

MNENJA IN RAZMIŠLJANJA

DANSKE REFLEKSIJE

*19. oktober 2000, osem zvečer, soba 212 v
Skodsborg Kur hotel & Spa, Danska.*

Sedim pri mizi, oči imam vnete od klorirane vode bazena The Vigoer Centre (Health Club), kjer sem skušal oddati negativne vibracije po celodnevem sodelovanju na Lundbeckovem seminarju o motnjah razpoloženja. Pišem prispevek za prof. Kobala, točneje za jubilejno 30. številko slovenske psihiatrične publikacije *Vice versa*. "Diskete oddajte do 28. oktobra", je naročil gospod profesor. 26. in 27. oktobra pa so letošnji "Begunjski dnevi" in svojega predavanja še nimam v dokončni obliki, da ne omenjam dela v zvezi z organizacijo. Do sredine decembra naj bi bil gotov moj del prevoda neke zelo zanimive knjižice. Pred tremi dnevi sem dobil po pošti učbenik psihopatologije za precej specifično skupino študentov, napisal naj bi recenzijo. Z Dašo še nisva začela novega ciklusa psihoedukacije staršev bolnikov s shizofrenijo. Nimam še dokončnega koncepta magistrske raziskave in če bo šlo tako naprej, bom prej starostnik kot magister. Hkrati pa živim v prepričanju, da sem po duši otrok narave in sem nevoščljiv predsedniku Kučanu, ki je po nedeljskih volitvah odšel v hribe (jaz sem sestavljal predavanja za "Begunjske dneve").

Čemu tako dolg in kalimerovski uvod? Skušam si zagotoviti prizanesljiv sprejem besedila, ki ga pravkar pišem. Prof. Kobal je bil mnenja, da si lahko ne le privoščim svoj pogled na slovensko psihiatrijo, ampak o njem tudi pišem. Tako zvalim lahko del krivde nanj, če kaj ne bo prav. V preteklih letih sem se namreč večkrat prepričal, da mi praviloma ne uspe razlagati svojih pogledov, ne da bi hkrati vsaj nekoliko razburil duhove. Bralec, ki s kakim mojim razmišljanjem ne bo soglašal, naj si mirno reče, da pač prim. Žmitek gleda preveč enostransko in da z zadevo ni dovolj seznanjen. Vnaprej opozarjam, da so vsi problemi obravnavani nekoliko poenostavljeno, saj v takšnem prispevku drugače najbrž ni mogoče.

Pa k stvari. V psihiatrijo sem padel tako rekoč nehote leta 1982, ko so v Begunjah rabili zdravnika. Ko so mi povedali za razpis, nisem imel nobene prave predstave, kaj naj bi tam počel. Ker sem rabil službo, sem šel pogledat – in ostal tam. (Včasih razmišljam, kaj bi storil danes, če bi bil postavljen pred enako možnost.)

Kot popoln začetnik sem z zanimanjem poslušal pogosto ostre debate o tem, ali

je posamezna duševna motnja biološkega ali psihodinamskega izvora. Bilo je videti, kot da sta to edini možnosti, ki pa druga drugo povsem izključujeta (tisti, ki so razmišljali o socialni etiologiji, so običajno podprli psihodinamike). Ko so se mi nekoliko odprla vrata v tujino, sem presenečen spoznal, da ima v načelu vsaka psihoza svojo psihodinamiko in vsaka nevroza svojo biologijo, vse skupaj pa se dogaja v (zelo pomembnem) socialnem kontekstu. Zdi se mi, da je v celovitosti pogleda na etiologijo in patogenezo duševnih motenj slovenska psihiatrija vsaj na deklarativni ravni precej napredovala.

Zatakne pa se, kot je že v navadi, pri praktičnih vprašanjih. Tako npr. utemeljujejo določene aspekte zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog z razlago, da gre nedvomno za "prave bolezni", saj ugotovitve o motenem delovanju receptorjev dokazujejo biološko etiologijo. (To razmišljanje me spominja na cvetko z današnje razprave: "Pri fobičnih motnjah je danes mogoče s slikovnimi preiskavami možganov dokazati patologijo, torej gre v bistvu za NEVROLOŠKO problematiko!" Prosim lepo!) Dejstvo, da je pri neki duševni motnji ugotovljeno odstopanje od normalne možganske funkcije, seveda samo po sebi ne pove prav nič o etiologiji ali potrebi po medikamentoznem zdravljenju. Že danes je namreč jasno, da je mogoče določene duševne motnje z dokazljivo možgansko patologijo uspešno zdraviti bodisi z zdravili, bodisi s psihoterapijo – in v obeh primerih se tudi možganska patologija normalizira. Ali: prof. Farde je letos spomladi v Ljubljani predaval o korelacijah med značilnostmi dopaminskega neurotransmitterskega sistema in določenimi osebnostnimi potezami. Bomo zato osebnostne poteze uvrstili med bolezenska stanja?

Nihalo razumevanja posameznih duševnih motenj se torej trenutno pomika nekoliko bolj v smeri biološkega, kar pa seveda ne pomeni, da so biološke metode zdravljenja zato kaj bolje izvajane. Pri kolegih, ki jih izraziteje zanima psihoterapija, včasih opažam prav nenavaden paradoks: ko uporabljajo medikamente, jih pogosto odmerjajo dokaj visoko, čeprav ima bolnik moteče stranske učinke. Poskusi interpretacije tega fenomena bi močno presegli obseg članka.

Naj nadaljujem s pojmom "biološko zdravljenje". Pred nekaj leti se je kolegi, ki v stroki kotira visoko, zapisalo (citiram po spominu), da smo v slovenski psihiatriji uspeli odpraviti biološke metode zdravljenja. Šlo je za zapis, namenjen novinarjem ob svetovnem dnevu duševnega zdravja. Pustimo ob strani, da je zdravljenje z zdravili tudi biološka metoda. Takrat "smo" uspeli odpraviti elektrokonvulzivno zdravljenje (EKZ). Z zanimanjem sem pričakoval reakcijo tistih krogov, ki so dotlej gledali na "elektrošok" in na psihiatrijo v

celoti izrazito nenaklonjeno. A ni bilo nobenih pohval. Nasprotnik je mirno prezrl žrtev figure in preprosto preselil svoje sile na drugo krilo.

Strokovna javnost je izvedela, da se EKZ ne izvaja več zaradi dotrajanosti aparature. Kar se tiče tehtnosti utemeljitve, bi lahko rekli tudi: "... zato, ker ne, in pika." Trdim, da bi v Sloveniji morala obstajati možnost uporabe EKZ. Pa ne zato, ker nas kolegi iz psihiatrično razvitih držav čudno gledajo, ko jim povemo, da te metode zdravljenja ne uporabljamo, niti ne zato, ker nam urgentni medicinci zatrjujejo, da se ob njih nihče ne obregne, ko izvajajo defibrilacijo srca. Preprosto zato, ker sodobne smernice za zdravljenje psihoz in afektivnih motenj navajajo povsem konkretne indikacije za EKZ. Tudi v slovenskih smernicah za zdravljenje shizofrenije, ki jih je sprejel Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, smo umestili to metodo zdravljenja. Tako smo žal priporočili nekaj, česar ni mogoče izvajati.

Občasno se pojavijo govorice o ponovni uvedbi EKZ, ki pa spet kmalu potihnejo, ne da bi se kaj zgodilo. Merodajni pravijo, da še ni prišel čas. In ko bo prišel čas, bo ugovor nasprotnikov zelo logičen: "Kako pa ste doslej zmogli brez njega?" Mediji, ki so ukinitev mirno prezrli, bodo ob ponovni uvedbi ostri in neusmiljeni. Utemeljitev, da se je v obdobju brez EKZ pač nekaj več depresij kronificiralo in da je verjetno kak depresivni bolnik več naredil samomor, ne bo nikogar prepričala. Razen zdravnikov z intenzivnih oddelkov, ki pa so v to prepričani že zdaj.

Kot zanimivost navajam, da v tujini še vedno izvajajo kirurško zdravljenje duševnih motenj (po starem psihokirurgija). Glavna indikacija je zelo intenzivna in moteča obsesivno kompulzivna motnja, ki ne reagira na vrsto korektno izpeljanih postopkov zdravljenja. Pogostost takšnih operacij v zahodnih državah (npr. ZDA, Velika Britanija, Skandinavija, države Beneluksa) je takšna, da bi v Sloveniji indicirali eno operacijo na eno do dve leti. S tem nikakor ne želim predlagati slovenskim nevrokirurgom, naj pričnejo izvajati takšne posege. Opozoriti hočem na način razmišljanja v zvezi s psihiatrijo. Vemo, da tudi slovenski nevrologi občasno predlagajo operacije na možganih zaradi epileptičnih napadov, ki se ne ublažijo ob zdravljenju z zdravili. Bolniki potujejo zaradi takšnih operacij v tujino. Nihče se ob tem ne razburja, gre pač za "medicinsko" indikacijo, za odločitev na tehtnici tveganja in koristi. Zakaj je razmišljanje ob psihiatričnih indikacijah tako zelo drugačno?

Nikakor pa nočem trditi, da bi v Sloveniji morali EKZ (in še manj kirurško zdravljenje duševnih motenj) izvajati v večjem obsegu. Če gledamo s stališča celotne populacije oseb z duševnimi motnjami, bi bila pogostost uporabe

zanemarljivo nizka. Povsem drugačno razmerje velja za uporabo vedenjsko kognitivne psihoterapije (VKT). Na tem področju je Slovenija v zadnjih letih izrazito napredovala. V času moje specializacije je bila dinamska ali analitsko orientirana psihoterapija domala sinonim za psihoterapijo nasploh in možnosti izobraževanja na področju VKT praktično ni bilo. Teh možnosti je sedaj dovolj. Verjetno bo VKT kmalu dobila enakopravno mesto tudi v programu podiplomskega študija iz psihoterapije na Medicinski fakulteti. Pomembno se mi zdi, da to izobrazbo pridobi poleg psihologov in drugih sodelavcev tudi čimveč psihiatrov. Ti pač lahko ob VKT predpisujejo tudi zdravila in se zato lažje lotevajo zdravljenja bolnikov z resnejšimi duševnimi boleznimi, ki bi sicer ostali brez takšne obravnave, pa jo zelo potrebujejo. Tu mislim bolnike s shizofrenijo in drugimi psihotičnimi motnjami ter tiste z resnejšimi depresijami. Tudi takšne indikacije so že dobile potrditev v korektno izpeljanih kliničnih študijah.

Ob gornjem stavku se pozornost usmeri na drugo področje, kjer so opazne pozitivne spremembe v slovenski psihiatriji – to je raziskovanje. Objave slovenskih avtorjev (gre za klinične psihologe in psihiatre) v svetovni literaturi kažejo, da se je vendarle tudi državljanom male dežele na sončni strani Alp mogoče prebiti v ostru mednarodni konkurenci. Ne trdim, da pred desetletjem takšnih objav ni bilo. Nedvomno pa je danes izbor kolegov, ki so takšne uspehe sposobni in voljni uresničiti, bistveno širši kot nekdaj. Pri objavah raziskovalnih člankov ni pomemben le prispevek slovenske psihiatrije k svetovnemu znanju in promocija naše znanosti. Zelo koristni so tudi “stranski učinki” raziskovalnega dela. Zaradi študija brezštevilnih člankov, ki je pogoj za izvedbo raziskav, se viša nivo slovenskega psihiatričnega znanja. Od tega pa imajo neposredno korist bolniki. Dodati velja, da bi večja institucionalna podpora slovenski prodor v psihiatrično znanost še okrepila.

Preskok v razmišljanje o bivalnih in delovnih pogojih slovenskih psihiatričnih bolnišnic bo vsekakor trd pristanek. Ublažiti ga želim s humorjem, ki je menda najbolj zrel obrambni mehanizem (ne vem, ali to velja tudi za njegovo črno različico). Moja privatna definicija duševne bolezni namreč pravi, da je to tista motnja v duševnem blagostanju, ki ob zadostni izraženosti zahteva zdravljenje prizadete osebe v stavbi, ki je prvotno bila zgrajena za povsem drug namen, praviloma stoji izven večjih naseljenih krajev in načelno za takšno zdravljenje ni primerna. Ne glede na primernost te definicije je treba priznati, da v resnici povsem drži.

Od vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic je bila edino klinika v Polju zgrajena za tak namen – pred mnogimi leti. Vse ostale je dobila psihiatrija, ko jih prejšnji

lastniki niso več potrebovali. In kaj se zgodi, ko jim trudoma uspe v kaki od bolnišnic z adaptacijo povečati kvadraturu in s tem narediti bolnikom znosnejše pogoje bivanja? Takoj zaidejo v finančne težave, ker rabijo sedaj več osebja, več kurilnega olja, več denarja za vzdrževanje ... Prav jim je, kaj pa niso bili z malim zadovoljni. Psihatrija ima najnižji normativ za določanje števila osebja, daleč za dermatologijo. Glede na izjemno velik pomen "človeškega dejavnika" pri zdravljenju duševnih motenj je logika tega dejstva povsem hermetična. Morda bodo na tem področju sčasoma postali naši zavezniki tisti, ki v medijih zahtevajo humanizacijo psihiatrije. Ni samo besedna igra, če zapišem, da je pogoj za bolj človeško psihiatrijo pač zadostno število ljudi.

Begunjska bolnišnica. Direktor mi ne pusti naštevati, kdo vse so bili v preteklosti uporabniki te stavbe; pravi, da te stvari mečejo slabo luč na psihiatrijo. Verjetno ima prav. Dogajale so se v tej hiši prijetne, pa tudi zelo hude stvari. Še živijo ljudje, ki so se v begunjski graščini upravičeno bali za svoje življenje. Včasih moramo kakega od njih sprejeti na zdravljenje. Tudi na zaprti oddelek...

Direktorji bolnišnice so vse od njene ustanovitve dalje zgledno skrbeli za stavbo in govorili o "sožitju sodobne medicinske ustanove in kulturne dediščine". Obiskovalci hvalijo urejenost bolnišnice in njeno posebno atmosfero. Ostaja pa dejstvo, da nas muči kronično pomanjkanje prostora in da je funkcionalnost zgradbe daleč od optimalne, čeprav so zidarji kar naprej v hiši.

Adaptacije, za katere itak nikoli ni dovolj denarja, so vedno omejene še z neizprosnim nadzorstvom spomeniškega varstva. Begunjska graščina ima status kulturnega spomenika državnega pomena. Trenutno iščejo po bolnišnici prebeljene freske (hudobno si predstavljam, da se arheologi s svojim orodjem zapodijo po prostorih Kliničnega centra...). In kdo, mislite, to iskanje financira? Uganili ste. Menim, da v tem primeru ne gre za sožitje med medicino in kulturo, ampak za nek povsem drug odnos, ki ga opisujejo npr. učbeniki mikrobiologije in parazitologije.

Če ne moremo biti zadovoljni s prostori, pa gre na bolje, kar se tiče ljudi. Zadnjih nekaj let je opaziti povečano zanimanje zdravnikov za psihiatrijo, tako da je na razpise za prosta delovna mesta kar precej prijav in je mogoče med kandidati izbirati. Mlajši kolegi so prinesli nov veter, drugačno gledanje na psihiatrijo. Nekako so bolj normalni, bolj optimistični. Za razliko od tradicionalnega gledanja dajejo večji pomen znanju. Menijo, da tudi psihiater, odvisno od svojih sposobnosti in veščin, lahko dela boljše ali slabše in da se to odraža na usodi bolnikov. Da potek bolezni ni neka neodvisna spremenljivka, na katero ni mogoče vplivati z intervencijami od zunaj. Zdi se jim, da ni dovolj

samo "biti ob bolniku" in mu s tem nuditi oporo in zaščito. Da je, recimo, bolje bolniku izboljšati zmožnost za delo, kot ga napotiti na invalidsko komisijo. Da je včasih bolje bolnika naučiti relaksacijskih tehnik kot mu predpisati anksiolitik. Da obstajajo v psihiatriji prav tako indikacije in kontraindikacije za posamezne postopke kot v ostali medicini in da ni prav dosti intervencij, ki bi koristile kar vsem bolnikom po vrsti. Da je zdravnikov čas dragocen in si je treba izoblikovati prioritete. Da je lahko tudi delo drugega medicinskega osebja bolj strukturirano in učinkovito.

Seveda so razlogi tako za "tradicionalno" kot za bolj sodobno gledanje na psihiatrijo. Nikakor ne želim razvrednotiti predanega in globoko humanega dela starejših kolegov. Slovenska psihiatrija ima to srečo, da se (vsaj od druge vojne dalje) razvija kontinuirano, brez večjih zasukov. Ni treba daleč iskati primerov, kako škodljive so lahko premalo preišljene in preveč radikalne spremembe. V Sloveniji imamo to srečo, da napredek v stroki izrašča nekako organsko iz dela prejšnjih generacij. In kolikor lahko sam ocenim, so starejši kolegi izrazito ponosni na ambiciozno mladež.

Vloga psihiatrične klinike ni dovolj dorečena. Poleg izvajanja pouka naj bi za slovenski prostor izvajala tudi funkcijo terciarne ustanove. Regionalne bolnišnice bi tako imele možnost preusmeriti bolnike, ki potrebujejo posebej zahtevne diagnostične in terapevtske postopke, na kliniko. Zaenkrat ta možnost ne obstaja. Klinika sprejema bolnike tako kot regionalne bolnišnice - s "svojega" območja ali, kot temu pravimo, "po regionalnem principu". Ocenjujem, da sedanje stanje, ki ga vsi sprejemamo kot nenapisano pravilo, pravzaprav ovira hitrejši razvoj slovenske psihiatrije.

Druga pomanjkljivost klinike je ta, da nima forenzičnega oddelka. V preteklosti je bilo stališče kolegov, ki so s se s forenziko največ ukvarjali, da so duševno bolni storilci kaznivih dejanj prav tako bolniki kot vsi drugi in naj se tudi zdravijo pod enakimi pogoji. Vendar nas zgledi iz tujine in izkušnje iz dela s takimi bolniki prepričujejo, da temu ni povsem tako. Taki bolniki pogosto potrebujejo drugačno obravnavo, ki je na običajni oddelkih ni mogoče zagotoviti v zadostni meri. Problematični so lahko tudi varnostni ukrepi. Sedanja rešitev je po moji oceni manj ugodna tako za duševno bolne storilce družbi nevarnih in kaznivih dejanj, ki ne pridejo do ustrezno strokovne obravnave in rehabilitacije, kot za ostale bolnike, ki jim takšno sobivanje dodatno in brez potrebe zaplete oddelčni režim. Menim, da bi sodila oskrba forenzičnih bolnikov med terciarne storitve klinike. Ob tem pa bi bilo nujno finančno in kadrovsko sodelovanje pravosodja.

Samo še ena pritožba, potem pa končam. Gre za primere. Financiranje bolnišnic naj v bodoče ne bi več temeljilo na bolniško oskrbnih dnevih, ampak bi npr.

hospitalizacija enega bolnika s shizofrenijo predstavljala en primer. Kolikor vem, vse podrobnosti sicer še niso natanko določene. Skrbi pa me, da tak način financiranja ne bo spodbujal strokovne rasti psihiatrije. Zakaj? Odgovor je preprost: bolnišnice bodo zaslužile več, če bo bolnik hospitaliziran krajši čas. To je v principu dobro. Ni pa dobro, da se bo po krajši hospitalizaciji bolnik hitreje vrnil (tudi za hitrejšo vračanje bodo bolnišnice motivirane).

Poglejmo si primer zdravljenja odvisnih od alkohola. Bolnika bomo sprejeli na detoksikacijo. V bolnišnici ga bomo obdržali kakih deset dni, da bo prekinil s pitjem, prebrodil abstinenčno krizo in se telesno popravil. Ne bomo se pretirano trudili, da bi ga vključili v kompleksno zdravljenje odvisnosti, saj bi nam trimesečna hospitalizacija prinesla le izgubo. Ga bomo pa z veseljem ponovno sprejeli, ko se bo v recidivu ponovno obrnil po pomoč. Podobno velja za zdravljenje večine duševnih motenj.

Morda je financiranje po primerih pisano na kožo kirurškim oddelkom – če gledamo v povprečju, je holecista holecista, vrat stegenice je vrat stegenice. Boljše delo in boljša organizacija na oddelku jim omogočita manj postoperativnih zapletov, krajše ležalne dobe in več zaslužka. Za strokovnost dela v psihiatriji pa me ob takšnem načinu financiranja nekoliko skrbi. Ne trdim, da je sedanji način plačevanja storitev bistveno boljši, vendar smo ga navajeni. Novi sistem bo potreboval toliko varovalk in prilagoditev, da se mi zdi njegova koristnost vprašljiva.

Bodi dovolj, da ne bo tudi zame veljala oznaka “skriboman”, ki si jo je samokritično nadel prof. Kecmanović. Zakaj sem se pravzaprav spustil v to pisanje? Če izpustim izvenzavestne nagibe, ki jih po definiciji ne morem poznati, vidim dva razloga. Prvi: ker me pogovori s kolegi, ko se dobimo v odmorih strokovnih srečanj, prepričujejo, da je v naši psihiatriji res tako. In ker me pogovori s kolegi iz tujine prepričujejo, da bi bilo lahko tudi drugače.

S tem nikakor ne mislim, da je slovenska psihiatrija slaba, čeprav sem ji napisal več kritike kot pohvale. Zdi se mi na primernem strokovnem nivoju, predvsem pa je zelo humana. Odnos do bolnika se mi zdi v povprečju boljši kot v kaki drugi medicinski veji, morda tudi boljši kot v kaki tuji psihiatriji. V nasprotju s tem, kar včasih lahko preberemo v medijih, sem trdno prepričan, da so slovenski psihiatri dobri in čuteči ljudje. Veseli me, da se lahko družim z njimi. Ali, kot je imel navado reči slovenski alpinist Joža Čop: “Pa hvala, k’ smo pr’jatli!”

*prim. Andrej Žmitek, dr. med.
Psihiatrična bolnišnica
4275 Begunje na Gorenjskem*