

OB KAVICI – SISTEMSKI IN KOMUNIKACIJSKI POGLED NA DELO NA PSIHIATRIČNEM ODDELKU*

Miran Možina

UDK/UDC 616.89-083

COFFE BREAK – SYSTEMIC AND COMMUNICATIONAL VIEW UPON THE WORK ON A PSYCHIATRIC UNIT

DESKRIPTORJI: psihiatrični oddelki; nega bolnika

DESCRIPTORS: psychiatric department hospital; nursing care

IZVLEČEK – Članek je nastal na osnovi dvoletnih izkušenj (1988–90) na psihiatričnem zaprtem moškem oddelku v Vojniku. Z uporabo sistemske teorije skušam prikazati orientacijo oziroma smer, ki jo je v tem času razvijal celotni tim oddelka. Smer naše poti nas je pripeljala tudi na področje, kjer smo se (večkrat ob kavici) srečevali s trenutki lastne ranljivosti in razgaljenosti, iz česar se odpirajo drugačni pogledi na delo na psihiatričnem oddelku in v tem okviru seveda tudi na delo medicinskih sester in tehnikov. Poudariti sem želim še zlasti njihov velik prispevek in hkrati odpreti nekaj možnih vizij za naše skupno delo na psihiatričnem oddelku v prihodnosti.

ABSTRACT – The present article grew out of two years' experience (1988–90) on a closed male psychiatric unit at Vojnik. By the use of systems theory I have tried to present the orientation or direction, developed in that period by the whole team of the unit. The direction which we have followed led us to the areas (most often while drinking our coffee) where we were confronted by our own vulnerability and exposure, which bring forward different views upon the work on a psychiatric unit, including the work of nurses and nursing aid. Above all, I would like to stress their important contribution and open some possible perspectives for our mutual work on a psychiatric unit in the future.

Pot je cilj.
(vzhodnjaška modrost)

Uvod

V pričujočem prispevku in v dopolnjujočem, bolj literarno zasnovanem Pogovoru ob kavici, bom poskušal opisati *orientacijo* oziroma *smer* poti, ki jo je v letih 1988–90 razvijal celotni tim zaprtega moškega psihiatričnega oddelka v Vojniku. Gre za smer, ki jo je nakazal tudi znani angleški psihiater in psihoterapevt Malcolm Pines, ki je bil spomladi 1990 gost slovenske psihiatrične sekcije. Po prvem predavanju o skupinskem delu s psihotičnimi bolniki se je razvila živahna razprava s komentarji in vprašanji. Po drugem predavanju o *kontratransferju* pa je nastala kar malce mučna tišina. Gospod Pines je to čez nekaj časa komentiral, češ da se v tej tišini verjetno zrcali tudi naša zadrega, ker ta tema vključuje nas same, naše doživljanje pri delu z bolniki. Navajeni smo govoriti o bolnikih, o njihovih najbolj intimnih težavah, tako da večinoma pri tem ne zardevamo, jezik se nam ne zatika in nas ni ne vem kako strah. Hkrati pa so običajno prikazi psihiatrične kazuistike še vedno skoraj popolnoma »očiščeni« kakršnekoli informacije o drugi, to je terapev-

Miran Možina, dr. med., Psihiatrični oddelek Vojnik, 63212 Vojnik.

* Ta članek je skrajšana verzija predavanja za sestanek Sekcij psihiatričnih medicinskih sester Slovenije v oktobru 1990 v Vojniku, ki je imel ob tridesetletnici Vojnika tudi svečano obeležje.

tovi strani. Ponavadi na primer ne zvemo, ali je bil terapevtu neki bolnik že od prvega trenutka naprej zoprni ali pa da mesece in mesece ni vedel, česa bi se z določenim bolnikom pravzaprav lotil, da je popolnoma izgubil kontrolo ali da se je po pogovoru bal, da bolnika na naslednjo seanso več ne bo ipd. Predavanje gospoda Pinesa pa je bilo posvečeno ravno takim neprijetnim izkušnjam, ki jih ima vsakdo, ki se ukvarja z duševnimi bolniki. Govoril je o doživljanju izgube avtoritete, občutij krivde, nemoči, neuspešnosti, strahu, erotičnih občutkov, jeze. Poudaril je, da je vsem tem neprijetnim trenutkom skupno to, da smo *razgaljeni* in seveda s tem tudi bolj *ranljivi*. Po njegovem je to neogibni del našega posla. Izkušeni in uglajeni Anglež je znal najti pravi način spogledovanja z vročimi temami in je na koncu požele odobravojoč aplavz. Hkrati je tudi zelo jasno povedal, da za njegov način dela velja priporočilo, ki je stalo na mizi nekdanjega ameriškega predsednika Trumana:

**IF YOU CAN'T STAY HEAT GO OUT OF THE KITCHEN!
ČE NE ZDRŽIŠ VROČINE, SE UMAKNI IZ KUHINJE!**

Tale naš psihiatrični oddelek je res pogosto podoben razgreti kuhinji in pogosto ni jasno, kdo je glavni kuhar in kdo plava v golažu, bolniki ali mi ali vsi skupaj. Zdi se mi, da sem se v tej kuhinji v zadnjih dveh letih pošteno prekuhal in nekateri pravijo, da sem zdaj boljšega okusa kot pred dvema letoma. Včasih smo se »dušili« na bolj blagem, a dlje trajajočem ognju, včasih je bilo vse kot v loncu na zvišan tlak, a čudna reč pri teh pogosto zmešanih receptih je bila ta, da so se zvarile zanimive kombinacije odnosov med sestavinami, mešanice novih okusov.

Ko so leta 1987 na kongresu iz družinske psihoterapije vprašali znanega italijanskega sistemsko usmerjenega družinskega terapevta Maurizia Andolfija (1), kaj je razlog uspešnosti in inovativnosti v delu njegovega tima oziroma inštituta za družinsko terapijo v Rimu, je odgovoril, da nekako uspejo nenehno ohranjati v celem timu *zanimanje*. Delo z bolniki ostaja zanje vedno znova zanimivo, odkrivajo vedno nove razsežnosti tistega, kar je bilo videti že povsem znano. Morda je to podobno temu, čemur prof. dr. Lev Milčinski pravi »delovni eros«. Menim, da je ta delovni zanos zelo povezan z ostalimi člani našega tima in z zaupanjem. Rast medsebojnega zaupanja v razkrivanju zelo občutljivih področij našega dela je nekaj, kar me v procesu zadnjih let na našem oddelku morda najbolj veže na sodelavce, me zavezuje in se me dotika.

Gregory Bateson, eden od začetnikov tistega, čemur danes v svetu pravijo *sistemski pogled*, je naslovil svojo zadnjo knjigo *Angeli se bojijo* (2). To je del verza angleškega pesnika Wiliama Blakea, ki bi ga lahko prevedel takole:

*Samo norci drvijo tja,
kamor se angeli bojijo stopiti.*

Ko s svojo znanstveno radovednostjo stopam v področje, ki nosi ime »zaprti moški oddelek Vojnik«, čutim podoben strah, trepet in omahovanje, kot ga je pri svojem raziskovanju podobno zahtevnih področij doživljal Bateson. Upam, da ne bom izpadel kot norec in da bodo angeli bdeli nad mojim početjem tako, da bo še veliko ostalo neizrečenega in skrivnostnega in da nežnega medčloveškega tkiva na zaprtem moškem oddelku ne bom poškodoval s pretirano radovedno naglico.

Preden bom začrtal nekaj osnovnih okvirjev systemskega pogleda na delo na psihiatričnem oddelku, pa naj samo še na kratko orišem *trenutno organizacijsko in vsebinsko podobo* našega oddelka, ki je verjetno res edinstvena mešanica celotne psihiatrije (razen otroške, hvala bogu). Naš oddelek je hkrati sprejemni, zaprti, krizni za psihiatrično hitro pomoč, polodprti, ambulantni. Pri nas obravnavamo vsa urgentna stanja, a bolniki po izboljšanju pogosto ostanejo še naprej pri nas. Bolniki s kroničnimi neorganskimi psihozami ostanejo tudi po nekaj mesecev, dokler niso odpuščeni neposredno z našega oddelka in jih potem vodimo naprej ambulantno. Nekatero bolnike z diagnozo shizofrenija premestimo na odprti moški oddelek. Podobno se dogaja z bolniki z organskimi psihozami. Vedno se najdejo pri nas tudi težko dementni bolniki, ki čakajo na domsko namestitev. Zelo veliko problemov, ki jih obravnavamo, je povezanih z alkoholom. Večino bolnikov po izzvenetju alkoholnega bledeža odпустimo, veliko jih pa tudi pri nas (poleg tistih sprejetih zaradi drugih zapletov alkoholizma) počaka na prostor na alkoholološkem oddelku, kadar ugotovimo primerno motivacijo. Večino bolnikov po poskusu samomora in pri prilagoditvenih reakcijah, kjer se odločimo za krizno intervencijo (vključno z delom z bližnjimi) in krajšo hospitalizacijo, obdelamo od začetka do konca (če je potrebno, pozneje tudi ambulantno) sami. Duševno prizadeti ostanejo večinoma celotno hospitalizacijo pri nas. Pri narkomanih opravimo samo detoksikacijo. Bolnike z nevrotičnimi motnjami pogosto v kombinaciji z medikamentozno terapijo obravnavamo tudi s pomočjo individualne fokalne psihoterapevtske obravnave. Pri bolnikih z motnjami osebnosti si prizadevamo za krajšo hospitalizacijo, v izjemnih primerih smo se lotili tudi dolgotrajnejše obravnave. Kar se obravnavanih metod tiče, smo tudi zelo »široki« in pravzaprav ničesar iz običajnega psihiatričnega »menuja« ne izključujemo – velik poudarek je seveda na medikamentozni terapiji, ki pa je v večini primerov vpeta v odnosni okvir, ki ga zelo skrbno gojimo in negujemo prek individualnih pogovorov, sobnih skupin, sestankov cele oddelčne skupnosti, na delovni terapiji in v neformalnih situacijah. Ni nam tuja ne individualna ne družinska psihoterapija niti socialno intervereniranje. Sicer redko apliciramo tudi elektrošoke. Prizadevamo si tudi, da bi ne pozabili na somatsko medicino, in gojimo psihosomatski model. Naši psihologi naj ne bi bili samo za diagnostični laboratorij, ampak naj bi prevzemali tudi terapevtske odgovornosti. Fleksibilnost v obravnavi je nedvomno tudi posledica nuje, ki nam jo vsiljujeta velik obseg in organizacija dela s svojo zgoraj opisano pestrostjo. Skratka, dolgčas nam res ni! Večkrat nas od navora boli glava in nas stiska pri srcu. Da je to povsem upravičeno, bom kasneje prikazal tudi statistično.

Sistemska teorija in zaprti moški oddelek

V naslovu objavljam, da bom na delo na psihiatričnem oddelku poskušal pogledati skozi teoretične koncepte systemske in komunikacijske teorije. Pojem systemska teorija bom uporabljal v širšem pomenu besede, ki danes v svetu pomeni sintezo teorije sistemov (3), komunikacijske oziroma informacijske teorije in kibernetike. Rojstni datum kibernetične teorije naj bi bilo leto 1943, ko je Norbert Wiener, sicer uradno priznani oče kibernetike, s sodelavci (4) objavil članek, v katerem je bil prvič predstavljen koncept *povratne zveze (feedback)*. To je bil potem eden od ključev za razvoj tako različnih področij, kot so: računalništvo,

fiziologija, vodenje vesoljskih vozil, biologija (5), ekologija (6). Po drugi strani, predvsem z razvojem tako imenovane kibernetike drugega reda (7), pa je koncept povratne zveze (in drugi iz njega razviti koncepti – na primer rekurzivnost, refleksivnost, Ashbyjev zakon potrebne raznolikosti, kontrola, organizacija, mehanizem idr.) omogočil nove možnosti razvoja filozofije, teologije (2), psihologije, psihoterapije (7, 8), komparativistike (9), sociologije (10), znanosti o organizaciji (11). Začela so nastajati tudi nova področja in nove povezave med ustaljenimi področji. Kibernetika v širšem pomenu besede (= sistemska teorija) pomeni novo paradigmo, odkritje novega vzorca organizacije celotnega človeškega vedenja (12, 13). In drugačno vedenje, drugačen način razmišljanja sta neločljivo, kibernetično povezana z drugačnim načinom vedenja.

V medicini se je v letošnjem stoletju zelo uveljavil koncept *homeostaze*. Veliki francoski fiziolog Claude Bernard je zastopal stališče, da je ena najpomembnejših značilnosti vsega, kar je živo, vzdrževanje *stalnosti notranjega okolja*, okolja znotraj kože. Walter Cannon (14, 15) je kasneje (1932) imenoval to lastnost homeostaza: sposobnost vzdrževanja stalnega notranjega fiziološkega stanja kljub zunanjim spremembam v okolju. Za to stalnost skrbi ogromna množica zank povratne zveze. Na primer krvni tlak, maščobe in sladkor v krvi, spremenljivke, ki so danes v središču pozornosti večine zdravnikov, nihajo okoli stalnih vrednosti. Preboj teh vrednosti iz določenega območja tolerance lahko pripelje do razpada fiziološkega sistema in s tem do smrti organizma (na primer maligna hipertenzivna kriza). To pomeni, da so odpovedali mehanizmi korektivnih povratnih zvez za, v tem primeru, znižanje krvnega tlaka. Vzdrževanje stabilnosti, upiranje pretiranim spremembam, je ena temeljnih značilnosti in sposobnosti živih sistemov. In tako kot to velja za tiste komunikacijske mreže, ki jim pravimo »telo«, enako velja za informacijske kode duševnosti (na primer čustva, občutki, kognicija, zaznave, zavest, itn.) in za komunikacijo med ljudmi – torej za psihološko, biološko in socialno dimenzijo. B. Keeney je posvetil celo svojo knjigo *Estetika spremembe* (7) temu razlikovanju, ki ga je prikazal takole:

STABILNOST / SPREMEMBA

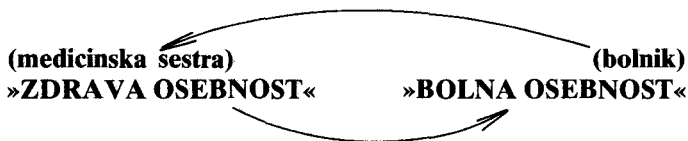
Vmesna poševna črta pomeni, da gre za dva komplementarna principa oziroma pola, ki sta kibernetično povezana. Vsak od teh polov pomeni določeno raven, zaporedje zank povratne zveze. Življenje celice, organov, organizma, najrazličnejših skupkov organizmov – v ta sklop spadajo tudi posamezni ljudje, pari, skupine, psihiatrični oddelki, delovne organizacije, družbe, narodi, ekološki sistemi, gozdovi, zalivi, oceani, živali, rastline – pomeni stalno uravnavanje spreminjanja, ki naj bi ostalo znotraj prilagoditvenega razpona.

Ena najpomembnejših značilnosti sistemske teorije je preseganje kakršnihkoli *dualizmov*, torej na primer tudi dualizma med osebjem in bolniki. V središču pozornosti je *komunikacija*, *interakcija* med udeleženci komunikacije (v tem primeru med osebjem in bolniki), medsebojni *odnosi*. »Zaprta moški oddelek« lahko razumem kot *sistem* s številnimi *pod sistemi*, ki jih lahko vsak poljubno definira – na primer medicinske sestre, strežniki, bolniki, diagnoze, prijateljske dvojice, podskupine znotraj skupine, osebje, stari–mladi, lepi–grdi itn. Hkrati je »zaprta

moški oddelek« podsistem, ki je vpleten v številne večje sisteme – na primer bolnišnica Vojnik, Zdravstveni center Celje, celjska zdravstvena regija, kraj Vojnik, Slovenija, srednjeevropska skupnost itn. Bistvo je, da vsak (pod)sistem pomeni določeno raven rekurzivno sprepletenih zank povratnih zvez. Tako je vsak (pod)sistem v interakciji z vsemi drugimi (pod)sistemi. To je podobno hologramu, kjer je v vsakem delčku celota in v celoti neskončno število delov. Preprosto lahko to ponazorimo na primeru (pod)sistemov, ki jih imenujemo medicinska »sestra« in »bolnik«. Odnos, komunikacija, interakcija med tema dvema sistemoma je organizirana rekurzivno po mehanizmu povratne zveze:



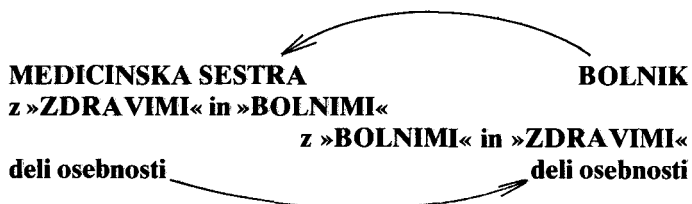
Kdo je na primer nekaj začel in kdo odgovoril, je stvar opazovalčeve presoje in odločitve. Po kibernetični teoriji je vsak »začetek« interakcije hkrati tudi že »odgovor« in vsak »odgovor« je hkrati »začetek«. Za tak pogled na svet je zelo zanimiv trenutek, če se postavi zahteva ali ideal, da naj bi bila medicinska sestra »zdrava in zrela osebnost«, ki naj bi se »imela v oblasti in izražala svoja čustva na konstruktiven način« (18). V tem trenutku lahko pride do drugačne definicije sistema:



Tako lahko pride do preskoka v psihološko teorijo »osebnosti« ob uporabi enega najbolj znanih dualizmov – zdravo / bolno. Poenostavljeno bi potem lahko dobili naenkrat takole definirano interakcijo:



Stvari se zanimivo zapletejo, če ne pristanemo na tako preprosto poenostavitev teorije osebnosti, da namreč obstaja razen na papirju tudi v realnosti »zdrava osebnost«. To je samo *idealni tip*, *idealni konstrukt*, ki ga v resnici ni. V realnosti naj bi bila vsaka osebnost pomanjkljivo integrirana in to pomeni, da je vsaka osebnost mešanica »zdravja« in »boleznosti«. Potem dobimo drugačno sliko:



Kakorkoli že definiramo dele sistema, ki so v interakciji, bistvo systemskega pristopa je, da vidimo oba dela povezana prek zanke povratne zveze in *da se zavedamo, da smo mi tisti, ki definiramo model razlikovanja*. Glede na to, da danes pripadniki zahodne omike še vedno nosimo dualistične predpostavke, dualistični model sveta, globoko v svoji podzavesti, se lahko zapletemo v nerešljive razcepe že na prvem koraku, pri izboru modela, ki se nam v naše mišljenje vsiljuje avtomatično, sam od sebe, po liniji najmanjšega odpora. V zgornjem primeru delitve na »osebje« in »bolnike« se torej zlahka zgodi, da jasno zagledamo, kdo je bolan in kdo je zdrav. Iz tako razcepljenega izhodišča potem človeški stik med osebjem in bolniki ni možen. Gregory Bateson je praktično vse svoje življenje posvetil raziskovanju teh zgrešenih miselnih navedb in modelov zahodne omike in pletel nov vzorec, »vzorec, ki povezuje rečnega raka, shizofrenika na zaprtem oddelku, vrtnico, mene in tebe v nedeljivo celoto« (19). Bil je eden začetnikov moderne ekološke misli (6). Osebje in bolniki smo torej v istem čolnu.

O tem, da stalno *mislimo in opazujemo*, ponavadi ne razmišljamo. Systemska teorija pa veliko pozornosti posveča ravno tema dvema procesoma. Objektivno (to je od objekta ločeno) opazovanje po systemski teoriji ni mogoče, človek je lahko le »udeleženi opazovalec«. Tudi prek »objektivnih« podaljškov svojih čutil (na primer mikroskop) smo udeleženi v opaženem. *V vsem, kar opazamo, smo tudi mi sami, ker so naša opažanja naš lasten konstrukt*. Lahko živimo le v svetu, ki ga sami neprestano gradimo. Seveda so »tam zunaj« razlike, ki jih naša čutila (in podaljški naših čutil) lahko zaznajo, vendar tisto, kar »notri« mislimo, oblikuje in usmerja našo zaznavo. Svet »zunaj« je zato *tudi* naša stvaritev. Kdor razmišlja systemsko, ta stalno vé (ali si vsaj k temu prizadeva), da je vsak pogled v svet hkrati tudi pogled v ogledalo. V sliki sveta je tudi odsev tistega, ki gleda. In slika, ki mi jo vrača ogledalo, se spet vrača v ogledalo in ta rekurzivnost se vrta v neskončnost. ‚Ding an sich‘ ali stvar po sebi, kot je rekel Kant, nam je nedostopna. Zadovoljiti se moramo samo z odsevi, kar pa sploh ni malo. — Katere odseve nam uspeva ujeti od celote, ki jo imenujemo »zaprti moški oddelek«? Vsak od nas, medicinskega in tehničnega osebja, vstopa na oddelek z nekim modelom, ki omogoča stalno konstruiranje njegovega ali njenega sveta. Ta model kot leča fokusira določene stvari oziroma informacije in briše druge.

Naj povzamem:

— »Zaprti moški oddelek« lahko definiramo kot *sistem* oziroma *podsystem*. Meje tega (pod)sistema so stvar presoje, opazovalčeve (večinoma nezavedne) odločitve. Ni nujno, da meje našega oddelka predstavljajo vrata in stene.

— »Zaprti moški oddelek« lahko razumemo kot komunikacijsko mrežo. Deli sistema sodelujejo v *komunikaciji*. Deli sistema so lahko tako živa bitja kot tudi neživi predmeti. Osnovni delec komunikacijske mreže je *informacija*. Informacije so kodirane na raznih ravneh — na primer na telesnem, duševnem, socialnem.

— »Zaprti moški oddelek« je primer živega sistema, ki se stalno spreminja zato, da bi ostal isti in ostaja isti, da bi se lahko spreminjal. Če bi prekoračili območje *homeostaze*, bi sistem razpadel. Prišlo bi na primer do nastanka novega ali novih oddelkov ali pa bi ga zaprli.

– Vsak del sistema na »zaprtem moškem oddelku« – medicinska sestra, bolnik, zdravje, bolezen, miza, TV dnevnik itn. – je v *interakciji* z vsemi drugimi deli. Ta interakcija pomeni niz zank *povratne zveze*. Interakcijo definira opazovalec, ki ne more biti ločen, neodvisen od sistema, ki ga opazuje. Je torej vedno *udeleženi* opazovalec. S to korekcijo tako imenovane *samorefektivnosti*, ki pomeni upoštevanje povratne zveze, ki obstaja med opazovalcem in opazovanim, je možno preseči kakršenkoli *dualizem*.

– »Zaprta moški oddelek«, »sistem«, »povratna zveza«, »homeostaza«, »informacija«, »komunikacija« idr. so le *besede*, ki nekaj označujejo. So del *zemljevida*, ki ga tule ustvarjam za prikaz *teritorija*. (Razlog, da tolikokrat uporabljam narekovaje, je prav to. Narekovaji mi pomagajo ohranjati stik z razliko med besedami in tistim, kar predstavljajo, z razliko med zemljevidom in teritorijem.) Besede so edem od komunikacijskih kodov. In kaj je ta nekaj, ki nosi ime »zaprti moški oddelek«?

Tega, kar se zares dogaja na teritoriju, ki ga imenujemo »zaprti moški oddelek«, ni mogoče nikoli v celoti zajeti. Še tako dober in natančen opis bo vedno imel velike vrzeli (2). Zemljevid lahko ustvarim le prek redukcije, z abstrakcijo, z odštevanjem posameznih rezin od celote. Bistvo ostaja očem nevidno, kot bi rekel Saint-Exupery (20). Če si ga še tako prizadevamo opisati do največje potankosti, bo »zaprti moški oddelek« za vedno ostal tudi skrivnosten, delno zavit v meglo. Brati o plavanju ni isto kot plavati. Brati o »zaprtem moškem oddelku« ni isto kot delati, bivati in se »kuhati« v njegovi »vročini«.

Ob kavici v luči ultradianih ritmov

Kaj bi lahko bil tisti vozec v komunikacijski mreži našega psihiatričnega oddelka, ki bi nam veliko povedal o celoti? Kateri del sistema naj izberemo, da bomo veliko zvedeli o zaprtem moškem oddelku – bolnike z diagnozo shizofrenija, fluktuacijo osebja, količino uporabljenih zdravil, število elektrošokov, opis obravnave enega od bolnikov ali naših skupinskih sestankov? Vsaka od teh informacij bi lahko prispevala v mozaik znanega. Veliki nemški pesnik Goethe je rekel, da ljudje najtežje vidimo tisto, kar imamo pred nosom. Verjetno ni psihiatričnega oddelka v Sloveniji in še marsikje drugje, kjer se ne bi v delovnem timu pila *kavica*. Na našem zaprtem moškem oddelku je tako imenovani »sestrski prostor« zelo majhna sobica (približno 3 krat 4 metre), katere velik del zavzema omara. Eden najpomembnejših dogodkov v tem prostoru je pitje kavice. Ponavadi se ta prijetna tekočina na mizi kadi okoli osmih in desetih zjutraj, okoli enih in štirih popoldne ter okoli osmih in enajstih zvečer. Kaj pravzaprav pomeni tale naša »kavica«? Kaj se skriva za to besedo, za tem obredom, ki je tako običajen in vsakdanji? Bi lahko ta kavica bila predmet naše male raziskave o komunikaciji na psihiatričnem oddelku? Je smiselno, da se komunikacijski in sistemski pogled na delo na psihiatričnem oddelku ujame na tako nepomembni stvari, kot je kavica? In zakaj je najtežje, kot pravi Goethe, govoriti prav o tako vsakdanjih stvareh, kot je kavica? Ima kavica morda kaj opraviti s tako občutljivimi temami, kot so – zaupanje, odprtost, agresivnost, strah, erotika? In kakšno zvezo bi lahko kavica imela

z vegetativnim živčevjem, bioritmi, hormoni, zaznavo, desno in levo možgansko poloblo, skupinsko dinamiko, ki so vsekakor teme, ki zvenijo veliko bolj znanstveno?

O bioritmih se v zadnjem času pri nas veliko sliši in piše. Za nekaj denarja vam na primer z računalnikom narišejo vaše mesečno valovanje mentalnih, čustvenih in telesnih sposobnosti. Podlaga teh modnih in večkrat v dobiček obrnjenih »bioritmov« je zelo resno znanstveno področje, ki se ukvarja s tako imenovanimi notranjimi urami v človeškem telesu, na primer, vsakodnevni ritem spanja in budnosti (cirkadijski ritem), menstrualni cikel idr. Manj splošno znani so tako imenovani *ultradiani ritmi*. Gre za okoli 90 minut trajajoče cikle, ki se odražajo v različnih vzorcih *telesne* in *duševne* aktivnosti. Med spanjem vemo, da večina ljudi vsakih 90 minut doživi obdobje sanjanja (faza REM). Ta ritem se ohranja tudi v budnosti. V kakšnih časovnih razmakih se torej kadi kavica v sestrskem prostoru na našem oddelku? Pa na vašem? (Seveda so ultradiani ritmi, kot vsi bioritmi, do določene mere plastični, so torej lahko daljši ali krajši, zdaj govorimo o povprečnih časovnih vrednostih.) Na telesni ravni se tako vsakih 90–120 minut ravnovesje med parasimpatičnim in simpatičnim avtonomnim živčevjem za *okrog 20 minut* prevesi v prid prvemu. Po fazi aktivnosti nastopi *faza počitka* (hipoteza BRAC – »basic-rest-activity-cycle«; Dement in Kleitman, 1957) (17). To nihanje vegetativnega sistema je tesno povezano z nihanjem endokrinega sistema, ki ga uravnavajo živčni centri v hipotalamusu. Ta »suprachiasmatska jedra« hipotalamusa delujejo kot biološke ure (Poirel, 1982) (17) in vplivajo na epizodno sekrecijo hormonov (Kripke, 1982) (17) prek »glavne žleze« – hipofize. Neodvisno je potrdil Kripkejeve rezultate tudi Werntz (1981) (17), ki je odkril dodatne dokaze o vlogi hipotalamusa kot o izvoru in mediatorju ultradianih ritmov v dominanci polobel in integraciji avtonomnega živčevja. Ko torej sedemo h kavici, da bi si odpočili, se marsikaj pomembnega dogaja tudi na telesni ravni. Kaj pa na ravni duševnosti, na psihičnem področju?

Znani psihiatri in psihoterapevti že dobrih sto let opažajo velik pomen nihanj v človekovi budnosti čez dan. Tako je na primer Charcot govoril o »hipoidnih stanjih«, Janet o stanjih z manjšo energijo, Freud in Breuer sta v teh krajših psihičnih »odsotnostih« ugotavljala posebno ranljivost, ko travme lahko spočnejo nevrozo. Jung je dodal, da smo v teh trenutkih bližje kreativnemu, nezavednemu in da imajo »emocionalni kompleksi« ritme, ki lahko trajajo minute, ure, dneve, tedne. Milton H. Erickson je fazo počitka v ultradianih ritmi imenoval »običajni vsakdanji trans«, ko se človekova pozornost premakne bolj navznoter, k sanjarjenju. Tako imenovani »naravni in utilizacijski pristop« v psihoterapiji je razvil prav na osnovi več kot štiridesetletnih izkušenj in opažanj, da je človek v teh stanjih naravne odsotnosti bolj odziven za notranjo kreativno (lahko tudi zdraviteljsko) resintezo svojih izkušenj (seveda tudi travm in simptomatskega vedenja) kot v običajnem, budnem stanju. Opažanja teh velikih inovatorjev (in še mnogih drugih) je Rossi povezal z rezultati raziskav o bioritmih in jih v svoji knjigi Psihobiologija duševno-telesnega zdravljenja (17) zbral v pregledno tabelo, ki jo povzemam. Rossi tako pokaže, da gre za različna STANJA v *duševno-telesnih* procesih, ki se pri ljudeh odražajo v različnem vedenju, različnih načinih delovanja *spomina* in v različnih vzorcih *učenja*.

Tabela 1. Razvoj spoznanja o različnih *duševno- telesnih stanjih* pri človeku, ki se odražajo v različnem *vedenju*, različnem delovanju *spomina* in različnih *vzorcih Učenja*.

RAZISKOVALCI	KONCEPT
Braid (1885)	Vsak človek ima »dvojno zavest« – prva je vezana na <i>stanja budnosti</i> , druga na <i>stanja »zaspanosti«</i> , za katera je posameznik <i>reverzibilno amnestičen</i> . Ta stanja so psihofiziološki temelj hipnoze.
Janet (1889, 1907)	Reverzibilna amnezija pomeni » <i>disociacijo</i> « ali »blok« med zavestjo in podzavestjo.
Freud (1896)	Metoda » <i>prostih asociacij</i> « pomeni način dostopa do teh disociiranih oziroma reprimiranih spominov.
Jung (1910)	»Čustveni kompleksi« vplivajo na spomin in vedenje. V trenutkih, ko smo na sredi med budnostjo in spanjem, smo bližje podzavesti in kreativnemu.
Milton H. Erickson (1932)	» <i>Običajni vsakdanji trans</i> « so v bistvu trenutki odsotnosti, sanjarjenja, ki se jih da izkoristiti za » <i>notranjo resintezo</i> «.
Rossi (1981–82)	<i>Faze počitka v ultraradianih ritmi</i> pomenijo »prekinitve« našega običajnega, budnega stanja zavesti. V teh fazah so dostopni drugi (neobičajni) spomini, asociacije in obnašanja, ki se lahko kreativno organizirajo v <i>originalne misli, uvide, kot tudi osebnostne spremembe</i> . <i>Na telesni ravni se faze počitka odražajo v drugačnih vzorcih delovanja</i> vegetativnega, hormonskega, neuropeptidnega in imunskega sistema.
Benson (1983)	Za zelo različne tehnike relaksacije (na primer avtogeni trening, joga, meditacije) je značilen enak tako imenovani » <i>relaksacijski odgovor</i> «. Posrednik tega dogajanja na telesni ravni je <i>hipotalamus</i> , ki zmanjša aktivnost simpatičnega živčevja.
Werntz (1981)	Ultradiani ritmi so povezani tudi z <i>nihanjem dominance možganskih polobel</i> , ki ga centralno kontrolira <i>hipotalamus</i> , ki uravnava ravnotežje avtonomnega živčevja.

Se nam zdaj dogajanje »ob kavici« lahko pokaže na nov način? V luči ultradianih faz počitka so trenutki ob kavici torej zelo dragoceni, ker pomenijo večjo odprtost posameznikov oziroma skupine za novo, nepričakovano, kreativno. To so lahko tisti dragoceni trenutki, o katerih je govoril gospod Pines – trenutki razgaljenosti, ki se ponujajo sami od sebe, ker so del naravnega utripanja vsakega posameznika in skupine oziroma psihosocialnega in telesnega sistema. Mislim, da smo na našem oddelku v zadnjih dveh letih sedenje ob kavici pogosto dobro izkoristili in si odpirali vrata v nove možnosti skupnega dela in bivanja. Seveda so to hkrati zelo občutljiva področja, kamor drvi le norci. Medsebojno zaupanje raste počasi in potrebuje veliko nege. Od kavice smo potem odhajali na oddelek, k »rutinskim«, znanim opravilom. Naš »recept« konstruktivnega procesa, ki smo mu bili priče zadnji dve leti, bi torej lahko v smislu polarne kibernetične kompleksitarnosti in zgoraj omenjenega koncepta homeostaze izrazili takole:

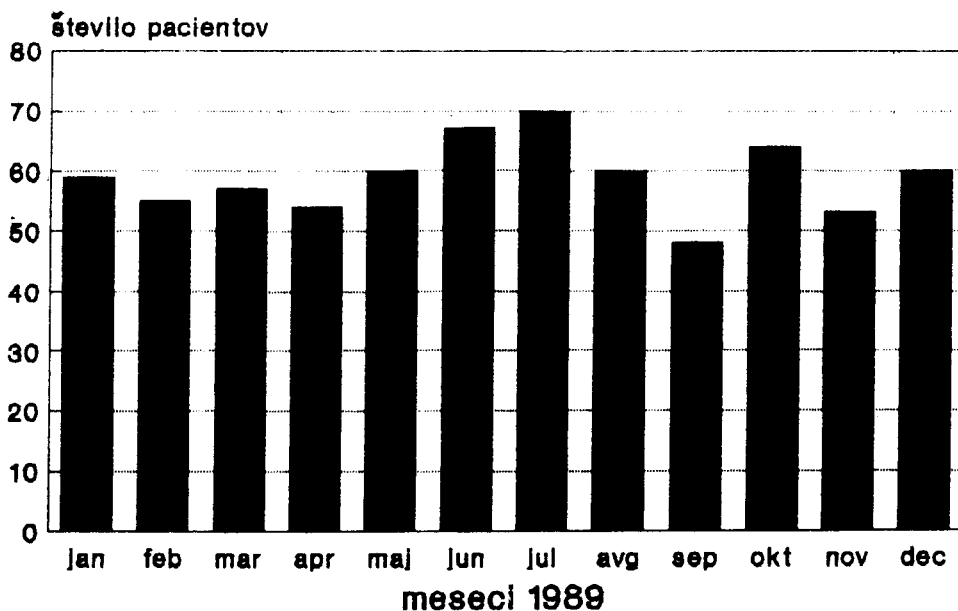
KAVICA / RUTINA
SESTRSKI PROSTOR / ODDELEK
NEZNANO / ZNANO
RAZGALJENOST / OBVLADANOST
SPREMEMBA (NOVO) / STABILNOST (STARO)

Zaprti moški oddelek v luči statistike

Vsi, ki poznajo *organizacijo* Psihiatričnega oddelka Vojnik, vedo, da sta zaprta sprejemna oddelka pod zelo hudim pritiskom delovnih obremenitev. Za objektivnejši prikaz obsega smo zbrali in uredili nekaj podatkov za zaprti moški oddelek za leto 1989. V letu 1989 je imel zaprti moški oddelek 44 postelj. Na oddelku je bilo zaposlenih 17 ljudi: 1 višja medicinska sestra, 10 medicinskih tehnikov oziroma sester, 4 strežniki in 2 zdravnika (občasno trije).

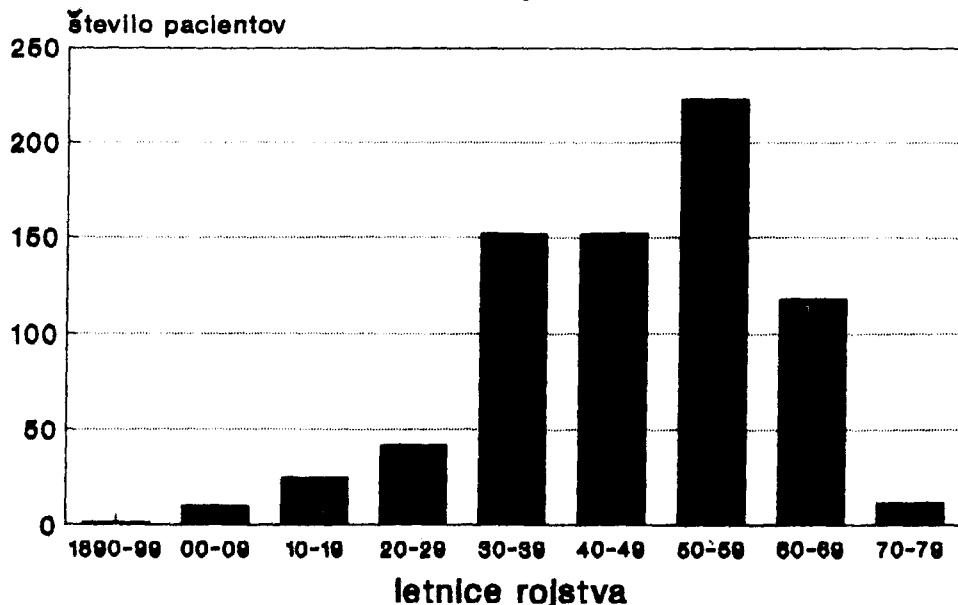
Na prvem histogramu je *po mesecih* prikazano *število sprejemov*. Z viškom v poletnih mesecih se število sprejetih bolnikov na mesec večinoma giblje med 50 in 60. Vseh sprejemov je bilo 735, nekateri bolniki so bili hospitalizirani dvakrat ali večkrat.

Sprejemi po mesecih 1989



Na drugem histogramu je prikazana *starostna struktura sprejetih bolnikov*. Tu se jasno vidi, da v glavnem nismo geriatrični oddelek. Najštevilnejši so bolniki stari od 30 do 40 let.

Starostna struktura 1989 sprejetih pacientov



Sledita dva strukturna kroga z dvema ustreznima tabelama. Te prikaze sem izdelal na osnovi šifriranja odpustnih psihiatričnih diagnoz po veljavni Mednarodni klasifikaciji bolezni (9. revizija). Najprej sem prikazal *število (vodilnih) diagnoz*, ki smo jih dali v letu 1989 (skupaj 749). Tudi v strukturnem krogu, kjer so vse organske in neorganske psihoze zaradi boljše preglednosti združene, se jasno pokaže velik delež organskih psihoz v primeri z neorganskimi prav zahvaljujoč velikemu deležu alkoholnih psihoz (skoraj ena četrtnina od vseh diagnoz). Presenetljivo veliko smo imeli bolnikov z diagnozo shizofrenija – kar 149 oziroma eno petino od vseh diagnoz.

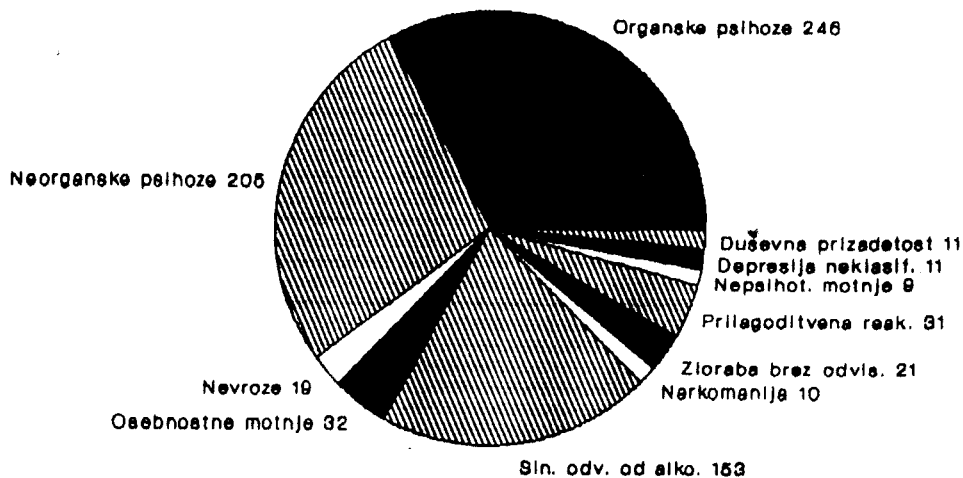
Ob vsaki diagnozi smo izpisali tudi število preležanih dni na oddelku. V tabeli in v strukturnem krogu je za vsako šifro označena *ležalna doba*. Kar tu najbolj pade v oči, je, da bolniki z neorganskimi psihozami, še posebej bolniki z diagnozo shizofrenija, kljub manjšemu številu daleč največ preležijo na oddelku (5612 dni ali 36,7% celotne ležalne dobe). Vsi bolniki z neorganskimi psihozami (shizofrenske psihoze, afektivne psihoze, paranoidna stanja in druge neorganske psihoze) pa preležijo kar *polovico* celotne ležalne dobe. Odvisnih od alkohola je sicer več, a jih hitreje »odpravimo« (2176 dni za alkoholne psihoze ali 14,2%).

Povprečna ležalna doba v letu 1989 je bila *20 dni* (15064 dni; 735 sprejetih bolnikov). Za bolnike z diagnozo shizofrenija je skoraj še enkrat višja – okrog 38 dni.

Število diagnoz po MBK 9. rev. – 1989

Šifre MBK	Št. dgn.	Proc	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
290	31	4.13	3	3	9	3	13					
291	183	24.4	114	3	9	7	1	2			47	
292	9	1.20	9									
293	22	2.93	19	3								
294	1	0.13									1	
295	149	19.8	14	16	3	28	9		24	16	3	36
296	28	3.73	1	5	17	1		4				
297	19	2.53	18				1					
298	9	1.20	3				5				1	
300	19	2.53	1				12	1	5			
301	32	4.27	5		1	2			1	3	8	12
303	153	20.4	153									
304	10	1.33		2						1		7
305	21	2.80	17				1					3
309	31	4.13	21	9			1					
310	9	1.20		6	3							
311	11	1.46	11									
312	1	0.13	1									
317	6	0.80	6									
318	5	0.66	3		2							
Skupaj	749	100										

Število diagnoz 1989 po MKB 9.rev.

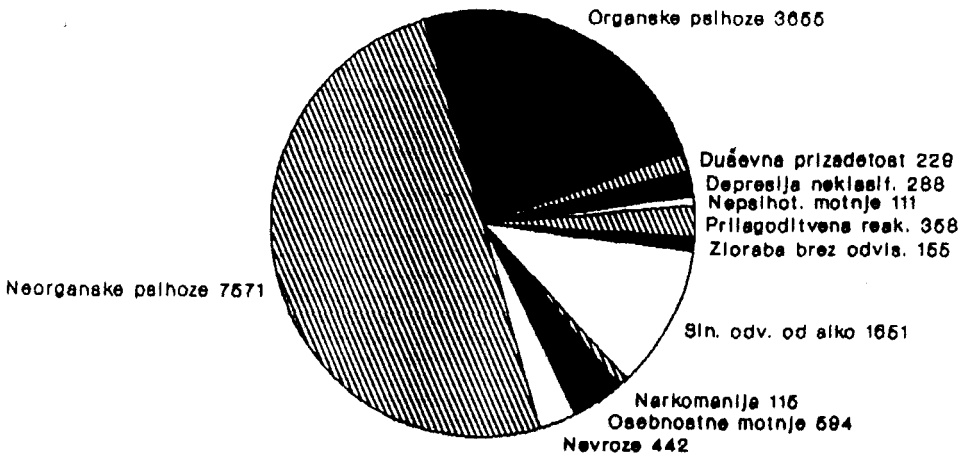


Ležalna doba po diagnozah MBK 9. rev. – 1989

Šifre MBK	Št. dgn.	Proc	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
290	880	5.75	60	85	293	53	389					
291	2176	14.2	956	64	363	367	2	48			376	
292	116	0.75	116									
293	414	2.70	168	246								
294	69	0.45									69	
295	5612	36.7	585	398	234	1028	223		1113	797	218	1016
296	1166	7.62	21	225	836	25		59				
297	524	3.42	450				74					
298	269	1.75	71				196				2	
300	442	2.89	23				272		51		96	
301	594	3.88	71		80	154			21	62	110	96
303	1651	10.7	1651									
304	115	0.75		45						6		64
305	155	1.01	119				6					30
309	358	2.34	171	176			11					
310	111	0.72		34	77							
311	288	1.88	288									
312	119	0.77	119									
317	150	0.98	150									
318	79	0.51	49		30							

Skupaj 15288 100

Ležalna doba 1989 po diagnozah MKB 9.rev.



Psihiatrična zdravstvena nega na zaprtem moškem oddelku – cilji in pot

Ste za majhno uganko? Predpostavljam, da se pogovor ob kavici ne samo na našem oddelku, ampak na vseh, pogosto vrti okrog vprašanj nege bolnikov, ki imajo diagnozo shizofrenija. Glede na te vaše izkušnje vas prosim, da poveste, ali ste doživeli tak pogovor, kjer bi medicinske sestre govorile o tem, kako:

- »sprejemajo bolnika takšnega, kakršen je«;
- »se imajo v oblasti in izražajo svoja čustva do bolnikov na konstruktiven način, torej s tem, kako ne zavračajo bolnika in kako ga ne kaznujejo«;
- »so zdrave in zrele osebnosti, trdne, odločne in imajo zaupanje vase« (18).

Domnevam, da takega pogovora še niste doživeli in ga verjetno tudi nikoli ne boste. Iz svojih izkušenj lahko povem, da se pogovor ob kavici na našem oddelku večinoma vrti ravno okrog polarnih nasprotij naštetega – torej okrog težav, da bi sprejeli bolnika takšnega, kakršen je, o trenutkih izgube kontrole in o trenutkih destruktivnega izražanja čustev do bolnika, o trenutkih omahovanja, neodločnosti, o nedoslednostih v ravnanju, o zadregah glede nekaterih misli, ki se vzbujajo ob bolnikih, o prekinitvah in nezaupanju v odnosih do bolnikov, ki dobijo diagnozo shizofrenija, o napetostih v timu sodelavcev, o ugankah, ki jih pogosto predstavlja bizarno vedeneje takih bolnikov, o brezizhodnih situacijah, kjer ne vidimo nobene uspešne možnosti za reševanje bolnikovih problemov, o neskončni zapletenosti medčloveške komunikacije in njeni večni skrivnostnosti, o dvomih v lastno psihično stabilnost in o strahovih pred raznimi oblikami duševnih motenj, o težavah pri prizadevanjih, da bi našli raven komunikacije, na kateri bi se bilo možno bolniku s to najtežjo psihiatrično diagnozo približati, o delčku zavedanja tega, kar se iz sekunde v sekundo dogaja v kompleksni mreži odnosov na oddelku in o ogromnem polju podzavestnega dogajanja, o zaostajanju v razbiranju bolnikovih potreb in o težavah pri spreminjanju načrta nege. Zame je bilo zelo zanimivo odkritje, ki sem ga dolžan medicinskim sestram in tehnikom našega oddelka, da v reviji Zdrav Obzor 1987; 5–6: 169– 320, ki je v celoti posvečena *psihiatrični zdravstveni negi*, ni pravzaprav ničesar napisanega o tem drugem polu, ki vsaj pri nas v delovnem vsakdanu prevladuje. Tako smo sklenili, da bomo poskušali zapolniti to vrzel. Nenadoma nam je postalo jasno, da nam omenjena številka Zdravstvenega obzornika daje izčrpno podobo *ciljev in ideala* medicinske sestre in psihiatrične zdravstvene nege, da pa bomo sami poskušali nekaj povedati o vsakdanji *poti* do teh ciljev in idealov. Saj, kot se glasi vzhodnjaška modrost, pot je lahko cilj in cilj je pot sama. Seveda ob tem soglasno pristajamo na vse navedene cilje in ideale.

Ob raziskovanju naše poti sem presenečen odkril, da smo na naši poti, ne da bi večina našega tima vedela za tako imenovani koncept »*procesa zdravstvene nege*«, težili k temu cilju. Sam sem za ta koncept najprej zvedel prek diplomskega dela naše višje medicinske sestre Jožice Podpečan (21) spomladi 1990. ob pripravah na oktobrsko srečanje psihiatričnih medicinskih sester Slovenije v Vojniku. Model procesa zdravstvene nege je zanimiv tudi z vidika sistemske teorije. Je primer uporabe logike *povratne zveze* – ovrednoteni rezultat zdravstvene nege pomeni nov začetek, novo izhodišče za postavitvev in načrtovanje ciljev nege. Kdor ima izkušnje s kroničnimi bolniki z diagnozo shizofrenija, verjetno ne more ostati ravnodušen ob opisu obravnave takega bolnika in podobnih, ki so jih podale Lesjak, Tisu in Šilec (22, 23, 24).

Zelo pomemben se mi zdi prvi korak v tem modelu, to je *definicija problema*. V luči sistemske teorije, kot sem na kratko prikazal zgoraj, objektivne definicije oziroma konstrukcije problema ni. V definiranju smo vedno soudeleženi z vsemi svojimi zavestnimi in podzavestnimi predpostavkami o sebi in o svetu okoli nas. V tem, kako konstruiramo svet (in v okviru tega svojega sveta tudi »probleme«) oziroma v tej juhi, ki jo kuhamo, plavamo, kot pravi Simon (25), tudi sami, in sicer kot »mesni dodatek«. Danes kar težko verjamemo, da so na primer še pred približno 50 leti v neki veliki psihiatrični bolnišnici v ZDA podobne bolnike z diagnozo shizofrenija, kot ga je opisala Milojka Lesjak, držali v izolaciji, jih klistirali ali jim operativno odstranili kos debelega črevesa, zato da bi odstranili iz njihovih teles različne bakterije oziroma domnevna žarišča infekcij, ki naj bi po nekih takrat veljavnih razumevanjih duševne bolezni sproščale toksine, katerih absorpcija naj bi vodila v norost (26). Kaj bodo mislili o naših definicijah problema bolnikov, ki jim dajemo diagnozo shizofrenija, naši zanamci čez 50 let? Mislim, da se napakam ne moremo izogniti, ker še vedno o sebi in svetu vemo zelo malo. Lahko pa poskušamo vgraditi v naš način mišljenja in dojetanja sveta *korektivni mehanizem*, ki bi nam omogočal stalno preverjanje in popravljanje lastnih *predpostavk*, na osnovi katerih konstruiramo, kaj je »problem«, ki naj bi ga odpravili oziroma »ozdravili«. Predpostavke v primeru Milojke Lesjak in v uvodniku Ladi Škerbinek (27) v isti številki Zdravstvenega obzornika izhajajo iz komunikacijske oziroma sistemske teorije. Ena prvih aplikacij sistemske teorije na področju psihiatrije je bila v raziskovanju in obravnavi *družin* bolnikov z diagnozo shizofrenija v petdesetih letih (28). Od takrat pa do danes je prišlo do prave eksplozije *sistemske družinske psihoterapije* (1, 7, 8, 25, 29, 30, 31). Za psihiatrijo je iz tega močnega gibanja zraslo prav spoznanje, ki ga podaja Ladi Škerbinek, namreč da shizofrenija ni samo problem »identificiranega bolnika«, ampak je tudi problem družine in celotne mreže odnosov (torej smo del »problema« tudi mi, ki obravnavamo bolnika s tako diagnozo), v katero je vpleten bolnik.

V že omenjeni diplomski nalogi (21), kjer opisuje razmere na našem oddelku v letih 1985–88, Jožica Podpečan ugotavlja, da prihaja do izključevanja svojcev iz nege. Menim, da smo glede vključevanja svojcev v obravnavo oziroma nego tudi še danes zelo zadržani. Pogosto na primer kar boleče doživljam usode »mlajših« bolnikov z diagnozo shizofrenija (v letu 1989 je bilo na našem oddelku hospitaliziranih 56 takih bolnikov, ki so bili rojeni od leta 1950 naprej; okrog 11% celotne ležalne dobe), ki jim ob medikamentozni terapiji glede na obseg in trdovratnost njihove problematike nudimo zelo malo. Mislim, da z ozirom na obremenjenost zdravnikov in število teh bolnikov na našem oddelku brez sodelovanja medicinskeih sester, v perspektivi tudi kot terapevtov in koterapevtov, dolgoročno ne bo mogoče ustvariti kvalitetnejšega terapevtskega programa (oziroma nege), kjer bi bili bolj vključeni tudi svojci teh bolnikov, kot se je to v zadnjih letih zgodilo v Angliji (31).

Različne oblike obravnavanja sistemov, v katere je vpleten bolnik, kot je zgoraj omenjeni angleški model ali pa model procesa zdravstvene nege, prinašajo, kot nazorno prikazuje tudi Ladi Škerbinek (27), s sabo velike spremembe, tudi v pojmovanju vloge medicinske sestre. Pri nas do sprememb ni prišlo po naročilu »od zunaj« ali »od zgoraj«, nismo startali iz ekspliciranega modela, ampak se je model postopno oblikoval pred našimi očmi in mislim, da smo priromali

v območja, ki so podobna tudi sistemskim modelom. Morda je zdaj napočil trenutek, da tudi bolj jasno in določno oblikujemo svoj model. Sicer se lahko kreativni proces tudi zaustavi, kar se je na primer skoraj zgodilo danes slovitemu Batesonovemu raziskovalnemu timu, preden so oblikovali model komunikacije dvojne vezi (2). Za naš ustvarjalni proces je torej važna še ena polarna kibernetična komplementarnost:

**DOŽIVETJE / MODEL
PRAKSA / TEORIJA
SKUPINSKI PROCES / ČLANKI, PREDAVANJA, PREDSTAVITVE**

Zelo pomembno se mi zdi, da del naše duhovne »produkcije« ujamemo na papir, v besede. Mislim, da smo trenutno še vedno bolj uspešni na levi strani zgoraj navedenih polarnosti in da smo komaj in mukoma začeli graditi tudi desno stran. Pričujoči prispevek je del teh prizadevanj in upam, da to ne bo edina lastovka (sicer tudi pomladi ne bo).

V prihodnosti bo zame med drugim posebej zanimivo spremljati, kako se bo na našem oddelku še naprej spreminjala konkretna vloga medicinskih sester in model sestrskega dela oziroma nege. Morda nam bo spet kot orientacija v tem procesu lahko koristna tudi razdelitev področij dela medicinske sestre M. Lunačka in M. Mrak (32), ki sicer izhajata iz izkušenj na psihoterapevtskem oddelku. Medicinska sestra ima po njenem naslednje vloge: je *član tima*, je *skupinski terapevt*, je *koterapevt*, deluje v *neformalnih situacijah*, ob *sprejemu* in v *izvajanju medicinskih posegov*. Na našem oddelku je zaenkrat paleta obravnavane problematike, kot sem prikazal v prejšnjem poglavju, zelo široka, kar omogoča, da bi se (ali se bo) verjetno posamezna medicinska sestra lahko bolj poglobila v določeno področje glede na svoj interes, na primer krizne intervencije pri bolnikih po poskusu samomora in pri prilagoditvenih reakcijah bi pomenile možnost za razvijanje vloge koterapevta ali celo terapevta.

Posebno pomembna se mi zdi vloga medicinske sestre v *neformalnih situacijah*, saj medicinska sestra od vsega osebja preživi največ časa z bolniki na tak način. Menim, da imamo na našem oddelku tu še veliko rezerve, predvsem pa je ozaveščenost glede tega, kako veliko in pomembno delo je to, še premajhna. Po mojih izkušnjah so medicinske sestre pogosto premalo ponosne in črpajo premalo samozadovoljstva iz mnogih zelo uspešnih interakcij z bolniki, za katere večkrat sam ugotavljam (potem ko sem in tja zvem za kakšen drobec), da imajo značilnosti pravih terapevtskih intervencij. Mislim, da je »terapevtski milje«, ki deluje neprestano, 24 ur na dan, lahko dosti bolj učinkovit, kot pa dveurna skupinska psihoterapija. Ta seansa skupinske terapije je navsezadnje samo del miljeja in če je milje večidel neterapevtski, tudi tisti dve uri skupinske terapije ne bosta imeli pomembnega učinka. Ravno »medicinska sestra v neformalnih situacijah« pa v marsičem opredeljuje in sooblikuje terapevtski milje kot celoto. Zdravniki na našem oddelku večji del svojega časa delamo in preživimo v svojih sobah in imamo tako manj priložnosti za delovanje v neformalnih situacijah. To je po nekaterih raziskavah precej tipično (33).

Omenil sem že insuficientnost ne le našega oddelka, ampak tudi cele naše psihiatrične bolnišnice (in celotne psihiatrije) za mnoge potrebe naših klientov. Če pogledamo številke za leto 1989, nam je lahko še bolj jasno, da se večine problemov, zaradi katerih bolniki pridejo na naš oddelek, le mimogrede in površno dotaknemo. Mislim, da tega dejstva tudi ne vem kako obsežno povečanje psihiatričnih kapacitet in izboljšanje naših programov ne bi bistveno spremenilo. V Nemčiji (podobno se dogaja še v mnogih evropskih deželah in v ZDA) je prišlo v zadnjih desetletjih do neslutenelega razcveta tako imenovanih *skupin za samopomoč*, tudi za ljudi z duševnimi težavami (34, 35). Sam sem se kot sovodja take skupine prepričal o koristni in zelo potrebni dopolnitvi institucionalnih oblik psihiatrične oskrbe in nege, ki jo lahko omogočijo take skupine. Na tem mestu naj v zvezi s temi izkušnjami omenim le to, da vidim možnost (in nujo), da bi člani psihiatričnih timov, torej tudi zdravniki in medicinske sestre (podobno kot na področju obravnavanja alkoholizma) del svojega časa namenili spodbujanju rasti gibanj za samopomoč. Brez te mreže se bo veliko število naših bolnikov še naprej izgubljalo v prazninah razrahljanega medčloveškega prostora (tudi v bolnišnicah) v času, v katerem smo skoraj pozabili, kaj je preprosta človeška bližina in solidarnost. Kontekst skupin za samopomoč po mojih izkušnjah omogoča tudi strokovnjakom za duševne težave bolj neposredno človeško srečevanje z »bolniki«, boljši vpogled v lastno ranljivost in v to, kakšen bi lahko bil prepotrebni obliž zanjo. Iz kakšne »snovi« bo kreativnost, ki nas bo morda popeljala tudi v to področje delovanja?

Morda iz podobne, kot jo je na našem oddelku pokazal medicinski tehnik Andrej Palir. In s tem primerom vedno tudi malce čudežne ustvarjalnosti naj sklenem svoj prispevek. Sprejeli smo mlajšega bolnika, ki ima že precej let diagnozo shizofrenija in ki je bil že večkrat hospitaliziran pri nas. V aktivni fazi svoje bolezni bolnik neprestano izraža nezadovoljstvo do okolice v smislu, da oskrba in nega nista dovolj dobri, da ni deležen dovolj pozornosti, da zdravila niso dobra, da so copati premajhni, da mu preredko menjamo pižamo itn. Osebuje stalno »teži«. Pogosto so njegove želje in opazke popolnoma disociirane in blodnjave. Ker ponoči v tej fazi slabo spi, se »teženje« nadaljuje tudi ponoči. Tarče, se pravi člani osebja, si seveda pomagamo na različne načine, večidel se mu izogibamo, včasih se zanj ne menimo, ga odganjamo, se sprenevedamo. V času svoje popoldanske izmene pa se je Andrej spomnil, da si bo na listek začrtal, kolikokrat se bo nanj ta popoldan bolnik obrnil. Mislim, da se je nabralo 29 črtic. Zame pa je bolj od števila črtic pomemben OBRAT KONTEKSTA, ki se je zgodil tisto popoldne v interakciji med Andrejem in bolnikom. Namesto da bi bolnik z vsako novo zahtevo naletel (kot običajno) na vse bolj »znerviranega« tehnika, strežnika ali medicinsko sestro, je tu postajala stvar vedno bolj ZANIMIVA in tudi SMEŠNA. In če pogledamo na to interakcijo skozi vidik *paradoksne intervencije*, ki je v sistemski teoriji in terapiji ena od osrednjih strategij (36), lahko jasno zagledamo paradoksn preobrat. Namesto da bi, kot običajno, vsaka nova bolnikova zahteva zanj pomenila nov minus, je bila vsaka zahteva nov plus, novo dejanje zavidanja vredne kreativnosti. Res se najbrž nihče od nas »normalnih«, če bi se še tako trudil, ne bi mogel spomniti v tako kratkem času in neprekinjeno tolikih različnih zahtev kot ta bolnik. Zanimivo je bilo, kako se je to zaporedje interakcij končalo zvečer, preden je Andrej odšel iz službe domov. Bolnik je prišel kot običajno v sestrski prostor,

vendar je tokrat tam kar obstal in *se ni mogel spomniti, kaj bi še hotel*, čeprav mu je bil Andrej na razpolago in ga je celo spodbujal, naj kar pove, če še kaj potrebuje. Nato sta se začela obadva smejeti in bolnik je odšel iz sestrskega prostora, ne da bi kaj zahteval.

Žal mi je, da ne morem prikazati še več podobnih primerov kreativnosti medicinskih sester, tehnikov pa tudi strežnikov na našem oddelku, ki večinoma minevajo brez pompa, neopazno in (žal) še niso bili prikazani v nobenem referatu, knjigi ali delavnici na kongresih. Pa bi zaslužili! In mislim, da ljudje s takim odnosom do tega težkega dela zaslužijo tudi še možnosti za nadaljnje izobraževanje in izpopolnjevanje.

Literatura

1. Andolfi M, Angelo C, Nicolo-Corigliano AM. Das Spiel in der Maske – Therapeutische Wandel in rigiden Familiensystemen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1986.
2. Bateson G, Bateson MC. Angels fear, toward an epistemology of the sacred. New York: MacMillan Publishing Company, 1987.
3. Bertalanffy L. General systems theory. London: 1968.
4. Rosenblueth A, Wiener N, Bigelow J. Behavior, purpose and teleology. Philosophy of Science 1943; 10: 18–24.
5. Maturana HR, Varela FJ. The three of knowledge. Boston, London: New Science Library, Shambala, 1988.
6. Bateson G. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books, 1972.
7. Keeney BP. Aesthetics of Change. New York, London: The Guilford Press, 1983.
8. Keeney BP, Ross JM. Mind in therapy – constructing systemic family therapies. New York: Basic Books, 1985.
9. Pirjevec D. Strukturalna poetika – kibernetika, komunikacija, informacija. Literarni leksikon. Ljubljana: DZS, 1981.
10. Luhmann. Nova revija 1990; 9: 744–843.
11. Espejo R. The VSM revisited. In: Espejo R, Harnden R. The viable system model: Interpretations and applications of Stafford Beers VSM. London: John Wiley & Sons, 1989.
12. Hribar T. Metamorfoza znanosti. Nova revija 1989; 8: 406–19.
13. Hribar T. Nova paradigma znanstvenosti. Nova revija 1989; 8: 716–29.
14. Cannon W. The wisdom of the body. New York: WW Norton, 1932 (cit. po 17).
15. Cannon W. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Boston: Charles T. Branford, 1953 (cit. po 17).
16. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1976 (cit. po 17):
17. Rossi E. The psychobiology of mind-body healing. New York: WW Norton, 1986.
18. Žvan V, Gorše M. Shizofrenske psihoze in zdravstvena nega shizofrenega bolnika. Zdrav Obzor 1987; 21: 239–53.
19. Bateson G. Mind and nature – a necessary unity. London: Flamingo, 1985.
20. Saint-Exupery A. Mali princ. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1982.
21. Podpečan J. Primerjava zdravstvene nege shizofrenih bolnikov po tradicionalnem načinu dela in sodobnem pristopu. Diplomsko delo v okviru specializacije iz psihiatrične zdravstvene nege. Vojnik, 1988.
22. Lesjak M. Proces zdravstvene nege pri bolniku s kronično shizofrenijo. Zdrav Obzor 1987; 21: 297–304.
23. Tisu F. Delo po procesu zdravstvene nege na sprejemnem oddelku. Zdrav Obzor 1987; 21: 305–6.
24. Šilec M. Proces zdravstvene nege v zavodu Hrastovec. Zdrav Obzor 1987; 21: 306–8.
25. Simon FB. Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg: Auer, 1990.
26. Will OA. The Beginning of Psychotherapeutic Experience. In: Burton A. Modern Psychotherapeutic Practice. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1965.
27. Škerbinek L. Psihiatrična zdravstvena nega. Zdrav Obzor 1987; 21: 169–73.
28. Bateson G. Toward a theory of schizophrenia. In: Steps to an Ecology of Mind. Glej pod 7.

29. Stierlin H. Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Ernst Klett, 1975.
30. Stierlin H, Simon FB, Schmidt G. Familiar realities – the Heidelberg conference. New York: Brunner/Mazel, 1987.
31. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. New York, London: The Guilford Press, 1984.
32. Lunaček M, Mrak M. Nevrotske motnje in vloga medicinske sestre v procesu zdravljenja. Zdrav Obzor 1987; 21: 265–75.
33. Rosenhan DL. On being sane in insane places. In: Watzlawick P. The invented reality. New York: Norton, 1984.
34. Moeller ML. Anders Helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett, 1981.
35. Strith B. Skupine za samopomoč v duševnih in socialnih težavah – dragocena oblika dela na meji med psihiatrijo in socialnim delom. Ljubljana: Socialno delo 1987; 2: 97–120.
36. Weeks GR, LAbate L. Paradoxical psychotherapy. New York: Brunner Mazel, 1982.

Zahvale

Najprej bi se rad zahvalil glavni sestri Psihiatričnega oddelka v Vojniku Tereziji Plahutnik, ki je dala iniciativo za to pisanje, ko me je prijazno povabila, da naj imam oktobra 1990 predavanje v okviru Sekcije psihiatričnih sester Slovenije. Delo je nato precej preraslo prvotni načrtani okvir zaradi živega zanimanja, kolegialne in prijateljske podpore celega tima na zaprtem moškem oddelku. Predvsem pa bi se tu rad zahvalil vodji tega oddelka in svojemu mentorju dr. Danielu Lajlarju, ki mi je pomagal najti svoje mesto v timu, glavni sestri Jožici Podpečan, medicinskemu tehniku Andreju Palirju za prijateljsko potrpežljivost, glavni sestri Jožici Podpečan tudi za veliko pomoč pri izdelavi statistike, sestram Ireni Korošec, Jelki Podgrajšek za zaupanje. Hvala tudi Branetu Petku za pomoč pri izdelavi računalniškega prikaza statistike.