

Prof dr Marko Munjiza,  
Institut za mentalno zdravlje  
Palmotićeve 37, Beograd  
Tel: 33 07 571, E-mail: [marko.munj@sbj.co.yu](mailto:marko.munj@sbj.co.yu)

**Predavanje socijalnim radnicima na akademskoj specijalizaciji iz Psihosocijalne rehabilitacije na Fakultetu političkih nauka, šk.2008/09 godine**

## **POVRŠINSKA, SUPORTATIVNA (PSIHO)TERAPIJA, GRUPNA (PSIHO)TERAPIJA I SOCIOTERAPIJA**

### **I ( P S I H O ) T E R A P I J A**

Čini mi se da je neophodno definisati psihoterapiju i psihoterapeuta koji radne na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja i lečenja, rehabilitacije i nege obolelih. Ovo se na pri pogled čini neobičnim jer većina ima svoju definiciju, a u skoro svim udžbenicima iz psihijatrije za sve profile stručnjaka prenaplašeno ističu njen značaj i svi sebe vide kao psihoterapeute, a da niko nema u vidu da je zdravstveni radnik i saradnik i da mora pomoći pacijentu mnogo više nego što uključuje samo pojam psihoterapije. Verujem da mnoge kolege nemaju potrebe da definišu šta je hirurgija, interna medicina, infektivne bolesti i dr., šta je to kardiologija, gastroenterologija, pulmologija i sl. Zbog dva ekstremna stava neophodno je definisati pojam psihoterapije i psihoterapeuta. S jedne strane u medicinskim a i drugim krugovima smatra se da je psihoterapija svako tapšanje pacijenta po ramenu, svaka lepa reč sa razumevanjem i razuvervanjem upućena pacijentu i sl. S druge strane, ima psihoterapeuta koji smatraju da je samo ono psihoterapija koji oni rade prava, a da su sve druge ništa. Naravno, da su oba ekstremna stava nerealna i štetna.

Čini mi se da je najprihvatljivija definicija psihoterapije na srpskom i hrvarskom govornom području koju je dao Klajn (Klajn E,2007) i ona glasi: «Psihoterapija je psihička metoda lečenja u kojoj se putem odnosa terapeuta i pacijenta razvija specifična relacija koja pomaže otkrivanju i menjanju određenih karakteristika pacijenta, kao i povlačenju odnosno olakšanju simptoma. Centralni lekoviti efekat u psihoterapiji je transfer, odnosno prenos emocija s pacijenta na terapeuta i analiza tog odnosa. I drugi faktori utiču na psihoterapiju, kao što su sugestija, dovodjenje u svest nekih nesvesnih sadržaja i td. Psihoterapeut je onaj lekar, prvenstveno psihijatar, a i drugi stručnjaci koji je adekvatno edukovan u psihoterapiji i koji poseduje značajne osobine koje mu omogućavaju da razvije odnos sa pacijentima da

ga održi. Dakle, psihoterapija je veoma ozbiljan, sistematski, planiran rad kojim se psihičkim metodama dolazi do poboljšanja pacijentovog stanja ili njegova ozdravljenja. Osnovni terapijski faktor u psihoterapiji sam terapeut, što znači da je uspeh terapije njegov uspeh, neuspeh terapije takodje njegov neuspeh».

## **A) INDIVIDUALNA (PSIHO)TERAPIJA**

Psihoterapijski proces vrlo je složen interpersonalni odnos između pacijenta i lekara ili sestre sa brojnim emocionalnim doživljavanjima. Svaki pacijent koji ide kod lekara nosi sa sobom svoje emocije, koje jako utiču ne samo na proces u neurozi nego i na procese koji se događaju u svim bolesnim stanjima. Zbog toga je važno svakog bolesnika doživeti kao ličnost koja ima somatske, emocionalne i socijalne, društvene probleme, bez obzira koje tegobe pacijent iznosi u susretu sa lekarom. Ovakav pristup pacijentu nazivamo psihoterapijom.

U kliničkoj praksi primenjuju se različite metode psihoterapije koje se iz dana u dan sve više usavršavaju. Danas se sve više odbacuje stara podela psihoterapijskih metoda na površinske i dubinske i sve više se predlaže nova podela i to: suportive ili suportative, reedukativne i rekonstruktivne metode odnosno tehnike. U radu lekaru opšte prakse, porodičnog lekara, sestara sa viskom spremom i drugih članova tima preporučuju se neanalitičke, površinske metode psihoterapije. U ovom tekstu uglavnom će biti reči o njima. Samo u meri koliko je to neophodno navest će se neke važnije činjenice koje se odnose na analitičke metode individualne ili grupe psihoterapije

U tretmanu psihoza primenjuju se različite psihoterapijske metode bilo da je reč o individualnoj ili grupnoj psihoterapiji. Poslednje dve decenije u svetu i delimično kod nas najviše se predlaže primena kognitivno-bihevioralne psihoterapije, zatim kratke analitičke psihoterapije, sistemske porodične i u koliko je indikovano dugotrajna psihoanalitički orjentisana psihoterapija. Koja metoda će se primeniti zavisi od edukacije lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, vrste psihičkog poremećaja i manifestne simptomatologije. Najprikladnije je kombinovati individualni psihoterapijski tretman sa grupnom i porodičnom terapijom. Za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i druge članove interdisciplinarnog tima najprikladnija je površinska, suportativna psihoterapija.

### **1) Suportativna psihoterapija**

Lekari i drugi stručnjaci u vanbolničkoj psihijatriji i primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno porodičnoj medicini, koji adekvatno vladaju metodama i tehnikama suportativne psihoterapije postižu veću efikasnost u svom stručnom radu i do 30% bolju u odnosu na kolege koji koriste samo najelementarniji razgovor i ordiniranje medikamentozne terapije. Ovde se ne zalažemo za

psihoterapijski pristup svakom pacijentu samo zbog toga da bi pomogli lekaru i drugim članovima tima da bolje razumeju psihodinamska događanja u bolesniku i da ih samim tim lakše prihvati, već prvenstveno zbog praktičnih razloga. Psihoterapijski pristup, jača poverenje pacijenta u lekara, pomaže lekaru da lakše postavi dijagnozu, da uspešnije primeni terapiju i rehabilitaciju. Ako je uspostavljen povoljan emocionalni kontakt između pacijenta i lekara i medicinske sestre-tehničara, podaci koje daje pacijent u svojoj anamnezi su tačniji i iskreniji. Bolesnik ima manju potrebu da neke za sebe vrlo intimne podatke prećuti. Ovakav će se pacijent s više tačnosti i volje pridržavati određene terapije. I rehabilitacija bolesnika bit će brža i uspešnija.

Metode suportativne psihoterapije su sledeće: ispovedanje i ventilacija, edukacija ili savetovanje, vođenje, eksternalizacija problema, sugestija, pritisak i obuzdavanje, persuazija, terapija sredinom odnosno milje terapija, posthipnotička sugestija i suportativni terapeutski dodaci (fizikalni pregled kao psihoterapija, somatoterapija, hidroterapija, autogeni trening po Šulceou). Ove psihoterapijske metode i tehnike nisu u načelu analitičke, premda se brojni analitički principi mogu uspešno primenjivati u raznim vrstama suportativne psihoterapije. Sve navedne metode suportativne psihoterapije iz praktičnih razloga mogu da se grupišu u dve podgrupe i to: **1.** Sugestive psihoterapije (larvirana sugestija, hipnoza i autogeni trening) i **2.** Suportativno-verbalna psihoterapija (u koje spadaju ostale napred navedene brojne tehnike). Glavi ciljevi suportativne psihoterapije su: podsticanje najbolje moguće psihološke i socijalne adaptacije pacijenta, potkrepljenjem i obnavljanjem njegovih sposobnosti da se bori sa problemima i izazovima života; podsticanje njegovog samopoštovanja, naglašavanjem njegovih vrlina i dostignuća; učiniti ga svesnim realnosti, njegove životne strukture i ograničenjima lečenja (šta se može, a šta se ne može ostvariti); podržavanje poboljšanja kliničkog stanja, kao prevenciju opšteg psihosocijalnog propadanja; pružiti mu samo onoliko podrške, koliko će doprineti najboljoj adaptaciji sopstvenim mogućnostima i socijalnoj sredini, u cilju sprečavanja nepotrebne zavisnosti i preneti izvor podrške, koliko je god moguće, na rodjake i prijatelje a najviše odgovornosti za staranje o samom sebi, preneti na samog pacijenta (Bloch-citat prema: Kovačević K i Dobrašinović D, 1999). Suportativna psihoterapija kroz proces edukacije mora uzeti u obzir, s jedne strane svo znanje, iskustvo i teorijske principe, a s druge strane sve socijalne, interpersonalne i komunikacione veštine, kojima se razlikuje stečeno znanje u neposrednoj praksi. Psihodinamski elementi i osnovni principi psihoanalize služe da se bolje pretpostave i prepoznaju nesvesni i simbolički elementi pacijentovog odnosa prema sestri, koje ona mora uzeti u obzir da bi se realizovala suportativna psihoterapija. Iako se suportativni terapijski odnos iskazuje se kroz ponašanje i ličnost treapeuta u celini. Ipak se mogu izdvojiti izvesni segmenti koji objašnjavaju interpersonalne odnose (specifične oblike ponašanja terapeuta), a time i mogućnosti za edukaciju analizom terapijskih postupaka. To su: **1.** Uvervanje, potvđivanje, tj. otklanjanje nesigurnosti i zabluda i ukazivanje na pozitivne osobine, **2.** Objašnjenje koje je pretežno usmereno na poboljšanje uslova za

borbu, rasvetljavanje prirode teškoća sa kojima se pacijent sreće i načina kako da ih reši, **3.** Usmerenje, direktivnost koja je prisutna u suportativnoj terapiji, što se najlakše uočava kod davanja saveta, **4.** Sugestija predstavlja pojačani obrazac ubedjivanja sa nametanjem pozitivnih usmerenja, koji obuhvata i naglašenu toplinu izraza lica, povišenu intonaciju glasa, sve do prostorne i telesne bliskosti u vidu tapšanja po ramenu ili stiska ruke i **5.** Hrabrenje, prethodno uveravanje, objašnjavanje, usmeravanje i ubedjivanje koje se bez jasne granice preobražava u hrabrenje. Ponašanje terapeuta treba da bude takvo, kao da će pacijent za duži vremenski period zapamtiti poruke, i biti pod uticajem poruka i podrške i kada terapeut nije prisutan. Ovakvo shvaćena suportativna terapija predstavlja: zaštitu i podršku pacijenta koji ispoljavaju nedovoljnu sposobnost samostalnog življenja i funkcionisanja, bili da su samci ili u porodici, prevenciju recidiva bolesti, sprečavanje postepenog psihosocijalnog propadanja ovih pacijenata.

Zbog samog značaja površinskih metoda psihoterapije u ovom poglavlju prikazat ćemo neke metode koje mogu biti veoma korisne u radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključujući i tretman svih psiholoških poremećaja i oboljenja. Ova vrsta terapije u literaturi ima više sinonima kao simptomatska, suportativna, racionalna i obuhvata prema klasičnom učenju: persuaziju, larviranu sugestiju, savetovanje, autogeni trening i ventilaciju, zatim terapija odnosom i terapija uvidom. Tehnički elementi terapijskog rada u ovim racionalnim pristupima su interpretacije, objašnjenja, sugestija, uveravanja i edukacija..

### **1.1. Autogeni trening**

U pitanju je sistem vežbi koje pacijent sprovodi sam na sebi radi telesne i psihičke relaksacije. Ovu je metodu u evropsku psihoterapijsku praksu (koja je inspirisana istočnjačkom jogom) uveo J.H. Schultz da bi pacijent naučio vladati sobom. Tokom autogenog treninga pacijent telesnim vežbama postiže određene pojave vezane za vegetativni nervni sistem (VNS) i tako utiče na svoje psihičke smetnje.

U tehnici izvodjenja autogenog treninga ima nekih sličnosti sa hipnozom. Pacijent leži ispružen na ležaju ili zavaljen u udobnoj fotelji i savetuje mu se da se opusti. Atmosfera u smislu tišine, izolacije od zvučnih vibracija i dr. je slična onoj koja se koristi kod hipnoze. Ovde terapeut sestra ili tehničar uči pacijenta kako će da sam primenjuje formule relaksacije, odnosno kako će sebi sugerisati određena osećanja. Indikaciono područje za autogeni trening je veoma široko. Osim neuroza, kod kojih se posebno preporučuje za histtrionične, konverzivne i anksiozne slike, autogeni trening je veoma uspešan kod različitih psihosomatskih reakcija i pacijenata sa srčanim aritmijama, hipertenzije, ulceroznog kolitisa, ulkusne bolesti i sl. Ova indikovanost kod psihosomatskih pacijenata razumljiva je ako se podsetimo da je autogeni trening kombinacija psihičke i somatske terapije, tj. ima istovremeno delovanje na psihu i vegetativni nervni sistem.

## 1.2. Suportativna terapija u užem smislu

Suportativna terapija ili terapija podrškom u osnovi zahteva od terapeuta ulogu figure koja nema zahteva od pacijenta već mu pomaže i to onda kada je pacijentu potrebno. U ovoj ulozi terapeut mora biti dovoljno kritičan i ne sme očekivati ispunjenje ciljeva koje sam pacijent nije prihvatio. Podrška se lakše prihvata ako je terapeut sličan osobi koja je pacijentu pružala podršku u prošlosti što je prednost lekara i medicinske sestre-tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti jer svog pacijenta poznaju od ranije kada su mu pružali pomoć za druge zdravstvene probleme i teškoće. Emocionalan odnos terapeut-pacijent u terapiji podrškom odvija se na tri načina: 1. Prvi način je da se pacijent nada i očekuje pojavu pozitivnih emocija od terapeuta 2. Stvorena su pozitivna emocionalna osećanja što pojačava spremnost terapeuta da izađe u susret pacijentovim zahtevima i potrebama. 3. Pacijent shvati napore terapeuta ili kontroliše emocije što može sekundarno da izazove sumnju u namere i ciljeve terapeuta i u takvoj situaciji podrška može i da izostane. Da bi se ovo izbeglo u stvari mora da se oseti kongruentnost između onoga što terapeut kaže i što oseća. U toku terapije podrškom terapeut mora da bude jasan i određen. Tvrdnje ne smeju imati karakter hipoteza, u suprotnom pacijent ostaje nezadovoljan. U situaciji suporta, podrške interpretacija nije naročito poželjna jer u stvari ruši emocionalnu podršku. Neki autori ovaj oblik površinske psihoterapije nazivaju suportativno-verbalna psihoterapija, a drugi je izdvajaju kao posebnu metodu u okviru suportativne terapije. U koliko je izdvajamo kao zasebnu psihoterapijsku metodu treba naglasiti da ostvarivanje emocionalnog davanja i primanja cilj je svake psihoterapije. Postizanje te emocionalne bliskosti u međuljudskom odnosu u okviru odnosa pacijent sestra ili pacijent lekar, novo je i dragoceno iskustvo. Ovo je suština svake psihoterapije bez obzira kao je klasifikujemo i nazivamo pojedine njene metode ili tehnike primene. Ovo je posebno važno kada govorimo o suportativnoj psihoterapiji jer ona često ne može pružiti više od ovoga, odnosno nešto specifičnije. U okviru primene ove tehnike često se zadovoljavamo s tim da to pacijent doživi u terapiji, za njega je novo i emocionalno iskustvo. U suportivnoj terapiji cilj je najčešće ograničen. Naravno da i mali cilj može da znači velik i raznovrsan posao psihoterapeuta. Terapijskim radom nastojimo postići određene promene u pacijentovom ponašanju ili mu pomazemo da on shvati i prihvati svoje unutrašnje konflikte i probleme i da se prema njima realnije postavi (Klajn E,2007). I u ovoj vrsti terapije, terapeut može da pokuša interpretaciju psihološke prirode simptoma, ali u koliko ih pacijent ne prihvati ostaje mu da deli pacijentove želje i interese, odnosno da se trudi da ih razume. Ukoliko je kod pacijenta došlo do dileme između prihvatanja obaveza i zadovoljstva, terapeut ovu dilemu može da reši manje kategorično nego što to inače suport zahteva. U ovakvoj situaciji on pruža podršku obema stranama u isto vreme, što obično biva dobro prihvaćeno. Nepovoljne situacije u produženoj suportativnoj terapiji su: prevremeni prekid ukazivanja terapijske pomoći, koja je pacijentu još uvek potrebna da bi se održao i preterano

negovanje zavisnosti, i kada to više nije neophodno. U ove situacije se uglavnom radi o nedovoljno profesionalnom terapeutu što se može otkloniti kvalitetnom edukacijom, timskim radom i iskustvom. Kao indikaciono područje za primenu suportivne terapije Klajn (Klajn E,2007) navodi:» Da je ono veoma široko. Tom se terapijom koristimo pri blagim neurotičnim reakcijama i akutnim emocionalnim krizama osobenosti koje su inače dobro prilagodjene. Sličan je razlog za primenu nekih aktuelni konflikt u porodičnoj ili radnoj sredini. Rekli bi smo da je suportivana psihoterapija dovoljna za ovakve poremećaje. S druge strane, primenjuje se i kod hroničnih i teških neuroza pri kojima ni nakon dugotrajne psihoterapije nismo mogli postići značajnije rezultate, odnosno veće promene (Klajn E,2007, str.57).

### **1.1.2. Ciljana biheviior terapija**

Terapijsku osnovu biheviior terapije čine teorije učenja sa svojim objašnjenima uslovljavanja i razuslovljavanja. Ovo teorijsko tumačenje služi u terapiji kao osnova za određivanje zadatka i postavljanje ciljeva terapeutu, uz stalnu podršku i gratifikaciju od strane terapeuta. Prema brojnim istraživanjima, programima direktivna biheviior terapija daje povoljne rezultate u lečenju stanja straha. Sestre su dobile značajno mesto i kao članovi tima i kao individualni terapeuti pacijentima koji su im dodeljeni na tretman. Iako je metoda prividno jednostava, ipak se zahteva optimalna stručnost sestre, počev od prvog kontakta sa pacijentom u cilju uspostavljanja rane alijanse. Radna alijansa od sestre zahteva uključivanje opštih terapijskih potencijala i postepeno, osmišljeno tumačenje ciljeva programa lečenja. Isto tako, radna alijansa od pacijenta zahteva parcijalno ispoljavanje transfera, tj. spremnost za preuzimanje početne zavisne uloge i spremnost za prihvatanje terapijskih zadataka.

Postepeno prenošenje odgovornosti za uspešnost lečenja, npr. strahova samog pacijenta, u stvari predstavlja osnovu za relativno kratkotrajno i upešno lečenje ovih poremećaja u skladu sa konceptom socijalnopsihijatrijskog lečenja. Radi se o jačanju i obogaćivanju zdravog dela ličnosti, bez upuštanja u dibinsko istraživanje iz prošlosti. Ovim lečenjem dominira usmerenje putem zdravlja, a polazi se od iskustva uspešnosti lečenja kod prethodnog pacijenta. Sestra posreduje izmedju dokaza o uspešnosti ove metode i svakog sledećeg pacijenta. Ovaj samouvereni stav terapeuta obezbedjuje introjektovane podsticaje pacijentu, kojima se isključuje postojeća stepnja, nesigurnost i strah od neuspeha. Sestra uvek procenjuje koliko je njeno učešće neophodno u početnom ispoljavanju zadataka, kada je trenutak da se pacijent podstakne na osmostaljenje, kada i kako povećati samopouzdanje pacijenta, kako odrediti ritam opterećenja. Pri tome, izuzetno je značajno autentično učešće sestre u gratifikaciji pacijenta za svaki uspešno izvršeni zadatak. U dnevnim bolnicama gde se obično leče neurotski pacijenti, dodatnu podršku pruža i osmišljeno vodjenje grupa ovakvih pacijenata. Na grupama se koriste konkretni primeri drugih pacijenata, jer sami pacijenti često više veruju sebi sličnima, nego terapeutu, koga smatraju

zdravim. U cilju smanjenja intenziteta emocionalnosti u odnosima sestra-pacijent, sestra održava stalnu komunikaciju sa članovima tima. Sve ovo doprinosi boljem upoznavanju pacijenta i timskoj superviziji procesa lečenja. Uz pomoć tima, sestra prevazilazi povremeno nastalu nesigurnost u proceni stanja pacijenta tokom lečenja. Time se na najbolji način prevenira greška u proceni pacijenta pri postavljanju zahteva koje on ne može da ispuni. Tada sestra i tim preispituju i procenjuju individualni program lečenja i pružaju dodatnu podršku pacijentu kod neuspeha, bez obezvređivanja pacijenta i njegovih sposobnosti. U ovom programu lečenje ne sme se koristiti kritika, «kažnjavanje» za neuspeh i potcenjivanje pacijentovih napora, jer bi to bio primarni obrazac u nastajanju strahova.

### **1.1.3. Sugestivna (psiho)terapija**

Sugestivna terapija je bez sumnje najstarija i najrasprostranjenija psihoterapijska metoda. Svako propisivanje ili davanje leka, uz kratku edukaciju o njegovom očekivanom dejstvu ili neželjenim reakcijama je i situacija larvirane sugestije. Uspeh metode zavisi od terapeuta i njegove umešnosti u primeni ove terapijske metode i načina primene ovog (psiho)terapijskog metoda. Drugim rečima osim farmakološkog realnog dejstva značajno je ko i kako daje lek. Faktor terapeuta postiže se preduslovom uspostavljanja dobrog emocionalnog odnosa. Sam način davanja leka ima za preduslov dobru edukaciju o leku uz elemente sugestije da će lek sigurno pomoći.

Praktični problem u primeni psihofarmaka je i uklanjanje zabluda kod većine već lečene populacije. Često puta te zablude proističu od proizvoljnih interpretacija pacijenata a nekad i stručnjaka o navodnim opasnostima od lekova. Na žalost, u poslednje vreme su sredstva javnog informisanja preplavljena ovakvim zastrašujućim pričama. Larvirana sugestija je gotovo metoda terapijskog izbora kod akutno nastalih reaktivnih psihotičnih poremećaja ili izraženijih prepsihotičnih anksioznih stanja i sl. Metoda je efikasnija u koliko se višestruko ponavlja, što omogućava dobro organizovano dispanzersko praćenje i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno porodičnoj medicini.

Kao rezime možemo da naglasimo da ova vrsta terapije služi se pre svega sugestivnim faktorima radi psihoterapijskog lečenja. Terapeut se koristi pacijentovim regresivnim potrebama i njegovim transferom prema sebi kao sveomogućem i sveznajućem roditelju, odnosno autoritetu, kakv bi omogućio pacijentu da odustane od svog nerotskog simptoma. Pacijent za uzvrat dobija ljubav i poverenje terapeuta-roditelja. Treba naglasti da se ovaj odnos zbiva potpuno u sferi nesvesnog.

#### **1.1.3.1. Larvirana sugestija**

To je tehnika u kojoj se svesno i planski upotrebljava sugestivni činilac u larviranom (prikrivenom, maskiranom) obliku. Lekari i drugi zdravstveni radnici su se od uvek koristili larviranom sugestijom u lečenju svojih pacijenata, bez obzora na to da li je bila reč o organskom ili psihičkom poremećaju.

Oni često nisu svesni da se terapijski uspeh ponekad postiže najviše sugestivnim faktorima, tj. da su pacijentu pomogli svojom sugestivnošću, odnosno autoritetom.

Najčešće se sugestija primenjuje u larviranom obliku pomoću leka. Odavno je poznato da lek, osim hemijskog delovanja, ima često zanemarivano, a ustvari bitno magijsko i sugestivno delovanje. Pacijenti često indentifikuju lek sa lekarom ili sestrom. Psihoterapeuti se koriste i metodom fizikalne terapije kao sredstvom larvirane sugestije. Sugestivni je efekat svakako mnogo bolji ako sam terapeut, a ne neka druga osoba, primenjuje fizikalnu terapiju čija je svrha larvirana sugestija. Upućivanje pacijenata u banjsko-klimastka lečilišta, odnosno primena okoline, balneoterapije, uz verbalnu sugestiju, takodje s uspehom korisi larviranu sugestiju. Larvirana sugestija najpogodnija je za jednostavnije strukturisane specifičnosti i ljude nižeg obrazovnog nivoa. Ovi pacijenti često teže prihvataju psihičko u psihoterapiji. Pošto se radi o simptomatskoj terapiji, u tretmanu se mogu očekivati i simptomatski rezultati.

#### **1.1.4. Persuazija- uveravanje**

Ova terapijska metoda, takodje, ima veoma mnogo sugestivnog u osnovi. Njen osnivač Dubois nije otkrio ovu sugestivnu komponentu, već je persuaziju definisao kao uveravanje putem racionalnog tumačenja iracionalnih stavova. Medjutim, svako uveravanje koje vrši terapeut - ličnost sa određenim dobrim emocionalnim odnosom prema pacijentu postaje sugestija. Ova metoda, takodje, može biti korisna u tretmanu kratkotrajnih, tranzitornih psihotičnih reakcija kao i kod nekih neurotskih poremećaja. Efekat persuazije se se pojačava ukoliko se ona primeni posle detaljnijih laboratorijskih i fizikalnih pregleda, bilo od strane samog terapeuta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti što predstavlja bolju varijantu ili u konsultaciji sa specijalistom psihijatrom, medicinskom sestrom-tehničarom ili drugim zdravstvenim radnikom i saradnikom.

#### **1.1.5. Ventilacija**

Nema sigurno prvog psihijatrijskog pregleda bez elemenata ventilacije. U koliko pregled vrši dovoljno strpljiv terapeut, ventilacija dovodi i do katarze. Samom ventilacijom pacijent postiže rasterećenje, podelu krivice sa terapeutom kojem se poverava i upućuje ga u svoje tajne. Pacijenti obično misle da su jedinstveni slučajevi u praksi lekara. Ova terapijska metoda i danas je veoma aktuelna verovatno zbog preopterećenosti i zasićenosti informacijama, a sigurno i velikim stepenom otudjenja, alijenacije, što je u izvesnoj meri u nesrazmeri sa sve manjim brojem terapeuta koji imaju dovoljno vremena da korektno upotrebe ovu metodu. U celini eksplorativno- ekspresivno-ventilacione metode kao da se redje primenjuju jer traže mnogo vremena: dužu seansu, više uzastopnih seansi. Indikaciono područje za ovu metodu su pre svega situacione, reaktivne psihološke poremećaje.

### **1.1.6. Terapija odnosom**

Terapija odnosom je tip površinske psihoterapije koja je postavljena između suportativne i ekspresivnih psihoanalitičkih metoda. Ova terapijska metoda je zapravo produžena forma podrške i ima za cilj da smanji vulnerabilnost na spoljne pritiske, tj. da senzibilize. Odigrava se kao prolongirani kontakt između terapeuta i pacijenta. Često puta odnos sa terapeutom predstavlja zamenu, supstituciju odnosa sa roditeljima ili starijom braćom i sestrama. Ovaj oblik terapije posebno je koristan kod osoba na prelazu između adolescencije u mladje odraslo doba. Terapijom odnosa se postiže korekcija emocionalnog iskustva i po pravilu se ne analiziraju odnosi terapeut-pacijent za razliku od analize transfera u klasičnoj psihoanalitičkoj terapiji.

### **1.1.7. Terapija uvidom**

Geneza ovog pojma leži u psihoanalizi, a o terapiji uvidom se govori i izdvojeno kao posebno terapijskoj metodi. Pokušaj lekara i drugih članova stručnog tima u psihijatriji i primarnoj zdravstvenoj zaštiti da dovede u vezu ponašanje pacijenta sa njegovim emocijama i doživljajima, i da mu to privede svesti jeste postizanje uvida. Problem ove metode je i u tome što se često puta svodi na postizanje samo intelektualnog uvida. To obično znači da pacijent prihvata da je razumeo svoje ponašanje ali i dalje zadržava svoje simptome. Pravi uvid koji je i emocionalni i intelektualni postiže se sigurnije primenom analitičke psihoterapije, npr. psihoanalizom.

Sve navedne suportativne psihoterapijske metode i tehnike o kojima je bilo reči u ovom poglavlju ili su samo navedene u uvodu, karakterišu se intenzivnošću. Zbog toga se mogu dobro primeniti samo u uslovima dobro organizovanog dispanzerskog praćenja pacijenata u vanbolničkoj psihijatriji i primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Pod pojmom intenzivnijeg tretmana podrazumeva se frekvencija primene bilo jedne ili što je češće u praksi, kombinovana primena navedenih metoda.

## **II METOD SAVETOVANJA**

Većina autora i praktičara koji koriste ovaj oblik suportativne psihoterapije smatra da su osnovne odlike ovog metoda uspostavljanje određene emocionalne klime i takvih terapijskih odnosa koji pomažu pacijentu u individualnom sazrevanju. Iako sama reč "savetovanje" navodi na pomisao da se u ovakvom radu daju saveti u rešavanju nekog konkretnog problema, ovaj metod ima najmanje takvih elemenata. Metod savetovanja ne daje model rešenja već potpomaže oslobađanje potencijala ličnosti koji su blokirani. Ovaj metod namenjen je prvenstveno onim pacijentima koji osećaju nesklad između onoga što čine i onoga što žele, svakome ko naiđe na probleme u međuljudskim odnosima, a da ne uvidja

sopstven udeo u sukobu, što se često puta sreće i kod različitih mentalnih poremećaja. Važno je na samom početku tretmana proceniti da li pacijent koji se obraća za pomoć dovoljno pati zbog nerazjašnjenih problema. Sama patnja i trpljenje mora biti izraženija i jača od napora, strpljenja i određene strepnje koji ga očekuju u toku savetovanja. Ukoliko to nije slučaj, može se očekivati da će pacijent veoma brzo odustati od tretmana metodom savetovanja jer ga on izlaže naporima za koje nije spreman. Isto tako važno je sagledati i proceniti intelektualne i osećajne kapacitete ličnosti i oceniti da li je u stanju da reorganizuje i promeni svoje obrasce, modele ponašanja i da ovlada novim, koji su adekvatniji. Pre primene metode savetovanja pacijent prethodno ili istovremeno mora biti medikamentozno i psihosocijalno zbrinut.

Shematski posmatrano savetovanje ima tri faze: prvu, fazu ostvarivanja tople emocionalne klime i otvorenosti za probleme pacijenta, drugo, fazu, postignuća ostvarivanja uvida i treću, fazu završetka savetovanja. Premda se radi o dosta bliskim pojmovima, nadamo se da nisu posebno nejasni termini i stručnjacima u procesu zdravstvene nege i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Tokom savetovanja razvija se ljudsko razumevanje, jedna vrsta zaštitničkog prijateljskog ponašanja, ali je taj odnos sa pacijentom pod stalnom kontrolom terapeuta koji pruža savetovanje i ide do određene granice koja služi osnovnom cilju terapije. Terapeut mora da ume da oseti probleme svog pacijenta, da ume da mu bude blizak, da ga prihvati kao ljudsko biće, ali istovremeno mora da bude u stanju da se kontroliše u toj meri da se ne identifikuje sa njim i njegovim problemima niti da svoje sopstvene probleme unosi u terapijski proces. U osnovi stvara se određeni terapijski odnos poverenja i prihvatanja, što je i uslov da osoba koja traži pomoć postepeno uči kako da izražava, prepoznaje i ne prihvata svoja prava osećanja, kako pozitivna tako i negativna. Sve su preduslovi koji olakšavaju pacijentu da prebrodi nelagodnost i strah koji su prisutni pred negativnim osećanjima i tokom mentalnog poremećaja. Terapeut- savetodavac ne procenjuje osećanja ni ponašanje pacijenta, on ne hvali niti osudjuje. Najteže je u ovakvoj vrsti rada steći dovoljnu osetljivost da se ostvari navedena emocionalna klima i da se u njoj prepoznaju osećanja koja pacijent ni sam ne prepoznaje. Treba dobro proceniti način i trenutak kako ta osećanja približiti pacijentu. Jer treba imati u vidu, ma koliko smo mi u pravu, ma koliko je nama jasno šta je uzrok njegovih smetnji, prosto saopštavanje i objašnjenje ne dovodi uvek do željenog uvida. Treba istaći da ne pomaže nikakva logičnost, niti argumenti ako sam pacijent nije kroz terapijski proces pripremljen da našu poruku prihvati. Naprotiv, takva objašnjenja ga mogu samo unazaditi i pojačati njegove odbrane, odbijanje i terapijski proces varati unazad. Sam uvid u terapiskom procesu, pa i kod primene metoda savetovanja je postepeno sticanje novih opažanja o sebi, praćen uvek emocionalnim abreagovanjem, kao oblik katarze. Pojam uvida podrazumeva vidjenje novih značenja u ranijim doživljajima. To je proces sastavljen od elemenata koji se nižu i organizuju kao mozaik. Pacijent u određenom trenutku sagleda celinu toga mozaika, shvati novu poruku koje dotle nije bio svestan, a koja za njega lično ima duboko

emocionalno značenje. Zbog toga i dolazi do afektivnog rasterećenja. Razvoj uvida podrazumeva ne samo sagledavanje sopstvenog učešća u problemu već prepoznavanje impulsa dotle potisnutih i nepoznatih. Sve dok pacijent odbacuje neke stavove ili shvatanja kao nešto što mu je tuđe, sve dotle će razvijati kompezatorne oblike ponašanja odbrambenog karaktera, što je često slučaj i kod različitih mentalnih poremećaja. Često se postavlja pitanje kakva je uloga terapeuta u postizanju uvida? Prvo pravilo koje treba poštovati jeste uzdržavanje od prevelike aktivnosti i potrebe da se sve razjašnjava. Terapeut treba da potpomaže napor pacijenta da sam prođe dublje u značenju svog ponašanja, treba da bude strpljiv, da sačeka dok situacija u kojoj će pacijent biti u stanju da prihvati nova saznanja o sebi. Terapeutov je zadatak da pomogne pacijentu da se postepeno oslobadja odbrambenog ponašanja. Uzdržavati se od objašnjavanja onda kada nam je problem pacijenta jasan, odolesti iskušenju da se to saznanje pacijentu saopšti sve dok i on sam ne bude spreman da ga doživi, predstavlja posebnu teškoću u psihoterapijskom procesu u celini.

Kada dodje do prvih uvida i razumevanja do tada nerazumljivih oblika ponašanja, dolazi i do novog kvaliteta u odnosu između pacijenta i terapeuta, koji ne mora uvek da bude lekar iz primarne zdravstvene zaštite već i drugi kvalifikovani stručnjaci u timu koji brine o pacijentu. To su obično medicinske sestre-tehničari, psiholozi, socijalni radnici i drugi. Ovo biva paraćeno sve većom samouverenošću i sve manjom potrebom za zavisnošću od terapeuta.

Treća faza u postupku savetovanja, završetak savetovanja, uslovljen je potrebom samog pacijenta. Ako on odabere cilj terapije, treba se njega držati i raditi dotle dok se taj cilj ne postigne, Terapeut ne sme da bude ambiciozniji od svog pacijenta i da produžava terapijski rad sve dok je to, po njegovoj proceni potrebno. Stoga se za ovaj oblik tretmana i koristi alternativni naziv: klijent centrirana terapija po Rodgersu. Naravno da završetak savetovanje ne označava kraj svih problema u životu pacijenta. Naprotiv! Život podrazumeva sve nove i nove izazove. suočavanje i rešavanje problema je sadržina i psihički zdrava osoba u tome nalazi zadovoljstvo i nove podsticaje. Ponekada završna faza savetovanja budi strah od odvajanja, ali se on može uspešno razrešiti i pacijentu se omogućava da se opredeli za zrelije i samostalnije oblike ponašanja. Treba istaći da sve tri faze rada u procesu savetovanja premda u ovom tekstu prikazane odvojeno i sukcesivno, u praktičnom radu nemaju ovako " čist" redosled. Elementi sve tri faze se delimično prepliću. Već na samom početku rada pojavljuju se kontradiktorne potrebe zrelosti i regresije, zavisnosti i samostalnosti. Od prvih susreta do kraja ovog tretmana ovo je jedna od osnovnih "tema" razgovora. Onda kada osećamo da terapijski proces ne napreduje, prvi korak je preispitivanje sebe i svog stava tokom rada. Treba naglasiti da terapijski odnos nije samo oživljavanje prvobitnih emocionalnih odnosa koje pacijent projektuje na terapeuta, već je istovremeno i odnos dve ličnosti u susretu " sada i ovde". Često puta se događa da terapeut dodje u opasnost da se nesvesno poistoveti, identifikuje sa pacijentom, naročito ako mu je ovaj po temperamentu ili po tipu

emocionalnog reagovanja sličan. Isto tako terapeut može da dodje u situaciju da projektuje na pacijenta svoje neostvarene želje, pa da se trudi da ga usmeri ka njima. Naravno, da jedno i drugo predstavlja veliku smetnju u razvoju osobenih potencijala ličnosti pacijenta, jer svako ima samo sebi specifičan put sazrevanja. Svaki terapijski rad pa i savetovanje je u službi tog sazrevanja, da ume da ostvari sa pacijentom takav emocionalni odnos koji će potrebu za prikrivanjem i odbrambenim ponašanjem da sevede na minimum. Na taj način on pomaže prirodan tok sazrevanja ličnosti ka višem stepenu zrelosti što je važno kod mlađjih pacijenata sa psihotičnim poremećajem.

### **III GRUPNA (PSIHO)TERAPIJA**

**1. Velika i mala grupa, 2. Radna i okupaciona terapija, 4. Grupna terapija sa roditeljima ili porodicom pacijenta, 3. Muzikoterapija**

Grupna terapija i psihoterapija poslednjih nekoliko decenija veoma uspešno se primenjuje u procesu zdravstvene nege, vanbolničkoj psihijatriji i primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kod nas su postignuti samo delimični rezultati u odnosu na razvijenije zemlje u svetu. Osnovni preduslovi za ovu vrstu tretmana su pre svega dobra organizacija i funkcionalna povezanost psihijatrijske službe u celini uključujući i primarnu zdravstvenu zaštitu kao njen najvažniji segment i odgovarajuća edukacija multiprofesionalnih stručnih timova i ekipa koji rade u njima i bolje definisanje indikacija za ovaj oblik lečenja i tretmana svih psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja..

U odgovoru na sve veću grupnu orjentisanost društva, grupna terapija je počela da se dodaje prvobitnoj shemi lečenja, tj. odnos dva lica, terapeuta i pacijenta. Razvoj socijalne i kliničke psihijatrije ide u pravcu shvatanja da čoveka treba shvatiti u totalitetu njegovog življenja, a posebno činjenica da je čovek društveno biće, proizvod kulturno-istorijske sredine koja stvara, čini ga bolesnim i leči. Tako se ideja da grupa može da leči mentalne poremećaje javila kao posledica verovanja da grupa može da spreći njihovo javljanje. Grupna terapija se primenjuje po principu lečenja u sličnoj samo tolerantnijoj sredini od one koja je do poremećaja dovela.

Grupna terapija se primenjuje u različitim grupama ljudi i podrazumeva veliki broj različitih tehnika rada. Donekle se pojam grupne terapije može suziti u koliko se isključe mnogi oblici grupnog rada i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u kojima se koriste grupni procesi i koji nisu prvenstveno terapijski: timski, konzilijarni rad, grupna edukacija i socijalni grupni rad. Najopštija definicija terapijske grupe bila bi da je čine ljudi kojima je zajedničko to što traže pomoć i žele da smanje svoje patnje (Popović, M. 1978). Grupnu terapiju u celini karakteriše nekoliko parametara: tri ili više lica, grupa se okuplja da

bi njeni članovi psihološkim metodama uticali jedni na druge, da se izrazi recipročan odnos između terapeuta i članova grupe koji dovodi do poboljšanja mentalnog zdravlja i drugo. Sve to ukazuje da dimenzije grupne terapije ni do danas nisu jasno omeđene. Naziv grupna terapija u užem smislu te reči, ili grupna socioterapija, često se odnosi na rad sa većim grupama do 50 pacijenata, a pojam grupna psihoterapija za psihoterapijski rad sa manjim grupama od 5 do 10 pacijenata. Obe vrste grupa karakterišu slobodne međusobne interakcije i neformalni odnosi u grupi.

Za grupnu terapiju veoma je važna kohezija i kvalitet komunikacija u grupi. Kohezija je nevidljiva sila koja drži članove grupe na okupu. Kohezija grupe ubraja se u terapijske faktore. Stvara se postepeno. Na početku je praktično nema, razvojem grupnog procesa postepeno se stvara kohezija među članovima grupe. Pacijenti postepeno razvijaju ne samo odnos prema terapeutu koji imaju od početka nego i međusobni odnos u grupi. Ovo se u grupi naziva i mrežom transfera koji drži zajedno na okupu članove i terapeuta. Dobro je poznato da članovi kohezivne grupe da se drže zajedno, pokazuju uzajamno prihvatanje, pružanje podrške i sklonost razvijanju važnih odnosa. U takvoj kohezivnoj grupi članovi će biti skloniji izražavanju i pokazivanju svojih specifičnosti. Mogu postati svesni do tada neprihvatljivih delova sebe i postepeno ih mogu integrisati. Sama kohezivnost upućuje na to da su ostvarene dublje veze među članovima grupe. Terapijski uticaj kohezije svodi se na to da je svaki član prihvaćen, da ima podršku grupe i da se među njima razvilo poverenje. Dobra kohezivnost grupe predstavlja važan faktor je i preduslov povoljnog ishoda grupnog terapijskog procesa (Klajn E, 2007, 83). Pored kohezije, za grupu je veoma važan okvir, matriks i senting grupe. Tako spoljašni okvir grupe uključuje udobnost, mir i ravnopravnost. Kako to ovo postići? Treba izabrati dovoljno veliku prostoriju, koja bi biti smeštena tako da u nju niko ne upada dok traje grupa. Ravnopravnost među članovima grupe ostvaruje se razmeštanjem stolica u krug. Okviru grupe određuje i činjenica da li je ona zatvorena i homogena po nekom kriterijumu ili otvorena. Obavezno je redovno dolaženje i uvek na vreme. O pitanjima izostanka raspravlja se u grupi. Matriks grupe je nešto neopipljivo, neuhvatljivo, apstraktno, a veoma važno za razvoj psihoterapijske grupe. Njega možemo doživeti i osetiti u grupi po odnosu među njenim članovima, po uzajamnoj brizi i osećanjima koji se razvijaju između članova grupe. Neki matriks objašnjavaju kao jednom vrstom hipotetične mreže, komunikacija i odnosa u grupi koji ima uticaja na podlogu koja određuje značenje i važnost svih sadržaja i na kojoj počivaju sve verbalne i neverbalne komunikacije i interakcije. Matriks je prostor u kome se događaju svi grupni procesi, ali i sam proces koji kreira vlastiti prostor. On je i osnovni element za stvaranje grupe, tok procesa u grupi. Fulks najpoznatiji teoretičar grupnog procesa matriks deli na temeljni, osnovni i dinamički matriks. Temeljni matriks po ovom autoru zasniva se na biološkim vrednostima, ali i na svesnim i nesvesnim, zatim kulturnim, etničkim, lingvističkim vrednostima i svojstvima. Dinamički matriks je rad grupnog procesa socijalizacije i ogledanja kao u ogledalu, koji omogućavaju pojedincu da nadje i ponovo odredi sebe.

Ovo omogućuje da osobe u grupi postaju sve bliskije i otvorenije prema njoj. Jedni druge upoznaju, jedni uče od drugih, otkrivaju i prevladavaju iskustvo čiji se koreni nalaze u prošlosti i koji su sprečavali promenu. Ovaj dinamički matriks se može menjati radom u grupi (Klajn E, 1981; Klajn E, 2007, 66-67).

Tok grupnog terapijskog procesa može biti dominantno socioterapijski ili psihoterapijski. U stvari do sada su se velike grupe razvijale u dva osnovna smera i to: jedan je smer socioterapijski pravac, tj. strukturisana velika grupa koju neki nazivaju još i terapijskom zajednicom. Kada je u pitanju dinamski i psihoanalitički pristup zanima nas drugi pravac razvoja grupne terapije, a to je nestrukturisana velika grupa koja se vodi konstantno ili povremeno. Nestrukturisana ili analitička velika grupa može imati 50 i više članova. Sedenje je u velikom krugu zavisno od broja članova grupe. Bez obzira da li je u pitanju mala, srednja ili velika grupa, psihoterapija se odnosi na ličnost, a socioterapija na situaciju. Kada se kaže ličnost misli se na njenu strukturu i dinamiku, a kada se govori o situaciji doživljavamo je u okviru socijalnog sistema u kome se živi, komunicira i leči se. Dok se psihoterapija prvenstveno zanima za interpersonalne sukobe i za interpersonalne komponente motivacije, socioterapija se bavi adaptivnim mogućnostima ličnosti i normama kojima se treba prilagoditi.

### **1. Velika i srednja terapijska grupa**

Velika grupa ima velike terapijske potencijale: pružaju mogućnost uvida i socijalnog učenja, koje često ide po principu pokušaja i greške, bolja socijalizacija ličnosti, teži povećanju stepena diferenciranja među članovima grupe što se smatra pozitivnijim od uniformne identifikacije. Zajednički ciljevi imaju prioritet nad prolaznim impulsivnim potrebama pojedinca, naglašava se potreba za promenom u odnosu na raniji način komuniciranja, prepoznavanje realnosti dovodi do ponašanja na principu realnosti, povećava se samopoštovanje. Pored javljanja mogućih fantazija i iracionalnih strahova kod članova srednje i naročito velike grupe, mogu se javiti i opravdani strahovi naročito u koliko ovakva terapijska grupa ima veliki broj članova. Osnovni su strahovi, koje čovek oseća u velikoj grupi. Da se ne izgubi identitet u masi, što istovremeno znači gubljenje kontrole nad sobom. Ovo može dovesti do agresivnog akta. Izgubiti identitet i kontrolu znači izgubiti se i nestati kao jedinka i kao osoba. Često su jaki strahovi i pretnje narcizmu jer postoji jak strah da će pacijent biti izvgnut ruglu, podsmehu, da će ga obezvređiti i podcenti. Ovi su strahovi mogućih u velikoj grupi i realni su strahovi.

U grupi se takodje radjaju različite fantazije o velikoj grupi. Regresija pojedinih članova velike grupe može biti veoma duboka. Iza regresije kriju se velika očekivanja od terapeuta koga članovi često idealiziraju tražeći magična rešenja za svoje probleme. Voditelj u ulozi edukatora ili terapeut velike grupe često je veoma frustriran. On može biti za veći broj članova objekat velikih i nerealnih očekivanja i brojnih agreesivih projekcija. U okviru grupne terapije mogućih su različiti otpori. Oni se najčešće manifestuju kao: šutnja (čutanje), preterano pričanje, kašnjenje ili izostajanje sa seanse, otpor agiranje

(acting out), otpor erotizacijom, stvaranje parova i podgrupa, alterirajuće seanse, tj. sastajanje grupe bez terapeuta. Grupa je idealno mesto za sve vrste intervencija. Treba naglasti da intervencije predstavljaju vrlo kompleksan poduhvat. Ovde je vrlo važno prepoznati razliku između sociojaloterapijskih grupa i grupne analize jer u socijalnim grupama svakodnevnog života koje funkcionišu po načelima ovde i sada, i njihovo analiziranje bi proces života učinilo vrlo složenim i kompleksnim. Sycoterapijska grupa i naročito psihoterapijska grupa predstavlja artifijelnu grupu i ona je prostor u kojem su moguće mnoge interakcije i procesi koji mogu teći u različitim smerovima. Terapijske intervencije treba da moguće slobodno obavljanje interakcija, a istovremeno treba sprečiti preburne reakcije ili čak eksplozije (Klajn E,2007, str.103). Situacija *ovde i sada* bitan je faktor grupne intervencije, a može da se odnosi na transferna zbivanja i relacije koje se razvijaju između članova. Sva zbivanja u grupi možemo razumeti u kontekstu ovde i sada, a istovremeno sa situacijom ovde i sada celo vreme može da interferira tamo i nekada svakog člana grupe, odnosno prošlost grupe i svakog njenog člana. Prošlost mora biti sluga a ne gospodar. Bitno je povezati «ovde i sada» i «tamo i nekada», tj. koristiti se prošlošću da bi se razumio način ponašanja pojedinca u odnosu prema drugima u sadašnjosti.

Grupni analitičar stalno treba budno da prati procese u grupi i stalno mora biti aktivan u svom razmišljanju, a manje da bude aktivan u verbalnim intervencijama. Naravno, da postoji neka situacija i događanja u grupi koje podstiču voditelja grupe, ali često ne samo njega nego i članove grupe. Ovde se kako navodi Klajn (Klajn E,2007, str.103) otvara niz pitanja: Koja je glavna svrha i cilj intervencije? Treba li uopšte intervenirati? Ko treba da interveniše? Terapeut mora da prepozna red hitnosti u intervencijama. Najbitnija intervencija jeste sve ono što bitno oštećuje grupu i sve što je opasnost za grupu. Najveća opasnost za grupu je mogućnost njenog raspada. Treba istaći da u skoro svim grupama postoje destruktivne tendencije, ali one postaju opasne kada počnu dominirati grupom. To je tzv. zjednički acting out kao preteći raspad grupe. U prvi red hitnosti ubrajaju se i situacije koje su teške za pojedine članove grupe i koje ga dovode u opasnost (novi članovi, slabiji, infantilniji, tzv. žrtveni jarc i dr). U drugi red hitnosti, na neki način, ubrajaju se sve situacije koje mogu otežati komunikaciju među članovima grupe. Interpretator ne mora uvek da bude samo terapeut već i pojedini članovi grupe. Treba prepoznati kada je pravi trenutak za interpretaciju. Ovo se uglavnom stiče iskustvom nakon odgovarajuće edukacije. Važno je da terapeut ima poverenje u grupu. Uvid koji se razvija kod članova grupe posledica je procesa. Često je korisno sačekati da sama grupa dodje do rešenja i uvida. Klajn (Klajn E,2007) navodi sledeće najčešće intervencije u grupi: «interpretativne, konfrontirajuće, klarificirajuće, postavljanjem pitanja ili potvrđivanjem, traženjem informacije ili stimulisanje člana ili grupe. Tehnički gledano, nakon razgovora o nečemu u grupi, terapeut rezimira sadržaj uz svoj komentar sa naglaskom na proces. Terapeut treba da bude aktivan u opsrvaciji i razmišljanju, a manje aktivan u verbalizaciji. Intervencije nesmeju biti iskonstruisane, moraju biti uvremene, one su reaktivni rad u

okviru stila i terapeutovog temperamenta, a težište terapeutove aktivnosti nije na pozornici nego iza nje. Grupa treba da vodi terapeuta, a on treba da ima poverenje u svoja osećanja, emocije i sve intervencije moraju da budu zasnovane na empatiji. Sve promene koje postignemo terapijskom radu i unutar grupe bit će relevantne tek kada usledi promena u spoljašnjim, životnim grupama». U cilju boljeg pojašenja važnijih vrsta intervencija u grupnoj terapiji, iste prikazujemo shematski u obliku posebne radne tabele.

#### TABELARNI PREGLED TERAPIJSKIH INTERVENCIJA U GRUPI\*

VRSTA INTERVENCIJE	OPIS I ZNAČAJ INTERVENCIJE
<b>Intpretivne</b>	<i>Opis i značaj intervencije. Pri red hitnosti intervencije uključuje sve ono što oštećuje ili remti grupu ili pojedinog člana Omogućavanje slobodnog obavljanja interakcija. Izbegavati kontratransferne intervencije.</i>
<b>Konfrontirajuće</b>	<i>Suprostavljanje destruktivnim tendencija u grupi. Jer može da vodi u njeno raspadanje, pojava tzv. grupne acting out.situacije. Suočavanje članova grupe sa njihovim ponašanjem</i>
<b>Klarificirajuće</b>	<i>Otvaranje člana grupe ili situacije. Prepoznavnje transfernih zbivanja: otpori, odbrane, mrtva grupa, acting out situacije</i>
<b>Postavljanje pitanja ili potvrđivanje</b>	<i>Konfrontiranje grupe s onim od čega beži, šta joj trteba u određenom trenutku. Konfrontacije su rizične interpretacije, koja može da stimuliše transferne otpore. Najgora je solucija kada ide iz kontratransfera-osvetičke konfrontacije.</i>
<b>Traženje informacija</b>	<i>Traženje situacija da grupa krene u pravom smeru. Mogu da se odnose na grupni interaktivni odnos, ponavljajuće konflikte u grupnoj paricipaciji (prisila ponavljanja, ranije iskustvo, detinjstvo, aktuelni životni događaji, granični događaji između grupne dinamike i spoljnog života.</i>
<b>Stimulisanje pojedinog člana ili cele grupe</b>	<i>Prepoznati situacije koje su teške za pojedine članove grupe i koje ga dovode u opasnost (novi i infantilniji član grupe, žrtveni jarac. Sve situacije koje otežavaju komunikaciju u među članovima grupe. Objekat intervencije može biti pojedinac, podgrupa, ali i cela grupa</i>
<b>Princip ovde i sada</b>	<i>Važan faktor grupe intervencije. Odnosi se na transferna zbivanja i relacije koje se razvijaju između članova grupe Sva zbivanja u grupi možemo razumeti u kontekstu ovde i sada, tamo i nekada. Rezimiranje sadržaja u komentar terapeuta sa naglaskom na proces. Intervencije moraju uvek da budu uvremenjene</i>

\* Preradjeno prema Klajn E,2007, str.103-104

Kada su u pitanju male, psihoterapijske grupe i lečenje psihotičnih poremećaja u njima praktična iskustva su znatno manja nego u velikim terapijskim grupama. Kod drugih nozoloških, kliničkih entiteta mnogo su veća iskustva u primeni grupne terapije u tretmanu i nezi. S obzirom na različite tehnike koje se primenjuju u malim psihoterapijskim grupama u rasponu od analitičkih ili analitički orjentisanih do direktivnih metoda, perspektivne tretmana i zdravstvene nege psihotičnih i drugih mentalni poremećaja u vanbolničkoj psihijatriji i primarnoj zdravstvenoj zaštiti veoma su dobre. U stvari lečenje u grupi i pomoću nje danas je jedno od najrasprostranjenijih metoda lečenja u psihijatriji. Naravno da pri tome ne treba zaboraviti na slobodu izbora čoveka, na njegovu ponekad izraženu potrebu za intimnošću i individualnim kontaktom sa terapeutom. Grupna terapija može biti jedan od najprihvatljivijih načina

prilagodjavanja čoveka složenoj organizaciji društvene zajednice i to upravo kroz poštovanje individualnosti i razvijanje ličnosti u grupi. Pri oceni mesta grupe terapije i njene mogućnosti treba istaći i činjenicu da treba uvek imati u vidu da se njom ne mogu rešavati socijalni problemi, čiji uzroci uostalom i nisu prvenstveno psihološke peirote. Osnovni cilj srednje grupe jeste uspešnost uspostavljanja dijaloga između njenih članova. Ako uspemo uspostaviti dijalog, prevladavajući početno rivaliziranje i mržnju, i stvarajući pripadnost i članstvo u grupi, promene i zaključcu dogodit će se veoma brzo. Srednja socioterapijska ili psihoterapijska grupa reflektuje naše sociokulturne okolnosti i doprinosi harmonizaciji društva, tj. pruža pomoć u harmonizovanju našeg sociokulturnog konteksta sa boljim razumevanjem dijaloga i kulture. Nasuprot tome ciljevi velike grupe su nešto drugačiji. U stvari teško je još uvek definisati prave ciljeve velike grupe. U svakom slučaju nastojimo obuhvatiti i shvatiti iracionalno mišljernje koje se pojavljuje u velikoj grupi. Nastojimo izići izvan granica racionalnog sa mogućnošću povratka u svakodnevnu stvarnost. Želja nam je da u velikoj grupi naučimo kako možemo pogledati u svoj svet snova i psihotičnosti i kako možemo naučiti relativnost naših spoznaja o stvarnosti. Ono što je uvek važno u velikoj grupi jeste da se možemo opet vratiti tamo odakle smo i krenuli. Jednom rečju, moglo bi se reći da pokušavamo u velikoj grupi voditi dijalog sa našim iracionalnim delom osobnosti. Aanalitička velika grupa, npr. još uvek je u dobroj meri eksperimentalog i edukativnog karaktera i još je uvek nejasna njena terapijska primena i uloga u ovom obliku terapije. Jedno je sigurno utvrđeno postojanje dobrih interakcija i grupna dinamika i njen psihoedukativni značaj, (Klajn E, 2007).

U grupnom terapijskom procesu najviše iskustva postoji u radu tzv. sredniih grupa. To je grupa od oko 20 pacijenata koje se redovno sastaju jednom nedeljno u seansama do 90 minuta. Njeni članovi sede u jednom krugu. Grupu vode terapeut i koterapeut, opserver koji su po pravilu nedirektivni, naročito u koliko je reč o analaitičkoj grupnoj terapiiji u srednjoj grupi. U ovakvim vrstama grupne terapije uvažavaju se principi grupne analize malih psihoterapijskih grupa. Jedina je razlika u tome što se u maloj grupi stimuliše slobodno lebdeća rasprava, a u srednjoj grupi dijalog. Srednja grupa se održava u sociokulturnom kontekstu gde se eksploriraju socijalni motivi. U malim grupama socijalni kontekst se uzima na nivo jedne porodice, a interpretacije i razumevanje grupnog procesa u njoj često su formulisani na nivo porodične terapije. U srednjim grupama se ide iznad toga, tj. iznad ličnog i porodičnog, familijarnog i ulazimo u sociokulturni domen. Ovde nije svrha da se socijalizuje pojedinac, već da se socijalizuje i humanizira društvo, grupa procesom demitologizacije. Još postoje neke bitne razlike u odnosu na malu grupu, odnosno grupnu analizu gde se akcenat stavlja na analizu emocija u grupi, dok se u srednjoj grupi analiziraju misli. U maloj grupi interes je na pacijentu pojedncu, dok je u srednjoj grupi glavni interes na grupi, a pojedinci su učesnici u tom grupnom procesu. U srednjoj grupi moguća početna mržnja se pretvara u bezlično pripadništvo srednjoj grupi, a ovaj proces se događa

pomoću ego snaga svakog njenog člana. Kako naglašava Klajn (Klajn E, 2007): «Ovi procesi su odvojeni od libida i grupni odnos se se završava u ljubavi već u prijateljstvu. Tako možemo srednju grupu definisati kao mikrokulturno društvo, sa tom razlikom da joj se možemo obratiti i da nam ona odgovara «hvala», što je veoma bitno».

Rezimirajući možemo naglasti da je veoma bitno da grupni procesi u srednjoj grupi teku otprilike ovako: najpre imamo mržnju koja kod nekih članova prevlada i oni ostaju u grupi ili u panci beže iz nje. Dijalog koji se uspe ostvariti predstavlja uspeh pretvaranja mržnje pomoću endopsihičke energije u prijateljstvo bez ljubavi. U strukturi srednje grupe grupni su faktori u prvom planu u odnosu prema individualnom. Najvažniji je kontekst u kojem se održava srednja grupa. Prvenstveno se eksploriraju svesni sadržaji. Ako se mržnja uspešno preobrati, u srednjoj će grupi doći do vezivanja ljudi putem dijaloga u pripadništvo, u članstvo, ali bez libidinozne investije. Sa dinamskog aspekta srednja grupa se bavi predipalnom konfiguracijom u sociokulturnom, odnosno mikrokulturnom ambijentu. Srednja grupa nam pomaže da naučimo kako izraziti misli. Srednju grupu možemo zamisliti kao ekran na koji se projektuje superego, terapeut samo podržava više ulogu pojedinca, odnosno članova na nivou ego, ohrabrujući slobodu dijaloga i interpretirajući prirodu socijalnih i kulturnih pritisaka. Treba naglasti da u srednjoj grupi postoje brojni otpori. Ovo se može ispoljiti u osutnošću, zakašnjanjem, pa sve do mogućnosti raspada grupe. Česte su dugačke šutnje na koje se nastavljaju ljutnja zbog neaktivnosti terapeuta. Ima slučajeva, kao i u velikoj grupi, da se neozbiljno prihvata dijalog. i infantilizira situacija. Kako navodi Klajn (Klajn E,2007), «Tako se pričaju vicevi ili neki zgodan doživljaj izvan grupe. Članovi često upotrebljavaju otpor u smislu «naučnog» pristupa srednjoj grupi, gde se analizira ono što se zbiva. Postoje, naravno, i otpori voditelja, terapeuta. Ovo se pre svega vidi kada on nastoji da analizira pojedinca u srednjoj grupi u okviru grupne seanse. Suprotan je problem kada srednju grupu vodi kao veliku grupu i primenjuje interpretacije koje se praktikuju u velikoj terapijskoj grupi. Važnije fenomene u grupnoj terapiji prikazujemo i shematski u obliku radne tabele.

#### TABELARNI PREGLED GRUPNIH FENOMENA U TERAPIJSKOJ GRUPI\*

VRSTE FENOMENA U GRUPI	PRIKAZ POJEDINIHI GRUPNIHI FENOMENA
<b>Fenomen povratne veze, (feedback)</b>	<i>Sopstveni odgovor terapeuta prema ponašanju članova grupe Pod povratnim odgovorom misli se na odgovor drugih koji može biti verbalni i neverbalni, direktan ili indirektan. Posledice su događaji u obliku odgovora: direktan i određen , indirektan i neodređen odgovor</i>
<b>Fenomen ogledala</b>	<i>Pacijent vidi da i drugi ljudi imaju slične bolesne ideje, teskobu i nagone. To postaje moćan terapijski faktor naročito u rešavanju anksioznosti i krivice Pacijent se suočava sa odrazom, kao ugledalu, u drugim članovima grupe. Pacijent vidi sebe u drugim članovima i vremenom dobija sliku i o sebi. Ovaj fenomen može biti: primitivno, konfrontirajuće, destruktivno, eksplorativno, grupno ogledalo loših delova, tzv. Žrtveno jagnje</i>
<b>Situacija «ovde i sada»</b>	<i>Zači međusobne odnose, mržnju, ljubav, ljubomoru, zavist, borba oko boljeg mesta u grupi. Ovaj fenomen znači i ponašanje, želje, nastojanja, , suočavamo člana što ne želi videti kod sebe</i>

<b>Fenomen kondenzaatora</b>	<i>Iznenadno oslobanje dubokog i primitivnog sadržaja kome prethodi kumuliranje asocijativnih ideja u grupi. To je rezerva energije u grupnom matriksu koja čeka oslobađanje koje može biti pokrenuto zbivanjima u grupi.</i>
<b>Rezonanca</b>	<i>Oblik komunikacije među članovima grupe na nesvesnom nivou i predstavlja funkciju nezavisnih afektivnih odgovora članova pri razrešenju konflikta. U pitanju je nesvesna komunikacija koja je visoko specifična i selektivna.</i>
<b>Prevodjenje</b>	<i>Spontan proces kojim nesvesni sadržaj u toku grupnog procesa postaje svestan. On vodi sticaju uvida. Predstavlja deo komunikacionog procesa. On uključuje razumevanje i uvid a teče u smeru od primarnog ka sekundarnom procesu, od primitivne ka logičnoj, razumskoj ekspresiji</i>
<b>Okupacija</b>	<i>Predstavlja grupni interes. U svakodnevnom životu ovo dolazi od zajedničkog interesa, npr. edukativne grupe, slobodna rasprava o problemu. Može da bude «odbrambeni ekran» za prikrivanje i odmicanje primitivnih reakcija, misli, fantazija. Važan je za razumevanje dinamike bilo koje grupe, a ne samo terapijske.</i>
<b>Drugi fenomeni u grupi</b>	<i>Zbivanja, komunikacije, interakcije, participacija u grupi. Svi oni goadjaju se u okviru grupe..</i>

\*Preradjeno prema Klajn E, 2007, str.86-87

Evoluciju grupnoterapijskog procesa lakše je pratiti u maloj grupi tzv. zatvorenog tipa u kojoj svi članovi zajedno počinju i završavaju terapiju i u grupi koja se češće sastaje. Sam grupni rad zavisi od profesionalne orijentacije terapeuta, njegove edukacije i praktičnog iskustva. Isto tako postoje različiti stavovi o prirodi važnijih terapijskih činilaca u grupi. Danas prevladjuje mišljenje da je grupa mnogo više od prostog zbira njenih članova. U razumevanju prirode terapijskih činilaca i procesa u psihoterapijskoj grupi korisni su stavovi Slavsona (citat:Popović, M.,1978), koji pojednostavljeno rečeno, smatra da sve ozbiljnije grupe karakteriše sledećih pet elemenata: transfer, katarza, uvid u sopstveno ponašanje, sublimacija i iskustvo realnosti. Isti autor smatra da svi pomenuti elementi grupne psihoterapije deluju u prcu jačanja ega pacijenta i to posebno tri poslednja elementa: uvid u sopstveno ponašanje, sublimacija i iskustvo realnosti. Kada je u pitanju odnos između pojave nekih modaliteta ponašanja u grupi i poboljšanja simptoma, više autora smatra da su od povoljnog prognostičkog značaja važni su sledeći faktori: povećanje aktivnosti pacijenta, poveravanje u grupi, pojava identifikacionih procesa i zasnivanje pozitivnog emocionalnog odnosa ili transfera sa terapeutom u grupi.

Tekst u ovom poglavlju nikako ne bi trebao da se shvati kao kraći priručnik za grupnu terapiju. Za ovo je potrebno znatno šire obrazovanje i edukacija i praktično iskustvo. Ovde se nismo upuštali u veoma važne teme grupe psihoterapije kao što su: izbor pacijenta za grupnu psihoterapiju i priprema za početak rada grupe, ulazak novog člana u grupu i njegov izlazak iz grupe, komunikacija, interakcija i participacija u grupi, fenomeni u grupi, pojedinac u grupi i grupa kao celina, prenos, transfer i kontratransfer u grupi, otpori u grupi, terapijske intervencije u grupi, agiraanje u grupi, terapijski faktori u grupi, grupna terapija pojedinih kliničkih entiteta i td. Ovde smo želeli da ukažemo na važnost ovog oblika tretmana i nege. On se sve više koristi u savremenoj psihijatriji i sigurno je da će se i u buduće primenjivati u većem broju ustanova i za različite poremećaje i poremećaje ponašanja. Danas se sve više razmišlja o edukaciji sestara i tehničara za vođenje grupe terapije. Brojni su razlozi za ovo. To nije samo bolji benefit i manji toškovi, već se mnogo realnije uvažavaju načela socijalnopsihijatrijskog

pristupa ne samo u organizaciji procesa zdravstvene nege nego i njegovoj realizaciji kroz tretman. Brojne studije cost benefit analize su potvrdile empirijska zapažanja u praksi.

### **C) RADNA, OKUPACIONA, REKREATIVNA TERAPIJA (TERAPIJA ZAOKUPLJENOŠĆU)**

Okupaciono-radna, rekreativna terapija ne spada u delokrug rada sestre, sem ako nije dodatno edukovana za ovu vrstu terapije. Međutim, kako se predstavlja veoma značajan, integralni deo kompleksnog tretmana, a u okviru holističkog pristupa psihijatrijskom pacijentu, izvesna opšta znanja su neophodna i samoj sestri. Sem toga, u nedostatku kvalifikovanih radnih terapeuta, uz dodatnu edukaciju, sestra fragmentarno može da se uključi i u sam proces okupaciono-radne i rekreativne terapije. U svakodnevnoj praksi se sva tri izraza koriste kao sinonimi. Često ih je teško suštinski i odvojiti, jer se prepliću, prklapaju i prožimaju. U svakoj aktivnosti radne terapije ima i elemenata okupacione terapije i obrnuto. U našoj terminologiji se najviše koristi pojam okupacione terapije i pri tome se misli na sve tri komponente ovog terapijskog metoda: okupaciona, radna i rekreativna terapija. Ove metode do skoro su se primenjivale jedino u bolničkim uslovima. Sve više se primenjuju i u vanbolničkim uslovima u dispanzerima ili centrima za mentalno zdravlje. U ovom trenutku ovaj oblik tretmana teže je organizovati na nivou primarne zdravstvene zaštite zbog prostornih i kadrovskih problema. U poslednje vreme mnogi domovi zdravlja u republici osnivaju dnevne bolnice na nivou primarne zdravstvene zaštite za dijagnostičke ili terapijske procedure tako da postoji solidna pretpostavka za primenu različitih terapijskih metoda počev od grupne psiho i socioterapije do organizovane radno-okupacione terapije i za psihijatrijske pacijente. Bez obzira na vrstu organizacije institucije, treba naglasti da ono što je zajedničko i opšte, bez obzira o kojoj aktivnosti je reč i gde se ona organizuje, to je da je uvek medicinski propisana i timski procenjena, stručno vodjena i podložna evaluaciji. Kriterijumi za izbor tehnike su pre svega: stanje pacijenta, npr. pacijenti u akutnoj fazi bolesti ne mogu se odmah uključiti u okupacio-radnu terapiju, sve dok se njegovo stanje doneke ne ne stabilizuje, vrsta oboljenja jer se ne mogu sve tehnike ponuditi svakom pacijentu, interesovanje pacijenta takodje je značajno. Pojedini pacijenti prvi put dobiju šansu tek u bolnici, da se bave nekom aktivnošću (slikarstvom, duborezom, intarzijom i sl.). Važno je i premorbidno stanje pacijenta, njegova starost, pol i naravno mogućnosti ustanove. Treba imati u vidu da za ovu vrstu terapije postoji više različitih tehnika na raspolaganju koje u zavisnosti od timske procene i ostalih kriterijuma se preporučuju pacijentu. Obično su to mehaničke, dirigovane, sedativne, stimulatívne, inventive i slobodne tehnike.

Uporedo sa okupacionom i radnom terapijom u istom prostoru i vremenu uz dobru organizaciju mogu se organizovati različiti oblici socioterapije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ona može da bude individualna i grupna. U individualnom radu najviše se koristi metod savetovanja, a od grupnih

socioterapijskih metoda najkorisniji su grupna terapija, nešto ređe terapijska zajednica i socioterapijski klub za pojedine vrste mentalnih poremećaja. Imajući u vidu predstojeće zakonske promene u organizaciji zdravstvene službe u celini na nivou republike i donošenje posebnih zakona o mentalnom zdravlju i pravima psihijatrijskih bolesnika, klubovi pacijenata mogu da budu nosioci aktivnosti i neprofitnih organizacija kao što su npr. udruženje shizofrenih bolenika i njihovih porodica. Ovaj oblik aktivnosti u savremeno organizovanim psihijatrijskim institucijama i zdravstvenoj zaštiti u razvijenim zemljama dao je značajan doprinos u procesu rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije psihijatrijskih pacijenata pacijenata u društvenu zajednicu. Takođe se pokazao korisnim i u primeni različitih oblika procesa zdravstvene nege.

S obizom na viši stepen obrazovanja sestra na Fakultetima za negu ili visokim strukovnim trogodišnjim i četverogodišnjim medicinskim školama i uvođenje različitih studijskih programa čini nam se prihvatljivim da damo kraći osvrt na pojedine metode okupacione, radne i rekreativne terapije.

## **1. Radna terapija**

Osnovna postavka radne terapije je da je rad imanentan čoveku, da je to njegova i biološka, psihološka i socijalna potreba. Bez obzira koliko je bolest oštetila radne navike i sposobnosti, pacijent ima potrebu da nešto radi. Naravno da rad ima i lekoviti učinak. Radna i okupaciona terapija odavno se smatra jednim od važnijih terapijskih postupaka u radu sa psihijatrijskim pacijentom. Radna terapija je dakle, korisno okupiranje pacijenta, s ciljem da mu se očuvaju radne navike i sposobnosti ili formiraju nove, ukoliko su stare do tem mere narušene bolešću da ih je nemoguće obnoviti. Krajnji cilj radne terapije je i resocijalizacija, profesionalna i radna rehabilitacija pacijenta. Podstiče pacijenta na rad i pripadnost grupi, uči ga da planski odredi vreme i pruža osećanje da je sposoban za rad. U radnoj terapiji naglašen je radno-koristan učinak, proizvodi rada se prodaju ili služe za poboljšanje standarda pacijenta u bolnicama. Činjenica je da proizvodi sa radne terapije imaju finansijske parametre i da pacijenti dobijaju određenu materijalnu nadoknadu za svoj rad (npr. u Modzly hospitalu i u njenoj dnevnoj bolnici u Londonu) premda to nije primarni cilj. Radna terapija dovodi do boljeg približavanja realitetu, socioekonomskim uslovima koji vladaju u jednoj društvenoj zajednici. Radna terapija «imitira» uobičajeni radni proces, počinje uvek u isto vreme i završava ee u određeno vreme. Ustanove koje imaju razvijenu radnu terapiju imaju veći broj različitih radionica zanatskog tipa, u kojima rade kvalifikovani majstori, edukovani za rad sa psihijatrijskim pacijentima. Primer za ovu su zaštite radionice, pogoni za invalide i hendikepirane osobe, zadruge psihijatrijskih pacijenta, socijalno-rehabilitacioni centri kao npr. ustanova u Modriči.

## **2. Okupaciona terapija**

Okupaciona terapija za razliku od rada u stvarnom životu, pacijentima dopušta veću slobodu izbora. Ona dopušta, bar u početku, i određeno uništenje materijala, da bi se kasnije okupaciona terapija zamenila radnom terapijom, koja je bliža stvarnom radu (šivenje, pletenje, vezenje, izrada različitih ukrasa, figurica od različitog materijala, itd). Okupaciona i radna terapija omogućavaju brže međusobno zbližavanje pacijenata. Važno je uspostaviti dobar kontakt i saradnju pacijenta i terapeuta. Ovu vrstu terapije treba organizovati što je pre moguće i kad pacijent izidje iz akutne faze bolesti. Uspeh u motivaciji pacijenta za rad zavisi od pacijentove umešnosti i iskustva. Terapeut treba da podstiče pacijentove individualne sklonosti i sposobnosti, upornost u radu, poštovanje «radnog ritma», organizaciju i planiranje rada. Poženo je, ukoliko je to moguće, ocentiti vrednost rada, npr. u novčanoj vrednosti. Ova nagrada predstavlja dokaz socijalne vrednosti pacijentovog rada, a time i njega samog **(Autori iz Splita,2004)** Predstavlja veoma korisno angažovanje pacijenta, koje ima za cilj da okupira vreme i misli, tzv «okupacija dokolice». Aktivnosti okupacione terapije mnogo su šire postavljene i raznovrsnije po sadržaju, čime se izbegava šavljonska krutost radne terapije, zapostavljanje pojedinčanog pristupa i individualne sklonosti pacijenta. Teorijski efekti su veoma značajni i višestruki: potstiče se osećanje vrednosti i kompetentnosti, stvaraju se bolji uslovi za međusobnu komunikaciju, omogućena je razonoda. Isto tako prevenira se hospitalizam kod pacijenta. Sam proizvod rada sa okupacione terapije nije toliko bitan ni u onoj meri kao kod radne terapije. Vreme za trajanje ovog oblika terapije nije striktno određeno. Ono je slobodnije i dinamičnije. Zbog svega navedenog pacijenti nemaju mnogo «praznog hoda» i utisak sporog proticanja vremena (Kovačević K i Dobrašinović D,1999; Marić J,1995).

### **3. Rekreativna terapija**

Rekreativna terapija predstavlja organizovanu aktivnost pacijenta uz pomoć osoblja sa cilje da se ojačaju i stabilizuju zdravi delovi ličnosti pacijenta. Ovaj oblik tretmana obuhvata sportske, kulturno-zabavne i druge aktivnosti koje imaju zabavno-relaksirajući karakter. U ovu grupu aktivnosti se obično računaju i sportske, zabavne i druge aktivnosti, kao i sve popularnija muzikoterapija. Pacijent se preko sportske aktivnosti podstiče na aktivnost, komunikaciju, druženje, osećaj pripadnosti i odgovornosti u grupi. Povećana aktivnost, koordinacija pokreta, određeni stepen napetosti doprinose smanjenju psihičke i fizičke napetosti i pomažu boljoj integraciji ličnosti. Terapeutova uloga je da vrednuje i nagradi aktivnosti pacijenta i podstiče identifikacione procese i pripadnost grupi **(Autori iz Splita, 2004)**. U okviru svakodnevnih terapijskih aktivnosti, sestre mogu da organizuju i učestvuju u različitim rekreativnim aktivnostima pacijenata. Ovaj vid terapije ne bi trebalo shvatati kao dokolicu, razbibrigu. Svakoj aktivnosti sestra treba da pridje sa odgovornošću i profesionalnošću imajući uvek u vidu njene teraijske i rehabilitacione mogućnosti. Iskustvo pokazuje da najosnovniji oblici rekreativne terapije i u

najskromnijim uslovima mogu da budu redovne telesne vežbe, literalne večeri, recitali, kvizovi, debate, društvene igre kao što su šah, domine i sl, zatim posete izložbama, muzejima, likovnim glarijama, izložbama, koncertima, projekcijama filmova u bioskopu ili na odeljenju. Kulturno-zabavni život-pacijenti se u ove aktivnosti uključuju prema svojim sklonostima. Organizovanje druženja u obliku zabave, plesa, zajeno sa članovima svoje porodice pri čemu dolazi do izražaja pacijentov odnos prema drugima, spontanost i stepen spremnosti za život u široj društvenoj zajednici. Često su ritam i elastičnost pri plesu i pacijentovo ponašanje vezani za bolje upoznavanje bolesti. Pacijenti koji odbijaju komunikaciju rečima, često rado komuniciraju plesom. **(Autori iz Splita, 2004).**

U poslednje vreme pojedine ustanove osnivaju udruženja prijatelja ustanove, u stručnim telima se formiraju komisije za kulturne delatnosti. Danas se teži da tzv. slobodne aktivnosti pacijenata na odeljenju sve više prerastaju u dobro organizovanje, osmišljeno obogaćene aktivnosti. Sve one se oslanjaju na zdrave delove ličnosti pacijenata. One mogu biti i podsticaj za prelaženje na nove složenije i značajnije aktivnosti, služe za poboljšanje osnovnog osećanja pacijenata. Zbog toga je potrebno da poznaju psihologiju bolesnog čoveka kako bi uspešnije mogle voditi ovaj oblik terapije. Onim sestrama-tehničarima koje završavaju studijski program iz ergoterapije ovaj vid terapijih aktivnosti je i osnovni profesionalni zadatak. U ovom obliku tretmana najbolje se mogu koristiti neverbalni oblici komunikacije i to u smislu izgradjivanja obostrano razumljivih obrazaca- pacijenta prema grupi i grupe prema njemu. Još odavno telo i njegove mogućnosti komunikacije koriste se u cilju lečenja. Ovde se na telo obraća pažnja kao subjektivnog nosioca sebstva, selfa i na telo drugog kao nosioca ponašanja. Tako se u grupi strukturiše odnos «ja i drugi» «ja i grupa», «ja i vodja grupe» (Kovačević K i Dobrašinović K,1999). Pokreti deluju oslobadjajuće od napetosti ali može biti i primarni obrazac učenja. Imitacijom pokreta sputani ili polustuporozni pacijent postepeno pristupa i uključuje se u grupu. Ovo omogućuje primarni nivo identifikacije sa grupom i doživljaj pripadanja grupi. Kako navode Kovačević K i Dobrašinović D (1999), «Dešava se da i posle nekoliko nedelja formalnog pripadanja pacijenta ovakvoj grupi, neki od pacijenata, u zavisnosti od stepena bolesti, pribegnu tzv. pomejenoj aktivnosti-umesto zadate i očekivane reakcije, mimo grupe, prave samo za sebe posebne pokrete: pokret je tu za smanjenje napetosti ili anksioznosti, ali pripadnost grupi ne postoji. Intervencija terapeuta je da u prigodnom vremenu objasni to ponašanje pacijenta, zamoli ga za saradnju u cilju smanjivanja napetosti, anksioznosti i poboljšanja komunikacija». Dinamika grupe i aktivnosti pacijenta treba da budu u stalnoj pažnji terapeuta, pa je primerena intervencija na neželjno, dozvoljena. Terapijski simisao određuje neodložnosti ili odlaganje intervencije. Sama intervencija treba da bude u cilju zaštite pacijenta ili grupe. Ovo ima dosta sličnosti i simbolike sa roditeljskom intervencijama: marim, brinem, štitim. Trebalo bi imati u vidu da vežbe koje se obrazuju da budu jedoobrazne za sve članove grupe, uključujući i terapeuta. Svaka dinamika grupe razvija se u zavisnosti od proseka grupe i može da se

kreće od blage veselosti ka grupnoj regresiji. Telesne vežbe traju oko 15 minuta. Ni vreme, ni tip vežbe nije posebno određen. Uvek treba prihvatiti svaku korisnu novinu koju predlože i podrže pacijenti članovi grupe. Pored fizičke aktivnosti ove vežbe imaju i elemente igre, dodirivanje parova članova grupe, preporučuje se samo u jednoj sekvenci, kada svako bira svog partnera. Vežbe se obično manifestuju tapšanjem dlanom o dlan. Terapeut treba da se priključi neparu ili članu koga drugi članovi grupe nerado biraju. Pokreti su višestruko veoma korisni i sastoje se od: socijalizacije, telesne organizacije, skidanja napetosti i anksioznosti, smanjenja otudjenosti od sebe i drugih i uspostavljanje dijaloga na neverbalnom nivou sa samim sobom i drugim članovima terapijske grupe. Posle ovih vežbi može se nastaviti sa kompletnom vežbi koje mogu da se rade sedeći na stolici gde su svi članovi okrenuti licem prema terapeutu. One nisu komplikovane i detaljno su prikazane u priručnicima za okupacionu i rekreativnu terapiju ili u udžbenicima zdravstvene nege psihijatrijskih pacijenta (Kovačević K i Dobrašinović D,1999; Kekuš D,1999).

Ukupno trajanje ovih vežbi iznosi 45 minuta. One treba da omogućе da pored navedenih efekata da pacijent takodje, prijatno doživi u sebi i oko sebe. Terapijsko i motivaciono delovanje telesnih vežbi u kratkom vremenskom intervalu ne daje velike rezultate, ali su tokom vremena lako uočljive pozitivne promene. Ovde se od pacijenta zahteva njegovo lično učešće uz prisustvo i profesionalnu odgovornost terapeuta. Postavlja se pitanje kakve zahteve sebi terapeut postavlja kod rekreativnih, fizičkih vežbi? Kada se ceokupnja aktivnost svode samo na specifičnost sadržaja, onda se ova aktivnost svodi na efekte lakih gimnastičkih vežbi. Medjutim, obogaćivanjem sadržaja ovog oblika tretmana podstiču sledeći motivacioni elementi: svesni telesni doživljaj sebe, doživljaj sebe u odnosu na druge i prostor, sticanje pozitivnog stava prema svom telu, korekcija držanja, sedenja, hoda i disanja, poboljšavaju se i uči izražavanje telom i pokretima (Kovačević K i Dobrašinović D,1999, Vujačić D,1994). Uspeh je različit i zavisi od individualnih mogućnosti pacijenta. Kada se povrati poverenje u samog sebe, svako smanjivanje pogrešnog je dovoljan razlog da se uložiti maksimum truda, znanja i spretnosti usopstvene motivacione kapacitete (Vujačić D,1994).

#### **4. Muzikoterapija**

Pored navedenih telesnih vežbi i muzikoterapija se primenjuje u okviru rekreativne terapije. Više autora ovaj oblik rekreativne terapije izdvaja kao poseban metod. Danas postoje različiti oblici edukacije iz muzikoterapije za sve profile zdravstvenih radnika i saradnika. U ovom tekstu muzikoterapiju shvatamo kao jedan od metoda u procesu zdravstvene nege u psihijatriji. Ovde se polazi od pozitivnog efekta muzičkog sadržaja (harmonija, melodija, ritam i dr), na psihičko stanje pacijenta. Uz grupno slušanje ili izvođenje određenog muzičkog dela pristupa se verbalnoj grupnoj dinamici, čime se postiže integrisana celina delovanja na pacijenta. Danas se muzikoterapija smatra značajnom socioterapijskom metodom

koja budjenjem zajedničkih impulsa melodije i ritma stvara zajednički, grupni osećaj. Muzika je vredna pomoć u socioterapiji pacijenta. Posebno je važno slušanje muzike naučeno u ranom detinjstvu, što kasnije obnavlja sećanja na bezbrižnu prošlost. Uz slušanje muzike pacijenta treba podsticati na aktivno učestovanje. Osim slušanja muzike, muzikoterapeut u svom radu može se koristiti specijalizovanom trakom, DVD ili drugim oblikom s kombinacijom muzike i vežni relaksacije (npr. duboko disanje, položaj tela, meditacija i dr.). Jedan od oblika muzikoterapije mogu biti pevanje, ples i sviranje, zavisno od terapijske grupe i interesovanja pacijenta. Muzikoterapija se može izvoditi grupno ili individualno, kod odraslih i dece, pri čemu prevladjuje pevanje i sviranje na jednostavnijim instrumentima, npr. udaraljke, melodika i dr. Muzikoterapeut opservira pacijentovo ponašanje, emocije koje izlaze na površinu (plač, teskoba, anksioznost, smeh, tuga). Povučena pacijenta podstiče, motiviše na saradnju, a hiperaktivnog pokušava smiriti, uči ga samonontroli ponašanja. Svoja zapažanja o pacijentu muzikoterapeut prenosi ostalim članovima tima. **(Referenca autora iz Splita,2004)**

Kao što je već navedeno, danas se sve više organizuju različiti oblici posle-diplomske nastave u obliku kraćih ili dužih studijaskih programa iz muzikoterapije čak do posebne subspecijalizacije koja nije namenjena samo radnim terapeutima već i drugim profilima zdravstvenih radnika i saradnika. Muzikoterapeut Radulović (Radulović R, 1997) ističe da: «Uvodjenje muzikoterapije u rekreativnu terapiju smanjuje strah od psihijatrijskog tretmana i sa mnogo manje otpora dolaze da traže pomoć, otkrivaju svoje emocionalne i introspektivne kapacitete, razvijaju kreativnost, komunikativnost i niz drugih osobina koje nauče kako da se aktivno suoče sa bolešću, ali i sa životom»).

## **D) SOCIOTERAPIJA**

**1. Terapijska zajednica, 2. Funkcionisanje terapijske zajednice kroz pojedine forme rada, 3. ostali oblici socioterapije, 4. Socioterapija otpuštenih pacijenata sa bolničkog lečenja (Porodica, Radno mesto, Socioterapijski klub)**

Socioterapiju možemo definisati kao skup aktivnosti koje se primenjuju tokom resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih pacijenata. Mnoga pozitivna iskustva iz socijalnog pristupa u psihijatriji i pokreta socijalne terapije doprinele su obogaćenju sveobuhvatnog tretmana psihijatrijskih pacijenata. Jedna od direktnih tekovina je i uvođenje socioterapije kao ravnopravnog modela lečenja i tretmana u svakodnevnu psihijatrijsku praksu. Sve je to dovelo do ublažavanja medicinskog i psihoanalitičkog modela lečenja koji je bio dominantan sve do druge polovine prošlog veka. Ne samo socijalna terapija nego i svi drugi principi socijalne psihijatrije potpunije su iskazali svoj holistički i humanistički pristup čoveku i na ubedjenje da nijedan psihijatrijski poremećaj postaje izvestan deo očuvanosti odnosa sa realnošću i pacijentove realnosti samog sebe. Po tezi socijalne psihijatrije bolest

nikada ne zahvata celu, celokupnu ličnost, uvek postoji zdravi deo ličnosti, preko koga se ostvaruje lečenje. Savršeni tretman se u uspostavljanju komunikacije sa zdravim delom ličnosti, odbacivanjem bolesnih sadržaja i obrazaca ponašanja i učenja novih, prihvatljivih za socijalnu sredinu. Nasuprot ovom klasična psihijatrija je suviše naglašavala traženje bolesti i klasifikaciju dijagnoza i svih psihopatoloških sadržaja. To je u velikoj meri udaljavalo celokupnu psihijatriju i psihijatrijsku aktivnost od opšteg, povoljnog socijalnog tretmana i funkcionisanja. Sve ovo se odražavalo na udaljavanje bolesnika od socijalne sredine i na sve teže vraćanje na nju zbog dugotrajnog bolničkog lečenja i stigmatizacije obolelih i njihovih porodica. Socijalna psihijatrija je uspostavila fleksibilniji i kompromisni odnos sa društvenom zajednicom i porodicom psihijatrijskog pacijenta. To je u velikoj meri uspostavljanju boljih odnosa između pacijenta i njegove socijalne sredine. Ovakvim delovanjem socijalno orjentisane psihijatrije doprinelo ublažavanju pa i otklanjanju brojnih nepovoljnih efekata izolacije i dugotrajne izolovanosti pacijenata iz porodice i uže socijalne sredine u koju bi se vratio posle završenog lečenja. Ipak treba naglasti da psihijatrijska bolest u većoj ili manjoj meri, oštećuje odnos pacijenta prema realitetu i socijalnoj sredini, a cilj celokupnog tretmana jeste njegovo vraćanje u socijalnu sredinu. Sve to ukazuje na nepohodne intervencije i u oblasti socijalnih sposobnosti. Zbog toga se socioterapija može definisati kao pozitivan uticaj na ponašanje pacijenta, na uspostavljanje samokontrole i odgovornosti na sopstveno ponašanje, uz uključivanje samog pacijenta u sopstveno lečenje i lečenje drugih, kao i uključivanje zdravih članova zajednice. Prema Mariću (Marić J,1995) socioterapija je: »Metod kojim se nastoji da se uporedu sa medicinskim lečenjem postigne osposobljavanje duševno obolele osobe da se ponovo uključi u sve životne mehanizme društvene zajednice, uz istovremeno primpremanje sredine da prihvati svog obolelog člana i da mu pomogne u njegovoj resocijalizaciji«. Više autora smatra da se pod pojmom socioterapije podrazumeva rehabilitaciona forma terapije psihijatrijskih pacijenata uključujući i psihotične poremećaje sa namerom da se unapredi njihovo socijalno funkcionisanje u socioterapijske forme ubrajaju se: okupaciona terapija, terapijska zajednica, terapija sredinom, tzv. milje terapija, rekreativna terapija, terapija u drugim porodicama, zadruge psihijatrijskih pacijenata i slično.

Suština je na sociookolinskim i interpersonalnim faktorima u procesu prilagođavanja bolesne ličnosti. To je zapravo oblik rehabilitacionog tretmana, vrsta lečenja čiji je primarni cilj delovanje na nivou pacijentovog socijalnog funkcionisanja i na povećanje njegovih sposobnosti da deluje u najboljem socijalnom smislu, prvenstveno na ponašanje pacijenta u odnosu na okolinu, da obezbedi učešće pacijenta u sopstvenom lečenju. Osnovni principi i cilj svih socioterapijskih tehnika, jeste preneti što više odgovornosti na pacijenta za njegovo aktivnije i svesnije učešće u lečenju i što bogatije življenje u socijalnoj sredini. Sve to podrazumeva širenje i jačanje zdravog dela ličnosti (Kovačević K i Dobrašinović D,1999). Danas se može govoriti o izlečenju u psihijatriji, ali ipak stepen samostalnog funkcionisanja

ukazuje na stepen «izlečenosti». Ipak, ne može se nikada tačno predvideti, ne samo iz težine bolesti, jasnog oštećenja mentalnim poremećajem, već iz manjkavosti, deficita premorbidne strukture ličnosti. Za mnoge psihijatrijske poremećaje ne preporučuje se vraćanje na premorbidno stanje. Ne bi bilo preporučljivo da se kao terapijski cilj vaćanje na premorbidno funkcionisanje kod višegodišnjih alkoholičara, narkomana ili hroničnih psihijatrijskih poremećaja kod kojih bolest osiromašuje celokupnu ličnost. Uvek i svuda u medicini se radi o maksimalnom čuvanju i obogaćenju onoga što je i dalje zdravo. Postavljajući drugačijeg oblika delovanja, dominantne teze socijalne psihijatrije su i danas ravnopravnost medju osobljem koje je poslednjih nekoiko decenija preraslo u multiprofesionalni i multidisciplinarni stručni tim, ravnopravnost izmedju osoblja i pacijenata, demokratičnost i zajedništvo. Značajno je poništena ranija granica izmedju osoblja i pacijenta, osoblje u psihijatrijskim institucijama je u svakodnevnoj odeći i garderobi, bez uniformi, dobrim delom su se izgubili i mnogobrojni formalna obeležaja klasične medicinske struke. Ovo se pre svega iznosi na vanbolničke oblike tretmana, a mnogo manje na stacionarnim odeljenjima opštih bolnica i u specijalizovanim psihijatrijskim bolnicama i klinikama. Mnogi od ranijih uglavnom nerealnih principa i planova u socijalnoj psihijatriji danas su napušteni jer nisu izdržali test realnosti i nisu mogli biti primenjeni u svakodnevnoj praksi. Oni nisu uzimali u obzir svu raznolikost populacije psihijatrijskih pacijenata i njihove stvarne mogućnosti, kao i motivacije i sposobnosti osoblja. U skandinavskim zemljama čak su veći troškovi vanbolničkog tretmana većine pacijenata jer za ovaj oblik pomoći potreban je veći stepen eudkacije osoblja. Kako istiću Kovačević K i Dobrašinović D (1999) naglašavaju da je «Praksa korigovala početne zablude i preterivanja i neminovno postavila granice izmedju lećenja pacijenata i njegovog privatnog života i odgovornosti u skladu sa procenjenim mogućnostima za učestovanje. Ujedno je uspostavila i profesionalnu grancu izmedju osoba i pacijenta». Ovo je pomoglo uspostavljanje realističkih ciljeva klinički orjentisane socijalne psihijatrije. u skladu sa procenjenim mogućnostima za učestovanje. U ovom poglavlju prikat ćemo terapijsku zajednicu i dat ćemo kraći osvrt na socijalnu terapiju u nekim institucionalnim oblicima savremene organizacije psihijatrijske službe. Ovaj terapijski metod uglavnom obuhvata terapijsku zajednicu, individualnu i grupnu socioterapiju, rad sa porodicom uključujući i primenu porodične terapije i psihoedukaciju pacijenata i njihovih porodica, rad u socioterapijskim klubovima psihijatrijskih pacijenata, njihovih porodica i prijatelja socioterapijskih klubova. Treba istaći i da sma organizacija i način funkcionisanja organizacionih oblika savremene psihijatrije u značajnoj meri imaju i socioterapijske potencijale za socioterapijski tretman. Tako je utvrđeno da atmosfera u njima i dobro planirana milje terapije ima značajne terapijske potencijale. Neki autori metode sociterapije dele na: pacijentovo aktivno učestovanje u lećenju i rehabilitaciji, ponašanje psihijatrijskog pacijenta, pacijentov odnos prema okolini u kojoj živi i radi, emocionalno sazrevanje

pacijenta u odnosu na svoju oklinu, prihvatanje uloge koju pacijent mora preuzeti zavisno od situacije u kojoj se nalazi i adekvatno prihvatanje pacijenta u porodici (**Autor iz Splita,2004**)

Danas se socioterapija i rehabilitacija psihijatrijskih pacijenta može organizovati u: stacionarnim ustanovama (oddeljenja, klinike i sl.), specijalizovanim psihijatrijskim ustanovama (bolnicama), dnevnim bolnicama, noćnim bolnicama, vikend bolnicama, centrima za krizna stanja, centrima za suzaštitu i samopomoć, rehabilitacionim kućama, porodičnoj nezi i smeštaju u psihijatrijska naselja, zaštitnim radionicama, klubovima lečenih pacijenta i dispanzersko-polikliničkoj i konzilijarnoj službi.

### **1. Terapijska zajednica**

Tokom 70-tih i do pred kraj 80-tih godina terapijska zajednica bila je jedan od najčešćih socioterapijskih metoda. Bila je široko primenjivana u celom svetu i nije se provodila samo na stacionarnim psihijatrijskim ustanovama, već i u brojnim socijalnim ustanovama i zavodima za izvršenje krivičnih sankcija i to ne samo maloletnika i u centrima za lečenje bolesti zavisnosti. Lečenje pacijenata u svim navedenim institucijama provodilo se u zajednici kao celini, a cilj je bio edukovati i naučiti zajednicu u razumevanju neurotiskih odbrana i interpersonalnih odnosa. Prvi počeci primene datiraju krajem 50-tih godina i to u Velikoj Britaniji gde je grupa vojnih psihijatarata tražila najbolji način kako pomoći pacijentima sa ratnim traumama iz Drugog svetskog rata. Oni su i tokom II svetskog rata organizovali grupnu socioterapiju, ali to nije bila i terapijska zajednica za kakvu danas znamo. Prvu terapijsku zajednicu osnovao je Tomas Main u Cassel bolnici u Surreyu ranih 50-tih godina. Skoro istovremeno Maxwell Jones razvijao je psihijatrijsko odeljenje u bolnici Mill Hill u Londonu i reorganizuje ga i njegovo funkcionisanje počinje da deluje po principima i načelima terapijske zajednice. Ovi pioniri terapijske zajednice postavili su sebi za cilj da pomognu vojnicima koji su patili od simptoma koje su tada nazivali «effort sindrom», a koji se danas svhvata kao posttraumatski stresni poremećaj kod žrtva rata i zatočenika logora. Predavanja o o psihičkim osnovama tog sindroma postepeno su preastala u otvorenu raspravu da bi iskusniji pacijenti, kako navodi Gregurek (Gregurek R,2007), «Slali informacije i pomagali novim pacijentima, a odnos izmedju lekara, medicinskih sestara i pacijenata bio je manje krut i demokratičniji». Tokom 60-tih i 70-tih godina prošlog veka ideja terapijske zajednice kao demokratski ustojenih psihijatrijskih odeljenja u početku se širila u Velikoj Britaniji, a kasnije u Evropi, SAD i u drugim zemljama širom sveta, a tokom 90-tih godina mnoga od tih odeljenja su zatvorena. Važan razlog bio je u provom redu ekonomski momentat, ali isto tako zbog, u to vreme preovladajuće filozofije koja je zastupala ideje individualizma umanjujući istovremeno vrednost grupnih fenomena i kolektivizma. Čini se da je poslednjih nekoliko godina ponovo ojačala ideja

terapijske zajednice kao socioterapijskog metoda (Geurek R, 2007). Zbog toga ćemo u ovom tekstu dati kraći prikaz savremenog shvatanja terapijske zajednice kao modela lečenja.

Prema shvatanju tvorca ovog terapijskog metoda Maxwella Jones-a, kod mnogih psihičkih poremećaja pacijent živi zajedno na bolničkom odeljenju, emocionalne reakcije izviru iz međusobnih kontakata i sukoba i konflikata, pa se ovako formirane grupe i individualne emocije mogu iskoristiti za socijalno učenje i sazrevanje i izmenu poremećenog ponašanja. Pacijenti u psihijatrijskoj i socijalnoj ustanovi imaju terapijski potencijal koji se može razviti pod stalnim nadzorom terapijskog tima, pri čemu je osnovna ideja terapijske zajednice promentiti klasičnu ulogu pacijenta i tradicionalnu ulogu terapeuta. Prema ovom autoru kao i Geureku (Geurek R,2007) najvažniji konstitutivni elementi terapijske zajednice su: **1.** zaštita pacijentove individualnost, **2.** tretiranje pacijenta ili klijenta kao osobe vredne poverenja, **3.** podsticanje adekvatnog ponašanja pacijenata i korisnika usluga službi za mentalno zdravlje i socijalno staranje, **4.** tretiranje pacijenta, klijenta, štićenika kao čoveka koji je u velikom stepenu sposoban za odgovornost i inicijativu i **5.** uključivanje svih pacijenata u program svakodnevnih aktivnosti.

Danas terapijsku zajednicu isto kao i u drugoj polovini XX veka ravnoravno čine svi članovi medicinskog osoblja i svi pacijenti, pri čemu je autoritarna piramida zaravljena, izavnana. Umesto strogih hijerarhijskih odnosa, uvodi se demokratski tip odnosa, i medju pojedinim članovima medicinskog osoblja, i izmedju pacijenata, a, šta je posebno važno, i izmedju osoblja i pacijenata. Informacije i različiti nalozi imaju horizontalni, a ne vertikalni smer od gore prema dole, odnosno od medicinskog osoblja prema pacijentima. Terapijska zajednica se shvata kao socioterapijski oblik rada sa psihijatrijskim pacijentom koji pacijentu pomaže menjanje stavova i ponašanja zahvaljujući razvijanju svesti o svojoj ulozi u odnosu s drugima. **(Autori iz Splita,2004)** U terapijsku zajednicu mogu biti uključeni svi pacijenti s njihovim specifičnim simptomima. Ona zahteva timski pristup pacijentu. Primanje pacijenta u zajednicu samtra se veoma važnim. Ono mora biti srdačno, u pozitivnom, optimističkom značenju.**(Autori iz Splita,2004)**. Svrha sastanaka terapijske zajednice je da se prodiskutuju i analiziraju svi događaji na odeljenju, a sve zajedničke rasprave i analize obavljaju se na redovnim sastancima nakon kojih sledi sastanaka medicinskog osoblja. Na sastancima tz koji se održavaju nekoliko puta nedeljno ili svakodnevno teme razgovora mogu biti unapred planirane, ili se spontano izaberu na samom sastanku. Može se razgovarati o svemu što se događa na odljenju, dnevnoj bolnici, klubu i sl kroz 24 sata, o stručnim tememama, temama iz svakodnevnog života, o problematici pacijenta, iznositi predloge i sugestije **(Autori iz Splita, 2004)**. Poznati teoretičar TZ Rappaport RN-citam prema Geurek R,2007) navodi kao najvažnija obeležja tz. a) permisivnost-pojedinac može biti «svoj»; b) komunalizam-sticanje iskustva u zajedništvu; c) demokratičnost-svi članovi mogu određivati politiku zajednice i d) konfrontacija (testiranje realnosti)-pojedina se stalno suočava sa svojim

ponašanje i delima. Od članova terapeutske zajednice. očekuje se tolerancija i razumevanje više ili manje poremećenog ponašanja ostalih članova zajednice, ne samo zbog toga da se afirmiše princip tolerantnosti ponašanja koje odstupaju od uobičajanih normi, nego zato što se stroge discipline više ceni rasprava u okviru terapeutske zajednice. Ovaj pojam, prema M. Jonesu, naziva se permisivnošću, a permisivnim stavom članova terapeutske zajednice, nužno je s jedne strane, osloboditi mnoge frustracije sadržane članova terapeutske zajednice koje oni nisu mogu ispoljiti u spoljnjem svetu, na katnu spremnog okruženja. S druge strane, permisivni stav terapeutske zajednice osigurava potreban materijal za raspravu i analizu na statancima terapeutske zajednice. Nosiovi terapijskog postupka nisu samo lekari, ni medicinske sestre i celokupno osoblje, nego svi članovi terapeutske zajednice. Isto tako, predmet terapijskog interesovanja nisu samo pacijenti nego i članovi osoblja i čijim se postupcima i stavovima raspravlja podjednako kao i o postupcima i stavovima pacijenata. Raspored odgovornosti za većinu odluka koje se donose u zajednici prepušten je svim članovima terapeutske zajednice. Prema M. Jonesu, zajedničko donošenje odluka nije ograničeno samo na odluke o nevažnim stvarima nego se može raspravljati i odlučivati i o otpustu pacijenata, premeštanjima na drugo odeljenje i sl. Time što pacijenti započimlju sa osobljem deliti odgovornost za sve odluke koje se tiču života u zajednici, ostvaruje se jedan od najvažnijih etapa u procesu prevladavanja nepoverenja u sopstvene sposobnosti i duboke zavisnosti koje su karakteristične za pacijenti psihijatrijskih odeljenja i štichenike i korisnike socijalnih ustanova. Danas se poseban značaj pridaje pojedinim načelima terapeutske zajednice. Ova načela prikazat ćemo shematski u obliku radne tabele.

#### **Tabelarni prikaz četiri osnovna načela terapeutske zajednice\***

<b>NAČELA RADA TERAPIJSKE ZAJEDNICE</b>	<b>DESKRIPTIVAN PRIKAZ POJEDINI NAČELA TZ</b>
<b>1. DEMOKRATIČNOST</b>	<i>Usposstavljanje takvih odnosa u kojima se poštuje mišljenje svakog člana podjednako. Omogućava se ravnopravna dvosmerna komunikacija. Pacijent preuzima odgovornost za svoje lečenje</i>
<b>2. PERMISIVNOST</b>	<i>Mogućnost da se pacijent izrazi slobodno na svoj način, prema svojim sposobnostima i mogućnostima. Pacijent se prihvata onakvima kakav on jeste, sa svim njegovim manama, neznanjem i greškama. Prihvata se svačija kreativnost</i>
<b>3. PRIHVATANJE ULOGE I ODGOVORNOSTI</b>	<i>Pacijent mora prihvatiti ulogu, odnosno način ponašanja u grupi. Grupa odgovara za sve što se u tz događa, a pojedinac unutar grupe sam za sebe. Na ovaj način se omogućuje rešavanje praktičnih problema i konflikata, te učenje većina u međusobnoj komunikaciji</i>
<b>4. SUOČAVANJE SA REALNOŠĆU</b>	<i>Otvoreno i stalno sučeljavati članove grupe međusobno, upućivati na održavanje sopstvenog ponašanja prema drugima i obrnuto. Pacijentu stalno nuditi društvenu životnu realnost</i>

\*Preradjeno prema: autori iz Splita, 2004

U terapijskoj zajednici dobro su poznate uloge njenih pojedinih članova. Uloga medicinske sestre u terapijskoj zajednici može se posmatrati sa tri aspekta: autoritarnog, socijalnog i terapijskog. Načelno,

medicinske sestre-tehničari ne bi smele biti uvučene u rasprave u terapijskoj zajednici. koje se odnose na probleme pacijenta koji su najčešće sastavni deo psihopatologije. One moraju delovati više u smislu podupiranja i ohrabrenja ohrabrivanja, a manje u smislu davanja meritornih interpretacija. Medicinske sestre treba da stalno prate emocionalne reakcije pacijenata i da pri tome budu svesne da su pojedine reakcije, najčešće u obliku agiranja, vrlo retko usmerene prema osoblju. Pri svemu tome medicinske sestre stalno moraju opesvirati granice realnosti i održavati princip realnosti u terapijskoj zajednici. Isto tako uloga lekara takodje se može posmatrati sa nekoliko aspekata i to: socijalni, suportativni, edukativni, aktivirajući i interpretativni. Neformalni susreti lekara i pacijenta u okviru terapijske zajednice osiguravaju primereniju socijalnu relaciju ali i magijsku ulogu lekara. Suportativna uloga lekara u terapijskoj zajednici ostvaruje se upravo njegovom socijalnom ulogom u zajednici. Istovremeno, život u zajednici prilika je za edukaciju i modifikaciju ponašanja delovanjem i davanjem lekara. Lekar se mora koristiti u svakoj situaciji da stimuliše pacijenta za preuzimanje aktivne uloge u životu terapijske zajednice. Premda lekar često incira interpretacije ponašanja pojedinih članova terapijske zajednice, on mora omogućiti i podsticati interpretacije koje su dali svi članovi terapijske zajednice. Kada je u pitanju uloga pacijenta u terapijskoj zajednici, cilj terapijskog postupka u zajednici je da se pacijentu pomogne da nauči i prihvati svoju ulogu u zajednici, da je ne doživi kao spolja nametnutu ulogu u terapijskoj zajednici, nego kao socijalno prirodan eksperiment zadovoljavanja svojih sopstvenih individualnih i socijalnih potreba. Posebno je važana uloga svakog pojedinog pacijenta u odnosu prema ostalim pacijentima u procesu prihvatanja novih socijalnih uloga. U novijim teorijskim radovima u okviru terapijske zajednice posebno je zanimljiv doprinos Haigha R (Haigh R, 1999-citat prema Geurek R,2007) koji je opsao pet esencijalnih kvaliteta i njihovu prezentaciju u progresivnim sekvencijama povezujući razvojne faz, kvalitetu i strukturu društvene zajednice, tzv. Rappaportov koncept terapijske zajednice. U priloženoj tabeli prikazan je odnos navedenih aspekata. Attachment-poruka, containment i komunikacija su pojmovi iz psihoterapijskog setingra, a uključivost u «agenc» specifični su pojmovi terapijske zajednice i odnose se na medjusobnu zavisnost, odgovornost jednih članova zajednice za druge, kao i rastuću svest o sopstvenom selfu i osvešćivanje njegovih kvaliteta i snaga. Ovih pet aspekata može istovremeno biti posmatrano kao pojednostavljeni stepeni normalnog psihičkog razvoja. Za većinu pacijenata proces primarnog emocionalnog razvoja krenuo je tokom detinjstva u pogrešnom pravcu kao posledica trauma (psihičkih i seksualnih), zlostavljanja, deprivacije i gubitka koji su narušili ovaj normalni razvoj. Terapijska zajednica, ponovnim stvaranjem ovih preduslova, može olakšati «seksundarni emocionalni razvoj» odnosno ono što je pošlo u pogrešnom smeru može biti ispravljeno u pozitivnom pravcu i u novom emocionalnom iskustvu terapijske zajednice.

**Tabelarni pregled esencijalnih kvaliteta zajednice i njihova povezanost sa**

### razvojnim fazama i kvalitetom i strukturom terapijske zajednice\*

<b>Teorijski principi</b>	<b>Faze razvoja</b>	<b>Kultura u zajednici</b>	<b>Struktura u zajednici</b>	<b>Terapijska zajednica (Rappaport)</b>
Attachment (privrženost)	<i>primarna povezanost</i>	<i>Pripadanje</i>	<i>uključivanje, spajanje, odvajanje</i>	
Kontejniranje Sadržaja	<i>materinski, roditeljska podrška (holding)</i>	<i>Sigurnost</i>	<i>podrška, pravila, granice</i>	<i>permisivnost</i>
Komunikacija	<i>igra, govor, doživljaj odvojenost od drugih</i>	<i>Otvorenost</i>	<i>grupe, etos, posteioci u tz</i>	<i>komunalizam</i>
Uključenost	<i>pronalaženje svoga mesta u grupi drugih osoba</i>	<i>životno učenje</i>	<i>sastanci zajednice, dnevni plan, struktura</i>	<i>testiranje realnost</i>

\*Preradjeno prema Haigh R, 1999-citat prema Geurek R, 2007, str.116.

Kao što smo istakli do sada proistiće da osnovno usmernje prema prenosu odgovornosti za lečenje na samog pacijenta, u cilju jačanja i proširenja zdravog dela ličnosti, odvija se najneposrednije kroz terapijsku zajednicu. Ona je postala okosnica svih ideja socijalne psihijatrije tokom 60 i 70-tih godina prošlog veka. Vremenom se došlo do zaključka da sve što se odigrava u u terapijskoj zajednici da je lečenje i da je svaki član terapijske zajednice. terapeut sebi i drugima («koterapeut»). TZ je omogućila da se u njoj živi i uči, da se ispituju uloge i odnosi. Ona predstavlja konkretnu svakodnevnu praksu u kojoj postoji stalna početak, stalno nešto novo, nikada ranije doživljena situacija, postoji stalno učenje i rešavanje novih probelma. Da bi se ovako nešto ostvarilo bilo je potrebno promeniti i način života na odeljenju i način ponašanja pacijenta. Na odeljenjima je jasno organizovan celodnevni program rada za svaki dan, uz tačno navedne aktivnosti pacijenata i osoblja. Ovo je dovelo do situacije da psihijatrijska odeljenja sve manje liče na klasičnu bolnicu, a više na organizovanu grupnu aktivnost počev nošenja odela tokom celog dana umesto bolesničke pidjame do bavljenja različitim aktivnostima. Sve aktivnosti imaju za cilj da podržavaju i jačaju zdravi deo ličnosti kod pacijenta. Zahtevi su dakle, usmereni prema održavanju zdravih socijalnih obrazaca ponašanja, jer se ne dopušta uloga pacijenta koji leži i odustaje od svoje odgovornosti, prepuštajući se drugima. Atmosfera na odeljenju, koju neki autori nazivaju terapiju sredinom, milje terapija, usmerena je prema programu lečenja koji je bogat, pa se prema tom programu organizuju i rekreativne aktivnosti, čemu sestra doprinosi svojim pristupom, uključujući i podstičući svakog pacijenta. Cilj je da se što je više moguće otkoloni prepoznatljivost bolesti, instira se na optimalnom staranju pacijenta za svoj izgled. Sve su to mere za odbranu od regresije pacijenta. Stvoen je zahtev koji se postavlja zdravom delu ličnosti i paralelan sa stepenom slobode kretanja. Nadzor sestree neprekidno se odmerava prema psihičkom stanju pacijenta (Kovačević K i Dobrašinović D, 1999, str.124). Ipak, treba imati u vidu da ni savremena psihijatrija ne može u potpunosti, niti za sve pacijente, da ostvari princip «otvorenih vrata», tj. punu slobodu kretanja. i dalje se smatra da sloboda za pacijenta proizlazi samo kao posledica učeća u lečenju. U ovakvom pristupu sestra ne treba da preuzima

starateljske stavove, već da više realizuje ideju o podsticanju zdravlja i osmostaljivanju psihijatrijskog pacijenta, kombinujući pri tome, procenjenu meru profesionalne bliskosti i lične distance u odnosima\* sa pacijentom (Henderson D,1989, Masserman HJ,1976, Kecmanović D,1975).. Osnovni obrazac primene socijalnog modela lečenja je primena grupne dinamike. Socijalno se u osnovi izjednačuje sa grupnim, tj. socioterapija uključujući i terapijsku zajednicu, izjednačava se sa grupom koja uključuje grupe kao osnovni terapije sredinom.

Celokupna terapijska aktivnost u terapijskoj zajednici se zasniva na delovanju i korišćenju grupnih dinamizma, počev od terapijske zajednice pa nadalje (Kovačević K i Dobrašinović D,1999;

\*Odnos, suština socioterapijskog delovanja, je uspostavljanje onog stepena odnosa koji pacijent u tom trenutku može da prihvati i podnese. To podrazumeva što je manje moguće «nege bolesnika», a što više saranje u toku terapijskog procesa

Petrović D i Sedmak T,1996, Tyrer P et al,1995, Elkin GD, 1999, Maserman HJ, 1976, Kecmanović D,1975). U realnom socijalnom okruženju kakva je terapijska zajednica, rešavajući konkretne terapijske zadatke, pacijent uspostavlja određene sposobnosti koje su bile deficitarne. Pacijent ne može da se resocijalizuje van konkretnog i realnog odnosa sa drugima i aktivnog učestovanja u tim odnosima. Kao član terapijske zajednice pacijent stiče osećanje pripadnosti i prihvaćenosti, uz istovremeni doživljaj zadovoljstva davanjem i činjenja drugom. Obogaćuje svoja iskustva, uči veštinu komunikacije, uči imitacijom i identifikacijom sa terapeutima i drugim uzorima u terapijskoj zajednici. Razvija samokontrolu i jača odgovornost za sopstevno verbalno i neverbalno ponašanje. Ako je tačno da se gluma može učiti, onda je tačno da se i neverbalna komunikacija i načini govora mogu čiti. Naučena mogućnost zapažanja reakcija drugog koja polazi od intuitivnog i iskustvenog, prema svesno zapaženom, može da posluži kao osnova za vlastito menjanje postupaka. Ovo se u socijalnoj terapiji naziva socijalni uvid.

Psihijatrijska sestra kroz svoju edukaciju treba da na postojeće znanje dogradi znanje da bude član stručnog tima, grupe na odeljenju ili na satanku terapijske zajednice, da bude kvalitetan voditelj grupa pacijenata jer će to sve više od nje tražiti. Bez spoznaje grupnih dinamizma i interakcija, koji su integralni deo uspešnog socijalnog modela lečenja, i bez sponosti za njihovo korišćenje u organizovanim grupnim sastancima ili spontananim grupnim zbivanjima, ne može se govoriti o spremnosti sestre za učešće u lečenju i procesu zdravstvene nege. Ovde su važna dva aspekta profesionalnog ponašanja sestre. Jedan je onaj koji spada u kategoriju profesionalnog ponašanja u užem smislu reči, tj. svakodnevnog komuniciranja sa pacijentom. Drugi je onaj koji spada u organizovano strukturisanje uslova, situacija i sadržaja u kojima se svesno i ciljno pacijent usmerava prema zdravlju.

## 1.1. Funkcionisanje terapijske zajednice kroz pojedine forme rada

Terapijska zajednica funkcioniše kroz više formi rada. To su u provom redu sledeći oblici i forme: savakodnevni kratki jutarnji sastanci sa pacijentima na odljenju ili instituciji, kako bi se sagledala aktuelna situacija, razmenile informacije o događajima na odeljenju i utvrdio plan i program rada za tekući dan, savet terapijske zajednice- kao operativno telo tz, koga čine 5-7 pacijentakoje su izabrali drugi pacijenti uz saglasnost stručnog tima. Savet preuzima najznačajnija zaduženja u tz, neposredno rešava brojna aktuelna pitanja i zbivanja u tz, priprema veliki sastanak tz i najviše saradjuje sa sestrama, veliki sastanci tz koji se održavaju jednom nedeljno i po potrebi češće kome prisustvuje komplentan tim. Na sastancima se rešavaju sva bitna pitanja od interesa za život i rad tz. Sestra na osnovu edukacije i teorijskih koncepata stoji na raspolaganju samo sloboda u komunikaciji sa «zdravim», bihevoralnim delom ličnosti pacijenta. Ona u ovom procesu zdravstvene nege nameće svoju celovitost. Zahvaljujući primeni važniji psihodinamskih načela i boljoj edukaciji sestara iz grupne terapije, danas je značajno prošren koncept komuikacije sestre sa bihevoralnim, spoznajnim delom ličnosti pacijenta. Danas se prihvata da sestre jedino ne trebaju da razgovaraju sa pacijentom o sadržaju halucinacija, o sumanutim idejama, o patološko, depresivnom raspoloženju, o suicidu i drugim grubim psihopatološkim sindromima u kliničkoj psihopatologiji. Iskustva podrvdjaju da to zavisi i od vrste odeljenja i tipa terapijske zajednice. Uglavnom su izuzeci kod alkoholičara, neurotskih poremećaja, reakcije na stres i sl. gde se poistovećuje bolesti ponašanje. Ovde svaki terapeut može da govori o bolesti u skladu sa opštom teorijskom koncepcijom tima. Čak i pacijenti u ovakvim direktivnim grupama, veoma uspešno govore o bolesnim aspektima sebe i drugih pacijenata (Kovačević K i Dobrašinović D, 1999, str. 126).

U svim navednim formama treba voditi računa o pojedinim zaaduzenjima pacijenta i o važnosti edukativnih sastanaka osoblja. Što se tiće prvog stava treba naglasti da se o socioterapiji i ne može govoriti bez aktivnog učešća samih pacijenta. Zahtevi koji im se postavljaju u terapijskoj zajednici uvek su timski procenjeni i terapijski ciljani i osmišljeni. Pacijenti u terapijskoj zajednici participiraju u lečenju na različite načine i u skladu sa svojom bolešću i stanje. Pojedinačna zaduženja koja dobijaju unutar terapijske zajednice, imaju za cilj takvo organizovanje bolničkog miljea koje će, što je manje moguće podsećati na bolničku atmosferu. Sva zaduženja bi trebalo da nose u sebi elemente psihoterapije i okupacione terapije, treba da stvaraju zajedništvo medju pacijentima, podstiću uzajamnu podršku i pomoć manje sposobnim ili više bolesnim (Kovačević K i Dobrašinović D, 1999, str. 129, Hečimović V, 1987, Clark HD, 1981, Tyrer P et al, 1995).

U radu terapijske zajednice veoma su važni redovni edukativni sastanci osoblja, tzv «post mortem» sastanci koji se koriste za diskusiju i analizu toka proteklog sastanka tz. Na njemu se procenjuje vrednost interakcija osoblja i pacijenta ili samih pacijenata medjusobno. Timska diskusija na ovim sastancima omogućava osoblju da stekne uvid u sopstveno ponašanje i stavove. Ovakva diskusija

obogaćuje buduće aktivnosti i mogućnosti, a usmerna se na samo na one delove odnosa i ličnosti koji su od značaja za određeni konkretni događaj, situaciju ili pacijenta (Kovačević K i Dobrašinović D, 1999, str. 129, Hečimović V, 1987).

U obliku pojednostavljenog rezime značaja i ciljeva terapijske zajednice može se naglasti da je njen osnovni cilj da se pacijent siguran i čvrst vrati u svoju sredinu. Ovakav rad i od medicinske sestre, kao i drugih članova tima zahteva stručno znanje, motivaciju, iskustvo te kvalitet ličnosti medicinske sestrehničara.

Zadaci medicinske sestre u terapijskoj zajednici su kao što smo već istakli veoma su brojni i raznovrsni. Među važnije spadaju: **1.** stvaranje pozitivne atmosfere kao preduslov uspešnom radu terapijske zajednice, **2.** obaveza da se osigura da odeljenje ili drugi institucionalni oblik za lečenje budu čiti i uredni kako bi se svi članovi terapijske zajednice dobro osećali, **3.** osigurati uslove da se pacijent prihvata, razume, posmatra i omogućuje mu da se emocionalno relaksira, **4.** razvijanje odnosa poverenja, empatije, ravnopravne dvosmerne komunikacije, oseć da je svaki pacijent vredan poštovanja, **5.** prihvatiti pacijenta na način da je u određenom smislu sposoban za odgovornost i inicijativu, **6.** zaštititi pacijentovu individualnost, **7.** razvijati profesionalni odnos. Saradnja i motivacija imaju veću vrednost od naredbi (pitanje autoriteta sestre), **8.** motivisati pacijenta da aktivno učestvuje u terapijskoj zajednici, da uspostavi odnose sa osobljem i drugim pacijentima, **9.** nastojati da terapijska zajednica bude dinamična, a ne statična, **10.** upozoravati na interese terapijske zajednice u celini, pacijentovo kršenje pravila ne rešavati kaznom, isticati pozitivne modele ponašanja i **11.** deliti odgovornost za rad i red na odeljenju sa svim članovima terapijske zajednice

## **2. Ostali oblici socioterapije**

Pojam socioterapije u poslednje vreme sve više potiskuje dosadašnje termine - rehabilitacija, reintegracija i resocijalizacija. Prema Bireru, jednom od utemeljevača socioterapije, danas je neopravdano praviti razliku između terapije i rehabilitacije, jer se navedeni pojmovi odnose pre svega na aktivan medicinski stav prema pacijentu da se on promeni, da se izleči, a manje se naglašava međudnos koji se u kontinuitetu ostvaruje na nivou *pacijent-osoblje-ostali pacijenti-članovi uže* i šire socijalne sredine. Premda se poslednjih nekoliko decenija veoma ističe značaj socijalne sredine i socijalni pristup u psihijatriji prvenstveno za pojavu, izgled i ishod psihijatrijskog poremećaja i poremećaja ponašanja, još nije u potpunosti formulisana celovita osnova socioterapije i njene praktične primene u vanbolničkim zdravstvenim ustanovama. Pored niza doprinosa psihodinamske psihijatrije, sociologije, socijalne psihologije, antropologije i drugih disciplina, pojavu socioterapije u svakodnevnoj praksi uslovlila je nedovoljna efikasnost postojećih terapijskih metoda (somatoterapije, psihofarmakoterapije, psihoterapije). Rezultati su znatno bolji u istovremenoj primeni svih navedenih metoda tretmana i

lečenja. Treba istaći npr. činjenicu da je primenom psihofarmakoterapije značajno izmenjena atmosfera u psihijatrijskim bolnicama, skraćena je dužina bolničkog lečenja i olakšana socijalizacija pacijenta, a socioterapija osstvaruje svoj cilj - bolju socijalizaciju pacijenata u porodičnoj sredini i društvenoj zajednici uključujući i prevenciju rehospitalizacije. Rezultati su znatno bolji u istovremenoj primeni svih navedenih metoda tretmana i lečenja.

Danas se sa pravom može postaviti pitanje koji su efekti socioterapije? Socioterapija se bavi onim delom psihe koji se bavi spoljnim činiocima kao što su rad, drugi ljudi i stvari. Svaka ličnost raspolaže brojnim mehanizmima mentalne odbrane koje koristi u u životnim situacijama neuspeha, pronalazi nove mehanizme koje koristi i pomoću kojih se razvija. Tako u sitacijama krize koje osoba nije u stanju da reši, nastupa period dezintegracije i nefikasnosti (adolescentna kriza, teško oboljenje, rani gubitak roditelja, starenje, stanja invalidnosti ili hendikepiranosti). Sve to prisiljava ličnost da osvaja nove obrasce ponašanja i reagovanja sve dok ne dodje do rešenja pomoću koji će postati često puta i efikasniji nego što je pre toga ličnost bila (Clark, 1982, Antonijević, 1978). U vanbolničkim psihijatrijskim ustanovama i primarnoj zdravstvenoj zaštiti mentalni bolesnik uključujući i psihotične pacijente mnogo je aktivniji nego u bolničkim uslovima, više je motivisan i ima bolje interakcije sa okolinom, on se suočava sa promenom ili krizom, nalazi nove i efikasnije metode, počinje da savladjuje neke vlastite teškoće i postepeno se osamostaljuje. Da bi osobolje izišlo u susret različitim potrebama i psihotičnih pacijenata ili različitim potrebama istih pacijenata u različito vreme tretmana ono mora u buduće da bude fleksibilnije. Dostorašnji pretežno "medicinski model oboljenja" u zdravstvenoj nezi i primarnoj zdravstvenoj zaštiti mora se napustiti jer se on nije pokazao efikasnim u tretmanu psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja i pored postavljene dijagnoze i primenjenih lekova. Potrebna je primena multidimenzionalnog tretmana od strane multiprofesionalnih stručnih ekipa i timova u koje spada i primena socioterapije. Potrebno je bolje poznavanje mehanizama grupe, male ili velike zbog toga što grupa predstavlja osnovu na kojoj se temelji, odigrava i organizuje socioterapijska aktivnost. Grupna dinamika ispoljava se u skoro svim socioterapijskim aktivnostima. U ovom obliku tretmana ne insisitra se na verbalizaciji emocija niti se postiže "osvešćenje" sopstvenih emocija prema drugima kao što je slučaj u grupnoj psihoterapiji. U socioterapijskim grupama pacijenti se podstiču i uče da uspešno savladuju sopstvena osećanja i napetosti, podstiču se na toleranciju, sporazumevanje i što bolju socijalizaciju.

Zahvaljujući pozitivnim iskustvima i saznanjima o terapijskim potencijalima svake sredine, socioterapijske metode sve više postaju pokretač psihijatrije u zajednici i njenu široku primenu u službama primarne zdravstvene zaštite. Ovo je još važnije kada se imaju u vidu dosadašnje teškoće i problemi vezanim za praćenje pacijenata posle bolničkog lečenja i potrebe za kontinuiranim modifikacijama svih faza kroz koje pacijent prolazi. Brojna saznanja nas upućuju na to da u planiranju

tretmana svih psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja pacijenata uključimo porodicu, radnu sredinu i odgovarajuće zdravstvene i socijalne službe. Krajnji cilj saradnje stručnjaka iz psihijatrije i lekara primarne zdravstvene zaštite sa drugim saradnicima da svi oni postanu integralni deo proširenog sistema tretmana psihijatrijskih pacijenata. S obzirom na predrasude i stigmatizaciju mentalnog bolesnika u društvu, i danas se uočava velika razlika između povoljne atmosfere socioterapije u bolnici i prelaznim psihijatrijskim ustanovama i nedovoljnog prihvatanja pacijenata van bolnice. Ovo ističe i Nacionalna komisija za mentalno zdravlje republičkog ministarstva zdravlja Srbije.

### **3. Socioterapiji otpuštenih pacijenata sa bolničkog lečenja**

Kada je reč o socioterapiji otpuštenih pacijenata u vanbolničku sredinu i onima koji su počeli svoje lečenje u vanbolničkim ustanovama i nisu hospitalizovani, obično se misli na tri sredine:

1. porodičnu, 2. radnu i 3. društvenu sredinu, koje bi, uz određeni napor, mogle da postanu socioterapijske mikrosredine.

**a) P o r o d i c a** kao socioterapijska mikrosredina, jedan je od novijih oblika savremenog tretmana i nege u psihijatriji, a uskoro i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U praksi se primenjuje roditeljski i bračni tip socioterapije. Stručni timovi još uvek nailaze na različite teškoće i probleme u ovom vidu tretmana, posebno sa porodicom roditeljskog tipa, često puta što sama psihopatologija jednog člana proističe iz ranije uspostavljenih i kasnije održanih patoloških odnosa roditelj-dete. Roditelji se često suprostavljaju putem različitih mehanizama socioterapijskim i grupnoterapijskim aktivnostima koje bi inače dovele do uspešnije socijalizacije bolesnog člana. Zbog toga se preporučuje, kada je to moguće, na samom početku tretmana i socioterapijom obuhvati cela porodica. Socioterapija u porodicama bračnog tipa suočava se sa mnogo manje problema zbog toga što među partnerima je redje i manje izražena patološka simbioza, što je njihov odnos više realan, što i saradnju partnera čini adekvatnijom.

Socioterapija u porodičnoj sredini pruža mogućnost stručnom timu iz psihijatrije ili primarne zdravstvene zaštite, da bolje shvati prirodu psihopatoloških zbivanja u ambijentu u kome se poremećaj pojavio. Ovaj oblik socioterapijskog tretmana obezbeđuje pored ostalog kontinuitet emocionalnog i socijalnog odnosa sa ostalim članovima porodice ili skraćuje dužinu bolničkog lečenja. Ona takođe, omogućuje primenu ostalih oblika tretmana (psihofarmaka, grupnu i okupacionu terapiju) u prirodnom miljeu porodice.

**b)** Socioterapija pacijenta koji se vraća na **r a d n o m e s t o** predstavlja težak i delikatan posao. Teškoće se mogu javiti iz bolesnikovog osećanja nesposobnosti ili realno smanjene radne sposobnosti i

problema prihvatanja u radnu sredinu. Socioterapijski rad bi se mogao odvijati u dva pravca i to: 1. rad sa pacijentom da prihvati sebe u novoj ulozi, da prihvati realno svoju bolest koja je dovela do smanjenja njegove funkcionalnosti, što uglavnom spada u domen aktivnosti medicinske sestre-tehničara i drugih članova tima i 2. rad sa radnom sredinom da se stekne uvid u smanjene mogućnosti pacijenta kao bi mu se omogućio posao koji odgovara njegovim preostalim radnim sposobnostima, o kojima najviše brine socijalni rad kao član psihijatrijskog tima. Međutim, nezaposlenost zdravih, osustvo zaštitnih radionica i pogona za invalide, smanjenje motivacije za rad bivših pacijenata i još uvek prisutna stigmatizacija su uslovi ne pružaju mogućnosti za realizaciju osnovnog cilja socioterapije da pacijenta vrati u radnu, socijalnu sredinu.

**c) Socioterapijski klub** predstavlja jedan od najefikasnijih socioterapijskih metoda. Tvorac prvih socioterapijskih klubova u psihijatriji, Birer, a kasnije i drugi autori ukazuju da i sada postoji mogućnost da oni neuspeju ako se ne vodi računa o sledećim činjenicama: a) važno je otpočeti sa malom grupom od 10 do 15 pacijenata različitih po strukturi ličnosti i dijagnozama, a) klubu treba uvek da prisustvuje isti psihijatar ili lekar iz primarne zdravstvene zaštite jednom nedeljno i koji poznaje najveći broj pacijenata, b) klub bi trebalo da bude funkcionalno povezan sa psihijatrijskom ustanovom kako bi u njega kontinuirano dolazili novi pacijenti, članovi kluba i c) drugi članovi stručnog tima ili osoblja, posebno medicinske sestre-tehničari treba da bude na raspolaganju pacijentima. Socioterapijski klub može biti organizovan kao samostalna institucija ili kao sastavni deo psihijatrijske ustanove ili primarne zdravstvene zaštite. U oba slučaja svojom strukturom najviše odgovara normalnim, svakodnevnim životnim uslovima. Aktivnost u njima odvija se izvan veštački stvorene atmosfere psihijatrijske bolnice. Pacijenti preuzimaju odgovornosti za svoje ponašanje, za uspešan rad kluba, pricipiraju u raznim vidovima grupnih aktivnosti. Pomoću različitih aktivnosti, interakcija i kontakata sa članovima porodice koji dolaze, njegovi članovi su u prilici da vide i usvajaju društveno prihvatljive socijalne modele ponašanja. U klubu se lakše može identifikovati preteći recidiv psihotičnog poremećaja. Klub, takodje, može delovati profilaktički na one članove koji potencijalno mogu oboleti. Važna je i uloga socioterapijskog kluba u demistifikaciji psihijatrijskog poremećaja i psihijatrijske ustanove.

Iskustvo pokazuje da postoje različite grupe pacijenata kojima je potrebna produžna terapija kroz socijalnoterapijske klubove. Prema njihovim psihosocijalnim potrebama mogu se podeliti u nekoliko grupa: a) grupa pacijenata sa tek završenim bolničkim lečenjem koji su radno nesposobni ili delimično sposobni i u svojim socijalnim odnosima teško frustrirani, zbog čega im je uspostavljanje socijalnih kontakata teško; b) ovu grupu čine pacijenti, članovi kluba koju su radno sposobni i koji su na vanbolničkom lečenju ili kod kojih je završeno aktivno praćenje i lečenje i oni su veoma aktivni u različitim oblicima aktivnosti u okviru kluba; c) radi se o pacijentima koji otvoreno naglašavaju svoje

dobiti od bolesti (bolovanja, upućivanja na lekarske i invalidsko-penzione komisije i sl. i kada ne dobiju očekivanu podršku napuštaju klub ili redje odustaju od navedenih nerealnih zahteva u vidu navedne dobiti od bolesti. Posebnu grupu čine mentalno zdrave osobe i to su članovi porodica pacijenata, prijatelji kluba ili se radi o osobama koje su zbog objektivnih prilika ostali van svoje socijalne sredine i koji se osećaju usamljenim, potištenim. Ova grupa teže se snalazi u aktivnostima kluba sem članova porodica i prijatelja socioterapijskog kluba. Treba istaći da je aktivnost članova socioterapijskog kluba u direktnoj zavisnosti od stanja njihove resocijalizacije. Kada se stanje u njihovoj socijalizaciji poboljša, srazmerno se smanjuje i aktivnost u klubu. Na osnovu dosadašnje dugogodišnje aktivnosti socioterapijskih klubova, posebno psihotičnih pacijenata, ocenjujući aktivnost pojedinih članova kluba, može se konstatovati da postoje tri faze u procesu socijalizacije kroz socioterapijske klubove: 1. prva faza-sumnjičavost, nesigurnost i neaktivnost u toku inicijalnog perioda koji traje u prvih nekoliko sastanaka, 2) druga faza nastaje kada dolazi do stapanja u nekoliko klupskih aktivnosti. To je tzv. aktivni period koji traje od nekoliko meseci do godinu dana i 3. treća faza koju karakteriše postepeno povlačenje iz aktivnosti uz proredjeno dolaženje u klub što se može smatrati kao osamostaljivanje pacijenta, člana kluba i potreba za odvajanjem od kontrole stručnjaka, terapeuta. Povlačenje iz kluba iz ovakvih razloga možemo samo podržati jer to govori da je došlo do značajnog smanjenja zavisnosti od kluba, stručnih lica i da je u mogućnosti da sam rešava svoje svakodnevne probleme i ispunjava obaveze kao i sve druge zdrave osobe.

