

Prof. dr Marko Munjiza,
redovni profesor psihijatrije na Medicinskom fakultetu
Univerzitera u Beogradu
E/mail> marko. munj@sbb.co.zu
Veb sajt: www.munjija.com
Mob. 064 270 2948

Predavanje za socijalne radnike na Akademskoj specijalizaciji iz Psihosocijalne rehabilitacije na Fakultetu političkih nauka u Beogradu šk.2008/09 god.

SOCIJALNI PRISTUP U PSIHIJATRIJI

I U V O D

Socijalni pristup u psihijatriji nije ni izdaleka jasno određen kao što je to slučaj sa biomedicinskim i ili psihodinamskim modelima koji inače, imaju i znatno dužu istoriju. Ta neodređenost predmeta i ciljeva uslovljena je nedovoljnom jasnoćom položaja u odnosu na veći broj društvenih disciplina i naučnih oblasti koje savremena psihijatrija koristi. Tu su pre svega socijalna psihologija, antropologija, sa kroskulturalnim i transkulturalnim istraživanjima, sociologija, humana ekologija i dr. Isto tako socijalni pristup nije najbolje određen u odnosu na psihijatriju kao medicinsku disciplinu. Takođe treba istaci da se u literaturi koristi više termina vezanih za ovu oblast; sociodinamski pristup, socijalna i ili preventivna, komunalna i ekološka psihijatrija, zatim psihijatrija u društvenoj zajednici, sociologija mentalnih poremećaja i slično.

Socijalni pristup u psihijatriji svoj početak duguje bar dvema veoma važnim fazama razvoja psihijatrije u celini i to pre svega moralnom tretmanu krajem 18 i tokom 19. veka podstaknutom od strane Philipa Pinela u Francuskoj. Kasnije se nadovezuje tzv. kulturna i socijalna faza, posebno tokom proteklog 20. veka sa radikalnom reorganizacijom i većom humanizacijom u psihijatrijskim bolnicama širom sveta. Prenaglašena individualistička dimenzija mentalne higijene postepeno prelazi na grupnu orijentaciju. Sve više uvažavajuću činioci socijalne sredine kao mogući uzročnici i ili deklansirajući, odnosno precipitirajući faktori, odvijaju se brojna transkulturalna istraživanja, migracije, postepeno se uvodi grupna terapija i slično. Za vreme i posle drugog svetskog rata dolazi do sve većeg razvoja grupne terapije, terapije sredinom, tzv. milje terapije, osmišljeniji je rehabilitacioni tretman, kao i drugi oblici prevencije u psihijatriji. Institucionalna faza ovog pristupa u psihijatriji pojavljuje se od 50-tih godina prošlog veka kroz prve međunarodne kongrese, pokretanje stručnih časopisa iz ove oblasti, uvodjenje timskog rada u svakodnevnu praksu, razvijanje mreže vanbolničkih ustanova. To dovodi do boljeg definisanja sadržaja aktivnosti u okviru socijalnog pristupa u psihijatriji. Sve više se uvažava sociokulturna implikacija dijagnostičkih pristupa, tretman i prevencija psihijatrijskih poremećaja. Pokazuje se veće interesovanje za unapredjenje mentalnog zdravlja kod što je moguće većeg broja ljudi u društvenim zajednicama. Uz to idu i nastojanja za što celovitiju integraciju psihijatrijskih pacijenata u socijalni sistem i društvenu zajednicu u celini. Ovi rudimentarni počeci preventivne psihijatrije kao dela siveg socijalnog pristupa sve više se razvijaju od polovine 60-tih godina prošlog veka. Antipsihijatrijski pokret tokom 70-tih godina i početkom 80-tih podvrgava snažnoj kritici visevekovni konzervativni stav u psihijatriji i pruža veliki otpor sve masovnijoj psihofarmakoterapiji prenaslavljajući nen pre svega hemijski uticaj kao faktor sputavanja ličnosti psihijatrijskog pacijenta. Predominacija psihodinamskog modela u nekoliko uzastopnih decenija prošlog veka, zatim snažno artikulisanje biološke psihijatrije poslednje tri

decenije nisu usporili razvoj, pojmovno odredjenje i sadrzaj aktivnosti u okviru socijalnog pristupa i-ili socijalnog odredjenja u psihijatriji.

Protetkih nekoliko decenija socijalni pristup obogatio je psihijatriju u celini. Njemu dugujemo veoma fleksibilnu i solidno organizovanu sluzbu, organizaciju brojnih epidemioloskih istrazivanja, uvodjenje ne samo grupne terapije vec i brojnih drugih oblika socioterapije. razvoj razvoj vise savremenih modela prevencije, manju stigmatizaciju i etiketiranje obolelih i njihovih porodica, bolje poznavanje etiopatogeneze veceg broja poremećaja i oboljenja, bolju pravnu zastitu pacijenata i drugo. Recju bolje unapredjenje mentalnog zdravlja u drustvenoj zajednici. U ovom pristupu u psihijatriji predmet interesoovanja sve manje su ne samo pojedinci, vec i grupe ljudi, zatim odnos izmedju mentalnih poremećaja i sociokulturnih procesa. Korisno je putem ovog koncepta, tj socijalnog pristupa u psihijatriji, prenosenje znanja iz drustvenih nauka u klinicku psihijatriju. Sve ove faze mogu da se sazm u cetiri grupe aktivnosti; 1) sociolosku i antropolosku, 2) epidemiolosku i antropolosku, 3) preventivnu i 4) terapijsku aktivnost. Sadrzajno odredjenje pomenutih tematskih okvira pojma socijalnog pristupa u psihijatriji moze se iskazati i u dve glavne hipoteze i to: a) sociodinamski orijentisanu aktivnost i b) preventivne aktivnosti.

II SOCIODINAMSKI ASPEKT SOCIJALNOG PRISTUPA U PSIHIJATRIJI

Sociodinamska dimenzija socijalnog pristupa u psihijatriji prvenstveno se ogleda u razlicitim socioterapijskim postupcima koji ukljucuju grupnu terapiju, terapijsku zajednicu, okupacionu, radnu i rekreativnu terapiju, zatim rehabilitaciju i poboljsanje kvaliteta zivota psihijatrijskih bolesnika. Neki autiori u ovaj oblik aktivnosti uvode jos i grupno vodjenje, savetovanje, zatim neke oblike organizacije psihijatrijske sluzbe kao na primer ustanovne za parcijalnu hospitalizaciju (dnevne, nocne i vikend bolnice), tretman u porodnoj sredini, zastitne radionice, socioterapijske klubove. Ove je karakteristicna vremenska, prostorna i funkcionalna povezanost, medjuzavisnost i vazan dinamicni odnos. Za razliku od drugih pristupova u psihijatriji kao na primer bioloski, psihodinamski, delimicno gde su jedini nosioci aktivnosti lekari, u socijalnom pristupu kao nosioci aktivnosti pored lekara znacajnu ulogu igraju socijalni radnici, psiholozi, defektolozi, pedagozi, radni terapeuti, kao i drugi clanovi svih struktura osoblja u psihijatrijskoj ustanovi. Tu mogu da spadaju i clanovi bolesnikove porodice, njegove radne i socijalne sredine i znacajne osobe iz pacijentovog okruzenja. Svi navedeni profili strucnjaka cine jedan multiprofesionalan tim, gde za terapijske potencijale koriste svoje znanje, iskustvo, kao i dinamske odnose u grupi.

III PREVENTIVNO ORJENTISANA PSIHIJATRIJA KAO DEO SOCIJALNOG PRISTUPA

U najsirem smislu reci preventivno usmerena psihijatrija obuhvata nekoliko znacajnih oblasti koja su relativno nova polja delatnosti u savremenoj psihijatriji. Neposredne preventivne aktivnosti podrazumevaju primenu pre svega primarne, sekundarne, tercijarne i po nekim akurima kvarterne prevencije. Danas psihijatrija raspolaze velikom lepezom direktnih i indirektnih mera u prevenciji velikog broja psihijatrijskih poremećaja. Postoji dosta argumenata za tvrdnju da zadovoljadajucim merama primarne prevencije da je moguice uspesno spreciti cak dve trecine psihijatrijskih poremećaja i oboljenja. Sekundarna prevencija podrazumeva rano otkrivanje i, dijagnostiku i lecenje mentalnih poremećaja. Zahvaljujuci dobrim dijagnostickim mogucnostima i primeni velikog broja evaluacionih postupaka znacajno je poboljsan terapijski efekat. Skracen period intenzivnog tretmana u velikoj meri smanjuje rizik za pojavu velikog broja psihosocijalnih i drugih posledica i sekvela mentalnih poremećaja. Tercijarna prevencija kojoj se u poslednje vreme dodaje i cetvrta (kvatererna) bavi se rehabilitacijom psihijatrijskih poremećaja i poboljsanjem kvaliteta zivota. Problemi edukacije u preventivnoj psihijatriji prevazidjeni su uvodjenjem ranije pomenutog multiprofesionalnog tima u svakodnevnim aktivnostima (lekara psihijata, psihologa, socijalnih radnika, drugim medicinskih i socijalnih

profila struicnjaka).Njihova kontinuirana edukacija temelji se na mnogobrojnim iskustvima kako same psihijatrije tako i nekih drustvenih nauka,pre svega sociologije,sociojalne psihologije i dr.

IV IZVORI SOCIJALNOG PRISTUPA U PSIHIJATRIJI

Uzi psihijatrijski izvori za ovaj koncept psihijatrije su veoma brojni,kao najvazniji mogu se navesti sledeci ciniooci i postupci; psihijatrijska praksa u celini i posebno psihijatrijske bolnice,psihodinamski pokrert koji je zacetnik princima dinamike,komunikacije,simbolickog znacaja jezika,gopvora,pojedinacnih i grupnih postupka uopster,zatim stavovi neoanalitickog,nefrojdisticnog pravca ciji su nocioci brojni savremeni psihijatri dvadesetoig veka.Njihova osnovna koncepcija svodi se na stav o vaznosti interpersonalnih odnosa i socijalnih interrakcija i relacijau kojima se radja i formira licnost.Tako objekti psihijatrijskog interesovanja postaju interpersonalni,medjuljudski odnosi u svim oblicima i okolnostima u kojima postoje.Sve to dovodi do razvoja grupe terapije,koja sama po sebi opostaje veoma vazan oblik lecenja a i bogat izvor za socijalni koncept u psihijatriji.TYaaklozvani nepsihijatrijski izvori socijalne dimanzije u psihijatriji,takodje su veoma brojni.Tu su pre svega institucionalni vidovi medjuljudskih odnosa,teorije socijalne komunikacije i polja,psihologija mallih grupa.Ovi stavovi proisticu iz brojnih socioloskih i socijaslnopsiholoskih studija i istrazivanja.Oni pruzaju bolji uvid u razlicite socijalne uloge koje se dogadjaju u zivotu i njihovo uskladjivanje u komunikaciju drugihsa dinamicnom i medjusobno aktivnom interakcijom.Za bolje odredjenje socijalnog modela u psihijatriji veoma je vazna teorija psihologije malih grupa i to narocito kohgezija grupe,uticajki i aktivnosti unutar grupa,njena struktura i poddddddela vlasti u grupi.Psihofarmakoterapija je veoma vazan faktor za unapredjenje socijalnog pristupa u psihijatriji Primenom savremenih psihofasrmaka znacajno je omogucen vanbolnicki tretman velikom broju psihijatrijskih bolesnika uz istovremenu primenu velikog broja socioterapijskih metoda.To znaci da je nezaobilazno medjusobno priblizavanje i dopunjavanje socijalnog modela sa bioloskim,psihodinammskim,biheviornalnim i drugim konceptima u psihijatriji.Imajuci u vidu namenu i obim ovog udzbenika,kao i cinjenicu da su neki elemnti iz socijalnog pristupa u psihijatriji dati kao posebna poglavlja,u ovom tekstu samo ce biti taksativno nabrojane jos neke cinjenice.Vec je navedeno da je socijalnoterapijski pristu vazan deo ovog konceptualnog dela u psihijatriji.Unutar ovog terapijskog modela centralno mesto zauzima grupna socioiterapija.Pojam i razvoj grupne terapije kao nacina lecenja izraz je sve vece afirmacije u psihijatriji da je pacijent ne samo biolosko i psiholosko ,vec i socijalno bice,Svi oblici individualnog tretmana pocev od medicinskog do psiholoskog ne pruzaju mogucnost da psihijatrijske pacijente dozivimo i kao drustvena ,socijalna i da ih tako tretiramo.Razliciti oblici ne samo socijalne grupe vec i drugih vidova grupne terapije javljaju se i kao odgovor na veliku izolovanost i usamljenost pojedinaca u savremenom svetu.Zbog toga grupna terapija ne podstice samo pripadnost grupi vec ima i karakter leka za sve prisutniju usamljenost i otudjenost modernog coveka.Osnovne karakteristike terapijske grupe nasuprot tzv opstih grupa jeste zajednicki cilj poboljsanje i unapredjenje mentalnog zdravlja clanova grupe.To su pojednostavljeno ggledano unutrasnji ciljevi grupe i pri cem u je vazna isto tako unutrasnja dinamikaPostoje razlicite vrste grupne terapije.Jednu cine grupe u kojim se obavlja odredjena aktivnost(vezbe,muzika i sl.)koja ima terapijski znacaj.U socioterapijske grupe u uzem smislu spadaju one grupe koje imaju prvenstveno terapijske ciljeve i uloge.U psihoterapijskim grupama odvijaju se usmerene verbalne komunikacije prvenstveno nesredjenje i cesto sa patoloskim sadrzajem,pojedini clan grupe je objekat tretmana i sama grupa je osnovno terapijsko sredstvo gde su integrisani delovi terapijskog procesa i to ne samo dinamicki i analiza tih procesa.

Grupna socioterapija odvija se po principu ovde i sada.Socijalno je motivisana,nema analize transfernih reakcija pojedinca i sa osnovnim ciljem da grupa prilagodi pacijente drustvenim uslovima zivota.Svi oblici grupne terapije omogucavaju vise ili manje ispoljavanje skrivenih i potisnutih osecanja,osecanje pripadnosti,iskustvo realnosti,smanjenje anksioznosti,,prihvatanje sopstvene licnosti i drugih ljudi,socijalno sazrevanje uz naglasavanje svih elemenata koji nedostaju u primarnim porodicama clanova grupe.Kada su u pitanju drugi oblici socioterapije (terapijska zajednica,okupaciona,radna,rekreativna) pored grupne terapije ,treba istaci da se oni medjusobno preplicu,dopunjuju.Vise informacija o navedenim socoterapijskim metodama nalazi se u odgovarajucim poglavljima

V SOCIODINAMSKI KONCEPT U ORGANIZACIJI PSIHIJATRIJSKE SLUZBE

Danasnja organizacija i funkcionisanje psihijatrijske službe doživela je svoju ekspanziju tokom proteklog dvadesetog veka. Visevekovni oblik psihijatrijske zaštite odvijao se skoro isključivo u okviru psihijatrijskih bolnica. Tokom poslednjih sedamdeset godina i narocito posle drugog svestkog rata osnivaju se prve institucije za delimičnu, parcijalnu hospitalizaciju u psihijatriji. Zatim sledi široko otvaranje brojnih vanbolničkih ustanova u vidu ambulanti, dispanzera, specijalizovanih savetovalista i tokom protekle tri decenije sve više se razvija koncept sveobuhvatne psihijatrijske zaštite, odnosno psihijatrija u društvenoj zajednici. Sve je dovelo do veće humanizacije i samih klasičnih psihijatrijskih bolnica. Nema sumnje da će ove ustanove (psihijatrijske bolnice) još dugo egzistirati, ali je neophodna njihova daljnja transformacija i prilagođavanje savremenim trendovima u kliničkoj psihijatriji. Nasuprot ranijih velikih psihijatrijskih bolnica danas se prednost iz više razloga daje manjim psihijatrijskim odeljenjima u okviru opstih bolnica, odnosno zdravstvenih centara. Time se u velikoj meri otklanjaju brojni nepovoljni aspekti same psihijatrijske hospitalizacije. Kada je u pitanju stacionarni oblik lečenja i tretmana u psihijatriji on još uvek ima dosta negativnih aspekata u odnosu na parcijalnu hospitalizaciju i vanbolničko lečenje. Ovde spada na primer sam sok iza pacijenta kada treba da bude primljen u psihijatrijsku bolnicu, zatim zbog dužeg boravka bolesnika na zatvorenim odeljenjima javljaju se sekundarni problemi koji nisu direktno u vezi sa oboljenjem i poremećajem kao što je pojava hospitalizma, odnosno institucionalne neuroze koja često predstavlja uvod u hronifikaciju samog psihijatrijskog poremećaja. Premda znatno ređe, ali još uvek se obavljaju prisilne hospitalizacije kada se bolesnik protiv svoje volje prima na bolničko lečenje i to najčešće zbog otpora koji pružaju pacijenti. Štetne posledice se javljaju i zbog dužeg odvajanja pacijenata iz njihovog svakodnevnog i uobičajenog socijalnog okruženja i ambijenta. Isto tako prisutan je strah od naknadnog etiketiranja pacijenta i njegove porodice. Sve to ukazuje da je vanbolnički oblik tretmana prihvatljiviji, a istovremeno je značajno i jeftiniji. Međutim i kod ove kategorije pacijenata koji se vanbolnički, dispanzerski tretiraju, takodje se javljaju određeni problemi. Tako je za neke pacijente ovaj oblik tretmana neprihvatljiv iz više razloga, bilo da je reč o prirodi samog mentalnog poremećaja koji zahteva intenzivniji tretman, zatim zbog dužeg osustovanja iz svakodnevnih profesionalnih i drugih psihosocijalnih aktivnosti zbog bolovanja, dolazi do značajnog povećanja rizika od novog recidiva bolesti. Dispanzerski tretman ne omogućava primenu svih dostupnih metoda i vrsta tretmana. Svi navedeni negativni aspekti bolničkog i vanbolničkog tretmana u psihijatriji često puta mogu se uspesno otkoniti primenom prelaznih institucija u kojima može da se obavlja parcijalna, delimična hospitalizacija. Tu spadaju dnevne, noćne i vikend bolnice. Njihova je uloga u najmanju ruku dvostruka. Kao prelazne ustanove omogućavaju postepen prelaz psihijatrijskih pacijenata iz bolničkih odeljenja u zajednicu, pre svega u njihovu porodicu i uzu socijalnu sredinu. Druga karakteristika se odnosi na činjenicu da se u navedene prelazne ustanove ne prijaju samo pacijenti sa bolničkih odeljenja nego mnogima to biva i prvo psihijatrijsko lečenje. Time se znatno umanjuju negativni aspekti potpune hospitalizacije. Za razliku od ranije prvenstvene uloge dnevnih bolnica u rehabilitaciji pacijenata, danas se u okviru ovakvih institucija pacijenti tretiraju sveobuhvatnije, mnogima od njih to je prvo lečenje i taj broj se kreće od 35 do 60% od ukupnog broja lečenih u toku jedne godine. Neki organizacioni oblici institucija deluju terapijski u organizacionom pogledu i putem tretmana koji se u njima provodi.

Tipičan primer su Socioterapijski klubovi lečenih pacijenata od različitih oblika poremećaja i to najčešće različitih vrsta psihoza, bolesti zavisnosti, poremećaja ponasanja, pacijenata u odolescentnom periodu i slično. Najprihvatljivije je rešenje kada je klub samostalna institucija. Tretman u njima najviše se približava relativnim životnim uslovima. Prirodnost situacije postize se što većim prenosjenjem odgovornosti i inicijative za sve što se događa u klubu na njegove članove. Pored socioterapijskog tretmana u uzem smislu reči u klubu se odvija situacioni i ili iskustveni tretman gde sam uvid u bolest ne mora da prethodi akciji. Sem socioterapijskog kluba u ovu grupu tretmana spadaju terapija u sopstvenoj ili tuđoj porodici (terapija u homo i heteroporodicioj sredini). Ova terapija primenjuje se u krugu svoje ili druge porodice pod nadzorom psihijatra ili člana stručnog tima. Tretman u drugim porodicama primenjuje se kada pacijent živi sam ili primarna porodica ne može ili ne želi da ga prihvati. Pacijenti u manjim grupama smestaju se u tuđu porodicu, prvenstveno

u seoskoj sredini koje prostorno ili geografski gravitiraju psihijatrijskoj bolnici. U ovom obliku tretmana dolaze do izražaja protektivni, edukativni i reedukativni terapijski efekti. To je omogućeno velikim terapijskim potencijalima zdrave porodične sredine koje u psihijatrijskim bolnicama treba vestački stvarati. Kada u primarnoj porodici postoje znaci poremećenosti kod drugih članova onda je ovaj oblik tretmana kontraindikovano. U koliko se terapija odvija u primarnoj porodici onda se ovaj oblik tretmana naziva kućnim lečenjem. Ovaj način lečenja razvija se i kod nas poslednjih tridesetak godina. U lečenju učestvuje multiprofesionalni tim stručnjaka na čelu sa psihijatrom i najčešće ga čine medicinska sestra, socijalni radnik i klinički psiholog. Kućno lečenje ima iste indikacije kao i drugi oblici tretmana i pored izražene simptomatologije važni su i drugi uslovi kao što su faza bolesti, određene okolnosti i stanje samog pacijenta. Kućno lečenje može da bude jedini način lečenja, zatim uvod u bolničko lečenje i / ili nastavak istog. Što se tiče uzih indikacija prednost se daje porodicama sa porodičnom patologijom gde se tretira više članova, zatim hronične psihoze sa čestim recidivima koje predstavljaju problem za život u zajednici i opterećuju bolničke institucije, čineći tzv. sindrom okretnih vrata. Od dijagnostičkih entiteta u obzir dolaze paranoidni poremećaji, zatim schizofrenija sa regresivnim i autističnim ponasanjem, zatim starije osobe sa demencijom sa povremenim psihotičnim fazama pre svega depresivnim i/ili paranoidnim. U metode tretmana koji imaju i svoju organizacionu formu spadaju posebne stambene jedinice za psihijatrijske pacijente, zaštitne radionice kao posebno odeljenje i/ili pogoni u kompanijama ili specijalne radionice namenjene za invalide. Međutim boravak u njima ne uključuje samo radnoprofesionalnu rehabilitaciju već uključuje primenu svih drugih terapijskih postupaka od medikamentoznog, psihoterapijskog do socioterapijskog.

VI SOCIJALNI PRISTUP U PREVENTIVNIM AKTIVNOSTIMA U PSIHIJATRIJI

Ovaj spektar aktivnosti u psihijatriji ne odnosi se samo na tri klasična oblika prevencije u vidu primarne, sekundarne i tercijarne već poslednjih nekoliko decenija obuhvata koncept sveobuhvatne psihijatrijske zaštite odnosno psihijatriju u društvenoj zajednici i epidemiologiju psihijatrijskih poremećaja. U sklopu primene epidemiološkog metoda mogu se razmatrati i etiološki faktori za pojedine poremećaje

1. Pojedini oblici prevencije

a) Primarna prevencija

Kada je reč o prevenciji u psihijatriji za lekare najsloženiji pristup merama primarne prevencije. Nedovoljna teorijska znanja i iskustvo lekarima predstavljaju problem u radu na polju zaštite i unapređenja opsteg mentalnog zdravlja i isto tako specifična prevencija od mentalnih poremećaja. Ovo po pravilu treba da bude multiprofesionalna timska aktivnost. Postoji kritičnih tačaka u planiranju mera primarne psihijatrijske prevencije. Uz dosta ulozenog napora još uvek je teško odrediti prirodu tzv. pozitivnog mentalnog zdravlja koje je podjednako biološki, psihološki i socijalno kulturni fenomen, a ne samo blagostanje i osustvo određenih simptoma. Njegovo određivanje je izvan psihijatrije, čak i mentalne higijene u spletu složenih interakcija sredine i individualnih ljudskih potreba. Specifična zaštita mentalnog zdravlja predstavlja preventivno-medicinsku i psihološku zaštitu u užem smislu reči, ono se bavi merama za sprečavanje bolesti. Realizuje se otklanjanjem uzroka bolesti pre nego što deluju na čoveka i/ili primenom lične zaštite i jačanjem odbrambenih snaga pojedinca. Uspeh mera primarne prevencije se dostignutim stepenom, odnosno kvalitetom zdravlja stanovništva. Postepeno se fokus procesa pomera sa borbe protiv bolesti na borbu za bolje zdravlje. Mere primarne prevencije mogu se podeliti na opšte, nespecifične i specifične. Opšte mere imaju za cilj da uklone i/ili ublaže štetne činioce i da podstiču one pozitivne koji unapređuju mentalno zdravlje. Time se stiče veća otpornost prema negativnom delovanju štetnih faktora koji se ne mogu uvek izbeći. U opšte mere primarne prevencije u oblasti mentalnog zdravlja obuhvataju: osiguravanje uslova za normalan rast i razvoj, borbu za zdravu sredinu, zdravlje uslove i stilove življenja i pomoć u stresnim i kriznim situacijama.

Specifne mere primarne prevencije ukljucuju veci broj ekoloskih i drugih faktora koji uticu na vise psihijatrijskih poremećaja i oboljenja koji se mogu uspesno prevenirati. Tu je pre svega velika grupa mentalnih retardacija. Danas su dobro sagledani brojni metabolički, hromozomski i uopšte genetički poremećaji koji dovode do mentalne retardacije. Ovde spadaju i brojna intrauterična oštećenja ploda, posebno u periodu embriogeneze, tj. u prvih meseci života.

Kada su u pitanju brojni tzv. psihoorganski sindromi, odnosno simptomatske psihoze, mogućnosti za uspesnu prevenciju su relativno velike. Znatno manje mogućnosti postoje endogene psihoze, iz kruga schizofrenije, afektivnih psihoza, perzistentnih poremećaja sa sumanutoscima i slicno. Postoje i ova grupa poremećaja razvija usled snažne interakcije endogenih i spoljasnih činilaca na osnovu ovog pristupa mogu da se razviju programi primarne prevencije. Multifaktorska etiologija, tj. složeno delovanje brojnih, prvenstveno spoljasnih psihosocijalnih činilaca u pojavi neurotskih, psihosomatskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja ličnosti i naročito tzv. psihosocijalnih problema je veoma očigledno. Sve ovo povećava nadu da se mogu da se i ovde mogu očekivati uspesne mere prevencije. Programi primarne prevencije često se usmeravaju na pojedince, odnosno grupe sa povećanim rizikom razvoja psihotičnih poremećaja. Da bi bili kompletniji i uspesniji, takvi programi treba da obuhvataju porodičnu i socijalnu sredinu.

b) Sekundarna prevencija-rano otkrivanje, dijagnostikovanje i lečenje

Kada se uzme u obzir da su mere primarne prevencije još uvek nedovoljno efikasne, onda značaj sekundarne prevencije postaje još veći. Poznato je da se i u lečenju psihijatrijskih poremećaja postizu bolji rezultati ako se oni što ranije otkriju i započme što je moguće ranije lečenje. Primera za to ima veoma mnogo. Najočigledniji su poremećaji u ranom detinjstvu kada se u tom uzrastu može mnogo više postići nego u adolescentnom i pogotovu u srednjem i kasnijem životnom dobu, ako neki poremećaj stalno progredira i pokazuje tendenciju za dugim trajanjem. Uspesno sprovođenje mera sekundarne prevencije moguće je u koliko je ispunjeno nekoliko uslova: 1) rano otkrivanje, dijagnostikovanje i lečenje treba da je uskladjeno sa aktuelnim dostignućima psihijatrije i medicine uopšte, zatim drugih stručnih i naučnih disciplina koje se bave čovekom, 2) dobroj koordinaciji i povezanosti psihijatrijske službe sa drugim zdravstvenim službama i društvenim sektorima koji brinu o mentalnom zdravlju stanovništva, 3) svi navedeni zdravstveni i socijalni segmenti treba da nauče da prepoznaju mentalne poremećaje i zajedničkim radom pomazu njihovo lečenje. Za razliku od druga dva vida prevencije, sekundarna prvenstveno spada u zdravstvenu delatnost. U timskom radu gde je lekar najodgovorniji član utvrđuje se plan i način lečenja za svakog pacijenta posebno. Sam izbor tretmana zavisi od prirode psihijatrijskog poremećaja ali i drugih okolnosti. Prednost imaju one metode i mere koje zahtevaju manje angazovanje kadra i vremena, zatim gde je moguće uključiti porodicu i uzeti socijalnu sredinu i društvenim sektorima koji brinu o mentalnom zdravlju stanovništva, 3) svi navedeni zdravstveni i socijalni segmenti treba da nauče da prepoznaju mentalne poremećaje i zajedničkim radom pomazu njihovo lečenje. Za razliku od druga dva vida prevencije, sekundarna prvenstveno spada u zdravstvenu delatnost. U timskom radu gde je lekar najodgovorniji član utvrđuje se plan i način lečenja za svakog pacijenta posebno. Sam izbor tretmana zavisi od prirode psihijatrijskog poremećaja ali i drugih okolnosti. Prednost imaju one metode i mere koje zahtevaju manje angazovanje kadra i vremena, zatim gde je moguće uključiti porodicu i uzeti socijalnu sredinu, jer često i od njihovog učesća zavisi konačan uspeh tretmana.

c) Tercijarna prevencija-rehabilitacija i kvalitet života

Tercijarna prevencija, odnosno rehabilitacija u psihijatriji i poboljšanje kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika ima za cilj da otkloni i/ili ublaži posledice poremećaja ili bolesti, odnosno da ponovo uspostavi izgubljenju sposobnosti i razvije nove. Sama rehabilitacija može da bude porodična, socijalna i radnoprofesionalna. Osnovni cilj je da se bolesnik osposobi za što je moguće zdraviji život u porodičnoj, socijalnoj i radnoj sredini. Njena primena mora da počme od samog početka tretmana. Time se značajno ublažava ili otklanja alijenacije pacijenata i pojava sekundarnih

posledica invaliditeta i hendikepiranosti. Izbor ciljeva, programa, rehabilitacionih tehnika i procedura zavisi od vrste i stadijuma bolesti, odnosno od vrste simptoma, poremećaja ponasanja i stepena oštećenja koje je bolest izazvala. Ove ciljeve određuje stepen izgubljene i očuvane sposobnosti kao i rehabilitacioni potencijali bolesnika. Takođe se mora voditi pozitivnim i negativnim faktorima vezanim za ličnost bolesnika, njegovu porodičnu i radnu sredinu. Proces rehabilitacije i resocijalizacije trebalo bi da obuhvati ne samo tzv primarne nesposobnosti koje su uslovljene procesom bolesti već i moguću pojavu sekundarnih hendikepa uslovljeni neadekvatnim stavom porodice, uže i šire socijalne sredine. Ovde mogu da se dodaju i pogresni stavovi lekara i drugih zdravstvenih radnika i saradnika u toku tretmana pacijenta. Ovi stavovi mogu da budu dvojaki i to pretežno protektivni, zastinicki ili odbacujući i time nestimulativni u pogledu rehabilitacije ili sa nereálnim očekivanjima i zahtevima od bolesnika. Isto tako i okolina može da utiče na povećanje negativnih stavova pacijenta prema sebi, porodici, društvu. Sve to može da utiče na odnos pacijenta prema rehabilitaciji. Sama rehabilitacija treba da ima visoko postavljen cilj i time se prevazilazi tradicionalno mišljenje "osposobiti pacijenta za život i rad kao pre bolesti". Savremeni program teži da pacijent postigne veće i pouzdanije funkcije za život i rad nego što su postojali pre bolesti. Tako se postiže da dobro obavljena rehabilitacija deluje preventivno na pojavu novih psihickih poremećaja. Ovako visoko postavljeni ciljevi rehabilitacije i kvaliteta života nisu nereálno postavljeni. Brojni su primeri iz psihijatrijske prakse koji pokazuju da su pacijenti dostigli visoke nivoe reintegracije u socijalnoj sredini uz obavljanje istaknutih uloga. Jedan od primera je i Clifford Beers u SAD koji je rodonacelnik mentalne higijene koji je početkom prošlog veka proveo više godina u psihijatrijskoj bolnici.

VII PSIHOSOCIJALNI KONCEPT ZAŠTITE I UNAPREDJENJA MENTALNOG ZDRAVLJA

U savremenoj psihijatriji postoji veliki broj različitih oblika institucionalne organizacije službe. Ona ubuhvata stacionarno lečenje, tretman u prelaznim ustanovama za delimičnu hospitalizaciju i veći broj vanbolničkih ustanova i službi. Po mišljenju većeg broja autora centralno mesto u ovoj organizaciji zauzima Centar, odnosno Dispanzer za mentalno zdravlje. Preko njega istovremeno ostvarena je i koordinacija sa službama primarne zdravstvene zaštite i službama socijalne zaštite. To čini istovremeno i savremeni model sveobuhvatne psihijatrijske službe, odnosno psihijatriju u društvenoj zajednici. U podeli rada u tako koncipiranim službama pripada značajna uloga u sprovođenju mere prvenstveno sekundarne prevencije (rano otkrivanje, blagovremena dijagnostika i lečenje psihijatrijskih poremećaja), psihijatrijske i posebno druge zdravstvene i socijalne službe imaju značajnu ulogu u sprovođenju primarne i tercijarne prevencije. Vodeća uloga u ovim domenima prevencije pripada socijalnim i drugim društvenim sektorima. Pri organizaciji ovakvog koncepta psihijatrijske službe treba voditi računa o teritoriji koju ona pokriva, zatim dostupnost njihovim korisnicima, kontinuitet u radu i sveobuhvatnost za sve vrste poremećaja i potreba mentalnog zdravlja u celini. Centralna ustanova u ovom sistemu je kao što je već navedeno Dispanzer, odnosno Centar za mentalno zdravlje, koji može da bude samostalan ili u sklopu primarne zdravstvene zaštite stanovništva. Na komunalni sistem i lokalna teritorijalna organizacija predstavlja veoma prikladan sistem za ovakvu organizaciju psihijatrijske službe. Time su obostrano preduslovi za kompletniju organizaciju psihijatrije u društvenoj zajednici. Za razliku od tradicionalne vanbolničke psihijatrijske službe koja je bila predstavljena neuropsihijatrijskom, odnosno psihijatrijskom ambulantom u kojoj su radili samo neuropsihijatri/psihijatri i srednje medicinsko osoblje, dispanzer treba da raspolaze multidisciplinarnim timom stručnjaka. Time se prelazi i barijera tradicionalnog kabinetskog specijalističkog tretmana u osnovnoj zdravstvenoj zaštiti. Posmatranjem mentalnog zdravlja i psihijatrijskih poremećaja u socijalnom kontekstu i rada centara, odnosno dispanzera na navedeni način omogućavaju da se preventivne, terapijske i rehabilitacione mere i aktivnosti izvode uz aktivno učešće i saradnju drugih segmenata primarne zdravstvene zaštite i socijalnih službi. To pruža mogućnost da se i tradicionalna uloga dispanzerizacije službe od dijagnostičko-terapijske pomeri ka aktivnom angazovanju na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja u društvenoj zajednici. Multiprofesionalna struktura stručnjaka ne bi smela da se izjednači sa timom koji je karakterističan na drugim nivoima organizacije (bolnice, dnevne bolnice, rehabilitacioni

centri i sl.)to treba da bude prvenstveno mobilna ekipa koja smo jedan deo vremena provodi u dispanzeru,a mnogo vise "pokriva teren"lokalne drustvene zajedice koju dispanzer ili centar za mentalno zdravlje pokriva.u realizaciji programa zastite i unapredjenja mentalnog zdravlja,dispanzeri za mentalno zdravlje u osnovnoj zdravstvenoj zastiti predstavljaju najvzniju kariku u socijalnom konceptu organizacije psihijatrijske sluzbe.ovaj segment zastite mentalnog zdravlja i drugi organizacioni modeli u svoj svakodnevni rad sve vise ukljucuju razlicite oblike neinstitucionalnog tretmana i pomoci(volonteri,terapeuti laici,znacajne osobe mrezne,"network" terapije).Oni nisu samo odgovor i reakcija na pozitivisticko shvatanje zvanicne,akademske psihijatrije,vec vazan pokret koji "obogacuje" svakodnevnu psihijatrijsku praksu.Taj veliki ljudski potencijal je potvrđen u brojnim organizovanim humanitarnim asocijacijama ukljucujuci i one organizacije koje se bave pružanjem pomoci potencijalnim pacijentima,na primer pokret Anonimnih alkoholicara.Znacajne vrednosti neinstitucionalnih oblika pomoci su realna mogucnost da se zadovolji veliki deo ljudskih potreba i razresavanje brojnih problema kojima se bave psihijatrijske institucije i velika korekcija mogucih nepozeljnih skretanja oficijelnih institucija psihijatrijske zastite.Najcesce forme i oblici koji se koriste u svakodnevnoj praksi su: klubovi za uzajamnu pomoc,udruzenja gradjana sa ciljevima i namenama pomoci drugim osobama na jednoj teritoriji i odredjenim grupama stanovnistva(distroficari,hendikepirani,oboleli od multiple skleroze,schizofrenije,starije osobe,usamljeni i slicno).Tu spadaju i savetovalista koja se bave uglavnom emocionalnim i psihosocijalnim problemima,na primer mladim,osobe pod izikom od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i drugo.Ove aktivnosti ne bi trebalo da funkcionišu izolovano,vec u funkcionalnoj povezanosti i u koordinaciji sa ustanovama primarne zdravstvene zastite i psihijatrijskih vanbolnickih sluzbi.Na taj nacim opovecan je strucni i drustveni znacaj ovog vida pomoci u psihijatriji.Poseban problem predstavlja tradicionalna ,alternativna medicina koja svoj rad bazira na poznatim principima sugestije,poverenja,podrsci,ohrabrenj u preko direktne i/ili larvirane sugestije,kojima narod veruje i uzivaju znacajnu popularnost.Da bi se otklonili brojni stetni efekti koje je prakticno nemoguće kontrolisati i sprecit ,potrebno je i ove aktivnosti ukljuciti u primarnu zdravstvenu zastitu kao to i predlaze Svetska zdravstvena or4ganizacija.

VIII PSIHOSOCIJALNI I SOCIOKULTURNI FAKTORI U ETIOLOGIJI DUSEVNIH POREMECAJA

U sadasnjem trenutku nase poznavanje uzroka vecine psihijatrijskih poremećaja i oboljenja nedovoljno je poznato.Posto je nepoznat direktan uzrocnik,u razmisljanju u etiologiji treba uzeti u ozir sve moguće faktore koji bi mogli biti direktni i/ili indirektni uzroci..Najopstiji pristup govori da je mentalni poremećaj rezultat interakcije osobe,odnosno specificnosti njene licnosti,sa predisponirajucim i precipitirajucim,deklansirajucim cinilcima.Predisponirajuci faktori su oni koji neku osobu cine podloznom,ranjivom,vulnerabilnom,a njihovo delovanje na pr moze veoma dugo da traje.Precipitirajuci faktori su oni koji prethode klinickim manifestacijama,pocetku poremećaja.Vulnerabilnost neke osobe predstavlja precipitirajuci faktor kao rezultat delovanja bioloskih,pre svega genetskih,hereditarnih cinilaca i zivotne dobi pacijenata.u grupi precipitirajucih faktora najveći broj otpada na brojne psihosocijalne i sociokulturne cinioce.U faktore okoline mogu da se ukljuce porodicne interakcije kao sto je sklapanje braka,razvod,rodjenje deteta,smrt bliske osobe i drugo.Iz ove grupe cinilaca veliki znacaj imaju i interpersonalni odnosi,zatim zivotne okolnosti sa mogucim nepovoljnim zivotnim događajima koji mogu izazvati brojne frustracije i problemi,na primer skorasnja imigracija,doseljaavanja,financijsko stanje,p[roblemi sa sudom i zakonom,zanimanje,poste porodicno stanje.Takodje je znacajan kvalitet fizickog zdravlja i osustvo bolesti u odrzavanju mentalnog zdravlja kod jedne osobe.Somatska bbolest predstavlja prak5tichni i emocionalni problem za jednu osobu.

Dobra saradnja psihijatrije sa sociologijom i njenim užim stručnim disciplinama u proučavanju socijalnih činilaca i faktora kulture dala je veoma dobre rezultate koji su značajni za mentalno zdravlje.Tako je metodom socijalne epidemiologije polazeći od nivoa društvene zajednice sasvim dobro je sagledano delovanje sociokulturnih činilaca na zdravlje čoveka.To je dovelo i do sasvim

novog ugla posmatranja na međusobnu povezanost socijalnih faktora i procesa, s jedne, i duševnog zdravlja i poremećaja s druge strane. kada je reč o psihosocijalnim faktorima treba navesti da psihološke i sociogenetske hipoteze koje analiziraju različite psihološke i socijalne činioce kao moguće etiološke faktore dale su značajan doprinos boljem razumevanju suštine psihijatrijskih poremećaja. Utvrđeno je da i kod ovih poremećaja i oboljenja gde je organski faktor sigurno prisutan, kao na primer simptomatske psihoze i psihoorganski sindromi, da postoji takodje značajan uticaj psihosocijalnih činilaca. Ova grupa činilaca naročito dolazi do izražaja u etiologiji drugih poremećaja; neuroza, poremećaja ličnosti, psihosomatskih poremećaja, zatim tzv "psihosocijalnih problema" ili "problema življenja". Medjutim, i ovde treba imati u vidu uticaj i delovanje bioloških činilaca. Najčešći psihosocijalni činioci relevantni u etiologiji pojedinih psihijatrijskih poremećaja su psihološki faktori koji deluju u ranom detinjstvu, zatim iste grupe činilaca koji deluju kasnije tokom života, stresne i krizne situacije, izbeglištvo, emigracija, elementarne katastrofe, ratna stanja. Već odavno se zna da je rano detinjstvo značajno za normalni psihosocijalni razvoj i da budu koreni različitih psihijatrijskih poremećaja, nalaze se u ovom ranom razvojnom periodu. Uskraćivanje detetove potrebe za ljubavlju, podrškom i zaštitom, može da dovede do smanjenja ili gašenja osećanja sigurnosti i pojave psiholoških i psihijatrijskih poremećaja. Psihosocijalni činioci čije je delovanje izraženije u adolescentnom i zreлом životnom dobu takodje su brojni. Oni mogu direktno da naruše mentalno zdravlje, ali je važnije njihovo deklansirajuće delovanje na razvoj različitih mentalnih poremećaja. Svakako najvažniji medju njima su interpersonalne transakcije od čijeg kvaliteta i obima zavisi mentalno zdravlje ili dolazi do različitih psihijatrijskih poremećaja. Oni su detaljno analizirani u drugim poglavljima. Zajednički imenitelj većine psihosocijalnih faktora koji su uzrok ili udruženi sa psihijatrijskim poremećajima i koji je svestrano istraživan jeste stres, odnosno stresna situacija. Treba naglasiti da stres nije samo socijalnopsihološki već i biološki i fiziološki pojam. Osnovna karakteristika stresne situacije jeste u tome da se ona odnosi na medjuzavisnost izmedju organizma i socijalne sredine. Stresna situacija se odnosi na sve socijalne, psihološke i fiziološke probleme koji osobu opterećuju dotle da nije u stanju da se prilagodi novonastaloj situaciji koju izaziva stanje stresa. Kada su u pitanju psihosocijalni faktori koji imaju veliki uticaj na mentalno zdravlje i pojavu određenih poremećaja sem ranije navedenih posebno su značajni i sledeći činioci; socijalna dezorganizacija, ratni posleratni period koji obuhvata civilno stanovništvo, vojna lica i neposredne žrtve rata, život u uslovima emigracije, elementarne nepogode, hiruške intervencije u ginekologiji, oftalmologiji i kardiovaskularnom sistemu, porodjaj, bračno stanje, zanimanje i socijalni status, odnosno klasna pripadnost. Osnovni problem daljnjeg proučavanja uticaja različitih socijalnih faktora na mentalno zdravlje nije samo utrdjivanje povezanosti nekog činioca i duševnog zdravlja, odnosno poremećaja već i utrdjivanje pod kojim uslovima napred nabrojani faktori deluju na mentalno zdravlje i eventualno utiču na javljanje mentalnih poremećaja. Danas se sve više razmatra istovremeno delovanje većeg broja činilaca u vidu udruženih, asociiranih situacionih i socijalnih činilaca. Zapravo radi se o individualnim reakcijama na socijalne promene i socijalna očekivanja koja su determinisana istovremenim delovanjem većeg broja psihosocijalnih faktora. Ovde je značajan uticaj i životnog doba osobe koja je izložena delovanju pomenutih psihosocijalnih činilaca. mnogo su češći mentalni poremećaji uslovljeni socijalnom promenom i njenim stresogenim efektom kod mlađjih i starijih osoba nego u srednjem životnom dobu.

Kada je u pitanju socijalni pristup u psihijatriji veliki značaj se pridaje i delovanju sociokulturnih na mentalno zdravlje, javljanje i raširenost psihijatrijskih poremećaja. Kada se govori o sociokulturnim faktorima kao mogućim etiološkim činiocima onda se pre svega misli na odnos sociokulturne sredine i različitih aspekata mentalnih poremećaja. Ovakva istraživanja retko obuhvataju samo jednu kulturu i najčešće se radi o transkulturalnim ispitivanjima koja se odnose na komparativna proučavanja odnosa sociokulturne sredine i mentalnih poremećaja u dve ili više različitih sredina. Važan doprinos ovim istraživanjima dale su sociologija i kulturna antropologija. Vremenom se u ovoj oblasti izdiferenciralo nekoliko različitih pristupa koji se mogu grupisati u tri osnovne podgrupe; a) ispitivanje kvantitativnih aspekata duševnih poremećaja u jednoj ili više sociokulturnih sredina, b) proučavanje kvantitativnih aspekata mentalnih poremećaja u pojedinim sociokulturnim sredinama i c) studije koje se bave ispitivanjem specifičnih oblika psihijatrijskih poremećaja koji su karakteristični za geografski ograničene sociokulturne sredine. Ovde veliki problem predstavlja nedostatak jedinstvene antropološke koncepcije o razlikama izmedju arhajskih i nearhajskih

društava. I pored pomenutog ograničenja doprinos transkulturalnih istraživanja socijalnodeterminisanoj i kliničkoj psihijatriji je veliki. Naša društvena zajednica, unija SCG, veoma je zanimljiva za različita etnopsihijatrijska, odnosno sociokulturna antropološko-psihijatrijska istraživanja. To se pre svega odnosi na raširenost pojedinih oblika mentalnih poremećaja u različitim sociokulturnim sredinama (suicidi, alkoholizam, depresivni poremećaji i sl.) Ovdje spadaju i proučavanja kvalitativnih razlika za pojedine psihijatrijske poremećaje u različitim sociokulturnim sredinama. Zajednička osnova nepovoljnog delovanja sociokulturnih činilaca, odnosno kulture na mentalno zdravlje i pojavu mentalnog poremećaja, svodi se na sledeće negativne aspekte; određivanje modela određenog broja specifičnih mentalnih poremećaja, formiranje posebne strukture ličnosti sa većim rizikom od dekompenzacije, procesu vaspitanja i obrazovanja i različitim oblika socijalnih sankcija može da dovede do psihijatrijskih poremećaja. Neke poremećaje kultura može da "legalizuje" u određenim socijalnim ulogama, zatim stvaranjem uslova gde će se sukobi i ne prihvatanje socijalnih uloga dovesti do socijalnopatoloških pojava, naročito gde je nizak stepen unutrašnje socijalne integrisanosti i slično.

IX SOCIJALNI PRISTUP DUŽINI BORAVKA PACIJENATA U PSIHIJATRIJSKIM BOLNICAMA

Kada je reč o socijalnoj dimenziji dužine boravka pacijenata u psihijatrijskim bolnicama, to se pre svega odnosi na faktore koji utiču na zadržavanje pacijenata na bolničkom lečenju. Oni indirektno osvetljavaju pojam i značenje hroničnog psihijatrijskog pacijenta. O dugotrajnom zadržavanju pacijenata na stacionarnom lečenju govorimo onda kada su njihove šanse za otpust ozbiljno smanjene. Danas se smatra da kontinuirani, neprekidni boravak duži od dve godine dovodi bolesnika u status hroničnog psihijatrijskog bolesnika. Izgleda da ni uvođenje savremenih psihofarmaka kod relativno velikog broja bolesnika ne dovodi do skraćivanja dužine bolničkog lečenja. Znatno je bolja situacija kod onih pacijenata koji ne pokazuju hronicitet. Dugotrajno hospitalizovani pacijenti suočavaju se sa dva problema; jedno je činjenica da su dugo u psihijatrijskoj bolnici drugo što pripadaju grupi bolesnika kojima osoblje poklanja veoma malo pažnje. Od ukupnog broja hroničnih pacijenata na dugotrajnoj hospitalizaciji više od 55% otpada na schizofreniju. Jedan od prvih činilaca odgovoran za dugotrajno lečenje je činjenica da je pacijent u bolnici zato što je mentalno bolestan. Da to nije tako potvrđuju saznanja da je daleko veći broj pacijenata u društvenoj zajednici, a ne u bolnici. Samo stanje bolesnika i njegova objektivna klinička slika nije glavni faktor koji određuje dužinu bolničkog lečenja. Često je to sprega niza slučajnih okolnosti; veličina postelnog fonda bolnice, učestalost prijema novih pacijenata, spremnost članova porodice i šire socijalne sredine da prihvata pacijente iz bolnice i drugo. Kao najčešći socijalni faktori koji utiču na dužinu boravka pacijenata u psihijatrijskim bolnicama navode se životna dob, bračno stanje socioekonomski status, hospitalizam sa izraženom apatijom i gubitkom želje za promenom aktuelnog stanja, podrška porodice, geografska udaljenost bolnice od mesta stalnog boravka pacijenata i njegovih srodnika, postojanje i pristupačnost prelaznih psihijatrijskih ustanova i njihova osnovna terapijska orijentacija i ugled koji uživaju. Tako u populaciji hroničnih psihijatrijskih bolesnika sa dugotrajnom hospitalizacijom preovladjuju stariji pacijenti sa 40 i više godina, bez porodice, nižeg ili niskog socioekonomskog statusa i veoma retko bogati, nedovoljna i neiskrena podrška članova porodice sa retkim posetama i odbojnim stavom prema povratku u porodicu, borave u udaljenoj bolnici od mesta boravka, bez razvijene vanbolničke službe i prelaznih ustanova za parcijalnu hospitalizaciju u okviru bolnice ili mestu stanovanja pacijenta.

X DRUGA PODRUČJA PSIHIJATRIJE U KOJIMA JE ZNAČAJAN SOCIJALNI PRISTUP

1) Resocijalizacija otpuštenih psihijatrijskih pacijenata

Postoji više uslova koji utiču na kvalitet i obim resocijalizacije otpuštenih psihijatrijskih bolesnika. U prvom redu važan je način operacionalizacije pojma resocijalizacije, odnosno socijalne readaptacije otpuštenih pacijenata. Kao najznačajniji faktori se koriste radna i socijalna sposobnost pacijenata, zatim društveno prihvatljivo ponašanje. Sva tri pomenuta faktora čine pojam socijalne

funkcionalnosti otpuštenih bolesnika. Okolnosti koje mogu da utiču na poboljšanje ili pogoršanje socijalne reintegracije i resocijalizacije su pre svega stav prema psihijatrijskom bolesniku i kvalitet porodične sredine pacijenata. Kada su u pitanju različite vrste društvenih predrasuda, odnosno stav prema pacijentu i njegovo prihvatanje u prvom redu to može da potiče iz njegove porodice, od strane poslodavaca i zaposlenih u istoj radnoj organizaciji. Sama priroda stava prema psihijatrijskom bolesniku otpuštenom iz bolnice od strane pomenutih grupa i pojedinaca jedan je od važnih činilaca kako kvaliteta resocijalizacije i uključivanja u profesionalnu aktivnost, tako i za kvalitet aktivnosti u društvenoj zajednici. Tako odbojan stav članova porodice prema otpuštenom psihijatrijskom bolesniku može pored ostalog da osujeti i njegovo uključivanje u radnu i profesionalnu aktivnost, bilo da mu se ne pruža adekvatna podrška ili ga obeshrabruje. Na ovakav stav mogu da utiču struktura porodične sredine, ličnost pojedinih članova bolesnikove porodice, njihove sociokulturne karakteristike i očekivanja članova porodice vezana za ponašanje otpuštenih pacijenata sa psihijatrijskog bolničkog lečenja, zbog slabije obaveštenosti o prirodi mentalnog poremećaja, postojanje ranijih psihijatrijskih poremećaja. Skoro da isti činioci utiču i na ponovni prijem pacijenata u bolnice. Mnogi smatraju da su i ovde mnogo značajniji socijalni činioci nego kliničko stanje pacijenata. Tako odbojan i neprijateljski stav porodične i socijalne sredine često dovodi do toga da pacijent bude brže i lakše ponovo hospitalizovan u psihijatrijsku bolnicu. Tu se uključuju i preveliki zahtevi i očekivanja od pacijenata koje članovi porodice i socijalna sredina postavljaju pred pacijente. Ovde se svakako upliću i brojne druge situacije koje je teško identifikovati i klasifikovati koje se najbolje vide u istorijama bolesti brojnih pacijenata. Ovde svakako ne bi trebalo prevideti i brojne psihijatrijske faktore koji su odgovorni za ponovni prijem pacijenata u psihijatrijske bolnice kao što je intenzitet kliničke slike, bizarno ponašanje i slično.

2) Psihijatrija u zajednici, komunalna, socijalna psihijatrija

Ovaj koncept psihijatrije datira od polovine 60-ih godina prošlog veka u Francuskoj i SAD. Nešto kasnije ovaj princip prihvaćen je i u našoj sredini. Osnovni cilj je da se smanji broj psihijatrijskih pacijenata u društvenoj zajednici kao i samnjenje broja osoba koje su onesposobljene zbog emocionalne poremećenosti primenom dosadašnjih psihijatrijskih znanja i socijalnih nauka. Reč je zapravo o prevenciji psihijatrijskih poremećaja pojedinca u okviru društvene zajednice preko savremenije konceptualizacije mentalnog zdravlja u vanbolničkim uslovima. Za ovo je potrebna bolja koordinacija svih psihijatrijskih institucija u zajednici, drugih zdravstvenih i socijalnih ustanova i službi. Na taj način postiže se daleko potpuniji tretman i rehabilitacija obolelih i smanjivanje učestalosti mentalnih poremećaja u zajednici. To praktično znači da se radi o primeni principa preventivno orjentisane psihijatrije u društvenoj zajednici ili konceptu sveobuhvatne psihijatrije u zajednici. Kliničke psihijatrijske službe u zajednici vrše praktično dosadašnju ulogu, tj. obezbeđivanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka u psihijatrijskim ustanovama za potpunu i parcijalnu hospitalizaciju. Nekliničke službe trebaju da osiguraju maksimalnu podršku zajednici u zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva. Prema Kaličaninu (1974) psihijatrija u zajednici rukovodi se sledećim načelima i principima: 1) Plan i program svojih aktivnosti donosi na osnovu psihijatrijsko-epidemioloških istraživanja u saradnji sa drugim zdravstvenim i socijalnim ustanovama 2) Na osnovu postojećih planova i programa definiše uloge i zadatke i odgovornost pojedinih institucija i službi, a metodologija rada timski se razradjuje, 3) Pomoću redovnih epidemioloških istraživanja usaglašavaju se potrebe i zahtevi društvene zajednice za organizacijom i funkcionisanjem pojedinih psihijatrijskih službi 5) Izvodi se brižljiva koordinacija svih vidova prevencije u psihijatrijskim ustanovama i pomaže koordinacija tih aktivnosti u drugim zdravstvenim i socijalnim ustanovama, 5) u okviru zajednice, sektora obezbeđuje se kontinuirano pružanje raznovrsnih usluga u skladu sa potrebama pacijenata, njihovih porodica i društvene zajednice, pri čemu je težište rada na vanbolničkoj psihijatrijskoj zaštiti, 6) Organizacija i način rada prilagodjen je tako da se pomoć pruža ne samo pacijentima koji je traže već i osobama koje nisu obuhvaćene nikakvim tretmanom ili je čak izbegavaju, 7) neguje se i razvija konsultativna i edukativna pomoć stručnjacima koji rade u drugim zdravstvenim i socijalnim ustanovama i rad na mentalno higijenskom prosvetivanju članova zajednice. Sadašnja praksa psihijatrije u zajednici još

uvek je oskudna i organizovana je u malom broju društvenih sredina,tako da nije moguće dati pouzdanije zaključke o njenoj efikasnosti.Sigurno je da ima dobru perspektivnu u bućnosti.

3) Stavovi prema psihijatrijskom bolesniku

Interesovanje za stav prema psihijatrijskom pacijentu aktuelno je poslednjih nekoliko decenija i ono je povezano sa razvojem socijalne psihijatrije i uvaćavanjem znaćaja socijalnog pristupa u psihijatriji u celini.Naznaćajnji doprinos dali su socijalni psiholozi,pošto je stav prema duševnom poremećaju sociopsihološka kategorija.Danas su to interdisciplinarna ispitivanja.Stav u sebi sadrži saznavnu,emocionalnu i voljnobiheviornalnu komponentu.I dalje postoji dosta ogranićenja ispitivanja stavova prema psihijatrijskom pacijentu.Najveći problem predstavlja mogućnost komparacije razlićitih ispitivanja u medjusobno razlićitim sociokulturnim sredinama.Od instrumenata koji se koriste u ovim ispitivanjima i dalje je najaktuelnija skala stavova,intervju sa fiksiranim alternativnim odgovorima ili pitanjima otvorenog tipa.U ranim ispitivanjima stavova prema mentalnom poremećaju došlo se do zaključka da su oni po pravilu negativni" jer je duševni bolesnik nešto što ljudi po svaku cenu žele da zadrže što dalje od sebe".Dugo je vladalo poricanje,izolacija i odbacivanje,zatim strah,nepoverenje,mrćnja i sl.Najveći problem predstavlja i dalje odbacivanje pacijenata,tako da je to jedan od važnih zadataka koji stoje ne samo pred psihijatrijom već i društvenom zajednicom.POSlednje dve do tri decenije došlo je do važnih promena u stavu prema psihijatrijskim bolesnicima.Uoćava se veća tolerancija,bolje je prihvatanje i veća spremnost da se pomogne, jer preovladjuje osećanje da je psihijatrijski poremećaj takvo stanje koje od laika traži razumevanje i za čije lećenje su nadležni jedino stručnjaci doktori i specijalisti psihijatri i članovi multiprofesionalnih stručnih timova.Kada je u pitanju veza izmedju stava i stepena obrazovanja treba naglasiti da su ljudi uglavnom nedovoljno a ne pogrešno informisani o prirodi mentalnog poremećaja.LJudi sa višim stepenom formalnog obrazovanja spremniji su od ostalih da prihate socijalnu odgovornost za psihijatrijskog bolesnika i da sa njime stupe u bliži socijalni kontakt.Ćinjenica je da nije isto šta ljudi misle kako bi se odnosili prema psihijatrijskom pacijentu,nego kako se oni stvarno prema njemu ponašaju.Danas je sigurno manje izraćen neprijateljski stav,ali i dalje postoje nešto manje vidljivi izolacija i odbacivanje.Kao mogući odgovor na ovakve stavove mogu može se navesti više činilaca koji su uzrok za odbojan stav prema psihijatrijskom bolesniku.To su pre svega psihijatrijski poremećaj kao devijantno i mentalno bolesno ponašanje,socijalno obezvređivanje,socijalna distinkcija prema bolesniku,uskraćivanje osnovnih ljudskih prva i drugo.

XI UMEŠTO ZAKLJUĆKA

Namera nam je bila da prikazemo neka nova istraćivaćka podrućja socijalnog pristupa u psihijatriji o kojima se ranije nije pisalo na jednom mestu i takodje,aktuelizujemo "starija podrućja " na kojima su dobijeni znaćajno novi radovi i stećena nova iskustva.Sigurno je da koncepcijom i strukturom ovog poglavlja sa podnaslovima nisu obuhvaćeni svi aktuelni socijalni pristupi u psihijatriji.U bliskoj budućnosti može se sigurno oćekivati veći znaćaj trnaskulturalne psihijatrije,bolje sagledavanje socijalnog ponašanja i psihijatrijskih poremećaja,jasnije definisanje psihosocijalnih rizićnih faktora u tretmanu i prevenciji psihijatrijskih poremećaja.Uz dobro proverene druge hipoteze sve veći znaćaj pridaje se i socijalnoj uslovljenosti velikog broja psihijatrijskih porermećaja; schizofrenije,depresija,poremećaja lićnosti,fobićnih i obsesivnih poremećaja i stanja,zloupotrebe alkohola,duvana i drugih psihoaktivnih supstanci,dećiji i adolescentni mentalni poremećaji,poremećaji ishrane,mentalnoj retardaciji,mentalni poremećaji kod starih,urbanizacija i mentalno zdravlje.Ništa manje nisu aktulene i psihosocijalne posledice velikog broja mentalnih poremećaja

Ove socijalne konsekvence se odnose na samo na hroniće psihijatrijske poremećaje već i na dećiji autizam,disstres i mentalno zdravlje,sve ućestaliju vulnerabilnost lićnosti i posebno psihosocijalnu vulnerabilnost kao ozbiljan rizićni faktor za pojavu razlićitih psihijatrijskih poremećaja..U relativno znaćajan socijalni pristup u psihijatriji mogu da se ukljuće i brojni psihosocijalni činioeci i psihosomatski poremećaji,zatim mogući doprinos socijalne epidemiologije pojedinim

poremećajima, pre svega u produčavanju depresija, nepovoljnog delovanja važnih životnih događaja na mentalno zdravlje, sveobuhvatnije produčavanje mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i porodičnoj medicini. Takođe se može očekivati bolja međusobna povezanost i koordinacija između psihijatrijske sociologije, kliničke i socijalne epidemiologije i psihijatrije na proučavanju ne samo psihosocijalne i sociokulturne uslovljenosti različitih psiholoških i psihijatrijskih poremećaja, već i u njihovom tretmanu, rehabilitaciji i posebno u dobro kordiniranim merama primarne prevencije. Pouzdanija evaluacija korisnosti i efikasnosti psihijatrijskih institucija, posebno vanbolničkih omogućit će ne samo bolju i funkcionalniju organizaciju ustanova i institucija u psihijatriji, nego njen daljnji razvoj, što će višestruko obogatiti celu kliničku psihijatriju i unaprediti mentalno zdravlje kod rizičnih grupa opšte populacije.

XIII LITERATURA

- 1) Buckett, S and Robinson, A., Epidemiological methods, IN Freeman; c and Turer, P. eds by Research methods in psychiatry-ed, Gaskell, London, 1992, 120-8.,
- 2) Burrows G.D. et al. The rol of the volunter in tretatment of the psychiatrically ill patient, In; Henderson A.S. and Burrows G.D. eds by Handbook oh socijal psychiatry, Elsevier, Amserdam, 1988, 331-339.,
- 3) Henderson A.S. An introduction to social psychiatry, Oxford Medical Publications and Oxford University Press, 1988.,
- 4) Hans-Ulrich, W. and Cecilia Ahmoui Ess Assment of symptoms and psychosocial disabillities in primary care, In; Sartorius, N. et all eds by Psychological disorders in general medical settings, Han Huber Publisher and WHO, 1990, 111-136.,
- 5) Geil R. The relevance of psychosocial risk factors for treatment and prevention, In Bebington, P.E. ed by Social psychiatry (theory, methodology and practice) Transaction Publisher, 1991, 247-264.,
- 6) Kecmanović, D.; Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom, Svjetlost, Sarajevo, 1975, 31-234., 273-290.,
- Kaličanin, P., Paranosić, V. i Caran, N, Psihijatrija, Naučna knjiga, Beograd, 1990, 169-210., 539-618.,
- 7) Kaličanin, P. Etiologija i patogeneza psihičkih poremećaja-Opšti osvrt, U Kaličanin, P(Urednik) Psihijatrija-Etiopatogeneza, Medicinski fakultet, Beograd, 2002., 1-24.,
- 8) Kaličanin, P. Istraživanja socijalnih činilaca i činilaca kulture, Ibid 7, 419-435.
- 9) Knap, M.: Community mental help services: towards an understading of cost-effectiveness, In: Tyrer, P and Francis, C, eds by Community psychiatry in action(Analisis and prospects), Cambridge University Press, 1995, 111-148.,
- 10) Wing, J.: Social consequences of severe and patient psychiatric disorders, In.: Bhugra, D and Leff, J. eds by Principles of social psychiatry, Blackwell Sientific Publications, 1993, 530-545.,
- 11) Wykes, T. and Hurry, J.; Social behavior and psychiatric disorders, Ibid 5, 183-208.