

SOCIJALNI PRISTUP U PSIHIJATRIJI

Marko Munjiza

Socijalni pristup u psihijatriji nije ni izdaleka jasno određen kao što je to slučaj sa biomedicinskim i/ili psihodinamskim modelima koji inače, imaju i znatno dužu istoriju. Ta neodređenost predmeta i ciljeva uslovljena je nedovoljnom jasnoćom položaja u odnosu na veći broj društvenih disciplina i naučnih oblasti koje savremena psihijatrija koristi. Socijalni pristup u psihijatriji svoj početak duguje bar dvema veoma važnim fazama razvoja psihijatrije u celini i to pre svega moralnom tretmanu krajem 18. i tokom 19. veka. Kasnije se nadovezuje kulturna i socijalna faza, posebno tokom proteklog 20. veka sa radikalnom reorganizacijom i većom humanizacijom u psihijatrijskim bolnicama širom sveta. Institucionalna faza ovog pristupa u psihijatriji pojavljuje se od 50-tih godina prošlog veka. Sve više se uvažava sociokulturna implikacija dijagnostičkih pristupa, tretman i prevencija psihijatrijskih poremećaja. Uz to idu i nastojanja za što celovitiju integraciju psihijatrijskih pacijenata u socijalni sistem i društvenu zajednicu u celini. Socijalni pristup obogatio je psihijatriju u celini. Njemu duguje fleksibilnu organizovanu službu. Sadržajno određenje socijalnog pristupa u psihijatriji može se iskazati i u dve glavne hipoteze i to: a) sociodinamski orjentisanu aktivnost i b) preventivne aktivnosti.

1.Sociodinamski aspekt socijalnog pristupa

Sociodinamska dimenzija socijalnog pristupa u psihijatriji prvenstveno se ogleda u različitim socioterapijskim postupcima, rehabilitaciji i poboljšanju kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika. U ovaj oblik aktivnosti uvode se još: novi oblici organizacije psihijatrijske službe npr.:ustanove za parcijalnu hospitalizaciju, tretman u porodičnoj sredini, zaštitne radionice. Za razliku od drugih pristupa u psihijatriji kao npr. biološki, psihodinamski, gde su jedini nosioci aktivnosti lekari, u socijalnom pristupu kao nosioci aktivnosti pored lekara značajnu ulogu igraju brojni profili stručnjaka koji čine multidisciplinarni tim. Tu mogu da spadaju i članovi bolesnikove porodice, njegove socijalne sredine i značajne osobe iz pacijentovog okruženja.

Važniji izvori socijalnog pristupa u psihijatriji

Uži psihijatrijski izvori za ovaj koncept psihijatrije su veoma brojni. Kao najvažniji mogu se navesti: psihijatrijska praksa u celini i posebno psihijatrijske bolnice, uvođenje pojedinačnih i grupnih postupka. Njihova osnovna koncepcija svodi se na stav o važnosti interpersonalnih odnosa i socijalnih interakcija i relacija u kojima se rađa i formira ličnost. Nepsihijatrijski izvori socijalne dimenzije takođe su brojni. Tu su pre svega institucionalni vidovi međuljudskih odnosa, teorije socijalne komunikacije i polja, psihologija malih grupa.

Za bolje određenje socijalnog modela u psihijatriji veoma je važna teorija psihologije malih grupa i to naročito kohezija grupe. Psihofarmakoterapija je veoma važan faktor za unapređenje socijalnog pristupa u psihijatriji. Time je omogućen vanbolnički tretman velikom broju psihijatrijskih bolesnika. I dalje je neophodno međusobno približavanje i dopunjavanje socijalnog modela sa biološkim, psihodinamskim, bihevioralnim i drugim konceptima u psihijatriji. Socijalni pristup u psihijatriji doveo je do sve veće afirmacije da je pacijent ne samo biološko i psihološko, već i socijalno biće.

Preventivno orjentisana psihijatrija

Preventivno usmerena psihijatrija obuhvata nekoliko značajnih oblasti koja su relativno nova polja delatnosti u savremenoj psihijatriji. Danas psihijatrija raspolaže velikom lepezom direktnih i indirektnih mera u prevenciji velikog broja psihijatrijskih poremećaja. Postoji dosta argumenata za tvrdnju da je zadovoljavajućim merama primarne prevencije moguće uspešno sprečiti čak dve trećine psihijatrijskih poremećaja. Skraćeni period intenzivnog tretmana smanjio je rizik za pojavu velikog broja psihosocijalnih i drugih posledica mentalnih poremećaja.

Socijalni pristup u preventivnim aktivnostima u psihijatriji:

Ovaj spektar aktivnosti u psihijatriji ne odnosi se samo na klasične oblike prevencije, već poslednjih nekoliko decenija obuhvata koncept psihijatrije u zajednici i epidemiologiju psihijatrijskih poremećaja.

POJEDINI OBLICI PREVENCIJE:

Primarna prevencija se može podeliti na univerzalnu, selektivnu i indikovanu prevenciju. Univerzalna prevencija odnosi se na intervencije koje su usmerene na opštu populaciju ili na neku populacionu grupu koja nije identifikovana na osnovu povećanog rizika. Intervencije selektivne prevencije odnose se na osobe ili grupe pod rizikom od razvoja mentalnih poremećaja ili poremećaja ponašanja većim od uobičajenog, na osnovu prisustva bioloških, psiholoških ili socijalnih faktora rizika ili odsustva zaštitnih faktora. Indikovana prevencija odnosi se na osobe pod visokim rizikom koje su identifikovane kao one koje imaju minimalne, ali prepoznatljive znake ili simptome mentalnih poremećaja ili bioloških markera, i koji pokazuju predispoziciju za mentalne poremećaje ili poremećaje ponašanja, ali koji je ispunjavaju kriterijume za takav poremećaj. Nedovoljna teorijska znanja i iskustvo lekarima predstavljaju problem u radu na polju zaštite i unapređenja opšteg mentalnog zdravlja. Danas je još uvek teško odrediti prirodu tzv. pozitivnog mentalnog zdravlja koje je podjednako biološki, psihološki i socijalno kulturni fenomen, a ne samo blagostanje i odsustvo određenih simptoma. Njegovo određenje je izvan psihijatrije, čak i mentalne higijene u spletu složenih

interakcija sredine i individualnih ljudskih potreba. Primarna prevencija realizuje se otklanjanjem uzroka bolesti pre nego što deluju na čoveka i jačanje odbrambenih snaga pojedinca. Uspeh mera primarne prevencije meri se dostignutim stepenom, kvalitetom zdravlja stanovništva. Fokus procesa pomera se sa borbe protiv bolesti na borbu za bolje zdravlje.

Sekundarna prevencija – rano otkrivanje, dijagnostikovanje i lečenje Kada se uzme u obzir da su mere primarne prevencije još uvek nedovoljno efikasne, značaj sekundarne prevencije postaje još veći. U lečenju psihijatrijskih poremećaja postiže bolji rezultati ako se oni što ranije otkriju i započne ranije lečenje. Najočigledniji primeri su poremećaji u ranom detinjstvu kada se u tom uzrastu može mnogo više postići nego u adolescentnom i pogotovu u srednjem i kasnijem životnom dobu. U uspešnom sprovođenju mera sekundarne prevencije prednost imaju one metode i mere koje zahtevaju manje angažovanje kadra i vremena.

Tercijarna prevencija-rehabilitacija i kvalitet života: Tercijarna prevencija, rehabilitacija u psihijatriji i poboljšanje kvaliteta života ima za cilj da otkloni i/ili ublaži posledice poremećaja, da ponovo uspostavi izgubljene sposobnosti i razvije nove. Osnovni cilj je da se bolesnik osposobi za što zdraviji život u porodičnoj, socijalnoj i radnoj sredini. Njena primena mora da počne od samog početka tretmana. Izbor ciljeva, programa, rehabilitacionih tehnika i procedura zavisi od vrste i stadijuma bolesti, vrste simptoma, poremećaja ponašanja i stepena oštećenja koje je bolest izazvala. Ove ciljeve određuje stepen izgubljene i očuvane sposobnosti i rehabilitacioni potencijali bolesnika. Savremeni program teži da pacijent postigne veće i pouzdanije funkcije za život i rad nego što su postojali pre bolesti.

PSIHOSOCIJALNI I SOCIODINAMSKI KONCEPT ORGANIZACIJE RADA NA ZAŠTITI I UNAPREĐENJU MENTALNOG ZDRAVLJA

Psihosocijalni koncept

Današnja organizacija i funkcionisanje psihijatrijske službe doživela je svoju ekspanziju tokom dvadesetog veka. Viševjekovni oblik psihijatrijske zaštite odvijao se isključivo u okviru psihijatrijskih bolnica. Posle drugog svetskog rata osnivaju se prve institucije za delimičnu, parcijalnu hospitalizaciju. Zatim sledi široko otvaranje brojnih vanbolničkih ustanova i razvoj koncepta psihijatrije u zajednici. Nasuprot ranijih velikih psihijatrijskih bolnica danas se prednost daje manjim psihijatrijskim odeljenjima u okviru opštih bolnica. Stacionarni oblik lečenja i tretmana u psihijatriji još uvek ima dosta negativnih aspekata u odnosu na parcijalnu hospitalizaciju i vanbolničko lečenje. U prvom redu to je stres za pacijenta kada treba da bude primljen u psihijatrijsku bolnicu. Na zatvorenim odeljenjima javljaju se sekundarni problemi

koji nisu direktno u vezi sa oboljenjem i poremećajem kao što je pojava hospitalizma koji predstavlja uvod u hronifikaciju poremećaja. Ove i druge činjenice ukazuju da je vanbolnički oblik tretmana prihvatljiviji, a istovremeno je značajno i jeftiniji. Međutim i kod ove kategorije pacijenata takođe se javljaju određeni problemi. Još uvek ovaj oblik lečenja ne omogućava primenu svih dostupnih metoda i vrsta tretmana. Svi navedeni negativni aspekti bolničkog i vanbolničkog tretmana mogu se uspešno otkloniti primenom prelaznih institucija u kojima se obavlja parcijalna, delimična hospitalizacija. Tu spadaju dnevne, noćne i vikend bolnice. Njihova je uloga dvostruka. Kao prelazne ustanove omogućavaju postepen prelaz pacijenata sa bolničkih odeljenja u zajednicu. U njih se sve više primaju pacijenti kojima je to prvo psihijatrijsko lečenje.

Neki organizacioni oblici psihijatrijskih institucija deluju terapijski u organizacionom pogledu i putem tretmana koji se u njima provodi. Tipičan primer su socioterapijski klubovi lečenih pacijenata. Sem socioterapijskog kluba u ovu grupu tretmana spadaju terapija u sopstvenoj ili tuđoj porodici, kućno lečenje, posebne stambene jedinice za psihijatrijske pacijente, zaštitne i radionice za invalide. Tretman u njima omogućen je velikim terapijskim potencijalima zdrave socijalne sredine koja se u psihijatrijskim bolnicama mora veštački stvarati. Prednost se daje hroničim poremećajima sa čestim recidivima koji opterećuju bolničke institucije, čineći tzv. sindrom okretnih vrata.

Sociodinamski činioci u organizaciji psihijatrijske zaštite

Ovaj koncept psihijatrije datira od polovine 60-tih godina prošlog veka u Francuskoj i SAD. Nešto kasnije ovaj princip prihvaćen je i u našoj sredini. Danas u psihijatriji postoji veliki broj različitih oblika institucionalne organizacije službe. Centralno mesto u ovoj organizaciji zauzima Centar, odnosno Dispanzer za mentalno zdravlje. Preko njega ostvaruje se koordinacija sa službama primarne zdravstvene i socijalne zaštite. Pri organizaciji ovakvog koncepta službe treba voditi računa o teritoriji koju ona pokriva, dostupnosti njihovim korisnicima, kontinuitetu u radu i sveobuhvatnost za sve vrste poremećaja i potreba mentalnog zdravlja u celini. Centar ili dispanzer treba da raspolaže multidisciplinarnim timom stručnjaka koji čini mobilnu ekipu koja samo jedan deo vremena provodi u instituciji, a mnogo više „pokriva teren” lokalne zajednice. Vanbolnički segment zaštite mentalnog zdravlja u svoj svakodnevni rad sve više uključuje različite oblike neinstitucionalnog tretmana i pomoći: volontere, terapeute laike, značajne osobe. Oni predstavljaju važan pokret koji „obogaćuje” svakodnevnu psihijatrijsku praksu. Najčešće forme i oblici koji se koriste u svakodnevnoj praksi su: klubovi za uzajamnu pomoć, udruženja građana sa ciljevima i

namenama pomoći drugim osobama i određenim grupama stanovništva i savetovališta za emocionalne i psihosocijalne probleme.

PSIHOSOCIJALNI I SOCIOKULTURNI FAKTORI U ETIOLOGIJI MENTALNIH POREMEĆAJA

Psihosocijalni činioci

U sadašnjem trenutku naše poznavanje uzroka većine psihijatrijskih poremećaja nedovoljno je poznato. Danas je dobro sagledano delovanje psihosocijalnih činilaca na zdravlje čoveka. Najčešći psihosocijalni činioci relevantni u etiologiji pojedinih psihijatrijskih poremećaja su psihološki faktori koji deluju u ranom detinjstvu i kasnije tokom života: stresne i krizne situacije, izbeglištvo, socijalna dezorganizacija, ratni i posleratni period, život u emigraciji, elementarne nepogode, hirurške intervencije u ginekologiji, oftalmologiji i kardiovaskularnom sistemu, porođaj, bračno stanje, zanimanje i socijalni status, klasna pripadnost. Oni mogu direktno da naruše mentalno zdravlje, ali je važnije njihovo deklanširajuće delovanje na razvoj mentalnih poremećaja. Zajednički imenitelj većine psihosocijalnih faktora je stres. Još je nedovoljno poznato pod kojim uslovima napred navedeni faktori deluju na mentalno zdravlje i utiču na javljanje mentalnih poremećaja. Sve više se razmatra istovremeno delovanje većeg broja činilaca u vidu udruženih psihosocijalnih faktora.

Sociokulturni faktori

Danas se pridaje veliki značaj delovanju sociokulturnih činilaca na mentalno zdravlje, javljanje i raširenost poremećaja. Vremenom se u ovoj oblasti izdiferenciralo nekoliko različitih pristupa koji se mogu grupisati u tri osnovne podgrupe: a) ispitivanje kvantitativnih aspekata duševnih poremećaja u jednoj ili više sociokulturnih sredina; b) proučavanje kvantitativnih aspekata mentalnih poremećaja u pojedinim sociokulturnim sredinama i c) studije koje se bave ispitivanjem specifičnih oblika poremećaja koji su karakteristični za geografski ograničene sociokulturne sredine.

U ovom poglavlju nisu obuhvaćeni svi aktuelni socijalni pristupi u psihijatriji. Uskoro se može očekivati veći značaj transkulturalne psihijatrije, bolje sagledavanje socijalnog ponašanja i psihosocijalnih sekvela mentalnih poremećaja, veći doprinos socijalne epidemiologije pojedinim poremećajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i porodičnoj medicini. Pouzdanija evaluacija korisnosti i efikasnosti pojedinih institucija, omogućiće njihovu bolju organizaciju i daljnji razvoj.

Literatura

Bhugra, D and Leff, J.(1993): Principles of social psychiatry, Oxford:Blackwell Scientific Publications, 530-545,

Elkin, G.D.(1999):Introduction to Clinical Psychiatry (Cross-cultural Issues in Psychiatry),1st ed., New York:Lange Medical Books-Mcgrow-Hill, 266-282;

Kaličanin, P.(2002): Etologija i patogeneza psihičkih poremećaja - Opšti osvrt, u: Kaličanin, P (ur.) Psihijatrija - Etiopatogeneza, Beograd:Medicinski fakultet, 1-24, Nacionalna komisija za mentalno zdravlje Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Nacionalna politika u oblasti mentalnog zdravlja i akcioni plan (nacrt 11), Beograd, oktobar 2004, str. 12-13,.

Paykel, S. E. And Jenkins, R (1994): Prevention in Psychiatry,London:Gaskell, 3-103., Semple, D. Smyth, R., Burns, J. Et all (2005): Oxford Handbook of Psychiatry, Oxford:Oxford University Press, 79-103, 833-849.,

Tyrer, P. and Francis, C. (1995): Community psychiatry in action:Analysis and Prospects, Cambridge:Cambridge University Press, 111-148.