

Marija Magajna, višja medicinska sestra  
Klinična bolnišnica za psihiatrijo, Ljubljana

## Klubi odpuščenih psihotičnih bolnikov\*

V 18. in 19. stoletju je bila psihiatrija predvsem azilskega tipa; bolnike je sprejemala in jih azilirala, tako da so le redki odšli domov. Cilj prvega preporoda v psihiatriji je bil, da za bolnike ustvari v zavodu čim boljše razmere in jih obvaruje pred agresivnim razpoloženjem okolja, hkrati pa tudi družbo »zavaruje« pred duševno bolnimi.

V kasnejšem obdobju, ko so se začele uvajati aktivne oblike zdravljenja (insulinsko-komatozno zdravljenje, elektrokonvulzivno zdravljenje, pa so se začela odpirati vrata psihiatričnih bolnišnic. Bolniki so začeli zapuščati bolnišnico v vse večjem številu, čeravno so bolnišnice same še vedno imele azilski način dela.

Spremenjen odnos do duševno bolnega in novi načini zdravljenja pa so privedli do drugega preporoda v psihiatriji; dogajanjem in spremembam ob tem preporodu smo priča še sedaj. Odločilno vlogo imajo pri tem preporodu psihofarmakološka sredstva, ki so sprožila pravo »psihofarmakološko revolucijo«: na eni strani so bistveno vplivala na bolezenske simptome, na drugi strani pa so naredila psihotičnega bolnika sprejemljivega za druge načine zdravljenja, kot so psihoterapija, zaposlitvena terapija, poklicna rehabilitacija itd. Čeprav je zdravljenje s psihofarmaki vendarle zgolj simptomatično, je njihov bistveni prispevek v tem, da bolniku ublažijo bolezenska doživljanja in spremenijo njegov odnos do okolja, s tem pa hkrati tudi odnos okolja do njega. Ne moremo namreč prezreti, da je odnos med bolniki in njihovim okoljem, torej tudi med bolniki in osebjem v psihiatrični bolnišnici odvisen od medsebojnega transferja med bolniki ter osebjem in da transfer »teče« v obe smeri. Idealizirano bi bilo pričakovati, da bi osebje, čeprav duševno povsem zdravo in z dobrimi človeškimi kvalitetai, lahko bistveno vplivalo na bolnikovo počutje in ravnanje, če so njegovi osnovni bolezenski simptomi taki, da mu onemogočajo kakršenkoli socialni kontakt. Toda kadar psihofarmaki ublažijo te simptome, je tem pomembnejše, kaj se s pacientom dogaja v bolnišnici in po končanem bolniškem zdravljenju. Ne smemo si prikrivati, da se je silna zahteva po čim večjem številu medicinskih sester, oziroma osebja z ustrežno zdravstveno izobrazbo, pojavila šele takrat, ko zaradi psihofarmakološke terapije niso bili več potrebni strežniki — pazniki.

V prvem obdobju psihofarmakološke terapije je bilo sestrsko osnovno delo skrb za to terapijo, ki je bila spočetka zelo zahtevna. Kmalu zatem se

---

\* Članek je del seminarske naloge podiplomskega tečaja iz psihiatrije za višje medicinske sestre.

je zaradi učinkovitosti psihofarmakov začela spreminjati organizacija dela na oddelku, kar je spremenilo tudi delo sestre. Njena osnovna skrb v tem času je bilo uvajanje in prilagajanje drugega srednjega in nižjega zdravstvenega osebja (zaradi nekdanjih razmer je bilo na psihiatriji zaposlenih več bolničarjev kakor v katerikoli drugi medicinski stroki) na spremenjeni način dela. Pravzaprav se sestre v psihiatriji šele zadnjih nekaj let res lahko posvečajo svojemu pravemu delu — aktivnemu delu z duševno bolnim.

Ko je zaradi učinkovitega zdravljenja vse več nekdanjih kroničnih bolnikov zapuščalo bolnišnico in ko se je izkazalo, da velika večina na novo sprejetih psihotičnih bolnikov kmalu zopet zapustil bolnišnico, se je moralo sestrsko delo razširiti tudi na oblike zdravljenja zunaj bolnišnice. Osnovna »težava« nekdanjih psihiatričnih bolnišnic je bil namreč akutni psihotični bolnik, saj so »umirjenega« kroničnega bolnika enostavno azilirali in z njim niso imeli večjih »težav«. Sedanji načini zdravljenja pa so toliko učinkoviti, da pomeni zdravljenje akutnih psihoz zelo majhen del psihiatričnega zdravljenja. Dandanes je v ospredju psihiatričnega znanjemanja in ukrepov predvsem kronični bolnik, torej takšen, ki po preboleni akutni fazi še vedno kaže nekatere bolezenske znake, čeprav v lahki obliki. Prav tem bolnikom je treba z aktivno medicinsko, socialno, delovno in splošno socialno rehabilitacijo omogočiti, da se vključijo v svoje nekdanje ožje in širše družbeno ter delovno okolje.

Skrb za tako rehabilitacijo je narekovala, da se vse bolj uvajajo različne oblike zdravljenja, ki v bistvu sicer niso nove, vendar je njihova dejavnost spremenjena tako po načinu dela kot po številu pacientov, ki jih vključujejo v te oblike zdravljenja. Poleg dnevnih in nočnih oddelkov, razširjenega ambulantnega zdravljenja itd. se vse bolj uveljavljajo tudi oblike zdravljenja, katerih cilj je hkratna zdravstvena in socialna rehabilitacija. Ena izmed teh oblik so tudi klubi odpuščenih pacientov, ki jih v širšem pomenu lahko uvrstimo v sklop rehabilitacijskih služb. V te službe uvrščamo poleg klubov še dnevni oddelek, nočni oddelek, oddelek, ki sprejema bolnike čez nedelje in praznike, patronažno službo na pacientovem domu in delovni rehabilitacijski center. Vse te oblike sodijo v tako imenovano terciarno preventivo, katere naloga je tudi širjenje psihiatričnih načel in metod zdravljenja v širše družbeno okolje.

Dandanes večino klubov odpuščenih pacientov organizirajo in usmerjajo zdravstveni in administrativni člani bolnišnic. Ne smemo pa pozabiti, da so se prvi klubi rodili na pobudo bolnikov samih in da so bolniki tudi vodili te klube. Čeprav je danes vodenje klubov v rokah »profesionalcev«, torej ljudi z ustrezno izobrazbo, je vendarle osnovno načelo klubov, da so za njih delo izredno pomembne spodbude bolnikov samih.

Osnovna naloga klubov je in mora ostati prilagajanje bolnika njegovemu socialnemu okolju ter mu pomagati k pridobivanju socialnih navad. Z drugimi besedami, delo kluba mora biti usmerjeno tako, da pomaga bolniku premagovati občutek odtujenosti. Med pomembne dejavnosti kluba sodijo torej tudi rekreacijske in družbene aktivnosti ob sočasnih vzgojnih in zdravstvenih prijemih. Ko so vodstvo klubov prevzeli »profesionalni« delavci, so se v delo klubov uvajala seveda načela skupinske psihodinamike. Ponekod so se klubi spremenili celo v obliko skupinske psihoterapije, kar nedvomno pomeni korak stran od njihovih prvotno zamišljenih dejavnosti. Drugod pa so klubi sicer sprejeli načela skupinske dinamike in prevzeli tudi nekatere elemente

skupinske psihoterapije, vendar so obdržali načelo, da ima klub predvsem naloge resocializacije. Ko se je v psihiatričnih bolnišnicah razširila posebna oblika notranje organizacije, ki jo na kratko imenujemo terapevtsko skupnost, je marsikaj od načel terapevtske skupnosti prešlo tudi na klube odpuščenih bolnikov.

Delovanje klubov je v veliki meri odvisno od sociokulturnih posebnosti kakega naroda. Tako so se klubi odpuščenih pacientov zelo razširili v Angliji, kjer so bili izredno učinkoviti, medtem ko so bili v ZDA manj pomemben del zdravljenja zunaj bolnišnice in je bil tudi uspeh klubov mnogo slabši.

Te razlike v učinkovitosti klubov so v veliki meri res odvisne od splošnih družbenih posebnosti kakega naroda. Moje mnenje pa je, da bi morali prav zaradi tega skrbno paziti pri izbiri pacientov, ki jih združimo v kak klub. Zdi se mi, da izbira ne bi smela biti povsem slučajna, temveč bi morali upoštevati tako bolezenske značilnosti posameznih bolnikov kakor tudi njihov način družbenega udejstvovanja. Medtem ko je izbira glede na bolezenske simptome izključno naloga zdravnika, menim, da bi morala imeti medicinska sestra bistven delež pri ocenjevanju pacientov družabnih posebnosti in pri ocenjevanju, kako se posamezni pacient vključuje v neko ožjo ali širšo skupnost.

Poleg teh načel bi morali skrbno upoštevati tudi to, da ni mogoče (in je celo škodljivo) vnaprej predvideti in predpisati vse dejavnosti, ki naj jih klub ima. Na delo vsakega kluba bistveno vplivajo posebnosti pacientov, ki so člani tega kluba, in ne najmanj tudi posebnosti terapevtov, ki ta klub vodijo. Razlike v delovanju klubov torej ne smejo biti izjema, ampak pravilo. Delo klubov je že v osnovi takšno, da je vsaka rigidnost naravnost škodljiva in da je za uspešno delo potrebno prilagajanje različnim zahtevam, pa čeprav samo začasnim.

### **Naša načela o klubih odpuščenih psihotičnih bolnikov**

Klub je posebna oblika podaljšanega zdravljenja in je za precejšen del psihotičnih bolnikov primerna oblika zdravljenja zunaj bolnišnice. Prav ti namreč zaradi svoje bolezni pogosto ne najdejo primerne kraja in ljudi, da bi se z njimi pogovorili in se jim potožili ali izpovedali. Take oblike podaljšanega zdravljenja ne smemo zanemarjati, če upoštevamo težnje sodobne psihiatrije, kakršne se pojavljajo v zadnjih dveh desetletjih. Psihiatrična služba v zadnjem času vse bolj upošteva načelo, naj psihotični bolniki, zlasti shizofreniki, ostanejo čim dlje v domačem okolju in naj se zdravijo ambulantno, oziroma v klubih zunaj bolnišnice; v bolnišnico pa naj bodo sprejeti le, kadar je nujno potrebno. To načelo je možno uresničevati, saj psihofarmaka, spremenjen odnos do psihiatričnega bolnika, skrb za urejanje njegovih socialnih tegob, redni kontrolni pregledi itd. omogočajo, da se bolniki vključujejo in vsaj delno prilagodijo svojemu ožjemu in širšem okolju, čeprav jim to večidel ni naklonjeno. Različne oblike shizofrenij so na videz neka skrivnostna bolezen, ki zaradi raznoličnosti in posebnih simptomov zbuja pri ljudeh vznemirjenost, včasih pa tudi strah in odpor. Shizofreni bolniki so pogosto izpostavljeni agresivnim izbruhom okolja, v katerem živijo. Precej razširjeno mnenje, da je treba družbo zavarovati pred shizofrenim bolnikom, je povsem zmotno, saj je treba predvsem bolnika zavarovati pred agresivnim okoljem. Ker duševna bolezen kvari bolnikove družbene vezi, mora biti

delo kluba usmerjeno tako, da preprečimo nepotrebno izolacijo. Med druge naloge pa sodi neposredna psihiatrična kontrola in kontrola nad jemanjem zdravil; nekateri težijo za tem, da bi člani kluba jemali čim manj zdravil, kajti psihofarmaki nasploh vendarle učinkujejo deloma tudi inhibitorno.

Bolnik naj bi dobil zaupanje v klub in zdravstvene delavce, ki sodelujejo v klubu; to je zlasti pomembno pri uvajanju pacienta v klub. Z razumevajočim in toplim odnosom si je to naklonjenost lahko pridobiti; obiski v klubu morajo bolniku zbuditi željo po čim pogostnejših stikih s terapevti in drugimi bolniki. Nikoli ne smemo bolniku vsiliti nobene misli ali zamisli kot zahtevo, ki ni izraz njegovih lastnih želja. Bolnik naj se sam oklene misli, da zdravstvena služba res skrbi zanj, da mu je vedno naklonjena in da pričakuje njegovega sodelovanja.

### **Naloge in delo medicinske sestre v klubu**

Pomembna dolžnost medicinske sestre je, da skrbi za vse organizacijske zadeve kluba. Organizacijska oblika je namreč tako tesno povezana z vsebino dela, da je ni mogoče prepustiti administrativnemu osebju. Glede na osnovno nalogo kluba, t.j. pospeševanje resocializacijskega procesa, je namreč izredno pomembno, da ne pride do nobenih organizacijskih zapletov, ki bi lahko neugodno vplivali na delo kluba.

Sestra se aktivno vključuje tudi v razgovore. Številne tegobe oduščenih bolnikov so namreč v zvezi z delovnimi navadami v družini in prav te lahko sestra učinkovito rešuje. Ta posebnost velja predvsem za klube, kjer prevladujejo pacientke. Prav pri delu klubov je postalo očitno, da rigidnost v vedenju in mišljenju psihotičnih pacientk vpliva tudi na njihove »gospodinske sposobnosti«; neuspeh v gospodinjskih dejavnostih pacientke veliko bolj prizadene, kot bi pričakovali. To velja zlasti za pacientke, ki imajo družino z otroki.

Kot zanimivost naj omenim, da se pacientke pogosto obračajo na sestro z vprašanji glede nege in vzgoje otrok; taka vprašanja lahko spravijo sestro tudi v zadrego, ker včasih presegajo njeno poklicno usposobljenost.

Ker na sestanke ne prihajajo vsi bolniki, mora medicinska sestra poskrbeti tudi za patronažno službo. Zaželeno je, da bi patronažo opravljale večinoma pacientke same, saj je eno izmed osnovnih načel kluba tudi, da si pacientke pomagajo med seboj. Vsekakor pa je naloga sestre, da takšno patronažo organizira in se aktivno vključi tudi sama, kadar intervencije pacientk niso uspešne ali možne. Socialni delavec mora ukrepati predvsem, kadar gre za težave na delovnem mestu ali izjemne socialne zaplete; v vseh drugih zadevah pa bi bila umestnejša in primernejša intervencija medicinske sestre.

Med naloge medicinske sestre sodi tudi priprava pacientov na vključevanje v klub, dokler so še hospitalizirani. Nove oblike dela na oddelkih (terapevtska skupnost) bodo v bodoče to nedvomno olajšale, vendar dodatna priprava ne bo odveč.

### **Klubi starostnikov**

Klubi psihotičnih bolnikov imajo že svojo tradicijo in določeno področje delovanja. Bolj od teh pa bodo verjetno v bodočnosti pomembni klubi starostnikov. Število starejših prebivalcev stalno narašča, hkrati pa se še hitreje

veča odstotek starostnikov v populaciji. Prav starostniki iščejo zdravniško pomoč mnogo pogosteje kakor katerakoli druga skupina populacije. Starostniki so večidel kronični bolniki, ki potrebujejo stalno in redno zdravstveno nadzorstvo.

Ne glede na želje in prizadevanja lahko trdimo celo, da postajajo starostniki vedno bolj osamljeni od ostalega dela družbe; na ta proces, ki ima izključno slabe posledice, za zdaj ne moremo vplivati, saj teče celo vedno hitreje. Menim, da bi ga lahko vsaj delno omejili z ustanavljanjem ustreznih klubov, kjer bi se srečavali starostniki med seboj in z drugimi populacijskimi skupinami. Če se izognemo nevarnosti, da bi se v klubih starostnikov le-ti še bolj izolirali od drugih skupin prebivalcev, lahko pričakujemo od teh klubov, da bodo bistveno vplivali na socialno življenje starostnikov, hkrati pa omogočali učinkovitejšo in preprostejšo zdravstveno oskrbo starostnikov. V teh klubih bi lahko združili dvoje načel: prvo, da starostnik čim dlje skrbi zase in hkrati pomaga drugim, vrh tega pa drugo, da je večina starostnikov kroničnih bolnikov, ki so potrebni redne zdravstvene oskrbe.

Klubi starostnikov se po organizacijskih oblikah v mnogočem ločijo od klubov psihiatričnih bolnikov, vendar je v vsebini dela marsikaj skupnega; klubi starostnikov bodo lahko izkoristili marsikatera spoznanja že obstoječih klubov psihiatričnih bolnikov.

Klubi starostnikov lahko v bodoče postanejo pomembno področje dela številnih medicinskih sester, predvsem patronažnih. Zlasti v začetku, ko bo treba obravnavati še marsikatera nerešena vprašanja o delovanju takih klubov, utegnejo imeti višje medicinske sestre še pomembno vlogo.

Klubi odpuščenih bolnikov so sicer že stara oblika nebolnišnične dejavnosti, vendar so ob sedanjih preusmeritvah psihiatričnega dela pridobili pomen in delno spremenili tudi način delovanja. Zlasti pri odpuščenih psihotičnih bolnikih je naloga klubov, da hkrati z resocializacijskimi prizadevanji tudi bedijo nad duševnimi spremembami kroničnega psihotičnega bolnika. Klubi so torej most med bolnikovim okoljem in psihiatrično bolnišnico. Za zdaj moramo namreč upoštevati dejstvo, da se kronični psihotični bolniki razmeroma pogosto vračajo v psihiatrično bolnišnico, čeprav le za kratek čas.

Dejavnost sestre v klubu odpuščenih psihotičnih bolnikov ni zgolj organizacijska, temveč se vpleta tudi v vsebino dela. Zlasti pri kroničnih psihotičnih bolnikih nastajajo namreč v njihovem družinskem in širšem okolju številni zapleti, ki lahko bistveno vplivajo na bolnikovo duševno počutje; marsikatera od teh zapletov lahko uspešno rešuje medicinska sestra.

Vlogo in dejavnost medicinske sestre v klubih odpuščenih bolnikov je treba prilagojevati tako posebnostim pacientov, ki so vključeni v klub kakor tudi posebnostim v delovanju posameznih klubov. Številne izkušnje klubov psihiatričnih bolnikov bodo najbolj služile pri uvajanju klubske oblike dela tudi s starostniki, ki bodo najbrž zaživele že v bližnji prihodnosti.

#### Literatura:

1. Black, B. I.: *Psychiatric Rehabilitation in the Community, Community Psychiatry and Community Mental Health*, 248, Grunde and Stratton, New York 1964.
2. Freedman, A. M., Kaplan, H. J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p. 1548—1551, Williams and Wilkins, Baltimore 1967.
3. Olshansky, S.: *Social life, Ment. Hyg.* 46: 361, 1962.