

Danilo Sedmak

PRISPEVEK K UPRAVLJANJU IN ANALIZI PSIHOLOŠKE VSEBINE AKUTNE DUŠEVNE STISKE

V svojem 30-letnem delu na področju psihiatrije sem šel skozi tri oblike pristopa k reševanju duševne krize.

I. *Klasični*. Prvih 10 let sem delal v klasični psihiatrični instituciji. Mislim, da na tem mestu, danes, ni treba ponavljati že dognane in vsem poznane analize o institucionaliziranem duševnem bolniku in o objektivizaciji njegove krize. O vsem tem je bilo že veliko napisanega. Nekateri kolegi so to sprejeli, drugi pa to še danes zavračajo.

Vsekakor se v klasični instituciji ne razpravlja toliko o duševni krizi, o pacientovem trpljenju, kolikor o njegovi diagnozi ali kvečjemu diferencialni diagnozi. Zato se tudi govori o tem ali onem shizofreniku, psihopatu ali distimiku ipd. Govori se tudi o njegovi nevarnosti, čemur je prilagojen ves psihiatrični aparat: zaprta vrata, zaprti oddelki, visoki zidovi, vsestranska kontrola.

Spominjam se, kolikokrat so me bolničarji, ki so bili v skrbeh zame, opozarjali na zvonec kot klic na pomoč v primeru, če bi me psihiatrični pacient fizično ogrozil.

Besede "psihično trpljenje" ni v slovarju klasične psihiatrične bolnišnice.

II. *Transformacija*. Sledilo je obdobje transformacije psihiatrične bolnišnice do njene odprave.

Neverjetno, vendar resnično. Sam nisem mogel verjeti, kako so se začeli z rušenjem institucionalnih mehanizmov kazati pravi obrazi psihiatričnega pacienta. Shizofrenik, psihopat, distimik... so dobivali imena, identiteto, osebnost, značaj. O vzrokih, procesih, o nastanku psihične bolezni ali motnje pri posamezniku je bilo težko govoriti, ker so leta institucionalizacije marsikaj prekrila in na pravo obličje

duševne bolezni vrgla plašč pozabe, izgube spomina. Ko so izginili sorodniki, prijatelji, ko je naš gost (tako smo ga, namreč, preimenovali, ker smo spremenili njegov pravni status od prisilnega zdravljenja k prostovoljnemu) izgubil stike z zunanjim življenjem, je čas hospitalizacije (ki je na oddelku, kjer sam delal, trajal od treh mesecev do 65 let) zakril temeljne motive in vzroke za prisilno zdravljenje. Zato je bilo nemogoče dognati in spregovoriti o vzrokih bolezni. Toliko bolj pa je bilo mogoče govoriti o pacientovih potrebah, ki so vedno naraščale in ki smo jih psihiatrični delavci spodbujali in poskušali zadovoljiti. Tako smo premaknili pacienta iz njegove statičnosti, katonije, abuličnosti. Tako spodbujen gost nam je lahko sledil po poti svoje rehabilitacije od psihiatričnega pacienta prek gosta v navadno življenje. Duševna bolezen je stopila v ozadje.

Nekateri kritiki so nas obtoževali, da ne priznavamo duševne bolezni in nas označili za antipsihiatre, psihiatrijo, ki smo jo udejanjali, pa za antipsihiatrijo. Nič bolj zmotnega! V nasprotju z goriško ekipo, ki je postavila duševno bolezen v oklepaj, ni pa je zanikala, se je tržaška ekipa kljub videzu krepko spoprijela z duševno boleznijo in duševnim bolnikom. Pri tem si nismo delali iluzij, da smo rešili problem. Delali pa smo v prepričanju, in tega mnenja sem še danes, da se je z našo pomočjo, oziroma, z našim pristopom k duševnemu bolniku (ki je med drugim težil k zadovoljivosti svojih starih in novih, fizičnih in psihičnih potreb) ta počutil bolje, da je bolje živel: najprej v instituciji in potem tudi v sami areni življenja. Govorim o približno tisoč psihiatričnih pacientov.

V tem obdobju se začenjajo pojavljati tudi zametki izražanja psihičnega trpljenja. Ker

smo bili psihiatrični delavci preveč zaposleni z zadovoljevanjem potreb velikega števila bolnikov, smo pojav izraženega psihičnega trpljenja sicer upoštevali, vendar se z njim nismo mogli poglobljeno ukvarjati. Psihično trpljenje pa se je z vso silo izrazilo in ob odpravi psihiatrične bolnišnice postalo naša prioriteta naloga.

III. *Teritorialna psihiatrija*. Kot alternativa klasični psihiatriji so na lokalnih območjih nastali Centri za mentalno zdravje. Tako smo se srečali z teritorialno psihiatrijo. V začetku smo imeli še vedno opravka s psihiatričnimi pacienti, gosti psihiatrične oskrbe, vendar vedno manj. "Kroničnost" je začela dobivati drugačne oblike: nič ni več statično, kronično, nespremenljivo, regresivno. Naš bivši pacient, potem gost, je postal uporabnik Centra za mentalno zdravje. Uporabniki pa smo vsi državljani: enkrat potrebujemo ta servis, drugič drugega, odvisno pač od trenutnih potreb. Da ne gre le za besedno igro, naj povemo, da se naši uporabniki poslužujejo našega Centra po svojih potrebah. V akutni fazi je lahko človek hospitaliziran, drugič pa je lahko v dnevni obravnavi in ima Center za socialni prostor, za kuhinjo, ali pa je naše oskrbe deležen na domu. Pri vsem tem ima njegova duševna kriza, njegovo trpljenje izrazito prednost. K temu je usmerjena naša skrb. O tem razpravljamo, vendar ne v izrazih psihiatričnih kategorij in klasifikacij bolezni, temveč v izrazih take vsebine: kaj mu je, zakaj joče, trpi, ne spi, je poln tesnob, strahu, živi v oblakih, se čuti preganjan, preganja druge... Ne glede na dejstvo, da bi za izoblikovanje prave diagnoze potrebovali šest mesecev, ta nikogar bistveno ne zanima. To je problem za akademsko razpravo. Nas zanima zlasti vprašanje, kako pomagati našemu uporabniku: medikamentozno, socialno, psihološko, družbeno, rekreativno, zaposlitveno, ekonomsko...

Nevarnost objektivizacije vedno obstaja, zato smo v Centru za mentalno zdravje v Nabrežini organizirali dnevna srečanja uporabnikov v akutni duševni stiski, ki so hospitalizirani, in tistih, ki so pri nas le v dnevni oskrbi ali v socialnem centru. Vsi so dobrodošli - tudi naključni gosti, ki niso uporabniki našega centra. Enkrat na teden so srečanja namenjena posebni tematiki: posameznikovemu

psihičnemu trpljenju. Pogovarjamo se o tem, kaj zanj pomeni njegova žalost, trpljenje, tesnoba, more... Pri teh pogovorih so naši uporabniki le subjekti, kjer vsak po svoje izraža čustva, opisuje svoje stanje, probleme, razlaga vzroke teh stanj, njihov potek, kako se je zdravil, kaj vse je poskusil, govori o svojih frustracijah in nezmožnosti, da bi sam rešil svoje probleme. Tu ne gre za klasificiranje trpljenja, temveč le za fenomenološki pristop, za opis osebnega stanja. Pri tem se kažejo določene značilnosti. Naj omenim nekatere:

1. Pomen telesnosti: velikanska večina naših uporabnikov se pri opisovanju svojih problemov opira na telesnost. Celo kažejo, kje jih tišči: pri srcu, v želodcu, grlu... Čeprav njihova težava nima prav nobenega opravka s telesnostjo, je telo nujna referenčna točka za vsak opis, za vsako doživetje. Skratka, brez telesa človek, ki psihično trpi, ne more, kar kaže na absurdnost dualizma telesnosti in duševnosti. (Zanimivo bi bilo raziskati, ali se tudi telesno bolni tako opirajo na psiho, ko opisujejo svoje bolečine in stanja.)

2. Individualno izražanje, opisovanje doživetij naših uporabnikov je izrazito individualistično, subjektivno. Izražanje je pestro, bogato, konkretno ali abstraktno (tu igra pomembno vlogo raven izobrazbe uporabnika). Kakršnokoli je že, to opisovanje vsem (uporabnikom in psihiatričnim delavcem) pomaga k boljšemu razumevanju človeka in njegovega trpljenja, zbudi kup novih asociacij in nam vedno znova dokaže, kako ozke so kategorije klasične psihiatrije. Hkrati (in zelo pomembno) je vse to opisovanje tudi katarzične narave.

3. Teritorialnost je jasen dokaz neadekvatnosti azilarne psihiatrije, ki je sicer prišla do genialnih vpogledov, spoznanj, vendar jih v zaprtih institucijah ni mogla uveljaviti. V mislih imamo kategorijo maničnosti, ki jo je fenomenologija dodobra analizirala, vendar le teritorialna psihiatrija ponudi svojemu maničnemu uporabniku prostor in čas, da se njegova maničnost pravilno izrazi, izčrpa in končno umiri. Njegov proces zdravljenja tako ubere drugačen ritem, ki mu omogoči bolj ali manj redno življenje in delo v domačem okolju.

Objektivizacija. Kljub načinu dela, ki teži k čimvečji subjektivizaciji, se ne moremo čisto

