

Prof. dr. sc. dr. med. Lev Milčinski,
Psihiatrični dispanzer klinične bolnišnice
za psihiatrijo
Ljubljana

Zdravstveni delavec v psihiatriji in etika

UDK 614.25:616.89

PSYCHIATRIC HEALTH STAFF AND ETHICS. *During the last decades the fundamental understanding and therapeutic possibilities of psychiatry have undergone important changes. This led to certain obscurity and uncertainty of several aspects of this medical branch. The author points out that the psychiatric health workers need some other guidelines in addition to the generally adopted professional policy and maintains that in psychiatry the sense of ethics assumes greater importance than in other fields of medicine. In this context he calls attention to the Declaration of Hawaii and comments on some of its statements.*

IZVLEČEK. *Psihiatrija je v zadnjih desetletjih doživela izredne spremembe v načelnem razumevanju svojega področja pa tudi v terapevtskih možnostih. S tem je postalo marsikaj v okviru te medicinske veje megleno in problematično ter nepregledno. Psihiatričnemu delavcu so zato potrebne še drugačne smernice, ne samo strokovne. Bolj kot v drugih medicinskih strokah je tu pomemben etični čut. V tej zvezi opozarja članek na Havajsko deklaracijo in komentira nekatere njene teze.*

O tem, kaj je v psihiatriji strokovno, kaj pa ni več, kaj je dobrega, kaj pa slabega v njej, je dandanes težje presojati, kot je bilo pred štiridesetimi ali petdesetimi leti.

Psihiatrični delokrog je bil svojčas bistveno ožji, kot je dandanes. Poprej je bila osrednja pozornost psihiatrične teorije in prakse obrnjena k psihozam in so bila nevrotska in podobna stanja obravnavana le periferno. Danes je razmerje obratno in se večina teoretskih študij in praktične dejavnosti posveča nepsihotičnim in mejno abnormnim stanjem, kot so nevroze, osebnostne in vedenjske motnje, različne odvisnosti in podobni megleno omejeni pojavi, ki preplavljajo današnjo družbo.

Krčevito iskanje oprijemljivega organskega substrata duševnih abnormnosti, katerega spoznanje naj bi razrešilo vse uganke psihiatrije, je nekoliko uplahnelo. Namesto tega pa se utrjujejo spoznanja, da je bolj verjetno prej pričakovati količkaj sprejemljivi odgovor na vprašanja o bistvu duševne abnormnosti, ko se bodo harmonično ujele biološka, kemijska, psihološka, sociološka in filozofska raziskovalna prizadevanja okoli te teme.

Kar se nam je videlo svojčas povsem jasno, namreč da so določene oblike človeškega vedenja »normalne«, druge pa »abnormne«, je o tem danes mogoče

razpravljati v nedogled, češ da ni v sami naravi takšnega ali drugačnega **vedenja** določena njegova »normalnost« ali »nenormalnost«, temveč da so za to distinkcijo odločilni različni **družbeni interesi**.

Da zdravi duševne motnje psihiater, o tem pred leti ni bilo dvoma. Danes kot terapiji nastopajo tudi najrazličnejši strokovnjaki ali nestrokovnjaki, vključno bolniki sami.

Psihiatrično zdravljenje je imelo nekdanj karakter zaupnega srečanja bolnika s terapevtom. Danes postaja to težko pregledna, usmerjana dinamika manjših ali večjih skupin, ko je že pogosto negotovo, kdo je subjekt, kdo pa objekt zdravljenja.

Ali naj v tej džungli vseh možnih — tudi protislovnih — pogledov, v tem blodnjaku zapletenih smeri obupamo? Ni treba, če znamo sprejeti, da je treba pač popustiti v objestnem pričakovanju bližje pojasnitve vsega neznanega v psihiatriji. Psihiatrija pač še daleč ni znanost tiste vrste, ki bi jo bilo mogoče ujeti v abstraktno shemo in jo razčleniti na nekaj formul in s tem odgnati vse dvome, ki se nam pojavljajo pri delu z duševno motenimi osebami. Vsako srečanje z duševno abnormnim je nov enkratni dogodek, ki ga gotovo lažje dojamemo v luči dosedanjih izkušenj psihiatrične vede in večšine, vsakokrat nam pa vendar razodene vsaj del čisto novega spoznanja o vzorcih človekovega vključevanja v družbo in svet. Tako pa tudi dilem, s katerimi se srečavamo psihiatrični delavci, ni konec.

Da bi se na tem težkem terenu lahko znašli, moramo vedeti, kaj je naš poglavitni instrument, ko si prizadevamo razumeti duševno abnormne ljudi in ko skrbimo za njihovo zdravljenje in rehabilitacijo.

Ko je razpravljal o delu zdravnika splošne medicine, se je M. Balint (1) pred leti izrazil, da je njegov poglavitni instrument zdravnik sam s svojo osebnostjo. To spoznanje pa še bolj velja tudi za nas delavce v psihiatriji, za vse, ki smo udeleženi v procesu spoznavanja in zdravljenja duševno abnormnih oseb. V srečanju psihiatričnih delavcev in oseb, ki so mogoče duševno abnormne, se lahko zgodijo usodne stvari za prihodnost bolnika, toda tudi za osebni lik terapevta samega, če ukrep ni bil ustrezen.

S svojo strokovno usmerjenostjo smo torej vrženi v težko pregledni, s protislovji in z nejasnostmi nabiti svet duševne abnormnosti in tu se moramo znajti, kot vemo in znamo. »Vemo in znamo pa tu še vedno relativno malo in zato se zanašamo še na druge kačipote, kot je sama psihiatrična znanost. Brez nečesa pri delu z duševno abnormnimi gotovo ne moremo naprej, namreč brez etičnega čuta.

Kaj je ta »etični čut«, je težko definirati. Mogoče da je to tista intuitivno doživljajska težnja, ki — včasih mimo vsakdanje logike — človeka v nekaj sili ali ga pa od nečesa odvrča in katere smisel kot globoko v človeka vgrajen regulator odnosov v človeški skupnosti včasih lahko jasno uzremo šele po dolgem času. Ali kot preprosteje o tem pravi Vidmar (2): »... tisto nekaj, kar se kot ukaz ali vest tako ali drugače oglašča v človeku.«

Vesti pač ne moremo razčleniti na nekaj pravniško izraženih zakonov ali disciplinskih pravil, saj je včasih po vesti prav nekaj, kar je po zakonu kaznivo in obratno.

Vendar vidimo, kako se poklicne organizacije trudijo tudi tu dati delavcu na pot nekaj smernic. Takšen smisel ima tudi t. i. **Havajska deklaracija** iz leta

1977 (3), kar je v bistvu kodeks etičnih načel delavcev v psihiatriji. O vlogi te deklaracije pravijo njeni avtorji sami:

»Za etično vedenje sta bistveni: izostrena vest in osebna presoja. Vseeno pa so potrebna pisana pravila za pojasnitev smisla poklicnih etičnih načel pa tudi vodilo psihiatru in opora njegovim vestim.«

Namenjena v prvi vrsti psihiatrom, bi ta načela pravzaprav morala veljati za vse, ki se poklicno ukvarjajo z duševno abnormnimi. Tako kot npr. pri nas tudi nimamo posebnega kodeksa za zdravnike, temveč le Kodeks etike zdravstvenih delavcev (4), med temi delavci pa so najštevilnejše in tudi po svoji vlogi v psihiatrični ustanovi izredno pomembne medicinske sestre.

V omenjeni deklaraciji beremo v 7. členu med drugim tudi to, naj se zavzamemo za to, da ne bi pustili **»neustreznim osebnim željam, čustvom ali predsodkom vplivati na potek zdravljenja«**. Vemo, kako je, če kdo od nas čuti prikrit odpor npr. do alkoholikov, mladih suicidantov ali toksikomanov, pa tudi kdaj do kakih oblik psihotičnega vedenja. Ta odpor, lahko da komaj zavesten, se potem razodene — pogosto nehoté in nevedé — v naših staljših do pacientov tiste vrste, v pogovorih z njimi, obarva pa tudi odločanje o vrsti terapije, sprejemanju v bolnišnico in odpuščenju iz nje itd., čeprav vse še v okviru medicinsko opravičljivega ukrepanja.

Naj le na kratko omenim, da nam lastniška sla utegne včasih izpriditi pristne odnose do pacienta, ko bi začeli od pacientov in njihovih svojcev sprejemati darila, ki niso več samo simbolično izkazovanje hvaležnosti za naše opravljeno delo, temveč vnaprejšnje prepričevanje terapevtov, da bi bolniku priskrbeli izjemen postopek. Vse to se tudi lahko zgodi še v legalnih okvirih in o podkupovanju kot kaznivem dejanju tu ne govorimo.

V bistveno večjem obsegu kot poprej se v psihiatriji uveljavljajo danes psihoterapevtski prijemi, ki mobilizirajo transferne in kontratransferne mehanizme. Le-ti pa se utegnejo pri neizkušeni izroditi v erotično-seksualno razmerje med terapevtom (terapevtko) ter pacientko (pacientom), kar terapevtski odnos gotovo zmoti in lahko terapevta privede na rob kaznivega ravnanja.

Vse nas poganja — pravijo — v življenju troje pglavitnih teženj: **imeti, veljati, biti ljubljen**. Te težnje si, naravnost ali po ovinkih, iščejo zadovoljitve. Brez njih nismo niti zdravniki niti medicinske sestre v katerikoli stroki že delamo, seveda tudi psihiatrični. Gre pa za to, kdaj, kje in kako tem težnjam damo duška. V psihiatriji je samokontrola terapevtovega čustveno-nagonskega reagiranja še posebno težka glede na to, da terapevt tu ne operira zgolj z znanjem, določeno količino informacij in spretnosti, temveč je terapevtski učinek njegovega vedenja odvisen tudi od tega, koliko celotne svoje osebnosti pritegne v delo. Se pravi: v kontaktu s pacientom se mora čutiti tudi terapevtova čustvena zavzetost ali drugače rečeno, to, da se terapevt zavzame za svojega bolnika tudi **kot človek za človeka**. Ta situacija pa je taka, kot da hodimo po ostrem planinskem grebenu s prepadom na obe plati. Ena nevarnost je, da se pogreznemo v birokratsko hladno službeno držo, skrbno se oklepajoč desetkrat premišljenih in preizkušenih prijemov, nadzorjujoč svoj sleherni čustveni utrip in še tak droben nagonski impulz. Druga pa je ta, da se prepustimo toku čustev in gonov brez vseh omejitev, ki nam jih narekujejo obveznosti našega družbenega oziroma službenega položaja in se ravnamo v odnosu pacienta le po tem, ali ga imamo radi ali ga pa sovražimo.

Gre torej za pravo mero: po eni plati, da ne zadušimo povsem pristnega čustveno-nagonskega reagiranja, ki je sposobno vzbuditi resonanco v drugem človeku, po drugi plati pa, da nikoli povsem ne izključimo samokontrole. Do te »prave mere« pridemo po zreli presoji in z našim že večkrat omenjenim »etičnim čutom«.

Ta etični čut bi v analitski shemi postavili nekam v »nadjaz«. Če je takoimenovani »jaz« pameten in varuje posameznika v neposredni realnosti ali predvidljivi prihodnosti je »nadjaz« moder in čuva širše interese človeštva v bolj odmaknjeni bodočnosti. »Nadjaz« je usedlina razmišljanj in meditacij o smislu človekovega bivanja, odkar se je bil človek ovedel tega, da se rodi, živi, trpi in umre, pa tudi tega, da mu tesnobo življenja v tej zavesti lajša bližina drugih ljudi.

Še malo se vrnimo k našemu kodeksu. Drugi člen deklaracije pravi med drugim: **»Vsakemu bolniku je treba nuditi najboljše možno zdravljenje in vsakogar moramo obravnavati s skrbnostjo in spoštovanjem, kot smo to dolžni do slehernega človeškega bitja, upoštevajoč pravico vsakogar do svojega življenja in zdravja.«** Vemo, da je »najboljše možno« lahko zelo relativen pojem, če to načelo postavimo ob prvo, ki nam nalaga, da moramo delovati kar najbolj v prid bolnika, da pa naj imamo **»na skrbi tudi splošno korist in ustrezno delitev za zdravstvo namenjenih sredstev.«**

Znano nam je, da so med drugo svetovno vojno bili nekateri psihiatrični timi v tretjem rajhu prepričani, da »skrbe za splošno korist«, ko so organizirali in izvedli prosluli »evtanazijski program«, ki je povzročil nasilno smrt okoli 100.000 duševno bolnih iz Nemčije in okupirane Evrope (5). Vemo pa tudi, da jih krivde za sodelovanje pri tej akciji na nürnberškem procesu ni osvobodil zagovor, češ da so ravnali po višjem ukazu, v prepričanju, da je tako najboljše za njihovo domovino.

To pa pomeni, da naj bi človek, tudi če kot zvest državljan sledi ukazom domovine, nikoli ne zadušil etičnega čuta v sebi in naj bi se uprl ukazom, ki so nasproti temu.

Končno pa še to, da nam je sicer ta kodeks lahko dragocen vodnik skozi številne možne zaplete, ki nam jih pripravlja psihiatrični poklic, da se bomo pa v najbolj kritičnih situacijah vendarle morali zanesti na tisti naš notranji glas, ki bedi nad človečnostjo.

Literatura:

1. Balint M.: The Doctor, His Patient and the Illness. Pitman Medical, London 1971.
2. Vidmar J.: Meditacije. Obzorja, Maribor 1975, 24—24.
3. World Psychiatric Association: Hawaiian Declaration. The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists (Oksford), Jan, 1978, 12—13.
4. Kodeks etike zdravstvenih delavcev SFR Jugoslavije. Poslanstvo slovenskega zdravnika. Slovenska Matica, Ljubljana 1965, 77—79.
5. Mitscherlich A., F. Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzte — prozesses. Fischer, Frankfurt am Main 1962, 183—210.

ČIM VEČJA JE SVOBODA, TEM VEČJA JE ODGOVORNOST

M. Ginsberg