

Vloga »terapevtske skupnosti« v psihiatričnem zavodu

Če naj zdravstveni delavci ostanemo zvesti načelom poklicne etike, moramo vsekakor slediti novim dognanjem svoje stroke in jih dolžni tudi uveljavljati pri svojem neposrednem, vsakdanjem delu ob bolniku. Pri uresničevanju tega načela nas ovirajo včasih resnično objektivni dejavniki, kot npr. pomanjkanje prostorov, aparatov, osebja, pogosteje in v večji meri pa subjektivni, se pravi: človeške slabosti in nevrotične zavore nas samih, ki bi bili dolžni uresničiti nova spoznanja v svojem poklicnem delu.

To nedvomno velja v celoti, če govorimo o ustanavljanju terapevtskih skupnosti v psihiatričnih bolnišnicah, kajti o kakih materialnih zahtevah pri realizaciji tega sodobnega načela v obravnavanju hospitaliziranih duševno abnormnih oseb res ne moremo govoriti. Da se je misel na terapevtsko skupnost lahko porodila in pognala korenine v psihiatričnih zavodih, je bil nedvomno potreben razvoj, ki ji je utrl pot.

Znana je slika nemškega umetnika Kaulbacha izpred dobrih 100 let: scena z dvorišča neke takratne »norišnice«. V ospredju je tesno stisnjena skupina asteničnih duševno bolnih, izvečine očitno shizofrenih bolnikov, našemljenih in v bizarnih položajih — ustrezno njihovim blodnjam in drugim duševnim motnjam. Kot so sicer stisnjeni v gruči, pa jim vendarle vidiš, kako docela so zapredeni v svojo samošnost; blizu so si le fizično, očitno je pa, da je vsak pogreznjen čisto v svoj svet in nima nikakršnega duševnega kontakta s sobolniki. V ozadju pa je na tej sliki upodobljen še strežaj: zavaljen, čokat možakar s pipo v ustih, surovega izraza, z rokami na hrbtu in z velikim obročem ključev. Na ono gručo bolnikov spredaj pogleduje iz kota oči, samozavestno, kot nekdo, ki ve, da v celoti obvladuje situacijo.

Po drugi plati so mi pa v živem spominu pričevanja dveh naših psihiatrov, ki sta opisovala in s slikami in s filmom dokumentirala taborjenje psihiatričnih bolnikov iz bolnišnice in z dnevnega oddelka na morju ter govorila o tem, kako so v takšnem taboriščnem življenju odpadle domala vse one toge forme, ki v naših psihiatričnih bolnišnicah še vedno ustvarjajo marsikaj nenaravnega in običajnim medosebnim odnosom tujega v občevanju osebja z bolniki. V taboriščnem življenju je iz vedenja bolnikov tudi izginilo marsikaj, kar jih je označevalo kot duševno abnormne, tako da bi zunanji opazovalec v tem kolektivu ne mogel več ločiti bolnikov od članov osebja.

Opisana sprememba v občevanju osebja in pacientov pa na red in disciplino ni imela prav nikakršnega slabega vpliva. Zanimivo je, da se kasneje po tistem pristnem in sproščenem odnosu ni tožilo le bolnikom, temveč tudi osebju, ki je vpraševalo, ali bodo v zavodu lahko nadaljevali z istim načinom kot na taborjenju.

Med dobo, ko je Kaulbach naslikal opisano podobo, in današnjim časom je vsekakor psihiatrična stroka napravila velik korak naprej. Najprej so zavodi dobili prijetnejši videz, otresli so se postopno svojih jetnišničnih značilnosti. Potem se je pričela akcija za odstranjevanje utesnjevalnih priprav. Po dolgem presledku se je okoli 1920. leta začela poživljati za poselitvena terapija. Kmalu nato so novo odkrite biološke terapevtske metode: kardiazolski šok, inzulinsko zdravljenje in elektrošok, vnesle živahnejšo dinamiko v sprejemanje in odpuščanje psihiatričnih bolnikov v hospitalih. **»Psihofarmakološka revolucija«** — uvedba nevroleptičnih sredstev v psihiatrično terapijo 1953. leta je omenjeno dinamiko še potencirala. Medikamenti so na preprost način odvzeli vedenju pacientov one moteče posebnosti, ki so prej terjale dolgotrajno hospitalizacijo in vsakovrstno utesnjevanje. Zapahov na vratih in rešetk na oknih pa še raznih drugih zoprnih karakteristik klasičnih psihiatričnih zavodov sedaj zares ni težko pogrešati. Ustvarjene so torej ugodne razmere za uvajanje vsakovrstnih novosti v hospitalni režim in je mogoče napraviti velik korak naprej v humanizaciji odnosov do duševno bolnega.

Vzporedno s to preobrazbo pa v psihiatrijo prodirajo psihodinamski, oziroma psihoterapevtski pogledi in vse bolj se čutimo obvezane dandanes razumeti našega bolnika v njegovih reakcijah na obdajajoči ga svet, toda razvijati uvidevanje tudi za vzorce in vzroke različnega reagiranja nas samih v raznih družbenih situacijah, prav tako pa tudi pri srečanjih z bolnikom. Kajti razumljivo nam je sedaj, da imajo vse naše komunikacije z bolniki določen psihoterapevtski pomen — dobrega ali slabega in da je instrument, ki posreduje ta vpliv na bolnika, bodisi zdravnik, zdravstveni oz. paramedicinski delavec sam. Naša dolžnost je, da ostane ta instrument brezhiben, oz. da bolniku z njim vsaj ne prizadenemo dodatnih okvar.

Polagoma so začeli odkrivati pomembnost zapletene igre medsebojnih psihičnih vplivov, ki se uveljavljajo v skupini bolnikov, in je danes na tem področju marsikaj pojasnjenega, pa se te silnice tudi že danes koristno usmerjajo bolnikom v prid, ko uveljavljamo tako imenovano **grupno obravnavanje oz. psihoterapijo**.

Naj slišimo, kaj povedo izkušeni avtorji o grupni, grupnih vplivih in o grupni psihoterapiji: »Nekaj oseb, ki imajo v določenem časovnem obdobju čisto kontakte in katerih število je tako majhno, da vsaka oseba z vsako drugo lahko stopi v zvezo, pa ne zgolj posredno, prek drugih ljudi, temveč iz obličja v obličje«. (A. Heigl-Evers). »Grupa nastane, če se posamezni ljudje iz nepovezane množice združijo v akcijo proti določenemu skupnemu cilju. Grupa ugasne, ko preneha povezujoča jo dinamika, ne glede na to, ali ljudje še ostajajo v skupnem prostoru ali pa gredo narazen.« (R. Schindler.)

Osebe, ki se združijo v grupo, prično neposredno ustvarjati kontakte med seboj. Prva reakcija, ki se začuti pri tem, je v tem, da se zbudi medsebojni interes prizadetih oseb. Sledi pravo komuniciranje in reakcije enega na drugega se razvijajo v medsebojne odnose, ki se stopnjujejo lahko do prav dra-

matske intenzivnosti.« (H. Preuss.) V terapevtske namene se grupe oblikujejo v različnem obsegu in z različnimi cilji. Najbolj poglobljeno je delo psihoterapevta v malih (kakih 8 bolnikov), tako imenovanih analitskih psihoterapevtskih grupah, katerih namen ni nič manj kot izpremeniti bolnike v njihovi (nevrotični) osebnostni strukturi. Druge grupe, ki nimajo tako zahtevnih ciljev, temveč žele le večjemu številu bolnikov posredovati pouk o kakem bolezenskem pojavu ali pa jih v življenju usmerjati, ne da bi računali pri tem na spremembe v njihovi osebnostni strukturi, pa lahko štejejo dokaj več članov. Tudi pri večjem številu članov mora v psihoterapevtski grupi — če naj se razlikuje od običajnega društva oz. kluba — veljati načelo, da psihoterapevtska grupa ne pozna nobene avtoritete v svojem krogu (kot je npr. predsednik društva) in da je dober terapevt, ki vodi to grupo, tisti, ki sam zbuja čim manj pozornosti, poleg tega pa ne duši iniciative in zna z minimalnimi intervencijami dajati razgovoru in dogajanju v grupi zaželeno smer.

Predaleč bi tu zašli, če bi želeli razvijati mehanizme psihoterapije na splošno. Zmotno bi bilo sklepati, da se v grupni psihoterapiji kratko malo prenašajo docela isti vplivi, ki se uveljavljajo v individualni psihoterapiji, saka grupa ne pozna nobene avtoritete v svojem krogu (kot je npr. le da tu na vse člane grupe. V resnici gre tu le za dejstvo, da kakih subtilnih prvin individualne psihoterapije v grupi ni mogoče posredovati. Obratno pa ima grupna psihoterapija svoje posebne prijeme, ki jih individualna psihoterapija nima. Battegay npr. navaja, kako koristno je za toksikomana v grupni psihoterapiji, da ga razgovori v okviru grupe — čeprav včasih dokaj ostri — trgajo iz njegovega nagnjenja, da se potegne v svoj sebični svet. Grupa ga sili v to, da se odpre drugim, da se povzpne do doživetja »mi«, kar pomeni več varnosti, manj bojzani in manj občutij krivde, pa več zavesti odgovornosti do bližnjih. Grupa je za posameznika ogledalo: njegovi tovariši iz skupine mu sproti reflektirajo v pravi luči njegove drobne in izrazitejše napake, ki bi si jih sam nemara često zastrl s sistemom opravičil (»racionalizacij«). Tako je psihiatrija po tiru psihoterapije prispela do grupnega obravnavanja bolnikov, s katerim začena njih rehabilitacijo neposredno na področju, ki je zanje najbolj občutljivo, pri njihovi družbeni neprilagojenosti.

»Terapevtska skupnost« je prijem, ki sega od grupne psihoterapije še dalje, zajema večje število oseb — ves oddelek, mogoče celo vso ustanovo in — kar je še posebno važno — osebe prav tako kot bolnike. Lahko se čudimo, kako da metode terapevtske skupnosti še danes niso prodrle v večjem obsegu v naše psihiatrične ustanove, ko pa je naša družba vprav prepojena z načelom, ki je ideji terapevtske skupnosti zelo blizu, namreč s *samoupravljanjem*. Terapevtska skupnost naj bi bila res samoupravljane v njegovi idealni podobi, brez deformacij, kakršne pri njem srečavamo, samoupravljanje, ki terja od vsakega člana te skupnosti izredno veliko samokritičnosti.

Basaglia navaja o zgodovinskem razvoju terapevtske skupnosti in o njenih učinkih naslednje:

Ideja terapevtske skupnosti se je porodila na angleških tleh že pred več kot sto leti, vendar tedaj kajpak ni bilo možnosti, da bi to misel lahko uredničili. Zasluga, da se je ta ideja končno zakoreninila, pa gre Maxwellu Jonesu, ki je to metodo začel uvajati 1941. leta na oddelku za vojake z znamenji izčrpanosti, jo prenesel na bolnišnico za bivše vojne ujetnike ter končno na

oddelek za socialno rehabilitacijo, ki se pozneje preimenuje v bolnišnico za psihopatične osebnosti (Belmont).

Različni avtorji bi se verjetno glede podrobnejših pravil terapevtske skupnosti ne ujemali docela. Vendar meni Clark, da bi bilo mogoče njena temeljna načela zajeti v tehle pet maksim:

1. Terapevtska skupnost brani svobodo izražanja in poročanja v zavodu na vseh ravneh in v vseh smereh, ne pa zgolj od vrha hierarhične piramide v tradicionalni psihiatrični bolnišnici navzdol.
2. Dogodke, ki zadevajo skupnost, je treba analizirati v jeziku individualne psihodinamike, oziroma v jeziku dinamike medosebnih odnosov.
3. Terapevtska skupnost se zavzema za demontažo tradicionalnega avtoritativnega odnosa v upravljanju zavoda, teži torej za tem, da bi se omenjena hierarhična piramida čimbolj sploščila.
4. Ustvarjati je treba priložnosti za razvijanje in osvajanje vzorcev socialnega življenja z organiziranjem raznih prireditev, izletov itd.
5. Uvesti je treba — najbolje dnevne — sestanke celotne skupnosti (community-meeting), razen tega pa še sestanke ožjih skupin na vseh ravneh. Prav ti sestanki so namreč priložnosti, da se uresničijo prej omenjene zahteve (poročanje, analiza dogajanj v skupnosti, ublažitev hierarhije, organizacija raznih akcij itd.).

Sociolog Rapoport pa vidi štiri glavne značilnosti terapevtske skupnosti v:

1. demokratizaciji (mnenje vsakega člana skupnosti naj se upošteva po istem vzorcu);
2. permisivnosti (člani skupnosti naj pokažejo čimveč strpnosti za to, da bolj moteni člani lahko izrazijo, odreagirajo svoje napetostne motnje);
3. enotnosti (glede namenov in sredstev za njih uresničenje);
4. tekočem soočevanju s stvarnostjo.

V praksi se — še posebno pa v prehodnem obdobju uvajanja te metode — pri upravljanju zavoda v vsakdanjem prizadevanju po načelih terapevtske skupnosti prepletajo dialektično s klasično, hierarhično prakso bolnišnice, ki včasih vsekakor terja, da se atmosfera vsedopustnosti (permisivnosti) nekoliko ublaži, če grozi dezorganizacija. Avtorji govore o »latentni avtoriteti« osebja, ki iz ozadja spet stopi na dan, postavi dogajanjem ustrezne pregrade in prepreči nezaželene odklone.

Na koncu tega svojega pregleda pravi Basaglia o terapevtski skupnosti, da danes še ni mogoče reči, kako daleč sežejo učinki terapevtske skupnosti. Vprašuje se tudi, komu je terapevtska skupnost bolj potrebna: bolnikom ali osebju.

To vprašanje je gotovo upravičeno, kajti uvedba terapevtske skupnosti v kakem psihoatričnem zavodu je, kot kaže, za osebje sprva bolj boleča — zlasti za one člane osebja, ki se na svojem mestu počutijo varne edino v hierarhični piramidi klasičnega zavoda, oziroma tiste, ki prisegajo na avtoritativni način upravljanja. Nikakor pa ne smemo misliti, da je iskati takih oseb le v vrhu piramide — v direktorju in šefih oddelkov. Marsikateri snazilec si danes svojega odnosa do psihiatričnega bolnika ne zna predstavljati drugače kot po vzorcu: nadrejeni — podrejeni.

Hays je lepo opisal ozračje v psihiatričnem zavodu, ki prehaja od klasičnega načina upravljanja na terapevtsko skupnost: »V hierarhično urejeni

stari duševni bolnišnici prejšnje generacije so bile naloge in odgovornosti osebja vse fiksirane s statutom ali s tradicijo. Zdravnik-direktor je dajal odredbe in odgovarjal za posledice. Psihatri so se ukvarjali s klinično problematiko in so se v glavnem strinjali z direktorjevimi predpisi. Medicinske sestre so odločale o tem, kateri pacienti so problematični, in so poročale zdravnikom. Bolničarke in bolničarji so poročali svoja opazovanja in včasih svoja tolmačenja medicinskim sestram. Pacienti pa ponajveč niso komunicirali z nikomer in so svoj pogled obračali navznoter, proč od zunanjega sveta.

Položaji posameznikov v takšnih funkcionalnih enotah so bili psihološko trdni, varni: Zdravniki so počeli, kar jim je direktor ukazal in kakor jim je velevala stroka, medicinske sestre in bolničarke to, kar jim je naložil šef, pacienti pa so ubogali vsakogar, ki se je obračal nanje. Informacija je tekla skoraj v celoti od zgoraj navzdol, kar pa je šlo od spodaj navzgor, je bilo prirejeno tako, da je vzdrževalo status quo in skrbelo za to, da je bila podoba tega statusa quo kolikor toliko zadovoljiva. V takšni psihiatrični bolnišnici starega kova je bilo mogoče živeti zdravniku, sestri, bolničarju in celo pacientu dokaj spokojno življenje brez posebnih vznemirjenj.

V bolnišnici, katere oddelki so upravljani po načelih terapevtske skupnosti, pa se vse očitne poklicne razmejitve med osebjem in pacienti na eni ter predstojniki in podrejenimi na drugi strani zabrišejo in izravnaajo. Zdravniki, pacienti, sestre, okupacijski terapevti, psihologi, strežnice se zberejo enkrat na dan za kako uro in potem sproščeno, neformalno razpravljajo o tem, kaj se dogaja in zakaj. Pacienti, ki imajo največ nakopičenega nezadovoljstva, izražajo kritiko o vseh, tudi o sopacientih, sestrah in zdravnikih. Bolničarke — če so v resnici prepričane o resničnosti zagotovil, da je kritika dobrodošla in da njihova služba ni ogrožena — pa kritizirajo medicinske sestre in zdravnike. Zdravniki — vajeni v združbah govoriti ljudem, kaj je treba storiti — pa se skušajo prilagoditi, varčujejo s svojimi čustvi v interesu intelektualne učinkovitosti in si prizadevajo voditi diskusijo, da ne usahne.«

Martin v knjigi *Adventure in Psychiatry* opisuje izredno zagrenjenost in negotovost, ki jo je povzročila uvedba metod terapevtske skupnosti na oddelkih psihiatričnih bolnišnic med zdravniškim in sestriškim kadrom — vsaj na začetku. Če počakamo dovolj dolgo — približno eno leto — postanejo grupne diskusije manj destruktivne in jedke pri kritiki, se manj ukvarjajo s kakovostjo včerajšnje večerne mineštre in se vse bolj in bolj pečajo s pojavi duševne motenosti in deviiranega vedenja. Atmosfera na oddelku se prav presenetljivo obrača na boljše. Ko so zdravniki in sestre spreobrnjeni, postanejo navdušeni in se izražajo, da se nikdar ne bi želeli več vrniti k starim metodam.

**Zdravnik, ki ima vso fiziologijo srca v glavi, ne zna pa na srcu hudo
bolnemu naravnati zglavja, ni pravi zdravnik.**

Kussmaul