

Priložnosti in pasti današnje psihiatrije

Martina Tomori

Značilen vpogled v identitetne dileme, pojmovanje prihodnosti naše stroke, priložnosti in pasti, med katerimi se danes pretika psihiatrija, nam ponuja forum glasila Svetovnega združenja psihiatrov, ki ga je odprl Heinz Katchnig, naš sosed iz Avstrije, sicer vpliven lik v združenju. Svoj članek(1) je Katchnig naslovil zelo uradno: Ali so psihiatri ogrožena vrsta? Opazovanja notranjih in zunanjih izzivov poklicu. V tem prispevku, ki torej prihaja prav z vrha naše stroke, je hudo črnogledo in po srednjeevropsko nergaško izpostavil vprašanja, ki naj bi se v tej ali oni obliki pojavljala v psihiatričnih glasilih. Po teh je povzel, da psihiatriji grozi bodisi, da bo izginila v drugih medicinskih strokah(2), bodisi, da bo izgubila svoje mesto v medicini(3). Zastavlja vprašanje, če in kako bo psihiatrija preživela proti drugi polovici 21. stoletja. Katchnig opisuje tri notranje in tri zunanje izzive naši stroki, ki naj bi bili vir njene ogroženosti.

Prvi notranji razlog (po Katchnigu), ki izpodkopuje preživetje psihiatrije, je ne/zanesljivost in ne/uporabnost diagnoz po obeh kvalifikacijskih sistemih (DSM in ICD). Avtor postavlja pod vprašaj mejo med bolezensko motnjo in homeostatičnimi odzivi posameznika na različne življenjske obremenitve. Citira Redlicha(4), ki je pred 50 leti ugotavljal, da psihiatrija zapušča otok psihiatričnih bolezni in se utaplja v brezmejnem morju človeških težav (za mene osebno, ki sem se osebno in javno veliko ukvarjala z vprašanjem ocene »normalnosti«, je to splavanje psihiatrije z otoka v morje pravzaprav začetek skupnostne psihiatrije in smiselno širjenje pojma zdravja).

Drugi notranji vir ogroženosti psihiatrije je po Katchnigu zmanjševanje zaupanja v z dokazi podprta znanja. Ob tem odpira vprašljivost podatkov, ki jih stroka zbira z raziskovanjem, predvsem z randomiziranimi vzorci(5).

Tretji notranji razlog za negotov položaj psihiatrije vidi avtor Foruma v pomanjkanju zanesljive (absolutne?) teoretične osnove naše stroke (»Vprašaj tri psihiatre, pa boš dobil štiri odgovore!«). Poudarja, da so vnaprejšnja prepričanja in mazaški pristopi prisotni povsod v medicini, a nikjer ne cvetijo tako bogato kot v psihiatriji. Delo, ki je pri mnogih psihiatrah usmerjeno le v enovrstno psihopatologijo (npr. zdravljenje oseb s psihozo ali odvisnih od alkohola), omejuje mnogim psihiatrom širino in strokovno zanesljivost pri ostalih psihiatričnih problematikah. Zunanjim, tudi medicinsko izobraženim opazovalcem gre težko v glavo še vedno precej očitna razcepljenost psihiatrov med biološkim in psihosocialnim razumevanjem duševnih motenj(6).

Med zunanjimi izzivi naše stroke vidi Katchnig najprej nezadovoljstvo pacientov z oskrbo, ki so je deležni s strani psihiatrov (vse številnejša so njihova mnenja in opisi osebnih izkušenj, ki jih objavljajo »uporabniki« psihiatrije na spletu).

Drugi zunanji izziv je tekmovanje drugih medicinskih strok s psihiatrijo: ti pogosto izkoriščajo stigmo, povezano s psihiatričnim zdravljenjem in »polovijo« paciente, ki se želijo tej stigmati izogniti. Zlasti nevrologi imajo z rastočim razumevanjem bioloških dejavnikov pri razvoju in zdravljenju duševnih motenj vse trdnejši

alibi za tako poseganje v psihiatrično problematiko. Psihoterapevti, psihologi in socialni delavci pa prenašajo svoj delež pri obravnavi oseb z duševno motnjo vse bolj na področje zasebne prakse, ven s polja psihiatrije in često tudi brez osnovne povezave z njo. Pomanjkanje psihiatrov, posebno v nekaterih regijah (očitno to ni značilno le za Slovenijo), tak premik obravnave oseb z duševno motnjo še bolj omogoča in spodbuja. Opozorilo, ki se še posebno vsebinsko povezuje z organizacijo in strokovnostjo skupne psihiatrije, prihaja – zanimivo – iz Velike Britanije: Psihiatri morajo še naprej videti pacienta na prvi liniji obravnave duševne motnje in ne le kot supervizorji, ob tem ko obravnavo zastavijo in opravljajo drugi profili. Če se kot vsevedni konzultanti srečujejo le z majhnim številom pacientov, pri tem pa izvajajo supervizijo nad tistimi, ki obravnavajo ogromno število trpečih, je le še vprašanje časa, kdaj bodo izgubili spoštovanje, kredibilnost in kompetenco(7).

Tretji vir zunanje ogroženosti psihiatrije je po Katchnigu negotova podoba te stroke. Razloge za to vidi v stereotipih te vrste in zmotnih prepričanjih javnosti, ki ga še vedno presenečajo: na lastnem primeru vidi, da ljudi še vedno osupne, če je psihiater »čisto normalen«. Stigmatiziranost se še vedno kaže na različne načine: v odnosu do oseb z duševno motnjo, številu mladih zdravnikov, ki se odločajo za to specializacijo, v odnosu zdravnikov drugih specialnosti (ali zdravnikov družinske medicine) do psihiatričnega zdravljenja. Da stigmatizacija ne doleti le oseb z duševno motnjo, ampak tudi zdravnike, ki jih zdravimo, kaže raziskovalni projekt WPA z naslovom »Stigmatizacija psihiatrije in psihiatrov«.

Sumim, da je za Katchnigovim prispevkom skrita pravzaprav njegova namera, da spodbudi argumentirana nasprotovanja izpostavljenim idejam. V tem je tudi uspel. Že Mario Maj, predsednik WPA v času objave tega foruma, se je odzval s pomirjujočim in zelo pozitivno naravnanim prispevkom(8):

Razumeti moramo bistvo problema, pravi, in preusmeriti možnost navedenih tveganj v priložnost za rast. Izzivi so za to, da prerastejo v nove priložnosti. Res ima psihiatrija različna teoretična izhodišča, vendar povezovanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov ni slabost, ampak moč naše stroke. Tako moramo videti in jo še razvijati. Namesto borbe mnenj moramo iskati sinergijo in medsebojno oplajanje teh treh področij. Ni se nam tudi treba ukvarjati z dilemo ali gre pri duševni motnji za patologijo ali vprašanje (morda adaptivne) disfunkcionalnosti, take dileme bodo prej ali slej odpirale tudi druge medicinske stroke. Stigmatizacija psihiatrov je posledica preteklih dogajanj na polju naše stroke, pravi Maj. Svojo kredibilno strokovno podobo moramo razdelati in jo razvijati še naprej. Maj vidi krizo, v kateri morda je psihiatrija, kot razvojno fazo. Bodočnost naše stroke je v naših rokah, in to mnogo bolj kot v rokah naših pacientov ali politikov, je prepričan predsednik Svetovnega združenja psihiatrov.

Katchnigov pesimizem nekako povzema Jablensky(9): Med tem, ko je napredek bioloških znanosti veliko prispeval k večji učinkovitosti mnogih polj medicine – npr. kirurgije, onkologije, kardiologije in klinične imunologije, pa se v psihiatriji to še ni zgodilo. Nova spoznanja nevroznanosti, molekularne genetike in genomike le malo prispevajo k večjim možnostim praktičnega dela. Se pa tudi Jablensky strinja z Eisenbergom(10): psihiatrija je še vedno edina medicinska veda, ki je obdržala zanimanje za bolnika kot osebo, in to v času vse bolj dominirajočih medicinskih subspecializacij, ki izhajajo iz znanj o posameznih organih.

Na pomen medicinske izobrazbe psihiatra (ki ima poleg te še humanistična znanja) opozarjata tudi Nick in Bridget Craddock(11). Pacientu lahko psihiater prav zaradi svoje temeljne medicinske izobrazbe nudi več kot drugi strokovnjaki, ki imajo znanja in posluš za delo z dušo. Ker je izučen za zdravnika in razume

delovanje možganov kot tudi druge povezave v razvoju duševnih motenj, lahko psihosocialna dogajanja smiselno umesti v svoja delovna izhodišča.

Muñoz(12) v dopolnjevanju znanj in zorenju celostne psihiatrove misli vidi zagotovilo za to, da »zlata doba psihiatrije« šele prihaja. Hollisova(13) spodbuja še k večji krepitvi alianse med psihiatrijo in drugimi medicinskimi strokami, pa tudi s pacienti. V reintegraciji psihiatrije v medicino vidi možnost destigmatizacije duševne motnje. Sharfstein(14) pa meni, da psihiatrija ni le živa, ampak celo vse bolj uspeva. Ta njen razcvet pripisuje vznemirljivim novim znanstvenim dognanjem, napredku genetike duševnega zdravja in obnovljenemu zanimanju za psihoterapijo in psihosocialne intervencije.

O močni in pomembni vlogi današnjega psihiatra pri integriranju znanj medicine in humanističnih ved ter prenosu le-teh v klinično prakso govorijo v svojih različno bojevitih in z različno tehtnostjo podprtih prispevkih na forumu še drugi psihiatri, ki jih je izzvala Katchnigova dilema glede identitete in bodočnosti naše stroke. To kažejo že naslovi njihovih prispevkov, kot npr.: »Psihiatri bodo zmagali« in »Psihiatrijo čaka velika prihodnost«...

Ko sem šla prebrat referate na naših preteklih kongresih – v izogib ponavljanju že povedanega – me je prav razveselilo dejstvo, da smo vse te dileme v slovenski psihiatriji odpirali že zelo zgodaj(15, 16, 17). Ob tem me je po svoje presenetilo dejstvo, da se z možno krizo psihiatrije ponovno in še vedno s tako zavzetostjo ukvarjajo v svetovnem vrhu naše stroke (morda je to ostanek moje infantilne predstave, da očetje vejo vse in da so jim vsaki dvomi tuji). Vse skupaj me je spomnilo na podobno presenečenje, ko je po več letih prišla v mojo ordinacijo mlada ženska, sposobna in že uspešna doktorica znanosti, ki sem ji pred leti pomagala, da se izvleče iz adolescentske krize, pa sem ob zaključku tiste obravnave verjela, da je punca rešena dvomov o sebi in separacijskih dilem. Čeprav na njenem obrazu zdaj ni bilo več motečih aken in se ni več mučila ob nihanju med ugodjem in aksezo, čeprav je znala s člani svoje generacije že zdravo in učinkovito sodelovati, se mednje ustvarjalno vključevati, čeprav je bila sposobna že odlično delati in že skoraj odlično tudi ljubiti – pa je prišla pri prehodu proti svoji dokončni osebni avtonomiji in samostojnosti v ponovno krizo pri prevzemanju lastne vloge starša in vzpostavljanja neogrožujoče bližine s svojimi starši, ki so ji prej omogočili zorenje in ji odpirali pogled v svet, ki ga zdaj uspešno obvladuje sama. Podobno kot ta mlada ženska je tudi psihiatrija pred novo fazo svojega potovanja. Morala bo razviti jasno sliko o sebi, prepoznavati bo morala svoje šibke točke brez sramu in prizadetosti in jih obvladovati tam, kjer ji je to res pomembno. Začutiti bo morala razkošje te svoje osebne avtonomije in z njo obogatiti svojo zrelejšo ustvarjalnost. Ob tem pa se bo morala čutiti udobno ob družini, v kateri je rasla, brez zamer za pretekle in še vedno včasih potrebne odvisnosti od nje.

Kako pa je z dilemami, priložnostmi in pastmi v današnji slovenski psihiatriji?

Vpogled v to se mi sestavlja pri mnogih pogovorih s slovenskimi psihiatri in s spoznavanjem njihovega kliničnega in raziskovalnega dela v stroki – tistimi, ki so svoje poglede o stroki že dozoreli in z njimi uskladili ter označili svoje delo in tistimi, ki na galejo šele vstopajo, še utrjujejo prijem svojih vesel in še iščejo tokove, po katerih bodo pluli.

Prvi so osnovno dilemo – biti dober psihiater – že nekako razrešili. Nekateri tudi tako, da so delo bolj prilagodili realnim možnostim in omejitvam kot pa začetni zavzetosti. Zadovoljni so na točki, ki jo lahko opišemo kot »dovolj dober psihiater« (podobno kot psihodinamično usmerjeni ostajajo pri »dovolj dobrem

staršu« ali »dovolj dobri dojki«, kar psihiatrija lahko tudi je). Prejšnje idealne predstave so obrusili ob omejitvah in ovirah vsakodnevnega soočenja s stvarnimi možnostmi in zahtevami svojega delodajalca in investitorja. Ti psihiatri se ne razlikujejo med seboj in pri svojem delu s pacienti toliko po svojem osnovnem kliničnem znanju, gotovosti in zanesljivosti v diagnostiki, prepoznavanju psihopatologije in zastavljanjem klasifikacijskih kategorij, celo tudi ne dosti v odločitvah glede izbire metode zdravljenja pri posameznem pacientu. Razlikujejo pa se po tem, kakšen je njihov odnos do t. im. »subkliničnih motenj«, torej tistih, ki jih sicer ne najdemo med kriteriji za postavitev diagnoze, pa vseeno lahko bistveno vplivajo na človekovo duševno ravnovesje, njegovo odpornost za stres in celotno kakovost njegovega življenja in življenja njegovih bližnjih. To so motnje samopodobe, disfunkcionalnost v medosebnih odnosih, nefleksibilnost vedenjskih vzorcev, zavirajoča prepričanja in toga življenjska stališča. Prav razlike v občutljivosti psihiatra za te dimenzije pacientove osebnosti lahko odločajo med dobrim in dovolj dobrim psihiatrom.

Sama kot najresnejšo past pri delu psihiatra vidim v opravljanju dela, ki ga preprosto imenujemo rutinsko. To je lahko strokovno korektno, povsem skladno s strokovnimi smernicami, natančno in se kaže v izvidih z vsemi potrebnimi postavkami: anamnezo, psihičnim statusom, opisom intervencije, navedbo zdravil, diagnozo in datumom kontrolnega pregleda. Manjka pa iskra, ki se prižge med pacientom in njegovim zdravnikom, radovednost za vse, kar je posameznika privedlo v težave s seboj in drugimi, prepoznavanje njegove odpornosti in zdravih sil, ki so terapevtu lahko največji zaveznik, upoštevanje vsega, kar pacientu oblikuje vsakdan, v katerem trpi, se veseli, obupuje in upa. Prav iskanje in odpiranje teh dimenzij prinaša v psihiatrično obravnavo priložnosti, ki nazadnje odločajo o izidu zdravljenja. To, kako je pacient s strani svojega psihiatra prepoznan kot oseba, posebna in drugačna od vseh drugih, pokaže, kako dober je psihiater. Škodo, ki jo prinaša past rutinskega dela – ne glede na strokovno doslednost in korektnost – čutita oba, pacient in psihiater. Oba z njo zamujata priložnosti, ki jih vsebuje kreativno in dinamično delo v naši stroki.

Za mlade psihiatre, torej tiste, ki v stroko šele vstopajo, so v sodobni psihiatriji v veljavi kriteriji »dobrega psihiatra«, ki jih je pripravil Royal College of Psychiatrists v Veliki Britaniji(18, 19).

Ti kriteriji so:

- obvladovanje kliničnih spretnosti in sposobnosti
- sposobnost dobre komunikacije in poslušanja
- razumevanje pomena skupinske dinamike
- sposobnost za ustvarjanje ozračja v timu, kjer so osebna mnenja spoštovana in upoštevana
- sposobnost odločanja
- pripravljenost za oceno dela osebja
- osnovno razumevanje načel managementa
- razumevanje in upoštevanje vloge ter položaja ranljivega pacienta
- empatija in opogumljanje pacientov in njihovih svojcev
- kritičen odnos in ozaveščenost lastnih čustvenih odzivov v klinični situaciji

Ti kriteriji so prilagojeni naravi psihiatričnega (vključno timskega) dela in se dopolnjujejo še z bolj splošnimi zahtevami, ki jih za vse zdravnike določa še General Medical Council(20). Ta posebej poudarja zdravnikovo dolžnost, da svojega pacienta spoštuje, s tem pa spoštuje in upošteva njegovo dostojanstvo, pravico do

zasebnosti in lastnih vrednot, da obvladuje lastna drugačna prepričanja, ki ne smejo ovirati ali omejevati pomoči pacientu.

Ob teh načelih se seveda odpirajo čisto posebna vprašanja. Ali dober psihiater postaneš? Ali to lahko tudi prenehaš biti? Je identiteta dobrega psihiatra v obeh smereh povezana z identiteto dobrega človeka? Se je podobi dobrega psihiatra mogoče približati tudi z izogibanjem pastem in reševanju iz njih, če so nas te že vklebile, ter s sledenjem priložnostim, ki nam jih daje naš poklic?

Priložnosti in pasti, ki sestavljajo delo psihiatra in vplivajo nanj, ne določajo le osebni dejavniki psihiatra in njegovega pacienta, temveč zelo pomembno tudi širši družbeni, sistemski, ekonomski in vse bolj tudi politični dejavniki.

Ni le formula, ki jo danes izgovarjamo vsi, ampak trda resničnost, da živimo v kriznem času in da se to še kako odraža tudi na duševnem zdravju (ne le na psihosocialni funkcionalnosti) prav vseh ljudi v našem prostoru. Psihiater mora to upoštevati pri svojem delu in prepoznavati poseben vpliv te krize pri vsakem od svojih pacientov posebej. Ena najnevarnejših pasti, pasti, ki našim pacientom najmanj pomaga in jim celo lahko najbolj škoduje, je, če psihiatri na vdajo v tej krizi kar pristanejo. To pomeni, da – tako kot tudi mnogi od tistih, ki od nas potrebujejo in tudi pričakujejo pomoč – v teh razmerah razvijemo vzorce pojmovanja, s tem pa tudi ravnanja in doživljanja nemočne žrtve. Tipičen primer pasti, v katero padeta skupaj morda dobronamerni psihiater in njegov pacient, je predaja v obliki iskanja invalidske ocene. Prepričana sem, da je vsakemu psihiatru zelo jasno, kdaj je ta postopek sprožen iz strokovno zdravstvenih razlogov (teh je v psihiatriji vse manj) in kdaj zakriva reševanje povsem drugega, socialnega in eksistenčnega problema. Vsi dobro vemo, da prilagoditvene motnje in somatizacija nista indikatorja za izgubo delazmožnosti. Kot tudi ne depresivna epizoda. Že vprašanje postopka, kaj šele predlog psihiatra zanj – sproži premik iz dejavnega prizadevanja zase, aktivacije osebnih sil in moči, predstave o sebi kot človeku, ki si je zmožen dejavno napolniti življenje v smeri predstave o lastni nesreči, nesposobnosti in vlogi žrtve. Kadar iskanje potrdila o invalidski še ni preračunana lažja pot do vsaj nekakšne socialne in gmotne varnosti, pa je lahko pot do socialne izolacije, pasivnosti in umika iz življenjske dinamike.

Na to, kako učinkovito in za kakšno ceno, pa tudi s kakšno posledično izkušnjo o sebi in o svetu, človek premaguje svoje majhne in velike krize, vpliva veliko dejavnikov. Iz krize izide človek močnejši in sposobnejši le, če jo premaguje dejavno in če v reševanje težav investira svoje lastne moči, zaupanje vase in v druge, pozitivno razmišljanje o možnih rešitvah in poti do njih, povezanost z drugimi in sodelovanje z njimi, občutja pripadnosti, spodbudne soodvisnosti, lojalnosti in osebnega poguma.

Kot nas psihiatre uči že stroka, je bistveni del krizne intervencije, pomoč pacientu, da aktivira svoje zdrave moči in pozitivne življenjske motive. Pri narodu, ki je že tako preveč naravnan v iskanje krivde pri sebi in pri drugih, v samouničevanje in iskanje razlogov prej za poraz kot za prizadevanja za zmago, je še toliko bolj pomembno spodbujati pozitivne rešitve in krepitev funkcionalnih strategij za obvladovanje stresa. To je prava priložnost za to, da psihiater ob svojih znanjih in usposobljenosti za pomoč svojemu pacientu izkaže tudi svojo osebno zavzetost v terapevtskem procesu. Ta je še posebno v kriznih okoliščinah lahko učinkovit le, če ne ostaja zgolj na rutinski ravni.

Psihiatri ob svoji osnovni naravnosti, da pojmujejo človeka v vseh njegovih razsežnostih in upoštevamo celoten kontekst njegovega življenja, razumemo pomen, moč in težo zunanjih pritiskov in obremenitev, ki lahko ogrozijo človekove obrambne potenciale v stresu in preizkušnjah. Ne le iz teorije, ampak iz nešteti

izkušenj iz dela s pacienti, ki v svojih stiskah izbirajo napačne poti in s tem dodatno ogrozijo svoje življenje, ali pa ga celo izgubijo, vemo, kateri zunanji vplivi ta proces reševanja stiske lahko obrnejo v usodno smer, k praktično zagotovljenemu porazu. Vemo, kako vpliva strah na človekovo samopodobo in njegove sile, potrebne za preživetje. Vemo, da je biti majhen, nemočen in izpostavljen nadvladi drugega, boleče in ponižujoče ali pa ob strahopetnosti tudi udobno. Izguba občutja lastne vrednosti vzbuja samozaničevanje, to pa tudi sovražnost do drugih. Sili v iskanje njihovih slabih točk, utrjuje negativen, že v osnovi kritičen in odklonilen odnos do njih. Ne spodbuja k povezovanju, sodelovanju, krepitvi lastnih pozitivnih motivov in spoštovanju motivov drugega človeka, ne olajšuje druženja z drugimi v prizadevanju za spremembe na boljše. Ne jača, ampak duši prilagoditvene potenciale, ki bi bili v stiski in v stanju krize še posebno potrebni in odločilni za njeno rešitev. Izguba energij v črno močvirje zamer, občutij prikrajšanosti in krivice, nepovrnjenih dolgov generacij nazaj, negativnih pojmovanj in predsodkov lahko resno okrni ustvarjalne potenciale celih generacij. Sešteva se z nezadovoljstvom in razočaranjem ob aktualnih težavah, če ob teh ne vidi poti ven in naprej. Zastrašen in zagrenjen človek ne more biti kreativen, v svojo temo vleče še druge. Zato se morda nikoli več ne bo boril za svetlobo. Naj mi bo dovoljena metafora, ki je – žal – tudi podoba realnosti: Otrok, ki je lačen (takih je v Sloveniji zdaj za eno desetino), se od tistih, ki v šoli še imajo kosilo umika tja, kjer ga duh po hrani ne sooča s svojo prikrajšanostjo. Ne razume, zakaj tudi on ni deležen toplega obroka in ne mara vseh tistih, ki ga morda (še) imajo. Noče se družiti z njimi in poln občutij krivične neizpoljenosti se ne more vključevati v proces izobraževanja, ki bi ga – edini – usposobil za kasnejšo samostojnost in dostojno preživetje. Vsakovrstna, tudi tista prava lakota in občutje prikrajšanosti nista dobra podlaga za dober način utrjevanja zdrave samozavesti in zadovoljujoče samopodobe. Ali bomo te otroke, brez pravih znanj, ki jim jih ne morejo dati razvrednoteni učitelji in brez perspektiv in spodbud, ki jih niso deležni s strani staršev, ki v krču čakajo na položnice in izgubo zaposlitve, čez nekaj let srečevali v svojih ambulantah, ko se bodo brez zaupanja vase vdajali samouničevalnim silam ali pa se jih bomo bali na cesti, kjer bodo svojo »moč« izkazovali nad nemočnimi? Doživljanje brezupnosti za prihodnost, podkrepjeno z jezo in resigniranostjo bližnjih odraslih, se v tako usmerjanem in še spodbujanem ozračju razraščata in preusmerjata ogromne razvojne energije generacij odraščajočih. Si je mogoče predstavljati, da to ne bi vplivalo na odrasla življenja teh, ki danes odraščajo?

Spet ne le teorija in temeljna humanistična znanja, ki se jim psihiatri zaradi narave svoje stroke ne moremo odpovedati in zmanjševati njihovega pomena, ampak tudi naše izkušnje iz dela s pacienti, nas opozarjajo na šibke točke populacije, ki so ji namenjena naša znanja in strokovna usposobljenost. Naš nacionalni značaj, ki je svoje glavne poteze oblikoval preko vseh zgodovinskih in epigenetskih procesov, prinaša – žal – tudi določeno polje ranljivosti v slovensko družbo. Te so lahko hvaležno prijemališče za izražanje moči, oblasti, groženj in širjenja strahu. Zato so vsakršna prizadevanja za premagovanje teh šibkosti in njihovo odpravljanje z razvojem pozitivnih, dejavnih, tvornih in ustvarjalnih spodbud še toliko bolj pomembna. Psihiatrova priložnost pri tem ni omejena le na pomoč posamezniku, ki je na tem, da bo svojo bitko izgubil, ampak je podana tudi na polju preventivnih dejavnosti, ki naj bi razvijale, varovale in promovirale zdrave osebne potenciale posameznikov in populacije. Ta priložnost pa je povezana tudi z našo osebno in zdravniško odgovornostjo, z našimi lastnimi potenciali za pozitivne spremembe, motiviranostjo za prispevek svojega deleža pri zmanjševanju trpljenja in tudi osebnim pogumom.

Literatura:

1. Katchnig H. Are psychiatrists an endangered species? *Observations on internal and external challenges to the profession.* *World Psychiatry* 2010; 9: 21-28.
2. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NE et al (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd ed.* Oxford: Oxford University Press, 2009: 17-27.
3. Malhi G.S. Professionalizing psychiatry: from 'amateur' psychiatry to a mature profession. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 255-8.
4. Redlich F. The concept of health in psychiatry. In: Leighton AH, Clausen JA, Wilson RN (eds). *Explorations in social psychiatry.* New York: Basic Books, 1957: 138-64.
5. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 243-51.
6. Luhrmann TM. *Of two minds. An anthropologist look at American psychiatry.* New York: Vintage Books, 2000.
7. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull* 2007; 31:315.
8. Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry* 2010; 9: 1-2.
9. Jablensky A. Psychiatry in crisis? Back to fundamentals. *World Psychiatry* 2010; 9: 29.
10. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or braver than it was a decade ago? *Br. J. Psychiatry* 2000; 176: 1-5.
11. Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefits from a psychiatrist's medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010; 9: 30-31.
12. Muñoz R. The golden years of psychiatry are in the future. *World Psychiatry* 2010; 9: 31-32.
13. Hollis S. Bridging a cultural divide within medicine: a role for psychiatrists? *World Psychiatry* 2010; 9: 32-33.
14. Sharfstein SS. Psychiatry is alive and well. *World Psychiatry* 2010; 9: 33-34.
15. Tomori M. Ali je psihiatrija v krizi? *Zdrav Vestn*, 1998; 67, 2: 53-55.
16. Tomori M. Psihiatrija včeraj, danes in jutri – v očeh pacienta. *Slovenski psihiatrični kongres, Portorož, 2004.*
17. Tomori M. Psihiater pred preizkušnjo – med teorijo in prakso. V: Novak Šarotar B (ur.), Bon J (ur.), Pregelj P (ur.). *Program in zbornik prispevkov.* Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2008: 26.
18. Royal College of Psychiatrists. *Good Psychiatric Practice. Council Report CR83* London: Royal College of Psychiatrists, 2000.
19. Bhugra D, Sivakumar K, Holsgrove G, Butler G, Leese M. What makes a good psychiatrist? *World Psychiatry* 2009; 8: 119-120.
20. General Medical Council. *Good Medical Practice.* London: GMC; 1998.