

**PROF DR MARKO MUNJIZA,**  
**DVEVNA BOLNICA**  
**Klinike za odrasle**  
**INSTITUTA ZA MENTALNO ZDRAVLJE**  
**Beograd, Palmotićeva 3**  
**Telefon: 011 33 07 571, E-mail:marko.munj@sbb.co.yu**

## **Predavanje povodom jubilarne godišnjice otvaranja Psihijatrijske dnevne bolnice u Jagodini, 20.marta 2008. godine**

### **POLUHOSPITANE PSIHIJATRIJSKE INSTITUCIJE**

U ustanove prelaznog tipa ili poluhospitalne ustanove spadaju institucije za parcijalnu delimičnu hospitalizaciju: dnevne, nočne i vikend bolnice, dnevni centri, zaštitne radionice. U nešto širi repertoar ovih institucija pored već navedenih mogu doći u obzir i sledeće institucije za parcijalnu hospitalizaciju: centri za krizna stanja, rehabilitacione kuće, organizovana porodična nega, boravak u psihijatrijskim naseljima, različite vrste klubova lečenih pacijenata. U ovom delu izlaganja nešto više prostora posvetiće se organizaciji i načinu funkcionisanja psihijatrijske dnevne bolnice.

Poluhospitalne institucije, kao i sve novo što se stvara, nije moglo da se razvije i stiče afirmaciju bez otpora na putu ka emancipaciji. Hospitalna psihijatrija dugo je sa strepnjom je prtila proces razvoja i osamostaljivanja poluhospitalnih institucija u psihijatriji. Ove nedoumice i različiti otpori danas su mnogo manje izraženi nego proteklih pola veka. Ove institucije su ponikle i relativno dugo su bile u sastavu hospitalne psihijatrije, odnosno tradicionalnih psihijatrijskih bolnica. Dugotrajna hroničnost psihijatrije u kojoj je " medicinski model" kao pristup bio iscrpljen javila se ideja o osnivanju i kasnijem osamostaljivanju prelaznih psihijatrijskih ustanova. U početku su ove prelazne ustanove predstavljale samo jednu fazu u procesu tretmana i rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Tokom vremena pokazalo se da ove ustanove mogu da pruže sve ono što i psihijatrijska bolnica i preko toga i veće prisustvo spoljnog sveta u njima. Nagli razvoj programa delimične hospitalizacije u drugoj polovini prošlog veka u velikom broju zemalja sa različitim društvenim i političkim sistemima pospešili su sledeći faktori: 1. etički kao manje restriktivan oblik tretmana i bez rigidne organizacione strukture velike psihijatrijske bolnice koja stvara veoma izražen institucionalizam i hospitalizam kod bolesnika, 2. praktični, kao otvoren i lako dostupan program u lokalnoj zajednici. U početku su to bili uglavnom veći urbani centri, a sada se ove ustanove formiraju u znatno manjih zajednicama i sa ruralnim obeležjima, 3. ekonomski, program koji zahteva znatno manje finacijske izdatke. Prema nekim podacima tretman u poluhospitalnim psihijatrijskim ustanovama je za oko 40% jeftiniji nego klasično stacionarno lečenje gde se primenjuje uobičajena standardna, klasična nega. Ovde treba imati u vidu i mnoge druge indirektno nematerijalne prednosti i dobiti. Znatno usporeniji razvoj ovih institucija u našoj zemlji nije bio uslovljen samo otvorenim

otporima administracije i vodećih stručnjaka, već je više u pitanju pasivan i indirektan vid otpora kao stalna borba bolničkih psihijatara za veći broj kreveta i psihijatrijskih bolnica ili sada otpor u njihovom smanjivanju i radikalnijoj transformaciji. Uvek je korišćen argument poželjnog broja kreveta koje je nepotrebno dugo i preporučivala SZO. Takodje donedavno kod nas još uvek nije postojao precizniji plan razvoja, formiranje prelaznih ustanova odvijao se stihijskih i u skladu sa entuzijazmom stručnjaka. Značajan pomak naprivila je Nacionalna komisija za mentalno zdravlje Ministarstva zdravlja kroz nacionalnu politiku u oblasti mentalnog zdravlja i solidno razradjen akcioni plan za operacionalizaciju i realizaciju navedenog plana. Još uvek postojeće zaostajanje u tempu razvoja i afirmaciji prelaznih ustanovama i dnevnih programa u odnosu na realne potrebe može se danas pripisati raznim činiocima: a) psihijatri još uvek nerado prevode pacijente u dnevne programe posle intenzivnog lečenja u stacionaru ili ih u najboljem slučaju ne pripreme za nastavak započetog bolničkog lečenja u prelaznim ustanovama i to posebno kada se uočavaju početni dobri rezultati ; b) svako prevodjenje pacijenta podrazumeva obradu novog pacijenta što u uslovima manjeg broja psihijatara usporava frekvenciju prijema i prevodjenja pacijenata, odnosno otpusta; c) nedovoljan broj pratećih psihijatrijskih i socijalno-psihijatrijskih ustanova za hronične pacijente koji u bolnici zauzimaju značajan procenat raspoloživih kreveta koji bi inače mogli da se koriste za kraći i aktivniji tretman; d) veći broj bolesničkih kreveta stvara kod građana iluziju o dobro organizovanoj službi, a rukovodeće osoblje tih stacionarnih ustanova lažno stiču određeni prestiž, ugled i sl.; e) mnogi psihijatri naročito srednje i starije generacije nisu dovoljno upoznati sa mogućnostima i prednostima dnevnih programa tretmana i dalje razmišljaju da su ove ustanove nemenjene isključivo za rehabilitaciju hroničnih bolesnika; f) još uvek postoji "tihi" otpor afirmaciji ovih ustanova koji na manje bolan i stresogen način izlaze u susret potrebama pacijenata i njihovih porodica u otvorenim uslovima; g) prisutan je i dalje otpor kod zaposlenih u psihijatriji da rade u poluhospitalnim ustanovama zbog toga što stacionar pruža veći mir i sigurnost, veće oslanjanje na psihofarmakoterapiju, lakše se uspostavlja nepotrebni hijerarhijski odnosi koji proističu iz funkcije i položaja, nedovoljno je zastupljen timski rad, a umesto toga dominira vertikalni sistem organizacije i posebno komunikacije a kod pacijenata se nepotrebno podstiče regresija dugotrajnim boravkom u krevetu ili zatovorenom odeljenju. Sigurno je da rad u poluhospitalnim ustanovama zahteva veći emocionalni angažman i veću odgovornost celog tima za sudbinu pacijenata dok je u instituciji i van nje, kod kuće u poslepodnevni časovima i tokom vikenda. Ove tendencije nisu izraženo samo kod nas nego se još uvek sreću i u nekim razvijenijim zemljama gde još uvek preovladjuje koncept klasične, bolničke psihijatrije.

Dosadašnje osustvo planiranja prelaznih institucija u službi mentalnog zdravlja dovelo je do neravnomernog otvaranja ovih ustanova u pojedinim regionima i gradskim centrima , do različite organizacije, programa i metoda rada. Veći broj ovih prelaznih ustanova je vezan za psihijatrijske institucije i u buduće se može očekivati da će dnevni programi i dnevne bolnice postati relativno samostalni modeli i institucije u funkcionalnoj povezanosti sa drugim oblicima psihijatrijskih ustanova. i prilagodjene za aktivan tretman skoro svih kategorija psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja. Upravo zbog navedne sporoije transformacije i reorganizacije ovih službi dovelo do veoma prisutnog šarenila u primeni različitih metoda lečenja i rehabilitacionog tretmana. Broj prelaznih psihijatrijskih ustanova svih vrsta, posebno dnevnih bolnica i dnevnih cenara još uvek je nedovoljan. Jedino se u Beogradu nalazi zadovoljavajući broj ovih ustanova ali su one sastavni deo od ranije postojećih psihijatrijskih ustanovama ili psihijatrijskih odeljenja pri kliničko-bolničkim centrima što znači da su skoncentrisane u užem delu područja Beograda što stvara dosta problema pacijentima iz udaljenijih delova grada i iz prigradskih opština. Za to mogu da se iskoriste prostorije bivših mesnih zajednica ili u kviru domova zdravlja.

Od prvobitne koncepcije da se u prelaznim psihijatrijskim ustanovama obavlja nastavak bolničkog lečenja u vidu aktivne rehabilitacije i resocijalizacije, danas su ove ustanove doživele značajnu transformaciju u ustanove za aktivan tretman, da se sve veći broj pacijenta upućuje iz dispanzera ili ambulanti na predlog ne samo psihijataru iz vanbolničke službe nego i lekari iz primarne zdravstvene zaštite. Neka komparativna ispitivanja ukazuju da je u proseku za 30% kraći boravak pacijenata u prelaznim ustanovama u odnosu na klasičnu hospitalizaciju, da je procenat ponovnih prijema duplo manji, da pacijenti lakše postižu reintegraciju u svoju lokalnu zajednicu. Takođe u odnosu na vanbolnički tretman ( dispanzeri, centri za mentalno zdravlje, specijalizovane ambulante i savetovašta i dr) tretman u prelaznim ustanovama znatno kraće traje, uspešnije se otklanja većina psihopatoloških sindroma i simptoma, bolje se preveniraju recidivi ž, smanjena je potreba za novim rehospitalizacijama i što je posebno važno da tretman u prelaznim ustanovama bitno dovodi do promene stava pacijenata, takođe su povoljniji stavovi prema psihijatrijskim poremećajima od strane laika i profesionalaca, zdravstvenih radnika. ove konstatacije su uoštene i relativne su i potrebna su ciljana klinička i druga istraživanja ovih činjenica i argumenata u obliku određenih projekata, magistarskih teza ili subspecijalističkih radova i studija.

Danas se programi delimične hospitalizacije mogu grupisati u dve glavne kategorije:1. gde je dnevni program integralni deo socijalnopsihijatrijske orijentacije sa sveobuhvatnim programom gde je težište rada na grupnom tretmanu uz primenu različitih oblika grupe psihoterapije i socioterapije, porodične terapije pri čemu se ne zapostavlja ni individualni tretman i 2. gde je program preteča sveobuhvatne psihijatrijske zaštite u zajednici koja se obično provodi u dobro organizovanim centrima za mentalno zdravlje gde se uz dnevni program provode svi oblici preventivnih aktivnosti. S obzirom na navedenu raznovrsnost programa u prelaznim ustanovama svi postojeći programi mogli bi se svesti na nekoliko modela i to: oblik prevencije težih poremećaja i vid skraćivanja prosečne dužine stacionarnog tretmana, mesto rehabilitacije hroničnih psihijatrijskih pacijenata koji se premeštaju sa stacionarnih odeljenja,, mesto za intervencije u krizi prvenstveno nepsihotičnih poremećaja, jedna od faza sveobuhvatnog tretmana bolesti zavisnosti i mnogo redje tretman u stacionaru u kojem mogu da se dnevno zbinjavaju pacijenti koji su u prepodnevnom tretmanu " gosti" uključeni u specifičan program ili program koji se primenjuje za sve hospitalizovane pacijente, a posle podne, noću i tokom vikenda su kod kuće. Na nekim odeljenjima takvim pacijentima se otvaraju standardne istorije bolesti tako da organizatori službi veoma lako prikazuju punu iskorišćenost kapaciteta prema metodologiji koju propisuju Fondovi socijalnog osiguranja. Prikladnije bi bilo da se stanje takvih pacijenata i tok lečenja unosi u dispanzerski karton a da se pacijenti tretiraju na produžnom tretmanu koji je kompletniji od klasičnih dispanzerskih kontrola, da sami vode računa o svojoj terapiji, ishrani i slično.

U našim uslovima perspektiva prelaznih psihijatrijskih institucija je veoma dobra. Zahvaljujući dobroj edukaciji psihijataru i drugih članova multiprofesionalnih timova iz dinamskog i socijalnog pristupa u psihijatriji, solidno poznavanje bioloških osnova mentalnog zdravlja, sve bolje mogućnosti za pouzdaniju dijagnostiku koristeći solidne dijagnostičke kriterijume i sl., sa sigurnošću se može tvrditi da će doći do pozitivnog prožimanja iskustava psihijatrijske institucije s jedne i iskustava u društvenoj zajednici s druge strane. Već sada se uočava tendencija da se sve veći broj pacijenata sa različitom psihopatologijom usmerava ka prelaznim psihijatrijskim ustanovama ili u vanbolničke institucije i primarnu zdravstvenu zaštitu. U buduće bi stacionarne ustanove služile za određeni broj, relativno manji broj težih psihijatrijskih poremećaja , najtežih faza u razvoju pojedinih psihopatoloških sindroma i kliničkih entiteta, i to na kraći vremenski period. Za ovo je potrebna nova klima, specijalni programi, edukovani kadrovi koji će ove programne realizovati. Ne znači da je uvek dobar program koji omogućava grupno funkcionisanje pacijenata i njihov tretman, već i

izzlazak u susret individualnim potrebama i problemima pacijenata i njihovih porodica. U koliko se ovo ne bude imalo u vidu veoma lako može doći do situacije da se bolnički institucionalizam zameni instucionalizmom u prelaznoj ustanovi ili u društvenoj zajednici. To bi dovelo do nove negativne pojave da se pacijenti " kreću od brige u bolnici, ka zanemarivanju u društvenoj zajednici". U planiranju mreže prelaznih psihijatrijskih ustanova ( dnevne, noćne, vikend bolnice, dnevni centri, zaštićene kuće za zbrinjavanje pacijenata, formiranje službi za profesionalnu obuku i većeg broja zaštitnih radionica ili zadruga psihijatrijskih pacijenata i sl.) potrebno je planirati veći broj mesta prvenstveno u dnevnim bolnicama i to po mogućnosti od 0,9 do 1 mesta na hiljadu stanovnika kao što je iskustvo u Velikoj Britaniji, Italiji, Skandinavski zemljama i sl. Proces transformacije oblika tretmana, od stacionarnog ka poluhospitalnom i dalje ka društvu već je prisutan kod nas. On neće biti brz i lak, jer zahteva pre svega promeni svesti kod stručnih kadrova i dopunsku edukaciju svih profila stručnjaka pošto je većina starije i srednje generacije edukovana u pravcu prvenstvenog vrednovanja hospitalnog tretmana. Ovi progrmani su stručno opravdani, već su usvojeni u navedenom progrmanu nacionalne politike mentalnog zdravlja i njegovom akcionom planu, ekonomični su i relativno lako izvodljivi. jedini problem se može očekivati u obaveznoj dodatnoj edukaciji i " prekvalifikaciji" većeg dela postojećih kadrova . Potrebno je veće vrednovanje svih oblika prelaznih psihijatrijskih ustanova i odgovarajuća stimulacija od strane rukovodećih struktura i zvaničnih državnih fondova koji finasiraju zdravstvenu službu. Sličan trend može se primeniti i u drugim oblastima medicine gde bi trebalo forsirati prelazne ustanove, koje bi za razliku od psihijatrijskih bile prvenstveno opservaciono-dijagnostičke. To bi dovelo do veoma korisne transformacije od sadašnje usmwerenosti na stacionarne institucije ka dnevnim i vanbolničkim programima, njihovom većem vrednovanju kao i dodatnom osposobljavanju za rad u ovim prelaznim ustanovama. Dobro je poznato da je dnevni program dostupniji, deluje manje stresogeno na pacijente, okuplja veći broj stručnjaka različitih profila koji rade u timu.

## **1. PSIHIJATRIJSKA DNEVNA BOLNICA**

Prva dnevna bolnica za teže mentalne poremećaje istorijski gledano , otvorena je 1933.godine pri jednoj psihijatrijskoj bolnici u Moskvi ( Djagarov, 1937, prema Ceriću 1999 i Antonijeviću 1982. godine). Prva dnevna bolnica na teritoriji Severne Amerike, u okviru psihijatrijske bolnice otvorena je 1946.godine u Allen Memorijal Institutu u Montrealu ( Cameron, 1947 godine). Cameron je utvrdio da se u dnevnoj bolnici mogu tretirati sva oboljenja u kontekstu i saranji sa porodicom. On je tada medju prvima ukazao na hendikep psihijatrijskih bolnica i psihijatrijskih odeljenja u celini u okviru tri tradicionalne karakteristike: bolnica podrazumeva odlazak u krevet, pacijent ostaje u njoj dok mu ne bude dobro i samo se pacijent leči. Prva dnevna bolnica u Engleskoj osnovama je 1948.godine u Londonu i to kao samostalna institucija. U bivšoj SFRJ prva dnevna bolnica osnovama u Zavodu ( sada Institutu) za mentalno zdravlje u Beogradu aprila 1963.godine. Posle toga dolazi do počimlju da se otvaraju dnevne bolnice u više centara bivše Jugoslavije i skladu sa potrebama društva i dnas ih u Srbiji ima skoro dvadeset, a sa idejom da se prevazidju ograničenosti i nedostaci bolničkog i vanbolničkog psihijatrijskog tretmana.

### **1.1. Pojam i definicija**

Pod delimičnom hospitalizacijom podrazumevamo psihijatrijsku zaštitu bolesnika koja se odvija preko dana,noći, u večernjim časovima ili u toku vikenda, na nivou bolnice, centra ili službe. Otuda i stručni nazivi u literaturi dnevna,noćna i vikend dnevna bolnica. U praksi je veoma malo iskusta sa noćnim bolnicama, a u SAD postoje nešto veća iskustva u radu vikend bolnica. Dnena bolnica predstavlja strukturisanu sredinu u kojoj se ostvaruju uslovi za raznovrsni i intenzivni tretman

psihijatrijskih pacijenata. U suštini pristup je i danas sličan bolničkom, ali uz daleko veće prisustvo spoljnog sveta, sa ciljem ublažavanja ili ublažavanja još voma naglašene stigmatizacije pacijenata i njihovih porodica, koja je sada mnogo više karakteristična za psihijatrijsku bolnicu. Veoma dobro dosadašnje iskustvo kod nas i u svetu ukauje da je da se u okviru dnevne bolnice mogu zbrinjavati različite kategorije psihijatrijskih bolesnika, različitog životnog doba, sa različitim programima i različitim ciljevima.

Medju ciljevima dnevne bolnice kao najvažniji mogu se istaći sledeći ciljevi: 1. dnevna bolnica kao alternativa za stacionarno lečenje, 2. kao intermedijatna faza u procesu rehabilitacije, 3. kao prelazna faza u kompleksnom i sveobuhvatnom tretmanu i 4. kao posebna služba ili program za pojedine vrste psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja (Antonijević, M, 1982). U velikom broju modela dnevnih programa u svetu, svojom organizacijom i metodologijom u Engleskoj i u Italiji i nekim skandinavskim zemljama izdvajaju se dve službe koje se istovremeno razlikuju i međusobno prožimaju, to su dnevne bolnice i dnevni centri. Od nedavno dnevni centar osnovan je i u okviru Instituta neuropsihijatrijske bolesti "Dr. Laza K. Lazarević" u Beogradu. Danas preovladjuje stav da dnevne bolnice bi trebalo da obezbede uslove za sveobuhvatni tretman, za grupnu i individualnu psihoterapiju i socioterapiju, primenu savremene psihofarmakoterapije, okupacionih i rekreativnih aktivnosti, dok je koncept radne terapije u značajnoj meri napušten. Nasuprot tome, dnevni centri imaju za cilj da izidju u susret neposrednim potrebama svojih klijenata (pacijenata) zaštićenim uslovima, zapošljavanjem i socijalnim aktivnostima (Bennett, 1978).

## **1.2. Razvoj i modeli dnevnih bolnica**

Od prvobitne koncepcije da dnevne bolnice imaju preventivnu radnu i profesionalnu rehabilitaciju kao nastavak dužeg bolničkog lečenja, pokret za otvaranje dnevnih bolnica brzo se proširio u mnogim zemljama, sa idejom da se tradicionalna psihijatrijska bolnica transformiše i težište u zaštiti mentalnog zdravlja postepeno preuzmu poluhospitalne ustanove i centri za mentalno zdravlje u zajednici u saradnji sa drugim institucionalnim oblicima savremene psihijatrije (dispanzeri i druge vanbolničke ustanove i manja psihijatrijska stacionarna odeljenja u opštim bolnicama i zdravstvenim centrima uz značajnu transformaciju psihijatrijskih bolnica i osnivanje centara za urgentnu psihijatriju u okviru istih).

Da bimo bolje sagledali razvoj i stanje psihijatrijskih dnevnih bolnica, ukazat ćemo na osnovne karakteristike njihovog modela koji nam pruža najviše podataka i ukazuje na kretanje savremene psihijatrijske službe i njene organizacije koja je prilagodjena današnjim potrebama. danas se smatra da je najprikladnije otvaranje dnevnih bolnica sa 30 do 50 mesta u dnevnim bolnicama i do 60 mesta u dnevnim centrima na 100 hiljada stanovnika, odnosno na 1000 stanovnika 0,3 do 0,5 mesta za dnevnu bolnicu i 0,65 za psihijatrijska odeljenja u opštim bolnicama i i 0,6 mesta za dnevni centar. Ovakvi planovi u koje spada i Plan nacionalne strategije mentalnog zdravlja u Srbiji podrazumevaju smanjenje broja krevta u psihijatrijskim bolnicama uz paralelno otvaranje poluhospitalnih institucija, pre svega dnevnih bolnica. U bilskoj budućnosti treba računati da na tri bolnička kreveta bude jedno mesto u dnevnim bolnicama uz neka manja odstupanja zavisno od životnog doba pacijenata. Mnogobrojne ciljane kliničko-epidemiološke studije ukazuju da je danas u psihijatrijskim bolnicama sve više zastupljena starija populacija pacijenata naročito u azilarnim delovima ovih ustanova. U mnogim zemljama postoje veoma dobra iskustva da se i ovi pacijenti mogu uspešno lečiti u dnevnim bolnicama i drugim oblicima parcijalne hospitalizacije. Sve više preovlavljuje stav da više od 50% psihijatrijskih pacijenata umesto u stacionarnim ustanovama može se uspešno lečiti u okviru dnevnih bolnica. Sa psihološkog stanovišta, problem hroničnih psihijatrijskih bolesnika se ne rešava time što se, umesto bolnice, o njima stara društvena zajednica, već se predlaže

da se oni zbrinu u dnevnim ustanovama, sa programima koji su slični bolničkim uslovima. Kvalitet interakcija koji se ostvaruje u dnevnoj bolnici i u porodičnoj sredini u drugom delu dana kada su pacijenti kod svoje kuće i u zajednici ima veoma značajan uticaj i na mentalno zdravlje pacijenata. Naravno da su ovde isto tako važne i unutrašnje karakteristike samih pacijenata. Zbog svega toga samo zbrinjavanje pacijenata izvan klasične bolničke sredine, bez adekvatnog programa i rehabilitacije i resocijalizacije, može da odvede takodje do veoma izraženih posledica deterioracije kod pacijenata. Još uvek tradicionalna bolnička sredina nudi pacijentu ulogu hroničnog bolesnika sa veoma malo elemenata što omogućuje normalnu socijalnu ulogu. Stoga se sve više nastoji da se zaštite mogućnosti i hroničnog bolesnika u društvenoj zajednici; moraju mu se obezbediti uslovi da obavlja što je moguće više svoje socijalne uloge, da primenjuje svoje veštine u svakodnevnom životu, da prikladno rasudjuje i donosi odluke, da rešava svakodnevne probleme, tj. da živi prosečan i uobičajen svakodnevni život. Akcenat u dnevnim bolnicama se stavlja da takvu organizaciju koja bi trebalo da odgovori individualnim potrebama pojedinca i njegovim mogućnostima. Za potrebe ovih i drugih ciljeva dnevne bolnice potrebno je obogaćeno osoblje, odgovarajući kontakt sa pacijentom i posebno odgovarajući sadržaji njihove interakcije. Dobro iznijansirani odnos osoblja, koji u sebi sadrži elemente direktivnog - davanje informacija, i empatičkog - emocionalno razumevanje, najprikladnija je kombinacija u ovakvom radu. Zbog toga, za obavljanje tako delikatnog i složene posla, uspostavljanje ravnoteže između dobronamernog, prijateljskog i profesionalnog stava, između suportativnog i direktivnog, potrebna je visoka motivacija i relativno visok stepen profesionalne osposobljenosti osoblja koji radi u okviru dnevne bolnice. Rad na motivaciji osoblja, na razvijanju interesovanja i entuzijazma, odvija se stalnom podrškom starijih stručnjaka i uključivanjem u donošenje svakodневnih odluka. Zbog posla koji se pruža očekivane gratifikacije za uloženi napor, neophodno je da se osoblje stimuliše na rane načine: promena odeljenja, odgovarajući kursevi i seminari, upoznavanje sa inovacijama u struci kor kontinuiranu edukaciju, stimulacije da lična primanja do stvaranja odgovarajućeg optimizma na osnovu komparacije dnevne bolnice sa klasičnim bolničkim odeljenjima u kojima se najčešće "niša" ne odvija.

### **1.3. Selekcija bolesnika i indikacije za prijem u dnevnu bolnicu**

U prošlosti, pa često puta ni danas u dnevne bolnice ne primaju se pacijenti koji su alkoholičari ili narkomani koji nisu uspostavili apstinenciju, ozbiljniji poremećaji ličnosti i suicidalni, homicidalni i drugi bolesnici, jako agitirani, zatim pacijenti bez podrške svoje primarne porodice, kao ni oni koji imaju probleme u javnom prevozu. Ovo je ipak veoma naglašena selektivnost izbora pacijenata za tretman u dnevnoj bolnici. Ona se danas može donekle prihvatiti i podržati samo u situacijama kada paralelno postoje odgovarajuće specijalizovane institucije u kojima se mogu zbrinjavati manje prikladni pacijenti za dnevnu bolnicu. Danas prevladjuje stav da se uloga dnevne bolnice može značajnije proširiti da obuhvata skoro sve kategorije psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja, ukoliko postoji odgovarajuća saradnja sa drugim psihijatrijskim institucijama i službama kao što su na primer psihijatrijske bolnice i psihijatrijska odeljenja u opštim bolnicama, smeštaj u domove i porodice kao i odgovarajuća saradnja sa vanbolničkim službama u psihijatriji i posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uključujući i porodicu. Umesto dijagnostičkih kriterijuma koji se sve više potenciraju u savremenim klasifikacionim sistemima kao na pr, ICD-10 ili DSM-IV i slično, koji najčešće nisu u posebne praktične koristi, pacijenti u dnevnu bolnicu najčešće primamo u koliko postoji minimum motivacije za lečenje, očuvan delimičan stepen komunikacije, kao i sposobnost da se brine o sebi i da pacijenti sami ili uz pomoć drugih, svakodnevno dolaze u dnevnu bolnicu. Najprikladniji je stav prema kome se pacijenti sa dnevnu bolnicu najprikladniji oni čiji simptomi i poremećeno ponašanje nisu ni preterano izraženi ni suviše blagi. To obično treba da budu pacijenti

kod koji je najvažnije da se mogu postići određene promene u ponašanju, zadovoljavajuće testiranje realiteta, sa mogućnošću lakšeg ispitivanja stepena zadovoljavajućeg funkcionisanja i zadovoljavajuća mogućnost priprema za život u porodici, a radne, profesionalne i socijalne aktivnosti i funkcije obnoviti pre svega u grupnom radu kao najvažnijem obliku tretmana u dnevnoj bolnici.

Danas se smatra da se u dnevnim bolnicama mogu tretirati pacijenti sa različitim oblicima mentalnih poremećaja ( shizofrenija, epilepsije, bipolarni afektivni poremećaji, traumatska i organska oštećenja CNS, bolesti zavisnosti, depresivni poremećaji, neurotski i granični poremećaji), zatim pacijenti sa graničnim stanjima ( reaktivni poremećaji, neurotski poremećaji i pacijenti sa različitim oblicima straha i anksioznosti, patološki razvoj ličnosti, astenična stanja različite geneze i sl.) Kada je u pitanju životna dob to mogu da budu deca i adolescenti, pacijenti u srednjem i starijem životnom dobu i psihogerijatrijski pacijenti. U dnevnu bolnicu se primaju pacijenti kako u prvim stadijumima bolesti, tako i oni kod kojih je došlo do akutnog pogoršanja hronične bolesti. određeni broj pacijenata može biti primljen u dnevnu bolnicu u cilju prevencije težih poremećaja koji bi, ako se na vreme ne suzbiju, zahtevali smeštaj bolesnika u psihijatrijsku bolnicu. Ipak se ne preporučuje lečenje shizofrenih bolesnika tokom prvog ataka bolesti, zatim bolesnici sa akutnim sumanutim doživljavanjima, sa agresivnim i homicidalnim tendencijama, stanjima stupora ili sa tendencijom ka psihomotornim katatoninim uzbudjenjima, izraženom depresivnom simptomatologijom sa suicidalnim mislima i tendencijama, seksualnim pervezijama i drugim veoma bizarnim psihoseksualnim poremećajima, sa čestim napadima epilepsije i sumračnim stanjima i patološkim afektom. Brojni autorima, među kojima i Volvovik smatraju dnevnu bolnicu idealnom psihijatrijskom institucijom i za lečenje ranih faza shizofrenih poremećaja, čime se mogu prevenirati manifestne pojave psihoze i u vezi s tim česta pojava tzv. " socijalne dezadaptacije". Traba naglasiti da su danas indikacije za prijem u dnevne bolnice znatno šire, a kontraindikacije su malobrojne i strogo individualizovane. Smatra se da se najveći broj psihijatrijskih pacijenata i do 90% može se uspešno tretirati u uslovima dnevne bolnice, koja je po efikasnosti tretmana slična sa hospitalizacijom u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama, ali iz razumljivih razloga je prikladnija i značajno jeftinija i ekonomičnija. Nema asolutnih indikacija i kontraindikacija za prijem u dnevnu bolnicu u kojoj se mogu uspešno tretirati svi bolesnici koji se leče u psihijatrijskim stacionarnim ustanovama i ako nema stanja mogu biti prepreka za tretman u dnevnoj bolnici (somatske bolesti, duboka starost sa kognitivnim ili dementnim poremećajima, teže dezorganizacije ličnosti, agitirani i delirantni, odnosno konfuzni pacijenti, teške depresije, neke fobije, hronični alkoholizam i narkomanije sa ozbiljnim komplikacijama i posledicama, preteći suicid, odbijanje i veoma izražen otpor pacijenata uopšte za lečenje u dnevnoj bolnici, zatim pacijenti sa različitim socijalnim i emocionalnim činiocima). Ipak na osnovu naših dosadašnjih iskustva mogu se uopšteno navesti neki opšti uslovi koji su neophodni za prijemu dnevnu bolnicu: **1.** fizičke mogućnosti, **2.** sposobnost staranja o sebi i sposobnost kontrolisanja sopstvenog ponašanja (teško dezorganizovani, agitirani, ili konfuzno-delirantni bolesnici, teške depresije i fobije, na pr. agarofobije), **3.** opasnost od suicida, **4.** alkoholizam i druge bolesti zavisnosti kada se od pacijenta zahteva apstinencija, ali ovo zavisi od tipa dnevne bolnice. **5.** dobrovoljni pristanak na lečenje je neophodan preduslov i **6.** emocionalni i socijalni uslovi (potreba da se pacijent izoluje iz patogene sredine, nepostojanje odgovarajućih socijalnih uslova- porodice, stana i drugo).Ponekad na indikacije zavise i od medicinskih i paramedicinskih činilaca kao što su veličina dnevne bolnice, njen geografski položaj i njen odnos prema većoj psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se najčešće nalazi, zahtevi šire zajednice, broj osoblja i njihovo iskustvo.

Proučavanju indikacija i kontraindikacija za lečenje u dnevnoj bolnici može se pristupiti i sa gledišta psihijatrijske dijagnoze. Premda su već napred navedeni neki nozološki entiteti i poremećaji koji mogu da se leče u dnevnoj bolnici, ovde želimo da ukažemo na još neke značajnije činjenice. Ovde pre svega spadaju početne psihotične reakcije, naročito one koje se javljaju po prvi put, a da pritom ispunjavaju uslove za prijem u dnevnu bolnicu, afektivne psihoze, depresivne i manične reakcije u početnoj fazi, svi oblici akutnih psihotičnih reakcija uključujući i inicijalni psihotični šub, hronični shizofreni bolesnici u parcijalnoj remisiji, kod kojih postoje preostali rehabilitacioni potencijali i uslovi za socijalnu rehabilitaciju i resocijalizaciju, simptomatski alkoholizam i drugi oblici politoksikomanije gde bi psihoterapijski i socioterapijski tretman omogućio apstinenciju, novu identifikaciju i razvijanje novih obrazaca ponašanja, svi oblici neurotskih reagovanja, anksiozni, disocijativni, fobični, opsesivni, distimični i sa psihosomatskim poremećajima kojima je neophodno da se isključe iz psihotraumatične sredine i hronični neurotski poremećaji sa akutnom simptomatologijom, odnosno egzacerbacijom neurotskih smetnji koji su nesposobni za rad i sa neadekvatnom ličnoću. Zapravo pregled raspoložive literature pokazuje veoma veliku raznovrsnost u pogledu tipova, veličine, organizacije rada, načina lečenja, bolničkog sastava u dnevnim bolnicama. Danas uspešno funkcionišu dečije dnevne bolnice, dnevne bolnice za adolescente, za gerijatrijske bolesnike. Takodje postoje specijalizovane dnevne bolnice za narkomane, za alkoholizam, za dugotrajniju hospitalizaciju i rehabilitaciju hroničnih psihijatrijskih pacijenata koji su uglavnom većina proveli više godina u psihijatrijskim bolnicama. Većina dnevnih bolnica uglavnom ima mešovitu populaciju, ali i ovde postoji izvesna raznolikost: od onih gde preovladjuju neurotski i granični poremećaji, pacijenti mlađeg životnog doba, depresivni poremećaji, do onih gde ima više psihoza starijih i hroničnih pacijenata.

Problem indikacija i kontraindikacija za lečenje u dnevnoj bolnici možemo prići i sa trećeg aspekta: koji se pacijenti u dnevnoj bolnici u uslovima delimične hospitalizacije leče uspešnije nego što bi se lečili ambulantno, dispanzerski ili stacionarno, pa bi onda prijem takvih pacijenata bio posebno indikovano. Više dosadašnjih istraživanja odnosio se na komparaciju rezultata stacionarnog lečenja i tretmana u dnevnim bolnicama sa mešovitom psihijatrijskom populacijom. Kod dve potpuno slične grupe pacijenata koje je lečio isti tim na stacionarnom odeljenju i u dnevnoj bolnici utvrđeno je da su pacijenti u dnevnoj bolnici boravili u proseku 48,5 dana, a na stacionarnom odeljenju 119 dana, kod stacionarnih je dolazilo dva puta češće do recidiva u odnosu na pacijente koji su lečeni u dnevnoj bolnici, (55:30%), dnevni pacijenti su boravili 2,4 puta kraće i rehospitalizovani su dva puta redje (Herc i sar.-cit. Kovačević, V. 1982). Nedostatak ovakvih studija je taj što se obično procenjuje opšti uspeh jednog ili drugog načina hospitalizacije, a ne upuštaju se u istraživanja koja bi pokazala za koje je psihijatrijske entitete, poremećaje pogodnije lečenje u stacionarnim uslovima, dispanzerskim, ambulantnim ili u uslovima dnevne bolnice. Na osnovu procene većeg broja autora, posebno studija Krafca koji se najviše bavio indikacijama i kontraindikacijama za prijem u dnevne bolnice može se zaključiti da 50% pacijenata koji su na stacionarnom lečenju mogu uspešno se tretirati u okviru dnevne bolnice. Jedina prava kontraindikacija jeste ono stanje koje zahteva prinudnu, nevoljnu hospitalizaciju. Opšti, krajnji zaključak bio bi da se pri procenjivanju indikacija i kontraindikacija za prijem u dnevnu bolnicu treba imati u vidu individualnu ličnost samog pacijenta uz pažljivo procenjivanje šta je za pacijenta najkorisnije.

Dnevna bolnica kao značajna institucija parcijalne hospitalizacije imala je prvobitnu tzv. prelaznu ulogu popunjavajući jaz koji je postojao između psihijatrijske bolnice i uže i šire društvene zajednice. Poznato je da prelazak bolesnika iz psihijatrijske ustanove u njegov socijalni milje može da bude praćen brojnim psihosomatskim, socijalnim i drugim problemima različite vrste. Ovakvi negativni

aspekt tretmana i "trauma prelaza" može se u značajnoj meri ublažiti postepenim, etapnim pripremanjem pacijenta za napuštanje psihijatrijske bolnice. Režim parcijalne hospitalizacije dnevne ili noćne bolnice nastavlja se na dobro poznati sistem "otvorenih vrata" psihijatrijske bolnice s jedne strane, a s druge strane široko komunicira sa društvenom zajednicom pacijenta, radnom sredinom i njegovom porodicom. Na ovaj način, uz pomoć dnevne bolnice, mogu se u znatnoj meri ublažiti razlike u uslovima života u bolničkoj sredini u odnosu na porodicu i radno mesto, smanjiti osećaj nesigurnosti, bezperspektivnosti i manje vrednosti koje ovakvi pacijenti često osećaju. Treba istaći i činjenicu da dnevna bolnica kao psihijatrijska institucija u kojoj se pored tretmana pvo vodi intenzivna rehabilitacija bolesnika u vidu dobro organizovane radne terapije za koju pacijenti treba da dobiju određenu materijalnu nagradu i osposobe za za neke jednostavnije zanimanje, nikada nije " zaživela" verovatno i zbog činjenice da su ciljevi i metodi rehabilitacije psihijatrijskih pacijenata u znatnoj meri u poslednje dve i po decenije promenjeni. Napuštena je kao nerealna ideja "da je rehabilitovan psihijatrijski pacijent samo onaj koji je zaposlen i koji samostalno funkcioniše u užoj i široj sredini", a prihvaćen realan cilj da se rehabilitacionim aktivnostima i merama podiže kvalitet življenja pacijenta i njegove porodice o čeme je bilo više reči u prvom poglavlju ovog izlaganja. Preovladalo je shvatanje da danas dnevna bolnica ne predstavlja ni zamenu ni alternativu psihijatrijskoj stacionarnoj ustanovi, već komplementarna institucija u organizaciji savremene psihijatrije bez koje se više ne može zamisliti organizovana psihijatrijska služba.

#### **1.4. Dužina boravka pacijenata u dnevnoj bolnici**

##### **1.4.1. Odsek za psihoze**

Odsek se bavi dijagnostikovanjem, lečenjem i rehabilitacijom različitih psihotičnih poremećaja. U okviru odseka nalazi se više različitih psihotičnih poremećaja po toku i nozološkim entitetima. Najčešća je kategorija pacijenata iz grupe shizofrenih psihoza sa prvim šubom ili sa egzacerbacijama, recidivima.

##### ***a) grupa psihotičnih poremećaja koja može biti na tretmanu od 4 do 6 nedelja:***

Prva psihotična epizoda F 21, F 23, Drugi neorganski akutni psihotični poremećaji F 28 i **b) grupa psihotičnih pacijenata koja može biti na tretmanu od 6 do 8 nedelja:**

Hronične psihoze sa čestim egzacerbacijama, recidivima :F 22, F 20, F 25, Psioorganski psihotični sindrom :F 06, Shizoafektivne psihoze mešovita slika :F 25.2, Bipolarni afektivni psihotični poremećaji: F 31, Paranoidno-depresivne psihoze i perzistenti poremećaji sa sumanutošću: F 22, F 33.3 i Nespecificovani recidivantni psihotični poremećaji: F 29

##### **1.4.2. Odsek za depresivne poremećaje**

Odsek se bavi dijagnostikovanjem, lečenjem i rehabilitacijom depresivnih poremećaja različite težine i kliničkih entiteta. **a)** Blage do umerene depresije različite etiologije: F 32.0, F 32.1 , F 43.22 koje mogu biti na tretmanu od 4 do 6 nedelja. i **b) Teše, endogene, psihotične depresije** koje mogu biti na tretmanu od 6 do 8 nedelja, Psihotična depresija i hronična distimija: F 32.3, F 33.3, Bipolarni, afektivni psihotični poremećaji: F 31.8, F 34.1, F 41.2. I Organski depresivni poremećaji: F 06.32

##### **1.4.3. Odsek za neurotske i granične poremećaje**

Odsek sa bavi dijagnostikovanjem, lečenjem i rehabilitacijom nespihotičnih poremećaja i to neurotskih i graničnih poremećaja.: **a)** Fobični anksiozni poremećaji. Tretman u trajanju od 4do 6 nedelja, Agorofobija, socijalne fobije, specifične ( izolovane) fobije; **b)** Drugi anksiozni poremećaji. Tretman u trajanju od 6 do 8 nedelja, Panični poremećaji ( epizodična paroksizmalna

anksioznost), opšti ( generalizovani) anksiozni, mešoviti anksiozni i depresivni poremećaji, reakcija na težak stres i poremećaji prilagodjavanja ( akutna stresna reakcija, posttraumatski stresni poremećaji, poremećaji prilagodjavanja). Tretman u trajanju od 6 do 8 nedelja i c) Disocijativni konverzivni) poremećaji disocijativna amnezija, disocijativne fuge, disocijativni stupor, stanje transa i opsedutnosti, disocijativni poremećaji pokreta i osećanja), somatoformni poremećaji, hipohondrijski poremećaji, opsesivno-kompulsivni sindrom, granični poremećaji, neurastenija, depersonalizaciono-derealizacioni sindrom. Tretam u trajanju od 6 do 8 nedelja.

### **1.5. Prednosti i nedostaci dnevne bolnice u psihijatriji**

Uz već napred navedene brojne prednosti i pogodnosti koje dnevna bolnica obezbedjuje svojim pacijentima i osoblju, navodima još neke važnije prednosti: ona nudi aktivnije i raznovrsnije terapijske prednosti i iskustvo, obeshrabruje zavisnost i prevenira dehumanizaciju socijalnu izolaciju i stigmatizaciju, pored težine bolesti, stimuliše pacijenta da održava samostalnu aktivnost, umanjuje strah od duševnog poremećaja i psihijatrijske bolnice i izbegava moguća ponižavanja i potcenjivanja od strane okoline u vidu socijalne stigmatizacije pacijenta i njegove porodice- jer odlazak u dnevnu bolnicu, pacijent za svoju okolinu " odlazi na posao", lakše prihvata otpust i bolje funkcioniše u socijalnoj sredini. Kod pacijenta se, takodje, povećava osećanje odgovornosti za sopstveno lečenje i na bolji način razrešava konflikte u svakodnevnoj interakciji sa osobljem, pacijentima i porodicom, razrešava konflikte, ublažava anksioznost odvajanja i potencijalne stresne situacije u prvom kontaktu sa psihijatrijskom bolnicom, osustvo bolničkih kreveta i atmosfere karakteristične za bolnički milje uz primenu različitih grupni i rekreativnih aktivnosti značajno ublažava pojavu regresivnih fenomena. Dnevna bolnica je pogodna sredina za opservaciju, dijagnostiku i procenu radne i profesionalne sposobnosti, zatim, stimuliše očuvanje i razvoj funkcija zdravih delova ličnosti pacijenta, pacijentovih psihičkih snaga i mogućnosti. Prednost je i u činjenici da dnevna bolnica kao manja zajednica ili zajednica u malom, razvija i jača socijalno prihvatljive životne situacije, zatim monogo je češća kao bolja zamena za za dispanzerski tretman od stacionarnog. Kada je reč o mogućim nedostacima treba istaći i činjenicu da dnevna bolnica svakako ima i određene nedostatke i slabosti naročito kada se ima u vidu činjenica da za sada ona nije u stanju da samostalno i bez saradnje sa drugim institucijama zbrine sve kategorije psihijatrijskih pacijenata i poremećaja ponašanja. Medju najizraženije slabosti navodimo sledeće: dnevna bolnica predstavlja veći rizik od suicida ili nasilja na okolinu, ne izdvaja sasvim pacijenta iz traumatske sredine koja može da precipitira ili pogorša poremećaj, daje veću mogućnost da se lečenje u dnevnoj bolnici napusti, dovodi do veće frustracije kod onih pacijenata koji imaju povećanu potrebu za individualnim tretmanom, protektivna i permisivna sredina dnevne bolnice može više da podstiče regresiju i pasivno-zavisni odnos od institucije nego što je slučaj u vanbolničkim uslovima tretmana, postavlja veće zahteve pred osoblje koje je sa pacijentima više časova u intenzivnoj interakciji angažovano u rešavanju njihovih svakodnevnih problema i ponekad može negativno da deluje na članove porodice pacijenta, odnosno njeno funkcionisanje.

### **1.6. Dnevni programi aktivnosti i terapija u dnevnoj bolnici**

Pred prijem u Dnevnu bolnicu pacijenti dobijaju tzv. "Pismo Dnevne bolnice", gde je na jednostavan način objašnjeno šta ih očekuje u dnevnoj bolnici, kakva su im prava i obaveze, kao i neke druge informacije u vezi boravka i lečenja. Ova priprema je treba kod pacijenata i njihovih porodica treba da smanji anksioznost koja se obično javlja pred prijem u psihijatrijsku ustanovu.

Obično treba da postoji dnevni program i raspored aktivnosti koji počimlje u 8,00 časova, a završava se oko 13,00 časova. Ovaj se program može povremeno modifikovati samo u drugom delu dana posle 11 časova kada su predviđene okupacione i rekreativne aktivnosti., s tim što je u toku rekreativnih aktivnosti postoje sportske, muzičke aktivnosti, šareni, zajednički program-priredbe, povreme izložbe radova pacijenata. Subotom ili eventualno petkom posle sastanka velike grupe ili timskog sastanka osoblja sa članovima porodica ili neki oblik rekreativne aktivnosti. Terapija u dnevnoj bolnici je multidimenzionalna i u njoj praktično učestvuje celokupno osoblje. Najčešće se primenjuju: *Individualna psihoterapija*, pretežno racionalna i sugestivna, suportativna, a kod izvesnih bolesnika i analitički orjentisana *Grupna psihoterapija*, koju vode doktori, koji obradjuju pacijente individualno, a zatim klinički psiholog i socijalni radnik. Ako je u pitanju mešovita grupa pacijenata što je najčešći slučaj u većini dnevnih bolnica, povremeno se u grupu mogu uključivati i edukovane medicinske sestre; *Medikamentozna terapija*, sa svim savremenim psihofarmacima koji se koriste u datom trenutku; *Biološka terapija* se već duže vremena ne koristi. U koliko postoje uslovi i mogućnosti za primenu ovog oblika terapije onda nju treba organizovati zajedno sa pacijentima koji su na stacionarnom lečenju, *Okupaciona terapija* sa nizom okupacionih, rekreativnih i edukativnih aktivnosti koje se primenjuju zavisno od težine psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja i mogućnosti uspostavljanja kontakta sa pacijentom i *Socioterapija i porodična terapija* čiji najznačajniji deo predstavljaju srednje ili veće terapijske grupe, zatim svakodnevni kraći jutarnji sastanci medicinskih sestara i pacijenata kada se oedinira jutarnja medikamentozna terapija.

Ovo je samo načelan program i moguće su njegove modifikacije zavisno od vrste i tipa dnevne bolnice. Tako se u dnevnim bolnicama za alkoholizam i druge oblike politoksikomanije i kod nekih oblika poremećaja ponašanja još uvek praktikuju terapijske zajednice svih pacijenata i celog osoblja jedamput do dva puta nedeljno pored primene svih napred navedenih terapijskih metoda i aktivnosti. Ovakav multidimenzionalna terapija i program obuhvata praktično sve pacijente u Dnevnoj bolnici. Fakultativna je samo biološka i medikamentozna terapija, ali su zato individualna i grupna psihoterapija, socioterapija i porodična terapija i okupaciona i rekreativna terapija obavezne su za sve pacijente u dnevnoj bolnici.

### **1.8. Evaluacija efikasnosti rada dnevne bolnice**

Za proteklih skoro pola veka koliko se već praktikuje rad u dnevnim bolnicama izvršena su brojna ispitivanja i studije efikasnosti lečenja i tretmana u dnevnim bolnicama i to kako u odnosu na stacionarno ili vanbolničko lečenje, tako i izmedju različitih vrsta i oblika rada u pojedinim dnevnim bolnicama ili njihovim odsecima skoro za sve kategorije pacijenata. Veliki broj autora ističe brojne teškoće pri procesu evaluacije efikasnosti, stvljajući određene rezerve u odnosu na dobjene rezultate i mnogi ukazuju na opravdanost i daljnjih istraživanja posebno stručno-metodološki vrednosti ili ekonomske opravdanosti. U okviru ovog poglavlja na samom početku navest ćemo samo nekoliko studija koji su se bavili ovim pitanjima. Kod kombinovanog tretmana shizofrenih pacijenata psihofarmakoterapijom i milje terapijom, utvrđeno je da se skraćuje vreme lečenja, poboljšava se komunikacija kod pacijenata, smanjuje se hostilnost, neprijateljski stav i većinu pacijenata čini pristupačnijim za sve programe koji se odvijaju u okviru dnevne bolnice. Zapaženo je da se ovi pacijenti manje povlače i manje su sumnjičavi i podozrivi nego kod pacijenata takodje iz grupe shizofrenih poremećaja koji su na stacionarnom lečenju. Kao mogući faktori koji doprinose povećanju terapijskog efekta su pre svega rad sa porodicom pacijenta, naročito kod onih pacijenata koji žive u dezorganizovanim porodicama ili su imali i bolesne roditelje. Ovde takodje dolaze u obzir i drugi oblici tretmana; individualna i grupa psihoterapija, socijalna, okupaciona i rekreativna

terapija i preuzimanje dela odgovornosti pacijenata za svoje ponašanje i obaveze i van dnevne bolnice. Zanimljiv je i podatak da tretman psihofarmacima anksioznih i umerenih depresivnih pacijenata u dispanzerskim uslovima predstavlja efikasniji i ekonomičniji tretman nego u uslovima dnevne bolnice. Neki eksperimenti sa tretmanom neurotskih i psihosomatskih poremećaja u dnevnim bolicama jasno ukazuju na veće i bolje mogućnosti poboljšanja u dosta kratkom vremenskom periodu pod uslovom da se primeni intenzivnija terapija koja po nekada prerasta u tzv. maratonsku psihoterapiju. Kako navodi MacKenzi (citirano prema Antonijević, M.1982) ovi pacijenti u uslovima dnevne bolnice lakše tolerišu veći stepen psihoterapijskog intenziteta nego što je to uobičajeno u polikliničkim, dispanzerskim uslovima. U korišćenju višestepenih rajting skala u evaluaciji efikasnosti tretmana u dnevnim bolicama upućuje na nekoliko opštih, ali važnih konstatacija i zaključaka u smislu prednosti dnevne bolnice: poboljšani su socijalni odnosi, naročito u porodici, povećana je motivacija i sposobnost za rad, povećano je stajanje ličnog zadovoljstva svojom opštom situacijom. Isti autor u svom istraživanju navodi tri značajna elementa: 1. selekcionisano i edukovano osoblje sa visokom motivacijom, 2. izražena orijentacija na zajednicu i 3. u celokupan program se inkorporišu i pogodnosti stacionara. Iskustva pokazuju da u radu sa mešovitim grupama pacijenata u dnevnoj bolnici da mlađji pacijenti pretežno više zahtevaju tretman, dok stariji pacijenti više imaju potrebu za podrškom i rehabilitacijom, za ohrabrenjem i socijalnim interakcijama.

## **2. NOĆNE BOLNICE**

U našoj sredini nemamo dovoljno iskustva u radu noćnih bolnica. One bi se mogle koristiti za one pacijente koji imaju veoma naglašenu disharmoničnu porodicu, koji su radno sposobni i tokom dana obavljaju svoju redovnu profesionalnu aktivnost, a noć provode u bolnici u kojoj je uobičajeni program i tretman prilagodjen za poslepodnevni, večernji i noćni rad. Drugu grupu čine pacijenti koji trenutno nemaju regulisano stambeno pitanje pri čemu postoji veliki rizik da se noćne bolnice pretvore u socijalne ustanove za stambeno ugrožene psihijatrijske bolesnike a ne u specijalizovanu ustanovu za parcijalnu hospitalizaciju.

## **3. VIKEND BOLNICE**

Vikend bolnica služi za dvodnevni boravak ili smeštaj pacijenata krajem radne nedelje, odnosno preko vikenda. U ovim ustanovama organizuje se i provodi intenzivan i sveobuhvatan dvodnevni program kao u dnevnoj ili noćnoj bolnici. Ovde se posebno ističu grupe susretanja, tzv. "encounters groups", za pacijente koji nisu u stanju da organizuju aktivnosti preko vikenda, za "vikend neuroze" i sl. Vikend bolnice su nastale kao posledica otudjenja, urbanizacije i drugih negativnih aspekata savremene industrijalizacije, potrošačkog i postindustrijskog društva. Najbolja iskustva stečena su u SAD poslednje tri decenije, dok su u Evropi veoma retke ove prelazne psihijatrijske ustanove.