

Odnos med pacientom in psihiatrom – ga je potrebno prevrednotiti?

Martina Tomori

Korespondenca:

prof.dr. Martina Tomori, dr.med.
tomori.martina@gmail.com

Odnos, ki se stke med dvema oseba, je dinamična, ves čas prepletajoča se mreža dogajanj, ki jih usmerjajo zavedni in nezavedni procesi na obeh straneh. Njune predhodne predstave, stališča, pričakovanja, fantazme, vse pretekle zadovoljene in še bolj nezadovoljene potrebe, izkušnje iz povezovanja z ljudmi, istovetenja z njimi in učenja od njih – vse to vpliva na ta odnos in odloča o tem, kaj bo zapustil v vsakem od obeh vključenih. Vsak pomemben odnos je preizkušnja emocionalnih in empatičnih potencialov, prilagodljivosti in kapacitet za medsebojno povezovanje. Je polje, kjer se preverjajo zmožnosti in pripravljenost za prepoznavanje realitete druge osebe, upoštevanje te realitete in njeno spoštovanje, tudi ko je ta različna od lastne. Je preverjanje sposobnosti zaznavanja sporočil, jasnosti izražanja in strpnosti do drugačnega.

Vse te prvine oblikujejo tudi odnos med psihiatrom in njegovim pacientom. To je še posebej pomembno zato, ker je to odnos, ki naj bi pomagal pacientu k spremembam, ki mu naredijo življenje lažje, bolj privlačno in vrednejše.

Psihiater je zdravnik, in to z vsem, kar to pomeni. Njegovo delo pa ima – tudi v primerjavi z delom zdravnikov drugih specialnosti – svoje posebnosti. Vsaka od njih je lepa in težka hkrati. Ob tem ko ga zavezuje z zahtevo po zanesljivem in ves čas dopolnjevanem znanju in ob tem ko vključuje tudi mnoge razsežnosti njegove lastne osebnosti. V psihiatrični obravnavi, tako v njenem diagnostičnem kot terapevtskem delu, vstopa psihater v najbolj intimen, občutljiv in varovani del notranjega sveta svojega pacienta. Srečuje se z njegovimi dvomi o sebi, strahom pred večerom in grozo pred novim jutrom. Pogloblja se v pekel, v katerem je izginil človekov smeh. Skupaj s svojim pacientom mora iskati poti iz teh peklov in najti tiste steze, ki jih je – čeprav strme – sposoben prehoditi prav ta pacient. Znati mora priklicati na plan tiste močne točke pacientove osebnosti, na katerih bo prav ta oseba, drugačna od vseh drugih, lahko krepila svoje sposobnosti za obvladovanje življenjskih preizkušenj še tudi po tem, ko se ne bosta več srečevala. Psihiater se mora znati primerno odzivati na klice na pomoč, tudi kadar so ti navzven odklonilni ali celo destruktivni. Sposoben mora biti za prepoznavanje nešteti glasov tišine in slišati mora sporočila molka. Razumeti mora stisko svojega pacienta, tudi kadar ta tega vedno znova sili v povzročanje bolečin njegovim najbližjim. Varovati mora pacientovo ranljivost in razumeti njegove poizkuse obrambe pred razdiralnimi občutki krivde in

dušečo bojznijo pred ponižanjem. Zaščititi ga mora pred njegovim lastnim sramom in ga krepiti pred dvomi o sebi. Spoštovati mora njegovo potrebo po vzdrževanju osnovnega osebnega dostojanstva.

Odnos med psihiatrom in njegovim pacientom mora biti strukturiran v skladu s pravili, ki jih določa psihiatrična stroka na osnovi vseh znanj in dognanj o psiholoških in socialnih zakonitostih duševnega zdravja in bolezni. Upoštevati mora pomen medsebojnih meja ob zanesljivi strokovni oceni pacientovih potreb (od strahu pa do hlepenja) po bližini. Za to je potrebno razumevanje psiholoških procesov, ki oblikujejo medosebne odnose, še posebno tiste, ki obema vključenima v odnos omogočajo in zagotavljajo občutek varnosti, zaupanja in medsebojnega spoštovanja.

Pomen odnosa med osebo z duševno motnjo in tisto, ki ji želi pomagati to motnjo odpraviti ali vsaj ublažiti njene vplive na življenje posameznika in njegovih bližnjih, je znan že v vsej zgodovini zdravljenja človekovih duševnih bolečin. Ogromne energije, vložene v gradnjo tega odnosa, kažejo, kako resno in zavzeto so v različnih obdobjih človeštva videli povezanost med tem odnosom in učinkovitostjo takšne pomoči. To potrjuje zgodovina psihiatrije na vsem, tisočletja dolgem potovanju od prepričanj, da psihični fenomeni (in njihove motnje) izhajajo iz nadnaravnih sil, naklonjenosti – in pomanjkanja le-te – s strani bogov, pa do vse bolj poglobljenega in z dokazi podprtega poznavanja nevrofizioloških dogajanj v možganih, ki usmerjajo razvoj duševnega zdravja in duševnih motenj.

Že pogled na dve podobi terapevta iz med seboj časovno zelo oddaljenih obdobj človeške kulture, razvoja znanosti in ogromnih razlik v prosvetljenosti človeka, povedno osvetli pomen odnosa med osebo z duševno motnjo in tisto, na katero se je ta obrnila po pomoč: šaman, ki je v različnih kulturah in za naše oči na zelo dramatičen način izganjal zlo iz trpečega človeka, je imel v pojmovanju ljudi sposobnost komuniciranja s silami, ki usmerjajo vedenje prizadetega posameznika. Sam je moral, da se je za to delo usposobil, iti prek krutega procesa izolacije in spoprijemanja z lastnimi notranjimi demoni, da je lahko obvladal demone drugih. Pred izvedbo zdravilnega rituala je v poglobljenem srečanju s svojim »pacientom« le-temu pomagal navzven izraziti svoje strahove in opisati svoje kršenje v njegovi kulturi veljavnih tabujev, s čimer je – bi rekli danes – prenesel konflikt iz nezavednega v sfero, ki je bolj dosegljiva in zato morda bolj obvladljiva. Primerjava

z delom psihoanalitično usmerjenega terapevta se ponuja kar sama od sebe.

Psihoanaliza je odnos med terapevtom in pacientom proučevala z veliko pozornostjo. Te – upravičeno – ni usmerjala le na pacienta, ampak tudi na terapevta. Ključen pomen tega medosebnega odnosa je izpostavljala še v času, ko formativna vloga zgodnjih izkušenj na proces osebnostnega oblikovanja, vključno s kapaciteto za navezovanje medosebnih odnosov s teorijo navezanosti, še ni bila artikulirana z jezikom nevroznanosti in so bili nefiziološki in biokemični procesi razvoja in delovanja možganov očem in pojmovanju takratne znanosti še nedosegljivi. Razumevanje transferja – prenosa infantilnih vsebin iz primarnih odnosov v kasnejše življenjsko pomembne navezave – se je od začetkov psihoanalize razvijalo še naprej. Ob začetni pozornosti na vpliv disfunkcionalnosti in prikrajšanosti v teh primarnih odnosih na kasneje izražene osebnostne vrzeli in motnje v psihosocialnem funkcioniranju se je širilo tudi na širše upoštevanje zgodnjih izkušenj v celotnem razvoju osebnosti. Klasika erotiziranega transferja in investiranja libida je ob izgubljanju poudarkov na spolnosti (teme, na srečo zavirane in tabuizirane v sorazmerno kratki fazi človekove zgodovine) prepuščala vse več mesta pomenu transferja na polju drugih pomembnih in zelo aktivnih sil in vsebin medosebnih odnosov. Še vedno velja v analizi razvito načelo pomena osebnostne zrelosti terapevta, ki lahko le z dobro strukturiranim lastnim egom in razvito kapaciteto za ozaveščanje lastnih možnih regresivnih vsebin ohranja in vzdržuje funkcionalne meje v odnosu s pacientom in s tem zagotavlja potrebno strukturo terapevtskega procesa. Da bi bila takšna notranja trdnost terapevta kar najbolj zagotovljena, se mora bodoči analitik tudi sam v dolgem, nelahkem in poglobljenem procesu osebne analize spoznavati z lastnimi psihodinamizmi.

Pri svojem mentorskem in supervizorskem delu sem se nešteto krat srečevala z vprašanji, dilemami, zapleti in tudi osebnimi stiskami, ki jih psihiatru niso sprožila ozka strokovna vprašanja, ampak tista, ki so povezana z odnosom med njim in pacientom. Tudi iz lastnega dela so mi bila mnoga od teh vprašanj prav dobro poznana. Zato vidim v tem smislu kot koristno poznavanje osnovnih psihoanalitičnih pojmovanj transferja in kontratransferja za vse psihiatre – tudi tiste (in teh je iz znanih razlogov vedno več), ki ne izvajajo zdravljenja s psihoanalitično metodo. Čeprav transferja kot terapevtskega sredstva ne vključujejo neposredno v svoje delo, pa jim ta – čeprav le

osnovna – znanja pomagajo prepoznavati učinek pomembnih dejavnih sil, ki lahko motijo terapevtski proces in učinke terapije omejujejo ali pa celotno zdravljenje olajšujejo in spodbujajo. Pri tem pa naletimo na zelo resno pomanjkljivost na področju izobraževanja v poteku psihiatrične specializacije. Dejstvo, da danes vse več mladih specialistov v poteku svojega (sicer mentoriranega) usposabljanja ni pridobilo niti osnovnih znanj s širših področij psihodinamike, se bo kaj kmalu pokazalo tudi z učinki njihovega dela in kakovosti slovenske psihiatrije.

Bodo prepričanja o razumevanju celovitosti človeka v vseh razsežnostih njegove duševnosti, odvisnih tako od bioloških kot psiholoških in socialnih dejavnikov, res ostala la na papirju in uvodnih predavanjih študentom? Bodo občutljivost, odzivnost in znanja o psihodinamiki pri naših specializantih res odvisni le od tega, kako to razsežnost pacientovega življenja vidi, jo upošteva, se vanjo poglubi in jo je pripravljen posredovati njihov naključno izbrani mentor?

Zdravila so izjemno pomembna tema psihiatrije, ob konkretnosti katere pa vse premalo pomislimo na njihov simbolni pomen in pomen predstav o njihovem delovanju in učinkih, ki jih gojijo bolniki. Sodobna psihofarmakoterapija, ki vse bolj temelji na znanjih o delovanju možganov, zagotovo prinaša naši stroki večje možnosti pomoči trpečim. Učinkovitega zdravljenja številnih duševnih motenj si brez zdravil sploh ne moremo več predstavljati. Razvoj znanosti in z njo farmakološke stroke pa ni veliko spremenil splošnega pojmovanja ljudi in njihovih predstav o zdravilih, ki vplivajo na duševne funkcije. Te predstave se zanimivo močno razlikujejo od predstav o zdravilih, ki vplivajo na telesno zdravstveno stanje, zmanjšujejo telesna neugodja in zdravijo telesne zdravstvene motnje. Simbolika »telesnih« zdravil vključuje predstavo o pomoči, izboljšanju, ozdravljenju ali vsaj izboljšanju bolezni. Predstava o psihoaktivnih zdravilih pa je pri večini ljudi drugačna: takšno zdravilo te spremeni, te omami, duši tvoja čustva, ti jemlje osebno avtentičnost, te brezupno zasvoji, vzame ti možnosti samoobvladovanja ... Takšne predstave vplivajo tudi na pojmovanje psihiatričnega zdravljenja. Kateri psihiater se ne zdrzne ob (večinoma) krivičnem opisu »nafilali te bodo z zdravili«?! Zato je še toliko bolj pomemben tisti del psihiatrične obravnave, ki je usmerjen na te pacientove bojzani in predsodke, torej pogovor o učinkih – vključno stranskih in neugodnih – zdravil z vso možnostjo, da pacient svoje dvome tudi izrazi. Ne le zmotne predstave o zdravilih, tudi osnovno pomanjkaje zaupanja

v tistega, ki jih predpisuje, je razlog za to, da mnogi pacienti dojemajo predpisovanje zdravil kot izraz psihiatrove nemoči, nepripravljenosti ali nezmožnosti, da bi pomagal še na drug način. Zaupanje pa se gradi ob vzpostavitvi odnosa, v katerem je pacient spoznan in upoštevan kot osebnost z vsemi svojimi razsežnostmi. Tudi bojazen in odpor do zdravil, ki omežita učinkovitost marsikatero psihiatrične obravnave, kaže na to, da ljudje od psihiatra pričakujejo več kot le napisan recept. In to bi nam moralo biti pravzaprav v priznanje in spodbudo.

Čeprav je širjenje in poglobljanje znanj ob sledenju sodobne stroke ena od osnovnih odgovornosti zdravnika in prenos teh znanj v svoje delo s pacienti hkrati njegova dolžnost in izziv, pa to ne sme prekriati psihiatrove pozornosti do pomena odnosa, ki ga vzpostavlja s svojimi pacienti. Ob tem, ko so viri znanja vse bolj dosegljivi in sorazmerno tudi hitro pripravljene za neposredno uporabo tako v diagnostiki kot v zdravljenju (to posebno velja za psihofarmakoterapijo), pa se žal ni mogoče izogniti vtisu, da je prav odnos med psihiatom in njegovim pacientom vse bolj zapostavljena in vse manj poudarjena tema psihiatrije. To pa ne glede na to, da o pomenu te teme kažejo tako izkušnje iz vsakodnevne klinične prakse kot tudi izsledki tistih raziskav in metaanaliz, ki vrednotijo in primerjajo terapevtske učinke različnih terapevtskih pristopov – tako tistih, ki vključujejo terapevtski odnos, kot onih, ki so omejene na bolj racionalne in jasnejše merljive terapevtske dejavnosti in storitve.

Pa smo pri t. i. storitvah!

Da ne bi kazalo, kot da se je omejevanje psihiatričnega dela na opravljanje posameznih »storitev« začelo šele včeraj, naj citiram iz sestavka prof. Leva Milčinskega¹, v katerem je profesor pred približno tremi desetletji pisal o alienaciji vlog zdravnika in bolnika pod vplivom razvijajoče se tehnologije, pešanju celostne obravnave bolnikov in siromašenju pravih emocionalnih odnosov med zdravnikom in bolnikom. Med drugim je opozarjal:

Gojišče birokratski avtoriteti zdravnika je zdravstveno zavarovanje. Zdravnik postaja vratar, ki pripušča bolnike k različnim ugodnostim zdravstvenega zavarovanja, deli jim recepte ... in tako izgublja magično mistično avro, ki primarno spremlja poklic zdravnika, in postaja vse bolj uradnik, ki je čaščen le toliko, kolikor mu seže oblast nad dobrinami zdravstvenega zavarovanja. Počasi mu usiha delovni zagon ... Tragika pa je v tem, da zgradba zdravstvene službe v naši kulturi zahteva tudi ljudi, ki ostanejo konec koncev le visoko specializirani uradniki,

zdravniki pa le še na diplomah ... V istem sestavku piše Milčinski o odtujevanju in siromašenju odnosa, v katerem pacient izraža obrambe in zavore tudi zaradi izkrivljene podobe psihiatrije.

Psihiatom danes zagotovo ni do magične in mistične avre, ki naj bi jo imeli v predstavah svojih pacientov. Premalo sil pa vlagamo v to, da ne bi sprejeli vloge dopadljivega in ubogljivega birokrata. Pa vendar želimo opravljati svoje delo tako, kot vemo, da je prav, kot naši pacienti potrebujejo in si tudi zaslužijo. Pri svojem delu smo tudi psihiatri vendarle odvisni od sistema, v katerega smo – hočeš, nočeš – vključeni, čeprav se ves čas zavedamo, da merila in zahteve tega sistema izhajajo iz golih ekonomskih razlogov, ne pa iz strokovnih ali celo profesionalno-etičnih meril, ki smo se jim zavezali z izbiro svojega poklica in v katere tudi verjamemo. Argument »preveč pacientov in premalo časa« ne vzdrži prave teže ob jasnem dejstvu, da dehumanizacija medicine kaže na hudo pomanjkljivo skrb odgovornih za oskrbo prebivalstva z učinkovito zdravstveno, vključno psihiatrično, službo, za njeno dostopno in enakomerno mrežo v državi, za pravočasno in smiselno načrtovano kadrovsko preskrbljenost, ustrezno prilagojeno tako značilni psihopatologiji kot dejavnikom tveganja, ki ogrožajo duševno zdravje v posameznih regijah naše države.

Znano je in žal v stvarnosti potrjeno tudi s tragičnimi primeri, da izhaja iz neustrezne komunikacije med zdravnikom in bolnikom veliko več zapletov pri zdravljenju, neredko upravičenega nezadovoljstva in po nepotrebnem neugodnih izidov zdravstvene obravnave kot pa iz morebitne strokovne napake zdravnika.

Žal se tudi v psihiatriji v možnostih vzpostavljanja ustreznega odnosa med psihiatom in pacientom odražajo razmere, ki pestijo slovensko zdravstvo. Psihiatri nismo izvzeti iz dejstva, da se pomanjkljivosti sistema v predstavah in nezaupanju ljudi prenašajo neposredno na lik zdravnika. Bolnik z maligno boleznijo, ki – prežet z grozo štetih mu dni – vzame življenje urologu, ki je v urah pred srečanjem z njim pregledal in zagotovo pomagal že šestdesetim bolnikom, ni zmožel nasloviti vzroka za svojo stisko na pravo mesto. Matere, ki pred pediatrično kliniko svojo prizadetost ob usodnih boleznih svojih otrok na odkrito sovražen način izražajo očitke brezčutnosti in malomarnosti zdravnikom, ki so – o tem verjamem – naredili vse, kar je v soočenju z resno ogroženostjo otroka sploh bilo mogoče ... Te in še mnoge druge zgodbe, ki sestavljajo stvarnost zdravniškega poklica,

kažejo, da so možnosti za nedvomno potrebno komunikacijo med zdravniki, bolniki in njihovimi najbližjimi lahko zelo različne. Različno se jih tudi zavedamo in različno razvijamo ter še širimo. Morda imamo psihiatri prednost pred kolegi drugih strok v tem, da pomen teh odnosov razumemo globlje. Vzpostavljanje in razvijanje primerne odnosa s pacientom ni le neki neobvezen, a dobrodošel dodatek prijazne in empatične osebnosti, ampak bistveni del in po svoje tudi merilo psihiatrove strokovnosti.

Za gradnjo ustreznega odnosa med psihiatrom in njegovim pacientom je obema potreben tudi čas, ki omogoča vzpostavitev prave komunikacije med njima. V psihiatriji zelo dobro poznamo pomen faktorja časa, ki je potreben za to, da postopoma zori zaupanje in medsebojno razumevanje, ki sta pogoj za dobro medsebojno sporazumevanje.

Časovne omejitve, zapovedani in »predpisani« normativi, ki določajo, koliko časa smemo posvetiti svojemu pacientu, so marsikdaj v popolnem neskladju s strokovnimi izhodišči in vsakršno realnostjo pacienta. Določajo jih finančni izračuni, ne pa strokovni argumenti in klinične izkušnje. O svojih najbolj občutljivih notranjih dogajanjih ni mogoče spregovoriti v odmerjenih minutah, in to kar ob prvem obisku psihiatra. Če si to predstavljajo ekonomisti in uradniki, jim mora to povedati stroka.

Psihiatri v primerjavi z zdravniki drugih specialnosti veljamo kot bolj pripravljeni upoštevati pomen človekovih zapletenih notranjih dogajanj, kot besedno spretnejši in zagotovo tudi bolj prepričani, da je večji del osebnih težav mogoče razrešiti le, če se z njimi soočimo in jih ubesedimo. Pa bi bil kdo od nas sposoben v dvajsetih minutah (in to prej nepoznani osebi) povedati o svojih dvomih, strahovih, nezadovoljstvih in preokupacijah, ki nas mučijo, nam ne pustijo spati, posegajo v odnos z nam najbližjimi in večjajo tveganje, da – ko so enkrat že izraženi navzven – zahtevajo od nas velike spremembe v ustaljenem in čim udobnejšem pojmovanju in vedenju, pri tem pa utegne soočanje z njimi ogroziti naše samospoštovanje?

Vsak odnos je vreden toliko, kolikor daje obema vključenima, torej vsakemu od njiju. Psihiatri smo naravnani v razmišljanje o tem, kaj naredimo za svojega pacienta. Kaj pa naredimo zase? Kje bi vsak od nas našel svoje mesto med dvema skrajnostma – na eni strani stresom svojega dela, ponovnimi in ponovnimi vprašanji, ali smo za nekoga naredili dovolj in pravo stvar, bo speljal ali ne, in na drugi strani izzi- vom tega dela, priložnostjo, da smo lahko ustvarjalni

in da svoja znanja in delovni eros znamo in zmoremo vedno na sveže in unikatno, na vsakemu pacientu izvirno in občutljivo prilagojen način vložiti v njegov napredek? Prva skrajnost izčrpava in sili k zatekanju v rutino, ki je pogost, a zgrešen poizkus samopomoči. Druga gradi in polni z energijo. V obeh skrajnostih je odgovor v odnosu, ki ga razvijemo s pacientom, z njim in s samim seboj.

Odnos sam ni terapevtsko sredstvo. Ni inštrument, s katerim uravnavamo duševno stanje pacienta. Je pa kontekst, ki na potek in izid psihiatrične obravnave vpliva lahko tudi odločilno.

In če sem se že dotaknila vprašanja časa – poleg minljivosti je njegova značilnost tudi ta, da z njegovim potekom stvari sčasoma pokažejo svojo pravo vrednost. Tiste, res odločilne in velike dobijo drugačno mesto kot druge, manj bistvene in zato manj trajne.

Kadar pomislim na svoje preteklo klinično delo, neposredno psihiatrično delo s pacienti, si ne zastavljam vprašanj, ali mi je uspelo prav prepoznavati diagnostično pomembne znake in simptome, ali sem našla pravo šifro veljavne klasifikacije, ali sem izbrala zdravila, najbolj učinkovita za vsako konkretno disfunkcijo pacientovih možganov. Še vedno pa se ob pomisli na posamezne od svojih pacientov vprašam, ali mi je z njimi uspelo vzpostaviti in razvijati odnos, v katerem so se počutili varne, slišane, razumljene in pomembne.

¹ Milčinski L. Dinamika odnosov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniški vestnik 49/1980 št. 5, str. 235–239.

