

Prof. dr MARKO MUNJIZA ,
Odsek za psihoze Dnevne bolnice
Instituta za mentalno zdravlje Beograd
Tel.: 3307-571, kuća ++ 381 11 2 180 363, GSM ++ 381 11 (0) 270 29 48
E/ mail marko munj.@ sbb.yu

BUDUĆNOST I SAVREMENA ORGANIZACIJA PSIHIJATRIJSKE SLUŽBE

*(predavanje za doktore na dvosemestralnoj nastavi na specijalizaciji iz psihijatrije sk. 2006/2007
godine, maj 2007)*

I UVOD

U ovom izlaganju dat je prikaz sadašnjeg stanja i neke perspektivne razvoja psihijatrije, zatim kraći osvrt na organizaciju psihijatrijske službe. Pošto je sada u trendu prvenstveno vanbolnička psihijatrijska služba i ustanove za parcijalnu hospitalizaciju u izlaganju će biti akcenat upravo na ovim temama ne gubeći iz vida značaj celokupne organizacije psihijatrijske službe u kojoj sigurno značajno mesto imaju i bolničke psihijatrijske ustanove.

II SADAŠNJE STANJE I PERSPEKTIVE PSIHIJATRIJE

Pre nego što se navedu važnije činjenice o perspektivni psihijatrije veoma je važno ukazati i na neke socijalne, ekonomske i društvene činjenice od kojih veoma mnogo zavisi i sama psihijatrija. U ovom kontekstu posebno su važna sledeća tri pitanja: 1) koje su društvene i ekonomske promene važne za razvoj psihijatrijske službe, 2) koja je uloga i kakvo je stanje psihijatrije i srodnih disciplina danas i 3) kakav razvoj možemo očekivati narednih decenija XXI veka vezano za epidemiologiju psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja.

1) Društvene i ekonomske promene važne za razvoj psihijatrije

Ova oblast obuhvata veliki broj društvenih i ekonomskih tema koji direktno i indirektno utiču i na psihijatrijsku službu. Ne ulazeći u detaljniju analizu ovih tema ovde će se navesti samo najvažniji problemi i to: demografski razvoj, povećan broj invalida, dezintegracija porodice i značajna promena socijalnih uloga žene u savremenim društvima, aktuelna revolucija u komunikacijama i uticaj informatičkih tehnologija, veoma naglašena uloga urbanizacije i industrijalizacije i stanje u tzv. postindustrijskim društvima, promene nastale u funkcionisanju socijalnih službi i sl. Svaka od navedenih tema mogla bi biti posebno izlaganje. Ukratko može se navesti veoma zabrinjavajuća demografska situacija pošto stanovništvo posebno u razvijenim zemljama postaje sve starije. Danas u Beogradu ima više od 20% osoba starijih od 65 godina. Kao posledica demografskih promena javlja se i sve veći broj osoba sa različitim vrstama i stepenom invaliditeta koji imaju duži prosečan životni vek od zdravog dela populacije, povećani su izdaci za njihovo zbrinjavanje, negu, lečenje i rehabilitaciju. Veoma je ozbiljan problem što sve više dolazi do relativnog i apsolutnog smanjenja broja mladih osoba u strukturi stanovništva. Raslojavanje i dezintegracija porodice takodje značajno utiče na društvi i ekonomski milje u kome se organizuje i psihijatrijska služba. Promena socijalne uloge žena dovela je do toga da majke sve manje vremena provode sa svojom decom i to u proseku 1 do 2 sata dnevno. Stoga ne čudi podatak iz socioloških studija u zemljama zapadne Evrope da mladi u voma malom procentu mogu da opišu sliku svojih roditelja iz ranog detinjstva, njihov način govora, ponašanja i sl.

Kada je reč o revoluciji u procesu komunikacija treba naglasiti da je ona u poslednje dve decenije u velijoj ekspanziji i njeni krajnji dometi još ne mogu da se sagledaju s obzirom na sve veći napredak tehnologije, molekularne fizike i istraživanja u oblasti nano tehnologije sa ciljem da se silicijumski čipovi zamene organskim molekulima u proizvodnji čipova za kompjutersku tehnologiju. Sve to značajano menja dosadašnji koncept odvojenosti, usamljenosti, udaljenosti među ljudima i dr. Sve te promene utiču na organizaciju i funkcionisanje zdravstvenih, socijalnih, obrazovnih i kulturnih ustanova. Sve je očeiglednija osmoza i prožimanje kultura i nezadrživa ekspanzija globalizma, "uniformnosti" i potrošačke psihologije, prodora multinacionalnih kompanija sa svojim praktično jednakim i "jednoličnim" proizvodima u sve delove sveta. Državne granice sve manje označavaju rubove kulture, tradicije i običaja i postaju praktično administrativna potreba ili tradicija.

Veoma intenzivan proces urbanizacije takodje ima značaja i za psihijatrijsku službu. Veom brzo se menja broj stanovnika u ruralnim i gradskim centrima u korist naglog i neplanskog širenja i povećanja gradova. Smatra se da 2020 u gradovima živeti više od 60% stanovništva. Sve do dovodi do veoma ozbiljnih promena u krakteru ljudskih zajednica, drastično se menjaju odnosi među ljudima, povećava se broj ljudi koji žive sami. Već danas u Lodnodu 30 stanovništva čine jednočlana domaćinstva, tj. samci. To nameće nove obaveze socijalnim službama, drastično se povećavaju troškovi za zbrinjavanje sve većeg broja starih, invalida, osoba sa posebnim potrebama i dr i to posebno u koliko još žive sami. Kao važan društveni i ekonomski činilac na psihijatriju može se navesti značajna promena koja je nastala u funkcionisanju socijalnim službama, prosveti, socijalnom staranju i zdravstvenoj službi koja se sve više dehumanizuje. Posebno su značajne promene u zdravstvenoj službi i to pre svega njena sve izraženija dehumanizacija. Stoga nije slučajno da tokom protekle dve decenije dominira slogan " Ide nam nabolje, a osećamo se sve lošije". Premda se i sada veoma mnogo investira u zdravstvo u nekim zemljama i do 10% nacionalnog dohotka, ipak se u velikom broju zemalja sve više smanjuje zadovoljstvo onih koji koriste tako skupu zdravstvenu službu. Ljudi se žale da im se ne poklanja dovoljno pažnje i slično. Premda je postignuta zadovoljavajuća verovatnoća preživljavanja i izlečenja, pacijenti i njihove porodice nisu zadovoljni uslugama koje im se pružaju, naročito u javnoj zdravstvenoj službi, ali i u njenim drugim segmentima. To je verovatno i podstaklo administrativne službe da sve više insistiraju na pravima pacijenata uključujući i normativno regulisanje putem rezolucija, zakona i slično. Zanimljiv je i podatak da u poslednje vreme oko 10% prvih pregleda u vanbolničkoj psihijatriji koji su prethodno bili na tretmanu u privatnim službama. Nije samo problem u nezadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga, slična situacija zapaža se i kod zdravstvenih radnika i saradnika. Sve je izraženija epidemija tzv. "burn- out" sindroma, tj. veoma brzog sindroma unutrašnjeg sagorevanja, profesionalnog sloma, pojava veloma izraženog depresivnog sindroma i do 25% kod doktora u prvih pet godina profesionalne aktivnosti. Doktori i saraadnici sve više se žale na sindrom emocionalne iscrpljenosti, apatičnosti, bez volje za radom i da nauče nešto novo, bez zadovoljstva i radosti na poslu, mahom su interni i nemotivisani. Ovaj sindrom ranije je bio veoma redak, danas je on veoma preplavio bolnice i zdravstvene ustanove širom sveta uključujući i našu zemlju i pri čeme nije pošteđena ni psihijatrijska služba. Mnogi s pravom smatraju da je danas biti doktor prestalo biti poziv i postalo je sve više profesija, usluge su postale "roba" koja ima svoju cenu, koja se može kupiti, kvalitet zavisi od cene i koja nažalost može i da se uskrati ako se za nju ne plati. Toliko o promenama u društvenoj zajednici i zdravstvenoj službi uopšteno parafrazirajući N, Sartorijusa, P.Kaličanina i druge autore.

2) Psihijatrija danas kod nas i u svetu

U odnosu na nekolki prethodnih decenija psihijatriju danas karakteriše nekoliko različitih pojava i problema i to se odnosi pre svega na: povećanje broj psihijatara, stvaranje i usvajanje novih doktrina koje nisu postojale ranije, sve naglašenija dezentralizacija psihijatrijske službe unutar jedne zemlje, pomeranje većine poslova iz psihijatrije u javnu zdravstvenu službu u zemljama u razvoju ili u primarnu zdravstvenu zaštitu u razvijenijim zemljama, sve izraženija "borba" između pojedinih disciplina unutar same psihijatrijske službe koje bi trebale da rade zajedno, sve manji interes psihijatar za razvoj sopstvene službe i dr.

Premda se u velikom broju zemalja uočava povećanje broja psihijatara, u velikom broju zemalja razdvojena je neurologija i psihijatrija ipak se ispostavilo da to nije bitno doprinelo boljem

funkcionisanju same službe. Dužina čekanja na prvi pregled nije bitnije smanjena, prosečna dužina bolničkog lečenja takodje je osatala skora ista kao i ranije. Slična je situacija i pri edukaciji drugih stručnjaka u psihijatrijskoj službi. Veoma je izražena fluktuacija kadrova i odlazak u druge zemlje. Zanimljiva je činjenica da u nekim zemljama gde nije bitnije povećan broj psihijatara da je sama služba u celini se poboljšala. Drugi problem koji je čak i važniji od samog broja psihijatara jeste stvaranje i usvajanje nove doktrine psihijatrijske službe. Ona je mnogo realnija nego ranije i jasno ukazuje da je besmisleno da psihijatrija preuzima na sebe veliki broj aktivnosti za koje nije ili kopotentna ili ne tereba da preuzima brigu za sve mentalne probleme. Sve više postoji podataka koji ukazuju da oko 90% aktivnosti u psihijatriji mogu da se obave u javnim zdravstvenim službama bez posledica po pacijente i društvo. Ostaje relativno mali broj problema i obaveza koje će u buduće rešavati psihijatrijska služba i ona će se kretati oko 20% a možda i manje. Tešto je sada naglašavati koji su to poslovi pošto je u pitanju i sada veoma dinamična promena u organizaciji službe i dorade već usvojenih doktrina u psihijatriji. Ono je sigurno da će se morati dati veći akcenat na mere prevencije i to posebno u domenu primarne prevencije pošto se tvrdi da je moguć ovaj oblik prevencije kod velikog procenta psihijatrijskih poremećaja. kako sada stvari stoje ovde se može očekivati veća aktivnosti u narednim decenijama u oblasti psihogerijatrije, konslutativne i adolescentne psihijatrije, posledice politoksikomanije, krizna stanja i slično. Teško je proceniti kojom brzinom i da li će uopšte i kod nas doći do poželjne decentralizacije u psihijatriji. ovde se ne misli na geografsku decentralizaciju, već decentralizaciju autoriteta. To praktično znači da jedan centar preuzme recimo epidemiološka istraživanja, drugi neke druge aspekte rada i da to poštuju i uvažavaju svi ostali centri i segmenti psihijatrijske službe u celoj zemlji. To se do sada odvijalo preko tzc. referentnih centara i oni su po pravilu bili u jednoj ili eventualno u dve ustanove. Ovtendecija je veoma izražena u Evropi i nekim drugim zemljama. Naravno da to ne umanje značaj osnivanja i Nacionalnog instituta za mentalno zdrvlje. Nezgodno je što se i kod psihijatara javlja nekritička omnipotencija i potreba da "psihijatriziraju " sva događanja u društvu i oko sebe. Ovaj posao treba da obve upravo mlađji psihijatri i kolege koji su na specijalizaciji. Treba istaći da postoji veoma korektan Plan razvoja psihijatrije u Srbiji koji je uradila Nacionalna komsija za mentalno zdravlje Ministarstva za zdravlje Srbije i on se nalazi na veb sajtu Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu.

U sukobu pojedinih disciplina unutar psihijatrije ne treba posebno navoditi brojne dobro poznate činjenice. On je nažalost realnost i ispoljava se u profesionalnoj netrpeljivosti izmedju psihijatarai psihologa, socijalnih radnika i drugih saradnika. Sako svakoga nasotiji potisnuti iz pojedinih disciplina i područja rada u kliničkoj i preventivnoj psihijatriji. U svim udžbenicima koji su namenjeni pojednim profilima stručnjaka opisuju se prava te profesije i njeni glavni zadaci gde se po pravilu svi vide kao neke vodje. Tako se psihoterapijski razgovor kao sadržaj rada mnogih profesija nalazi na prvom mestu, a da se pri tome nigde na naodi obična briga, nega posebno za hronične pacijente i sl. Ranije se pretpostavljalo da je glavni razlog u nešto manjim razlikama u ličnim primanjima pojedinih profila. Medjutim iskustva pokazuju da nije problem u tome već u pogrešnom pristupu u struci i jasnom definisanju obaveza pojedinih profila u multiprofesionalnim timovima koji su izgleda i sami u krizi. Takodje treba navesti i činjenicu da se psihijatrija "raspala" unutar same sebe. Javlja se veli broj samoproklamovih disciplina: biološka, socijalna, dinamska, sudska, industrijska, komunalna, administrativna, epidemiološka psihijatrija i drugo- sve te "psihijatrije" jedva jedne drugu priznaju. Svaka grana prihvata svoj jezik, način razgovora, pristupa, metodologiju i slično. Treba naglasiti da to nema veze za teorijskim modelima psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja već je posledica nepotrebnog širenja koncepta brojnih često i neracionalnih subspecijalizacija bez makar minimalnog iskusta u struci i solidnog poznavanja celovitosti psihijatrije i njenog integrativnog modela.

Nažalost još uvek kod psihijatara i njihovih saradnika nije se dovoljno razvio interes za organizaciju psihijatrijske i zdravstvene službe u celini, zatim za unapredjenje mentalnog zdravlja u celini i za edukaciju kadrova koji su izvan psihijatrijske službe. Nema sumnje da se poslednjih stotinjak godina psihijatrija nepotrebno odvojila i jo uvek se odvaja od medicine. Još uvek nije oformljen dovoljan broj manjih psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama i zdravstvenim centrima, nedovoljno je razvijena mreža vanbolničkih institucija i službi za parcijalnu hospitalizaciju. Sva transformacijom većih psihijatrijskih bolnica poslednjih deseatak godina skoro da se stalo. To naravno nije jednostava posao. Pre svega zahteva jačanje sektora socijalnih službi i ustanova koje bi preuzele

brigu za hronične pacijente kod kojih više preovladjuju posledice psihijatrijskih bolesti i poremećaja nego što je izražena grublja psihopatologija.

3) Psihijatrija u bliskoj budućnosti

Ovo je najnezahvalniji deo izlaganja u ovom predavanju jer predstavlja kombinaciju želja i mogućih tendencija u psihijatriji. Stoga sam se odlučio da više citiram autore koji se ovim problemima veoma dugo bave i imaju nešto jasniju viziju perspektive psihijatrije u prvim decenijama XXI veka, a to su pre svega nama dobro poznati stručnjaci iz naše oblasti profesori Norman Sartorius i Predrag Kaličanin.

3.1 Verovatno je da će se psihijatrija u bliskoj budućnosti koncentrisati na nekoliko važnijih oblasti: integracija u opštu medicinu, javnozdravstvenu službu, zatim da se puvuće iz poslova koji su još nepotrebno nametnuti, lečenje i tretman mentalnih poremećaja koji su sami po sebi komplikovani ili rezistentni na uobičajeni tretman i aktivnosti na ponovnoj humanizaciji medicine pa i psihijatrije unutar nje. Kao što je već i navedno prvo od područja budućeg rada u psihijatriji treba da bude njena reintegracija u opštu medicinu, javno zdravstvo u celini i posebno u primarnu zdravstvenu zaštitu i naučno-istraživačke oblasti koje nastoje unaprediti medicinu. Do sada je psihijatrija bila odvojena od medicine naročito tokom proteklog veka kada je u njegovoj prvoj polovini bila nepotrebno i preterano psihologizirana pod uticajen psihoanalize, zatim u prvom delu druge polovine prošlog veka dominirala nepotrebna sociologizacija u vidu koncepta socijalne psihijatrije i pokreta antipsihijatrije i poslednje tri decenije veoma je snažan uticaj njene biologizacije. Odvajanje psihijatrije od medicine dovelo je do toga da ona nepotrebno stvara "svoju psihijatrijsku" biologiju, epidemiologiju, edukaciju kadrova, svoju doktrinu organizacije i slično. Zbog te isključenosti iz medicine, osstale njene grane i oblasti bile su mnogo više uključene u maticu medicine i mnogo bolje su se služile zajedničkim kóspitalom struke, interdisciplinarnim i bazičnim oblastima struke. Stoga je njena današnja slabost i velikim delom direktna posledica njene isključenosti iz medicinske struke. Nažalost broj psihijatrijskih bolesti i poremećaja nije se upoređivao sa drugim vrstama morbiditeta u medicini, na primer broj samoubistava godišnje u Evropi ne razlikuje se ob broja poginulih u saobraćajnim udesima, zbog čega izostaje odgovarajuće planiranje, izdvajanje sedstava za prevenciju, istraživanja i slično. Sve to dovodi do nejednakih prioriteta onom koji se daje u prevenciji saobraćajnih udesa. Zabinjavajuća je činjenica da psihijatrija do sada veoma retko je publikovala svoje radove o učestalosti mentalnih poremećaja u javno-zdravstvenim časopisima i zbog izostanka mogućnosti komparacije takvih podataka javili su se problemi kod planiranja službe, pri dodeli sredstava za rad, planiranja nastave. Takodje je velika greška koja će se korigovati u bliskoj budućnosti u stvaranju velikog broja "bioloških" psihijatara gde se troši mnogo godina u edukaciji tih kadrova koji ipak u suštini završavaju kao "šergti" u odgovarajućim laboratorijama pri čeme u poseku u te laboratorije dolaze desetak godina kasnije od molekularnih biologa, genetičara, kliničkih biohemičara koji takodje mogu veoma kopotentno da se bave neurohemijskim problemima i neuronaukama u celini.

3.2. Druga značajna oblasti u skoroj budućnosti psihijatrije odnosi se na napuštanje nekih oblasti koji su psihijatriji bili nepotrebno nametnuti ili ih je ona sama preuzela zbog svog nekritičkog omnipotentnog stava, a to se odnosi u prvom redu na rehabilitaciju. Sigurno je da nema bitnih razlika u postupku rehabilitacije kod većine medicinskih poremećaja i za to postoje edukovani doktori specijalisti za medicinsku rehabilitaciju. U ovim poslovima psihijatri treba da budu dobronamerni konsultanti i savetnici za psihijatrijske probleme, a ne kao do sada nosioci posla u procesu rehabilitacije.

3.3. Treća oblasti koja čeka psihijatrije u prvim decenijama XXI veka je lečenje i odgovornost za komplikovane psihijatrijske slućajeve ili one pacijente koji su rezistentni na uobičajenu terapiju koja će se primenjivati u primarnoj ili javnoj zdravstvenoj službi. Adekvatna organizacija službe za pomoć za akutne psihijatrijske slućajeve spada u grupu zadataka koji će psihijatriju približiti i učiniti granom medicine podjednako kao i saradnja sa drugim kliničkim granama u lečenju psihijatrijskih poremećaja koji se javljaju zajedno sa somatskim oboljenjima. Danas psihijatrija raspolaže dragocenim iskustvima iz konsultativne oblasti tako da njen daljnji razvoj i usmernje i u pravcu lijazon psihijatrije ne bi

trebalo da predstavlja veći problem. Za postojeće kadrove i mlađe psihijatre sigurno će biti potreba dodatna edukacija i usmerenje.

3.4. Kao četvrto područje rada psihijatrije u bliskoj budućnosti se smatra ulaganje napora u pomoći da se zdravstvena služba ponovo humanizira. To je izazovna oblast sa ciljem da se poveća vrednost koju medicina i ljudi u celini pridaju duševnom životu u zdravlju i u bolesti. To već sada zahteva od mlađih psihijatara i specijalizanata bolje poznavanje mentalne higijene, medicinske psihologije i posebno psihoogije zdravog i bolesnog čoveka, interpersonalne psihologije, sistemske teorije i teorije socijalnih polja i socijalne mreže, bolje razumevanje koncepta vulnerabilnosti ličnosti i slično. Takodje je potrebno dopunsko poznavanje iz uргewntne interne medicine i neurologije i načela rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Takodje se preporu'uje da specijalijanti se upoynaju sa programom petogodišnje specijalizacije iz psihijatrije premda on još nije dobio zakonsku formu ali on sigurno i u sadašnjem obliku pruža mogućnost specijalizantima da proišre dijapazon dosadašnjeg znanja pošto je uskladjen sa preporukom Evropskog biora za specijalizacije iz psihijatrije. Takodje se preporučuje da psihijatar prati i da bude saradnik u nekom domaćem časopisu i da prati kontinuirano jedan vodeći strani časopis. Time će se bolje i potpunije ukolipti u već započeti proces kontinuirane edukacije. Ovo je korisno za sve kliničke psihijatre bez obira da li će se kasnije uključivati u magistarske ili doktorske studije jer se na njima prvenstveno stiče edukacija za buduće istraživaće pri čeme se prepostavlja da solidno vladaju medicinom i svojom užom specijalizacijom i subspecijalizacijom. Od psihijatra će se pre svega očekivati da bude prvenstveno doktor medicine i da pore toga vlada kliničkom psihijatrijom u celini, zatim uргentnom, sudskom, konsultativnom i preventivnom posebno.

3.5. Svi napred navedeni ciljevi, stručno i praktično iskustvo većine psihijatara omogućit će bržu transformaciju psihijatrije u našoj zemlji, a psihijatrija u bliskoj budućnosti će sigurno postati koherentnija i kompaktnija bez odvojenih struka i subdisciplina biološke, socijalne, epidemiološke, administrativne, sudske i komunalne psihijatrije i dr. To će joj omogućiti da se uključi u medicinu kao jedna od njenih grana. Time će biti korisnija samoj sebi, ali će biti i u mogućnosti da pomogne svojim savetima drugim granama medicine i srodnim strukama od socijalnog rada do pedagogije. Psihijatri će bolje moći da se bave nastavom različitih grupa zdravstvenih radnika i saradnima i da učestvuju u edukaciji onih koji rade van zdravstvene službe na rešavanju psihijatrijskih problema. To će kliničkim psihijatrima u doglednoj budućnosti ali već i sada omogućiti da budu u stanju da postanu pravi i trajni izvor hipoteza i ideja, kliničkih zapažanja, iskustva koja može preneti onima koji će se prvenstveno baviti naučno-istraživačkim radom.

3.6. Psihijatrija će se i u budućnosti baviti kao struka lečenjem bolesnika, sprećavanjem mentalnih poremećaja i egzacerbacija kod onih koji su već lečeni, pomoći porodicama psihijatrijskih pacijenata, podržavati udruženja pacijenata i njihovih porodica u ostvarivanju njihovih prava. Posebno će biti korisna aktivnost u razvoju programa za unapredjenje mentalnog zdravlja. Ova poslednja stavka trebalo bi da postane i skoro najvažnija oblast buduće psihijatrije da da svoj doprinos u izradi programa mentalnog zdravlja koji će se uključiti u javnozdravstvene mere da se dolje i sveobuhvatnije pomogne psihijatrijskim pacijentima i njihovim porodicama; da se prevenira pojava mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, da se obrati veća pažnja psihosocijalnim aspektima medicine i socijalno-ekonomskom razvoju i da se poveća vrednost koja se pridaje mentalnom zdravlju i i adekvatnom društvenom funkcionisanju u celini. Ovo su načelni i pretežno deklarativni stavovi. Medjutim, od svakog psihijatra posebno se očekuje da se i on sam dobro organizuje u svom svakodnevnom radu, a ne samo da se pasivno prilagodjava nekoj opštoj koncepciji organizacije i funkcionisanje njegove ustanove gde je zaposlen svejedno koje njen nominalni vlasnik država ili privatni sektor. Time će postići veću efikasnost u svom svakodnevnom radu, moći će bolje da se ukolopi i često da rukovodi multiprofesionalnim timom ili ekipom, da ima dovoljno vremena za svoju ličnu kontinuirani edukaciji i sprećit će moguću pojavu prevremenog profesionalnog sagorevanja koja je sada veoma izražena kod mlađe i srednje generacije psihijatra i drugih doktorai u našoj zemlji.

II SAVREMENA ORGANIZACIJA PSIHIJATRIJSKE SLUŽBE

Dobra organizacija psihijatrijske službe treba da omogućiti realizaciju preventivnih, terapijskih i rehabilitacionih mera, koje će psihijatrijskom pacijentu poboljšati lečenje i uključivanje u društvenu zajednicu.

Organizacija psihijatrijske službe pretrpela je značajne promene poslednjih nekoliko vekova. Od ranijih popravnih zavoda gde su smeštani duševno oboleli zajedno sa drugim marginalnim grupama preko specifičnih azila do velikih psihijatrijskih bolnica. Pojavom psihijatrijskih bolnica označen je početak hospitalne faze u psihijatriji koja i danas postoji u skoro svim zemljama sveta. Relativno novijeg datuma je praksa organizovanja različitih vrsta odeljenja unutar psihijatrijskih bolnica, tzv. k a s k a d n a f a z a. Bolesnik od trenutka prijema u bolnicu preko prijemnog odeljenja pa do izlaska iz bolnice prodje više odeljenja u kojima boravi različito vreme zavisno od njegove reakcije na primenjenu terapiju i druge procedure koje se primenjuju u određenim odeljenjima. Ceo sistem od popravnih zavoda preko azila do klasičnih psihijatrijskih bolnica ima za cilj da se psihijatrijskih bolesnik izoluje iz društvene zajednice u cilju očuvanja njenih interesa, dok su interesi za bolesnika i briga za njegov oporavak gurnuti u drugi plan.

Posle drugog svetskog rata dolazi do značajnih promena u stavu prema mentalnim poremećajima i organizaciji službe gde se ti poremećaji tretiraju. Od tada se psihijatrijski poremećaji posmatraju u okviru kulturno-istorijskih, etičkih, ekonomskih i opštih društvenih pravila. Psihijatrijski bolesnik se uključuje kao aktivni činilac u sve terapijske i rehabilitacione procedure. Savremena psihijatrijska služba nastoji terapijske postupke iz stacionarnih ustanova u što većoj meri premestiti u vanbolničke, sa naglaskom na prevenciju i aktivnu rehabilitaciju pacijenata i povezati sve psihijatrijske institucije i aktivnosti određenog područja radi održavanja kontinuiteta psihijatrijske zaštite. U proces lečenja aktivno se uključuje porodica i radna sredina bolesnika. Sve to dovodi do značajne promene i u organizaciji psihijatrijske službe. Ona prerasta u organizovan i dinamičan sistem medjusobno povezanih stacionarnih i vanbolničkih institucija koji su u stanju da kontinuirano i sveobuhvatno pruže pomoć psihijatrijskom pacijentu. To je dovelo do novog koncepta organizacije psihijatrijske službe koja datira poslednjih nekoliko decenija u vidu s v e o b u h v a t n e p s i h i j a t r i j s k e z a š t i t e odnosno psihijatrije u društvenoj zajednici. To je omogućilo adekvatniju primenu svih oblika prevencije, skraćanje ili izbegavanje klasičnog bolničkog lečenja i da ovaj oblik zaštite postane sastavni i neodvojivi deo života društvene zajednice. ☐☐☐

Na ovaj način organizovanja psihijatrijske službe omogućava pružanje pomoći ne samo onima koji je traže već se aktivno traže i oni u zajednici koji svojim ponašanjem narušavaju utvrdjene norme sredine u kojoj žive.

Koncept sveobuhvatne psihijatrijske zaštite uključuje veći broj medjusobno funkcionalno povezanih psihijatrijskih institucija: služba za bolničko lečenje, parcijalnu, delimičnu hospitalizaciju (dnevne i noćne bolnice), vanbolničke službe (dispanzeri, savetovališta), služba za hitne intervencije, rehabilitaciju i kućno lečenje, konsultativnu službu za druge zdravstvene i socijalne ustanove. Na čelu ovih službi nalazi se koordinaciono telo ili nacionalna komisija za mentalno zdravlje sastavljena od stručnjaka iz različitih službi, koji planiraju, usmeravaju i kordiniraju sve aktivnosti na određenom administrativnom području (grad, region, republika).

Sve navedene službe čine jedinstvenu funkcionalnu celinu povezanu u sistem koji treba da omogućiti kontinuitet tretmana bolesnika uz participaciju društvene zajednice na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja svih građana. Kontinuirani tretman podrazumeva nesmetano kretanje pacijenata od jedne do druge službe zavisno od vrste poremećaja.

Sadašnju etapu razvoja psihijatrijske službe u našoj zemlji karakteriše napor za ravnomerni razvoj bolničke i vanbolničke službe kao jedinstvenog sistema. Još uvek u manjoj meri egzistiraju organizacione forme vezane za raniju bolničku fazu sa rudimentarnim elementima i azilarne faze.

Aktuelna organizacija psihijatrijske službe podrazumeva jedan kontinuum na kome se nalaze vanbolničke ustanove, ustanove za parcijalnu hospitalizaciju, bolničke ustanove i institucije socijalnomedicinskog tipa.

I USTANOVE VANBOLNIČKE SLUŽBE

1. Dispanzer za mentalno zdravlje

Dispanzer se može formirati kao samostalna institucija ili kao organizaciona jedinica zdravstvenih centara, domova zdravlja, psihijatrijskih odeljenja opštih bolnica, zavoda, centara za mentalno zdravlje, psihijatrijskih klinika, instituta i bolnica.

Dispanzer za mentalno zdravlje zajedno sa stacionarnim ustanovama je nosilac psihijatrijske zaštite na određenom administrativnom području. Teritorija koju opslužuje dispanzer treba da ima od 50.000 do 100.000 stanovnika. Osnovni principi uspešnog rada dispanzera su: laka dostupnost, sveobuhvatnost programa koji podrazumeva primenu preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih metoda za sve životne uzraste, zatim kontinuitet zaštite u cilju prevencije recidiva i hronifikacije pojedinih mentalnih poremećaja. Po načinu organizacije dispanzeri mogu biti: opšti i specijalizovani. Svaki dispanzer u svom sastavu treba da ima: dijagnostičko-terapijski deo, preventivno-rehabilitacioni (epidemiološka služba, socioterapijski klubovi, patronažna služba i služba za kućno lečenje), organizaciono-administrativni deo (administracija, registar pacijenata, datoteka). U ovu organizaciju treba uključiti specijalizovana savetovališta (za mlade, studente, starije osobe, alkoholizam, narkomanije, brak i porodicum, za suicide i druga).

2. Centar za mentalno zdravlje

2.1. Ciljna populacija CMZZ

Centar za mentalno zdravlje u celini i posebno u društvenoj zajednici ili primarnoj zdravstvenoj zaštiti je vanbolnička psihijatrijska ustanova kao deo službi za zaštitu mentalnog zdravlja koji funkcioniše na načelima sektorizacije, sveobuhvatnosti i decentralizaciji. Načelo sektorizacije ostvaruje Centar za mentalno zdravlje u zajednici vodeći računa o mentalnom zdravlju stanovništva na području od 25 do 50 hiljada stanovnika. Načelo sveobuhvatnosti Centra za mentalno zdravlje (CMMZ) ostvaruje formiranjem mreže službi u društvenoj zajednici koje učestvuju u unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja na jednom području. Načelo decentralizacije CMZZ provodi usmeravajući svoj rad na zajednicu sa akcentom na prevenciji psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja, rehabilitaciji i poboljšanju kvaliteta života i redukciji ograničenja koja bolest nosi i promociji mentalnog zdravlja u celini.

2.2. Organizacija usluga u CMZZ

Princip rada u CMZZ je timski rad sa multiprofesionalnim timom (psihijatar, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog i okupacioni terapeut). CMZZ svojom funkcijom obezbeđuje provođenje procesa deinstitutionalizacije što predstavlja usmeravanje na pojedinca i njegov razvoj, istorijat, a ne na istoriju bolesti i instituciju u kojoj je bio dugo na bolničkom lečenju. To praktično znači nastojanja da se shvate potrebe pojedinca, a ne institucionalne potrebe, da se stavlja akcenat na njegove sposobnosti, osećanja, a ne na njegove nesposobnosti i ograničenja koja su povezana sa bolešću. CMZZ je tesno povezan sa primarnom zdravstvenom zaštitom drugim vanbolničkim i bolničkim organizacionim delovima psihijatrijske brige. najprihvatljivija je varijanta da CMZZ organizaciono bude sastavni deo primarne zdravstvene zaštite, odnosno, sadašnjih Domova zdravlja. CMZZ treba da bude takodje umrežen sa Centrima za socijalni rad, korisničkim udruženjima, nevladnim organizacijama koje se bave mentalnim zdravljem, verskim institucijama, Crvenim krstom i drugim organizacijama koje su od značaja za život u društvenoj zajednici u kojoj CMZZ deluje.

Generalno ciljnu populaciju CMZZ čini svaki pojedinačni korisnik primarne zdravstvene zaštite na regionu koji obuhvata već navedenu populaciju od 25 do 50 hiljada stanovnika za koje treba da bude odgovoran upravo CMZZ. Ciljnu populaciju treba da čine: osobe sa težim psihijatrijskim

poremećajima i oboljenjima, posttraumatskim stresnim reakcijama, osobe u stanjima krize i stresa, zavisnici na psihoaktivnim supstancama, osobe sa neurotskim i drugim psihičkim tegobama.

2.3. Planiranje rada u CMZZ

Kada je u pitanju organizacija usluga u CMZZ treba istaći princip da usluge CMZZ nudi stvaranjem uslova za realizaciju načela sveobuhvatnosti. Načelo sveobuhvatnosti podrazumeva da u brigu o mentalnom zdravlju stanovništva su uključeni svi relevantni faktori jedne zajednice, profesionalci iz oblasti psihijatrije i mentalnog zdravlja, drugi zdravstveni radnici iz primarne zdravstvene zaštite, zatim profesionalci u socijalnim, školskim i drugim službama koji čine mrežu kako vladinih tako i nevladinih službi. Već je navedeno i ovde se posebno ističe da je osnovni princip rada u CMZZ je multiprofesionalni timski rad sa mogućnostima primene širokog spektra i raspona znanja i veština i mogućnosti davanja podrške jedni drugima. pružanje usluga na principu rada multiprofesionalnog tima obezbeđuje se i sveobuhvatan pristup koji uključuje: tretman medikamentima, porodičnu terapiju, psihoterapiju i socioterapiju kako individualnu tako i grupnu, trening veština življenja, trening za radne sposobnosti, investicije u krizi, medjusobnu brigu, socijalnu rehabilitaciju, socijalnu podršku i rekreativne aktivnosti. Uspešan timski rad zasonav je na planiranju i oprativnosti, medjusobnom poverenju njegovih članova i stručnom znanju.

Preduslovi za uspešno planiranje rada u CMZZ je dobro poznavanje regionalnih karakteristika na kojem CMZZ deluje i dobar monitoring aktivnosti CMZZ. To pre svega podrazumeva poznavanje regionalnih karakteristika koje uključuju odgovarajuća saznanja o: broju stanovnika koje pokriva CMZZ, polnoj strukturi i životnom dobu populacije, stopi nezaposlenosti, broju lica koji nemaju pristup bilo kom obliku zdravstvene službe, broju osoba koje imaju pristup svakoj vrsti zdravstvenih službi, broj osoba koje imaju pristup socijalnim službama i drugim institucionalnim službama na teritoriji, dostupnost gradjanima lokalnih, regionalnih i medjunarodnih nevladinih organizacija. Za dobro planiranje neophodan je i monitoring aktivnosti CMZZ: ukupan broj korisnika, pacijenata usluga centra, broj korisnika koji žive sami, broj korisnika bez pristupa bilo kakvoj zdravstvenoj zaštiti, broj klijenata, korisnika obuhvaćenih kućnim posetama psihijatra, medicinske sestre, socijalnog radnika, zatim broj klijenata uključenih u grupnu psihoterapiju, broj korisnika uključenih u individualnu psihoterapiju, broj pacijenata u porodičnoj terapiji, broj klijenata uključenih u korisničke organizacije, broj pacijenata uključenih u zaštićene stanove i radionice i zadruga pacijenata, broj pacijenata na "deo" terapiji. U dobro osmišljenom planu rada u CMZZ treba predvideti i edukativne i savetodavne aktivnosti za zdravstvene radnike porodične i opše medicine i drugih službi primarne zdravstvene zaštite. Navedeni monitoring aktivnosti vrši se jednom mesečno. Na osnovu navedenih monitoring aktivnosti CMZZ i teritorijalnih karakteristika, te raspoloživih resursa u CMZZ planira se i aktivnost koja je usmerena na potrebe društvene zajednice.

2.4. Vrste usluga u CMZZ

Kada su u pitanju modeli pružanja usluga u CMZZ one se pričaju pacijentu- klijentu na osnovu plana brige i nwgw za svakod pacijenta -klijenta, a uradjenog na bazi podataka timske procene pojedinca. Kontakti sa CMZZ ostvaruju se uputom, telefonom i neposredno bez uputa. Tako pacijent-klijent može doći u CMZZ na predlog druge zdravstvene ustanove, centra za socijalni rad, škole, druge institucije u zajednici, samoinicijativno, porodice ili na drugi način. Nakon prvog kontakta sa CMZZ zavisno od psihičkog staja vrši se hitno rešavanje ili inicijalna procena. Inicijalnu procenu vrde psihijatar, medicinska sestra ili sekretar centra, razmatranje uputa obavlja socijalni radnik, psiholog, medicinska sestra, psihijatar. Plan tretmana i nege podrazumeva medikamentozni, socioterapijski, psihoterapijski, okupacioni, rekreativni i fizioterapijski tretman. Završetak tretmana- nege podrazumeva potpuni završetak tretmana bez daljnjih kontakata i kontrola, produženi kontakti, kontrole, alternastivni smeštaj, upućivanje u bolnicu uz prethodno obezbeđenje mesta za prijem, smeštanje u rehabilitacione kuće, centre ili u druge porodice.

S obzirom na sve naglašeniji trend pomeranja psihijatrijske službe u primarnu zdravstvenu zaštitu to znači da se broj usluga CMZZ značajno povećao i danas se očekuje od dobro organizovanog CMZZ da može peuzeti odgovornost za rešavanje problema mentalnog zdravlja do nivoa od 80% na

pripadajućoj teritoriji. Usluge u CMZZ pružaju se prema potražnji i proceni potreba pacijenata-klijenata i prema proceni potreba u društvenoj zajednici. Ove usluge mogu biti edukativne, savetodavne, promotivne i intervencije u krizi i kreiranje politike zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja za populaciju koju pokriva pripadajući CMZZ. Nededeni usluge mogu se pružiti u centru, porodici, školi, radnoj organizaciji i drugim institucijama u zajednici. Sam način pružanja usluga u CMZZ ima za cilj da pacijenti dobiju takav tretman koji će ih dovesti do za njih mogućeg optimalnog socijalnog i profesionalnog funkcionisanja, prevenirati krize i smanjiti rizik od suicida i pogoršanja psihičkog stanja. Sa planom tretmana pacijent -klijent mora biti upoznat. Za realizaciju plana tretmana u timu se određuje jedan član tima koji je ujedno i kontakt osoba za pacijenta-klijenta. Kontakt osoba je odgovorna za realizaciju plana tretmana i osoba koja je dostupna pacijentu-klijentu u svakom trenutku i prema njihovom dogovoru. Kontakt osoba može biti svaki član tima zavisno od potrebe pacijenta-klijenta.

2.5. Veze CMZZ sa drugim psihijatrijskim i socijalnim ustanovama

CMZZ ostvaruje čvrstu vezu sa psihijatrijskim bolnicama-klinikama. Uspostavljanje adekvatne veze sa bolnicama-klinikama je veoma značajna. U ostvarivanju adekvatne veze neophodni su preduslovi koji obezbeđuju obe strane, a u cilju pružanja maksimalno moguće nege pacijenta- klijenta, stvaranje osećanja sigurnosti za članove tima i ukidanja neizvesnosti i nesigurnosti. CMZZ u najbližoj bolničkoj ustanovi mora imati na raspolaganju minimum kreveta za urgentne slučajeve. Obaveza stručnih timova bolnice je da po otpustu pacijenata iz bolnice u pismenoj formi dostavi daljnji plan nege i rehabilitacije pacijenta. U pisanom otpusnom planu i otpusnoj listi mora biti i ime kontakt osobe iz CMZZ uz preciziranje vremena kada će pacijent-klijent po izlasku iz bolnice ostvariti kontakt sa kontakt osobom u CMZZ. CMZZ ostvaruje vezu i sa drugim službama zaštite mentalnog zdravlja koje postoje u zajednici kao što su: poliklinike, psihijatrijske službe, centri za alkoholizam i bolesti zavisnosti, dnevni bolnički centri, savetovališta, patronažne službe, rehabilitacione- zaštitne kuće, centri za psihotraume, privatne psihijatrijske ambulante i savetovališta, zaštitne radionice, službe za dečiju i adolecenciju psihijatriju. CMZZ ostvaruje veze i sa drugim zdravstvenim ustanovama na način da obezbeđuje usluge za pacijente-klijente u drugim zdravstvenim službama ili da sam pruža usluge za pacijente drugih zdravstvenih službi. CMZZ ostvaruje vrlo usku vezu i saradnju sa centrima za socijalni rad zajednice u kojoj deluje stvarajući uslove za mogućnosti adekvatnog rešavanja socijalnih potreba pacijenata-klijenata kao što je stanovanje, rad, finansijska podrška i sl. CMZZ takodje uspostavlja veze i saradnju sa nevladinim organizacijama, mesnim zajednicama i drugim organizacijama i institucijama u zajednici.

2.6 Opšti principi rada u CMZZ

Opšti principi rada CMZZ su: sveobuhvatni princip koji je prilagodjen pojedincu, optimalna dostupnost CMZZ, kontinuitet podrazumeva da pacijenta-klijenta prati isti tim, aktivno učešće pacijenta-klijenta u svom tretmanu, rad se organizuje i planira prema potrebama zajednice na kojoj je CMZZ, timski rad, dnevna nega i saradnja sa drugim organizacijama i institucijama u zajednici.

2.7. Multiprofesionalni tim u CMZZ

Već je istaknuto u ovom izlaganu da multidisciplinarni tim u CMZZ čine psihijatar, klinički psiholog, medicinska sestra, socijalni radnik i okupacioni terapeut. Za dobro funkcionisanje multiprofesionalnog tima značajna je primena profesionalne kompetentnosti u timu, poverenje i odgovornost. Psihijatar u timu je odgovoran za medicinsku procenu i farmakološku terapiju, ima medicinsku odgovornost u timu, utvrđivanje dijagnoze i terapije, delegira terapiju i negu drugim članovima tima, kroz redovne sastanke i stručne raporte o pacijentu procenjuje kada je neophodan kontakt psihijatar- pacijent. Medicinska sestra u timu pruža negu i podršku pacijentu, obavlja kućne posete, pruža podršku porodici, odgovorna je za ordiniranu terapiju, zapaža reakcije kod pacijenata, psihoterapijski deluje uz odgovarajuću edukaciju. Socijalni radnik odgovoran za razvoj saradnje sa socijalnim službama u zajednici, identifikuje i analizira probleme iz šire socijalne perspektive, socioterapijski rad, pomaže pacijentu-klijentu u rešavanju socijalnih problema. Psiholog u timu je neophodan član tima kako u kompletiranju dijagnostike tako i u psihoterapijskom radu, zastupa psihološko znanje i daje svoje mišljenje za različite probleme. osim toga psiholog u timu obavlja

konsultacije, superviziju sa drugim članovima tima u obliku edukacije čime se zadovoljavaju potrebe da drugi članovi tima dobiju psihološko znanje. Od posebnog značaja je radno mesto sekretara CMZZ. To je prva osoba sa kojom pacijent- klijent dolazi u kontakt kada traži usluge tima centra. Sekretar uvek mora dati konkretnu informaciju, treba da uzme odgovarajuće informacije od pacijenata kako bi tim adekvatno obavestio o pacijentu koji želi kontakt, a potom informisao pacijenta telefonom ili pismenim putem kada i kome da se javi. Ako sekretar od pacijenta ili druge osobe dobije informaciju da se radi o akutnom stanju onda se obraća službama za hitno zbrinjavanje pacijenta. Sekretar centra mora imati određeni stepen edukacije iz mentalnog zdravlja i dobro je da ima određena standardizovana pitanja tako da na osnovu dobijenih odgovora tim može napraviti prvu procenu i preduzeti prve korake u rešavanju problema. Multidisciplinarni tim u CMZZ treba da se sastaje dva puta nedeljno. Jedan sastanak predviđen je za razmatranje novih pacijenata, a drugi sastanak za diskusiju o pacijentima s kojima se već ostvario kontakt, utvrđivanje postignutog i planiranje daljnjih koraka.

2.8 Dokumentacija u CMZZ

Vodjenje medicinske dokumentacije u centru izuzetno je značajno. Svaki pacijent-klijent koji dobije uslugu u centru treba da ima svoj odgovarajući karton. U kartonu osim podataka o generalijama navode se svi podaci o bolesti, o planu tretmana, praćenja, svaki član tima unosi u dokumentaciju sve o pacijentu u vezi sa procesom nastanka bolesti, lečenjem i rehabilitacijom. Efikasna sistemska registracija podataka o pacijentu-klijentu može se izvršiti primenom informacionog sistema. osnovni cilj informacionog sistema je da omogući prikupljanje informacija, strukturisanje informacija uz omogućavanje njihovog korišćenja u istraživačke svrhe. Upotreba efikasnog informacionog sistema omogućava i provodjenje monitoringa rada u CMZZ, procenu potreba i na taj način i planiranje daljnjih aktivnosti. Tako na primer u Bosni i Hercegovni urađen je jedinstveni informacioni sistem za sve Centre za mentalno zdravlje u zajednici što daje izverednu mogućnost uspostavljanja međusobne komunikacije izmedju centara i kolega koji su zaposleni u njima.

3. Psihijatrijska ambulanta i savetovalište za mentalno zdravlje

Psihijatrijske ambulante postoje pri domovima zdravlja u koliko nije organizovan centar ili dispanzer za mentalno zdravlje, pri jedinicama za urgentnu medicinu, poliklinikama pri kliničko-bolničkim centrima ili kao isturena jedinica stacionarnih psihijatrijskih ustanova. U ambulantama se odvija polivalentna psihijatrijska služba, a svakodnevni rad se odvija timski. Psihijatrijski tim čine psihijatar, psiholog, socijalni radnik, srednje ili više medicinsko osoblje i drugi profili. Veoma je važna funkcionalna povezanost ambulanti sa stacionarnih psihijatrijskih ustanova, socijalnim i socijalno-medicinskim službama.

Mentalno-higijensko savetovalište bavi se primarnom prevencijom. Mogu da funkcionišu samostalno ili u sklopu druge zdravstvene ustanove, crvenog krsta, doma omladine ili nevladinih organizacija i to najčešće sa dobrovoljnim i volonterskim radom. Savetovališta se formiraju za određene probleme s kojima se sreću pojedini delovi populacije(za studente, brak i porodicu, starije osobe, za profesionalnu orijentaciju, zdrave stilove života i slično).

4. Centri za krizna stanja

Centri za krizna stanja, odnosno urgentnu psihijatriju ili ambulante za psihijatrijsku hitnu pomoć rade kontinuirano 24 sata, namenjeni su hitnim psihijatrijskim intervencijama, pomoć osobama koje se nalaze u krizi. U okviru ovih službi nalaze se jedinice za prevenciju suicida sa tele-apel službom. u ovim jedinicama mogu da se zbrinjavaju akutno alkoholisani pacijenti u koliko postoje odgovarajući dijagnostičko-terapijski uslovi.

5. Drugi oblici vanbolničkih institucija

Savremeni koncept organizacije vanbolničkih psihijatrijskih institucija pored već navedenih u poslednjih nekoliko decenija sve više se razvijaju službe za kućno lečenje i porodičnu negu, zatim smeštaj pacijenata u psihijatrijska naselja, zaštitne radionice, klubove lečenih pacijenata.

II USTANOVE ZA DELIMIČNU HOSPITALIZACIJU

Ustanove prelaznog tipa čine institucije za parcijalnu hospitalizaciju u koje spadaju dnevne, nočne i vikend bolnice, 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 prostora posvetiće se organizaciji i načinu funkcionisanja psihijatrijske dnevne bolnice.

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 među 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 osnovana je 1948. godine u Londonu i to kao samostalna institucija. U bivšoj SFRJ prva dnevna bolnica osnovana 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 danas ih u Srbiji ima skoro dvadeset, a sa idejom da se prevaziđu 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 iskustva sa noćnim bolnicama, a u SAD postoje nešto veća iskustva u radu vikend bolnica.

Dnevna 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 ukazuje 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 intermedijarna 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 prevladava 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) za 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).

D 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 krevata 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 prevladava 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 vema 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 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 obogučeno 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 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 svakodnevnih 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 preovladuje 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, pacijente 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 doba 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 smanutim doživljavanjima, sa agresivnim i homicidalnim tendencijama, stanjima stupora ili sa tendencijom ka psihomotornim katatoninim uzbudjenjima, izraženom depresivnom simptomatologijom sa suicidalnim mislima i tendencijama, seksualnim perverzijama i drugim veoma bizarnim psihoseksualnim poremećajima, sa čestim napadima epilepsije i sumračnim stanjima i patološkim afektom. Brojni autorima, medju 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 apsolutnih 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. agorafobije), 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, 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. Takođe 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.

Problemu 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 Krafta 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. Ošti, 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 psihoskim, socijalnim i drugim problemima različite vrste. Ovaj 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 provodi intenzivna rehabilitacija bolesnika u vidu dobro organizovane radne terapije za koju pacijenti treba da dobiju određenu materijalnu nagradu i osposobe 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 čemu 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. Prednosti i nedostaci dnevne bolnice u psihijatriji

Uz već napred navedene brojne prednosti i pogodnosti koje dnevna bolnica obezbeđuje svojim pacijentima i osoblju, navodimo 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.

1.5. Dnevni programi aktivnosti i terapije 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 na programu može da bude film po izboru ili zajednički izlet cele dnevne bolnice ili poseta nekoj kulturnoj aktivnosti na koje se odlazi zajedno sa osobljem.

Terapija u dnevnoj bolnici je multidimenzionalna i u njoj praktično učestvuje celokupno osoblje. Najčešće se primenjuju:

I n d i v i d u a l n a p s i h o t e r a p i j a, pretežno racionalna i sugestivna, suportativna, a kod izvesnih bolesnika i analitički orjentisana.,

G r u p n a p s i h o t e r a p i j a, 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.,

M e d i k a m e n t o z n a t e r a p i j a, sa svim savremenim psihofarmacima koji se koriste u datom trenutku.,

B i o l o š k a t e r a p i j a 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.,

O k u p a c i o n a t e r a p i j a sa nizom okupacionih, rekreativnih i edukativnih aktivnosti koje se primenjuju zavisno od težine psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja i mogućnosti uspostavljanja kontakta sa pacijentom.,

S o c i o t e r a p i j a i p o r o d i č n a t e r a p i j a 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.

1.6 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 između 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, stvljavajući određene rezerve u odnosu na dobijene 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 (citat 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.

III BOLNIČKE USTANOVE

1. Psihijatrijske bolnice i klinike

Psihijatrijska bolnica je najstarija psihijatrijska institucija i sve do kraja 50 -tih godina prošlog veka predstavljala je bazu celokupne psihijatrijske zaštite. U poslednje vreme ove ustanove doživele su značajnu transformaciju u njenoj unutrašnjoj organizaciji, uvođenju savremenih oblika tretmana i rehabilitacije. Bolnica i danas predstavlja veoma značajnu kariku u lancu psihijatrijskih ustanova. U okviru bolnica organizuju se specijalizovana odeljenja, radionice, sportski i rekreacioni prostori. Mnoge bolnice imaju svoje dispanzere za mentalno zdravlje, klubove lečenih pacijenata, službe za aktivnu terapiju, odnosno medicinski tretman u užem smislu (farmakološki, biološki, psihoterapijski), bolničku rehabilitaciju, socijalnu rehabilitaciju i socijalnopsihijatrijsko praćenje pacijenata. Specijalističke psihijatrijske ustanove danas se dele na: 1) ustanove za odrasle psihijatrijske bolesnike, 2) ustanove za dečiju psihijatriju, 3) ustanove za psihogerijatriju. Kada su u pitanju pojedine kategorije pacijenata onda prema dijagnostičkim kriterijumima one mogu biti specijalizovane za psihosomatske poremećaje, narkomaniju, alkoholizam, epilepsije, mentalnu retardaciju.

Nedostaci samostalnih psihijatrijskih bolnica sastoje se u tome što se psihijatrijske aktivnosti teže uključuju u opšti medicinski koncept, pa i dalje postoji velika opasnost od otudjenja psihijatrijskih pacijenata, određeni stepen izolacije pacijenata i osoblja bolnice od društvene zajednice.

2. Psihijatrijsko odeljenje zdravstvenih centara

Ova odeljenja su vrlo značajni sastavni delovi bolničke psihijatrijske službe. Većina ovih odeljenja obavlja stacionarnu i vanbolničku službu, zatim se bave konsultativnim, konzilijarnim poslovima za druga odeljenja opštih bolnica, zdravstvenih centara. Oni nikako ne smeju da se pretvaraju u akutna prijemna odeljenja. U njima mogu da se tretiraju samo određene kategorije psihijatrijskih bolesnika. Dugotrajan boravak je nepotreban i takva odeljenja moraju biti povezana sa psihijatrijskom bolnicom.

Pored psihijatrijskih bolnica i psihijatrijskih odeljenja, postoje i druge specijalističke stacionarne ustanove: zavodi za čuvanje i lečenje mentalno obolelih delikvenata, kazneno-popravni zavodi, odnosno forenzičke psihijatrijske ustanove, psihijatrijske kolonije ili naselja hroničnih psihijatrijskih bolesnika koji su trajno smešteni u socijalne ustanove.

3. Ustanove socijalno-medicinskog karaktera

Medju ovim ustanovama su najvažnije: ustanove za lečenje i rehabilitaciju dečije cerebralne paralize, ustanove za rehabilitaciju dece sa oslabljenim vidom, sluhom, govorom. Pored navedenih postoje i ustanove za rehabilitaciju dece ometene u psihofizičkom razvoju, domovi za mentalno retardiranu decu, osobe sa posebnim potrebama, centri i zavodi za zbrinjavanje odraslih mentalno retardiranih hroničnih psihijatrijskih pacijenata.

Današnju mrežu psihijatrijskih ustanova i kod nas čine državne i privatne institucije od kojih je najveći broj vanbolničkog tipa. Još uvek ne postoji zadovoljavajuća međusobna povezanost i koordinacija između ovih institucija. Pored kontinuiranog stručnog nadzora nad radom ovih ustanova neophodna je i adekvatna pravna regulativa koja treba da definiše nivo zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na republičkom nivou. Na isti način treba da se reguliše rad volontera, udruženja građana obolelih od pojedinih psihijatrijskih oboljenja i članova njihovih porodica, nevladinih i humanitarnih organizacija koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja. U neinstitucionalne forme zaštite mentalnog zdravlja spadaju različite grupe i pojedinci iz kruga tzv. alternativnih aktivnosti. Zbog njihovog mogućeg negativnog efekata na mentalno zdravlje, takodje je neophodna adekvatna pravna regulativa na nivou društvene zajednice.

IX TIMSKI RAD U PSIHIJATRIJI

Pod nazivom "timski rad" ili "psihijatrijski tim" podrazumevamo pokušaje da se organizuju interakcije osoblja koje se brine o psihijatrijskim pacijentima. Timski rad u psihijatriji se razvio pod okriljem terapijske zajednice i socijalne dimenzije u psihijatriji, tj. socijalne psihijatrije. Savremeni pobornik i istaknuti teoretičar timskog rada, Maxwell Jones, jer se njegov stručni rad i teorijska tumačenja neprekidno prepliću sa celokupnim razvojem naročito socijalne psihijatrije (Jones, M., 1973). Ovaj oblik rada razvio se zahvaljujući primeni socijalnog modela lečenja i rehabilitacije u psihijatriji. Ovo je pokazalo da stručnost i znanje nisu bili dovoljni za uspešno lečenje, resocijalizaciju i rehabilitaciju psihijatrijskih pacijenata. Timski rad može da se definiše i kao nužna saradnja više različitih stručnjaka u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih bolesnika odnosno formalna grupa stručnjaka različitih profila i zanimanja koji znanjem i delovanjem doprinose ostvarivanju grupnog cilja. U psihijatrijskom timu se znanje više stručnjaka integriše u cilju što potpunijeg razumevanja pacijentovih potreba i problema. U formalnoj grupi svaki član treba da zna cilj grupe, tima, i da ispunjava sopstvene zadatke koji su uskladjeni sa tim ciljem. Zadaci članova tima su različiti, ali su tako uzajamno povezani da se obezbeđuju postizanje cilja celog tima. Što je veća povezanost zadataka pojedinih članova tima, to je neophodnija njihova saradnja. S obzirom na osnovne principe grupne psihologije i stečena saznanja funkcionisanja formalne grupe, kada su si članovi svesni značaja važnosti sopstvenog zadatka i cilja grupe (Kreč i sar., 1972). Iskustvo potvrđuje saznanje da je neophodno da postoji jedan član grupe, u ovom slučaju tima, koji određuje, koordinira i kontroliše zadatke svih članova i da se ovo ostvaruje na sastanku tima kome prisustvuju svi članovi kroz razmenu obaveštenja i sticanja uvida u ulogu i i zadatak svakog člana tima. U sastav psihijatrijskog tima ulaze: psihijatar, psiholog, socijalni radnik, medicinska sestra, radni terapeut, i u poslednje vreme i drugi profili stručnjaka, defektolog, pedagog i dr. Sastav tima zavisi od vrste pacijenata i načina lečenja koji se primenjuje u svakodnevnom radu u pojedinim organizacionim oblicima, institucijama u psihijatriji. Sadržaj rada tima je psihijatrijski pacijent, a cilj je njegovo lečenje, resocijalizacija i rehabilitacija. i pored specifičnih oblasti delovanja, svi članovi tima uspostavljaju i neposredan odnos sa pacijentima. Potrebno je da svaki član tima što bolje poznaje svakog pacijenta koji se nalazi na lečenju i tretmanu, da bi bolje uradio svoj specifičan zadatak i da bi se postigla integracija delovanja svih članova tima. (Sedmak, T., 1989). Psihijatrijski tim je u suštini formalna radna grupa sa posebno značajnim uzajamnim odnosima članova, na koji utiču strukture ličnosti, emocionalnost, stavovi i profesija članova.

Početak timskog rada u psihijatriji vezuje se za ime K. Menningera koji je (1932 godine- citat prema Popović, M., 1978), prvi anticipirao uvodjenje timskog rada u psihijatrijske bolnice. On je pretpostavljao da će psihijatrijski tim omogućiti bolje prilagodjavanje osoblja potrebama bolesnika i da će lečenje kroz timski rad biti više diferencirano i individualno bolje odgovarati pacijentima. Sociolog Devereux (citat prema Popović, M., 1978) u isto vreme pored navedenog psihijatra Menningera, razmatra efekat autoritativnog stava lekara na lečenje psihijatrijskih bolesnika. Devereux zapaža da krajnosti u stavu lekara, suviše autoritavan ili naprotiv, stav ugadjanja ili popuštanja kod pacijenata povećava regresiju i dečiju zavisnost. Pošto je lekaru, pojedincu, katkada teško da ne ispolji jednu ili drugu krajnost, kao korektor subjektivne slabosti preporučuje se timski rad koji omogućava i bolje međusobne odnose između bolesnika i osoblja.

Z toku Drugog svetskog rata i neposredno posle njega u anglosaksonskim zemljama pod pritiskom deficita kadrova, javila se potreba da psihijatri, psiholozi, socijalni radnici i medicinsko osoblje udruže svoje sposobnosti kroz intenzivniju medjusobnu interakciju i saradnju. Tako je psihijatrijski tim formiran iz potrebe da se sa minimumom osoblja postigne maksimalan efekat. Već tada su prva iskustva u timskom radu pokazala da efekat psihijatrijskog tima prevazilazi prostu sumaciju sposobnosti stručnjaka koji učestvuju u radu tima.

Psihijatrijski rad se u praksi razlikuje od timskog ili konzilijarnog rada u drugim oblastima medicine po sledećim karakteristikama:

1. u rad tima može biti uključen veći broj stručnjaka i ljudi.,
2. favorizuje se takav metod rada u kome hijerarhijske razlike ne ometaju bogatsko interakcija i komunikacija članova tima.

Standardni tim po broju stalnih učesnika ne treba da predje veličinu manje grupe.,tj. nije poželjno da ima više od desetak članova. U protivnom, interakcije članova tima svedene su samo na nekoliko učesnika, te tim ne koristi dovoljno svoje članove. Po mestu rada timovi mogu biti ambulatno-dispanzerski, bolnički, u kućnom lečenju, socijalno-psihijatrijskom praćenju i sl., a po sadržaju rada dijagnostički i terapijskožrehabilitacioni.

Prvi timovi u radu sa spoljnim pacijentima sastojali bi se od psihijatra, psihologa i socijalnog radnika. Oni su i ostali jezgro tima za rad sa spoljnim bolesnicima, dok se timu u bolničkim uslovima dodaje više članova, medicinska setra, radni, okupacioni i rekreativni terapeut. zavisno od toga u kojoj je meri psihijatrijska služba stvorila sebi ugled i kako je povezana sa medicinskim i drugim službama u lokalnoj zajednici u kojoj deluje, u radu tima povremeno učestvuju lekari iz primarne zdravstvene zaštite, socijalni radnici iz centara za socijalni rad i iz firme, preduzeća, kao i patronažne sestre drugih institucija. Kada je u pitanju tim iz dečije i adolescentne psihijatrije onda u ovakom timu mogu da učestvuju školski psiholog, pedagog, pedijatar, defektolog i dr. Delimično u radu tima mogu da učestvuju roditelji, nastavnici, predpostavljeni, bračni partneri i drugi koji su zainteresovani za pacijenta. I za bolnički i dispanzerski tim važi pravilo da može da mu pomogne svaka ličnost koja je u kontaktu sa pacijentom. Onima koji učestvuju u timskom radu, a nisu članovi tima u pravom smislu te reči, treba pružiti potvrde da je njihov doprinos od značaja i da pomaže pacijentima. Ovo i odgovara realnosti, jer je za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju psihijatrijskih pacijenata potreban čitav spektar različitih znanja i informacija.

U savremenoj psihijatrijskoj bolnici i na psihijatrijskom odeljenju opše bolnice, u odeljenjima sa stacionarnim pacijentima uopšte, tim ima dosta problema koji počimlju prijemom uznemirenog bolesnika, a završavaju se njegovim oporavkom i rehabilitacijom. Dobar timski rad u bolničkim uslovima moguć je samo u kontekstu milje terapije ili gde je to opravdano u terapijskoj zajednici. Izmedju psihijatrijskog pacijenta i terapijske zajednice postoje bronni modaliteti akcije koji se mogu razumeti i na koje se može uticati. samo u grupnim procesima. Savremena bolnica sa obiljem stratifikovanih i medjusobno povezanih aktivnosti, sastanaka u velikim i malim grupama, radnom, okupacionom i rekreativnom terapijom i drugim, ne može se ni zamisliti bez timskog rada. Timski sastanci mogu da budu posvećeni temama vezanim za interakcije, i život u terapijskoj zajednici. Kroz to mogu bolje da se sagledaju i rehabilitacioni potencijali kod svakog pacijenta pojedinačno i bolje se oblikuju različiti rehabilitacioni procesi. Timski rad omoućava zauzimanje istog ili sličnog stava prema pacijentu, jer pacijenti iskorišćavaju različite stavove osoblja. Timski rad, izmedju ostalog ujednačava stavove, jer se u dobro integrisanom timu svaki član identifikuje sa grupom; njene teškoće i uspesi su i njegove teškoće i uspesi.

U uslovima gde je dobro integrisana dispanzerska i stacionarna služba, dolazi i do dalje diferencijacije u timskom radu. Timovi mogu da se obrazuju na horizontalnom i ili na vertikalnom nivou. U prvom slučaju, na timu se rešavaju problemi o kojima je do sada bilo reči i koji su vezani bilo za vanbolnički deo ili stacionar. Timovi mogu da se formiraju i po vertikalnom principu, obuhvatajući u svim fazama lečenja i rehabilitacije određene kategorije bolesnika. tako se ista grupa stručnjaka u timskoj interakciji brine u dispanzeru ili centru za mentalno zdravlje, dnevnoj bolnici i u stacionaru o svim pacijentima koji je leče, npr. alkoholizam, bolesti zavisnosti, depresije i sl. Timovi mogu da obuhvataju vertikalno sve dijagnostičke kategorije: neurotske poremećaje, akutne psihoze, bolesti zavisnosti, ocenu radne sposobnosti, itd. Ukoliko je npr. rehabilitacioni karakter tima više izražen, sve više raste broj stručnjaka i drugih osoba koji učestvuju u radu takvog tima. Vertikalno

formiranje timova omogućava i razvoj specifičnih službi i efikasnije lečenje i rehabilitaciju psihijatrijskih pacijenata (Popović, M.,1978, Sedmak,T.,1989).

1. Tri sistemska preduslova timskog rada

Da bi bilo koji tim uspešno radio on mora primenjivati principe održavanja i razvoja sistema (Miller). To bi bio i prvi sistemski preduslov timskog rada. Za razliku od neživog, živi sistem je u strukturnom i procesnom smislu kompleksniji. Da bi se ovaj sistem održao i razvijao on koristi niz podsistemskih procesa, od koji su za psihijatrijski tim konkretno najvažnije održavanje granica između subsistema i prema ekosistemu(između članova tima i institucije u kojoj tim radi) i obrada informacija. Zakazivanje unutar bilo kojeg sistemskih procesa, smanjuje vitalnost tima, njegovu uspešnost, onemogućuje timski proces, zatvara ga prema okolini i unutar pojedinih članova i struke, i nužno vodi do njegovog raspada, dinamskog gašenja.

Drugi sistemski preduslov uspešnog timskog rada je zajednička i istovetna epistema (Peterson), paradigma (Kuha), naučni stav, pristup i nazor u vezi predmeta timske obrade i njegove fenomenologije. Ta epistemski istovetnost članova tima ne isključuje njihovu interpersonalnu različitost (Selvini- Palazzoli), što omogućuje članovima tima da dodju do timske sinteze i stvarnog timskog modela ponašanja. Treći sistemski preduslov uspešnog timskog rada je circularitet kako unutar dinamike samog timskog procesa tako i u vezi tumačenja događaja kojim se tim bavi (Ashby, Deissler, Salvini-Palazzoli). Jedino na toj osnovi se ostvaruje saradnja različitih disciplina ali takodje i mogućnost kreativnog korištenja tih različitih disciplina u tretmanu određenog psihopatološkog fenomena. Pravolinijska strategija traženja isključivih uzroka i posledica vodi u jednostrani redukcionizam, nametanje jedne discipline drugoj sve do pretvaranja pojedinih disciplina i članova tima u servise jedne discipline i jednom članu tima. Da bi psihijatrijski tim bio stvarno tim on se mora održavati kao živi i otvoreni sistem, razvijati zajedničku transdisciplinarnu epistema i ostvariti dinamiku kako unutar tima tako i u odnosu prema predmetu svoga rada. Tim dakle mora biti živ i otvoren dinamičan sisten.

2. Lični i profesionalni identitet članova tima

Primenjujući terminologiju i gledišta H.E. Erikson u vezi njegove teorije razvoja ego-identiteta, lični i profesionalni identitet pojedinih članova tima mogli bi definisati kao doživljaj lične i profesionalne jednakosti i vremenskog kontinuiteta unutar tima unutar tima uz osećaj da i drugi članovi tima prihvataju tu jednakost i kontinuiranost. To je timska saradnja uz sačuvani lični i profesionalni identitet. To predpostavlja stvarni osećaj da ostajemo " gospodari" sopstvene ličnosti i profesije unutar tima uz sigurnost da nam to priznaju i prihvataju ostali članovi tima. Takav lični i profesionalni identitet je rezultat delovanja našeg ličnog i profesionalnog ego-a na granci prema timske partnerske stvarnosti. To je deo našeg ego-a, koji se sastoji iz niza predstava naših ličnih uloga unutar timske interakcije. To bi bilo i udruživanje našeg ego-a u grupu timskih uloga. Sve to govori da je to dobro organizovani ego svakog člana tima unutar timske stvarnosti. To je sigurnost da ćemo biti od ostalih članova tima biti prihvaćeni upravo onakvi kakvi jesmo i od njih kao takvi priznati. Sa takvim ličnim i profesionalnim identitetom tek možemo stvarati ravnopravne partnerske odnose u timu. Ta ravnopravnost i partnerstvo odnosi se na jednako na ličnosti članova tima kao i na njihove profesije. Osnovne karakteristike tako razvijenog ličnog i profesionalnog identiteta pojedinog člana tima jesu: 1. poverenje u druge članove tima i njihove struke uz sposobnost davanja i primanja u međusobnim interakcijama; 2. sačuvana autonomija pojedinog člana tima i njegove struke uz međusobnu toleranciju i prilagodjavanje; 3. inicijativa i spremnost fleksibilnog eksperimentisanja (ulaženja u nove) ličnom i profesionalnom ulogom svakog pojedinog člana unutar tima; 4. poverenje i sigurnost i ličnu i profesionalnu aktivnost unutar tima uz spremnost saradnje sa ostalim članovima tima; 5. Spremnost i spremnost ulaženja u otvorene i iskrene odnose sa ostalim članovima tima . Jednom rečju, razvijeni lični i profesionalni identitet članova tima pretpostavlja pozitivan odnos i poverenje u sebe i druge članove tima, u svoju i njihove struke, prihvatanje sebe i svoje struke kao i drugih članova tima i njihovih struka. To je recipročna dinamika prihvatanja i prihvaćenosti sebe i svoje profesije unutar zajedničkog tima.

3. Uloge osoblja i članova tima

Premda je funkcionisanje psihijatriskog tima danas relativno dobro poznato, ipak, treba praviti razliku između tima i osoblja, premda ova granica nije uvek jasna. Osoblje postoji svuda, a tim je celishodno organizovan oblik saradnje pojedinaca. Osoblje čine pojedinci koji rade u određenoj organizacionoj jedinici. U našim uslovima, tzv. pomoćno osoblje (servirke, spremačice i sl.), ne ulaze u sastav stručnog tima, premda često uspostavljaju neposredan odnos sa pacijentima. Kada se govori o osoblju u psihijatriji, onda se najčešće ukazuje na hijerarhijsku strukturu sa dominacijom i submisijom i na jednosmerno komuniciranje naredjenjima, vizite npr. Istovremeno se ukazuje na postojanje profesionalnih grupa koje su jasno razgraničene, bez dovoljno saradnje i bez dovoljno uvida u u zadatke drugih (Sedmak, T., 1989).

Psihijatrijski tim sastoji se od članova koji se uzajamno poštuju i kao stručnjaci i kao ličnosti. Samo na ovaj način je moguća puna komunikacija među članovima tima, tj. samo na ovaj način ideje mogu da se menjaju i modeliraju. Nefektan član postaje izvor iritacija, ostaje izolovan ili meta neuspeha grupe kao celine. Članovi tima moraju biti i motivisani za rad i osećati se odgovornim za njegov uspeh. Timovi ne treba da se stvaraju administrativno i slučajno, nego prethodnom sociometrijskom selekcijom. U dinamici timskog rada veliku ulogu igra profesionalni status u hijerarhiji psihijatrijske ustanove, te ni jedan učesnik tima ne bi smeo da oseti da je njegov udeo od male ili nikakve vrednosti. Činjenica je da je lečenje delatnost koja obećava najveće gratifikacije članovima psihijatrijskog tima. Svi hoće da se "igraju doktora" i to je svim članovima tima olakšano neposrednim kontaktima sa pacijentima. Redovna edukacija psihologa i socijalnog radnika obezbeđuje im više znanja iz individualne i grupne terapije po završetku dodiplomskih studija, nego doktoru, koji tek po završetku specijalizacije stiče izvesna znanja. Zbog toga se i javlja rivalstvo profesionalnih grupa, kada je u pitanju lečenje, čega npr. uopšte nema kada su u pitanju administrativni poslovi vezani za tretman pacijenata. U današnje vreme je i dalje dosta ograničena primena psihoterapije i socioterapije kao važne terapijske metode u lečenju u psihijatrijskih pacijenata. Preovladjuju pacijenti čije se lečenje odvija u zdravstvenim psihijatrijskim ustanovama i koji imaju veoma veliku korist od psihofarmakoterapije. Njihovom uspešnom lečenju doprinose osnovno poverenje bolesnika u lekara i odgovornost lekara psihijatra za život i lečenje pacijenta, što čini i dalje bitnu komponentu medicinskog modela lečenja (Sedmak, T., 1989). Lečenje lekovima spada u punu nadležnost lekara psihijatra. Pošto ovakvo lečenje spada isključivo u nadležnost zdravstvenih ustanova, zbog svih medicinskih, socijalnih i organizacionih aspekata lekari psihijatri su najodgovorniji stručnjaci za lečenje psihijatrijskih pacijenata i po tome su vodje psihijatrijskih timova. U drugim socijalnim i nekim socijalno-psihijatrijskim ustanovama timovima mogu da rukovode i drugi stručnjaci.

4. Vođa i osnivanje tima

Maxwell Jones je neprekidno insistirao da se umanjuje značaj vodje za funkcionisanje tima u skladu sa deklarativnim principima terapijske zajednice i socijalnog pristupa u psihijatriji u celini. Njegove ideje o timskom radu su stekle popularnost u psihijatrijskim krugovima i u stručnim radovima, ali nisu dovoljno prenete u svakodnevnu praksu. Čak i tamo gde se vođa tima izjašnjavao izjašnjavao u prilog Jonesovnih ideja, šef organizacione jedinice je uvek održavao formalni autoritet. I u pokušajima da se zamagli uloga vodje tima i da se postigne ravnopravnost, u praksi se to nije do kraja ostvarilo. I dalje je jasno određena uloga vodje je mnogo bliže realnosti psihijatrije. Prema principima psihologije male grupe, pravi vođa sa formalnim i funkcionalnim autoritetom mora za članove tima da bude "jedan od nas" i "najbolji od nas" (Kreč i sar., 1972). Na taj način vođenje i efikasnost tima zavise od sposobnosti vodje, trenutne situacije i zadataka tima, kao i od motivacije i sposobnosti članova tima. Zbog toga je sivišno objašnjavati autoritativni, demokratski ili laissez-fair način vođenja. Mnogo važnije od formalnog vođenja je sposobnost vodje da integriše odgovornost, efikasnost i psihološke osobine koje su neophodne za optimalnu aktivnost članova, za integraciju tima i za ispunjavanje zadataka (Berne, 1974- citat prema Sedmak, T., 1989). Za stvaranje tima mora postojati zainteresovani stručnjak sa odgovarajućom socijalnom moći. Timove ne treba osnivati isključivo administrativno i slučajno, nego prethodnom selekcijom (Popović, M., i Petrović, D., 1969). U koliko se ne mogu obezbediti idealni uslovi za formiranje tima, inicijativa se može prepustiti budućem vodji. Naravno da se ovde mogu javiti određeni problemi, preterana naklonost, subjektivnost i dr. Ne treba izbegavati neiskusne početnike, jer se u toku tima odvija ne samo redovna profesionalna aktivnost već i

edukacija članova tima. Sigurno da treba izbeći rizik od idealizaciji vodje, indoktrinacije, preterane homogenizacije. U početnoj fazi delimično je prihvatljiva i direktivna metoda u lečenju pacijenata, pa i u formiranju i funkcionisanju tima. U ovim situacijama treba imati u vidu opasnost od zatvaranja saradnje sa drugim timovima i za prihvatanje tuđih uticaja. Kriterijumi za izbor pacijenata treba da bude fleksibilniji. Ove treba imati u vidu da je potrebna izvesna prilagodljivost pacijenata i članova tima. Premda je do izvesne mere poželjna, često može da se pretvori i u suštu suprotnost homogenizacija tima. Ne treba insistirati na većem odustajanju od individualnosti, i da se ona zameni osećanjem pripadanja i potvrđivanja kroz uspeh celog tima. Članovi tima nikako ne bi trebalo da preteruju u ispoljavanju entizijazma i besprekornog verovanja u vodju tima i njegovu metodu. Svako idealizovanje vodje dovodi do mogućnosti od stvaranja harizme, niti uspešna saradnja u timu treba da ometa opšte životno i profesionalno funkcionisanje članova tima van radnog mesta i vremena. Obavezno treba od samog početka izbeći situaciju tzv. nerazrešive dileme; da li uspešno delovanje tima zahteva toliko poistovećivanje članova tima da počnu da misle, govore i ponašaju se na isti način. Ne treba smanjivati individualitet i osujećenja razvoja prema nekim drugačijem profesionalnom samoodređenju (Sedmak, T.,1989). Nije neophodno poistovećivanje članova tima da bi on "zreo" funkcionisao, niti se time postiže profesionalna zrelost i veće iskustvo članova tima.

5.Lični i profesionalni identitet lekara- psihijatra unutar tima

Napred navedeni sistemski preduslovi timskog rada i karakteristike ličnog i profesionalnog identiteta pojedinih članova tima primenjene na timski rad u medicini uopšte i na području psihijatrije posebno, zahtevaju dodatna objašnjenja i analizu. Ako imao u vidu uobičajeni stav tima (psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik i radni terapeut), tada upadaju u oči neke specifičnosti pozicije lekara- psihijatra u takvom timu. On se u odnosu na ostalih članova tima razlikuje tradicionalno- statusno, obrazovno i dohodovno. Njegova je profesija najstarija, ima posebnu tradiciju i posebni vrednosni sistem u društvu. Obično je vezana uz najveći stepen obrazovanja (fakultet, specijalizacija, posdiplomske studije, doktorat) a i dohodovno je najviše vrednovan. Tome treba dodati da je pretežno školovan za individualnu i vodeću poziciju u svom budućem radu. Osim toga, njegova profesija za razliku od drugih članova tima tačnije definisan, zaokružen, na neki način samostalan i nezavisan. Zbog toga postoji sklonost i mogućnost pretvaranja ostalih profesija u srvisni odnos prema njegovoj. Većina navedenih subsistemskih timskih procesa, naročito odlučivanja, pod njegovim su direktnim uticajem. Svojim pozicijskim a često i stvarnim autoritetom određuje i nameće epistem timu. To sve otežava dinamiku timskog rada kako unutar njega samog tako i u odnosu na posao koji obavlja. Ne treba zanemariti činjenicu, da se dosta često to rešava prividno sa timskim psudozajedništvom i psudopartnerstvom, kod čega se obilato koriste mehanizmi mistifikacije i održavanja mita (Wynne, Ferieri-a) o idealnom i "stvarnom" partnerstvu. Izlaz i ove situacije i realizaciju preduslova za razvoj stvarnog timskog rada ne vidi se samo u optuživanju psihijatra i organizovanju navedenih njegovih "prednosti" nego u opravdanom nastojanju predstavnika ostalih struka psihijatrijskog tima, da bolje definišu i definišu područja svoje struke uz omogućavanje i viših stepena obrazovanja. Psihijatar ne bi smeo tu svoju poziciju zloupotrebljavati i usmeravati je protiv razvoja timskog partnerstva nego aktivno i iskreno pomoći "mladjim" strukama u timu, da se usavrše i osamostale i s vremenom postanu aktivni i ravnopravni profesionalni partneri unutar timskog rada. Treba istaći da je vreme velikih i individualnih lekara, posebno psihijatara stvar prošlosti. Savremena psihijatrija više je nemoguća bez timskog rada. Fasadni i psudotimovi više stete nego koriste savremenoj psihijatriji. Oni stvaraju patogenu atmosferu u našim psihijatrijskim ustanovama, jer se mogu održavati samo pomoću "shizofrenogenih" dinamizama kao što su double-blind komunikacija, mistifikacija, stvaranje mitova, pseudozajednica, pseudoreciprocity i slično. takav tim ne može biti terapijski ni dijagnostički jer ima skotome za ono kod pacijenata i njegove porodice, što u stvari i dominira i u odnosima među njegovim članovima.

Od svih članova tima najviše je ispitivana ličnost i uloga vodje tima. Ovo nije bez razloga, jer je psihijatrijski tim odraz stila i ličnosti vodje. Tako se često timovi i nazivaju i po ličnostima koji ih vode. U literaturi preovladju iskustva vodja timova, a retki su radovi koje iznose drugi članovi tima o svom vodji, tako da većina ovih radova je subjektivna i sa dosta autobiografskih podataka, što nema veću praktičnu vrednost. L e k a r je najčešće u ulozi vodje, jer je najodgovorniji za sudbinu bolesnika. Naravno, ima puno izuzetaka, jer kada je tema o kojoj u timu raspravljaju u profesionalnoj

sferi psihologa, socijalnog radnika, specijaliste za rehabilitaciju ili ocenu radne sposobnosti, oni preuzimaju ulogu vodje. Vodjstvo je odgovornost, ali i tehnika. Većina lekara, pa i psihijataru nije upoznata sa ovom tehnikom, tj. ne poznaju metodologiju i tehniku grupnog rada. Više su skloni da diriguju nego da vode, da naredjuju nego da diskutuju. Odnos između vodje i grupe je stalni proces arbitraže. Timski rad nije uzrok konflikta, nego prilika da se konflikti, otvoreni ili skriveni, a koji ometaju rad tima, reše. Ovom pitanju je posvetio značajnu pažnju i Komitet eksperata SZO i dao preporuke o ličnosti i kvalitetu vodje psihijatrijskog tima. Vodja treba da bude primus inter pares. Vodeći tim, treba pre svega da omogući da do izražaja dodju specifične vrednosti svih učesnika tima, da ih inspiriše i motiviše. Potrebno je da dozvoli interakcije članova tima uslovljene međjuljudskim odnosima, ali imajući u vidu da tim na prvom mestu, treba da služi pacijentima. Za uspešno odvijanje timskog rada smatramo veoma važnim da vodja tima treba da raspolaže solidnom stručnom spremom i da je etički izgradjena ličnost.

Zbog neminovne transformacije sadašnje organizacije psihijatrijske službe i usmeravanja većeg broja pacijenata u primarnu zdravstvenu zaštitu, u novonastalim uslovima potrebno je formiranje većeg broja različitih timova i prepouštanje vodjstva tima mladim kolegama, a dosadašnje vodje da budu više u funkciji konsultanata i koordinatora, a ne iskuljučivo edukatori. Iz svakodnevne prakse može se navesti više primera da pacijenti napuštaju svoje terapeute kada oni počimlju da se više dokazuju među kolegama nego među pacijentima. Stoga se preporučuje da oni i dalje treba da nastave sa radom sa pacijentima, da ne napuštaju ulogu terapeuta. Ovo ističemo i zbog činjenice da često puta nastaju veoma složeni problemi kada treba naslediti osnivača tima. Danas se na mesto vodje tima dolazi zamenom. *Novi vodja* ima pred sobom tri mogućnosti: **1.** da ne menja niša i da imitira način vodjenja svog prethodnika, **2.** da pristupi novim i korenitim promenama, timskog rada, ideologije i metode lečenja i **3.** da realistično prihvati postojeći način rada tima i da postepeno uvodi korisne promene kojima bi potvrdio i sopstevene mogućnosti vodjenja tima. Za ovo je potrebna dobra procena, mnogo strpljenja, odmerenosti i doslednosti. Zbog toga u ovom tekstu nećemo šire obrazlagati neka važna pitanja funkcionisanja psihijatrijskog tima, npr.: vodjenje psihijatrijskog tima, o sindromu "sagorelosti" u timskom radu, razvoju tima i realnosti njegovog rada, problem uniformnosti i diferenciranosti u timskom pristutu, stvaranje moguće zavisnosti od tima, specifičnosti prikaza pacijenata na timu, eventualna neslaganja u timu i dr. Više citiranih autora iz ove oblasti omogućava šire upoznavanje sa navedenim pitanjima i problemima (Sedmak, T., 1989., Martin, DV., 1974, Jones, M., 1979, Bazalja, F., 1981., Hollandar, EP., 1976., Myers, 1988, Folsom, C., 1978, MacKinon, 1993, Kaplan HJ et al, 1996).

P s i h o l o g najviše doprinosi timskom radu primenom psihodijagnostičkih testova na pacijentu. Pored utvrđivanja nivoa inteligencije projektivnim tehnikama omogućuje otkrivanje prirode pacijetovih konflikata i stepena njegove disocijacije. U toku reahabilitacionog procesa od velikog je značaja određivanje stepena oštećenja i snage bolesnikovog Ega. Primena pojedinih psiholoških testova je značajna u ocenjivanju rehabilitacionih potencijala kao i u profesionalnoj rehabilitaciji i preorijentaciji pacijenta i u celini za veštačenje preostale radne sposobnosti pacijenta. Pored toga, njihova stručna sprema uz kliničko iskustvo omogućuje psiholozima da učestvuju u individualnoj i grupnoj psihoterapiji i da vode različite grupe aktivnosti.

S o c i j a l n i r a d n i k prikuplja podatke o pacijentu, njegovoj porodici i njegovom radnom mestu kada je to potrebno i o tome informiše druge članove tima. Pored analize podataka do kojih dolazi u svom kontaktu, pomaže u sredjivanju prilika, bolje rečeno - neprilika pacijetovih u društvu. Opšto odvajanje od porodice i prijem u bolnicu kod mnogobrojnih pacijenata dovodi do velike anksioznosti i stresa. Jedna od uloga socijalnog radnika je i priprema pacijenta i njegove porodice za prijem u bolnicu, sa čime i započinje rehabilitacioni postupak. U toku i posle lečenja pomaže pacijentu u rešavanju niza problema na različitim područjima i nivoima adaptacije. Uspešna rehabilitacija, oporavak i poboljšanje kvaliteta života pacijenta, ne može se ni zamisliti bez aktivne uloge socijalnog radnika. On po završenom lečenju održava redovan kontakt sa pacijentima kod kojih to priroda bolesti zahteva. Ovo omogućava da se sa ponovnim lečenjem, ukoliko ono bude potrebno, rano započne ili da se rešavanjem spoljne konfliktne situacije izbegne recidiv i ponovno lečenje.

M e d i c i n s k a s e s t r a - t e h n i č a r je zbog stalnog kontakta sa bolesnikom bogat izvor informacija. Pored uobičajenih poslova, medicinska strea-tehničar se stara i o sprovođenju određenog programa rehabilitacije dok je pacijent na odeljenju ili aktivno učestvuje u socijalno-psihijatrijskom

praćenju pacijenta na vanbolničkom nivou lečenja i tretmana. Medicinska setra-tehničar u radu sa psihijatrijskim pacijentima, bavi se, pre svega, očuvanim delom njihove ličnosti. Obavlja kućnu negu i patronažu bolesnika na kućnom lečenju. Sestrine posete pacijentovom domu, njena nega i podrška povećava pacijetovo osećanje odgovornosti u odnosu na društvo i obavezu da ozdravi i ponovo postane koristan član svoje društvene zajednice. Njena pomoć se odnosi i na različita područja. Tako može da pomogne u nabavci i pripremanju hrane, da prati pacijenta na njegove društvene sastanke, da mu pokaže funkcionisanje javnog saobraćaja, da pomogne pacijentu pri ispunjavanju različitih formulara, obrazaca i sl. Ovako širok spektar aktivnosti čini medicinsku sestru-tehničara vrlo značajnim članom tima.

Radni, okupacioni ili rekreativni terapeut učestvuje posebno u prvoj fazi rehabilitacije i oporavka u bolnici. oni uvode bolesnika u program radne i okupacione terapije, razvijaju radne navike, i sprovode profesionalnu rehabilitaciju. Pored toga, učestvuju u organizovanju grupnih aktivnosti rekreativnog karaktera.

Mada je **lekar iz primarne zdravstvene zaštite** samo povremeno član psihijatrijskog tima, od njega u mnogome zavisi preventivni psihijatrijski rad, produženo lečenje, praćenje i rahebalitacija bolesnika. Poznavanjem pacijenta, njegove porodice i radne sredine kroz duži vremenski period je bogat doprinos koji lekar iz primarne zdravstvene zaštite (PZZ) može da pruži psihijatrijskom timu. S obzirom na veoma važnu fransformaciju postojeće psihijatrijske službe i njenu veću funkcionalnu povezanost sa primarnom zdravstvenom zašitom i usmeravanje velikog procenta psihijatrijskih pacijenata u PZZ, saradnja lekara iz PZZ i psihijatrijskih timova postaje sve važnija u bliskoj budućnosti. U ovoj situaciji psihijatrijski timovi bi trebalo da pruže veću pomoć lekarima i drugim članovima tima ili konzilijuma u PZZ kao u dopuskoj edukaciji, tako i u neposrednijoj saradnji u lečenju i tretmanu pacijenata i da umesto kao do sada da lekari iz PZZ budu povremeni članovi psihijatrijskog timas, članovi psihijatrijskog tima većim delom svog radnog vremena je biti konsultanti u PZZ, a drugi deo radnog vremena provodit će u uskopsihijatrijskim stručnim aktivnostima vodeći pre svega brigu o težim i rezistentnim psihijatrijskim poremećajima i poremećajima ponašanja. Postupajući po dobrim tradicijama timskog rada u ovom tekstu navest ćemo neka mišljenja učesnika tima o svojoj ulozi, data prilikom nekiliko anketiranja. ovde ćemo izostaviti psihijatra jer je o njemu već dovoljno rečeno.

Socijalni radnici smatraju da su veza tima sa spoljnom sredinom: porodicom, radnim mestom i širom socijalnom sredinom i socijalnom mrežom u kojoj pacijent funkcioniše. Po jednoj anketi, smatraju da je njihov doprinos najveći u analizi odnosa u pacijentovoj porodici. neki socijalni radnici navode da se stariji psihijatri "kolebaju" u vezi sa ulogom socijalnog radnika i da se neki izjavljivali da im socijalni radnici nisu potrebni. Tvrde da i pored verbalne odanosti prema integrativnom "holističkom" pristupu u lečenju pacijenata, psihijatri u stvari preuveličavaju težinu intrapsihičkog sukoba i kao pravilo daju prednost radu socijalnog radnika sa porodicom. Danas medju kandidatima za porodičnu terapiju nalazi se značajan broj i socijalnih radnika.

Psiholozi za razliku od socijalnih radnika i radnih terapeuta, imaju manje problema u timskoj i pojedinačnoj saradnji sa psihijatrima koji spremnije prihvataju njihovu pomoć. Ipak, žale se da psihijatri često ne prihvataju i ne cene njihove nalaze i mišljenja. Psiholzi satraju da su hijerarhijski bliži drugim članovima tima od psihijatra. Sem svog užeg stručnog doprinosa, prezentovanja rezultata iz psihodiagnostike, smatraju da često imaju veći interes za psihoterapiju od psihijatara, ali isto tako tvrde da nisu u većoj meri spremni da se i praktično bave psihoterapijom, tj. da preuzmu odgovornost za pacijenta.

Drugi učesnici tima, mediciske setre-tehničari i radni terapeuti, veoma malo su pisali o svoj ulozi u psihijatrijskom timu. Sigurno je da su oni u najneposrednijem kontaktu sa pacijentima i da najviše znaju o njihovom ponašanju. Timski rad je za njih emocionalna potreba i podrška, jer pored korisnih informacija tim za njih predstavlja i mesto gde mogu da smire svoju anksioznost i oslobode se agresije koju su primili od bolesnika. Zapaženo je da od svih učesnika u timu, sestre imaju najveću potrebu da bolesnik se brzo oporavi i ozdravi.

6. Dinamika tima

Dinamika tima je funkcija pre svega njegove veličine, sastava i interakcija u njemu. U dinamici timskog rada skavi ekstremi nisu dobri. Autokratska atmosfera čini komunikaciju slabom i pojačava

rivalstvo. Najgori je tzv. "laissez faire" gde nema vodje. Medju članovima tima javlja se anksioznost, tim je konfuzan i neefikasan, te se značajno udaljava od svog cilja. Nasuprot tome, demokratska klima omogućava intenziviranje komunikacije i stvara, kroz slobodne medjusobne interakcije, veću koheziju tima, čineći ga i efikasnijim (Popović, M., 1978, Sedmak, T.,1989., Popović,M i Petrović,D.,1976, WHO,1961).

3. Budućnost edukacije u psihijatriji

Promene u sferi našeg bazičnog znanja, kao i postojanje različitih modaliteta psihijatrijske prakse iziskuju promene u edukaciji i različitim vidovima specijalizacije i kontinuirane edukacije. Ako pogledamo ka budućnosti, možemo predvideti da će akademski medicinski centri, mesta na kojima se najveći broj specijalizanata i studenata medicine i drugih struka u zdravstvu i psihijatriji obučava i edukuje, nastaviti da prolaze finansijske teškoće. Privatna osiguranja i vlada će nastaviti da budu zabrinuti u vezi troškova kojima su opterećeni za plaćanje medicinske edukacije bilo kog nivoa, tako da će se postavljati sve veća ograničenja u pogledu ovih fondova. Postojanje kompeticije za pacijente u urbanim uslovima, naročito od strane benefit menadžera i «treće strane» koja plaća zdravstvene usluge podstiče na sve manje troškove nege, povećavajući tenziju i konflikte, tako da će postojati svega nekoliko pacijenata u univerzitetskim klinikama ili pridruženim ambulantnim uslovima. (Nadelson i Robinowitz 1987; Robinowitz i Nadelson 1985). Kako se ovaj vid (klinički) zdravstvene zaštite i nege bude smanjivao uz posledično smanjivanje i broja zaposlenih u navedenim ustanovama, predviđaju se fuzionisanja ili zatvaranja bolnica. Postoje predviđanja da će do 2020. ovaj proces zahvatiti više od 20% svih medicinskih akademskih centara. U ovom kontekstu, neke od medicinskih škola će se bilo fuzionisati ili će biti zatvorene. One škole koje opstanu sa velikom verovatnoćom je izvesno da će smanjivati broj studenata sa svakom sledećom generacijom /Cooper 1994; Ganem i sar. 1994; Kassebaum i Szenas 1995).

Ironično, inicijalno smanjenje broja studenata medicine dovodi se u vezu sa reformama obrazovanja. Ove reforme uključuju problem-osnovnu dodiplomsku nastavu nastavu i druge modele male grupe studenata za edukaciju i nastavu. (Barrows i Tamblyn 1980.) Ovakvi pristupi su se pokazali kao ekstremno zahtevni iziskuju ogromne troškove u pogledu resursa (uslova fakulteta- nastavne baze, vremena i prostora).

Sa kliničke strane, što se manje pacijenata bude upućivalo u bolnice, a sve veći broj pacijenata bude primljen sa ciljem brze dijagnostike i kratke hospitalizacije, iskustva u kliničkom radu specijalizanata će se značajno promeniti. Nekolicina specijalizanata i studenata će biti u prilici da se prilagodi tokom boravka na odeljenjima tzv. tradicionalnom setingu, dok oni koji su na tzv. kruženjima imaće znatno manju priliku za sticanje iskustva u praćenju pacijenata. Zasnivanje iskustava na radu u ambulantnim uslovima i radom u zajednici ne nosi sa sobom samo problem za edukatore koji moraju koristiti lekare iz zajednice – često sa kojima su medicinski centri u kompeticiji... U skladu sa tim specijalizanti i studenti upućeni na stacionarne uslove rada (setinge) moći će da steknu iskustva u radu sa znatno ograničenim pogledom na celovitost medicinskog rada. Oni će uglavnom naučiti o proceni i inicijalnom menadžmentu akutnih poremećaja ili egzacerbacija hroničnih poremećaja. Neće biti u mogućnosti da vide čitav opseg patologije ili prirodne istorije ovih bolesti. Na primer, specijalizant iz hirurgije će manje verovatno pratiti preoperativni rad sa pacijentom koga viđa u operacionoj sali. Takođe, specijalizant neće biti u situaciji da nastavi sa praćenjem pacijentovog stanja nakon otpuštanja iz bolnice. Specijalizanti iz psihijatrije i studenti medicine locirani u bolnicama, poput specijalizanata iz hirurgije, takođe će imati ograničena iskustva. Oni će imati uvid u stanja pacijenata sa teškim dekompenzacijama ili dezorganizacijama, one sa suicidalnim ili homicidalnim idejama, i u one sa značajnom verovatnoćom za samopovređivanje.

1. Budući podsticaji i izostanak motivacije za specijalizaciju iz psihijatrije

U kojoj će se meri u budućnosti lekari nakon završetka medicinskog fakulteta odlučivati za specijalizaciju iz psihijatrije? Opadajući trend poslednjih godina sugerise da su neki od tradicionalnih razloga zbog kojih su studenti medicine «ulazili» u psihijatriju možda nestali. Karakteristike vezane za

životni stil, kao što su ograničavanje sopstvenih radnih sati, kontrola nad sopstvenim rasporedom, izbegavanje tegobnih noći i vikend najvećim delom su izmenjeni postojanjem spoljašnjih ekonomskih pritisaka. Promene skovane od strane različitih organizacija, kao npr. „managed care“ industrije u SAD, umanjile su mogućnosti kliničara za rad u okviru autonomne, nezavisne privatne prakse i u velikoj meri redukovale mogućnost rada sa pacijentima na bazi produžene psihoterapije. Ove promene limitirale su šta specijalizant može naučiti o biopsihosocijalnim pitanjima u dubljoj meri, tokom specijalizacije. Kao i u drugim poljima medicine, studenti će imati manje iskustva sa prirodnom istorijom psihijatrijske bolesti i možda neće observirati ili imati iskustvo sa pozitivnim ishodom u lečenju.

Nacionalna politika i pritisci, kao i klima u medicinskim školama, ohrabruje interesovanja studenata za primarnu zdravstvenu zaštitu, ili opštu praksu ili status porodičnog lekara. Imajući u vidu potencijalno smanjenje broja upisanih u medicinske škole i moguću prekobrojnost psihijatara uzrokovanu pre svega izmenama u samoj praksi, uključujući sam sistem zdravstvene zaštite, malo je verovatno da će psihijatrija zadržati aktuelni broj specijalizanata.

Krajem 90-tih godina i naročito posle promena 2000. godine, psihijatrija je održala svoj broj specijalizanata povećanim regrutovanjem specijalizanata sa drugih područja sprskog govornog područja izvan Srbije. U 2002 godini. proklamovana politika Ministarstva zdravlja koje je predložilo smanjenje ukupnog broja specijalizantskih mesta za sve oblasti medicine za sve diplomirane medicinare u Srbiji..Ova redukcija, ako bi se implementirala, značajno će ograničiti proces obučavanja i značajno će smanjiti ukupan broj specijalizanata na kraju aktuelne dekade.

Psihijatrija će verovatno biti i dalje atraktivna onim mladim lekarim koji biraju ovo zvanje jer porodica ili prijatelji imaju ozbiljnih psihijatrijskih problema i kojima je edukacija iz psihijatrije, način da razumeju i možda, i da ovladaju ovim problemim. Psihijatrija će takođe privlačiti i one specijalizante koji pokazuju radoznalost i interesovanje za ljude – one koji vole da provode vreme sa ljudima, da razgovaraju sa njima, i zaista žele da ih upoznaju. Neki od lekara će ući u ovu oblast jer su fascinirani odnosom psiha-mozak i ogromnom eksplozijom novih saznanja u neuronaukama, pri čemu će neki nastaviti istraživački rad i karijere.

2. Žene u psihijatriji

O regrutovanju žena u psihijatriju, kao i o njihovoj ulozi u psihijatriji takođe treba nešto reći. Obzirom na tekuću «feminizaciju» medicine, pretpostavlja se da će se nastaviti sa povećanjem procenta žena među specijalizantima psihijatrije. Iako aktuelno žene biraju psihijatrijske karijere sa nešto većom stopom u odnosu na muškarce, i kako je u porastu njihov sve veći borj i učešće na medicinskim fakultetima i praksi, sa sve većim angažovanjem žena u tradicionalno muškim poljima medicine, možemo pretpostaviti da će nastati dosadašnjja praksa ili pad njihovog izraženog interesovanja za psihijatriju. Nameće se potreba da specijalistički program nađe načina da bude u većoj meri suportativniji prema ženama kroz ograničavanje broja sati ili uvođenjem fleksibilnih sati, roditeljskih odsustvovanja, i održavanju trudnoće i porodičnog osustva «female – friendly» blažeg tona, ili ženama naklonjen ton kao što atmosfera koju karakteriše veća pažnja i briga, aktivno mentorstvo i podrška od ženskih akademskih udruženja i organizacija (Leibenluft i sar. 1993-citat prema:.)

3. Modeli buduće psihijatrijske prakse

Definisanje budućih edukativnih ciljeva specijalističkih programa, zahteva prethodno razmatranje i određivanje sa jedne strane uloga psihijatara u budućnosti, kao i sa druge strane započetu transformaciju psihijatrije širom sveta. Neki autori dali su okvire aktuelnih modela psihijatrijske, što cilj i našeg teksta i pristupa ovom problemu. Malo je verovatno da će bilo koji od ovih modela u potpunosti dominirati. Budući modeli bi zapravo bili izvedeni iz već pomenutih argumenata .

Očekujemo postojanje dva tipa budućih psihijatara: 1) onih koji primarno funkcionišu kao direktni i glavni pružaoci usluga i nege – radeći u prvoj liniji sa pacijentima, ali takođe pružaju i određene konsultacije i supervizije internistima, porodičnim lekarima, ginekolozima, specijalitetima medicine rada i pedijatrima koji će ubuduće činiti okosnicu primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i kod nas i 2) oni čija je delatnost pre svega kao subspecijalista forenzičke, preventivne i gerijatrijske psihijatrije, poremećaja ponašanja sa različitim oblicima zavisnosti i neurofiziologije, administrativne psihijatrije sl. pružajući kompleksniju i indirektniju negu?. Druga navedena grupa psihijatara može imati produženu formalnu

subspecijalističku edukaciju, sa obaveznim iskustvom u kliničkim i istraživanjima na polju ekonomije u zdravstvu..

Uloga psihijatra kao saradnika, pre nego konsultanta je novina za većinu. Ova uloga zahteva od psihijatra da obezbedi direktno pružanje tretmana pacijentima iz primarne zdravstvene zaštite u uslovima opšte medicine, a ne samo kroz davanje saveta lekarima opšte prakse i njihovu eventualnu edukaciju. Kolaborativna uloga psihijatra se na izvestan način razlikuje od tradicionalne konsultativno-liaison psihijatrije, na osnovu znatno direktnijeg učešća u lečenju pacijenta. Razlike su, ipak, pre u perspektivi, nego u veštinama. Veština, vičnost koju specijalizant psihijatrije stiče tokom rada u delu opšte medicinske prakse tokom svog staža, kao i osposobljenosti za rad u timu, i kroz konsultacije u drugim psihijatrijskim oblastima, mogu se generalizovati kroz kolaborativni model. Obuka za ovaj vid psihijatrijske prakse treba više da bude uvedena kao pionirski rad u brojnim ambulantnim centrima širom zemlje. Republičko ministarstvo zdravlja uložilo je dosta napora da se na nacionalnom nivou obuhvati ova promena sa ciljem reorganizacije ambulantno-polikliničke prakse, obuke i redizajniranja dosadašnjeg sistema rada u zdravstvenim ustanovama u Srbiji i kako bi se dobilo sasvim novo obličje primarne prakse (Uredba Ministarstva zdravlja o uslovima dobijanja specijalizacija, novembar 2001). Specijalisti, uključujući i psihijatre, ubuduće bi trebalo da rade redovno na različitim internističkim i drugim klinikama kako bi asistirali, pomagali, a ne samo konsultovali, zajedno sa internističkim osobljem.

Stepen u kome će psihijatri imati priliku da sprovedu tradicionalniju praksu, tzv. "fee-for-service" (honorar, plata za uslugu) danas je za privatnu praksu u državnim ustanovama je nedovoljno poznat kod nas. Takođe je nepoznato, koliko će pacijenata moći sebi da priušte psihijatrijsku negu, lečenje po principu „direktno iz džepa“. Očekujemo da će manji broj pacijenata biti u mogućnosti da plati za uslugu onako kako je bilo u prošlosti (u ranijem periodu kada je korupcija bila najizraženija pojava kod nas). Sve više se pacijenata odlučuje da nastavlja sa lečenjem kod privatnih psihijatara nakon što su iscrpljene njihove želje za tretman u državnom sektoru, dok drugi plaćaju iz džepa kada imaju specifične zahteve ili brige, uključujući i poverljivost. Neki od lekara udruženi su kroz određene Komore privatnih lekara, tzv. provider organizacije i udruženja privatnih lekara sa mrežom koja im omogućava pružanje zdravstvenih usluga na tradicionalan način i honorar za uslugu.

Pretpostavlja se da će veliki broj psihijatara realizovati svoju praksu kao specijalista konsultant, te je od suštinskog značaja posedovanje opreme kojom će moći da obezbede najsofisticiranije dijagnostičke procene i terapijske planove. Da bi se to postiglo, zahteva se i dodatno znanje koje se ne može ograničiti samo na specifične nomenklature i terapijske pristupe. Oni moraju biti sposobni da razumeju i analiziraju potrebe pacijenata koji se ne mogu uklopiti u opise iz knjiga.

Nastavlja se debata oko pitanja ko zapravo treba da pruža psihijatrijsko lečenje: lekar opšte prakse, klinički lekar iz oblasti mentalnog zdravlja, ili psihijatar. Svako od navedenih poseduje određene stečene veštine. Lekar opšte prakse ubuduće će pružati veliki deo usluga iz domena mentalnog zdravlja i u Srbiji, kao što je to praksa u velikom broju zemalja u svetu. Treba računati i na sve učestalije usluge i od osoblja nemedicinske struke ali sa potrebnim edukacijama iz oblasti mentalnog zdravlja. Svaki od navedenih ima poseban deo ekspertize, ali i ograničenja.

Postoje brojni pokazatelji da osoblje nemedicinske struke može savladati priručne terapijske protokole za interpersonalnu psihoterapiju, kao što su oni čiji su autori Klerman i sar. (1984), Klerman i Weissman (1993), i drugi, koji su pokušali da kvantifikuju i razjasne lečenje na što objektivniji način.

Ipak, nemedicinsko osoblje ne poseduje stečeno znanje i sposobnosti, za stvaranje integrativne medicinske dijagnoze, kao i za određivanje potreba i korisnosti specifičnih oblika lečenja za svakog pacijenta ponaosob. Psihijatri sa temeljnim znanjem oba modela lečenja, kako biološkog tako i psihosocijalnog, potencijalno su u najboljoj mogućnosti da optimalno integrišu lečenje. Šta ovo tvrđenje znači u kontekstu specijalizantskog staža i edukacije? Može li sve to biti «pokriveno» tokom programa specijalizacije? Treba li specijalizant da nauči kako da sprovodi svaki oblik lečenja i da su mu poznati detalji svih problema i zamke, isto tako i racionalnost svega ovoga?

Gabbard i Goodwin beleže da su znanja iz neuronauke u ekspanziji i to kako u domenu teorije, tako i u domenu prakse, pa se čini da je tradicionalni nastavni plan od pre četvrt veka, fokusiran na psihodinamsko orijentisanom razumevanju, modifikovan da inkorporira, ugradi stalno rastuće bazično znanje. Jezgro sadašnjih programa teorijske i seminarske nastave za specijalizante uključuje veći fokus na kliničkoj farmakologiji. Ovo je dobrim delom opravdano, ali ne treba isključiti ni interes

farmaceutске indistrije. Procenjuje se da danas oko 60% lekara propisuje med. terapiju na savet ovih kompanija. Ovakav razvoj stavlja pred specijalizanta veće zahteve tokom edukacije, zato što je neophodno da razume naučne osnove psihofarmakologije. Specijalizanti treba da nauče o mehanizmu dejstva lekova, njihovim uticajima na biološke sisteme, pozitivnim i negativnim interakcijama, problemima tzv politerapije i posebno dosta prisutne polipragmatizacije, i kako da vrše monitoring, tj praćenje i merenje efikasnosti lekova. Sticanje takvog znanja zahteva vreme, ali i profesore-eksperte iz ove oblasti. Ovaj glavni dodatak terapeutovom novom saznanju takođe zahteva i filozofski zaokret u razmišljanju. Jedna od loših strana ovog čudesnog, veličanstvenog razvoja u terapijskim mogućnostima, kako Sabshin i Weissman ukazuju, bio je biološki redukcionizam, koji je «počistio» veći deo polja u odgovoru na ova otkrića. Ovakav i ovaj odgovor započeo je «izbacivanje psihosocijalnog deteta zajedno sa vodom» na štetu adekvatnog tretmana pacijenata.

Pored toga, tokom tog istog vremenskog perioda, došlo je do ekspanzije različitih formi psihoterapije, koje su se kretale od gotovo potpunog oslanjanja na psihodinamske terapijske paradigme, ka različitim oblicima kratkih, brzih, fokusiranih, individualnih i grupnih intervencija, koje koriste kako bihevioralne, tako i psihodinamske paradigme. Svaki od ovih pristupa je u kompeticiji jedan sa drugim, za svoj deo vremena u inače prepunim programima specijalizacije, i svaki od njih iziskuje sredstva (pacijente i suprevizore). Konfliktni zahtevi planova i promene vrednosti uticali su na oblikovanje i fokusiranje inoviranih programa specijalizacije koja sada u većini zemalja produžena na pet godina, vremena i na iskustvo specijalizanta. Ekspanzija tema i različitih sadržaja u ovim programima smanjila je akcenat na psihodinamski bazirane pristupe. Neki od edukatora došli su do zapažanja da «novopečeni» specijaliste psihijatri poseduju manje veština u komunikaciji sa pacijentima i formulisanju problema u širem biopsihosocijalnom okviru. Takođe za navedenu kategoriju je primećeno da poseduju manje veština u razumevanju uloga i vrsta psihoterapija, kao i u sprovođenju takvih lečenja.

Možda kao jedan od najuznemiravajućih aspekata aktuelne prakse i budućih planiranja jesu novine i neizvesnosti sistemskih promena. Mi edukujemo psihijatre čije će potrebe za znanjem i veštinama, kao i profesionalni životi biti značajno drugačiji od naših. Naši su naponi usmereni da im obezbedimo najbolju moguću, dostupnu edukaciju i školovanje, pomažući im da idu u susret zahtevima novina i ne uvek predvidljivim sistemima, sa potrebom predikcije još teže predvidljive budućnosti. Čineći tako nešto, odmakli smo se od modela naših učitelja, harizmatičkih osoba koje su demonstrirale razumevanje uma i psihodinamskih principa, kroz fokus na pacijente, njihova ponašanja i značenja njihovih ponašanja. Sada, naši se studenti, posdiplomci i specijalizanti suočavaju sa pristupima u radu sa pacijentima koji zahtevaju vremenski kratkotrajne intervencije, koje su često fokusirane samo na momentalnom oslobađanju od simptoma. Stoga, moramo da svoju pažnju usmerimo na najizazovnije zadatke: kako pripremiti specijalizante za svet u kome će raditi za društvo sa ograničenim sredstvima, boreći se da obuzdaju troškove zdravstvenog sistema.

Rastuća uloga «managed care», tj menadžera u sistemu zdravstva, o kojima je bilo reči u prethodnim poglavljima ovog teksta, imaju ogromne implikacije na edukaciju u domenu psihijatrije, i to kako na osoblje zaposleno u zdravstvenim ustanovama, tako i na specijalizante. Pošto takavi sistemi najverovatnije prezentuju, odražavaju buduće glavne segmente psihijatrijske prakse, potreba da specijalizanti steknu dobro kliničko iskustvo i potrebne veštine iz dobre kliničke prakse je više nego evidentna. Mnoge od pomenutih kompanija, koji ima i kod nas, ipak odbijaju da dozvole ostalom osoblju da leče pacijente, zahtevajući da to čine isključivo specijalisti psihijatri. Ipak treba imati u vidu veliki potencijal i ljudske resurse drugih članova multiprofesionalnih timova u psihijatriji. Zbog toga smo se i odlučili da bar ukratko ukažemo na važnost timske saradnje i, mogućnosti i uloge svih članova psihijatrijskog tima. Ovo se čini usled postojanja uverenja o nedovoljnom kvalitetu usluge koju bi pružali specijalizanti. To sigurno nije u potpunosti tačno. Jedan od autora ovog poglavlja bio je mentor skoro stodini specijalizanata i na specijalističkim ispitima ispisato je oko 200 specijalizanata iz psihijatrije i medicinske psihologije. Specijalizantima treba omogućiti da ovladaju veštinama dobre kliničke prakse, da se osposobe za kvalitetno vođenje prvog intervjua, da solidno vladaju kliničkom psihopatologijom, novim dijagnostičkim kriterijuma i da razumeju potrebu multiaksijalnog pristupa kliničkoj dijagnozi. Nedopuštanje specijalizantima rad sa pacijentima i da uče da ih leče ima ozbiljnih posledica. Prvo, pojedina odeljenja koja su kvalifikovana za edukaciju specijalizanata mogu doneti odluku o potrebi za svega nekoliko specijalizanata, a program specijalizacije da ima ne samo teorijsku

već i praktičnu dimenziju, te tako «kondezovati» veličinu, obim programa specijalizacija. Drugo, čak i kada je specijalizantima dopušten rad sa pacijentima, sistem lečenja se može promeniti i uticati na taj način na edukativni aspekt samog programa specijalizacije.

Pored toga, smanjenje dužine trajanja hospitalizacija, vodi smanjenju bolničkih prihoda, tako da se neki specijalistički programi zatvaraju usled nadmoći ugovora između 6zdravstvenih menadžera, uticaja fondova zdravstvenog i socijalnog osiguranja i njihovih advokata matičnih institucija, sa pacijentima, što vodi smanjenju prihoda i nestašici u fondovima za stipendije specijalizanata, jer su i danas mnogi od njih na tzv. volonterskim specijalizacijama. Ako se ovi trendovi nastave, posebno kada uz specijalistički staž većina specijalizanata radi u matičnim kućama po smenama i sl, premda su formalno „na kruženju „sa ugovornom obavezom duplo dužeg rada kao mladi specijalisti. Pri tome se stvarno ne vodi računa o problemima s kojima se oni sreću radeći praktino dva različita posla u isto vreme. Tako se broj pozicija finansiranih specijalizanata, može se značajno smanjiti. Ovde ne ulazimo u sve izraženiji burnout sindrom (sindrom unutzrašnjeg sagorevanja). Stoga ne čudi podatak da je danas u svetu oko 24% mladih lekara u prvih pet godina profesionalne prakse toliko depresivan da im treba pomoć kvalifikovane osobe ili da u SAD godišnje više biva sucida kod lekara nego što studenata upiše prvu godinu studija medicine. Istovremeno, sa redefinisanjem uloge psihijatra kako se administrativno diktira, od strane menadžera zdravstvenog sistema („managed care sistema“), broj dostupnih, raspoloživih postspecijalističkih pozicija za psihijatre će se možda smanjivati, u odnosu na broj mesta za lekare drugih specijalnosti unutar zdravstvenog sistema.

Programi specijalizacija čiji klinički deo rada se oslanja na samo na sistem menadžmenta ili nedefinisane ugovorne obaveze sa matičnim kućama za koje specijaliziraju, priliva i prihoda od pacijenata pojačano će pokušavati da ubede navedene kompanije da dopuste da osoblje pruža zdravstvene usluge i negu koristeći argumente kako troškova, tako i kvaliteta. Neke od kompanija zagovarace niže troškove lečenja pacijenata, ukoliko su lečeni od strane specijalizanata, tražeći takođe veoma striktnu i kontinuiranu superviziju rada specijalizanta od strane specijalista psihijatarata. Od psihijatra se zahteva da «vidi» sve te pacijente («licem u lice») nekoliko puta tokom inicijalne, početne procene, evaluacije i najmanje u trajanju od nekoliko minuta, zatim tokom svakog narednog kontrolnog pregleda, kako u hospitalnom delu lečenja, tako i tokom ambulantnog praćenja koje usledi. Ovakav model kolaborativne usluge, obezbeđene zajedničkim radom specijalizanta i psihijatra, mnogo je bliži načinu radu lekara u opštoj medicini, nego tokom psihijatrijske specijalizacije. On je svakako stran većini tradicionalnih modela edukacije psihoterapija koje se sprovode u ambulantnim uslovima, gde se autonomija dijadnog odnosa između specijalizanta i pacijenta smatra gotovo svetom, nepovredivom. Ova modifikacija iziskuje značajne konceptualne i filozofske zaokrete, promene, kako same nastave, tako i specijalizanata. Ona će takođe iziskivati veće profesionalno angažovanje od strane psihijatra koji je «supervisor», mentor u ovom procesu terapijskog rada koji pruža specijalizant, a što je značajno veće opterećenje u odnosu na ranije programe specijalizacije. Ovakvi pristupi će dalje povećati zahteve u smislu skupljeg nastavnog programa, i mogu negativno uticati na podsticaje za dalji nastavak programa specijalizacije.

Perspektive, stavovi, i vrednosti koji su najprikladniji zdravstvenom menadžmentu bliži su onima koji odgovaraju lekarima opšte prakse, nego psihijatrijskoj praksi baziranoj na principu «honorar za uslugu». Lekare visoko vrednovane od strane pomenutog sistema i njegovih kompanija karakterišu ljubaznost, dostupnost, (pristupačnost u odnosu na cenu usluga), kompetentnost (stručnost), efikasnost i efektivnost u odnosu na troškove. Pravila «principa štedljivosti», prema kojima se «najbolja» usluga koju pacijent dobija zasniva na tačno određenim intervencijama, koje koriste najmanju moguću količinu sredstava (uključujući i lekarovo vreme) koja su neophodna kako bi se pacijentovi postojeći problemi razrešili na najkompetentniji način (Bennett 1993). Ovo znači, a naročito u psihijatriji, da će briga ili rad sa pacijentom često biti usredsređen na njegove akutne probleme i sproveden na intermitentan, sporadičan ili epizodičan način. Ovakav pristup je u suprotnosti sa kontinuiranim i dugotrajnim pristupom u radu sa pacijentima koji imaju mnogo «hroničnije» potrebe», probleme.

Realni, stvarni ishodi ovakvih lečenja biće pomno i sve više praćeni različitim metodama monitoringa, i ovi programi, bilo da su univerziteski ili ne bazirani, sa najboljim ishodima i po najnižoj ceni, biće u najvećoj meri favorizovani.

Slično ovome, pitanje u kojoj meri su pacijenti i njihove porodice zadovoljni dobijenom uslugom od strane lekara, postaće od razumljivog značaja. Žalbe i primedbe od strane pacijenata i članova njihovih

porodica vezane za kvalitet pružene usluge ili u odnosu na same stavove lekara ispoljene prema njima tokom lečenja, mogle bi rezultirati u neobnavljanju ugovora od strane lekarske komore ili sličnih institucija koje budu ovlašćene za produženje licence i radne dozvoze. kompanija sa psihijatrijskim odeljenjima. Kao rezultat, specijalizanti i specijaliste «neosetljivi» prema potrebama i zahtevima pacijenata mogu narušiti i inače delikatna pitanja pregovora između ugovorača od strane sada fonoda socijalnog osiguranja, a uskoro njih i navedenih komora i dr kompanija iz oblasti zdravstvenog menadžmenta i zdravstvenih ustanova i ugroziti značajan deo prihoda ustanove. Stoga, akteri iz ovih pretežno administrativno-pravno-medicinskih institucija dominantno bivaju vođeni i motivisani uslugom-orijentisanim vrednosnim sistemom, kojima je sve bliža današnja poslovna kompeticija u odnosu na akademske medicinske centre. Iako u ovim stavovima i vrednostima ima mnogo toga vrednog pažnje i čemu treba težiti, neki od njih se suprostavljaju određenim principima dugotrajne tradicionalne prakse zdravstvenog sistema u mnogim savremenim zemljama uključujući i naš viššedecenijski način finansiranja ovog sistema.

Fakulteti i nastavne kliničke baze mogu naići na mnogo više teškoća u odnosu na specijalizante u prihvatanju i usvajanju ovakvih stavova i perspektiva. Mnogi od današnjih specijalizanata u psihijatriju su zakoračili sa svesnom spoznajom o tome šta mogu očekivati. O tome su slušali tokom redovnih studija, publikacije na studijama ispunjene su pričama, a i roditelji koji prate reformu i transformaciju sistema zdravstvene zaštite verovatno su uopozorili svoju decu o ograničenim zaradama i sve većim ograničenjima u slobodnom donošenju odluka. Dalje, specijalizanti sa sve manjom verovatnoćom stiču ili možda sve manje usvajaju pravila, navike i očekivanja o autonomiji u praksi kojima je prožet duh vremena mnogih fakulteta. Neki od fakulteta uvređeni nedavnim promenama u obrascima rada, prakse istupaju ogorčeni zbog gubitka kontrole, ali i prihoda. Često ispoljavaju ozlojeđenost, mrzovoljnost prema specijalizantima (što može negativno uticati u smislu gubitka interesovanja studenata medicine za ovo naučnu oblast) umesto da pomognu specijalizantima da pronađu najbolje moguće rešenje za rad sa pacijentima unutar svih ograničenja koje ovakvi sistemi nameću.

Za mnoge psihijatre dosta je teško da poveruju da će odgovarajuće, kompetentno lečenje biti moguće sprovesti u uslovima koji nameću sve manje vremena u radu sa pacijentom, u odnosu na ranije. Postoji bojazan ispoljena kako od strane nastavnog kadra, tako i od strane samih specijalizanata, da će dijagnostička evaluacija, procena od koje se zahteva da bude sve manje intenzivna i ograničenija, rezultirati u propustima veoma značajnih dijagnostičkih informacija. Terapijska sredstva će biti ograničena samo na ona koja će pružati brzu intervenciju, uz pitanje da li će moći da odgovore zahtevima hroničnih oboljenja i dugotrajnih poremećaja. U ovom kontekstu je i pitanje psihoterapije u radu psihijatarata usled ekonomskih ograničenja. Sa velimkim negativnim uticajem na efekte ovog oblika tretmana. Psihoterapijski rad sa sve većim izgledima biće poveren drugim akterima u oblasti mentalnog zdravlja, dok će psihijatri prevashodno raditi u domenu medikamentoznog lečenja. Komore, institucije zdravstvenog menadžmenta i uprave zdravstvenih fondova i sistemi mentalnog zdravlja čija je pažnja fokusirana na ograničavanju i kontrolisanju resursa i materijalnih sredstava u radu, značajno će se orijentisati na zahteve pacijenata vezane za postizanje sve višeg nivoa odgovornosti u svom radu. Ovakvi sistemi takođe favorizuju i sledeće:

- (1) *upućivanje pacijenata na organizacije samo-pomoći u okviru grupa podrške;*
- (2) *obezbeđivanje psihoterapije koju će sprovesti «manje skupi» terapeuti, čiji se psihoterapijski rad bazira na određenim priručnicima baziranim protokolima, sa akcentom na grupnu terapiju;*
- (3) *obezbeđivanje intermitentne, sporadične usluge lečenja za epizode egzacerbacija, pogoršanja, pre nego dugotrajan, kontinuiran tretman, bez obzira na pacijentov klinički status.*

Upravo zbog ovakvih zaokreta, kompetentan psihijatar, praktičar u ovakvom menadžer sistemu moraće da traga za drugačijim tipovima profesionalne satisfakcije, u odnosu na one koje su bile deo obrazaca tradicionalne psihijatrijske prakse.

4. Edukovanje specijalizanata u veštinama i praksi u zdravstvenom menadžmentu

Uspešna praksa zdravstvenog menadžmenta zahteva posedovanje određenih veština, biti vičan, i specijalistički programi u oblasti psihijatrije očekuje se da preusmere značajan deo pažnje da obezbede sticanje takvih veština kod budućeg psihijatra. Jasno je da fundamentalne vrednosti i veštine koje su

neophodne za sve varijetete kompetentne psihijatrijske prakse su iste kako za određeno poznavanje menadžmenta, tako i za ostale setting-e, tj. uslove prakse, ili modalitete. Ovo uključuje sposobnost uspostavljanja empatskih odnosa, sprovođenje sveobuhvatne procene, formulisanje «prave» tačne dijagnoze i terapijskih planova, pružanje suportativnih terapija i psihoedukacije, etički rad, integritet, sposobnost sagledavanja kontratransfernih problema i rad na njima (Langsley and Yager 1988). Ipak, određene veštine mogu se naročito ticati menadžerske prakse i iskusta. Kako je sugerisano od strane Sabina i saradnika (Harvard Community Health Plan) (Donovan et al. 1994; Sabin 1991, 1993, 1994; Sabin and Borus 1992) i od strane Blackwell i Schmidt (1992), među ostalim veštinama psihijatar treba da bude pripremljen i za ove od posebnog značaja za rad u praksi, koje uključuju sledeće: (1) sprovođenje fokusirane, usmerene psihijatrijske evaluacije na način da je vremenski efikasna, procenjena kao bezbedna, sigurna za pacijenta sa prepoznavanjem «gorućih» pacijentovih problema; (2) korišćenje principa kritičkog donošenja odluka i na dokazima utemeljene medicine da bi procenio stručnu-naučnu literaturu vezano za klinički značajne informacije; (3) pažljivo donošenja odluka koje se odnose na prirodu, nivoe i dužinu trajanja lečenja u okviru spektra ambulantnog i hospitalnog tretmana, baziranom na principu štedljivosti; (4) savladavanje i zagovaranje usredsređenih terapijskih planova u okviru kojih je naglasak na cost-effective (efektima troškova), sredstvima, resursima, na odgovarajući način angažovani i integrisani i ostali dostupni izvori, kao i procena socijalne podrške; (5) sprovođenje fokusirane, vremenski ograničene terapije, koja treba da odgovori aktuelnim zahtevima pacijentovog stanja «gorućim» problemima, blagovremeno; (6) vešto korišćenje niza takvih vremenski-ograničenih tehnika podesnih za rešavanje različitih kliničkih problema; (7) otvoreno i iskreno postupanje u radu sa pacijentima, a naročito u delu vezanom za završetak lečenja; (8) saradnja u postavljanju, utvrđivanju programa efektivnih troškova i sistema usluga socioekonomske sisteme, timove, grupe i ostalo....(9) fleksibilan i kooperativan rad sa multiplim provajderima, pružaocima usluga; (10) pregovaranja sa administratorima, menadžerima; (11) Kompetenento vođenje individualne prakse kroz:

- time-sociometrijske i ekonometrijske tehnike, koje uključuju fleksibilan raspored (vremenski okvir) u radu sa pacijentima koji bi bio prilagodljiv kako promenama u kliničkoj slici svakog pacijenta individualno, tako i potrebama psihijatra da obezbedi lečenje, usluge regularnoj listi pacijenata.
- tačno i koncizno vođenje podataka koji se odnose na značajne kliničke probleme i specifične intervencije.
- efikasnost u vođenju «kartona» i ostale dokumentacije.
- efektivna i efikasna «upotreba» pomoćnog osoblja u prikupljanju podataka, rutinskim aspektima edukacije pacijenata, praćenju stanja pacijenata, suportativnom lečenju kod manje komplikovanih stanja, poslovima vezanim za administraciju.
- obuka pomoćnog osoblja za ove različite uloge.
- ovladavanje informacijama sistema menadžmenta
- savladavanje bazičnih poslovnih aspekata prakse;(12) Etički pristup pacijentima, ali i u odnosu na širu zajednicu i (13) zalaganje za, ili zastupanje pacijenata unutar sistema zaštite.

Potrebno je naglasiti da mnogi od navedenih ciljeva postoje i u nemanadžerskim sistemima.. Kontroverze koje se tiču nekih od ovih ciljeva javljaju se kada se cilj tumači kao postavljanje zahteva sistema iznad potreba pacijenata. Na primer, moglo bi se postaviti pitanje, šta zapravo znači «obezbediti, pružiti usluge, «stalno rastućoj» listi pacijenata.» Ko postavlja ograničenja šta je pogodan broj? Šta je pogodna, odgovarajuća, veličina liste pacijenata? Ovo se pokušava definisati uvodjenjem određenih normativa u svakodnevnu praksu, efikasnu evaluaciju i plaćanje prema kvalitetu i obimu uradjenog posla i/ili broja i vrste usluga. Ko odlučuje šta je minimum terapijskih pristupa?

4.1. Program specijalizacije iz zdravstveni menadžment u psihijatriji

Mnogi specijalizanti uče paralelno o ovim stvarima na poluformalnim kuresvima, a uz to pohađaju različite privatizovane oblike edukacija iz psihoterapijskih ili drugih metoda, tezgareći ili još češće plaćajući ovu vrstuv edukacije sa nesigurnim certifikatima izvan svojih programa specijalizacije. Ovakva praksa sadrži probleme vezane za celokupnu evaluaciju, ocenu, obzirom da je ova „eukacija“ retko praćena i bez adekvatne supervizije, a takođe i može «odvući» specijalizanta od

same specijalizacije. Dalje, ovladavanje specifičnim veštinama prakse zahteva organizovani specijalistički program sa odgovarajućim kliničkim radom i didaktičkom edukacijom.

5. Edukacija u kliničkim uslovima

Obuka, kroz klinički rad najbolje se realizuje u uslovima u kojima je kliničkom osoblju dodeljen pacijent u uslovima neposredne supervizije, koji započinje neposrednim zajedničkim radom sa specijalizantom kome je poznat način lečenja pacijenta u ovakvom sistemu koji favorizuje što kraći boravak, sigurno uspostavljanje odgovarajuće komplijanse i dr. Ova forma kliničkog „šegrtovanja“ obezbeđuje usvajanje neophodnih stavova, perspektiva i veština kroz ovakav model. Obzirom da u ovakvom sistemu pacijent se relativno brzo otpušta, specijalizantu je neophodno dozvoliti fleksibilno podešavanje rasporeda i rotiranja kako bi mogao da prati pacijente u različitim fazama lečenja, misli se i na različite uslove (hospitalne, ambulantne). Kontinuitet lečenja koji pruža jedan isti lekar, visoko cenjen od strane pacijenata i samog menadžmenta ustanove, takođe je poželjan kao model i kada je reč o specijalizantu, kome stoga treba dopustiti da observira longitudinalni tok pacijentovog stanja kao i odgovore na lečenje. Takav pristup je teško, ako ne i nemoguće realizovati u uslovima tradicionalnog modela (puno radno vreme) rotacije u okviru blok sistema rada u bolnicama.

6. Longitudinalno praćenje pacijenata tokom specijalizacije

Obzirom da kratki hospitalni boravak pacijenata dramatično redukuju mogućnosti za specijalizante i studente da završe i isprate tok lečenja kod pacijenata u dovoljno dugom vremenskom periodu, kako bi mogli da konstatuju pojačanje i slabljenje simptoma, ishode inicijalnih terapijskih planova, tok pacijentove bolesti tokom vremena, nekoliko programa je započelo sa integracijom parcijalne hospitalizacije u program kruženja, kako bi osoblje koje je primilo pacijenta na hospitalni tretman imalo mogućnost da nastavi sa intenzivnim praćenjem pacijentovog stanja tokom nekoliko narednih nedelja. Kada god je to moguće, institucije treba da omoguće specijalizantima čiji amulantni pacijenti iziskuju hospitalizaciju da nastave dalji rad sa pacijentima, pre nego da ih «prebace» nepoznatom osoblju u različitim segmentima zdravstvene ustanove, sistema.

Takozvani sistem firme ili preduzeća, korišćen u Velikoj Britaniji, Italiji i u nekim bolnicama i klinikama u USA, pri čemu je u terminu «firma» sadržan tim osoblja, sa listom pacijenata koji kontinuirano bivaju praćeni od boravka u smislu pune hospitalizacije, preko parcijalne hospitalizacije, i kroz ambulantni rad sa njima, može imati mnogo veće edukativne vrednosti za savremeni obrazac psihijatrijske prakse nego rad u okviru tradicionalnog blok kruženja. U ovakvim uslovima specijalizant će biti odgovoran za gotovo sve aspekte u lečenju pacijenta, počevši od jedinica hitnog prijema, preko kratkih boravaka pacijenata na odeljenjima, potom parcijalne hospitalizacije do rutinskog rada na terapiji održavanja u ambulantnim uslovima. Iako pomeranje u takvim uslovima rada (promene u uslovima, prethodno navedene) mogu ponekad stvoriti izvesne administrativne poteškoće, potencijalne koristi koje proističu iz takvog modela specijalizacije mogu biti izuzetno vredne.

Jedan od implicitnih aspekata ovakvog „firma modela“ specijalizacije je da specijalizant radi na način «poput šegrta» sa starijim kolegama. Ukoliko je reč o istaknutim, izvanrednim kliničarima i predavačima, sa širokim opsegom najrazličitijih pacijenata i poznavanjem velikog spektra terapijskih tehnika, takva edukacija za specijalizanta može biti izvrsna. Ipak, bez jasno utvrđenih vodiča vezanih za broj i različite kategorije pacijenata koje mora «videti» kao i lečenja koje mora sprovesti (Yager et al. 1988), preterano oslanjanje na ovakav model može rezultirati u nastanku «papazjanije ili miš-maš» efekata u edukaciji umesto dosledne realizacije smislenog specijalističkog programa. Jasno utvrđeni ciljevi, fakultetska nastava i edukacija, kompjutersko evidentiranje pacijenata, i strukturisani klinički pregled evaluacija samo su neki od potencijalnih problema u ovakvom longitudinalnom sistemu «zanatskog ili šegrskog rada» tokom specijalizacije.

7. Specijalistički deo u ambulantnim uslovima u zdravstveno-menadžerskom sistemu

Obzirom na pomeranje psihijatrijskog rada prema uslovima ambulantnih službi, odnosno konsultativno-specijalističkih vanbolničkih službi ovaj deo specijalizantskog rada ima naročiti značaj. On je baziran na programima koji su razvijeni prema Harvard Community Health Plan (Donovan et al. 1994; Sabin and Borus 1992) i u velikoj meri prihvaćen i od Evropskog biroa za specijalizacije psihijatrije u Evropskoj univi i dobrim delom uključen u novi, budući petogodišnji program specijalizacije na Medicinskom fakultetu u Beogradu, određene sugestije mogu biti ponuđene za ambulantni deo rada tokom specijalizacije:

- specijalizant treba da bude upućen u takve uslove rada, samo nakon savladavanja osnovnih znanja iz kliničke psihopatologije, tehnika vođenja prvog intervjua, psihijatrijske procene i terapijskih planova. Takav vid rada nije pogodan za početnike.
- Nastavni kadar i mentori mora biti dostupan specijalizantima u svako doba u toku rada specijalizanta sa pacijentom. Ovakav rad specijalizanta u ovim uslovima podrazumeva direktan rada sa pacijentima, «licem u lice». Odluke koje se tiču fokusiranja problema i terapijskih pristupa treba da se rešavaju odmah, dok je pacijent još uvek prisutan, te stoga dostupan za dalje neophodne informacije.
- Bez obzira na broj pacijenata koje «vodi», specijalizantu se generalno dodeljuje svaki novi pacijent na «regularnoj osnovi» ?
- Mentori i nastavno osoblje treba da obezbede neposrednu i stalnu individualnu i/ili grupnu superviziju sa ciljem pomoći specijalizantima da savladaju neke nepredvidjene teškoće i probleme. Time se smanjuje i rizik od burnout sindroma kod početnika.

Nakon nekoliko meseci «službe» sledeći ovakve vodiče dolazi do neizbežnog **crunch-a**. Nakon «uzimanja» jednog, dva ili više novih slučajeva svake nedelje, sa saznanjem da novi slučajevi slede, specijalizant iznenađeno shvata da nema dovoljno potrebnog vremena za lečenje svakog pacijenta u svojoj brzorastućoj listi pacijenata na redovnoj sedmičnoj osnovi. Problemi u kojima je sadržana ovakva dilema uobičajeno generiču anksioznost i ljutnju, bes kao emocionalne odgovore zajedno sa praktičnim i novim rešenjima, koji vode radikalnim izmenama u odnosu na prethodne načine lečenja pacijenata. Na primer, vodiči prakse, propisana praksa, lečenja bazirana na priručnicima. Predominacija «paketa lečenja» poseduje značajne posledice na edukaciju. Ovi paketi uključuju terapijska uputstva, propise za specifične, određene dijagnostičke kategorije, i «problem» kategorije, i nalaze se u opsegu od «vodiča prakse» (karakteriše ih širi koncept, deskriptivni. Neki od njih publikovani su od strane psihijatrijske sekcije SLD, zatim od Republičke stručne komisije Ministarstva zdravlja Republike Srbije za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Isto tako nedavno je publikovan priručnik za dobru kliničku i farmakološku praksu. Sa algoritima za lečenje nekih psihopatoloških sindroma (bipolarni afektivni poremećaji, depresije, shizofreniju i dr. Ovakvi paketi lečenja bivaju sve više korišćeni od strane za zdravstveni menadžment ili uz pomoć farmaceutskih kompanija. Kompanija. «Vodiče prakse» karakteriše nešto veća deskriptivnost, znatna širina, i veći stepen profesionalne autonomije, dok «algoritme» karakteriše veći stepen restriktivnosti, uz mogućnost da značajno budu limitirani na specifične institucije ili sisteme koji su na njima bazirani ili zasnovani. Zajednička karakteristika «vodiča» i «algoritama» njihova izrazita namera da «obezbede» lekare, praktičare jasno utvrđenim terapijskim opcijama ili «predodređenim» terapijskim planovima zasnovanim na najboljim dokazima (podacima, pokazateljima) iz aktuelne literature. Vodiči koje je publikovala APA u SAD npr. reprezentuju izvanrednu osnovu za «jezgrovne» seminare tokom specijalističkog programa, dok bi ciljani algoritmi mogli biti korišćeni u sofisticiranijim raspravama, diskusijama, koje se tiču terapijskih odgovora pacijenata.

Kao terapijski paketi takođe se ističu i priručnici pojedinih psihoterapija. Nekoliko kratkotrajnih psihoterapija, opisanih sa različitim stepenima specifičnosti u terapijskim na bazi priručnika modelima, predstavljaju kombinaciju bazičnih koncepata, obrazloženja, indikacija, dokazima o efikasnosti sa kliničkim primerima (razgovor sa pacijentom, videotrake, predavanja sa detaljnim terapijskim zapažanjima) i supervizije sa kliničkim iskustvom (Yager 1982). Obzirom da je nemoguće ponuditi više od svega nekoliko kratkotrajnih terapija, sa bilo kojim stepenom celovitosti, specijalistički program treba da selektuje za ozbiljno proučavanje 3 ili 4 psihoterapije za koje je pokazano da su efikasne za specifična stanja. Mi predlažemo izbor 1 ili 2 sa akcentom na psihodinamsko – interpersonalne pristupe, 1 sa kognitivno – bihevioralnim pristupom i 1 sa

porodičnim pristupom. Pored toga u cilju razumevanja i usvajanja, kao i izjednačavanja osnovnih, bazičnih veština ovih pristupa, specijalizanti moraju takođe razviti osećaj kako da ih aplikuju, primenjuju na fleksibilan način, pre nego na «puko čitanje kuvara». Smatra se da će klinička efikasnost i profesionalna satisfakcija budućeg psihijatra koji pruža psihoterapiju u najvećem delu zavisiti od njegovog/njenog kreativnog angažovanja upravo u ovim kratkim psihoterapijama i u tretmanu ozbiljnih reaktivnih poremećaja sa brzim oporavkom i uglavno dobrom prognozom. Konačno, etička pitanja se konstatno postavljaju i moraju biti eksplicitno postavljana u slučajevima konferencija, work shopova i seminara. Neophodno je razmotriti konflikte interesa i uloge psihijatarata koji istovremeno zastupaju i interese pacijenata, ali i interese institucije ili osiguravajućih kompanija. Specijalizanti treba da razmotre sledeća pitanja: Da li je etički da lekar uskraćuje pacijentu potencijalnu pomoć, u uslovima kada taj isti lekar zna da će od takve odluke imati direktnu ili indirektnu korist? Da li lekar treba da omogući pacijentu «skuplje» lečenje, ako su sredstva fonda za troškove takvog lečenja ograničena, pri čemu takav postupak može uskratiti drugim pacijentima neophodno lečenje ili redukovati prihode institucije i lekara? Da li se pomeramo iz paternalizma ka konzumerizmu (u smislu ko donosi klinički značajne odluke), pri čemu je konzument sam zdravstveni i ili zdravstveno-menadgerski sistem, a ne sam pacijent? U ovakvim sistemima niti lekar, niti pacijent, već plan zdravstvenog sistema ili osiguravajuće kompanije, su ti koji donose odluke iz kojih imaju benefit – korist. Kako lekar «izlazi na kraj» sa konfliktom u kome «zna» šta je «najbolje» za pacijenta, sa jedne strane, a sa druge strane zahtevima ostalih koji donose odluke, koji napokon mogu «ukloniti» lekara sa liste koju kontroliše poslodavac? Kako definišemo korisno i/ili uzaludno lečenje, negu? Kakvu «težinu» ima saglasnost pacijenta u situaciji kada pacijent nije upoznat, nije «svestan» ekonomskih faktora i motiva koji determinišu donošenje odluke o lečenju?

8. Ekspanzija novih saznanja u psihijatriji i implikacije na edukaciju

Ogromna količina novih saznanja konstantno poput «vulkanske lave» preplavljuje časopise, knjige i ostale medije. Šefovi specijalističkih programa i/ili Katedri ya poslediplomske studije iz psihijatrije i medicinske psihologije će konstantno morati da revidiraju planove specijalizacija, kako bi «izašli na kraj» sa jedne strane sa ekspanzijom novih znanja, a sa druge strane zahtevima vremenskih ograničenja specijalističkog programa. Pored ohrabrivanja koncepta kontinuirane, , permanentne edukacije, tj. doživotnog učenja kao centralne vrednosti i esencijalne navike, edukacija u psihijatriji u budućim periodima treba da obezbedi specijalizantima «sredstva» u informacijama značajnim za kliničku praksu. Zapravo instrukcije, uputstva za kojima se traga, procenjuje, „destiliraju, filtriraju“ nove klinički značajne informacije, i blagovremeno prezentuju kliničarima na način blizak korisniku. Intenzivan u poslednje vreme skok popularnosti psihofarmakološki - orijentisanih biltena, kao npr. BNF British nNational formulari-vodić za farmakološku praksu), Martidalle i sl. ilustruje navedeno. Seminari treba da budu posvećeni rezultatima potrage, traganja unutar elektronskih baza podataka, kritičkom čitanju literature i procenama i korišćenju psihijatrijskih informacija iz različitih baza podataka, časopisa, knjiga, biltena, konsultacija različitih vrsta Potrebno je podsticati kreativnost kod specijalizanata, kao i kritički pristup kroz učestvovanja na seminarima posvećenim novinama u bazičnim i kliničkim neuronaukama, kognitivnim naukama, socijalnim naukama i dr. Takođe ih treba podsticati na razmišljanja, analize vezane za dalekosežne posledice za samu praksu novih podataka, nalaza i hipoteza. Korisno znanje iz oblasti medicinske statistike, kao i dizajna istraživanja (metodologije) poboljšaće kritički pristup, nezavisno da li specijalizant učestvuje ili ne u istraživačkim projektima.

9. Uticaj novih informacionih i komunikacionih tehnologija

Efekti ubrzanog razvoja u oblasti informatičkih nauka i komunikacija imaće ogromne uticaje i na domen edukacije u psihijatriji. Pristup Internetu već uveliko dopušta gotovo trenutni pristup časopisima, kao i različitim modalitetima konsultacija od strane eksperata u različitim oblastima psihijatrije. Specijalizanti će takođe imati mogućnost realizovanja kliničkih procena putem upotrebe računara obzirom da ovaj vid rada pruža značajnu uštedu vremena i klinički korisne informacije vezane za pacijenta. Instrukcije i supervizija procene stanja pacijenta putem telefona, kao i pružanja terapijskih intervencija na isti način, mogu postati značajan deo obuke u toku

specijalizacije, kao što je već uveliko slučaj u opštoj medicini. Slično, sa očekivanim porastom dostupnosti videofona, telemedicine i sl. tokom nekoliko narednih dekada, obuka za «telepsihijatrijski» rad i procena, konsultacije i terapijske intervencije na daljinu mogu postati od velikog značaja. Na novim tehnologijama zasnovane terapijske intervencije u psihijatriji – kao na primer, virtuelna- realnost zasnovana simulacija u lečenju fobija i upotreba različitih specijalizovanih kompjuterskih programa kao dodatnih «pomagala» u radu sa ambulantnim pacijentom u pojedinim psihoterapijskim modalitetima, npr. kratke psihoterapije – obećavaju da će ove novine u značajnoj meri se nadmetati za svoj deo vremena u planovima budućih specijalističkih programa.

Gotovo trenutna dostupnost informacijama v putem Interneta i interaktivnih edukativnih sadržaja na CD-ROM-ovima, doprineće i značajnim izmenama u samom modalitetu učenja od centralnog, formalnog ka više orijetnisanom na učenje u «kućnim uslovima», pri čemu ovakav fleksibilan pristup doprinosi pre svega mnogo korisnijem i efikasnijem korišćenju vremena. Novi modeli učenja naglašavaju zapravo pristup individualne eksploracije, aktivnog sticanja veština, timskog učenja, sa ulogama mentora i nastavnog kadra više u smislu vodiča kroz različita polja psihijatrije, nego «izvora» znanja jer mentor treba da umerava, a ne da podučava, brze-promene sadržaja, i različitost metoda. Treba očekivati i podržavanje drugačijih pristupa edukacije, koji bi zapravo predstavljali simulacije «realnih- životnih situacija» u radu sa pacijentima, i tzv. «self – paced» učenja . Na problemima-bazirani pristupi povećaće angažovanje specijalističkog programa u smislu potrebe za integracijom teorijskih koncepata sa naglaskom navedenim pristupima.

Obzirom na predviđajući univerzalni pritup informacijama, sa kompjuterskim sistemima koji filtriraju i oblikuju odgovore, realo je očekivati postojanje i konsultacija u radu psihijataru iz svoje ordinacije putem videofona. Telekonferencije, tele-konsultacije, i tele-supervizija biće korišćene u radu sa pacijentima, isto tako i za osnovnu i kontinuiranu edukaciju u psihijatriji, i to ne samo u ruralnim, teško dostupnim prostorima. Obzirom da se fondovi za putovanja na kongrese i konferencije sve više smanjuju, postojaće sve više zahteva da se edukacija sprovodi kroz ovakve uslove. Pre nego se jave specijalizantu ili konsultantu, mnogi pacijenti će najpre provesti određeno vreme za kompjuterom, pri čemu će se zapravo na taj način sprovesti inicijalna evaluacija, procena, uključujući i davanje podataka autoanamneze; neuropsihološka i psihološka procena; kvantitativna elektorencefalografija, sa dobijanjem zapisa i tumačenja, preporuka za lečenje, sve to naravno zasnovano na najnovijom podacima iz literature. Rezultati meta-analiza studija koje su bazirane na pretraživanju podataka sa Interneta biće dostupni on-line, najnovije iz minuta u minut informacije iz svetske literature biće moguće pretražiti, tako da će lekar za svakog određenog pacijenta moći da dobije određene, specifične, korisne informacije i preporuke za lečenje. Naravno, lekar će imati zadatak da vodi računa o tačnosti i kvalitetu dobijenih podataka.

10. Uloga akademskih odeljenja u edukaciji u psihijatriji

Akadska psihijatrijska odeljenja, tzv. nastavne baze i referentne ustanove i dalje će biti odgovorna za nastavu studenata medicine i lekara opšte medicine, na svim nivoima edukacije. Njihov deo odgovornosti u nastavi odnosiće se na preklinički deo edukacije u oblastima neuronauka i bihejvioralnih nauka, kao i edukacija u domenima interpersonalnih, humanističkih aspekata medicinske zaštite, odnosa pacijent-lekar kroz tradicionalni i uobičajeni deo nastavnih programa.

Akadska odeljenja će takođe nastaviti da razvijaju kontinuiranu medicinsku edukaciju, ili postdiplomsku nastavu pokrivajući različite subspecijalizacije. Imajući u vidu da će nove generacije specijalizanata biti opterećene sve većim dugovima (troškovima u vidu samofinansiranja sa prethodnim školovanjem sa korišćenjem studenskih ili komercijalnih bankarskih kredita ili vraćanja sedstava matičnoj ustanovi u koliko menja ustanovu i sl.sa tzv. grejs periodom on nekoliko godina dok se finansijski ne stabilizuje (npr. dugodišnje iskustvo iz Velike Britanije), mnogi neće biti u mogućnosti da sebi priušte dodatne «full-time» stipendije ili druge izvore finansiranja u periodu specijalizacije. Takvi dugovi, mogu predstavljati motive za odluku u smislu «part-time» kao npr. Akademske specijalizacije i sl., pa čak i parcijalne specijalizacije, pri čemu se verovatno misli na pokrivanje troškova programa stipendijom. Dodatne edukacije (po završetku specijalizacije) biće u sve većem obimu vezane za specifične potrebe i praksu unutar sistema

zdravstvene zaštite, za koje će psihijatri raditi, i postoji velika verovatnoća da će doživotna edukacija psihijatarata postati „in-house“, tj. unutar ustanove u kojoj radi, a u sklopu vertikalno integrisanih zdravstvenih ustanova sa health care kompanijama, čime će biti osigurano da će se lekar učiti načinu prakse po vodičima propisanim od navedenih korporacija.

10.1. Istraživačke aktivnosti unutar akademskih odeljenja

Nekoliko institucija ili odeljenja unutar njih, uglavnom na republičkom nivou koje trenutno primaju značajan deo sredstava iz fonda za istraživanja Minsitarsta za nauku i razvoj, Minsitarsta za zdravlje ili drugih fondova, biće pod izuzetno velikim pritiskom da održe razmere, veličine svojih istraživačkih projekata i/ili programa. Broj novih istraživača, i broj novih fondova finansiranja, dramatično opadaju. Stoga nije isključen povratak na neke prethodne nivoe i oblike finansiranja i fondova. Čini se verovatnim Darwinova kompeticija među univerzitetskim istraživačima za svaki «iščekavajući» dinar ili evro za istraživanja. Kao rezultat, kvalitet i značaj, važnost finansiranih istraživanja kako u «školskim», tako i u «vanškolskim» programima biće izuzetno visok. Izuzev finansiranja određenog broja najdarovitijih «genijalnig» istraživača u njihovim institutima i laboratorijama, većina preostalih istraživanja biće krajnje ciljana. Kreatori nacionalne politike mogu donositi odluke o finansiranjima na osnovu političke celishodnosti ?. To znači da bi fundamentalna istraživanja za koje postoji uverenje da obećavaju «visoko-dobitne» rezultate, koji se pak tiču ili osnovnih, fundamentalnih saznanja ili visoko praktičnih i efikasnih terapija, lečenja mogla biti promovisana. Dalje, očekuje se obzirom na razvoj (slično automobilske industriji) uvođenje kompjuterskog modelovanja (ili modeliranja) i simulacionih testiranja pre razvoja i testiranja unutar kliničkih istraživačkih intervencija.

U skladu sa bazičnim biološkim, biofizičkim, i molekularno-biološki strukturisanim psihoterapijama, predviđamo da kompjuterizovana neurobiologija, kompjutersko modeliranje kompleksnih, složenih sistema, interpersonalnih i grupnih interakcija, i razvoj neuralnih na mreži zasnovanih ekspertskih sistema «virtuelnih terapeuta» mogu sa najvećom verovatnoćom postati glavna polja psihijatrijskih istraživanja. Postojeće ograničenja u broju novih subspecijalista. Programi subspecijalizacija primarno će postojati u okviru akademskih medicinskih centara, sa ciljem produkcije ekspertskih kadrova za akademska istraživanja. Predviđa se takođe i razvoj nacionalnih standarda za edukaciju i kliničku praksu. Nastaviće se sa tenzijama između «opšte psihijatrije» i subspecijalističkih domena, ali produkcija kako se ispostavilo ograničenog broja subspecijalista – sa funkcijom pre svega budućih izvora, snaga- doprineće još većem produblivanju jaza i razdora. Iako će dečja i psihijatrija adolescencije, tj. psihijatrija razvojnog doba nastaviti i dalje da bude najdominantnija u odnosu na ostale subspecijalizacije, i ove oblasti će morati da se suoče sa snažnim ekonomskim i političkim pritiscima kao i ostale subspecijalizacije.

Fakulteti će se takođe suočiti sa trostruko-zastrašujućim zahtevima koji aktuelno postoje, naročito u okruženjima koja ne gaje naročito povoljne stavove prema fakultetima. Pretpostavlja se da će doći ukidanja stalnih mesta zaposlenja na fakultetima, ili izmene značenja ovakvog položaja; biće ponuđeni zaposlenima ugovori u trajanju od 3-5 godina, zasnovani na potrebama, ciljevima samih institucija, odeljenja. Obnavljanje ugovora prevashodno bi zavisilo od ispoljenih talenata i produktivnosti.

XIII MOGUĆNOSTI EVALUACIJE TRETMANA U PSIHIJATRIJI

Poslednje tri decenije naučno-istraživačku delatnost karakteriše sve izraženija tendencija organizovanju programa evaluacije rada u psihijatriji. Ove aktivnosti su incirane, s jedne strane, solidnom teorijskom gradnjom i s druge strane, obiljem empirijskih podataka i praktičnog iskustva. Ovi programi validiraju rezultate primenjenih postupaka i, posredno, ukazuju na ispravnost teorijskih postavki. Proces evaluacije se shvata kao način testiranja valjanosti hipoteza, on je ekvivalentan istraživanjima u psihijatriji uopšte. Psihijatrijska semiologija, odbacivši načelo da su "bolesti manifestacija jasnih uzroka", izišla je iz biomedicinskog modela, koji u ortodoksnoj formi, više ne zadovoljava ni savremenu somatsku medicinu. Pošto se mentalni poremećaj manifestuje kao individualni odgovor na isprepletne uticaje endogenih i egzogenih činilaca, implicitni mehanizmi ovog odgovora su multideterminisani. Stoga, način njihovog modifikovanja mora uključiti sve etiološki pretpostavljene komponente: biološke, psihološke i socijalne. Organizacija službe i provođenje psihijatrijskog tretmana u okviru nje, u tom smislu, predstavlja obuhvatno dejstvo na sva tri nivoa, primenom psihofarmakoterapije, psihoterapije i metodama socioterapije. Evaluacija efekata organizacije i tretmana njihovog bilo pojedinačnog ili kombinovanog, omogućava takodje, proveru teorijskih postavki i o mogućim etiološkim mehanizmima psihijatrijske bolesti ili poremećaja ponašanja (Hašimbegović, A., 1989).

Pošto je suština ove monografije budućnost psihijatrije i njena savremena organizacija u ovom poglavlju akcenat će biti na evaluaciji organizacije službe koliko je to moguće i na vrste pojedinih oblika tretmana. O evaluaciji rada Dispanzera za mentalno zdravlje (DMZ) koji se takodje može odnositi i na Centar za mentalno zdravlje u zajednici (CMZZ-e) i Dnevnim psihijatrijskim bolnicama već je bilo reči u prethodnim poglavljima. Zbog toga u ovom poglavlju težište na procesu evaluacije će biti na pojedinim oblicima savremenog tretmana u psihijatriji, koji je sve aktuelniji i dge se traže mnogo precizniji parametri procene efikasnosti svakog oblika lečenja i rehabilitacije.

1. Specifični problemi u evaluaciji sociopsihijatrijskog tretmana

Savremena psihijatrija oseća sve veću potrebu za pouzdanijim metodima za procenu stanja pacijenata, kao i za metodima evaluacije efikasnosti sve brojnijih terapijskih i rehabilitacionih mera koje se primenjuju u lečenju. Međutim, i danas se srećemo sa brojnim teškoćama koje ometaju zadovoljavajuća rešenja ovih pitanja. U prvom redu to je nedovoljno poznavanje uzroka i prirode većeg broja psihijatrijskih poremećaja i oboljenja, različiti stavovi i pristupi u odnosu na etiologiju, patogenezu, dijagnostiku i lečenje. To otežava i proučavanje mehanizma delovanja psihofarmaka, biološke terapije i drugih metoda u tretmanu. Na drugom mestu je neadekvatna metodologija istraživanja. Ovde bi trebalo imati u vidu veoma složenu interakciju brojnih relevantnih činilaca, koji utiču na tok, prognozu i ishod psihičkih poremećaja.

Jedna od najvećih poteškoća koja otežava objektivnu evaluaciju proizilazi iz velikih individualnih razlika u reagovanju na preduzeto lečenje. U ovako složenoj međuigrri činilaca upliću se različiti stavovi terapeuta, nedovoljno poznati genetički činioci koji regulišu biohemijske procese u organizmu i određene individualne obrasce reagovanja, zatim činioci koji su u vezi sa crtama i osobinama ličnosti. Ukoliko svemu tome dodamo i delovanje fizičkih, psiholoških i socijalnih činilaca iz spoljne sredine, postaje jasna složenost svih činilaca i njihovih mogućih interakcija.

Kvantitativno iskazivanje izlaznih elemenata, npr. iz bolničkog sistema, koji se opisuju kao nivoi zdravlja, znatno je složenije nego što je slučaj sa drugim vrstama delatnosti. Ukoliko se meri kvalitet izlaza neophodno je prethodno odgovoriti na više pitanja: šta je to medicinska efikasnost bolničkog, vanbolničkog sistema i sistema prelaznih psihijatrijskih ustanova i na koji je način moguće meriti ovu efikasnost? Kada je u pitanju mentalno zdravlje, nameće se još jedno pitanje, kako uopšte meriti psihičko zdravlje, gde je granica između normalnosti i početka psihopatoloških poremećaja, pogotovu onaj deo zdravlja koji je "proizveden u bolničkim, poluhospitalnim i vanbolničkim uslovima lečenja"? Za sada psihijatrijska nauka ne može da da neposredan odgovor na ovo pitanje. Ono se uglavnom

rešava posredno i to na načine kojima se sigurno može uputiti čitav niz zamerki. Neke od tih, do sada primenjivanih, posrednih metoda navodimo više ilustracije radi, a ne kao najoptimalnija rešenja. Upoređivanje ostvarenih rezultata u ekvidistantnim vremenskim intervalima, godišnjim, mesečnim vremenskim intervalima, a kao pokazatelji kvaliteta obično se izračunavaju prosti troškovi lečenja po bolesniku, ili jednom bolničkom danu ili dana boravka, prosečna dužina trajanja hospitalizacije po pojedinim bolestima ili po homogenim dijagnostičkim grupama, prosečna iskorišćenost kapaciteta, opterećenost lekara i sl. Ovde ne bi smela da izostane mogućnost upoređenja rezultata sa drugim, uporednim, sličnim jedinicama, što je ponekad teško zbog različite metodologije koja se koristi. Činjenica je da psihijatrijski tretman predstavlja skup pretežno heterogenih tehnika, procedura ili mera koje su između sebe veoma isprepletene (psiho i socioterapija, radno-okupaciona i rekreativna terapija i sl.). Upravo ove specifičnosti tretmana otežavaju evaluaciju efikasnosti pojedinih načina lečenja i rehabilitacije i donošenje zaključaka o njihovoj vrednosti u pojedinim organizacionim formama psihijatrijske službe, uslovima dnevne bolnice npr. U parcijalnoj hospitalizaciji, opservacija i praćenje pacijenata se odvija samo jednim delom dana, ili još mnogo manje u vanbolničkim uslovima tretmana kada veći deo vremena pacijenti provode kod kuće, gde se javljaju i drugi činioci koji imaju određeni učinak bilo pozitivan ili negativan.

U procesu evaluacije tretmana značajan problem predstavljaju tzv. kontrolne i eksperimentalne grupe, posebno kad su u pitanju kontrolisani klinički eksperimenti. Ovo nastaje zbog teškoća u homogenizaciji pacijenata, kontroli determinišućih varijabli. U bliskoj budućnosti može se očekivati razrešenje nekih od navedenih teškoća koje ometaju objektivnu evaluaciju. Istina, metodologija ove evaluacije nije još dovoljno razjašnjena, iako postoje neki osnovni principi na kojima ta metodologija treba da se zasniva i razvija. Tako dobro planirane prospektivne studije mogu da unesu više svetla u poznavanje prirodnog toka i ishoda pojedinih psihijatrijskih poremećaja. To bi onda moglo da posluži kao pouzdani oslonac za izvođenje zaključaka o efikasnosti pojedinih terapijskih metoda. Neke teškoće u dijagnostikovanju mogu se prevazići i uvođenjem operativnih definicija ili boljim korišćenjem dijagnostičkih kriterijuma koje nude savremene klasifikacije npr. DSM-IV ili ICD-10, za pojedine vrste poremećaja, simptoma i sindroma. Time se postiže usaglašavanje stavova raznih istraživača, što omogućuje bolju evaluaciju tretmana i poređenje rezultata drugih sličnih studija. Za definisanje ciljeva, a time i za evaluaciju efikasnosti lečenja predlagani su raznovrsni kriterijumi: uklanjanje simptoma, dobro prilagođavanje i zadovoljstvo u socijalnom i seksualnom životu, sposobnost održavanja dobrih interpersonalnih odnosa, zadovoljavajući uvid u sopstvenu situaciju, odsustvo slepe i kompulsivne aktivnosti, sposobnost odoljevanja pritiscima iz spoljne sredine i stresnim situacijama, sposobnost tolerisanja neizvesnosti, deprivacija, frustracija, sniženje apsentizma, povećanje produktivnosti zaposlenih i dr. Ovako veliki broj predloženih kriterijuma za određivanje ciljeva i evaluacije efikasnosti lečenja govori samo po sebi da ono ne zadovoljava u potpunosti uslove strogo naučne evaluacije. U skoro svim kliničkim ogledima procenjuje se delovanje terapije na simptome i ponašanje bolesnika. Ova se procena još uvek nedozvoljeno često čini uz pomoć trostepenih ili četvorostepenih skala: potpuna remisija ili izlečenje, poboljšanje, bez promene i pogoršanje. Ova procena ne samo da je graba i suviše pojednostavljena, već je i podvrgnuta jakom delovanju subjektivnih činilaca. Zbog toga se u evaluaciji efikasnosti lečenja sve više upotrebljavaju "rating" skale.

U principu procena efikasnosti različitih oblika tretmana počiva na: samoprocenama pacijenata, proceni stručnog tima i na proceni lica iz neposredne porodične, socijalne i profesionalne okoline bolesnika. Kada su u pitanju neki metodi lečenja, kao psihoterapija, na primer, metodologija evaluacije teži sve više ka specifičnim, a globalnim pokazateljima uspešnosti psihoterapije. Izražava se, takođe, tendencija da se evaluacija efikasnosti psihoterapije (ceo proces) razlaže na pojedine dimenzije, koje se posebno proučavaju i da se posebno ispituju interakcije tih procesa. Ovako izdvojeno posmatranje pojedinih varijabli pruža izgled za napredovanje na ovom složenom području.

2. Važniji metodološki instrumenti u evaluaciji

2.1. Ekonometrijski modeli evaluacije

O socioekonomskim aspektima tretmana u psihijatriji u celini pa time i u njenim pojedinim organizacionih oblicima već je bilo reči u posebnom poglavlje. Imajući u vidu evaluaciji u psihijatriji kao celini i u ovom poglavlju ćemo se ukratko osvrnuti na neke ekonometrijske metode u evaluaciji i to kao dopuna već ranije navedenom i u kontekstu celokupnog procesa evaluacije u psihijatrijskom radu.

Pri proceni alternativnih vrsta psihijatrijskih službi u toku poslednjih godina sve više se koriste razni metodi ekonomske analize (Shrifotein and Clark, 1978). Sve više se nameće potreba da se kapaciteti službi mere finansijskim merilima i pokazateljima. U nastojanjima da se pojedini zdravstveni programi, pa i tretman u različitim psihijatrijskim institucijama počev od vaboličkih, preko prelaznih psihijatrijskih ustanova do stacionarnog lečenja i tretmama zasnivaju i na evaluaciji njihovih ekonomskih efekata koštanja, neizbežno se suočavamo sa dve vrste problema: 1) sa problemima koji proizlaze iz nepreciznosti i nedeljivosti pojma duševnog zdravlja i u vezi s tim s problemom utvrđivanja radne nesposobnosti izazvane bolešću i 2.) sa problemima koji se odnose na merenje i kvantifikaciju tih pojmova.

Sa zdravstveno-ekonomskog gledišta posebno se ističu tri osnovna elementa za računanje ekonomskih gubitaka zbog bolesti koji opterećuju društvenu zajednicu: gubici usled prerane smrti izazvane bolešću, zbog privremene ili trajne nesposobnosti za rad i gubici izazvani troškovima lečenja i rehabilitacije obolelih. U literaturi postoji više načina za ova merenja. Posebno nam se čini interesantnim Hanlonov metod koji, procenjujući ekonomske vrednosti ljudskog života, uzima veći broj činilaca, što je posebno zanimljivo u poslovima preventivno orijentisane psihijatrije. U narednom izlaganju navešćemo neke od važnijih ekonometrijskih metoda koji se mogu koristiti i u evaluaciji tretmana u savremeno organizovanim psihijatrijskim ustanovama.

2.1.1. Cost-benefit analiza, analiza troškova i dobiti

Premda je u prethodnom poglavlju bilo dosta reči o ovoj vrsti analize. Zbog njenog značaja i sve veće primene u psihijatriji ovde želimo da je ukratko prikažemo samo u svetlu njene primene u postupku evaluacije tretmana u psihijatriji. Ova analiza može nam vrlo uspešno odgovoriti da li je s ekonomskog aspekta gledano vredno ostvariti neki konkretan zdravstveni program i da li taj program može dati bolje ekonomske efekte nego neki drugi, alternativni program. Kod primene ove analize nailazimo na neke metodološke probleme, posebno u konstrukciji tabele ulaznih i izlaznih vrednosti (input i output), odnosno veza između ulaznih i izlaznih podataka i krajnjih efekata koji se postižu tokom tretmana koji se evaluira ovim metodom. Ovi problemi proističu u prvom redu iz praktične nemogućnosti da se postavi jasna razlika između specifičnih efekata tretmana i nekih drugih, parapsihijatrijskih aktivnosti (socijalni, kulturni, ekonomski uticaji i dr.). Kada se ulazne i izlazne vrednosti novčano iskažu, pokazuje se odnos koštanja i ekonomskih dobiti od određenog psihijatrijskog tretmana. Stoga se ovaj metod može primenjivati samo u situacijama u kojima je moguća novčana verifikacija efekata, bez opasnosti da se naruše neke osnovne etičke i socijalne norme. Cost-benefit analiza se može primenjivati na dva široka područja i to izučavanje ekonomske značajnosti određenih zdravstvenih programa i proučavanje ekonomske efikasnosti zdravstvene službe, s obzirom na njenu organizaciju i strukturu. Pošto je često nemoguće egzaktno utvrditi koliko vredi, recimo, ljudski život ili zdravlje, ona se, uglavnom u poslednje vreme napušta kao metod evaluacije tretmana.

2.1.2. Troškovno-efektivna analiza

Efektivnost pojedine mere ili aktivnosti meri se stepenom ostvarenja utvrđenih ciljeva i rezultata prouzrokovanih izvršenjem planiranih aktivnosti. Ustvari, vrši se poređenje stanja pre primene određenog tretmana sa postignutim stanjem posle njegove realizacije. Ovo je od značaja za usavršavanje i poboljšanje lečenja i izbora efikasnije terapije.

U troškovno-efektivnoj analizi, odnosno analiza cena-efekta, postoji pojedinačan podatak ili objekt tretmana koji je moguće meriti nekom opštom fizičkom jedinicom (npr., broj hroničnih schizofrenih bolesnika koji se vratio u radni odnos, broj depresivnih pacijenata koji su bili bez simptoma mesec dana), a naša želja je da ili dobijemo fiksni nivo podataka pri najmanjim troškovima, ili što je moguće više podataka za fiksni trošak. Postoji, stoga, neka vrsta rezultata koji je jasno formulisan za svaku službu ili metod lečenja, a analiza će izvršiti poređenje troškova za postizanje cilja na različite načine. Nije lako naći takve primere analize u psihijatriji, jer je neuobičajeno razmišljati o efektivnosti

tretmana u tako grubim "terminima". Ipak, ako su dva alternativna tretmana usmerena na poseban skup simptoma, često je logično meriti relativan efekt izračunavanjem skorova za srednju vrednost promena u svakom trenutku, zatim to uporediti sa srednjom vrednošću koštanja svakog tretmana po pacijentu. Ovu konstrukciju su upotreбили Schulz i McGlone (1977) u svom poređenju tretmana starih osoba kada su lečenje sprovedli stručna sestra i lekar zajedno, drugo na tradicionalan način samo lekar. May(1971) je koristio sličnu konstrukciju pri svom poređenju relativnih troškova i efikasnosti kod pet različitih metoda tretmana schizofrenije. Njegov rad je pokazao da su se svih pet metoda razlikovali i u pogledu troškova i efikasnosti, ali ipak nije bio u mogućnosti da nađe čvrste zaključke o prednosti korišćenja npr. ataraksa u pogledu niskih troškova i visoke efikasnosti pod relativnim nepovoljnostima milje terapije. Neophodno je istaći da su ove dve studije bile usmerene na posebnu grupu pacijenata kod kojih je merenje efikasnosti tretmana bilo donekle izvodljivo.

2.1.3. Analiza efikasnosti, racionalnosti

Kod evaluacije efikasnosti koriste se tri osnovne varijable: vreme, uloženi rad i koštanje. Stoga u svakom planu tretmana treba, pre svega, predlagati one usluge ili mere pomoću kojih se postižu najveći rezultati, a koriste najmanje mogući kapaciteti. Procena ekonomske efikasnosti povezuje produktivnost i koštanje usluge. U analizi racionalnosti se postavlja pitanje uloženi sredstava u materijalnom smislu i rezultata, odnosno kako sa što manje sredstava doći do dobrog rezultata. Ovde se takođe izvode komparativne studije, upoređuju se pojedine mere koštanja. Zbog toga je analizu racionalnosti teško odvojiti od analize efekata, jer je ona vezana za meru koja se primenjuje. Krajnji rezultat toga je da se vidi šta je jeftinije, ali ipak dovoljno efikasno da rešava određeni problem. U raspoloživoj literaturi se vidi da se danas u svetu evaluliraju uglavnom efektivnost i efikasnost, odnosno racionalnost.

Imajući u vidu da je tretman u psihijatriji složen, da ga izvodi multiprofesionalni tim stručnjaka, ukazaćemo na još neke mogućnosti korišćenja analize efikasnosti. Tako je jedan od pokazatelja efikasnosti bolničkog lečenja propusna moć jednog mesta ili kreveta, odnosno broja lečenih bolesnika na jedno mesto. Nema sumnje da veću efikasnost predstavlja direktno proučavanje produktivnosti. Pomoću ove analize moguća je raspodela rada u smislu da svaki član tima radi samo one poslove koji odgovaraju njegovoj kvalifikaciji.

2.1.4. Evaluacija sigurnosti

Pri analiziranju efikasnosti često je prisutna i jedna druga dimenzija ovog problema, to je evaluacija sigurnosti. To se pre svega odnosi na situaciju kada je reč o nekim merama zdravstvene zaštite, o nekim novim tehnologijama, bilo da se govori o primeni lekova, nekih instrumentarijuma itd, zbog mogućeg jatrogenog delovanja. Inače, problem jatrogenizacije danas je sve više prisutan. Tako u analizi efikasnosti utvrđujemo da je neki lek vrlo efikasan, međutim, potrebna je obazrivost ukoliko ovaj lek ima neke druge nusefekte, bilo svojim dejstvom ili kao posledica njegove primene može u određenom vremenskom periodu doći do nekih neželjenih efekata, posledica i sl. Zbog toga često idu zajedno evaluacija efikasnosti i sigurnosti; na primer, kod lekova se traži evaluacija, a ne samo efikasnosti, već i sigurnosti i to vrlo precizno. Pošto to postaje problem od kapitalnog značaja više se ne dozvoljava da se bez evaluacije sigurnosti bilo koja tehnologija u najširem smislu reči kao primenjeno znanje u funkciji unapređenja duševnog zdravlja može primeniti.

3. Primena metoda kontrolisanog kliničkog eksperimenta

Kontrolisana medicinska istraživanja, ili kako se često ovaj pojam naziva i kliničkim ogledom, predstavlja jedan od najbolje razrađenih metoda za ispitivanje i praćenje efikasnosti terapijskih i rehabilitacionih mera u klinici uopšte, pa i u psihijatriji. On u stvari najviše zadovoljava osnovne principe naučnog istraživanja: mogućnost validnog zaključivanja i visok stepen pouzdanosti. Indikacije za primenu kliničkog eksperimenta u procesu evaluacije su brojne: radi boljeg upoznavanja psihofizioloških i farmakoloških mehanizama, da bi se bolje proučili složeni socijalni i psihološki činioci koji deluju na pacijenta i terapeuta za vreme tretmana i dr. Ovaj metod evaluacije često se koristi za ocenjivanje delovanja psihofarmakoterapije. Poznati eksperimenti iz ovog područja su "slepi ogled" i "dupli slepi ogled". Za evaluaciju drugih metoda

tretmana pogodnije su prospektivne kliničke studije. Ovde istraživač u toku same evaluacije posmatra određenu pojavu onako kako ona prirodno postoji ili se ta pojava prirodno odvija i na taj način otkriva činioce koji su u vezi sa njom, ili se javljaju kao njene posledice.

Primena kliničkog eksperimenta u proveravanju efekata lečenja u osnovi metodološki je jasna. Najviše teškoća iskrsava pri izboru doze za lečenje, izboru parametara pomoću kojih će se proveravati efekti lečenja. Mi se ovom prilikom nećemo upuštati u to, jer u literaturi postoji više prihvatljivih shema za njegovu primenu. Za procenu kliničke slike bolesnika predviđenih za ispitivanje i praćenje tokom evaluacije postoji veći broj ocenskih "rating" skala.

4. Epidemiološki metod u evaluaciji tretmana

Epidemiološki metod se u poslednje vreme sve više upotrebljava u evaluaciji efikasnosti lečenja psihijatrijskih poremećaja. Njegova primena je moguća i u uslovima različitih organizacionih formi u psihijatriji. Do sada su se više koristila ekstenzivna epidemiološka ispitivanja, gde su primenjivane grube petostepene skale, na čije smo negativne efekte već ukazali, i gde je teško odvojiti specifične efekte pojedinih terapijskih metoda, od nespecifičnih efekata izazvanih promenom atmosfere na odeljenjima, kao i pozitivnim promenama stavova prema pacijentima u spoljašnjoj sredini. Na ovom planu ubuduće se može očekivati veća primena intenzivnijih, ciljanih, epidemioloških ispitivanja koja mogu pomoći u razgraničavanju efekata pojedinih terapijskih i rehabilitacionih postupaka, odnosno u evaluaciji tretmana u celini. Tu se, pre svega, misli na primenu nekih metoda multivarijacione analize, koje nisu čisto epidemiološke tehnike, ali imaju dosta sličnosti. Kad je u pitanju evaluacija tretmana, u literaturi se najviše navodi primena i korišćenje faktorske analize, analize glavnih komponenti, zatim diskriminacione analize i, posebno, metod simulacije. Sve ove tehnike multivarijacione analize, pružaju nam veoma brojne mogućnosti za utvrđivanje efikasnosti pojedinih oblika tretmana.

5. Sociometrijski i psihometrijski pristup

Sociometrija i psihometrija kao jedan od mikrosocioloških, odnosno psiholoških metoda omogućava nam merenje jednog socijalnog prostora, u našem slučaju to su različiti metodi individualne i grupne psihoterapije i socioterapije.

Sam sociometrijski test predstavlja sredstvo koje služi za merenje organizacije koja se javlja u grupama, pa i u terapijskim i to za proučavanje društvene strukture u svetlu "privlačenja" ili "odbijanja" koje se ispoljava u jednoj grupi, kako kaže sam Moreno.⁷⁰ Sociometrijski metod, pre svega oblast tzv. matematičke i dinamičke sociometrije, ukazuje nam da se psihološka struktura na kojoj počiva grupa značajno razlikuje od njenih društvenih manifestacija. Te promene i razlike koje se događaju u socioterapijskim grupama mogu kvantitativno i kvalitativno da se iskažu, što ima veliki praktični značaj i vrednost u evaluaciji tretmana. Zapravo, sociometrijske postupke, i posebno psihometrijske, treba svakako prihvatiti kao sredstvo za bolje upoznavanje i razumevanje stvarne strukture grupe. Iznalaženje kohezije koja postoji između dobijenih odgovora iz sociometrijske analize, najslikovitije i najočiglednije se može prikazati pomoću sociograma. Na jednom sociogramu možemo videti položaj koji svaka osoba ima u svojoj grupi, kao i sve uzajamne odnose koji postoje među članovima grupe. Nešto više prostora je dato sociometrijskom pristupu nego psihometrijskim metodima u evaluaciji, zbog toga što u savremenoj psihijatriji sve više kombinuje individualni i grupni tretman i lečenje: velike i male grupe, terapijska zajednica, socioterapijski klubovi i dr.

6. Osvrt na evaluaciju pojedinih metoda i tretmana

6.1. Evaluacija farmaoterapijskog tretmana

praćenje i ocena vrednosti ishoda primene psihofarmakoterapije u modifikovanju doživljenih, bihevioralnih i socijalnih manifestacija mentalnih poremećaja, jedan je od najznačajnijih zadataka farmakopsihijatrije jer obaveštava o valjanosti primenjenog somatskog tretmana. Evaluacija primenjenog somatskog tretmana koji uključuje i medikamentoznu terapiju, značajna je, s jedne strane jer daje podatke o neposrednim bihevioralnim promenama (promenama na nivou simptoma i doneke sindroma), odnosno o prisustvu ili osustvu fiziološkog odgovora na psihoaktivnu supstancu. U njaširem smislu ovaj vid evaluacije postuliranog teorijskog mehanizma dejstva leka i evaluaciju

osnovnih pretpostavki o uzrocima poremećaja. Evaluacija psihofarmakoterapijskog dejstva je induktivni način istraživanja koji bi trebalo da odgovori na pitanje: da li je, i koliko ispitivani lek terapijski efikasan; da li se, i u čemu razlikuje od drugih sličnih ili internih hemijskih sredstava (placeb), da li, i koje neželjene efekte izaziva; i, koje je mesto i način njegovog delovanja. S druge strane, ocena vrednosti psihofarmakološkog tretmana uključuje i procenu njegovih posrednih efekata (kakav socijalni, etički, ekonomski itd značaj ima, farmakološki izazvana, bihevioralna promena za pacijenta i ljude iz njegovog okruženja). istraživačka procedura u ovom slučaju zahteva uključivanje svih onih parametara praćenja promene koji su dimenzije ne samo biološkog, već i psihološkog i socijalnog kontnuma. Poznato je da su veoma složeni eksperimenti koji se organizuju u cilju praćenja psiholoških efekata lekova. razlozi za to leže u otežanoj kontroli ili nemogućnosti kontrole nezavisnih uticaja na unutrašnju validnost istraživanja. Najveći uticaju na veličinu eksperimentalne greške u kontekstu psihofarmakoterapijskog eksperimentisanja potiču iz nekoliko izvora: karakteristike ispitanika, stavova istraživača, farmakoloških specifičnosti primenjenih lekova, uslovima u kojima se izvodi ispitivanje, test situacije, tipa kliničke studije, odabranog eksperimentalnog nacra i primenjenih metoda statističke analize. Pre provodjenja eksperimentalne procedure neophodno je dininisati i staviti pod kontrolu svakih od navedenih izvoraa varijanse, i na taj način, mu dati status relevantne varijable istraživanja (Hašimbegović,A.,1989, Munjiza,M.,1985, Milovanovi,D. i Milovanović,S. i sar.,2005)). Ovde se nećemo detaljnije upuštati u analizu svih navedenih nezavisnih (relevantnih) varijabli istraživanja farmakoterapijskog tretmana. Isto tako analiza zavisne varijable istraživanja psihofarmakoterapijskog tretmana je veoma važna. Ove se takodje, javljaju brojne teškoće i to uglavnom zbog toga što cilj lečenja i rehabilitacije psihijatrijskog pacijenta nije uvek do kraja jasan. Nivo zdravlja do koga treba dovesti somatskog bolesnika, pa tako i cilj njegovog lečenja, daleko je jasniji nego u tretmanu mentalno obolelih osoba. U poslednjem slučaju ne može se precizirati nivo restitucije s obzirom da postoje različiti modeli bolesnih stanja i, isto toliko, sa aspekta oštećenja premorbidnog integriteta ličnosti, različiti stepeni efekata psihijatrijskog lečenja. S druge strane, problem evaluacije psihofaramoterapijskog tretmana, a i psihijatrijskog tretmana uopšte, proizlazi iz činjenice da ne postoji precizno definisan standard za uopredjivanje. Često nije jasno da li je to pacijentovo prethodno stanje, stanje nekog drugog sličnog bolesnika ili tepapeutov pogled na svet i struku, odnosno njegove predstave o karakteristika mentalno zdrave osobe, posredovanje sopstevnim sistemom vrednovanja. Optimalna evaluacija efekata farmakološkog dejstva na psihijatrijski poremećaj je poredjenje sa pacijentovim premorbidnim nivoom ili potencijalno boljim stanjem koje je neophodno utvrditi za svakog pacijenta. Time se postiže individualizacija kriterijuma procene farmakološkog dejstva koje, ionako u usko bihevioralnom aspektu uniformno, podrazumeva šarolikost individualnih odgovora (Hašimbegović,A.,1989, Milovanović,D i Milovanović,S i sar.,2005).

Kada je reč o metodici evaluacije psihofarmakoterapijskog tretmana treba istaći da se prvo- bitnog preovladjujućeg kriterijuma porcene i vudu tzv. *procene poboljšanja*, i to prvenstveno subjektivnu procenu pacijenata na kraju tretmana, danas je uveden obuhvatniji postupak baziran na *merenju promena*. Ovaj postupak je zasnovan na utvrdjivanju razlike izmedju rezultata incijalnog i postterapijskog merenja u toku katamnističkog praćenja (radi utvrdjivanja stalnosti promena izazvanih farmakoterapijskim dejstvom), dobijenih promenom standardizovanih psiholoških mernih instrumenata(npr. testovi i skale procene) ili za potrebe istraživanja namenjenih konstruisanih ad hoc instrumenata, ili specifičnih fizioloških, biohemijskih, neuroradioloških i neuroimadjing tehnika itd. pokazatelja U sklopu ove strategije merenja od pacijenta se zahteva da na nizu različitih dimenzija proceni kako se oseća na početku, a kako na kraju primenjenog tretmana. Analiza većine istraživačkih nalaza ukazala je da je razlika dobijena izmedju rezultata merenja pre i posle farmakološkog tretmana daleko merodavnija ocena promene nastale tokom tretmana nego direktna procena tretmana (Hašimbegović,A.,1989, Milovanović,D. i sar.,2005). Strategija merenja promena je pouzdanija evaluaciona procedura jer, izmedju ostalog, zahteva uključivanje kvantitativnih pokazatelja promene koje je moguće objektivno pratiti primenom odgovarajućih sredstava merenja. Za ove potrebe koristi se veći broj parametara evaluacije psihofarmakoterapije. Kao prediktori odgovora koristi se više nebihevioralnih: standardnih biohemijskih, neurohemijskih i neuroendokrinih parametara, zatim profili kortikalne aktivnosti dobijenih metodama neurofiziološke vizualizacije (EEG, EPs). Farmako-EEG metod prerastao je u vrednu istraživačku evaluacionu tehniku. Ovde se

takodje koriste i brojni fiziološki parametri (promene vrednosti arterijskog pritiska, dijametara pulike, psihogalvanski refleksi, promene srčanog ritma, spavanje i dr. Sličan smisao ima i procene promena na nivou psiholoških i neuropsiholoških funkcija. (Muller-Oerlinghausen, B. 1987). Osim primene pomenutih parametara, neposredni efekti i sekundarne manifestacije psihofarmakoterapije mogu se registrovati i praćenjem odgovora na nivou simptoma poremećaja. Redukcija prominentnih simptoma poremećaja može se shvatiti kao merilo efikasnosti primenjenog tretmana . Pošto se promena intenziteta - bilo ciljanih simptoma, bilo globalne mentalne psihopatologije, može registrovati upotrebom psihijatrijskih skala procene, skorovi dobijeni njihovom standardizovanom primenom, uklopljeni u odgovarajuću strategiju merenja , ponudit će relevantne podatke o promenama izazvanim psihijatrijskim tretmanom. Danas se u kliničkoj psihijatriji koristi veći broj psihijatrijskih skala procene (Paunović,R.V. i Timotijević,I,1992). Često puta umesto procene pacijentovog kliničkog stanja i simptoma, često puta su korisne i procene socijalne situacije (socijalno prilagodjavanje, socijalno funkcionisanje ili socijalno postignuće), kao parametri evaluacije psihofarmakoterapijskog dejstva (Platt, SD.et al.,1981). Naročito je važan parametar dužina trajanja, odnosno odgadjanja, egzacerbacije, recidiva bolesti.

Sa razvojem psihofarmakoterapije postavilo se pitanje kako pronaći najbolji metod za proučavanje terapijskih efekata pojedinih medikamenata i kako doći do kliničkog iskustva koje će objektivno da izdvoji najefikasnije lekove za pojedine oblike mentalnih poremećaja. Klinički ogled predstavlja jedan od najprihvatljivijih metoda. Istovremeno u kliničkoj praksi se sve više koriste brojne skale, uputnici i drugi metodi u evaluaciji psihofarmakoterapije.

6.1.1. Skale za procenjivanje psihofarmakoterapije

U sprovođenju kliničkih istraživanja efikasnosti pojedinih psihofarmakoloških preparata ukazala se potreba za instrumentima koji bi zamenili klasična klinička zapažanja objektivnijom i standardizovanijom procenom psihopatoloških manifestacija. Sačinjene su mnoge skale za procenjivanje (" rating scales"). One predstavljaju psihološko-psihijatrijske merne instrumente koji su sve većim uspehom zadovoljavaju potrebu za objektivnom procenom psihopatoloških manifestacija na standardizovan način, što se danas ne može postići drugim tehnikama.

Skale za procenjivanje našle su korisnu primenu, pre svega u psihofarmakološkim istraživanjima. Evaluacija psihopatoloških fenomena na početku, u toku i na kraju lečenja uz pomoć skala omogućava zaključivanje o delovanju nekog medikamenta na pojedine simptome i oblike ponašanja i pomaže u utvrđivanju sindroma, odnosno tipova bolesnika koji dobro reaguju na određenu vrstu psihofarmaka. Danas su u svetu poznate sledeće skale: Wittenbornova, Overallova, Lorrova, Spizerova itd. Kod nas su Bohaček i Sartorius sastavili "Standardizovani protokol", a Rogina "Ocjensku skalu psihotičnog ponašanja". Pored ovih skala postoji i mnogo drugih, koje su konstruisane sa određenim ciljem i koriste se samo u pojedinačnim istraživačkim projektima. Wittenbornova psihijatrijska skala namenjena je je istraživanjima u procenama u praktičnom radu, u cilju donošenja terapijskih i dijagnostičkih odluka. Ova skala više puta je revidirana i proveravana multivarijantnim statističkim tehnikama, posebno metodom faktorske analize. Sasotiji se od 72 parametra, koji se ocenjuju četverostepenom skalom intenziteta, a njihov sadržaj se odnosi na manifestno ponašanje bolesnika u uslovima hospitalizacije. Popunjava je lekar koji leči i prati bolesnika., s tim da period posmatranja na osnovu koga se skala popunjavanje može da bude kraći od tri dana, a u pružanju podataka o kontinuiranom praćenju bolesnika učestvuje veći broj članova psihijatrijskog tima. Ova skala predstavlja standardizovani klinički instrument koji omogućava statističko zaključivanje o sledećih 12 psihijatrijskih sindroma posmatranih simultano: anksioznost, konverzija, manično stanje, depresivno stanje, shizoidni nemir, psihotični nemir, paranoju, hebefreniju, opsesivno-kompulsivno stanje, intelektualno propadanje, ideje veličine i homoseksualne tendencije. Ova skala omogućava istovremeno numeričko kvantitativno i grafičko istraživanje rezultata. Nuemrički rezultati se pretvaraju u standardni skor koji omogućava medjusobno uporedivanje svakog sindroma prema intenzitetu. grafički prikaz rezultata daje profil zastupljenosti svih sindroma unutar ličnosti svakog ispitanika. Procene su mogu ponavljati u cilju što bolje i pouzdanije evaluacije efikasnosti određene medikamentozne terapije ili drugog oblika tretmana. Overallova skala za procenjivanje konstruisana je pomoću faktorske analize u cilju da formuliše minimum deskriptivne nomenklature koji bi bio dovoljan da se okarakterišu sličnosti i razlike izmedju pacijenata široke psihijatrijske populacije. Skala

je standardizovana i ima namenu u različitim terapijskim i istraživačkim sutijama i radovima. Konačna verzija ove skale ima 17 parametara stepenovanih prem sedmostepenoj skali intenziteta, što omogućava da se dobro okarakteriše psihopatologija koju ispoljava najveći broj pacijenata. Ovde nećemo ulaziti u detaljniju strukturu ove skale i njena upusta, pošto je ona dobro poznata većini istraživača iz ove oblasti) Milovanović, D. i Milovanović, S. i sar.,2005). Ova skala se u Francuskoj primenjuje u nešto modifikovanijem i dopunjenom obliku pod nazivom Pichot- Overallova skala. obliku

Vodeći računa o kvantitativnim i kvalitativnim aspektima mernih instrumenata, iscrpno koristeći tradicionalno kliničko iskustvo , naši autori su sačinili skalu procene efikasnosti psihofarmakoterapije (SPPT), koju su po prvi put objavili 1969 Ristić, J., Stoilković, S. i Milovanović, D). Ova skala se i danas primenjuje u našoj zemlji. Njene osnovne karakteristike sastoje se u tome da je standardizovana za psihijatrije koji su svoju stručnu edukaciju obavili u nastavnim bazama za psihijatriju medicinskog fakulteta u Beogradu.. Ona se sastoji od 23 parametra sa ocenskom četverostepenom skalom i dve vremenske dimenzije:- pre i posle terapije. Kada se spoje sve tačke koje predstavljaju izraženost pojedinih simptoma, dobijaju se dve vertikalne krivudave linije, gde leva označava stanje pre terapije, a desna posle primenjene terapije.

Skale za procenjivanje, odnosno "rating" skale predstavljaju psihološko-psihijatrijske merne instrumente koji sa sve većim uspehom zadovoljavaju potrebu za objektivnom procenom psihopatoloških manifestacija na standardizovan način. Evaluacija psihopatoloških fenomena na početku, u toku i na kraju lečenja uz pomoć skala omogućava zaključivanje o delovanju nekog leka na pojedine simptome i oblike ponašanja i pomaže pri utvrđivanju sindroma koji dobro reaguju na određenu vrstu psihofarmaka. Takvih skala je u svetu veoma mnogo. Mi smo ovde naveli samo neke i to više zbog ilustracije ne dajući prednost nijednoj. Stvar je istraživača i njihovog stepena poznavanja metoda evaluacije psihofarmakoterapije. Slična je situacija i sa brojnim upitnicima koji se takodje koriste za iste svrhe. Većina njih je izvedena pre svega iz Eysenkove teorije ličnosti. takav je npr. Maudsleyev inventar ličnosti ili MPI, Takodje, dobro je poznat i inventar koji su konstruisali Haertzen, Hill i Bellvine 1963 godine za procenjivanje uticaja psihofarmakoterapije na ponašanje psihijatrijskih pacijenata. U kliničkoj praksi, takodje, se primenjuje i upitnik za diskriminaciju efekata psihotropnih lekova čiji su autori Nowlis i Nolis 1956.godine. Osim skala i upitnika postoje još mnogi, više ili manje poznati, više ili manje priznati metodi za procenu terapijskog efekta nekog leka primenjenog u savremenoj kliničkoj psihijatriji (u laboratorijskim uslovima postoje mogućnosti za ispitivanje većeg broja lekova putem određivanja njihove koncentracije u krvi, urinu i na druge načine). Slične mogućnosti pruža neurofiziologija. Primena savremene kopjuterske tehnike u evaluaciji psihofarmakoterapije omogućit će da se prevazidju mnoge teškoće i dodje do pouzdanijih kriterijuma terapijskih efekata pojedinih lekova, kao i uporedno korišćenje neurofizioloških, psihofizioloških i biohemijskih ispitivanja, odnosno kliničkih i laboratorijskih metoda evaluacije. Nesumnjiva prednost svih ovih psihometrijskih tehnika sastoji se u mogućnosti kvantitativne, statističke obrade rezultata. I pored toga većina ovih instrumenata još uvek je nedovoljno "gipka" i ne mogu imati univerzalni karakter. I dalje je potrebna njihova adaptacija i prilagodjavanje. (Milovanović, D., Milovanović, S. i sar.,2005, Paunović RV., Timotijević, I.,1992).

6.2. Evaluacija psihoterapije

Brojna su pitanja vezana za efekte psihoterapije. Danas ih je moguće sažeti formi pitanja: Koji tretman, primenjen od strane koje osobe (profesionalca) je najuspešniji za pacijenta sa pojedinim specifičnim problemom u tom kontekstu aktivnosti? Ovakvo pitanje ukazuje na izrazitu složenost uslova pod kojim psihoterapijski tretman dovodi do promena, potvrđujući apsurdnost "mita o uniformnosti" (Kiesler, DJ.,1966) koji je postulirao uniformnost patološkog odgovora, pa samim time i uniformnost terapijskog delovanja. Naglim razvojem različitih psihoterapijskih metoda i tehnika i porastom broja onih koji je traže i onih koji je primenjuju, nametnuo je niz pitanja za kvalitet njenog efekta, vrstu problema na koje se može primentiti, relativnu delotvornost različitih tehnika, ispravnost određenih teorijskih formulacija, edukaciju i trening terapeuta, mogućnost štetnih efekata i dr. (Hašimbegović, A.,1989, Opalić,P.,1985). Ponekad je izgledalo da ispitivanje efikasnosti psihoterapije nije bitno drugačija aktivnost od one kojom se procenjivalo delovanje medikamentn terapije. Danas je jasno da je moguća samo neznatna analogija izmedju istraživanja u psihoterapiji i

psihofarmakoterapiji. i to kako u pogledu teorijskih tako i praktičnih ciljeva evaluacije. Istraživanja po uzorima na klasičan medicinski model bila su organizirana i dovodila su do većeg broja nesuglasica. Prema samoj logici ovog modela pacijentisu u stadijumu efekta terapije procenjivani kao "poboljšani" ili "izlečeni", pošto su ovi termini imali jednostavno i široko prihvaćeno značenje. Zanimajući teškoće merenja, ovi pojmovi su podrazumevali određene standarde i najčešće su bili jednodimenzionalni. Medjutim, procena poboljšanja u psihoterapiji često sadrži vrednosni sud i kliničara-terapeuta i pacijenta-klijenta, zbog čega je efekte bilo ispravnije procenjivati u kontekstu "promene" nego "poboljšanja" ili "izlečenja". U međuvremenu se postavilo i jedno bitno pitanje vezano za istraživanja i evaluaciju u psihoterapiji koje sadrži sumnju da raspoloživa istraživačka procedura iskrivljuje i dovodi u opasnost proces psihoterapije. Zbog toga i danas traju brojne ozbiljne rasprave oko uvođenja tehničkih pomagala, različitih vrsta procena, posebnih testova itd, Sigurno je da navedena sredstva nisu bitnije menjala uobičajne uslove psihoterapije, dobijeni rezultati teško su se bezrezervno mogli generalizovati na psihoterapiju kakva se obično primenjuje. Ovde je neophodno uvažiti i određena etička načela, pošto odnos terapeuta i pacijenta karakteriše intimnost, privatnost, uzajamno poverenje. obojica polaze od premise da, bar bez njihovog znanja i pristanka, ne postoji neko treći ko bi trebao da zna šta se u psihoterapijskom procesu i ovakvoj dijadi dešava. Suština terapijskog "ugovora" treba i dalje da se sastoji od konkretnog nastojanja terapeuta da svoje znanje i stručno iskustvo i sredstva iskoristi u interesu pacijenta, da ga ne povredi namerno ili zloupotrebi u neke druge svrhe. Korišćenje različitih tehničkih sredstava (magnetofona, diktafona, kamera i sl) predstavlja sigurnu zloupotrebu pacijentovog-klijentovog poverenja u terapeuta, što otežava i sam psihoterapijski proces. Ovde je takodje, neophodno poštovanje naučnih elementarnih principa i etike dobre kliničke prakse, pacijente je moguće izabrati kao subjekte u istraživanju samo pod uslovom da su upoznati sa osnovnim ciljevima i postupcima istraživanja i pod uslovima da im se da puna sloboda odlučivanja da učestvuju ili odustanu , naročito u koliko se od njih zahtevaju dodatni napori : snimanje, videozapis, podvrgavanje specijalnim testovima ili intervjuima i dr. (Etika naučno-istraživačkog rada u medicini za referencu, Hašimbegović, A.,1989).

Pokušaji objektivne evaluacije efikasnosti psihoterapije novijeg su datuma, iako ovaj metod lečenja traje više od jednog veka. U poslednje vreme ulažu se intenzivniji napori da se iznađu objektivniji kriterijumi i instrumenti za procenu psihičkog stanja pacijenta, kako bi se pomoću njih mogla vršiti objektivnija procena efikasnosti različitih metoda psihoterapije, zatim usavršavanje postojećih i iznalaganje novih instrumenata za evaluaciju. Jedan od osnovnih principa je svestrana i unakrsna procena, dakle, pored opisa lekara i samoprocene pacijenta, u ocenjivanje treba uključiti i druge članove terapijskog tima i osobe iz pacijentove okoline.. I pored toga postavlja se pitanje: da li je psihoterapija delotvorna ?, jedan je od osnovnih sadržaja celokupne istraživačke aktivnosti u ovoj oblasti. Odgovor na prethodno pitanje zahteva analizu tri četiri birna aspekta: Da li je psihoterapija uspešna?, Koja je vrsta psihoterapije najuspešnija? Koji terapijski procesi dovode do većih promena? i Koje su značajne varijable ishoda psihoterapije? Kada je reč o navedenim pitanjima u ovom tekstu nećemo ulaziti u detaljnija objašnjenja, već će biti navedene samo neke važnije činjenice u vezi sa tim pitanjima.

6.2.1. Da li je psihoterapija uspešna?

Kada je reč o pitanju da li je psihoterapija uspešna treba naglasiti da od 1952.godine kada je prvi puta formulisano kao istraživački problem, na ovo pitanje usledilo niz kontaverznih odgovora. Tako su u Ayzenkovom radu iz iste godine objavljeni zaključci obimne statističke studije zasnovane na podacima iz različitih izvora da je : a) među neurotskim pacijentima koji su dobili samo socijalnu ili medicinsku negu, a ne i psihoterapiju bilo 72% poboljšanih i b) i da je u populaciji lečenih neurotskih pacijenata poboljšano 44% tretiranih psihoanalitičkom terapijom i 66% tretiranih eklektičkih. Ovakva slika o ne(delotvornosti) psihoterapije održavala se relativno veoma dugo vremena. Medjutim, kritika ovih nalaza bila je značajno opravdana. Na osnovu meta analize i ANOVA analiza, studija efikasnosti psihoterapije, posebno Smita i Glasa iz 1977 godine, zaključeno je da je prosečna studija imala dve trećine veću standardnu devijaciju tretirane grupe u odnosu na kontrolnu da je prosečni klijent koji je učestvovao u psihoterapiji bio znatno bolji od 755 netretiranih pacijenata kontrolne grupe, što jasno potvrđuje efikasnost psihoterapijskog metoda u tretmanu i ove kategorije pacijenata) citat prema Hašimbegović,A.,1989).

6.2.1.2. Koji psihoterapijski procesi dovode do većih promena?

Koji terapijski procesi dovode do većih promena odgovor najbolje daju tzv. proces studije. Tematikom proces studija bavio se Bordin (Bordin,ES.,1967) godine. Prema ovom autoru, suština psihoterapijskog uticaja na pacijenta je njegovo odnos sa terapeutom, odnosno između interakcije između terapeuta i pacijenta koje mogu da utiču na promenu klijentovog ponašanja. Mogućnosti davanja konkretnih odgovora na ovo pitanje obezbedila je uoptreba direktnih i indirektnih proces-merenja,tj. vizuelizacije ili interpretacije sadržaja terapijskog odnosa ili dijade (Hašimbegović,A.,1989, Opalić,P.,1992).

6.2.1.3. Važnije varijable ishoda psihoterapije

Medju važnije varijable ishoda psihoterapije spadaju: efekat ili ishod. Ove varijable bi se u najširem smislu mogle odrediti kao cilj terapijskog uticaja. One predstavljaju osnovnu zavisnu varijablu terapijskog istraživanja i procesa evaluacije ovog oblika tretmana. Terapijski ishod nije uniforman, jer se ni klinički problem ne može tretirati uniformno. Ovaj efekat može se procenjivati kao globalan ili ciljan. Ciljane ili tzv. tardjet promene se obično dešavaju na nivou jednog simptoma(npr. depresivnost, anksioznost i sl.). Kritika ovako definisane terapijske promene sasvim je opravdana. Svaki simptom ima svoj razvoj i dinamiku, a time i duboke korene u fenomenologiji pacijenata, neopravdano ga je posmatrati jednodimenzionalno. Ovde treba imati u vidu čovekovo ponašanje u socijalnom kontekstu, njegova očekivanja i sisteme vrednosti, demografske i personalne karakteristike što sve ukazuje na činjenicu da je terapijska promena multidimenzionalna. Sve to ukazuje na potrebu promene dosadašnjeg načina merenja i izbor odgovarajućih instrumenata za takvu procenu i evaluaciju. Jedan od značajnih uticaja na terapijski ishod je pacijent- varijabla. Pacijent je osoba koja traži kvalifikovanu profesionalnu pomoć zbog doživljaja lične neefikasnosti. Rezultati psihoterapije zavise od od prepoznavanja i razumevanja velikog broja individualnih razlika medju pacijentima počev od inteligencije, socijalne pripadnosti, životnog doba, psihičke sklonosti, motivacije, organizacije mentalnih mehanizama odbrane i rigidnosti, vrste i stepena poremećaja, karaktera, temperamenta, činilaca sredine i obrazovanja i drugih faktora koji mogu imati veliki značaj za razumevanje i način pristupa problemu. Više studija potvrđuje empirijsko zapažanje da manje poremećene osobe češće traže i dolaze na terapiju, da ih terapeuti bolje prihvataju, da ostaju na tretmanu i imaju veće dobiti od njega. Pacijenti, koji u proseku imaju više koristi od psihoterapije, imaju veću ego-snagu i veću toleranciju anksioznosti. Sigurno je da terapijski proces zavisi i od motivacije pacijenata, njegove veće spremnosti na konfrontaciju i sposobnost otvorenog saopštavanja ličnih osećanja. Ovde nećemo ulaziti u druge faktore koji su takodje bitni u procesu psihoterapije kao npr. osećanje krivice, anksioznosti, prepoznaavanja zavisnosti, osećanja besposomoćnosti, naklonosti terapeutu i njegovom radu, podudarnost u očekivanjima, podudarnosti i prihvatanja u odnosu na sociokulturna obeležja i dr. Svi oni imaju veliki psihološki značaj i u psihoterapijskom procesu.

Druga nezavisna varijabla terapijskog istraživanja i procesa evaluacije psihoterapije je terapeut. S obzirom na različita vidjenja psihoterapije, njenih ciljeva, i načina na koji se postiže promena, još uvek nema jedinstvenog stava u pogledu uloge i funkcije terapeuta. Bez obzira na orijentaciju, nijedan preapeut ne može da izbegne formiraje izvesnih pojmova i pretpostavki o problemu pacijenta i donošenje odluke šta treba učiniti da se omogući poboljšanje njegovog stanja. Zbog svega toga svaki terapeut je u ulozi dijagnostičara i vinovnika terapijske promene. Nema sumnje da se terapeut uključuje u odnos sa pacijentom i vrši uticaj posredstvom svoje ličnosti. I ako ličnost i terapeuta i pacijenta određuju karakter i kvalitet njihove interakcije, ipak je terapeut taj koji određuje i diktira vrstu odnosa i način na koji će se on najbolje iskoristiti za realizaciju terapijskih ciljeva (Hašimbegović, A.,1989, Opalić.P.,1988), Popović,M., Opalić,P. i sar.,1992). Terapeutova umešnost u vodjenju tretmana uslovljena je nizom faktora u koje nećemo ulaziti ovom prilikom. Ilustracije radi navest ćemo stav Rogersa (Rogers, CR.,1957) koji smatra da terapeutova sposobnost iskrene empatije, bezuslovno pozitivan odnos i iskrenost predstavljaju potrebne i dovoljne uslove terapijske promene.

Ishod psihoterapije ne zavisi samo od kvaliteta pacijenta i terapeuta ispoljenih pojedinačno ili u interakciji, već i od specifičnosti korišćenih sredstava. Tehnika je osnova, srž postojanja psihopatoloških postupaka i obično proizlazi iz psihopatološke teorije ili teorije maladaptivnog ponašanja. Nakon naputanja mita o uniformnosti o čemu je već bilo reći, bilo je izuzetno teško dokazati terapijsku nadmoć jedne tehnike nad drugom u odnosu na određenu kategoriju problema. Sigurno je da terapijska promena zavisi i od faktora zajednički svim terapijskim postupcima.

6.2.1.5. Metode evaluacije efekata psihoterapije

Osim specifičnosti opisanih varijabli, efekat psihoterapije zavisi i od uslova u kojima se ispituje. Zavisno od toga da li se procena efekata vrši u laboratorijskim ili kliničkim uslovima, može se u načelu govoriti o dva tipa istraživanja strategije analogno kliničkoj.

6.2.1.5.3. Izvori procene efekata psihoterapije

Najraniji pokušaji kvantifikacije efekata tretmana nisu podrazumevali merenje kao suštinsku odliku empirijskih istraživanja. Prvi pokušaji procene efekata bili su uglavnom zasnovani na terapeutovim procenama. One nisu bile rezultat primene instrumenata, već zaključivanja na osnovu stečenog iskustva. U sledećoj fazi najranijeg perioda merenja pojavljuju se standardizovane skale procene efekata. Tipična takva skala i uslovi su Kinghtovi kriterijum (1941), (citirano prema Hšimbegović, A., 1989). Tada su terapeuti procenjivali pacijente na kraju tretmana primenom petostepene skale (npr. izlečen, poboljšan i sl.) u okviru koje je svaki stepen bio jasno definisan. Procene dobijene upotrebom ovih skala, korišćene su za izračunavanje procenta slučajeva koji su se poboljšali, ali nisu bili u stanju da daju bilo kakav podatak o prirodi samog poboljšanja. One su, u stvari, opisivale konačno stanje, a ne poboljšanje u pravom smislu reči. Tokom naredne faze, opsane skale su zamenjivane ili dopunjavane samoprocenom pacijenata. Od globalnog zaključka izrečenog o vrednosti tretmana, procene prerastaju u preciznije odgovore na standardizovanim testovima ličnosti i skalama procene simptoma, čijom su se primenom, u inicijalnoj i finalnoj fazi tretmana, mogli dobiti dosta precizni podaci o promenama izazvanim njegovim dejstvom. Osim pomenutih instrumenata doradjenih u cilju povećanja objektivnosti procene, potraga za adekvatnim merama efekata podstakla je ispitivanje fizioloških pokazatelja promena. Osim ovih, podaci dobijeni iz okoline (informacije i podaci o školskom uspehu, izveštaji sa radnog mesta, podaci o rehospitalizaciji i drugi heteroanemistički podaci) prihvatani su kao relevantni pokazatelji uspešnosti tretmana. Različiti psihometrijski pristupi proceni efekata bili su uslovljeni i različitim teorijskim opredeljenjima. Tako su neke studije psihoterapije primenjivale nacрте razvijene na osnovu dinamske psihologije. Nedostaci projektivne metodologije uslovlili su pojavu nacрте merenja izvedenih iz teorijskih postupaka kakav je npr. klijent centrirana psihologija po Rogers-u. Medjutim, predložene mere bazirane na self-konceptu, bile su samo nešto bolje od projektivnih. Prestankom ovakvih nacрта merenja može se danas smatrati znakom napretka i prihvatanja činjenice da se efekti psihoterapije protežu i na svakodnevno funkcionisanje pacijenata. Stoga su, u narednim fazama razvoja evaluativnih postupaka, nacрти izvedeni iz teorije zamenjeni neteorijskim merama poput procene uloge postignuća konstruisaja liste simptoma i direktnim posmatranjem ponašanja. Savremene metode procene efekata uglavnom su usmerne na merenje aktuelnih simptoma i na ponašanje. Da bi se strelka jasnija slika o metodama merenja, brojni autori su uradili detaljnu analizu rezultata istraživanja u oblasti psihoterapije, koje su vršene posle drugog svetskog rada do sada. Najznačajnija medju njima je meta analiza Lamberta i saradnika čiji su rezultati objavljeni polovinom osamdesetih godina prošlog veka. Prema rezultatima pregleda i analize preko 200 studija, autori su različite izvore merenja efekata, prema njihovom poreklu klasifikovali u nekoliko kategorija: 1. samoprocena stepena izraženosti pojedinih simptoma; 2. procena treniranog posmatrača, obučnih osoba; 3. terapeutova procena na skalama Lickertovog tipa; 4. procena značajnih drugih osoba, rođjaka i prijatelja i 5. instrumentalna procena sa praćenjem fizioloških parametara. Ovim izvorima dodat je i šesti parametar koji obuhvata institucionalne pokazatelje uspešnosti primene psihoterapijskih i terapijskih procedura, a one se najčešće odnose na izveštaje osiguravajućih društava, evidenciju socijalnog osiguranja, podatke o recidivima koje daju organi starateljstva, itd. Najpopularnija kombinacija izvora procene je kombinacija samoprocene i izveštaja treniranog, obučenog posmatrača (Hašimbegović, A., 1989, Opalić, P. 1992).

U okviru svakog pomenutog izvora informacija o efektu tretmana razvijena je serija instrumenata, a cilj njihove primene je da se obezbede podaci koji će biti moguće uopštavati i porediti. Većina ovih instrumenata podrazumeva precizni nivo merenja, što znači da se radi o skalama procene čiji je prvenstveni zadatak praćenje promena izazvanih terapijskim dejstvom.

S obzirom na već naglašenu transformaciju psihijatrijske službe i pomeranjem aktivnosti sa doskorašnjeg klasičnog stacionarnog tretmana na poluhospitalne i vanbolničke institucije, bolničko lečenje će prvenstveno imati za cilj opservaciono-dijagnostički karakter i uključivanje multidimenzionalnog tretmana, čija će se ukupna evaluacija vršiti kasnije na osnovu raspoložive bolničke dokumentacije i praćenja u drugim organizacionim formama psihijatrijske službe. Jedino će biti moguća evaluacija svih primenjenih oblika tretmana uključujući i psihoterapiju u koliko o pacijentu bude vodila brigu ista ekipa i tim stručnjaka na svim nivoima lečenja i rehabilitacije kao što se to sada praktikuje u nekim centrima u svetu, Veroni u Italiji npr. Stoga nemaravamo da iznesemo još neke činjenice koje su vezane za evaluaciju psihoterapijskog i drugih oblika u savremenoj psihijatriji tretmana. Doprinos novijih studija evaluaciji psihoterapije sastoji se u tome što su one i definisale izvesne kriterijume za merenje rezultata ovog oblika lečenja. Danas se izvode kontrolisane i nekontrolisane kliničke studije i ogledi, poklanja se veća pažnja homogenizaciji uzorka Poseban problem u evaluaciji psihoterapije je definisanje kriterijuma normalnosti. Smisao savremenih istraživačkih postupaka vodi ukidanju bazične dihotomije istraživanja "toka" i "ishoda". Danas se više očekuje odgovor na pitanje: koji terepeut, kojim postupcima, u kojoj situaciji, kod kojih pacijenata postiže optimalne efekte u psihoterapiji. Važan problem predstavljaju da neke kategorije kriterijumskog sistema. Do sada su često korišćeni kriterijumi, kao "poboljšan", "znatno poboljšan" i sl., iako se znalo da su oni veoma uslovni i da ih ne bi trebalo koristiti bez sadržinske definicije. Efekat se mora iskazati varijablama koje su relevantne za vrstu psihoterapije. Tako, u savremenim psihoanalitičkim i egopsihološkim istraživanjima nailazimo na kriterijume za raspoređivanje pacijenata u ovu ili onu kategoriju uspeha. To nam pruža mogućnost da bolje razumemo šta je postignuto kod pacijenta pod uticajem terapije, umesto prazne nalepnice "poboljšano". Danas nam stoji na raspolaganju ceo arsenal tehnika koje mogu da se koriste u objektiviziranju efekata psihoterapije, počev od skala adaptacionih promena, preko više takozvanih upitnika sa višedimenzionalnim tehnikama, na primer, Cattellov 16 PF, Eysenkov MPI ili MMPI, preko Qsert tehnike do projekivnih tehnika kao što su TAT ili Rorschachova tehnika, eksplorativni intervju, inventar personalne orijentacije i drugo. Kada su u pitanju determinante ishoda psihoterapije, najčešće se navode sledeći kriterijumi: maturacija pacijenta, potreba za promenom, karakteristike ličnosti pacijenta, zatim ličnost terapeuta, kvalitet odnosa terapeut-pacijent i ostali uslovi u vezi sa samim terapijskim metodom. Piter Sifnees navodi više kriterijuma u toku evaluacionog intervjua: sposobnost prepoznavanja i prihvatanja psihološkog porekla tegoba, težnja ka introspektivnosti, spremnost za aktivnu saradnju sa terapeutom u toku terapijskog procesa, radoznalost i spremnost da se učini napor u cilju razumevanja samog sebe, spremnost pacijenta za promenu, istraživanje i eksperimentisanje, realističko očekivanje ishoda terapije, spremnost i sposobnost za razumno žrtvovanje i odricanje Ilustracije radi navodimo i varijable ishoda terapije prema Hansu Strapu: **1)** simptomi, **2)** međuljudski odnosi, **3)** socijalno funkcionisanje, **4)** samopoštovanje, **5)** učenje, odnosno saznanje novog, **6)** razumevanje samog sebe, **7)** rešavanje problema, **8)** pozitivno osećanje terapeuta, **9)** dinamička promena specifične unutrašnje neurotske predispozicije (koja se smatra odgovornom za određenu vulnerabilnost pacijenta), odnosno promenu fokusa u toku tretmana.

Osim specifičnosti opisanih varijabili, efekat psihoterapije zavisi i od uslova u kojima se ispituje. Zavisno od toga da li se procena efekata vrši u laboratorijskim ili kliničkim uslovima, može se u načelu govoriti o dva tipa istraživanja strategije analogno kliničkoj.

6.3. Evaluacija socioterapije

Socioterapija (u užem i širem smislu) je vrsta rehabilitacionog tretmana čiji je cilj da deluje na socijalno funkcionisanje pacijenata, unapređujući njegove sposobnosti socijalne adaptacije i poboljšanje kvaliteta života (Kecmanović, D.,1978, Kecmanović, D.,1989). kako je delovanje grupe ishodište terapijskih efekata ove vrste tretmana, njen je osnovni zadatak da pomogne prilagodjavanje grupi , odnosno socijalnim uslovima života u socijalnom okruženju pacijenta. različite forme socioterapije su veoma važna komponenta psihijatrijskog tretmana psihijatrijskih pacijenata, pošto sam

poremećaj kompromituje njihovu socijalnu adaptaciju. Socioterapijski postupak ima za cilj da nakon, ili u toku primene somatskog i drugih formi psihijatrijskog tretmana pripreme pacijenta za povratak u njegovu socijalnu sredinu. Potpomažući procesrekonstrukcije socijalnog identiteta, navedeni terapijski postupci omogućavaju poboljšanje socijalnog funkcionisanja i, indirektno, smanjuju učestalost recidiva bolesti ili poremećaja.

Svakodnevna praksa psihijatrijskog lečenja i tretmana potvrdila je da je jedan značajan broj pacijenata nakon hospitalnog tretmana loše adaptiran na socijalnu sredinu. Stoga se, kad je reč o primeni socioterapijskih postupaka, nameće pitanje: da li oni mogu poboljšati kvalitet socijalne interakcije, psihološku stabilnost i efikasnost u okviru očekivanih uloga. praćenje efikasnosti realizacije, na ovaj način operacionalizovanog, terapijskog cilja bio je pokretač procene efikasnosti različitih formi socioterapije psihijatrijskih pacijenata. S obzirom da je ove reč o savremenoj organizaciji psihijatrijske službe, treba istaći da većina socioterapijskih postupaka u užem smislu da se primenjuje se u svim psihijatrijskim institucijama na različitim nivoima organizacije kao jedan od metoda integralnog tretmana u psihijatrijskih pacijenata. problem njihove efikasnosti vezan je jednim delom za diskrapancu između principa na kojima počivaju odnosi unutar različitih vidova socioterapije i onih principa i zakona koji regulišu i određuju interpersonalne, međuljudske komunikacije (Kecmanović, D.,1978, Hašimbegović,A.,1989). Veći broj autora i danas skreće pažnju na neprimerenost principa socioterapije onim očekivanjima u pogledu načina ponašanja, mišljenja i osećanja, koje pacijent zatiče po povratku u porodicu, na radno mesto, odnosno u socijalnu sredinu. u vezi sa principima rehabilitacionih postupaka i principima stvarnih narumi koje vladaju u socijalnom okruženju pacijenta, moglo bi se postaviti pitanje: da li je poboljšanje pacijentovog ponašanja koje je postignuto socioterapijom i rehabilitacijom u osnovi, situaciono uslovljeno specifičnom socijalnom strukturom socioterapije i socijalnom ulogom pacijenta u uslovima socioterapije, i neće li, stoga, stare smetnje i simptomi pacijenata ponovo se javiti čim će on, po otpustu iz psihijatrijske institucije, nađe u drugačije strukturisanom sistemu odnosa nego u uslovima socioterapije Ploeger (Ploeger A.,1972). Nava sva ova pitanja može se odgovoriti da je socioterapija- u normativnom konceptualnom obliku- pre svega instrument izazivanja takve promene u pacijentu koja će imati karakter personalnog sazrevanja, te da, u tom smislu treba očekivati da će personalno - što znači i socijalno- zreliji pacijenti biti i sposobniji i slobodniji (nego pre tretmana) da se ponaša na društveno zdraviji i prihvatljiviji način, tj. da deluje u pravcu što potpunijeg zadovoljavanja individualnih i socijalnih potreba (Kecmanović,D.,1978). Pregled rezultata istraživanja efikasnosti različitih formi socioterapijskog tretmana u užem smislu nije osporio prethodni zaključak. Više relevantnih studija (Leff, J., 1979., Bebington, P.,1992, Leff, J. et al.,1993 i dr.) uglavnom je testiralo pretpostavku da socioterapijski postupci nisu metode lečenja, u užem smislu reči, mentalnog poremećaja. Zaključeno je da se radi o postupcima koji poboljšavaju nivo i kvalitet socijalnog funkcionisanja, odnosno održavaju stabilnost farmakološki i psihoterapijski uspostavljene remisije i sprečavaju recidive bolesti. Najčešći parametar procene uspešnosti socioterapije u užem smislu je socijalno prilagodjavanje, odnosno socijalno funkcionisanje operacionalizovano nizom životnih aktivnosti (način ishrane, režim spavanja, zloupotreba alkohola, pušenje, način oblačenja, inhibicija agresivnih motiva, empatsko doživljavanje drugih, prisustvo ombicija, adaptabilnost na promene, briga o sopstvenom zdravlju, društvena aktivnost, odgovornost za preuzimanje obaveza, sposobnost radnog i profesionalnog angažovanja, ponašanje u okviru određenih socijalnih uloga i dr.) čije je adekvatno obavljanje indikator psihološke stabilnosti (Hašimbegović, A.,1989, Lef,J et al.1993).

Dnevna bolnica i drugi oblici prelaznih psihijatrijskih institucija (programi dnevnog tretmana, centri za dnevnu, noćnu ili vikend brigu o pacijentima) kao posebne socioterapijske institucionalne forme, pokazali su se, bar na osnovu više dosadašnjih ispitivanja efikasnim (cost-benefit) u poboljšanju kvaliteta svakodnevnog funkcionisanja pacijenata, načina strukturisanja slobodnog vremena, kvaliteta obavljanja svakodnevnih kućnih i drugih obaveza, u postizanju nivoa i kvaliteta radne efikasnosti u celini, kvaliteta interpersonalnih odnosa, postignuća unutar porodičnih i drugih socijalnih uloga. Tretman je višedimenzionalan i uključuje primenu organo, psiho i socioterapijskih aktivnosti. Parcijalna hospitalizacija se takodje pokazala efikasnom (costeffective) jer je značajno smanjila stopu rehospitalizacija kao i dužinu trajanja tretmana. Opšta je ocena da su pacijenti, gotovo bez izuzetka, bili zadovoljniji ovakvim vidom tretmana, da je smanjen broj incidentnih situacija između osoblja i pacijenata itd. Sumiranjem rezultata istraživanja efekata parcijalne hospitalizacije može se

reči da su metode socioterapije u širem smislu veoma efikasna i validna alternativa tradicionalnom bolničkom tretmanu značajnog broja akutno bolesnih psihijatrijskih pacijenata (Gudmen i sar.,1985, Munjiza,M.,1985). U individualni socioterapijski tretman spadaju: socijalno vođenje bolesnika uz rešavanje njegovih aktuelnih socijalnih i životnih teškoća, savetovanje i podrška, koja ponekad može da traje dosta dugo.1 88 To upućuje na zaključak da i evaluacija takvog rada mora da ima kontinuitet i da bude longitudinalna. Grupni metodi su mnogo češći. Ovde najčešće spadaju: grupno vođenje, savetovanje, sa manjim grupama, grupna terapija. Posebno mesto među ovim metodima socioterapije zauzima terapijska zajednica. Brojnost ovih metoda čini i samu evaluaciju socioterapije složenom, pogotovu kada se ima u vidu da ne postoje pouzdaniji kriterijumi za ocenu efikasnosti. Vredno je istaći da koncept terapijske zajednice ne sme biti shematizovan, jer ona treba da mobilise sva interesovanja, socijalne snage, sposobnosti i entuzijazam osoblja i bolesnika i da im pruži dovoljno slobode za kreativno delovanje uz optimalne terapijske uslove.

Evaluacija ovog oblika tretmana i lečenja zahteva pre svega primenu sociometrijskog pristupa. Ovaj metod omogućava bolje sagledavanje nekih osnovnih svojstava dinamike zbivanja u grupi i "duha grupe" za sve pacijente u dnevnoj bolnici.

6.4. Evaluacija dnevnih programa aktivnosti i terapija na primeru psihijatrijske dnevne bolnice

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 na programu može da bude film po izboru ili zajednički izlet cele dnevne bolnice ili poseta nekoj kulturnoj aktivnosti na koje se odlazi zajedno sa osobljem.

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.,

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.

6.4.1. Evaluacija rehabilitacionog tretmana

Osnovni cilj rehabilitacije je da pomogne ličnosti u resocijalizaciji, u prevladavanju posledica bolesti i obezbeđivanju što nezavisnijeg života posle bolesti.

Pored ocene uspešnosti rehabilitacije i postignute efikasnosti, potrebno je proceniti zadovoljstvo i koristi koje se postižu. Profesionalna rehabilitacija u većini slučajeva predstavlja krajnji cilj, ipak posebna se pažnja obraća na osposobljavanje bolesnika za aktivnosti van psihijatrijske ustanove i u slobodnom vremenu. Rehabilitacija treba da obuhvati stručnu evaluaciju radno-profesionalnih sposobnosti i stepen socijalnosti. U stacionarnim i vanblničkim uslovima profesionalna rehabilitacija se sprovodi najvećim delom preko radne terapije, koja je, inače, faktor pokretanja psihičke aktivnosti, kojim se omogućava doživljaj stvaralaštva, sticanje radnih navika, samopotvrđivanje i samopouzdanje. Ishod bolesti sa rehabilitacionog i terapijskog aspekta procenjuje se pomoću višestepenih skala. Isto tako, odnos pacijenta i članova njegove porodice, meren stepenom porodične i socijalne rehabilitacije, meri se, takođe, odgovarajućim skalama. U praksi se koristi više različitih skala. One pružaju mogućnost za kvantitativno iskazivanje određenih efekata i za longitudinalno posmatranje, što se može evaluirati i tokom tretmana. Slični načini procene rehabilitacionog tretmana primenjuju se i za procenu emocionalnih odnosa u porodici i u braku, zatim za antisocijalno ponašanje i dr.

Zaposlenost i efikasnost u radu se odnosi na pacijente u radnom odnosu i van organizovanog radnog proceca. U nekim istraživanjima kod nas, korišćena je petostepena skala: radi bez teškoća, s minimalnim teškoćama, radi s osrednje izraženim teškoćama, sa velikim teškoćama, odnosno nesposoban za rad i neodređena kategorija. Ovde su potrebne odgovarajuće operativne definicije za navedene kategorije radne sposobnosti. Kada je u pitanju evaluacija rehabilitacionog tretmana i ocenjivanje rehabilitacionih potencijala kod psihijatrijskih pacijenata potreban je mnogo širi stručni tim, nego za klasično psihijatrijsko lečenje bez rehabilitacionih postupaka. Tako je neophodna saradnja sa profesionalnim evaluatorom radne sposobnosti, saradnja sa službom medicine rada, profesionalne orijentacije i sl.

6.4.2. Evaluacija rehabilitacionih efekata radne, okupacione i rekreativne terapije

Radna, okupaciona i rekreativna terapija predstavljaju značajne oblike tretmana u savremenoj psihijatriji. U svim oblicima socioterapije na vrhuncu svih želja i postupaka nalaze se rehabilitacioni napori da kod pacijenata nastupi što brža resocijalizacija. Zbog toga i nema oštre granice između raznih oblika okupacione i rekreativne terapije; u svim tim oblicima javljaju se obilno isprepleteni elementi rada i zabave. Njihova povezanost dolazi do izražaja i u rekreativnoj terapiji. Za evaluaciju ovih aktivnosti potrebno je da se koristi više izvora informacija (istorije bolesti učesnika u časovima fizičke rekreacije, zatim podaci iz socijalne anamneze o učestvovanju u rekreativnim aktivnostima i sl.).

U literaturi postoji dosta skala kojima možemo meriti kvalitet socijalne i radne prilagodljivosti. Preko njih formalno posmatramo i ocenjujemo intenzitet merljivih manifestacija ponašanja koje su često veoma različite. Upoređivanjem rezultata u vremenskim intervalima, pruža se mogućnost celovitije evaluacije rehabilitacionih efekata za sva tri oblika aktivnosti. Upoređivanjem tretiranih i kontrolnih grupa, dobijamo podatke o terapijskoj efikasnosti primenjenih metoda i tehnika rada na području radne, okupacione i rekreativne terapije. Ovo nam omogućuje i prevazilaženje uskog pojma radne terapije i da njenom primenom sve više utičemo na psihičko stanje pacijenata kontrolišući njihovu emocionalnu energiju, pomažući im da je abreaguju i postignu relaksaciju ili pružajući im, preko ličnosti terapeuta, nove mogućnosti za identifikaciju, što pomaže razrešenju psihičke tenzije i konflikata. Ovo usložnjava proces i postupak evaluacije, ali to je jedno od najprihvatljivijih rešenja i shvatanja radne terapije u njenom širem kontekstu.

6.4.3. Evaluacija kombinovanog tretmana

Farmoakoterapija, psihoterapija i socioterapija su poznati i opšte prihvaćeni načini korekcije psihopatoloških manifestacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Sva tri vida tretmana su u širokoj upotrebi u svakodnevnoj kliničkoj praksi bilo pojedinačno, ili kombinovano. Postoji malo empirijskih istraživanja koji bi podržali izbor samo jednog od tri navedena pristupa. Za primenu sva tri

terapijska postupka su vezana dva pitanja, jedno komparativno, uporedno i drugo kombinatoričko: 1. Da li se za jedan tip tretmana (ili kombinaciju tretmana) može reći da li je superioran u odnosu na drugi i 2. kakve su posledice kombinacije sva tri pomenuta vida tretmana?

Odgovor na pomenuta pitanja moguće je dati jedino na osnovu analize rezultata primene ovih terapijskih postupaka u stroga selektivnim grupama ispitanika. U tom smislu, dijagnostička klasifikacija se javlja kao značajna, ali ne i jedini način formiranja odgovarajućih uzoraka pacijenata. U drugi aspekt pacijent- varijable: pol, starost, inteligencija, socijalna klasa itd, javljaju se kao važne varijable ispitivnih uticaj pojedinih oblika tretmana.

Precizan odgovor na prethodno postavljena pitanja teško je dati. Studije efekata koje su se bavile problemima značajnim za učesnike u terapiji bilo je nemoguće u potpunosti kontrolisati. Razlozi su uglavnom poznati a tiču se prvenstveno kršenja etičkih normi istraživanja na ljudima, kontrole nepoznatih izvora varijanse kao i nemogućnosti dosledne primene adekvatnih istraživačkih nacrtā. Otežana kontrola relevantnih uticaja na validnost istraživačke procedure je problem koji je - sa razgranavanjem postupaka evaluacije i socijalnog eksperimentisanja - postojao sve upadljiviji. Pošto su studije efekata teško izvodljive, ne iznenađuje što je uporedno ispitivanje farmakoterapije, psihoterapije i socioterapije složena aktivnost. razlozi leže uglavnom u nemogućnosti delosledne primene duploslepih studija i njihove metodologije, zatim u geometrijskoj progresiji rasta nepoznatih izvora varijanse, u dejstvu faktora očekivanja i neophodnosti upotrebe složenih metoda multivarijacione statističke analize. Stoga, poredjenje dva ili više potencijalno efikasnih terapijskih postupaka, koji se tako očigledno razlikuju jedan od drugog, kao npr. psihoterapija i farmakoterapija, zahteva posebnu pažnju pri interpretaciji rezultata i formulisanju zaključaka (Hašinbegović, A., 1989).

6.5. Evaluacija efekata kombinacije farmakoterapije i psihoterapije

Prvi pokušaji evaluacije efekata kombinacije farmakoterapije i psihoterapije (May, RPA., 1971, Luborsky, L. et al , 1976) i dr. zasnivali su se na izvodjenju zaključaka u relativnoj nadmoći jednog tretmana nad drugim. Pristrasni podaci dobijeni u okviru ovakvih evaluacionih programa znatno su olakšali zaključivanje. Neki autori su, tako, uočili da kombinovani tretman obično ne daje veće efekte od same farmakoterapije, odnosno da kombinovani tretman obično daje veće efekte od same psihoterapije. Veći broj autora se kasnije složio sa ovakvim konstatacijama i zaključcima kada se radilo o psihotičnim pacijentim, a ostao dosta uzdržan kada je bilo govora o tretmanu neurotskih poremećaja i pacijenata sa graničnom organizacijom ličnosti. Luborski i saradnici su 1975 (Luborsky, L. et al, 1975) su naveli više nalaza koji favorizuju kombinovani tretman u odnosu na farmakoterapiju ili psihoterapiju. Kombinovani postupci lečenja, prema navedenim autorima, imaju relativno veću prednost nad psihoterapijom nego nad farmakoterapijom. Takodje kada su se uporedili efekti primene lekova sa psihoterapijom, lekovi su obično imali superiornije efekte. Medjutim, i ovi autori su naglasili da adekvatna selekcija pacijenata, kao i primena optimalnog psihoterapijskog metoda i njegovo srazmereno trajanje mogu dati mnogo bolje efekte i tako korigovati prilično sumornu sliku o njenoj delotvornosti. Većina navedenih zaključaka izvedena je na osnovu rezultata primenjene aplikacije tretmana na specifične dijagnostičke grupe. Ovde sigurno treba imati u vidu i uticaj tzv. placebo efekta ordiniranog leka i adekvatnog i kompetentnog objašnjenja njegovog delovanja i uspostavljeno poverenje u terapeuta, a da se što se dešava izmedju terapeuta i pacijenta ne mora sve da bude psihoterapija. Zbog toga je moguća pristrasnost pri izvodjenju zaključaka iz ovih studija efikasnosti i njihove adekvatne evaluacije. Selekcija pacijenata, odgovarajuća metodologija i adekvatno praćenje efekata smanjuju mogućnost neobjektivnih zaključaka. Do kraja 60-tih godina prošlog veka, a i kasnije je bio veoma popularan metod u kombinovanom tretmanu farmako i psihoterapijom, jer se to upravo podudara sa erom široke primene psihofarmaka, a tek kasnije su sagledane i njihova odložena neželjena dejstva i nuspojave. Iz tog perioda veoma je mali broj adekvatno dizajniranih empirijskih studija iz ove oblasti. sada se klinička psihijatrija nalazi u sličnoj situaciji kao pre 40-tak godina pošto se uvodi sve veći broj novih, savremenih atipičnih antipsihotika i drugih psihofarmaka čiju efikasnost treba evaluirati i u otvorenim kliničkim studijama bilo izdvojeno ili u kombinaciji sa psihoterapijom. Sve masovnija primena lekova u svim institucionalnim oblicima psihijatrijske službe i u okviru primarne zdravstvene zaštite sve više opravdava potrebu za adekvatnom evaluacijom njene efikasnosti, iz kliničkih razloga i činjenice da se danas, za razliku od ranijeg perioda,

terapijska aktivnost medikamentozne terapije nešto drugačije shvata. Ranije indikacije svodile su se uglavnom na osnovu utiska ispitivača na osnovu kliničkog intervjua. Iskustvo prikupljeno u istraživanjima koja iz razumljivih razloga nisu mogla da pretenduju na odgovarajući nivo metodološke strogosti, pokazala su da je kombinovani tretman obično ne daje bolje efekte od same psihofarmakoterapije, ali da je i superioran u odnosu na samu psihoterapiju. Iznenadjuća je konzistentnost ovakvih nalaza bez obzira na različite kategorije pacijenata, lekove i oblike psihoterapije (Hašimbegović, A.,1989).

U širem teorijskom smislu, efekat kombinacije dva ili više istovremenih tretmana može da se konceptualizuje u kontekstu dva bazična modela: 1. aditivnog i 2. interaktivnog. Nekoliko studija je potvrdilo više tzv. aditivni efekat takve kombinovane terapije. Nešto manji broj studija je ukazivao na potencijaciju između ovih tretmana, tj. na pojavu da kombinovani tretman proizvodi efekat koji je znatno veći od zbirnih efekata dva tretmana koja su primenjena pojedinačno. Nijedna studija nije ukazivala na inhibitorni efekat jednog tretmana na drugi. Za ove dileme najprikladnije su tzv. kros-over, tj. ukrštene klinički dobro dizajnirane studije na precizno randomiziranim uzorcima i dizajnirane u skladu sa načelima dobre kliničke i istraživačke prakse. U praksi se najčešće sreću tzv. recipročne interakcije efekta kod kombinovanih tretmana, tj. efekti kombinovanog tretmana su ekvivalentni efektima adekvatnih i optimalnih tretmana primenjenih pojedinačno. To bi praktično značilo da dva potpuno adekvatna tretmana u kombinaciji ne daju ništa bolje efekte od pojedinačno primenjenih tretmana (Hašimbegović, A.,1989). Poslednjih nekoliko decenija veći broj studija je izvodjen u saradnji sa različitim multinacionalnim farmaceutskim kompanijama, u istraživanjima više su korišćeni pretežno tzv. biološki faktori. Inače, poznata je činjenica iz kliničke prakse da lekari u svakodnevnom kliničkom radu u velikom procentu ordiniraju odgovarajuću terapiju koja se zasniva jedino na sugestijama farmaceutskih firmi. bez dovoljno dobro dizajniranih multicentričnih studija sa multidimenzionalnim tretmanom, niti adekvatnih meta analiza više takvih tretmana u određenom vremenskom periodu. Rezultati nekih meta. analiza potvrđuju određene zaključke da komparativna istraživanja još uvek nisu dovoljno dobro metodološki osmišljene. Većina studija se i dalje pretežno pitanjima ishoda, tj. šta je poboljšano kod određenog pacijenta, a ne bazičnim mehanizmom koji dovode do promena. Sve to ukazuje da buduća istraživanja evaluacije efikasnosti kombinovanog tretmana moraju zadovoljiti maksimum metodoloških zahteva. U stvari pokušaj analize pokušaj analize mehanizama interakcije podrazumeva rigorozniju kontrolu nacrtu i plana istraživanja plana. Više komparativnih analiza koje su uradene poslednjih dvadesetak godina nisu takodje dale neki bolji konzistentan podatak niti dokaze protiv kombinovanog tretmana U celini, u koliko se praktikuje interakcija različitih formi i oblika tretmana, nema većih mogućnosti za pojavu negativnih efekata za tavak kombinovani tretman.

Navedeni tretman ponudio je nekoliko relevantnih zaključaka (citat prema: Hašimbegović, A.,1989): 1. Psihofarmakoterapija je delotvornija u populaciji shizofrenih pacijenata i kod psihotičnih bipolarnih poremećaja; 2. Relativna nedelotvornost naročito nekih oblika individualne analitički orjentisane psihoterapije kod daleko je izraženija kod shizofrenih pacijenata. Kombinacija psihofarmakoterapije po mogućnosti monoterapije i psihoterapije je nešto bolja od same psihofarmakoterapije u kontroli manifestne simptomatologije, ali znatno efikasnija kod promene ponašanja i poboljšanja interpersonalnog funkcionisanja; 3. Uticaj psihoterapije na afektivne poremećaje u znatnoj meri zavisi od tipa primenjenog tretmana. U nekim studijama dokazana je superiornost kognitivne i bihevioralne terapije u odnosu na druge pristupe tretmanu depresivne simptomatologije; 4. Relativan uticaj lekova i/ili različitih formi psihoterapije na neke neurotske poremećaje još uvek je nedovoljno jasan i ovde su potrebna dalja klinička istraživanja; 5. Istraživanja u oblasti stanja strha i to pre svega fobija su skorašnja pojava sa dosta dobrim perspektivama. Do sada dobijeni rezultati ukazuju da je odgovarajući medikamentozni tretman potreban, ali ne i dovoljna komponenta tretmana agarofibije za koju je dokazano da je rwzistentnija na pojedinačni tretman. Specifične fobije su i dalje najpodložnije uticaju različitih bihevioralnih tehnika, i ako ima podataka o uspešnoj kombinaciji ovih terapijskih tehnika i farmakoterapije (kombinacija lekova i desenzitizacija i izlaganje pacijenta in vivo izvoru straha) i 6. istraživanja u oblasti poremećaja dečijeg uzrasta (npr. hiperkinetički sindrom) takodje, imaju dobru perspektivu premda je za sada na osnovu njih teško izvoditi pouzdanije zaključke.

6.6. Evaluacija efekata kombinacije farmakoterapije i socioterapije

I socioterapijski postupci su bili predmet komparativnih istraživanja. Od klasične studije Hogarty-a i sar. iz 1974 godine (Hogarty, GE., Goldber, SC., Schooler, NP. et al., 1974), pa do danas izveden je veći broj ovih istraživanja (Leff, J., 194. Vitorović, M., 1969, Lef, J et al, 1993, Wing, K, 1991, Milojković, M, 1992). Duplo slepe studije sa jednom placebo kontrolnom grupom postale su uobičajena standardna naučna metoda za evaluaciju efikasnosti različitih vrsta tretmana u psihijatriji. Ovaj postupak je pokazao dvostruku prednost. upotrebom placeba, osim kontrole efekata ispitivanog leka, stvorena je mogućnost i za kontrolu reakcije pacijenata na sve druge aspekte terapijske situacije. Međutim, navedene prednosti često su postojale ograničavajući faktor korektnog vođenja kliničkih istraživanja. Uz pomoć placebo kontrolisanih duplo slepih studija dokazano je npr. da derivati fenotijazina imaju specifično dejstvo na akutne psihotične simptome i da su efikasni u profilaktičkoj, terapiji održavanja. U poređeno sa utvrđivanjem efikasnosti navedene grupe fenotijazina u tretmanu akutnih stanja i u profilaksi recidiva, javlja se niz istraživanja koji su potvrdili koji su potvrdili jednaku zavisnost shizofrenih simptoma od faktora socijalne prirode. Važniji nepovoljni životni događaji često precipitiraju bolest ili dovode do njenog recidiva. Slučajni izbor pacijenata za farmakološka istraživanja često je ispuštao iz vida delovanje psihosocijalnih faktora okoline. U tom slučaju, strogo strogo definisana istraživačka procedura nije omogućavala ispitivanje opšteg delovanja faktora sredine. Životna iskustva, čije je prisustvo nepobitno, nisu se mogla ujednačavati u kontekstu ovih studija, jer je i njihovo javljanje nije bilo uvek moguće predvideti premda se radilo o prospektivnim studijama. Značaj faktora socijalne sredine potvrdile su studije Paykela, Lefa i Winga 70-tih godina prošlog veka, na osnovu kojih je zaključeno da medikamentozna terapija shizofrenih pacijenata izvan bolnice može samo delimično zaštititi ove pacijente, jer određeni životni događaji mogu značajno promeniti farmakološki uspostavljenу ravnotežu i dovesti do recidiva bolesti. Važan aspekt socijalnog, društvenog života pacijenata j zavisi pre svega od kvaliteta emocionalnih odnosa (ekspresije emocija) koje uspostavlja sa najbližima. Prvo su Brown i Rutter (1966) uspeli da kvantifikuju ovaj odnos kojeg su kasnije potvrdili Lef, J i Wing, K. 1976 godine. Obavljajući intervjue sa rodbinom, obračali su pažnju na način ispoljavanja, vrstu, i intenzitet ispoljenih emocija. Pacijenti koji su posle otpusta iz bolnice bili sa bliskim osobama koji su na skali procene emocija dobili dobile veće vrednosti, češće su zapadale u recidiv nego oni čija je rodbina imala niže skorove na pomenutoj skali. Ovi pacijenti su do izvesnog stepena mogli da se štite od okoline uzimajući fenotijazinske preparate, ili pak distancirajući se od socijalnih komunikacija. upotrebljivost ova dva zaštitna faktora potvrdila je studija Vaughna i Leffa (1976). Ovi autori su potvrdili njihovog dejstva: pacijenti koji su bili na terapiji održavanja fenotijazinima i istovremeno se distancirali od svojih emotivno napetih srodnika, imali su mnogo manje egzacerbacija od pacijenata koji su koristili samo jedan zaštitni faktor. Rezultati ovih i kasniji sličnih istraživanja i to ne samo kod shizofrene populacije nego i kod nekih drugih psihotičnih entiteta, pokazali su da pri ispitivanju različitih farmakoloških dejstava lekova treba voditi računa i o često presudnom uticaju više ili manje specifičnih psihosocijalnih činilaca, posebno od kvaliteta ekspresije emocija u pacijentovoj porodici. U ovim studijama u značajnoj meri su prevaziđeni brojni problemi metodološke prirode što još više potvrđuje njihovu validnost i pouzdanost pri evaluaciji kombinovanog tretmana psihofarmakoterapijom i socioterapijskim metodama. Ipak treba istaći i činjenicu da je i sada dosta teško socioterapiju standardizovati u onoj meri u kojoj je to moguće u slučaju psihofarmakoterapije. U kliničkoj praksi ne može se svakom pacijentu obezbediti identičan socioterapijski tretman, pošto ovi postupci zahtevaju individualno prilagodjavanje. Čak u koliko se to i postigne ostaje problem ličnosti terapeuta koji se i ovde javlja kao značajan moderator- varijabla ishoda tretmana. drugi probem može da predstavlja izbor odgovarajućeg socioterapijskog postupka i treći izbor adekvatnog nacrtu kliničke studije ovakvog istraživanja. Uprokos navedenim metodološkim teškoćama koji je nešto manje nego kod evaluacije kombinovanog tretmana farmako i psihoterapije, istraživanja efekata kombinovanog psihofarmakološkog i socioterapijskog tretmana su brojna i nude interesantne zaključke. Njihovom analizom uglavnom je zaključeno da postoji linearan odnos između efekata vanbolničkog socioterapijskog tretmana shizofrenih pacijenata istovremeno tretiranih farmakološki i smanjivanja učestalosti recidiva bolesti. Ovakav odnos nije zabeležen između rezultata hospitalne primene socioterapije i njihovog uticaja na poboljšanje socijalnog funkcionisanja. Sigurno je da je često puta smeštaj shizofrenog bolesnika u stacionarnu ustanovu predstavlja važnu i socioterapijsku intervenciju, jer izdvajanje iz patogene porodične sredine stvara preduslove za integrativni tretman pacijentovih problema. istraživanja su

pokazala izolovana i protektivna bolnička atmosfera i to u koliko duže traje ima samo ograničenu terapijsku vrednost i da, nakon adekvatno provedenog somatskog tretmana, ne predstavlja adekvatan okvir za realizaciju ciljeva socioterapije (Hašimbegović, A., 1989, Milosavljević, P., 1992, Milojković, M., 1992, Leff, J., 1993, Wing, K., 1992). Kao zaključak se nameće da se prostor i prave indikacije za socioterapijski tretman otvara tek nakon povratka pacijenta u porodičnu sredinu ili širu zajednicu i posebno nakon uključivanja u produžno lečenje u prelaznim psihijatrijskim ustanovama (dnevna bolnica, dnevni centri, noćne bolnice ili intenzivan vikend tretman u tzv. vikend bolnicama). Samo pod ovim uslovima kombinovano dejstvo farmakoterapije i socioterapije može dati povoljan efekat.

6.8. Specifičnosti evaluacije ishoda tretmana prema uzrastu pacijenata

Iako nas dele svega dve decenije od prvih iskustava u tretmanu pacijenata u uslovima dnevnih bolnica, već sada imamo brojne organizacione forme u radu takvih institucija. Sada u našoj zemlji postoje takva pozitivna iskustva u radu dečijih psihijatrijskih dnevnih bolnica, kao i za adolescente i psihogerijatrijske pacijente. Nema sumnje da su se ovi oblici tretmana pacijenata pokazali veoma korisnim, društveno opravdanim i efikasnim.

Podaci iz literature ukazuju na brojne prednosti ovakvog tretmana u periodu detinjstva i adolescencije, kao i kod starijih osoba. Troškovi su znatno niži, a u ovakvim jedinicama može se primeniti lečenje i rehabilitacija kao i u stacionarnim uslovima. Time su društvene dobiti mnogo veće od samih materijalnih efekata koji su isto tako značajni. Istovremeno su izbegnute sve negativne posledice koje su karakteristične za psihijatrijsku hospitalizaciju. Tako se za dečije dnevne bolnice navode koristi od čak pedeset odsto u odnosu na klasično bolničko lečenje. Sigurno je da ovde nije samo reč o manjem broju angažovanih kadrova i bolničkih kreveta, nego i o nizu indirektnih troškova koji su obavezan pratilac svakog bolničkog lečenja.

Ovo poglavlje kao što se vidi u izloženom tekstu predstavlja kombinaciju empirijskih ispitivanja i teorijskih stavova vezanih za mogućnosti evaluacije tretmana u psihijatrijskoj dnevnoj bolnici. naravno, da mnogi navedeni stavovi važe za evaluaciju rada u svim organizacionim formama savremene psihijatrije. Zbog sve većeg značaja ustanova za parcijalnu, delimičnu hospitalizaciju celo ovo potoglavljje je smešteno upravo u deo teksta koji se odnosi na ovaj oblik rada u savremenoj psihijatriji, tj. u prelazne psihijatrijske ustanove i to pre svega u dnevne bolnice, pošto su noćne i vikend bolnice veoma slabo razvijene ne samo kod nas već i drugim zemljama.

Osnovni cilj ovog poglavlja je sagledavanje mogućnosti evaluacije tretmana u dnevnoj bolnici. Celo poglavlje čine tri osnovna dela: u prvom se daje pregled važnijih instrumenata za evaluaciju, u drugom se razmatra multidimenzionalni pristup u tretmanu i lečenju, dok je treći deo osvrst na evaluaciju kliničkih entiteta.

Od instrumenata u evaluaciji pominju se ekonometrijski modeli i tehnike, primena kontrolisanog kliničkog eksperimenta, epidemiološki model i mogućnosti za korišćenje multivarijacione analize, psihometrijski i sociometrijski model. Analiza efikasnosti, sigurnosti i efektivnosti, kao najpouzdaniji ekonometrijski parametri, pružaju mogućnost za potpunije sagledavanje društvene koristi u psihijatrijskom tretmanu. Metod kontrolisanog kliničkog eksperimenta jedan je od najbolje razrađenih metoda za ispitivanje i praćenje efikasnosti svih oblika lečenja. Uz sve veću primenu računarske tehnike, kliničko-epidemiološki metod i multivarijaciona analiza se sve više koriste za evaluaciju tretmana psihijatrijskih poremećaja. Isto se odnosi i na primenu psihometrije i sociometrije. Posebno se ističe značaj psihofarmakoterapije, psihoterapije, socioterapijskog i rehabilitacionog tretmana za evaluaciju pojedinih metoda i oblika tretmana. Ovde je dat veći broj modela i instrumenata: "rating" — skale, klinički ogled, veliki broj upitnika i klinički i laboratorijski metodi. Treći deo rada čini empirijsko ispitivanje i evaluacija tretmana pojedinih kliničkih entiteta: neuroze, depresije, bolesti zavisnosti, granična stanja, psihoze i drugo. Značajno je što ovaj deo pominje neke karakteristike i ukazuje na način u evaluaciji pojedinih nozoloških entiteta. Stavovi su zasnovani na brojnim empirijskim istraživanjima u našoj sredini, te je tako primena nekih tehnika ili mogućnost komparacije znatno olakšana.

L I T E R A T U R A

1. Bamburać, J.: Organizacija pomoći i načela intervencije u krizi, U.: Jakovljević, M. i sur. (urednici). Krizna stanja, Medicinski fakultet Zagreb, Zagreb, 1986.,
2. Burows, G.D. et al.: The of the psychiaattrically ill patient, In.: Henderson, A.S. et all eds by Handbook of social psychiatry. Elsevier, 1988.,
3. Cerić, I.: Organizacija psihijatrijske službe, U.: Kecmanović, D i sar. Psihijatrija, Medicinska Knjiga Beograd-Zagreb, 1983.,
4. Birer, J.: The day hospital, h.K. Lewis, London, 1951.,
5. Caplan, G.: Principles of Preventive Psychiatry, New York, Basic Books, 1966.,
6. Djukić-Vurdelja, T. Kućno lečenje psihijatrijskih bolesnika, III Seminar iz socijalne psihijatrije, Zavod za mentalno zdravlje, Beograd, 1974.,
7. Henderson, A.S.: The Evaluation of Services, In.: Henderson, A.S. ed by: Introduction to Social psychiatry, Oxfor University Press, 1988.,
8. Kaličanin, P.: Psihijatrijska zaštita sektorskog tipa, Anali zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 5: 123, 1974.,
9. Kaličanin, P. Neinstitucionalna zaštita mentalnog zdravlja, U. Kaličanin, P. (urednik), Psihijatrija, Medicinski fakultet, Beograd, 2002.
10. Kaličanin, P. Sveobuhvatnost u psihijatrijskoj zaštiti, U: Organizacija, metodologija i sadržaj rada dispenzera za mentalno zdravlje, Institut za mentalno zdravlje i Galenika, Beograd, 1978.,
11. Kaličanin, P.: Budućnost psihijatrije, Beograd, 1989.,
12. Kecmanović, D.: Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom, Svijetlost, Sarajevo, 1975.,
13. Marić, J.: Principi organizacije psihijatrijske službe, U. Marić, J. Klinička psihijatrija, Beograd, 2001.,
14. Milošak, A.: Liječenje psihijatrijskih bolesnika u tuđim obiteljima, U.: Peršić, N. (urednik), Socijalna psihijatrija, Pliva, Zagreb, 1971.,
15. Muačević, V.: Organizacija psihijatrijske službe, U: Muačević, V. i sur. Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.,
16. Muačević, V.: Organizacija psihijatrijske službe, u: Kecmanović, D. (urednik), Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb i Svijetlost Sarajevo, 1989, Tom II, 2117-2136.,
17. Petrović, D.: Dnevna bolnica, U.: Kaličanin, P. urednik, Psihijatrija. Medicinski fakultet, Beograd, 2002.,
18. Strathdee, G. and Thornicoroft, G.: The principles setting up mental health services in the community, In: Bhurga, D and Leff, J. eds by Principles of social psychiatry, Blackwell scientific publications, 1993.,
19. Sartorius, N.: Perspektivne razvoja psihijatrije, u: Kecmanović (urednik) Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb i Svijetlost Sarajevo, 1989, Tom II, 2185-2193.,
20. Petrović, D. Dispanzer za mentalno zdravlje, ibid , 10., 1978.,
21. Rogina, V., Sila, A.: Struktura psihijatrijske bolnice kao sociopsihijatrijski činilac, U: Socioterapija u psihijatriji, Publikacije Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 1973.,
22. Vidojković, P.: Institucije u zaštiti mentalnog zdravlja i preduslovi za formiranje novih službi, ibid 10., 1978.,