

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 orijentisanu 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 PSIHIJARIJA

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 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. Specifična zaštita mentalnog zdravlja predstavlja preventivno-medicinsku i psihološku zaštitu. 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. Opšte mere primarne prevencije imaju za cilj da uklone ili ublaže štetne činioce i da podstiču one pozitivne koji unapređuju mentalno zdravlje. To su pre svega: osiguravanje uslova za normalan rast i razvoj, zdraviji uslovi i stilovi življenja i pomoć u stresnim i kriznim situacijama.

Specifične mere primarne prevencije uključuju veći broj faktora koji utiču na više psihijatrijskih poremećaja koji se mogu uspešno prevenirati. Tu je pre svega velika grupa

mentalnih retardacija, psihoorganskih sindroma, nepsihotičnih poremećaja gde su mogućnosti za uspešnu prevenciju relativno velike. Znatno manje mogućnosti prevencije postoje za endogene psihoze. Programi primarne prevencije često se usmeravaju na pojedince i grupe sa povećanim rizikom razvoja psihičkih poremećaja. Ovi programi treba da obuhvate porodičnu i socijalnu sredinu.

Sedundarna 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 postižu bolji rezultati ako se oni što ranije otkriju i započne ranije lečenje. Primera za to ima veoma mnogo. Najočigledniji su poremećaji u ranom detinjstvu kada se u tom uzrastu može mnogo više postići nego u adolescentnom i pogotovu u srednjem i kasnijem životnom dobu. 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 ukloni i/ili ublaži posledice poremećaja, da ponovo uspostavi izgubljenje 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

1. 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 šok 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 otkoniti 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.

2. 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. Poseban problem predstavlja tradicionalna, alternativna medicina kojoj narod veruje i uživa značajnu popularnost. Da bi se otklonili brojni štetni efekti potrebno je i ove aktivnosti uključiti u primarnu zdravstvenu zaštitu.

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,

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.

PRIMENA EPIDEMIOLOŠKOG METODA U PSIHIJATRIJI

Marko Munjiza

Interesovanje za primenu epidemiološkog metoda u psihijatriji datira iz 18. veka. Benjamin Rush u SAD i Phillipe Pinel u Francuskoj zapazili su da ratovi dovode do psihijatrijskih poremećaja. Nešto kasnije Esquirol u Francuskoj koristi ozbiljne statističke podatke o učestalosti mentalnih poremećaja kao posledicu čestih ratova polovinom 19. veka. Trojica navedenih psihijatra mogu se smatrati utemeljivačima primene epidemiološkog metoda u psihijatriji. Kasnije slede brojne studije iz ove oblasti od strane Krepelina i njegovih saradnika o raširenosti mentalnih poremećaja. Na ovo se nadovezuju ozbiljne genetičke studije brojnih autora. Podsticaj za međunarodnu saradnju na ovom polju dalo je Odeljenje za mentalno zdravlje SZO tokom 50 i 60-tih godina prošlog veka.

U Srbiji ozbiljnija primena epidemiološkog metoda u psihijatriji datira od polovine 60-ih godina. Tada se u našoj sredini izvode dobre metodološki postavljene studije uključujući i prva terenska istraživanja psihoza i drugih mentalnih poremećaja, uvode se prvi registri mentalnih poremećaja.

Predmet proučavanja u psihijatrijskoj epidemiologiji: Ciljevi i svrha epidemiologije u psihijatriji su brojni. Namera nam je da navedemo najvažnije: *prvo-proučavanje* etiologije i etiopatogeneze bolesti; *drugo*-utvrđivanje „dijagnoze populacije”, prisustva, prirode i rasprostranjenosti zdravlja i bolesti; *treće*-upotpunjavanje kliničke slike, opisivanje kliničkih sindroma i usavršavanje definicije bolesti; *četvrto*-bolje dijagnostikovanje mentalnih bolesti i njenih posledica i planiranje zdravstvene službe.

Važniji pokazatelji u psihijatrijskim epidemiološkim istraživanjima: su incidencija ili javljanje, prevalencija ili raširenost i morbiditetni rizik. Kada su u pitanju psihijatrijski poremećaji treba naglasiti da su ovi parametri samo relativno tačni. U stvari, teško je obuhvatiti sve poremećaje kada se ima u vidu sama priroda mentalnih poremećaja gde određeni broj pacijenata ne traži ili odbija kontakt.

Postupci pri epidemiološkim istraživanjima u psihijatriji: Prvi i navažniji korak u primeni epidemiološkog metoda u psihijatriji jeste definicija slučaja. Pojam slučaja u epidemiološkim istraživanjima ima nekoliko značenja. U jednoj situaciji on označava osobu koja pati od određenog poremećaja i/ ili grupu pojedinaca koja ima neke zajedničke osobine ili poremećaje. U drugom značenju pojam slučaja koristi se češće u administrativnom kontekstu kada se radi o bolesti i radnoj nesposobnosti ili pak o bolesti i potrebi za određenom vrstom zdravstvene pomoći. Sledeće značenje slučaja odnosi se osobu koja zbog nekog poremećaja traži, ili se već nalazi na nekoj vrsti tretmana, za razliku od zdravih ili

umereno bolesnih kojima takva pomoć nije potrebna. Epidemiološkim istraživanja u psihijatriji prethodi nekoliko važnih postupaka i to: a) izbor istraživačkih metoda, instrumenata i tehnika, b) definisanje populacije i izbor reprezentativnog uzorka, c) definisanje sociogeografskog prostora na kojem je planirano istraživanje i d) preciznije definisanje poremećaja, koje mora biti što jasnije određeno i uz mogućnost sigurne identifikacije poremećaja. U pronalaženju slučajeva epidemiolozi se oslanjaju na više izvora podataka. To su pre svega podaci iz zdravstvene statistike za registrovane slučajeve. Metodom direktnih terenskih ispitivanja izdvajaju se „lažno registrovani” slučajevi koji se prospektivno prate sve dok se ne utvrdi postojanje određenog poremećaja. U ispitivanjima se koriste tri osnovne tehnike i metode: 1) registri psihijatrijskih bolesnika, 2) skrinig tehnika, tzv. metod rešetanja u terenskim ispitivanjima, 3) kohortne studije, tj. manji broj posebno odabranih ispitanika u reprezentativnom uzorku.

Retrospektivna psihijatrijsko-epidemioloških istraživanja (prikaz nekih važnijih podataka iz psihijatrijske epidemiologije)

Dosadašnjim istraživanjima bolje su definisane rizične grupe. Tako je utvrđeno za grupu schizofrenih i bipolarnih afektivnih psihoza, da su parametri u dužem vremenskom periodu relativno stabilni, ne zavise od društvenih i socioekonomskih promena. Stope incidencije kreću se za schizofreniju od 0, 5 do 1, 5% sa stabilnim prosekom oko 1, 0%. Rizični period je i dalje period puberteta i rane adolescencije, a paranoidni oblik najčešće se javlja tokom treće i početkom četvrte decenije života. Za ovu grupu psihoza nešto je niži rizik javljanja u celini posle 30. godine života, ali ne za žena gde u periodu predklimakterijuma ponovo raste rizik oboljevanja. Kada je reč o endogenim psihotičnim depresijama životna prevalencija iznosi 5, 8 na sto hiljada stanovnika (3, 5 do 7, 9 u korist žena gde je rizik dva puta veći). Unipolarna depresija javlja se 5, 2, bipolarna 0, 8 i distimija 1, 7 na sto hiljada stanovnika. Rizik još više raste kada je reč o depresiji udruženoj sa strahom i iznosi čak 42,5%. Uočava se veći broj depresija u mladjem životnom dobu gde je najrizičniji period u 15-toj godini života za anksiozne poremećaje, a u 25% za unipolarnu depresiju. Zanimljivi su podaci o smrtnosti psihijatrijskih bolesnika u bolnicama, tako i društvenim zajednicama u kojima žive. Potvrđena su klinička zapažanja da se ova kategorija pacijenata homogenizuje u tri podgrupe: jednokratna hospitalizacija, rotirajući pacijenti i dugotrajno hospitalizovani schizofreni bolesnici. Sama hospitalizacija nije uvek determinisana stepenom psihopatološkog procesa, nego je često uslovljena socijalnim, porodičnim, obrazovnim činiocima i mestom stalnog boravka. Primena savremenih metoda epidemioloških istraživanja uz kliničke, laboratorijske i druge pristupe, postaje osnovni princip savremene psihijatrije.

LITERATURA

Eaton, WW and Kessler. LG (1985): Epidemiologic Field Methods in Psychiatry, New York:Academic Press, Inc, 311-326.,

Munjiza M. (1990): Specifičnosti kliničko-epidemioloških istraživanja hroničnih nezaraznih bolesti. u: Vukotić M., Nedeljković S., Mujović V. i sar.: Hronična masovna oboljenja, Beograd:Medicinski fakultet, 3-10

Tusang, M. T.,Tohem, M. and Zahner, G. E (1995):Tekstbook in Psychiatric Epidemiology, New York: John Wiley and Liss, Inc.

Uglešić, B- i Palmović, R. (1995): Psihijatrijska epidemiologija, U. Muičević, V. (ur.), Psihijatrija, Zagreb:Medicinska naklada, 73-79.

ORGANIZACIJA PSIHIJATRIJSKE SLUŽBE

Marko Munjiza

Dobra organizacija psihijatrijske službe treba da omogući realizaciju preventivnih, terapijskih i rehabilitacionih mera, koje će 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 obolelih 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. *kaskadna faza*.

Savremena psihijatrijska služba nastoji terapijske postupke iz stacionarnih ustanova premestiti u vanbolničke, sa naglaskom na prevenciju i aktivnu rehabilitaciju. U proces lečenja aktivno se uključuje porodica, udruženja psihijatrijskih pacijenata i njihovih porodica, volonteri i radna sredina bolesnika. Služba prerasta u organizovan i dinamičan sistem međusobno povezanih stacionarnih i vanbolničkih institucija. To je dovelo do novog koncepta organizacije službe u vidu psihijatrije u zajednici. To je omogućilo adekvatniju primenu svih oblika prevencije, skraćanje ili izbegavanje klasičnog bolničkog lečenja. Koncept sveobuhvatne psihijatrijske zaštite uključuje veći broj međusobno funkcionalno povezanih psihijatrijskih institucija. Kontinuirani tretman podrazumeva nesmetano kretanje pacijenata od jedne do druge službe zavisno od vrste poremećaja. Aktuelna organizacija psihijatrijske službe podrazumeva jedan kontinuum na kome se nalaze vanbolničke ustanove, ustanove za parcijalnu hospitalizaciju, bolničke ustanove i institucije socijalno-medicinskog tipa.

I USTANOVE VANBOLNIČKE SLUŽBE

1. *Dispanzer ili Centar za mentalno zdravlje* može se formirati kao samostalna institucija ili kao organizaciona jedinica zdravstvenih centara, domova zdravlja, psihijatrijskih odeljenja opštih bolnica, zavoda, bolnica. Principi uspešnog rada dispanzera su: laka dostupnost, sveobuhvatnost programa koji podrazumeva primenu preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih metoda, zatim kontinuitet zaštite u cilju prevencije recidiva i hronifikacije pojedinih poremećaja. Dispanzer u svom sastavu treba da ima: dijagnostičko-terapijski, preventivno-rehabilitacioni i organizaciono-administrativni deo. U njegovom sastavu nalaze se specijalizovana savetovališta za različite mentalne poremećaje, 2. *Psihijatrijske ambulante* postoje pri domovima zdravlja, centara ili dispanzera za mentalno zdravlje, pri jedinicama za urgentnu medicinu ili kao isturena jedinica stacionarnih ustanova. Važna je funkcionalna povezanost ambulanti i stacionarnih

psihijatrijskih ustanova, socijalnim i socijalno-medicinskim službama, 3. *Mentalno-higijensko savetovalište* bavi se primarnom prevencijom. Oni funkcionišu u sklopu druge zdravstvene ustanove, crvenog krsta, doma omladine ili nevladinih organizacija i to najčešće sa dobrovoljnim i volonterskim radom, 4. *Centri za krizna stanja, odnosno urgentnu psihijatriju*, namenjeni su hitnim psihijatrijskim intervencijama i pomoć osobama koje se nalaze u krizi, 5. Pored već navedenih institucija u poslednjih nekoliko decenija sve više se razvijaju *službe za kućno lečenje i porodičnu negu, za smeštaj pacijenata u psihijatrijska naselja, zaštitne radionice, klubovi lečenih pacijenata*.

II USTANOVE ZA DELIMIČNU HOSPITALIZACIJU

Ustanove prelaznog tipa čine institucije za parcijalnu hospitalizaciju u koje spadaju *dnevne, noćne i vikend bolnice, zaštitne radionice*. U nešto širi repertoar ovih institucija pored već navedenih mogu doći u obzir institucije za parcijalnu hospitalizaciju: centri za krizna stanja, rehabilitacione kuće, organizovana porodična nega, boravak u psihijatrijskim naseljima, različite vrste klubova lečenih pacijenata.

III BOLNIČKE USTANOVE

1. *Psihijatrijska bolnica* je najstarija psihijatrijska institucija i sve do kraja 50-tih godina prošlog veka predstavljala je bazu celokupne psihijatrijske zaštite. U okviru bolnica danas se organizuju specijalizovana odeljenja, sportski i rekreacioni prostori, službe za aktivnu terapiju, socijalnu rehabilitaciju i za socijalno-psihijatrijsko praćenje pacijenata. Danas je većina postojećih bolnica preimenovana u Specijane psihijatrijske bolnice, dečiju psihijatriju i ustanove za psihogerijatriju. 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 i izolacije pacijenata i osoblja bolnice.

2. *Psihijatrijska odeljenja* opštih bolnica vrlo su značajni sastavni delovi bolničke psihijatrijske službe. Većina ovih odeljenja obavlja stacionarnu, konzilijarnu i vanbolničku službu. U poslednje vreme se osnivaju i druge specijalističke stacionarne ustanove: zavodi za čuvanje i lečenje mentalno obolelih delikvenata, kazneno-popravni zavodi, psihijatrijske kolonije ili naselja hroničnih psihijatrijskih bolesnika.

3. *Ustanove socijalno-medicinskog karaktera* čine: ustanove za lečenje i rehabilitaciju dečije cerebralne paralize, dece sa oslabljenim vidom, sluhom, govorom, ometene u psihofizičkom razvoju i dr. Kod nas još nije na adekvatan način regulisan rad volontera, udruženja građana obolelih od pojedinih psihijatrijskih oboljenja i članova njihovih porodica, nevladinih i humanitarnih organizacija koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja.

LITERATURA

Bhurga D. and Leff J. (1993): Principles of Social Psychiatry, Oxford:Blackwell Scientific Publications,

Henderson A. S. (1988): Introduction to Social Psychiatry, Oxford: Oxford University Press,

Kaličanin, P. (2002): Neinstitucionalna zaštita mentalnog zdravlja, u: Kaličanin P (ur.) Psihijatrija, Beograd: Medicinski fakultet, 2002.

Muačević, V. (1995): Organizacija psihijatrijske službe, u: Muačević V. i sur. Psihijatrija, Zagreb:Medicinska naklada,

SOCIOTERAPIJA

Marko Munjiza

Pod socioterapijom se podrazumeva vrsta tretmana koja je zasnovana na pozitivnim terapijskim dimenzijama grupe, teoriji komunikacija i interpersonalne psihologije. Svi socioterapijski postupci i metode mogu se grupisati u dve grupe: a) socioterapija u užem smislu gde spadaju grupna terapija, terapijska zajednica, odnosno terapija sredinom, milje terapija, okupaciona, radna i rekreativna terapija i b) socioterapija u širem smislu gde uz institucionalnu formu i sam metod rada koji je primarno socioterapijski spadaju svi institucionalni oblici u savremenoj psihijatriji. Između ova dva međusobno različita socioterapijska metoda postoji značajna funkcionalna, vremenska i prostorna povezanost.

1. Grupna terapija: Ovaj socioterapijski metod polazi od već usvojenog stava da je čovek ne samo biološko i psihološko već i socijalno biće. Grupna terapija veoma često čini osnovni terapijski postupak gde se u prvom redu potencira osećanje grupne pripadnosti. U važne osobine grupe ističu se zajedničke norme i međusobno povezane socijalne uloge članova grupe. Kada je reč o tipovima grupa namenjenih terapijskom tretmanu većina autora ističe tri osnovna tipa: a) grupe namenjene obavljanju određenih aktivnosti, b) socioterapijske i c) psihoterapijske grupe. Specifičnost terapijskog procesa u socioterapijskoj grupi je da se ne potencira ispoljavanje psihopatoloških sadržaja već da se tolerišu pražnjenja, abreagovanja, kao dinamska pretpostavka lakšeg pristupa drugim članovima grupe. Dinamička svojstva interakcionih zbivanja u socioterapijskoj grupi su: ispoljavanje skrivenih i potisnutih osećanja, osećanje pripadnosti, iskustvo realnosti, redukcija anksioznosti, prihvatanje sopstvene ličnosti, bolje socijalno i emocionalno sazrevanje ličnosti.

2. Terapijska zajednica: Pod pojmom T.Z. podrazumevaju se različiti sadržaji rada, počev od toga da li je u pitanju novi terapijski metod ili je reč o zahtevu za humanizacijom postupaka. Osnovne principe terapijske zajednice čine: T.Z. čine članovi personala i svi pacijenti, zaravnjena je piramide stroge hijerarhije, obezbedjena je dvosmerna komunikacija, podstiče se permisivnost ili tolereisanje poremećenog ponašanja, nosioci terapijskog postupka su svi članovi terapijske zajednice, poštuju se pravila zajedničkog življenja. Sastanci se održavaju više puta nedeljno a ređe svakodnevno, sa ciljem da: 1) svi članovi poštuju osnovne principe na kojima je zasnovan rad i funkcionisanje zajednice i 2) da svi članovi počnu da ih primenjuju i propagiraju, da bi došlo do porasta svesti o sopstvenoj terapijskoj ulozi i uvida u poremećaj. T.Z omogućuje rešavanje praktičnih problema i konflikata, razvijanje veština u interpersonalnoj komunikaciji kao i pripremu za druge ambicioznije oblike tretmana npr. psihoterapiju.

3. Radna i okupaciona terapija (terapija zaokupljenošću): Okupaciona terapija, za razliku od svakodnevnih profesionalnih aktivnosti, bolesnicima daje daleko veću slobodu u izboru aktivnosti. Poštuju se pacijentove sklonosti i to izvan okvira profesionalne aktivnosti. Radna terapija je mnogo bliža stvarnom radu. Obe vrste terapije omogućavaju brže međusobno zbližavanje pacijenata.

Uključivanje u radnu terapiju treba primeniti što ranije još u prvoj fazi lečenja, uz stalno poboljšanje motivacije pacijenta od strane okupacionog terapeuta. Okupaciona i radna terapija odvijaju se u grupi i organizovano. Rad u grupi podstiče radni ritam i radne mogućnosti u istoj aktivnosti, što podstiče prenošenje pažnje i brige sa samog sebe i sopstvenih doživljaja na druge pacijente. Cilj ove terapije je da se pacijenti bolje prilagode, poveća socijalna efikasnost, ublaže bolesna ispoljavanja i unapredi psihosocijalno zdravlje.

4. Rekreativna terapija: Ciljevi rekreativne aktivnosti su da se osnaže i stabilizuju zdravi delovi ličnosti pacijenata. Pacijentima se pruža mogućnost da sami izaberu aktivnosti prema svojim sklonostima. Organizovani oblici rekreativne terapije su: sportske; kulturno-zabavne i društvene aktivnosti. Glavni cilj je da se pacijenti podstaknu na aktivnost, komunikaciju, druženje koje razvija pripadnost. Dobro osmišljena rekreacija u terapijskom procesu omogućuje kontrolisanu regresiju pacijenata. U rekreativnu terapiju mogu se uključiti još psihodrama i muzikoterapija.

II ORGANIZACIJA SOCIOTERAPIJSKIH AKTIVNOSTI

(Socioterapija u širem smislu)

Socioterapija u psihijatriji organizuje se u različitim oblicima institucionalne psihijatrijske zaštite. Mogućnosti za potpuniju organizaciju socioterapije su različite i zavise od vrste tretmana. Savremene organizacione forme ustanova nose značajan socioterapijski potencijal u odnosu na klasične psihijatrijske bolnice. U njima se mogu organizovati svi oblici socioterapije. Zbog toga se sve institucije nazivaju zajedničkim imenom socioterapija u širem smislu. Od svih savremenih oblika institucionalnog tretmana Socioterapijski klubovi su se pokazali kao jedan od najvažnijih oblika socioterapije. Članovi kluba su lečeni pacijenti, njihove porodice i prijatelji kluba koji organizuju različite aktivnosti, zavisno od vrste i ciljeva kluba. Prirodnost i demokratičnost u klubu postiže se preuzimanjem odgovornosti i inicijative za sve što se događa u klubu. Uključivanjem u aktivnosti kluba članova porodica i prijatelja kluba unose se socijalno prihvatljiva ponašanja čime se postiže bolji terapijski efekat i profilaktičko dejstvo. Socioterapijski klub značajno doprinosi demistifikaciji psihijatrijske bolesti, a indirektno i same psihijatrijske institucije.

L I T E R A T U R A

- Antonijević, M. (1987):** Socioterapija, u: Morić-Petrović, S. Psihijatrija, Beograd/Zagreb, Medicinska knjiga, 503-513;
- Muačević, V. (1995):** Rehabilitacija i socioterapija psihijatrijskih bolesnika, u: Muačević, V, (ur.), Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada, 201-209;
- Clark. D. H. (1981):** Social Therapy in Psychiatry, 2-nd edition, London: Currchill Livingstone, 14-82;
- Doroehy S. Whitaker (1987):** Using groups to help people, London/New York: Routledge & Kegan Paul.

LITERATURA ZA SVA PRILOŽENA POGLAVLJA

Antonijević, M. (1987): Socioterapija, u: Morić-Petrović, S. Psihijatrija, Beograd/Zagreb:Medicinska knjiga, 503-513;

Bebington, P. E. et al (1991): Social psychiatry (theory, methodology and practice) London:Transaction Publisher, 247-264,

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

Clark. D. H. (1981): Social Therapy in Psychiatry, 2-nd edition, London:Currrhill Livingstone,14-82;

Doroehy S.Whitaker (1987): Using groups to help people, London/New York: Routledge & Kegan Paul.,

Eaton, WW and Kessler. LG (1985): Epidemiologic Field Methods in Psychiatry, New York:Academic Press, Inc, 311-326.,

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

Henderson A. S. (1988):Introduction to social psychiatry, Oxford:Oxford University Press,

Kaličanin, P. (2002):Neinstitucionalna zaštita mentalnog zdravlja, u: Kaličanin P (ur.) Psihijatrija, Beograd:Medicinski fakultet, 2002.

Kaličanin, P.(2002): Etologija i patogeneza psihičkih poremećaja - Opšti osvrt, u: Kaličanin, P (ur.) Psihijatrija - Etiopatogeneza, Beograd:Medicinski fakultet, 1-24,

Muačević, V. (1995): Rehabilitacija i socioterapija psihijatrijskih bolesnika, u: Muačević, V, (ur.), Psihijatrija, Zagreb:Medicinska naklada, 201-209;

Muačević, V.(1995):Organizacija psihijatrijske službe,u: MuačevićV.i sur. Psihijatrija, Zagreb:Medicinska naklada,

Munjiza, M. (1990): Specifčnosti klinicko-epidemioloških istraživanja hroničnih nezaraznih bolesti. u: Vukotić M., Nedeljković S., Mujović V. i sar.: Hronična masovna oboljenja, Beograd:Medicinski fakultet 3-10,

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.,

Tusang, M. T.,Tohem, M. and Zahner, G. E (1995):Tekstbook in Psychiatric Epidemiology, New York: John Wiley and Liss, Inc.,

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

Uglešić, B- i Palmović, R. (1995): Psihijatrijska epidemiologija, U. Muičević, V. (ur.), Psihijatrija, Zagreb:Medicinska naklada, 73-79.

Tekst za spisak autora u udžbeniku:

Prof dr Marko Munjiza, neuropsihijatar, redovni profesor psihijatrije sa medicinskom psihologijom na Medicinskom fakultetu u Beogradu i Odsek za psihoze dnevne bolnice za odrasle Instituta za mentalno zdravlje, Beograd

Pitanja koja se odnose na poglavlja o socijalnom pristupu u psihijatriji, socioterapiji, organizaciji psihijatrijske službe i primeni epidemiološkog metoda u psihijatriji

I Socijalni pristup u psihijatriji

1. Institucionalna faza socijalnog pristupa u psihijatriji datira:

- a) Od samog početka tretmana duševih bolesnika
- b) Tokom srednjeg veka i inkvizicije
- c) Moralnim tretmanom Philipa Pinelau Francuskoj krajem 18 veka
- d) Početkom druge polovine 20. veka

Tačan odgovor: **d)**

2. Sociodinamska dimenzija u psihijatriji ogleda se u:

- a) Novim otkrićima u biologiji
- b) Napredak postignut u molekularnoj biologiji i neurofiziologiji
- c) Uvodjenje novih socioterapijskih postupaka, prevencije rehabilitacije i transformacija klasičnih duševih bolnica

Tačan odgovor: **c)**

3. Specifnim merama primarne prevencije mogu se uspešno smanjivati broj obolelih od:

- a) Od shizofrenije i bipolarnih afektivnih poremećaja
- b) Perzistentnih poremećaja sa sumanutošću
- c) Mentalne retardacije, simptomatske psihoze, neurotski poremećaji i bolesti zavisnosti

Tačan odgovor: **c)**

4. Najvažniji psihosocijalni i sociokulturni faktori u etiologiji mentalnih poremećaja su:

- a) Utvrđivanje hromozomskih aberacija i metaboličkih poremećaja
- b) Iskorenjivanje nepismenosti i bolje zdravstveno prosvetivanje
- c) Prevencija psiholoških faktora u ranom detinjstvu i nepovoljnog delovanja stresa i kriznih situacija
- d) Borba za veći socijalni status i klasnu pripadnost

Tačan odgovor: **c)**

II Socioterapija

1. U socioterapiju spadaju:

- a) Česti terapijski vikendi pacijenata
- b) Poboljšanje konfora i uslova lečenja u psihijatrijskim bolnicama
- c) Prekvalifikacija duševnih bolesnika
- d) Grupna terapija, terapijska zajednica, rekreativna terapija
- e) Okupaciona i radna terapija

Tačani odgovori: **d) i e)**

2. U važnije osobine socioterapijske grupe spadaju:

- a) Redovno održavanje sastanaka grupe i njeno što duže trajanje
- b) Vodjenje stenograma o sadržaju sastanka grupe
- c) Zaštita pacijenata koji su u pogoršanju
- d) Razvijanje osećanje grupne pripadnosti, povezivanje socijalnih uloga svih članova grupe, slobodno ispoljavanje skrivenih i potisnutih osećanja članova grupe.

Tačni odgovori: **c) i d)**

3. Socioterapiju u širem smislu čine:

- a) Samo psihijatrijske bolnice i psihijatrijska odeljenja opštih bolnica
- b) Aktivnosti socijalnog osiguranja, socijalne zaštite i nevladne organizacije
- c) Sve institucije koje se bave zaštitom i unapredjenjem mentalnog zdravlja (vanbolničke ustanove, jedinice za parcijalnu hospitalizaciju i stacionarne psihijatrijske ustanove)

Tačan odgovor: **c)**

4. Radna i okupaciona terapija služe za:

- a) Otklanjanje i ublažavanje neželjenih efekata medikamentozne terapije
- b) Podsticanje veće tolerancije pacijenata
- c) Podsticanje radnog ritma i radne mogućnosti, smanjivanje anksioznosti, povećanje socijalne efikasnosti pacijenata

Tačani odgovori: **b) i c)**

III Primena epidemiološkog metoda u psihijatriji

1. Ciljevi i svrha epidemiologije u psihijatriji su:

- a) Proučavanje etiologije i etiopatogeneze poremećaja
- b) Utvrđivanje «dijagnoze populacije», prisustvo, priroda i rasprostranjenost poremećaja
- c) U potpunost kliničke slike i detaljnije opisivanje kliničkih sindroma i bolje definisanje pojedinih poremećaja
- d) Unaprednjene klasifikacije psihijatrijskih poremećaja i organizacije psihijatrijske službe

Tačani odgovori: sva četiri pitanja: **a), b), c) i d)**

2. Najvažniji epidemiološki pokazatelji u psihijatriji:

- a) Utvrđivanje stope letaliteta i fertiliteta
- b) Iskorištenost kapaciteta psihijatrijskih ustanova
- c) Incidencija, prevalencija i rizik oboljevanja

Tačan odgovor: **c)**

3. Važniji postupci pri epidemiološkim ispitivanjima u psihijatriji su:

- a) Kontinuirano praćenje ukupnih troškova ustanove
- b) Poboljšanje opreme i uslova rada u ustanovama
- c) Definisanje i izbor istraživačkih metoda, instrumenata i tehnika istraživanja
- d) Definisanje poremećaja, populacije i izbor reprezentativnog uzorka i sociogeografskog prostora na kojem je planirano ispitivanje

Tačani odgovori: **c) i d)**

4. Stope incidencije za grupu shizofrenih poremećaja su:

- a) 5% do 7%
- b) 10% do 12%
- c) 0,5% do 1,5%

Tačan odgovor: **c)**

IV Organizacija psihijatrijske službe

1. Prema redosledu prioriteta centralno mesto u organizaciji psihijatrijskih ustanova zazimaju:

- a) Psihijatrijske bolnice, klinike, instituti
- b) Ustanove za parcijalnu psihijatrijsku hospitalizaciju
- c) Azilarne i socijalne ustanove
- d) Dispanzeri i Centri za mentalno zdravlje u društvenoj zajednici

Tačan odgovor: **d)**

2. U hijerarhiji postojećih psihijatrijskih ustanova najvažnije institucije su:

- a) Klasične psihijatrijske bolnice, specijalne psihijatrijske bolnice i Azilarne ustanove
- b) Institucije za delimičnu hospitalizaciju: dnevne, noćne i vikend bolnice
- c) Socijalne ustanove, kolonije psihijatrijskih pacijenata i institucije socijalnomedicinskog tipa
- d) Vanbolničke psihijatrijske institucije: centri za mentalno zdravlje, mobilne ekipe, službe za kućno lečenje, specijalizovana savetovališta

Tačan odgovor: **d)**

3. U važnije ustanove vanbolničke psihijatrijske službe spadaju:

- a) Centri za socijalni rad, Socijalne ustanove, Nevladine organizacije
- b) Alternativna, tradicionalna medicina, volonteri, znajačne osobe
- c) Domovi zdravlja i poliklinike
- d) Centri ili Dispanzeri za mentalno zdravlje, specijalizovana savetovališta, kućno lečenje i mobilne ekipe

Tačan odgovor: **d)**

4. U stacionarnom psihijatrijskom lečenju prednost se daje sledećim institucijama:

- a) Psihijatrijskim bolnicama sa različitim odeljenjima
- b) Specijalnim psihijatrijskim bolnicama (Zavodi za bolesti zavisnosti, azilarne ustanove i sl.)
- c) Ustanovama socijalno-medicinskog karaktera (ustanove za lečenje cerebralne paralize, dece sa oslabljenim vidom, sluhom, govorom i dr)
- d) Psihijatrijska odeljenja opštih bolnica i zdravstvenih centara

Tačan odgovor: **d)**