Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI LXXXI, knj. 23.

Grujica Žarković

1986

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/items/0b90ada0-dcbb-442a-88d3-7b1322fdbc8b

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

YU ISSN 0350-0071

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA LXXXI

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 23

Redakcioni odbor
JAKOB GAON, DŽEMAL REZAKOVIĆ i GRUJICA ŽARKOVIĆ

ANU BiH АНУ БиХ

Urednik
GRUJICA ŽARKOVIĆ,
redovni član Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

SARAJEVO
1986.

ISMET CERIĆ

KARAKTERISTIKE MODELA REHABILITACIJE DUGOTRAJNO HOSPITALIZIRANIH SHIZOFRENIH BOLESNIKA

APSTRAKT. Grupa shizofrenih bolesnika je najbrojnija dijagnostička kategorija u svim psihijatrijskim institucijama savremenog svijeta, pa je razumljivo da su napori i briga, kako psihijatrijske službe tako i društvene zajednice, upravljeni prema ovom segmentu teško hendikepirane populacije psihijatrijskih bolesnika. Shizofrena bolest po svojoj prirodi ima hroničan tok i ostavlja oštećenja i hendikepe prvenstveno na ličnosti bolesnika, pa je provođenje rehabilitacionih mjera neophodno kako bi se ponovo uspostavili odgovarajući odnosi sa mikro- i makro-socijalnom sredinom u kojoj bolesnik živi i radi. Da bi se rehabilitacija shizofrenih bolesnika mogla efikasno provoditi, potreban je odgovarajući sistem mjera i aktivnosti koje predstavljaju model rehabilitacije specifičan za određenu socijalnu sredinu. Uslovno se može reći da danas u svijetu preovladavaju dva modela rehabilitacije duševnih bolesnika. Prvi dominira u anglosaksonskim zemljama i onim koje pripadaju tzv. zapadnom ekonomskom, političkom i kulturnom krugu, gdje rehabilitaciju duševnih bolesnika shvataju prvenstveno kao socijalni proces, dok drugi model podjednaku važnost pridaje biomedicinskim i biosocijalnim aspektima rehabilitacije a koristi se već decenijama u sovjetskoj psihijatrijskoj praksi.

U našoj zemlji, i pored brojnih pozitivnih rezultata u zaštiti mentalnih bolesnika i organizaciji psihijatrijske službe, još uvijek ne postoji jedinstven, efikasan model rehabilitacije duševnih bolesnika, što ima za posljedicu rano invalidiziranje brojne shizofrene populacije i njeno isključivanje iz aktivnog i produktivnog života. Očito je da su potrebni novi napori kako bi se izgradio jedinstven model rehabilitacije shizofrenih bolesnika primjeren našim socijalnim i drugim relevantnim prilikama.

Prema procjenama eksperata specijalizovanih agencija Ujedinjenih nacija (WHO, ILO, UNESCO, UNICEF) 10 posto cjelokupne svjetske populacije od oko 4,7 milijardi ljudi tako je teško somatski ili psihički oštećeno da se mora smatrati invalidima. Njima je potrebna posebna vrsta pomoći kako bi bar donekle ravnopravno učestvovali u svakodnevnim životnim zbivanjima, odnosno kako bi im se omogućio kvalitet života dostojan čovjeka. Među 470 miliona invalidnih osoba nalazi se 96 miliona onih čiji su uzrok invalidnosti funkcionalne psihoze, alkoholizam ili zloupotreba droge (1). Mnogobrojna epidemiološka i socijalno-psihijatrijska istraživanja pokazuju da broj psihičkih poremećaja i potreba za različitim psihijatrijskim terapijskim uslugama stalno raste.

Prema dosta grubim procjenama, u svijetu je pedesetih godina bilo 50 miliona ljudi kojima je bila potrebna pomoć u stacionarnim psihijatrijskim institucijama, a početkom sedamdesetih godina taj broj je porastao na 68 do 72 miliona. U osmoj decenici ovog našeg nemirnog i nesrećnog stoljeća taj broj se procjenjuje na 90 miliona (2).

Utvrđeno je da u zemljama sa savremenom i efikasnom organizacijom zdravstvene službe i racionalnim bolničkim sistemom polovinu bolničkih postelja zauzimaju bolesnici koji trpe od nekog mentalnog poremećaja. Jedan od deset stanovnika iz opšte populacije u nekom periodu svog života traži psihijatrijsku pomoć, a navodno, po nekim podacima, čak 60 posto onih koji konsultuju ljekare opšte prakse pati od nekog emocionalnog poremećaja (3).

Grupa shizofrenih bolesnika je najbrojnija dijagnostička kategorija u svim psihijatrijskim bolnicama u svim zemljama, pa prema njoj i treba usmjeriti sve napore psihijatrijske službe i društvene zajednice. I u našoj zemlji shizofreni bolesnici su najbrojniji u populaciji duševnih bolesnika. Procjenjuje se da 60 posto onih koji dugo borave u psihijatrijskim ustanovama pripada shizofrenom krugu, dok se ostale nozološke grupe javljaju u niskim procentima. U psihijatrijskim institucijama SR Bosne i Hercegovine gotovo trećinu (28,7%) posteljnog fonda zauzimaju dugotrajno hospitalizirani bolesnici, među kojima je većina shizofrenih (70,1%), što je slično i u drugim republikama.

Kecmanović (1983) tvrdi da se u svijetu svake godine registruje više od dva miliona novih shizofrenih bolesnika.

Incidencija shizofrenije se kreće između 0,40 i 0,70 na 1000 stanovnika opšte populacije. Za dobne skupine iznad 15 godina incidencija je viša i kreće se između 0,30 i 1,20 na 1000 stanovnika. Prevalencija shizofrenije, zavisno od sredine i metoda ispitivanja, kreće se od 2,1 do 9,0 na 1000 stanovnika opšte populacije. Bez obzira na opšti napredak društva u cjelini, a posebno psihijatrijske nauke i prakse, relativni i apsolutni broj dugotrajno hospitaliziranih shizofrenih bolesnika se ne smanjuje u posljednjih pet decenija, dakle u vremenskom periodu u kome su uvedene najznačajnije terapijske inovacije, odnosno u periodu u kome su se odigrale dvije od tri »revolucije« u psihijatriji (4). Zbog toga je razumljivo da danas u praksi preovladava mišljenje da se rehabilitacioni zahvati moraju provoditi u svim slučajevima gdje duševna bolest ostavlja posljedice, odnosno gdje su te posljedice hronične i dugotrajne. Možemo s puno prava reći da je rehabilitacija duševnih bolesnika kompleksan i ozbiljan problem savremene medicinske nauke i šire društvene zajednice u svakoj zemlji ovog našeg svijeta, bez obzira na dostignuti stepen razvoja, političke, ekonomske, socijalne, kulturne i druge relevantne prilike.

Razlika između somatskih i duševnih bolesnika, kao i različit stepen njihovog invaliditeta odredili su i specifične mjere resocijalizacije duševnih bolesnika, s jedne, i somatskih, s druge strane. Invalidnost duševnih bolesnika se ispoljava u vidu oštećenja ličnosti bolesnika, naročito njene socijalne dimenzije, što je vrlo često teško egzaktno i kvantitativno izraziti. Dalje problem je u činjenici da je još uvijek teško dati

praktično upotrebljivu prognozu tipa i toka bolesti i preostalog radnog kapaciteta, odnosno utvrditi koje će sposobnosti i mogućnosti biti očuvane a koje će biti oštećene ili potpuno nestati usljed napredovanja psihopatološkog procesa. Sve postojeće definicije rehabilitacije u psihijatriji više nastoje da odrede ciljeve, koji su na prvi pogled jedini jasni, nego metodologiju i tehniku rehabilitacionog procesa. Suštinu rehabilitacije u psihijatriji različiti autori posmatraju isključivo u svjetlu onih ciljeva u kojima su implicirani, u prvom redu, interesi društva kojem pacijent pripada, pa tek onda interesi oboljelog člana tog društva, koji je imao nesreću da bez svoje krivice oboli od neke funkcionalne psihoze, kao što je shizofrenija.

Što se tiče metodologije, većina autora se ograničava na naglašavanje potrebe kompleksnog djelovanja kako na bolesnu ličnost tako i na njenu okolinu u najširem smislu riječi. Međutim, kako to »kompleksno« djelovanje provoditi, ostaje kod većine nedorečeno i dosta nejasno. Razumljivo je što se u različitim zemljama ističu različiti aspekti rehabilitacije, zavisno od specifičnih prilika koje u tim zemljama vladaju.

Sve rehabilitacione mjere i aktivnosti, bez obzira na to koji je specifični pristup rehabilitaciji u pitanju, upravljene su, u prvom redu, na bolesnike čija bolest traje, koji su i prije bolesti pokazivali deficite i neusklađenosti u ponašanju, koji nikada nisu imali dobre radne rezultate ili dobro organizovan lični i društveni život. Ovi »hronični« — dugotrajno hospitalizirani bolesnici predstavljali su, sa stanovišta rehabilitacije, problem u prošlosti predstavljaju ga i danas, a i u budućnosti će predstavljati glavni problem i predmet rehabilitacionih nastojanja. Sva rehabilitaciona nastojanja treba da su upravljena u tri osnovna pravca: zdravstveno oporavljanje, profesionalno osposobljavanje, koje će omogućiti maksimalno korištenje bolesnikovih raspoloživih mogućnosti, i interpersonalno i socijalno prilagođavanje, koje će bolesniku pomoći da ponovo postane punopravan i koristan član zajednice. Ciljevi rehabilitacije su ostvareni, a rehabilitacioni postupak je završen u momentu kada je bolesnik u stanju da zadovolji svoje životne potrebe, ostvari zadovoljavajuće socijalne kontakte i ponovo postane produktivan član društvene zajednice (5). Uslovno se može reći da danas u svijetu preovladavaju dva modela rehabilitacije duševnih bolesnika. Prvi dominira u anglosaksonskim zemljama i onim koji pripadaju tzv. zapadnom ekonomskom, političkom i kulturnom krugu, gdje rehabilitaciju duševnih bolesnika shvataju kao prvenstveno socijalni proces.

Drugi model, koji podjednaku važnost pridaje biomedicinskim i biosocijalnim aspektima rehabilitacije, koristi se već decenijama u sovjetskoj psihijatrijskoj praksi.

Britanski model rehabilitacije u psihijatriji

Britanski model rehabilitacije duševnih bolesnika počiva na vrlo preciznoj definiciji rehabilitacije u psihijatriji, uz jasnu predstavu cilja (smještaj ili ponovno uvođenje bolesnika u njegove domaće prilike, uz omogućavanje obavljanja posla koji odgovara njegovim aktuelnim, po pravilu, umanjenim sposobnostima). Cilj je prevashodno soci-

jalna adaptacija ili najnužnija opskrba bolesnika, ako već ranije nije postigao prihvatljivu socijalnu ulogu. Ovako definisan cilj je, u prvom redu, socijalni, a ne specifično medicinski i nalazi se, kao i cijela definicija rehabilitacije iz koje proističe i cijeli model rehabilitacije, pod jakim uticajem kulturnih i socijalnih prilika u Velikoj Britaniji, a posebno protestantskog morala i odnosa prema radu koji je u ovom slučaju karakterističan. Britanski psihijatri svjesno pojednostavljuju težak problem hroničnih duševnih bolesnika, svodeći ga na obezbjeđenje odgovarajućeg stana i posla kao cilja i ideala svakog bolesnika.

Nesposobnosti (disabilities) mogu da otežaju ili onemoguće proces rehabilitacije, a dijele se na primarne, sekundarne i tercijarne. Terminom kliničkih ili primarnih nesposobnosti označavaju se pojave uslovljene samim patološkim procesom. Sam termin je nedovoljno precizan i ne označava, na primjer, samo primarne simptome shizofrenije nego naglašava i intenzitet pojave, označavajući tip nesposobnosti koji je najjače izražen. Primarne nesposobnosti su dio ili rezidua psihopatološkog procesa, odnosno osnova na kojoj se bolest razvila. Drugi tip su s e k u n d a r n e nesposobnosti, koje ne potiču direktno iz patološkog procesa, već iz ličnih i socijalnih reakcija na pojavu bolesti. Treća grupa t e r c i j a r n i h nesposobnosti najčešće nema nikakve veze sa osnovnim patološkim procesom. Nalaze se kod bolesnika koji su daleko prije pojave bolesti imali mnogo problema i teškoća da na zadovoljavajući način funkcionišu u svojoj mikro- i makro-socijalnoj sredini (6, 7, 8, 9).

Ovo su osnovne teoretske postavke na kojim počiva britanski model rehabilitacije duševnih bolesnika, koji je svoj praktički izraz dobio u odgovarajućoj organizaciji psihijatrijske službe. Ta organizacija ima dugu i slavnu tradiciju, koja je počela još 1597. godine, kada je Henri VIII u samostanu Sv. Marije od Betlema utemeljio prvu psihijatrijsku bolnicu. Britanski psihijatri su prvi poslije Pinela zastupali ideje da duševni bolesnici nisu prestupnici i zločinci. W. E. Tuke 1792. godine iz filantropskih razloga »oslobađa« duševne bolesnike. J. Conolly je 1839. godine ukinuo sve metode pritiska i mehaničkog obuzdavanja bolesnika u azilu Hanwell, u kome je radio. On je smatrao da duševno oboljeli treba da se tretiraju kao i drugi bolesnici koji boluju od somatskih bolesti. Još 1860. godine u ovoj je zemlji bilo psihijatara koji su zastupali sistem koji je kasnije nazvan sistemom »otvorenih vrata«.

D. H. Tuke, pisac i psihijatar, praunuk W. Tuka, svojim je aktivnostima započeo humanu revoluciju u psihijatrijskim institucijama u Velikoj Britaniji. On provodi reformu psihijatrijskih azila u želji da te institucije preobrazi u časna prebivališta, gdje ništa neće govoriti bolesniku da je on sam po sebi objekat nepovjerenja i specijalne pažnje. Uspješnost psihijatrijskih azila imala je za posljedicu njihovo povećanje i sve veću zatvorenost prema društvu, tako da je najveći broj psihijatrijskih bolnica krajem 19. vijeka bio zatvorenog tipa. Bolesnici su u psihijatrijske ustanove primeni nakon provedene sudske procedure u toku koje je bolesnik proglašavan duševno bolesnim i certifikatom smještan na neodređeno vrijeme u »ludnicu«.

Tek 1930. godine došlo je do značajnog poboljšanja položaja duševnih bolesnika u ovoj zemlji i promjene koncepcije zaštite mentalnog zdravlja. To je našlo odraza u zakonskom aktu *(The Mental Treatment Act)* koji je omogućio da bolesnik bude primljen u psihijatrijsku instituciju bez ponižavajućeg certifikata i, što je možda još važnije, da bude otpušten iz bolnice u onom momentu kada mu se stanje u dovoljnoj mjeri popravi. To je vrijeme kada se počinju otvarati mnoge vanbolničke ustanove za liječenje duševnih poremećaja.

Do velike prekretnice došlo je poslije drugog svjetskog rata kada je osnovana Nacionalna zdravstvena služba *(National Health Service)*. To je omogućilo integraciju psihijatrije u medicinu, što se smatra naročito značajnim. U mnogim bolnicama ideje o terapijskoj zajednici, pravovremenom otpuštanju bolesnika, rehabilitaciji, *after-care* sistemu, dobile su značajno mjesto (10, 11).

Šezdesetih godina ovog vijeka je odlučeno da je brigu o duševnim bolesnicima neophodno prenijeti iz psihijatrijskih bolnica u društvenu zajednicu u kojoj oni žive. Ova vrsta sveobuhvatnog liječenja se provodi izvan zidina stacionarnih psihijatrijskih institucija. U ovom sistemu psihijatrijski bolesnik može istinski da utiče na svoju sudbinu na isti način kao i čovjek koji boluje od neke somatske bolesti.

Bolnice su u pravom smislu širom otvorile vrata, prihvatajući bolesnika bez ograničenja i zakonskog etiketiranja. Došlo je do saznanja da velikom broju bolesnika nije neophodan nadzor i psihijatrijska zaštita u trajanju od 24 h, što je imalo za posljedicu otvaranje dnevnih, noćnih i vikend bolnica. Ovu novu formu tzv. parcijalnog tretmana dobro su primili bolesnici i njihove porodice, pa i administrativne vlasti, jer je znatno jeftinija od klasičnih stacionarnih ustanova. Modernizovane psihijatrijske bolnice, psihijatrijska odjeljenja opštih bolnica, dnevne, noćne i vikend bolnice, zaštitne radionice, dnevni centri za oporavljene duševne bolesnike, rehabilitacione kuće, hoteli za hronične bolesnike, specijalizovani industrijski pogoni u kojim rade duševni bolesnici, čine mrežu na koju se oslanja i bez koje ne može da egzistira s e k t o r u okviru koncepta psihijatrije u društvenoj zajednici (community psychiatry). Baza psihijatrije u zajednici je određeni sektor — teritorija na kojoj se organizuje prevencija mentalnih poremećaja i liječenje duševnih bolesnika, odnosno njihova rehabilitacija. Koncept sveobuhvatne zaštite zahtijeva zajedničko provođenje bolničke i vanbolničke zaštite, uz naglasak na rehabilitaciji i podržavanju bolesnikovih odnosa i kontakata u zajednici.

U Velikoj Britaniji su tradicionalne forme okupacione terapije dugo vremena igrale važnu ulogu u rehabilitaciji, dok se sada interes prenio na tzv. industrijsku terapiju u bolnicama. Takav rad je vezan za mnoge manipulativne procedure, a sam pogon je dio tehnološke cjeline neke fabrike i može se uporediti sa normalnom industrijskom proizvodnjom. Danas se ne može naći psihijatrijska institucija bez ovakvih radionica (12).

Reorganizacija psihijatrijske službe i rehabilitacije u ovoj zemlji još nije završena ali se vjeruje da će 1986. godine sve potrebe za psihi-

jatrijskim liječenjem i rehabilitacijom svih kategorija stanovništva moći zadovoljiti sljedeće norme (13):

1. Odrasli duševni bolesnici (puna hospitalizacija)	0,5 postelja na 1000 stanovnika
2. Odrasli duševni bolesnici (parcijalna hospitalizacija)	0,65 mjesta na 1000 stanovnika
3. Duševno bolesna ili ozbiljno neadaptirana djeca (hospitalizacija)	20 do 25 postelja na 100.000 stanovnika
4. Duševno bolesni ili neadaptirani adolescenti	20 do 25 postelja na 100.000 stanovnika
5. Psihogerijatrijski bolesnici (hospitalizacija)	10 do 20 postelja na 250.000 stanovnika
6. Dugoležeći gerijatrijski bolesnici	po potrebi

Američki sistem organizacije psihijatrijske službe i model rehabilitacije duševnih bolesnika

Američki sistem rehabilitacije duševnih bolesnika se zasniva na metodu iskorištavanja preostalih radnih i drugih sposobnosti koje postoje u svakom, pa i u najtežem slučaju. Rehabilitacija predstavlja sistem aktivnosti koje su upravljene na otkrivanje, razvijanje i unapređenje bolesnikovih sposobnosti. Liječenje i rehabilitacija su direktan atak na bolesnikove nesposobnosti. U svim slučajevima provođenja rehabilitacije duševnih bolesnika treba imati na umu sljedeće:

a) Rehabilitacioni proces mora biti upravljen na praktične probleme života ličnosti ili grupe ljudi.

b) Rehabilitacioni program mora voditi računa o prošlosti, sadašnjosti i budućnosti bolesnika i njegovog ponašanja, pomažući klijentu da uspostavi ravnotežu koja dozvoljava optimalno funkcionisanje unutar hendikepa prouzrokovanih bolešću.

c) Da bi se ovo postiglo, potrebna je interpersonalna participacija u planiranju sa ličnošću i za ličnost (14).

Prema američkim shvatanjima, krajnji cilj rehabilitacije u psihijatriji je postignut kada su zadovoljena dva postavljena kriterija: a) da osoba radi (na svoju korist i dobrobit svog poslodavca) i b) da živi rezonskim autonomnim načinom u pogodnom »okviru« u zajednici. Rad je od samog početka imao visoku vrijednost u shvatanju rehabilitacije i u Americi. Najveću podršku i najviše materijalnih sredstava iz federalnih fondova dobijali su oni projekti rehabilitacije duševnih bolesnika čiji je osnovni moto bio da je rehabilitovan samo onaj bolesnik koji je zaposlen (15).

Ovakve ciljeve i programe rehabilitacije je bilo moguće provoditi jer je i u ovoj zemlji poslije drugog svjetskog rata došlo do značajnih promjena u zaštiti duševnog zdravlja i rehabilitaciji duševnih bolesnika. Umjesto velikih psihijatrijskih bolnica, lociranih u dalekim seoskim predjelima ove prostrane zemlje, koje su masovno građene naročito u

drugoj polovini 19. vijeka, ozakonjen je novi socijalnopsihijatrijski koncept. Već 1955. godine je sva odgovornost za unapređenje mentalnog zdravlja i liječenja duševnih bolesnika prenesena na federalnu vladu, a osam godina kasnije usvojen je novi značajni zakonski akt *(Community Mental Health Centres Act)* o formiranju Centara za mentalno zdravlje *(Mental Health Centres)*. Ovi centri su od tada postali odgovorni za provođenje sveobuhvatnog tretmana i specifičnih rehabilitacionih programa. Oni nisu samo osnovne organizacione jedinice psihijatrijske službe u društvenoj zajednici nego i nosioci socijalnog koncepta zaštite i unapređenja duševnog zdravlja. Pri tome je važno naglasiti da Centar za mentalno zdravlje, kao izvršna institucija psihijatrije u društvenoj zajednici, nije zgrada, nego koncept koji obezbjeđuje kontinuitet zaštite. U okviru Centra za mentalno zdravlje postoje određene službe i aktivnosti koje se zakonski moraju organizirati i kontinuirano provoditi u određenoj regiji, odnosno sektoru. Centar za mentalno zdravlje je odgovoran za kompletnu i kontinuiranu zaštitu u određenoj geografskoj regiji, koja ne može da ima manje od 75 000 i više od 200 000 stanovnika. Regija koju opslužuje Centar ne mora da se podudara sa administrativno-upravnom podjelom u određenoj federalnoj državi.

Centar za mentalno zdravlje organizuje sljedećih pet obaveznih službi:

1. Službu za stacionarno liječenje duševnih bolesnika,
2. Vanbolničku službu,
3. Službu za hitne intervencije (sa radnim vremenom od 24 h),
4. Službu za parcijalnu hospitalizaciju i
5. Konsultativnu službu i službu za edukaciju.

Kontinuitet zaštite se ostvaruje preko lanca međusobno povezanih službi. Sve službe centra su uvijek pristupačne i okrenute prema zahtjevima i potrebama kako zajednice kao cjeline tako i svakog pojedinca u njoj. Na čelu svakog centra je savjetodavni odbor koji se rijetko bira a često imenuje od predstavnika stanovništva gdje centar djeluje. U svojim praktičnim aktivnostima centri slijede principe medicinskog modela (služe se metodama i tehnikama kliničke psihijatrije), ali se koriste i metodama javnog zdravstva, uz čiju pomoć procjenjuju potrebe za psihijatrijskom zaštitom određene specifične populacije. Osim toga, centri nastoje da otkriju faktore sredine koji učestvuju u nestanku psihosocijalnih poremećaja, odnosno da procijene efekte terapijskih intervencija kod pojedinih bolesnika i socijalnih ćelija čiji su oni članovi. Na osnovu gornjih napomena je jasno da tehnike centara za mentalno zdravlje, odnosno Community psychiatry, nisu nove, ali je njihovo sažimanje u koordinisani sveobuhvatni sistem i program značajna inovacija.

Uz tretman u najširem smislu te riječi, Centar za mentalno zdravlje provodi preventivne akcije na sva tri nivoa prevencije.

Primarnim preventivnim akcijama smanjuje se broj psihičkih poremećaja nastalih zbog djelovanja i sukobljavanja sa stresnim, u prvom redu socijalnim faktorima, koji mogu u znatnoj mjeri da participiraju u nastanku mentalnih poremećaja svih vrsta.

Sekundarna prevencija kao rano otkrivanje i adekvatno liječenje je suštinski i nedjeljivi dio koncepta Centra za mentalno zdravlje. Tercijalna prevencija, koja se često identifikuje sa rehabilitacijom, jeste smanjenje broja i intenziteta funkcionalnih defetaka izazvanih mentalnom bolešću (16, 17).

Iako je psihijatrija u društvenoj zajednici, odnosno centri za mentalno zdravlje, postigla značajne rezultate i uspjehe, bilo je i dosta neuspjeha, promašaja i razočarenja, naročito u tzv. »herojskoj fazi« *Community Mental Health*, kada se vjerovalo da se svi psihotički bolesnici mogu tretirati bez hospitalizacije. Zagovornici tretmana bez hospitalizacije su kasnije otišli u ekstremnu antipsihijatriju, koja je našla pristalice kako u SAD tako i u Evropi.

Međutim, i pored grešaka koje su u koncepciji i aktivnosti psihijatrije u zajednici učinjene, pozitivni rezultati su brojni i značajni. Ovaj koncept je dao veliku mogućnost duševnim bolesnicima da se uspješno liječe i rehabilituju uz očuvanje njihovih prava i ljudskog dostojanstva (18).

Sovjetski model rehabilitacije duševnih bolesnika

Sovjetska psihijatrija se od samog početka razvijala respektujući ne samo kliničke nego i socijalne činioce u nastanku bolesti, odnosno vodeći računa o jedinstvu i međusobnoj vezi bioloških i socijalnih faktora u razvoju i daljem toku bolesti. U sovjetskoj psihijatriji je široko razvijen sistem radne rehabilitacije, koja nema za cilj samo iskorištavanje preostale radne sposobnosti — kao u Americi — ili postizanje dva ograničena cilja — kao u Velikoj Britaniji — nego teži povišenju socijalnih kompenzacija u cjelini. Ovakva postavka je rezultat saznanja da rad bolesnika na nivou nižem od njegovih stvarnih mogućnosti može biti faktor koji podržava, a nekada i produbljuje psihopatološki proces (18). Briga o hroničnim bolesnicima i invalidnim licima počela je da se ispoljava od samog početka uspostavljanja vlasti radnika i seljaka. Već 31. jula 1918. godine narodna vlast je donijela dekret o socijalnom osiguranju. Ovim istinski revolucionarnim aktom prvi put u istoriji socijalistička država je ispoljila interes društvene zajednice za građane koji su izgubili radnu sposobnost zbog povrede ili hroničnog nepovoljnog toka bolesti.

Dvadesetih godina našeg vijeka sovjetska vlast je počela da se aktivno brine o organizaciji psihijatrijske službe, koja je već tada organizovana na teritorijalno-rejonskom principu. To je vrijeme stvaranja prvih psihoneuroloških dispanzera i drugih vanbolničkih institucija, koje će kasnije postati baza organizovane psihijatrijske službe u ovoj zemlji.

Tridesetih godina već je razvijena mreža psihoneuroloških dispanzera, a započinje i rad na razradi i uspostavljanju novih formi rehabilitaciono-terapijsko-radnih institucija, koje su smještene između bolnice i psihoneurološkog dispanzera ili između psihijatrijskih institucija i proizvodnje.

U Moskvi je 1931. godine osnovana prva LMT (terapijsko-radna radionica) u kojoj se provodila radna terapija u cilju unapređenja i uspostavljanja radne sposobnosti duševnih bolesnika.

M. A. Džagarov je 1934. godine otvorio prvu dnevnu bolnicu. Svakako je važno naglasiti da je ovo bilo više od jedne decenije prije prvih dnevnih bolnica koje su u Montrealu, odnosno Londonu osnovali Cameron i Bierer. Rad na rehabilitaciji duševnih bolesnika, koji je dio socijalinopsihijatrijskog rada, bio je do drugog svjetskog rata skoncentrisan na institute, velike psihoneurološke dispanzere i psihijatrijske bolnice. U toku i poslije drugog svjetskog rata sistem socijalne rehabilitacije i readaptacije provjeren je u vrlo teškim uslovima, pokazavši svoju punu svrsishodnost i efikasnost.

Danas sovjetski sistem psihijatrijske zaštite, prema Melehovu (1967), ima tri specifične karakteristike:

1. razrađenu mrežu psihoneuroloških dispanzera kao naročitu formu vanbolničke psihijatrijske pomoći,
2. široki državni sistem socijalne pomoći invalidnim licima i
3. razvijen naučni i praktični rad u oblasti socijalne psihijatrije i okupacione terapije (uvijek u vezi s klinikom, a na osnovu jedinstva individualno-kliničkih i socijalno-proizvodnih faktora).

Osnova socijalne i industrijske rehabilitacije duševnih bolesnika u SSSR-u zasniva se na aktivnoj psihofarmakološkoj i socioindustrijskoj terapiji, što je osnova i početna etapa u rehabilitaciji. U drugoj etapi, koja se po pravilu provodi u ekstramuralnim uslovima, okupaciona terapija i profesionalna obuka je neophodna za hronične duševne bolesnike sa izraženim oštećenjima. Adaptacija na domaće i radne uslove je završna etapa u rehabilitaciji (20).

Sovjetski sistem psihijatrijske službe, koji počiva na mreži psihoneuroloških dispanzera, psihijatrijskih bolnica, prelaznih ustanova kao što su LMT, dnevnih i noćnih bolnica, specijaliziranih pogona za rad invalidnih lica, domova za invalide i hronične bolesnike, jeste osnova na kojoj se etapno može provoditi rehabilitacija duševnih bolesnika i njihovo psihološko, socijalno i profesionalno opsosobljavanje. Uspješno funkcionisanje svih karika u lancu psihijatrijske službe je osnovni uslov za ostvarenje individualiziranih ciljeva rehabilitacionih programa.

Ovaj sistem treba i može da omogući primjenu širokog kruga preventivnih i terapijskih mjera u otkrivanju i liječenju duševnih bolesnika. To se postiže zahvaljujući organizaciji specijalizovanih ustanova koje su međusobno povezane i koje se međusobno nadopunjuju. Naročito je važno naglasiti da je sistem maksimalno dostupan stanovništvu. U ovoj diferenciranoj i etapnoj organizaciji zdravstvenih ustanova (psihoneurološki dispanzeri, psihijatrijske bolnice, dnevne bolnice, terapijsko-radne zaštitne radionice, psihijatrijska odjeljenja opštih bolnica), ustanova socijalnog staranja (domovi invalida, domovi za hronične duševne bolesnike, za retardiranu djecu) i prosvjete (škole za djecu s neurotičnim poremećajima, specijalne škole za retardiranu djecu itd.), omogućava se u sadašnjem momentu psihijatrijska pomoć stanovništvu SSSR-a (12).

U SSSR-u je 1974. godine bilo 2 968 psihoneuroloških dispanzera. U stacionarnim psihijatrijskim institucijama ima 87 500 neuroloških i 54 100 psihijatrijskih postelja za neurološke i psihijatrijske bolesnike. Ukupan broj ljekara zaposlenih u ovoj službi iznosi 38 200, od kojih 20 500 neurologa i 17 700 psihijatara (22).

Ovakav sistem organizacije psihijatrijske službe i modela rehabilitacije duševnih bolesnika je pokazao svoje opravdanje i efikasnost. Ovim sistemom je potvrđena postavka o jedinstvu i međusobnoj zavisnosti bioloških i socijalnih faktora u nastanku duševnih poremećaja i ona predstavlja glavnu teoretsku podlogu naučno-metodske osnove i praktičnih aktivnosti u oblasti socijalne rehabilitacije.

Teoretska ispravnost i praktična životnost ove dominantne postavke u proteklih četrdeset godina bila je više puta potvrđena i provjerena mnogobrojnim socijalno-kliničkim ispitivanjima.

Mogućnosti rehabilitacije duševnih bolesnika u našoj zemlji

Prvi organizovani napor na polju rehabilitacije duševnih bolesnika u našoj zemlji predstavlja Savjetovanje o rehabilitaciji i terapiji radom održano u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče 1965. godine. Na ovom savjetovanju detaljno su razmotreni teoretski i praktični aspekti rehabilitacije. Na kraju je doneseno nekoliko značajnih zaključaka koji su trebali da predstavljaju buduće smjernice u rehabilitaciji duševnih bolesnika u našoj zemlji. U tim zaključcima istaknuto je da duševno zdravlje nije dovoljno samo čuvati, a bolest liječiti, već je potrebno oboljele ponovo osposobiti za život i rad. Da bi se to postiglo, neophodno je rehabilitacione mjere provoditi na organizovan i sistematičan način. Rehabilitacija je shvaćena kao niz integralnih aktivnosti i mjera različitih psihijatrijskih, socijalnih i drugih institucija. Naglašeno je da se zadaci iz domena rehabilitacije duševnih bolesnika mogu efikasno sprovesti u život samo u dobro organizovanoj regionalnoj psihijatrijskoj službi koja funkcionalno objedinjava vanbolničku i hospitalnu službu, uz najužu povezanost sa socijalnom službom i društvenom zajednicom. Jedan od osnovnih preduslova da se započne rad na rehabilitaciji u psihijatriji je donošenje novog modernog zakona o zaštiti mentalnog zdravlja koji bi regulisao i područje rehabilitacije, pošto su postojeći propisi zastarjeli ili ih uopšte nema (23).

Na završnoj konferenciji ovog značajnog savjetovanja usvojena je definicija rehabilitacije u psihijatriji, koju su sačinili Petrović, Bogićević i Ilić.

Program donesen na ovom savjetovanju, iako star gotovo dvadeset godina, i danas je aktuelan i gotovo se može reći savremen. Kada se sumiraju aktivnosti koje su se provodile od ovog savjetovanja pa do danas, onda je evidentno da se od pojedinačnih, često i impresivnih pokušaja nije mnogo odmaklo. Organizacija psihijatrijske službe nije u znatnoj mjeri unaprijeđena jer je razvoj išao ekstenzivno i stihijski.

Jaz koji je postojao između vanbolničke i stacionarne službe ostao je i dalje dubok i nepopunjen. U prostoru između ta dva tipa usta-

nova postoje samo rijetke »prelazne« ustanove (dnevne bolnice i sl.), dok se i dalje gotovo sva psihijatrijska aktivnost provodi u psihijatrijskim bolnicama koje su samo formalno modernizovane a zadržale su brojne karakteristike azilnih ustanova. Najveći broj psihotičkih bolesnika, a naročito shizofrenih, u našim prilikama započinje svoje liječenje, kao po pravilu, hospitalizacijom u nekoj od psihijatrijskih bolnica. Uslovno se može smatrati da njihova rehabilitacija započinje danom prijema u instituciju, a trebalo bi da se intenzivira poslije otpuštanja u društvenu zajednicu. Rehabilitacioni proces bi trebalo okončati nakon aktivnog uključivanja bolesnika u porodicu, radnu i širu društvenu zajednicu. Svakako da su mnoge aktivnosti koje se provode u stacionarnoj psihijatrijskoj ustanovi u direktnoj funkciji rehabilitacije. Tu, u prvom redu, mislimo na pravovremeni prijem bolesnika u bolnicu, rano postavljanje odgovarajuće nozološke i funkcionalne dijagnoze, brzo i efikasno liječenje koje treba da ima multidimenzionalni karakter, kratko zadržavanje u bolnici i, što je naročito važno, pravovremeno otpuštanje iz bolnice kako bi se izbjeglo nastupanje institucionalnog sindroma, koji može u znatnoj mjeri da oteža rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju bolesnika.

Međutim, treba naglasiti da je liječenje u bolnici i vremenski i po važnosti samo jedna kratka epizoda u cjelokupnom tretmanu i rehabilitaciji psihijatrijskog bolesnika. Kada se »oporavljeni« bolesnik nađe izvan bolnice, on je uglavnom prepušten samom sebi i svojoj sudbini pošto se rehabilitacija ne može uspješno provoditi bez postojanja lanca specijalizovanih psihijatrijskih institucija i kadrova, kao i bez široke i moćne podrške šire društvene zajednice, a kod nas sve to nedostaje. Dosadašnja saznanja i iskustva drugih koja smo naveli, ukazuju da bez dobro organizovane, racionalne i efikasne mreže odgovarajućih psihijatrijskih ustanova nema ni uspješne rehabilitacije duševnih bolesnika. Razvijenost i efikasnost ove službe u direktnoj je vezi sa materijalnim i kadrovskim mogućnostima određene društvene zajednice, kao i stavom društva prema psihičkim poremećajima i psihijatrijskim bolesnicima. U dobro organizovanom društvu ove službe prate potrebe i mogućnosti društvene zajednice. Međutim, valja naglasiti da se, bez obzira kako dobro bio koncipiran, model organizacije psihijatrijske službe i rehabilitacije duševnih bolesnika mora stalno procjenjivati i po potrebi mijenjati i usavršavati u skladu s novim dostignućima psihijatrijske nauke i drugih graničnih disciplina, imajući uvijek u vidu novonastale potrebe i mogućnosti društvene zajednice.

Složenost rehabilitacije, naročito shizofrenih bolesnika, proizilazi iz same prirode shizofrene bolesti. Shizofreni bolesnici teže da se socijalno izoluju. Kada nema socijalnih stimulansa ili su oni slabi, izolacija se pojačava i komplikuje pasivnošću, inertnošću i gubitkom inicijative. S druge strane, kada se takav bolesnik pretjerano socijalno stimuliše, njegovo stanje se može iznenada pogoršati, uz pojavu floridnih psihotičkih simptoma, koji produžavaju vrijeme liječenja i rehabilitacije i konačni ishod čine neizvjesnim. Iz ovih razloga i naš, sada samo hipotetički, model rehabilitacije duševnih bolesnika morao bi se organizovati kao dinamički sistem u kojem su karike lanca postupno međusobno povezane. Model bi trebalo da omogući da se socijalna očekivanja, pa i

socijalni pritisak, vrlo postepeno povećavaju. Kada bolesnik savlada jedan rehabilitacioni korak, može da pođe prema sljedećem, nikada ne preskakajući pojedine faze. Postavljanje bolesnika u situaciju sa višim zahtjevima i očekivanjima može uslijediti tek poslije pažljivog razmatranja njegovih sposobnosti i spremnosti za takav korak. Pred našom psihijatrijskom naukom i praksom je izrada jednog etapnog, dinamičnog, praktičnog, racionalnog i efikasnog modela rehabilitacije duševnih bolesnika. Takav model bi trebalo sačiniti tako da omogući kontinuirani rehabilitacioni proces u kome ne smije biti vremenskih pauza i pukotina, niti smije biti neočekivanih skokova sa jednog nivoa na drugi. Model bi morao biti prikladan za bolesnike sa hroničnim tokom bolesti, odnosno one koji ispoljavaju izrazite defekte i hendikepe. Izradi ovakvog modela trebalo bi prići organizovano i što prije jer je dosadašnja stihija na ovom području imala teške posljedice po mnoge bolesnike i samu društvenu zajednicu.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF A REHABILITATION MODEL OF LONG TIME HOSPITALIZED SCHIZOPHRENIC PATIENTS

The group of schizophrenic patients is the most numerous category in all the psychiatric institutions of the modern world and it is therefore understandable that the care and effort of psychiatric service and of social community are directed to this segment of severely handicapped population of psychiatric patients. Schizophrenic illnes has a chronic coures by its very nature and leaves damages and handicaps primarily on the personality of the patient so that it is necessary to carry out rehabilitation measures in order to re-establish the adequate relations with the micro- and macro-social environment in which the patient lives and works. In order to conduct the rehabilitation of schizophrenic patients efficiently, an adequate system of measures and activities is needed representing the rehabilitation model specific for a given sociocultural environment. Conditionally, it might be said that there are two preponderant models of rehabilitation of mentally ill in the world today. The first one is dominant in Anglo-Saxon countries and in the countries belonging to the so-called Western economic, political and cultural circle, where the rehabilitation of mentally ill is understood primarily as a social process, while the other model, used in Soviet psychiatric practice for decades already, attributes equal importance to biomedical and bio-social aspects of rehabilitation.

In our country, notwithstanding the many positive results in the protection and care of mentally ill, there is as yet no unique, efficient model of rehabilitation of mentally ill, the effects of that being the early invalidation of a numerous schizophrenic population and its shutting out from the active and productive life. It is obvious that new effort is needed in order to build a unique model of rehabilitation of schizophrenic patients proper to our social and other relevant circumstances.

LITERATURA

(1) World Health, *Rehabilitation for all*, May, 1984.

(2) Pterakov, B. D. (1965): *Psihičeskaja zaboljevaemost v nekatornih stranah v XX veke*, Medicina, Moskva.

(3) Mc Grath, S. D. (1965): *Rehabilitation Following Mental Illness*, Rehabilitation, 52, p — 42.

(4) Kecmanović, D. (1983): *Dugotrajno hospitalizovani shizofreni bolesnici*, »Veselin Masleša« — Sarajevo.

(5) Stanetti, F. (1966): *Rehabilitacioni program obzirom na strukturu morbi-*

diteta, iz Rehabilitacije i terapije radom, izdanje bolnice Vrapče, Zagreb, st. 61.

(6) Goldberg, D. (1974): *Principles of Rehabilitation,* Comprehensive Psychiat. 15, p — 237.

(7) Wing, J. K. (1963): *Rehabilitation of Psychiatric Patients* — Brit. J. of Psychiat., 109, p — 635.

(8) Wing, J. K. (1974): *Principles of Rehabilitation of the Mentally Ill,* Inter-Metropolitan Regional Group Study Day, Institute of Psychiatry, London.

(9) Wing, J. K. (1974): *Principles of Rehabilitation of the Mentallly Ill in United Kingdom,* Soc. Psihijatrija — Zgb., 1, st. 83.

(10) Mayer-Gross, Slater and Roth (1954): *Clinical Psychiatry,* Baillere, Tindal and Cassell, London, p — 6.

(11) Alexander, F. G., Selesnic, Sh. T. (1966): *The History of Psychiatry,* Mentor book, New York.

(12) Solomon, Ph., Patch, V. (1974): *Handbook of Psychiatry,* Lange Medical Publication, Los Altos, California, p — 641.

(13) Early, D. F. (1973): *Continuing Community Care,* 2 Symposium on Rehabilitation in Psychiatry, Örebro, p — 46.

(14) Glasscote, R. M., Cumming, E., Rutman, J., Sussex, J. N., Glasman, S. M. (1973): *Rehabilitating the Mentally Ill in the Community,* The Joint Information Service of the APA and the National Association for Mental Health, Washington.

(15) Zusman, J. (1982): *Tertiary Prevention in Freedman,* A. M. Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry, p — 2340.

(16) Kolb, L. C. (1977): *Modern Clinical Psychiatry,* W. B. Saunders Comp., p — 805.

(17) Gregory, I. (1977): *Psychiatry,* Little, Brown and Company, Boston, p — 127.

(18) Kabanov, M. M. (1972): *K vaprosu o svjazi reabilitacionih meroprijatij provedimih v boljničnih i vneboljničnih uslovijah,* Ž. Nev. Psihiat, imeni Korsakova, 72, s — 438.

(19) Belov, V. P. (1973): *Reabilitacija: soderžanije i predposilki* u: Metdologičeskije i organizacioni voprosi reabilitaci invalidov, CIZTIN, Moskva, st. 5.

(20) Melehov, D. E. (1967): *Socialjnoe i trudovoje ustrojstvo psihičeski boljnih,* Ž. Nevro-psihiat. im. Korsakova, 67. st. 1668.

(21) Serebrjakova, Z. N. (1969): *Sovetskie psihonevrologičeskie dispanzeri i ih rolj v profilaktike i lečenii psihičeskih zabolevanij,* Ž. Nevropat. Psihiat. imeni Korsakova, 69. st. 961.

(22) Safonov, A. G. (1976): *Sostojanie i perspektivi razvitija nevrologičeskoj i psihijatrijčeskoj pomošći naseleniju v SSSR,* Ž. Nevropat. Psihiat. imeni Korsakova, 76. st. 801.

(23) *Zbornik Rehabilitacija i terapija radom* (1966), Bolnica Vrapče, Zagreb.

ANU BiH