

Nekaj kritičnih pogledov na razvoj socialne psihiatrije

Prim. dr. Jurij Zalokar, psihiatrična bolnišnica Begunje

I.

Po letu 1950 je za psihiatrijo značilen preporod humane in socialne smeri. Njen cilj je bil najprej humanizirati stanje v duševnih bolnišnicah, obenem pa težiti z drugimi načini oskrbe k resocializaciji psihiatričnega bolnika. Ustanovljene so bile prve dnevne in nočne bolnišnice, psihiatrične bolnišnice pa so postajale čedalje bolj odprte. Pod pojmom terapevtske skupnosti so uvedli razne načine grupnega obravnavanja, hospitalizacija se je skrajšala, prenatrpanost se je zmanjšala. Nastajalo je čedalje več psihiatričnih oddelkov, ki so zaživel v sklopu splošnih bolnišnic. Množili so se dispanzerji in druge polbolniške ustanove, kot so razne zaščitne delavnice itd. To gibanje se je sprva razširilo v Veliki Britaniji, nato tudi v Franciji in drugod. O tem so veliko pisali Maxwell Jones, Main, Clark in Sivadon, pozneje pa, zlasti o rezultatih, še številni drugi avtorji (zlasti v Brit. J. Psychiat.). Nekateri izmed njih zagovarjajo krajšo hospitalizacijo, da bi, kot piše Mendel, »preprečili iatrogeno totalno alienacijo pacienta od družbe s totalno hospitalizacijo«.

Ta preporod je bil reakcija na degeneracijo psihiatričnih bolnišnic v mračne, zaprte in brezupne zavode, kjer so, kot piše Clark, prevladovali »custody, caution, restraint«. Tak sistem je še marsikje v veljavi. Zelo pretresljivo podobo azilov je prikazal Goffman v knjigi, v kateri prišteva psihiatrične bolnišnice, zapore, koncentracijska taborišča, vojašnice itd. med tako imenovane totalne ustanove. Opisuje, kako zelo so si podobne njihove socialno-psihološke zakonitosti. Goffman ugotavlja, da državne psihiatrične bolnišnice v ZDA ne delujejo na podlagi psihiatrične doktrine, marveč po zahtevah sistema »ward«. To je v razmerah, v katerih so drastično okrnjene življenjske možnosti oskrbovancev in ko njihovo življenje spremlja poseben režim svojevrstnih drobnjakarskih nagrad, majhnih privilegijev, šikaniranja in kazni, kar je podobno razmeram v kazenskih zavodih. Pri tem nastaja začaran krog. Bolj ko je pacient opan svobode in bolj ko je omejen v izražanju, bolj se more izražati le še z izrednimi sredstvi. Ta sredstva pa osebje bolnišnic potem razlaga kot simptom bolezni in pacientu še bolj omeji svobodo. Tako pacienta zares alienirajo. Nekaj podobnih misli razgrinja Flegel, navajajoč Secorda in Bachmana, ki prav tako prištevata psihiatrične bolnišnice med totalitarne združbe, v katerih je hudo znižan socialni status bolnikov. Jaeggi pa piše, da je v takih

zavodih psihiatrični bolnik kaznovan huje kot delinkvent v kazenskem zavodu.

Vse to nam je znano iz lastne izkušnje. Iz prakse vemo za raznovrstne simptome hospitalizma, ki jih žal še dandanes nekateri učbeniki prikazujejo kot katatona ali hebefrena znamenja oziroma kot regresijo, ki naj bi imela vzrok v bolezni. Ko se hkrati spominjamo kvantitativno in kvalitativno nezadostnega kadra, pomanjkanja prostora, prenatrpanosti in skrajne zanemarjenosti nekaterih zavodov, nam je umljivo, da je bil preporod ponekod preveč silovit in brezobziren. Čustveno ogorčenje nad polpreteklim stanjem nas je nagnilo k akcijam, ki niso bile vedno dovolj premišljene. Ena izmed namer tega članka je sploh pisati o tem. Drugi namen pa je opisati nekatere težave, s katerimi se je preporod srečal in ki grozijo, da bi otopila ali celo obrnila njegovo pozitivno konico.

Bolj kritično je mogoče pregledati prehojeno pot šele sedaj, ko je za nami že prvi val navdušenja in ko nimamo na voljo le nekaj lastnih izkušenj, ampak tudi bogate izkušnje iz strokovne literature. Naš pregled ne namerava jemati optimizma, marveč ga, nasprotno, napraviti globljega in trajnejšega. Optimizem je potreben, saj kljub omenjenemu preporodu marsikje še zdaleč ni odpravljena praksa detencijske psihiatrije. Iz ZDA npr. še pred leti poročata Field in Aronson, da pride v psihiatričnih bolnišnicah le 1 zdravnik na 183 bolnikov. Še ni dolgo tega, ko smo imeli v Jugoslaviji psihiatrične bolnišnice brez stalnega zdravnika in še danes so mnogi zavodi pretežno zaprti, brez potrebnih kadrov, brez terapevtskega ozračja, okupacijske terapije itd., torej res podobni depojem. Tudi pri nas bi brez kritične presoje lahko prišlo med reorganizacijo psihiatrije do premalo premišljenih posegov, ki bi morda izboljšali stanje posameznih ustanov, ne bi pa zares izboljšali stanja psihiatričnih pacientov.

II.

Probleme in nevarnosti nadaljnjega razvoja socialne psihiatrije želimo obravnavati v treh poglavjih. Najprej take, ki so posledica posebnega socialnega položaja duševnega pacienta, potem tiste, ki so plod osebnosti nekaterih izmed teh pacientov, in naпослед tiste, ki so v zvezi z nazori in dejavniki socialne psihiatrije. Naše prikazovanje temelji na izkušnjah, ki smo jih dobili z organizacijo nevropsihiatričnega oddelka v Vojniku (gl. 27)

in z reorganizacijo tipičnega detencijskega psihiatričnega azila v Begunjah v sodobno pretežno odprto in aktivno psihiatrično bolnišnico (gl. 29), pa tudi na izkušnjah, o katerih piše literatura.

A. Posebni socialni položaj psihiatričnega bolnika

Duševne bolezni bolj ali manj globoko in bolj ali manj trajno spremenijo bolnikovo obnašanje. To spremeni socialni položaj pacienta delno zaradi same bolezni, ki ga napravi različno invalidnega, in delno zaradi reakcije družbe na to bolezen.

Daumezon omenja prav mistični strah ljudi pred duševno boleznijo in segregacijo kot pretežno uveljavljen odnos do duševnega bolnika. Reakcija družbe je po navadi toliko bolj panična, kolikor večja sta njeno neznanje in strah ob nastopu bolezenskih sprememb. Oboje je zato toliko večje, ker bolezen prizadene tiste človekove lastnosti, v katerih mnogi vidijo njegovo bistvo. V resnici so prizadete zelo važne funkcije, ne pa bistvo samo po sebi. Baruk je namreč nazorno prikazal neokrnjenost prave globinske osebnosti psihiatričnih bolnikov. Izkušnja je pokazala pravilnost Barukovega gledanja, saj je na primer proces humanizacije psihiatričnih bolnišnic mogoč prav zaradi neokrnjenosti globinske moralne osebnosti bolnika, na katero računamo in apeliramo pri humanizaciji.

Zaradi vsega tega so psihiatrični bolniki zaznamovani ne le kot posamezniki, ampak tudi kot poseben sloj ljudi. Tako avtomatično postanejo manjšina, ki ima mnoge značilnosti marginalnih slojev in za katero veljajo prav posebni sociološki zakoni. Dobijo podoben položaj, kot ga imajo razne nacionalne, verske ali razredne manjšine.

Te zakonitosti najdemo lepo opisane v Wirthovi knjigi o razvoju geta in v knjigi o socialni psihologiji Krecha, Crutchfielda in Ballacheya.

Socialni položaj psihiatričnega bolnika označuje pojem diskriminacije. Zaradi socialne izolacije se še poveča izoliranost, katero je povzročila bolezen. Bolnik zato zaide v številne konflikte in krize, ko je razpet med svojimi potrebami in zoženimi možnostmi. V takem položaju lahko reagira družbi nesprejemljivo delno zaradi svojega položaja in delno zaradi bolezni. To še poslabša njegov socialni položaj. Pogosto potem še družba projicira nanj svoje lastne hibe in ga zaradi njih še sankcionira. Tako se psihiatrični bolnik polagoma spreminja v preziranega, zasramovanega ali preganjanega člana družbe. Tak prav lahko postane strelovod za sproščanje družbene agresije.

Odtujenost bolnika od družbe je torej le nekoliko sad bolezni same po sebi, pomembnejši delež pri tem pa je v socialnih zakonitostih. Ko govorimo o socialnih zakonitostih, seveda le-teh ne moremo odpraviti, kot da gre le za bolj ali manj ukoreninjene predsodke, ki bi jih bilo mogoče zlahka odpraviti, ampak so te zakonitosti tako rekoč materialna realnost, s katero je treba računati. Sprememba socialnih zakonov je sicer mogoča, traja pa dolgo in zahteva mnogo truda.

Menimo, da je bilo poslabšanje položaja psihiatričnih bolnišnic posledica socialne izolacije, ki se je raztegnila od duševnih bolnikov tudi na zavode, ki so zanje skrbeli. S samo humanizacijo zavoda socialnih zakonitosti še nismo spremenili in moramo še vedno računati nanje. To spoznanje nas lahko obvaruje pred preveč optimističnimi pričakovanji in nam obenem nalaga dolžnost, da bomo sčasoma morali spremeniti odnos družbe do psihiatričnega bolnika.

Opisane zakonitosti so prispevale k negativni preobrazbi sicer idealno zamišljenih psihiatričnih bolnišnic v navadne depoje družbeno nezaželenih ljudi. Tako se izraža tudi Goffman, ki piše o totalnih institucijah. Prav te zakonitosti, ki so prizadele psihiatrične bolnišnice, ovirajo tudi razvoj socialne psihiatrije. Tako v ZDA kot v ZR Nemčiji in pri nas dajejo za psihiatrične bolnišnice nezadostna sredstva, tako da z njimi ni mogoče dosledno izpeljati reorganizacije. Po Rueschevih podatkih je cena oskrbnega dne v ZDA v državnih psihiatričnih bolnišnicah le 5—13 \$ na osebo na dan, v Franciji (po Eyu) 30 Fr, medtem ko je v nepsihiatričnih bolnišnicah nekajkrat in celo desetkrat večja. Sredstev tudi ni za razvoj ambulantno-dispanzersko psihiatrično službo, kar pri nas npr. dokazuje docela nezadostno financiranje psihiatričnega dispanzerja v Ljubljani in dispanzerske dejavnosti psihiatrične bolnišnice v Begunjah, ki za ta namen v letu 1968 ni dobila za zavarovance svojega področja niti dinarja in je morala to dejavnost financirati iz oskrbnih dni.

Podobne zakonitosti srečujemo, če hočemo psihiatrično službo vključiti v delo druge zdravstvene službe oziroma v sklop splošnih bolnišnic. Ferroñ opozarja, da zdravnik nepsihiater ni daleč od predsodkov in nerazumevanja široke javnosti, kar zadeva duševne bolnike. Poseben družbeni položaj psihiatričnega bolnika se ne širi le na zavodu za njihovo oskrbo, marveč tudi na psihiatrično službo nasploh. Tudi ta je potem deležna nerazumevanja, ki ni posledica, ampak vzrok raznih finančnih in drugih težav in ovir. To dokazuje pri nas med drugim skušnja pri ustanavljanju nevropsihiatričnega oddelka v Vojniku, ki je zaživel v sklopu splošne bol-

nišnice. Pred začetkom sprejemanja je bilo treba celo medicinskim krogom v bolnišnici dokazovati, da oddelek s 170 posteljami ne more začeti delati samo z nekaj injekcijskimi brizgalkami. Podobne težave so se nato še pojavljale. Nanje je treba računati pri ustanavljanju psihiatričnih oddelkov v sklopu splošnih bolnišnic. Zato je potrebno, da je vodstvo psihiatrične službe dovolj močno, da ne klone pred ovirami spričo takega nerazumevanja. Če pa pri psihiatričnih delavcih ni zadostne zavzetosti, se lahko zgodi, da postanejo psihiatrični oddelki le manjvreden privesek oziroma »paramedicinski« oddelek splošne bolnišnice.

Posebno vprašanje pri modernizaciji psihiatrične službe je izvenbolnišnična nega psihiatričnih bolnikov. Medicinskih indikacij za hospitalizacijo je vedno manj. Čedalje več pacientov je zmožnih za izvenzavodsko nego, bodisi doma ali v skrbniških družinah bodisi v polhospitalnih ustanovah — če obstajajo — oziroma v domovih za onemogle. Problem je posebno težko rešljiv pri tistih kroničnih pacientih psihiatričnih bolnišnic, ki so bili že zelo dolgo hospitalizirani in nimajo več svojcev ali pa so vezi z njimi povsem pretrgane. Tako se je zavod v Begunjah (gl. 28) — tako pa so delali tudi drugi psihiatrični zavodi — v procesu modernizacije otepal prenatrpanosti tudi s premeščanjem pacientov v oskrbo domov za onemogle. Vendar smo v Begunjah mogli ta ukrep kaj bolj uporabljati le toliko časa, dokler je bilo bivanje enako neugodno tako v bolnišnici kot v domu za onemogle. Brž ko se je položaj v psihiatrični bolnišnici normaliziral, bi pomenilo za pacienta hud pretres, če bi ga premestili v socialne zavode, ki sploh nimajo urejene medicinske službe, so prenatrpani, nimajo ne kadrov, ne sredstev itd. Žal se marsikateri domov odpuščenih pacient, ki je delno ozdravljen, naposled znajde v takem zavodu. To pomeni, da res ni odveč strah, ki ga čuti Baruk, češ da bi se z novimi tokovi v psihiatriji vrnili k obdobju pred Pinelom in Esquirolom, ko je bil bolnik prepuščen bodisi cesti bodisi popolnoma nesprejemljivi oskrbi v raznih hospicijih. Že Esquirol je svaril pred možnostjo, da bi se duševni bolnik v takih domovih nastanil v ločenih oddelkih, v katerih sta nega in oskrba po navadi veliko slabša. Če naj bi postali domovi za onemogle ustrezno prebivališče za nekatere duševno bolne ljudi, bi moral tudi te zajeti val humanizacije. Žal sta za zdaj tako stari človek kot dom, namenjen njegovi oskrbi, v podobnem podrejenem socialnem položaju, kot so bili psihiatrični bolniki.

Na socialne zakonitosti kaže računati tudi pri urejanju polhospitalnih dnevnih in nočnih bolnišnic, zaščitnih delavnic, terapevtskih klu-

bov, delovnih kolonij itd. Vse te institucije, ki se dandanes propagirajo, so le vmesna stopnja v poteku resocializacije, nikakor pa ne trajna oblika oskrbe psihiatričnega pacienta. Odstranjevati moramo nevarnost, da bi te ustanove postale nov način segregacije. Ideal je le v popolni socialni integraciji, in to tudi v primerih, ko še trajajo simptomi duševne bolezni, a hospitalizacija ni več medicinsko indicirana. Opisane oblike pomoči so izhod v sili le za nekatere paciente, in za toliko časa, dokler moramo še računati z delovanjem negativnih socialnih vzrokov v njihovem okolju. Ti dejavniki lahko povzročijo, da se polhospitalne ustanove izrodijo v depoje, če jim bomo zaradi premajhnega razumevanja namenili strokovno pomanjkljiv ali nezadosten kader. Le strokovno čimboljši kader bi namreč lahko uspešno izvedel reintegracijo. Wing omenja še druge nezaželene posledice. Opozarja pred predolgim rehabilitacijskim procesom, ker se more razviti odvisnost pacienta tudi od raznih polhospitalnih ustanov. Tudi on pojmuje razne prehodne polhospitalne ustanove le kot stopnice k idealu. Nekaj podobnega je pri klubih alkoholikov, ki so smiselni le, če so prehodni in spospešujejo popolno reintegracijo. Ne smejo pa postati trajna oblika alkoholikovega izživiljanja.

Že opisani vsesplošni odnos do duševnega bolnika nam pojasnjuje, zakaj niso dovolj široko odprta vrata za sprejem bolnikov nazaj v njihovo okolje. Pomembnost domačega okolja je poudarila vrsta piscev (Mayo; Freyhan; Bearcroft; Goldberg; Pommé in Girard; Wing, Monck, Brown, Carstairs; Leyberg). Po naših podatkih zelo velik odstotek psihiatričnih bolnikov ne dobi zaposlitve in se znajde v najnižji kategoriji socialnih podpirancev, dasiravno bi njihovo stanje dovoljevalo zaposlitev, pa čeprav ob nekoliko spremenjenih pogojih. Tako se ustvarja sloj socialno manjvrednih oseb, od katerih nekatere lahko zabredejo v droben kriminal, prostitucijo, klateštvo itd. Bearcroft prav v socialni izolaciji ugotavlja vsaj delni vzrok, da se psihiatrični bolnik zateče h kriminalnemu obnašanju. Spričo te možnosti je psihiater dostikrat v nerešljivi situaciji: ali naj pusti, da je njegov zavod prenatrpano skladišče, ki jemlje bolnikom vso človeško dostojanstvo, ali pa naj pusti, da bolniki tavajo v bedi brezbriznega ali celo sovražnega sveta.

B. Vloga pacientove osebnosti

Tako kot drugi medicinci so tudi psihiatri nagnjeni k temu, da svojega pacienta obravnavajo skoraj izključno le s stališča patologije in vnašajo patologijo tudi tja, kjer o njej ni

mogoče govoriti. Tako smo navajeni obravnavati kot psihopatološke tudi pojave, ki niso prav nič psihopatološki, marveč pomenijo umevno in normalno izživiljanje in reaktivnost pacienta. Psihiatrični pacient ni nikoli v celoti »psihotik«, ampak je vedno psihoza le bolezen, ki zajame samo del bolnikov psihičnih funkcij. Ker to prezremo, prezremo tudi, da bolnikovo obnašanje ni samo plod bolezni, ampak še veliko bolj plod zdravega dela osebnosti, pri kakršnem že koli značaju.

Pacientova osebnost more biti včasih faktor, ki zavira naše poskuse, da bi skrajšali hospitalizacijo in preprečevali recidive oziroma toliko huda poslabšanja, ki bi zahtevala novo hospitalizacijo. To velja zlasti takrat, kadar imamo poleg psihoze opraviti še z begom v odvisnost zaradi kakih socialnih nevarnosti.

1. primer: Pacientka M. A., stara 51 let. Ovdovela pred enim letom. Živela sama na kmetiji, otroci zdoma. V psihiatrično bolnišnico je bila sprejeta zaradi involutivne depresije. V letih 1963 do 1967 je bila sprejeta kar devetkrat. Vsakokrat se je kmalu po sprejemu psihično uredila, takoj po odpustu na dom pa hudo poslabšala. Vedno je bila sprejeta nazaj v psihotičnem depresivnem stanju. Naposled se je nastanila pri svoji sestri in je dobila delo kuharice v bližnji zasebni gostilni pri zelo uvidevnih ljudeh. Od takrat ni bila več hospitalizirana, pač pa ves čas urejena in vedra. Potek kaže na to, da jo je hospitalizacija reševala pred osamljenostjo in je zato sama težila v bolezen.

2. primer: Pacientka V. R., stara 53 let. Mož egocentričen, javno hodi z drugo žensko; do žene brezbrizen. Doma osamljena. Prvič zdravljena zaradi depresije leta 1938, potem 1946. V letih 1965 do 1969 je bila trinajstkrat sprejeta v psihiatrično bolnišnico. Sicer potek podoben kot pri prejšnji pacientki. Doslej se ni posrečilo rešiti njenega socialnega in psihološkega problema.

Bolj ko postaja psihiatrična bolnišnica prijeten kraj bivanja z bogatim programom dela in razvedrila ter ustreznim toplim ozračjem, večja je možnost, da bodo po naravi odvisne, nesamostojne osebe iskale v njej zatočišče, še zlasti ob socialnih in reaktivnih težavah. To velja zlasti za starejše osebe in zato ni nenavadno, če je v deželah z razvitim psihiatričnim posteljnim fondom velik odstotek postelj zaseden z ljudmi tovrstnih depresivnih stanj, kar medicinsko ni indicirano. Tudi Zeitlyn svari pred možnostjo, da bi terapevtska skupnost ne pripomogla k osamosvojitvi pacienta, ampak še povečala njegovo odvisnost. Fouks, Périvier in Houssait pa pišejo, da postaja psihiatrična bolnišnica privlačna tudi za tiste, ki se hočejo izogniti kakim težavam ali sankci-

jam. To velja za nekatere nevrotike, predvsem pa za veliko izravnovešenih oseb, delinkventov in drugih antisocialnih ljudi.

C. Vloga dejavnikov socialne psihiatrije

Vsaka doktrina je odvisna od njenih izvrševalcev. Lepa načela se lahko zaradi različnih razlogov spreminjajo v svoje nasprotje. Zlorabe doktrin zaradi stranskih interesov se se vedno dogajale in se še bodo. Tudi pomanjkljivo razumevanje ali prevelika zagnanost lahko ogrozita praktično uresničevanje teoretičnih postavk. Obe nevarnosti postaneta tem večji, čim bolj je teorija že prodrla in se uveljavila. Vsaka nova šola se lahko spridi. Pri pionirskem delu Pinela, Esquirola, Conollyja in drugih danes vidimo, kako je že v nekaj desetletjih prišlo do čisto nasprotnih rezultatov, kot pa so jih ti tvorci hoteli. Psihiatrični azili so se namreč iz zatočišč spremenili v orodje segregacije. Razni pravni predpisi, ki naj bi varovali bolnikovo svobodo in druge njegove pravice, so se spremenili v instrument, s katerim se je podaljševala morda že spočetka problematična hospitalizacija. Socialna psihiatrija ne more ubežati pred podobnimi nevarnostmi. Vzrok so včasih njene lastne teorije in dejavniki. Med njimi bi omenili le nekatere.

Eden je ta, da more pomembnost socialnega vidika zasenčiti druga področja psihiatrije. Baruk je zapisal: »Posebno moramo poudariti, da ne sme en sam faktor izključno dominirati psihiatriji, bodisi da gre za organskega, nevrološkega, biološkega, sociološkega ali psihološkega. Vse te dejavnike je treba upoštevati in vsi morajo biti prilagojeni svojemu ustreznemu mestu. Skratka: treba je narediti nepristransko sintezo in ne zaiti v totalitarizem.«

Dvomljiva je tudi terminologija, ki jo čedalje bolj uporabljamo, ko v psihiatriji najrazličnejše dejavnosti poimenujemo s terapijo. Govorimo o okupacijski terapiji, socioterapiji, grupni terapiji, administrativni terapiji, terapevtski atmosferi, psihoterapiji itd. V bistvu v vseh teh primerih ne gre za terapijo. Izraz terapija nas zavaja, da vidimo tudi v teh dejavnostih nekaj strogo medicinskega, in potem mislimo, da moramo delovati še v ožjem okviru medicine, ko ga v resnici že močno prese-gamo. Tudi s tem prispevamo k izolaciji pacienta in psihiatrične službe, ker ustvarjamo vtis, kot da zahtevamo za bolnika kake specifične strokovne pogoje.

Če bi preobrazba psihiatrije pomenila le ustanavljanje nevropsihiatričnih oddelkov v okviru splošnih bolnišnic in raznih polhospitalnih ustanov, ne da bi hkrati preobrazili

psihiatrične bolnišnice, bi bilo po Earlyjevem in Magnusovem mnenju nevarnost, da bi psihiatrične bolnišnice prevzele le oskrbo organsko dementnih pacientov; »brezupnih« kroničnih psihotikov, oligofrenikov in motenih oziroma kriminalnih psihopatov. Če bi se to zgodilo, bi se krog sklenil in duševna bolnišnica bi postala to, kar je bila stoletje prej zloglasna »workhouse«.

P. Albey omenja nevarnost sektorizacije dispanzerske službe, ker lahko le-ta onemogoči prosto izbiro zdravnika. Poleg tega se boji, da bi dispanzersko delo moglo dobiti inkvizicijske značilnosti in zavreči vse imperativne zdravniške tajnosti. Menimo, da je taka nevarnost realna in da je v socialnem delu treba bolj paziti na zahteve medicinske etike, kar zadeva strokovno skrivnost. Niso redki primeri, ko daje zdravstvo zaupne podatke o pacientih raznim laičnim organom. Iz priobčenih alkohololoških študij vidimo podobne hibe v etično premalo dognanih raziskovalnih dejavnostih. V težnji, da bi razni avtorji prišli do podatkov o alkoholikovi anti-socialnosti oziroma o stanju njihovih otrok, so brez pomisleka sporočali podatke o alkoholikih raznim organom, kot npr. policiji, šolskim vodstvom itd., da bi od le-teh potem dobili podatke iz njihovih kartote. Obenem se moremo vprašati, do kod sme socialna psihiatrija posegati v zasebno pacientovo življenje, pa čeprav z dobronamernim hotenjem.

Socialno usmerjena sodobna psihiatrija vključuje v svoje kadre poleg psihiatrov čedalje več drugih strokovnjakov — psihologov, delovnih terapevtov, socialnih delavcev itd. Vsi so iz mladih strok brez prave tradicije in potrebnih izkušenj. Kljub temu je njihov glas lahko ponekod odločilen in preglasni trezne psihiatrične ocene. Zato lahko razumemo Abelyjevo ostro kritiko javne psihiatrične službe, ko je zapisal: »La psychiatrie semble être maintenant, à tort, à la portée de tous, même des ignorants.«

Ena izmed značilnosti nekaterih zagovornikov nove socialne psihiatrije in odprtih vrat je tudi ta, da hkrati z zagovarjanjem novih pogledov razvrednotujejo delo polpretekle psihiatrične generacije, ko ne opisujejo le negativnih strani azilov, ampak krivijo to generacijo za stanje azilov, kakršno je bilo. S tem povzročajo nekak generacijski konflikt, ki ni brez odmevov. Tudi tako si lahko razlagamo Barukovo in Abelyjevo prizadevanje in njun kritični odnos do nove socialne oziroma javne psihiatrije. Kritiki polpretekle dobe pozabljajo, da se tej resda ni posrečilo rešiti azilskih predstav in načinov dela, je pa zato dosegla pomembne uspehe v terapiji psihiatričnih obolenj. Le s pomočjo te terapije zmoremo danes o socialni psihiatriji govoriti tehtneje.

Poleg tega so prav psihiatři, ki polagoma končujejo svoje življenjsko delo, storili zelo veliko, da bi javnost animirali, da bi se zganila in pomagala pri sanaciji razmer v psihiatričnih bolnišnicah. V takih apelih je bil npr. M. Bleuler (cit. po Zichlerju) zelo oster. V Sloveniji je podobno ostrino in vztrajnost pokazal Kanoni. Čeprav je socialna psihiatrija prinesla vrsto novih pogledov in prijemov, je to po svoje pripravila prejšnja generacija psihiatrov.

III.

Odprava ovir in krivih poti je zahteva in možnost za res uspešno socialno integracijo pacientov. To je obširna naloga, ki terjaja npr. prizadevanje, da bi pacienta vrnili domov, kar zahteva veliko dela z domačimi; prizadevanje, da bi pacientu pomagali do ustrezne zaposlitve — pa čeprav le delne — in to ne v kaki posebni delavnici, ampak v okviru splošne proizvodnje; prizadevanje, da bi dosegli v domovih za onemogle ustreznejšo nego, boljše ozračje ter zdravniško pomoč; prizadevanje, da bi odpravili za psihiatričnega bolnika negativne socialne zakonitosti itd. Ko hočemo vse to doseči, poskušamo lahko izredno razširiti psihiatrično službo, ki jo pa s tem le zvodenimo. Pri tem lahko psihiatrijo dokaj upravičeno doleti očitak psihiatričnega imperIALIZMA, ki ga včasih slišimo. Tak način pomeni tudi segregacijo in izolacijo psihiatrične pomoči v enovitem in zaokroženem organizmu. Taka pot bi očitno ne mogla voditi v desegregacijo. Zato se zdi primernejša druga pot, ko naj ostane psihiatrija ožja in manj zvođenela, in ko naj bo predvsem pobudnica in ne toliko izvrševalka raznih resocializatorskih poskusov. Iz izkušnje vemo, da je tudi ta pot izredno zapletena.

Naše stališče nikakor ne pomeni, da bi zanikali potrebo po širokem izvenhospitalnem omrežju psihiatrično-socialnih ustanov. Pomeni pa, da naj gledamo na te ustanove le kot na prehodno obliko pomoči, ki je nujna, dokler prevladujejo za pacienta negativni socialni zakoni in dokler je za to res nujna medicinska indikacija. Zaradi tega se nam zdi potrebno, da so te ustanove kadrovske zelo dobro zasedene in da se ne ustanavljajo, če ne zadovoljujejo kadrovskih zahtev. Izogniti se je treba tudi nevarnosti, da bi z nadomestno zaposlitvijo v kakih zaščitnih ali invalidskih delavnicah še bolj zmanjšali zanimanje družbe za uresničevanje redne zaposlitve invalidov.

Način, kako polagoma doseči drugačen odnos družbe do psihiatričnega bolnika, po našem mnenju ni toliko v kakšnem prosvetljevanju, ampak bolj v tem, da vztrajno poskušamo integrirati prav vsakega naših pacien-

tov. Del tega prizadevanja je tudi boj za humanizacijo sedanjih psihiatričnih bolnišnic in za širjenje potrebnega psihiatričnega omrežja. Predvsem pa je treba — kot piše Baruk — vzgojiti psihiatre z res široko in globoko osebnokulturo.

LITERATURA

1. Abely P.: *Annal. méd.-psych.*, 1968, 126, II, 693—708.
2. Baruk H.: *La Psychiatrie Française*, Presses Univer., Paris 1967.
3. Baruk H.: *Annal. méd.-psych.*, 1968, 126, II, 533—537.
4. Bearcroft J. S.: *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 581—587.
5. Clark D. H.: *Brit. J. Psychiat.*, 1963, 109, 178 do 201.
6. Daumezon G.: *L'hyg. ment.*, 1954, 71—74.
7. Early D. F., Magnus R. V.: *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 595—601.
8. Eichler L.: *Psych., Neur. and Med. Psychol.*, 1958, 10, 117—123.
9. Ey H.: *Nervenarzt*, 1967, 38, 381—384.
10. Ferron L. P.: *L'Union Médicale (du Canada)*, 1957, 86, 850—854.
11. Flegel H.: *Nervenarzt*, 1966, 37, 160—164.
12. Fouks, Perivier, Houssait: *Anaal. méd.-psych.*, 1967, 125, I, 723—726.
13. Goffman E.: *Asylums*, Penguin Books, Harmondsworth, 1968.
14. Goldberg E. M.: *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 177—196.
15. Jaeggi F.: *L'encéphale*, 1963, III, 97—166.
16. Kanoni J.: *Zdravstv. vestnik*, 1962, 31, 206 do 212.
17. Kanoni J.: *Zdravstv. vestnik*, 1950, 19, 36 do 41.
18. Krech D., Crutchfield R. S., Ballachey E. L.: *Individual in society*, Mc Graw-Hill, New York, London, 1962.
19. Leyberg J. T.: *Brit. J. Psychiat.*, 1965, 111, 617 do 624.
20. Mayo J. A., Freyhan F. A.: *Jour. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1963, 136, 424—431.
21. Mendel W. M.: *Jour. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1966, 143, 226—233.
22. Pommé B., Girard J.: *Annale méd.-psych.*, 1964, 122, II, 750—752.
23. Ruesch J.: *Jour. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1966, 142, 203—214.
24. Wing J. K.: *Brit. J. Psychiat.*, 1963, 109, 635 do 641.
25. Wing J. K., Monck E., Brown G. W., Carstairs G. M.: *Brit. J. Psychiat.*, 1964, 110, 10—21.
26. Wirth L.: *The Ghetto*, University of Chicago Press, Chicago, 1928.
27. Zalokar J.: *Zdravstv. vestnik*, 1962, 31, 206 do 212.
28. Zalokar J.: *Zdravstv. vestnik*, 1965, 34, 268 do 271.
29. Zalokar J.: *Bilten Udruž. Neuropsih. Jug.*, 1967, 2, 40—42.
30. Zeitlyn B. B.: *Brit. J. Psych.*, 1967, 113, 1083 do 1086.

Some Critical Views at the Development of the Social Psychiatry

Dr. Jurij Zalokar, head physician, psychiatric clinic, Begunje

The new currents in psychiatry create new difficulties and problems demanding appropriate solutions. The author points to the social condition of psychiatric patients which is still neglected and represents an obstacle to the efforts undertaken in order to reintegrate the patients into the society. Moreover, in the planning of psychiatric work one also has to take into consideration the particularities of the patients' perso-

nalities which should not be equated with pathology. The development of psychiatry may also be impeded by certain psychiatric workers which in their work do not comprehend the possibilities and dangers of the moment. Several problems occupying psychiatric workers are similar to problems of other activities engaged in social questions. The author also emphasizes the same points with criminology.