

إعادة التفكير بشأن رعاية الصحة العقلية: سد الفجوة في المصادقية فيكرام باتيل

إعادة تعريف الافتراضات

أولاً، تدبر الافتراض الخاص بالعناصر التي تتألف منها رعاية الصحة العقلية. لقد انصب تركيز الكثير من الخطاب المتعلق برعاية الصحة العقلية على المبادئ التوجيهية للعلاج المنظم، التي تتجلى على أفضل نحو في المبادئ التوجيهية لبرنامج العمل المتعلق بالفجوة في الصحة العقلية (mhGAP) الخاص بمنظمة الصحة العالمية، والتي تؤكد على التدخلات باستخدام العقاقير والتدخلات النفسية (دوا وآخرون، 2011). وفي القلب من هذه المبادئ التوجيهية تأتي الحالة المميزة للفئات التشخيصية الطبية الحيوية مثل الاكتئاب وانفصام الشخصية (شيزوفرينيا). ومع ذلك، فمن الواضح الآن أن استخدام هذه التسميات والتفسيرات الطبية الحيوية المرتبطة بها ليست في كثير من الأحيان ضرورية وبل قد تكون ذات نتائج عكسية. ويُعتبر دمج النماذج التفسيرية الملائمة اقتصادياً والتسميات المستخدمة من قبل غير المتخصصين في التدخلات، وحتى عدم استخدام مصطلحات مثل الاكتئاب على الإطلاق، هو السمة المميزة لتدخلات رعاية الصحة العقلية التي تنسم بالفاعلية وقابلية الوصول إليها (باتيل، تشوداري، رحمن وفيرديلي، 2011). ويتمتع دمج التدخلات التي تستهدف النتائج التي تهم الأشخاص المصابين وأسرههم - على سبيل المثال، العمل الاجتماعي المستقل المتعلق بالأشخاص المصابين بانفصام الشخصية (شيزوفرينيا) - بوضع مساوٍ أو حتى أكثر أهمية من العلاجات التي تركز على الأعراض النفسية (بالاجي وآخرون، 2012). وتُعد تعبئة الموارد الشخصية والمجتمعية، على سبيل المثال برامج الرعاية الاجتماعية الحالية، أمراً مهماً للغاية لمعالجة محددات ونتائج الاضطرابات العقلية. ومن ثم، يجب أن تتجاوز تدخلات الصحة العقلية حدود التركيبات والعلاجات الطبية الحيوية المعرفة على نطاق ضيق.

ثانياً، تدبر الافتراض الخاص بمن هو مقدم رعاية الصحة العقلية. لقد طعن بقوة في الافتراض المتمثل في أن مقدمي رعاية الصحة العقلية مماثلين للمتخصصين في مجال الصحة العقلية من قبل الابتكارات التي تشمل تقاسم المهام وتدخلات الصحة العقلية على مستوى الخط الأول التي تنطوي على المجتمع والعاملين في مجال الصحة من غير المتخصصين. ويُعتبر وجود مجموعة كبيرة من الأدلة، التي ربما تُعد الأكبر لأي من الأمراض غير المعدية، بمثابة برهاناً على فعالية هذا النهج (فان جينيكين وآخرون، 2013). وعن طريق قدرتنا على الاستفادة من هذه الموارد البشرية المتاحة على نطاق واسع وبأسعار معقولة لتقديم الرعاية على مستوى الخط الأمامي، نحقق نقلة نوعية من التركيز

انصب تركيز الابتكارات في مجال الصحة العقلية العالمية على معالجة العوائق القائمة في جانب العرض لتقليل الفجوة على صعيد العلاج، وبذلك، فقد أعادت تعريف ثلاثة افتراضات أساسية بشأن رعاية الصحة العقلية، وهي تحديداً مم تتألف عملية التدخل في رعاية الصحة العقلية ومن هو مقدم رعاية الصحة العقلية وما هي بيئة رعاية الصحة العقلية. ومع ذلك، فإن مثل هذه الابتكارات وحدها لن تقلل من الفجوة الموجودة على صعيد العلاج وذلك بسبب الفجوة بين فهم المتخصصين في مجال الصحة العقلية للاضطراب العقلي، الذي يتضح على أفضل نحو من خلال أنظمة التشخيص والمعطيات الوبائية الناجمة عنها، وتصور بقية العالم للمعاناة النفسية. وهناك حاجة إلى سد هذه الفجوة في المصادقية من خلال ثلاث وسائل أساسية: أولاً، تمييز الاضطرابات العقلية التي يمكن أن تستفيد من التدخلات الطبية الحيوية عن حالات الضيق الأقل شدة؛ وتقديم تدخلات لحالات الضيق أساساً من خلال التدخلات النفسية والاجتماعية الأقل حدة والتي يتم تقديمها خارج نظام الرعاية الصحية الرسمي؛ وتحديد أوصاف الفئات التشخيصية استناداً إلى أنماط من الظواهر الملحوظة في الفئات السكانية العامة، بدلاً من تلك التي يتم رصدها في البيانات المتخصصة.

الكلمات المفتاحية: التشخيص، نماذج تفسيرية، الصحة العقلية العالمية، الفجوة في العلاج

مقدمة

تأثرت الصحة العقلية العالمية تأثراً كبيراً بمفهوم الفجوة في العلاج، أي نسبة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب عقلي في قطاع من السكان والذين لا يكونون على اتصال بمقدمي خدمات الرعاية ولا يستفيدون من العلاجات المستندة إلى الأدلة (باتيل، 2010). وفي محاولة للحد من هذه الفجوة، ظهر عدد متزايد من نماذج رعاية مبتكرة عبر مجموعة من البيئات قليلة الموارد والتي تطعن في ثلاثة افتراضات أساسية بشأن رعاية الصحة العقلية: ما العناصر التي يجب أن تتكون منها رعاية الصحة العقلية؛ ومن هو مقدم رعاية الصحة العقلية؛ وأين ينبغي توفير رعاية الصحة العقلية. وقبل أن أنتقل إلى موضوع الفجوة في المصادقية، سوف أتناول بإيجاز كيف أن الابتكارات التي تهدف إلى معالجة الفجوة في العلاج تعيد تعريف كل من هذه الافتراضات.

من خضعوا للتشخيص في الدراسات الاستقصائية لم يحصلوا على خدمات رعاية صحية عقلية متخصصة (وانغ وآخرون، 2007). وفي حين أن إعادة تشكيل محتوى التدخلات وتقسيم المهام مع الموارد البشرية غير المتخصصة وتقديم الرعاية في الأماكن غير المتخصصة في تقديم الرعاية الصحية قد يعالج هذه الفجوة إلى حد ما، إلا أنه ليس من المرجح أن يكون كافياً. إنني أرى أن المشكلة الرئيسية تكمن في الفجوة بين فهم المتخصصين في مجال الصحة العقلية للاضطراب العقلي، الذي ينصح على أفضل نحو من خلال أنظمة التشخيص والمعطيات الوبائية الناجمة عنها، وتصور بقية العالم للمعاناة النفسية. خلاصة القول، هذه هي الفجوة، التي أشير إليها باسم فجوة 'المصادقية'، والتي نحتاج أن نسدّها، ولفعل ذلك، قد نحتاج إلى مراجعة مفاهيمنا عن الاضطراب العقلي بشكل كبير وأن نكون على استعداد للتخلي عن بعض المعتقدات التي نؤمن بها.

ومع ذلك، إنني أحتاج، أولاً، إلى توضيح أن اقتراحي لا ينكر وجود الاضطرابات العقلية أو الأسس البيولوجية لها. ومما لا شك فيه (في تصوري على الأقل) أن الظواهر التي نحن نصفها باعتبارها من سمات الاضطرابات العقلية والتي نصنفها استناداً إلى الأنماط الملحوظة في المجموعات السكانية لها أساس بيولوجي في المخ. وإلا كيف يمكننا تفسير التجارب الإنسانية العالمية المتعلقة بالتعب أو انعدام التلذذ (الفقدان الشديد للاهتمام الذي تتسم به تجربة الاكتئاب) أو الهلوسة أو اشتهاؤ المواد الضارة؟ ومع ذلك، بطبيعة الحال، ترتبط هذه التجارب أيضاً ارتباطاً وثيقاً بالمحددات الاجتماعية والثقافية القوية، وربما ترتبط على نحو فريد بالاضطرابات العقلية، وكذلك معرفة الشخص بنفسه. وفي هذا الصدد، تختلف الاضطرابات العقلية تماماً عن الظروف الصحية البدنية: ببساطة ليس هناك ثمة تشابه بين دُمْل مؤلم وشعور بالاكتئاب أو بين ارتفاع درجة الحرارة وتهبّوات سماع أصوات. وفي إطار رغبة بعض قطاعات مجتمع متخصصي الصحة العقلية (يمكن القول، القطاعات الأكثر هيمنة) في الانتماء إلى هيئة طبية قوية، كان هناك ميل متمعد في التوازن بين السرد الشخصي والمفهوم الطبي الحيوي تجاه الأخير، مع اعتماد لغة اصطلاحية غامضة بشكل متزايد خاصة بالفئات التشخيصية للتواصل مع بعضهم البعض، وربما للتأثير في زملائنا في الفروع الأخرى للطب. بيد أنه، عند القيام بذلك، نبدو أننا فقدنا القدرة على التواصل فعلياً مع الآخرين في مجتمعاتنا الخاصة.

تمثل حالات الجدل المثارة مؤخراً حول الدليل التشخيصي والإحصائي-5 (the Diagnostic and Statistical Manual-V) (فرنسيس، 2013)، إلى حد كبير، انعكاساً لهذه الفجوة في المصادقية. وينصب تركيز الانتقادات على المخاوف من أن بعض الفئات التشخيصية تعكس الطابع الطبي للظاهرة المعيارية وأنها مخطأة في تفضيل الجانب البيولوجي على

على نقص الموارد البشرية المتخصصة إلى التعبئة الفعالة للموارد البشرية المتاحة. وبالطبع، فإن هذه الموارد البشرية تحتاج إلى تدريب يتم تطويره على نحو دقيق، والأهم من ذلك، استمرار الإشراف على تقديم الرعاية بجودة مستدامة. والاعتماد على المتخصصين في التدريب وإجراء عملية الإشراف يمثل عبءاً محتملاً أخرى في طريق تحسين الوصول إلى نماذج الرعاية القائمة على تقاسم المهام. ومع ذلك، فقد أظهر تقييم تجريبي مؤخرًا أنه، إذا تم تحقيق الكفاءة، فيمكن للمستشارين غير المتخصصين تقييم جودة الجلسات الاستشارية بمستوى من الدقة يماثل مستوى المتخصصين (سينغلا وآخرون، المقدم). ويعني هذا النموذج الخاص بتقاسم مهام الإشراف أن دور المتخصصين يصبح أكثر تركيزاً على تصميم البرامج وضمان الجودة وتوفير الإحالة بالنسبة للحالات المعقدة أو غير المستجيبة للعلاج، الأمر الذي يتيح تغطية سكانية أكبر بكثير لكل متخصص.

ثالثاً، تدبر الافتراض الخاص بأين يمكن تقديم رعاية الصحة العقلية. إن أحد الجوانب الفريدة للابتكارات في مجال الصحة العقلية العالمية هو أنه لا يتم عملياً تقديم الخدمة في البيئات المتخصصة. إن مراكز الرعاية الصحية الأولية تُعتبر، بطبيعة الحال، منصة متوقعة لتقديم الخدمة، ولكن، ربما على نحو أكثر إبداعاً، يتم الآن تقديم رعاية الصحة العقلية في مجموعة من الأماكن الأخرى 'غير المتخصصة' في تقديم الرعاية الصحية، لا سيما في منازل المرضى وفي المدارس بالنسبة للأطفال. وبذلك، في معظم الأحيان، تتم معالجة العواقب ذات الصلة بالحرَج الاجتماعي والتكلفة التي تحول دون الحصول على العلاج والالتزام به، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع معدلات إتمام العلاج، وبالتالي تحقيق نتائج أفضل.

الطلب والفجوة في المصادقية

في حين أن الكثير من الابتكارات في مجال الصحة العقلية العالمية المشار إليها أعلاه قد ركزت على معالجة العوائق القائمة في 'جانب العرض' لتقليل الفجوة على صعيد العلاج، على سبيل المثال، النقص في الموارد البشرية المتخصصة، يمكن أن تُعزى هذه الفجوة أيضاً إلى العوائق القائمة في جانب الطلب المتعلقة بالأراء المتباينة بشكل كبير في المجتمع بشأن الاضطرابات العقلية. في الواقع، فإن الفرضية الأساسية التي تطرحها هذه المقالة هي أن الإستراتيجيات المتعلقة بجانب العرض وحدها لن تقلل من الفجوة في العلاج بشكل مرض. حتى في أعني بلدان العالم التي تتمتع بنظام رعاية صحية عالمي حيث يتم فيه تقديم رعاية صحية عقلية مجانية ومتعددة التخصصات وموجهة للمجتمع وتتم بالشمول والاتساق (مثل بلدان أوروبا الغربية)، نجد أن قطاعاً كبيراً من الأشخاص (بل الأغلبية في بعض البلدان) المصابين باضطراب عقلي، لا سيما اضطرابات المزاج والقلق وتعاطي المخدرات،

وتوسيع مفهوم التدخل الخاص بالصحة العقلية لدمج عملية تعبئة الموارد الشخصية والمجتمعية والإستراتيجيات التي لها صلة بالسياق وتقديم التدخلات حيثما يفضل الشخص سواء في منزله أو في أماكن مجتمعية أخرى. ومع ذلك، هناك حاجة لأن يكون المبتكرون المعنيون بالصحة العقلية العالمية على حذر من الوقوع في نفس الفخ الذي وقع فيه القائمون على نظم الرعاية الصحية العقلية في البلدان الغنية، أي انتهاج الرعاية التي تتسم بالمهنية الشديدة وعدم المرونة، والتي تكون موجهة من قبل فئات تشخيصية قائمة على الطب الحيوي ونماذج علاج معرفة على نطاق ضيق، ونظم تقديم خدمات تقوم على النماذج التنزلية التي تستبعد المجتمعات من أن يكون لها دور حيوي. إنني أقترح مجموعة من الإستراتيجيات التي، أمل أن تقلل من الفجوة الواسعة، والتي ربما تزداد اتساعاً، في المصادقية بين المتخصصين في مجال الصحة العقلية ومجتمعاتهم.

الإستراتيجيات

بادئ ذي بدء، نحن بحاجة إلى التخلي عن استخدامنا لتقديرات مدى الانتشار الناتجة عن الدراسات الاستقصائية الوبائية باعتبارها مصدرًا للأدلة لتحديد العامل المشترك في الجزء الذي يشير إلى وجود فجوة على صعيد العلاج. ومن المحتمل أن يمثل ذلك اقتراحًا مثيرًا للجدل؛ ومع ذلك، لكي تكون متأكدًا، هناك القليل فقط من سكان العالم الذين يصدقون بالفعل أي من التقديرات الكبيرة المذهلة الصادرة عن هذه الدراسات الاستقصائية. وتفنقر هذه التقديرات ببساطة إلى المصادقية الظاهرية لأنها تخط بين الضيق الانفعالي والاضطرابات العقلية التي تحتاج إلى تدخلات طبية حيوية محددة. وبالطبع فإن عمليات التشخيص تُعتبر ذات أهمية. ومع ذلك، قد يتمثل السبيل إلى سد الفجوة في المصادقية في هذا السياق في وضع حدود لحالات تشخيص الاضطرابات المحددة ليس فقط على أساس تصنيف مجموعات الأعراض وتأثيرها، وإنما أيضًا على احتمالية الاستفادة من التدخلات الطبية الحيوية المتاحة، خصوصًا في تقليل جوانب الضعف في المهام الرئيسية التي تُمارس في الحياة اليومية. وإذا تم ذلك، ربما ما يصل إلى نصف أولئك الذين يتلقون تشخيصات بتعاطي المخدرات أو اضطرابات المزاج والقلق، الذين يمثلون 75% من العبء العالمي للاضطرابات النفسية، لم تعد تنطبق عليهم صفة "شخص مضطرب". ولعل تسمية "ضائقة" التي تنطوي على أهمية طبية حيوية أقل، بدون المزيد من التصنيف إلى فئات فرعية، قد تقدم وسيلة لوصف هؤلاء الأشخاص الذين، على الرغم من عدم استيفائهم معايير الحدود الخاصة بتشخيص اضطراب معين، ما زالوا لا يؤدون عملهم على النحو الأمثل تمامًا. وتدعم هذا الاقتراح أدلة تجريبية قوية التي تمثل، على المستوى الأكثر اعتدالاً لأبعاد أعراض الصحة النفسية الشائعة، صعوبة للغاية (ويمكن القول

الاجتماعي. ولعل هذا هو التشخيص الأكثر صحة بين تشخيصات اضطرابات المزاج والقلق واضطرابات تعاطي المخدرات والاضطرابات العاطفية والسلوكية في مرحلة الطفولة، التي تمثل جميعها تصنيفات اصطناعية مفروضة على الأبعاد التي تحدث بشكل طبيعي للاستجابات النفسية تجاه تجارب الحياة الإنسانية المشتركة. بالطبع، فإن فرض تصنيفات اصطناعية يعد أيضًا صحيحًا في الكثير من حالات الصحة البدنية مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري، ولكن، كما أشرت سابقًا، هناك فرق ملحوظ في رؤية المجتمعات لحالات الصحة البدنية تلك، لا سيما أنها ينظر إليها 'كأمراض' مميزة ومنفصلة عن الهوية الشخصية للفرد. من ناحية أخرى، فإن الغالبية العظمى من الأشخاص ممن تم تشخيص حالتهم على أنهم يعانون من الاكتئاب أو تعاطي المشروبات الضارة، استنادًا إلى مقابلة خاصة بالطب النفسي أو التشخيص السريري، لا يفهمون مشكلتهم على أنها حالة صحية مميزة تنطوي على سبب طبي حيوي؛ حيث إنهم بدلاً من ذلك، يستخدمون تسميات ذات مغزى ثقافيًا وتفسيرات سببية لحالة الضيق التي يعانون منها على أنها مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بحياتهم الشخصية. وبطبيعة الحال، في هذا الصدد، فإن آرائهم تكون متسقة تمامًا مع المؤلفات الخاصة بالأمراض الوبائية السابقة التي تتناول المحددات الخاصة بهذه الاضطرابات العقلية.

لا يوجد فيما قدمته شيء جديد؛ فقد ذكر العديد من المؤلفين أن هناك حاجة إلى مراجعة المفاهيم الخاصة بنا حول الاضطرابات العقلية لاستيعاب الآراء السائدة في المجتمع ببساطة، هذه الفجوة في المصادقية بين جماعات المتخصصين في مجال الصحة العقلية وبقية العالم تمثل واحدة من الأسباب الرئيسية للفجوة الحاصلة على صعيد العلاج في جميع المناطق حول العالم. وتتضح الفجوة في المصادقية من خلال ثلاث ملاحظات نقدية: إضفاء الطابع الطبي على الجوانب الانفعالية وفرض تصنيفات اصطناعية على أبعاد التجارب النفسية المعيارية؛ واستخدام مصطلحات لغة اصطلاحية أكثر تعقيدًا من أي وقت مضى، مثل التسمية التشخيصية الجديدة لاضطراب تقلبات المزاج التخريبية (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) عند الأطفال؛ والتركيز المتزايد على رعاية الصحة العقلية الموجهة على أساس الطب الحيوي باعتبارها الحل الأساسي لهذه المشكلات.

وفي كثير من النواحي، تهدف المناهج التي يتبناها المبتكرون المعنيون بالصحة العقلية العالمية والتي تم وصفها سابقًا للتعامل تحديدًا مع بعض هذه التحديات. ويتجنب كثيرون استخدام فئات تشخيصية ولغة اصطلاحية معقدة (على سبيل المثال، لا تستخدم معظم التجارب الناجحة الخاصة بالعلاج النفسي للاكتئاب في البلدان النامية مصطلح "الاكتئاب" في المكون التقييمي الخاص بالمرضى)، في حين أنهم يستخدمون العاملين غير المتخصصين في مجال الصحة لتقديم التدخلات

أنها اصطناعية تمامًا) في تمييز الفئات الفرعية للاضطرابات.

ثانيًا، نحتاج إلى أن نقر أنه، بينما يمكن مساعدة الأشخاص الذين يكونون في ضيق (لكنهم ليسوا مضطربين) للتغلب على الضيق بشكل أفضل، يمكن تقديم المساعدة التي يحتاجون إليها بطرق مختلفة تمامًا خارج نظام الرعاية الصحية الرسمي، على سبيل المثال من خلال التدخلات الاجتماعية منخفضة التكلفة مثل مد يد العون (المصادقة) وتقديم المساعدة العملية من أجل التغلب على الصعوبات الاقتصادية وتعبئة وتعزيز مصادر المساعدة غير الطبية الحيوية الحالية المقبولة في هذا السياق (مثل التدخلات الروحية في بعض المناطق) ودعم المساعدة الذاتية المقدمة من خلال الكتب أو الإنترنت (فيربيرن وباتيل، 2014). وهذه لا تمثل تكلفة أرخص فحسب، بل أيضًا تتوافق مع فهم الشخص لمشكلته والسياق ونتيجة حالات الضيق هذه والدليل العلاجي.

ثالثًا، كما أشرت في سياقات أخرى (جاكوب وباتيل، 2014)، يجب أن تستند أوصاف الفئات التشخيصية إلى أنماط الظواهر الملحوظة بين عموم السكان، بدلاً من تلك التي يتم ملاحظتها في أماكن متخصصة. وإذا كان لنا أن نتبع هذه النظرية، فعندئذ من المحتمل ألا يكون هناك تبرير للفصل بين تشخيصات اضطرابات المزاج والقلق والاضطرابات جسدية الشكل (على الأقل في الأماكن غير المتخصصة)، حيث إن، بالنسبة للغالبية العظمى من الناس، الظواهر المرتبطة بهذه التشخيصات تحدث معًا، وليس من المستغرب، أن تشترك هذه الاضطرابات في سببيات مماثلة وتستفيد من التدخلات المتشابهة. ويظل مفهوم الاضطرابات النفسية الشائع، الذي دافع عنه ممارسو رعاية الصحة العقلية الأولية لأكثر من عقدين، الصيغة الأكثر صحة لوصف التجارب المتباينة في السكان.

الاستنتاج

في الختام، تمثل الاضطرابات النفسية نماذج حقيقية للمعاناة الإنسانية، تتم ملاحظتها عالميًا في جميع القطاعات السكانية، مع وجود تشابهات ملحوظة في علم وصف الظواهر عبر الثقافات. ومع ذلك، هذا لا يعني أن البنى والنماذج العلاجية التنافسية المتعلقة بالطب النفسي والطب الحيوي مفيدة وقابلة للتطبيق عالميًا. فهناك فجوة واسعة، والتي أشرت إليها باسم الفجوة في المصادقية في هذه المقالة، بين هذه النماذج من جهة والمعتقدات لدى شرائح واسعة من المجتمعات في جميع البلدان من جهة أخرى. وتأتي هذه الفجوة إلى حد كبير نتيجة للاختلافات الجوهرية بين الأمراض الجسدية والنفسية، من حيث الطريقة التي يتم من خلالها تصورهما وتأثرهما بالمحددات الاجتماعية ومعالجتها عن طريق التدخلات. وهذه الملاحظة ليست بأي حال أصلية أو مستحدثة: فقد عرضت جماعات المهنيين والمؤيدين العاملين في الأماكن التي تقدم خدمات إنسانية وجهة

نظر مماثلة حول تصور عواقب الصحة العقلية الناجمة عن الصراعات وغيرها من حالات الطوارئ. وتشكل هذه الاختلافات الجوهرية التي تفصل ممارسة الرعاية الصحية العقلية عن الرعاية الصحية الجسدية، في واقع الأمر، جوهر تفردتها وجاذبيتها. وهناك حاجة إلى دعم هذه الاختلافات والتأكيد عليها، بدلًا من التغاضي عنها في ضوء الرغبة إلى أن نصبح محل احترام وجزءًا من جوهر الطب، إذا أردنا أن نسد الفجوة في المصادقية بين المتخصصين في مجال الصحة العقلية والمجتمعات التي نخدمها. فعند القيام بذلك، سنكون فقط قد قمنا بإعادة تأكيد مكاننا الصحيح في المساحة الفريدة بين الطب والمجتمع التي شغلناها ممارسة الصحة العقلية في السابق.

شكر وتقدير

حصل المؤلف على دعم من خلال زمالة من الدرجة الأولى من مؤسسة "Wellcome Trust" في العلوم السريرية ومنح من قبل وكالة المملكة المتحدة للمعونة (UKAid) ومؤسسة Grand Challenges Canada والمعهد القومي للصحة العقلية (NIMH).

المراجع

Balaji, M., Chatterjee, S., Brennan, B., Rangaswamy, T., Thornicroft, G., Patel V. (2012). Outcomes that matter: a qualitative study with persons with schizophrenia and their primary caregivers in India. *Asian J Psychiatr.*, 5(3),258-65

Dua, T., Barbu, i C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., Van Ommeren, M., et al.(2011). Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations. *PLoS Med.*, 8(11),e1001122

Fairburn, C.G. & Patel, V. (2014). The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. *Am J Psychiatry*, 1;171(5),495-8

Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12(2),111-2

Jacob, K.S. Patel, V.(2014) Classification of mental disorders: a global mental health perspective. Lancet, .383,1433-5

[Translation] Rethinking mental health care: bridging the credibility gap
Intervention 2014, Volume 12, Supplement 1, Page 15 - 20

Patel, V. & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. JAMA, .303(19),1976-7

Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. Behav Res Ther,49(9),523-8

Singla, D.R., Weobong, B., Nadkarni, A., Chowdhary, N., Shinde, S., Anand, A., Patel, V. Improving the scalability of psychological treatments in developing countries: a study of peer-led supervision and therapy quality in India. Behavioral Research and Therapy. In Press

Van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G.N., Meera, S., Pian, J, et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev.,11,CD009149

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet, .370(9590), 841-50

فيكرام باتيل هو أستاذ الصحة العقلية الدولية وزميل باحث أول في العلوم السريرية بمؤسسة Wellcome Trust، وكلية لندن للصحة والطب المداري، لندن، المملكة المتحدة، ومؤسسة الصحة العامة في الهند وسانغاث، الهند.

البريد الإلكتروني: vikram.patel@lshtm.ac.uk