητας σε σωματικές διαταραχές, έχουν εφαρμογή και σε χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Πρόκειται για **προγράμματα «διαχείρισης της ασθένειας» ή «διαχείρισης των συνθηκών διαβίωσης με την ασθένεια», που στοχεύουν στην εκπαίδευση και υπευθυνοποίηση των ληπτών, μέσα από επαρκή ενημέρωση, ώστε να μπορούν να κάνουν τις επιλογές που τους ταιριάζουν.** Η υιοθέτηση τέτοιων προσεγγίσεων, οι οποίες εστιάζουν στην επιλογή μετά από ενημέρωση, στην αυτοδιαχείριση και στην ανάληψη προσωπικής ευθύνης, εναρμονίζεται με τις βασικές αξίες της ανάρρωσης. Ουσιαστικά πρόκειται για προσεγγίσεις ενδυνάμωσης, καθώς το άτομο επανακτά τον έλεγχο σχετικά με το ποιες θεραπείες θα δεχτεί, ποιες θα απορρίψει και για ποιες θα αδιαφορήσει.

Στις περιπτώσεις που η αναγκαστική νοσηλεία δεν μπορεί να αποφευχθεί, οι επαγγελματίες θα πρέπει να διατηρήσουν τον διάλογο για τον αποκλεισμό άλλων στρατηγικών και την επιλογή της ακούσιας νοσηλείας με τη διαβεβαίωση ότι θα διακοπεί, μόλις η κρίση παρέλθει και το άτομο δε χρήζει πλέον νοσηλείας. Σε αυτές τις καταστάσεις είναι πιθανόν να μη μπορούν να γίνουν σεβαστές οι επιθυμίες του ατόμου σε σχέση με το φάρμακο, ωστόσο είναι σημαντικό να αντιμετωπίζεται με σεβασμό, να έχει συνεχή πληροφόρηση για τη θεραπεία που θα δεχτεί, να του δίνεται η δυνατότητα να εκφράσει ανησυχίες και να του παρέχεται η επιλογή ανάμεσα σε πιθανές θεραπείες και χώρους νοσηλείας μέσα στο περιοριστικό πλαίσιο της συγκεκριμένης κατάστασης. **Είναι πολύ βοηθητική η εκ των προτέρων κατάρτιση πρωτοκόλλων από κοινού με τον λήπτη** για τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν όσο είναι δυνατόν, όταν ο λήπτης δεν θα είναι σε κατάσταση να κρίνει και να κάνει τις καλύτερες επιλογές για τον ίδιο (σχέδια κρίσης - joint crisis plans).

Από τις αφηγήσεις των ίδιων των ληπτών γνωρίζουμε ότι **τα άτομα με ψυχικές διαταραχές εκτιμούν το ενδιαφέρον που εκφράζουν οι επαγγελματίες απευθυνόμενοι σε αυτούς ως άτομα με ρόλους παρά ως ασθενείς**, προτείνοντας μια πιο ολιστική προσέγγιση. Αυτή η προσέγγιση επιτυγχάνεται μέσα σε υπηρεσίες, που **ενθαρρύνουν την αναγνώριση και την εκτίμηση των θετικών σημείων και δυνατοτήτων και δεν επικεντρώνονται στα ελλείμματα και τις αδυναμίες.** Η βιβλιογραφία, σε μια απόπειρα να καθοριστούν τα βασικά στοιχεία που προάγουν την ανάρρωση στο επίπεδο του προσωπικού μιας υπηρεσίας, προτείνει τα εξής: ειλικρίνεια, ισότιμη συνεργασία, επικέντρωση στις εσωτερικές δυνάμεις του ατόμου, αμοιβαιότητα, προθυμία να ‘γίνει το επόμενο βήμα’. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτές οι γενικές δεξιότητες πρέπει να συνοδεύονται από υψηλού επιπέδου διαπροσωπικές ικανότητες, όπως ενσυναίσθηση, ενδιαφέρον, αποδοχή, ενθάρρυνση για την υπεύθυνη ανάληψη κινδύνων και ευθύνης, θετικές προσδοκίες για το μέλλον. **Δεν απαιτείται από την υπηρεσία να μπορεί να διαθέτει κάθε εξειδικευμένη παροχή, παρέμβαση, πρακτική που σχετίζεται με τους προσωπικούς στόχους του ατόμου, αλλά να κατευθύνει με αντικειμενικό τρόπο το άτομο στη γνώση και την πληροφόρηση, επιτρέποντάς του την προσωπική επιλογή.**

Σε σχέση με το κλίμα και την ατμόσφαιρα μιας υπηρεσίας, **το αίσθημα της ελπίδας, πρωταρχική αρχή στην έννοια ης ανάρρωσης, αποτελεί βασική διάσταση και στις αποτελεσματικές εφαρμογές της.** Η ενίσχυση της ελπίδας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δε σημαίνει διαρκή διατήρηση της αισιοδοξίας και της θετικής διάθεσης, ακόμη και αν υπάρχουν μεγάλα πρακτικά ζητήματα και λειτουργικές δυσκολίες, αλλά ότι οι ελπίδες και τα όνειρα των ληπτών είναι συχνά πιο σημαντικά από τις εκτιμήσεις των επαγγελματιών σχετικά με το τι είναι ρεαλιστικό. Οι προσδοκίες ενός ατόμου μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στη συμπεριφορά του από τις σκέψεις των επαγγελματιών. Επιπλέον, οι μη ακριβείς εκτιμήσεις των επαγγελματιών μπορεί συχνά να οδηγήσουν στην υποτίμηση του ανθρώπινου δυναμικού. Και οι χαμηλές προσδοκίες εύκολα γίνονται αυτο-εκπληρούμενες προφητείες.

Παράλληλα με την εμπιστοσύνη στην ελπίδα του ατόμου και στη δυνατότητα να βλέπει ο επαγγελματίας πέρα από τη δική του εκτίμηση, επενδύοντας στις προσδοκίες του λήπτη, ακόμη και αν τις εκτιμά ως μη ρεαλιστικές και παρακινδυνευμένες, **απαιτούνται πρακτικές ενδυνάμωσης, ώστε το άτομο να αποκτήσει την αυτοδιαχείριση και τον έλεγχο της κατάστασής του.** Η ενδυνάμωση συγκαταλέγεται στις αρχές και αξίες της ανάρρωσης, που συνδέονται τόσο με εσωτερικές διεργασίες και το προσωπικό δυναμικό του ατόμου, ως κινητήρια δύναμη για ανάρρωση, όσο και με στόχο/ αποτέλεσμα της διαδικασίας, επίσης με πρακτικές εφαρμογές και προγράμματα υπηρεσιών προσανατολισμένων προς την ανάρρωση. Ερευνητικά αποτελέσματα κατατάσσουν την ενδυνάμωση στους πιο ισχυρούς υποκειμενικούς δείκτες που αλληλεπιδρούν με αντικειμενικούς δείκτες ανάρρωσης. **Υψηλά αποτελέσματα στην αξιολόγηση της ενδυνάμωσης συνδέονται με υψηλά αποτελέσματα στη γενικότερη αξιολόγηση της ανάρρωσης, ενώ υψηλά ποσοστά και στα δύο πεδία συχνά σημειώνονται σε λήπτες, που έχουν τη δυνατότητα εργασιακής απασχόλησης με αμοιβή, σε σύγκριση με εκείνους που λαμβάνουν παροχές κοινωνικής ασφάλισης.**

**Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση, η υποστήριξη στην προάσπιση των δικαιωμάτων (αυτοσυνηγορία) και η συμμετοχή των ληπτών στον σχεδιασμό, στην εφαρμογή και αξιολόγηση των υπηρεσιών που τους αφορούν, αποτελούν διαδικασίες ενδυνάμωσης.** Η βασική ιδέα για την ενεργητική συμμετοχή/ συμπερίληψή τους έχει στηριχθεί στην αντίληψη ότι **τα άτομα με προσωπική εμπειρία προβλημάτων ψυχικής υγείας μπορούν να συμβάλουν αμεσότερα στην ανάρρωση άλλων ατόμων**. Διεθνώς έχουν καταγραφεί διάφορα μοντέλα αμοιβαίας υποστήριξης (mutual support) και υποστήριξη ομοτίμων (peer support) από την πιο απλή μέχρι και τις πιο σύνθετες: α) θεσμική συμμετοχή των ατόμων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων μέσα στους οργανισμούς όπου λαμβάνουν φροντίδα και υποστήριξη, β) λειτουργία ειδικών ομάδων (peer support groups) και υπηρεσιών (peer support services) για την αλληλοϋποστήριξη και ενδυνάμωση, γ) ενσωμάτωση στα συστήματα παροχής υπηρεσιών μιας νέας επαγγελματικής ιδιότητας, του Ειδικού Υποστήριξης Ομοτίμων/ Ομότιμου Θεραπευτή (Peer Support Specialist/ Peer Expert/ Peer Worker κλπ) για την ενδυνάμωση και καθοδήγηση άλλων ατόμων στη δική τους διαδρομή ανάρρωσης κ.ά.

Επιγραμματικά, ένα μοντέλο εφαρμογής καλών πρακτικών ανάρρωσης περιλαμβάνει θέματα όπως η θέση του ατόμου με ψυχική διαταραχή, ο ρόλος των επαγγελματιών που ασκούν κλινικό έργο, ο υποστηρικτικός ρόλος της κοινότητας, οι ομάδες αυτοβοήθειας και τα υποστηρικτικά δίκτυα, η υποστήριξη της οικογένειας, η εργασία και άλλες δραστηριότητες με νόημα, η δύναμη και ο έλεγχος, το στίγμα, η εκπαίδευση στα διάφορα στάδια της ανάρρωσης.

Στις σύγχρονες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η υλοποίηση προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εφαρμογών ανάρρωσης φαίνεται να συγκλίνουν ως προς τους στόχους και τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Είναι σαν να διασφαλίζεται μέσω της έννοιας και των διαστάσεων της ανάρρωσης ένα νέο εννοιολογικό πλαίσιο για τις σύγχρονες πρακτικές αποκατάστασης. Μπορεί να διατυπωθεί ότι **η αποκατάσταση βρίσκεται πλέον σε μια διαδικασία επαναπροσδιορισμού, ώστε να ενσωματώσει τις ιδέες της ανάρρωσης στη λειτουργία της.** Συνεχίζει να επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην κοινωνική διάσταση, ωστόσο παρατηρείται μια αυξανόμενη έμφαση στην αυτοδιαχείριση και σε ένα μοντέλο προσέγγισης με βάση τα δυνατά σημεία και τις δυνατότητες του ατόμου. Εστιάζει στους τομείς που τα άτομα μπορούν να καταφέρουν και όχι σε εκείνους που δεν μπορούν και τονίζει περισσότερο τη σημασία της διατήρησης της ελπίδας και των υψηλών προσδοκιών στη διαδικασία αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης.