

ETIČNI PROBLEMI STACIONARNEGA OBRAVNAVANJA BOLNIKOV V PSIHIATRIJI

Lev Milčinski

Mislím, da se te naloge ne moremo lotiti preprosto pragmatično, saj se tu križa vsaj četrto elementov, ki vsak zasluži podrobnejšo opredelitev.

Začnimo npr. s *psihiatrijo*. Z njo živimo leta in leta kot z dobro znanko in se nam vidi mogoče odveč razmišljati vnovič o njenih značilnostih in njenem poslanstvu. Pa vendar načnimo le eno njeno faseto - fenomenološki aspekt psihopatologije. Je s tega vidika množica diagnostičnih kategorij njeno bogastvo? Ne smemo pozabiti, da opredelitev kliničnih entitet v psihiatriji - če jo primerjamo z razmerami v somatski medicini - šepa, ker manjka v psihiatriji zvečine predstava o organskem ozadju določenega bolezenskega stanja. Ker na ta način primanjkuje ene plati, sicer v medicini dogovorjenega okvira, ki določa bolezensko entiteto, uhajajo lahko v brezbrežje prizadevanja v smeri iskanja novih kliničnih enot, če se naslanjajo zgolj na njihov psihopatološki videz, na potek ter izid. Pred 19 leti je štelo V. poglavje 9. verzije Mednarodne klasifikacije bolezni (1), tisto torej, ki obravnava "Duševne motnje", 185 diagnostičnih kategorij. Nova - 10. verzija - jih ima 393 (2). To ugotovitev si lahko tolmačimo na dva načina: Mogoče tako, da so izkušeni strokovnjaki z bolj prefinjenimi metodami uspeli diferencirati neke obsežnejše bolj grobe klinične enote na več, po fenomenoloških kriterijih in glede na potek in izid različnih entitet. Ali pa tako, da so se strokovnjakom odkrile v "belem področju" tako imenovanega "duševnega zdravja" nove abnormnosti, ki zaslužijo svoje ime in mogoče svoj tretman. Takšna možnost je. Prebivalstvo Zemlje se hitro množi, teritorij posameznika se oži. Vse več je konfliktnih možnosti in nevsakdanjih reakcij v medčloveških odnosih. Zožil se je zato tudi okvir tako imenovanega normalnega vedenja. Tako ali tako: Diagnostični kriterij v psihiatriji je preveč fluidna in volutaristična postavka, da bi na njej gradili neke norme za dalekosežne odločitve, ki posegajo globoko v probleme človekove eksistence. Pa že tudi, če gre le za psihiatrično

prof.dr. LEV MILČINSKI, dr.med.
Beethovnova 12
61000 Ljubljana

hospitalizacijo človeka.

Baviti se - tako ali drugače - z duševno motenimi osebami je bila pa ena od družbenih nalog že od davna, ne da bi bil pogoj za to kaka prefinjena klasifikacija teh individuov. K ukrepanju je sililo preprosto to: ali človek iz nerazumljivih razlogov *ogroža druge oziroma samega sebe*; ali - sicer fizično zdravi - *nima toliko razsodnosti, da bi znal poskrbeti za lastne elementarne potrebe* in končno, če je šlo za *zgagarje*, ki ljudi brez potrebe vznemirjajo in jim jemljejo dragoceni čas za ustvarjalno delo. Ukrepanje v teh primerih se je postopno izdiferenciralo v dve smeri. Ena je bila tista, ki je dobila v starem angleškem pravu naziv "*parens patriae*" - češ: Kralj (pozneje: "oblast") je oče dežele in kot takšen ima starševsko odgovornost za tiste svoje podložnike, ki zase ne morejo ali ne znajo skrbeti. Druga smer pa je bila v bistvu policijska sila, ki ji je naloga vzdrževanje nadzorstva in reda med državljani. In v tej kompetenci so se znašli tudi ljudje štirih omenjenih grobih vedenjskih kategorij. Ko so z družbenim razvojem, po poti "medikalizacije" (3) družbe ti problematični ljudje vstopili v področje zdravstva, je moral zdravnik-psihiater hočeš nočeš s funkcijo "parens patriae" požreti še ono drugo - policijsko. Postal je takorekoč "dvojni agent"(4), se pravi, da je psihiatru poslej usojeno balansirati med obema nalogama, ne da bi se smel in mogel eni ali drugi odreči. Pri psihiatru morata biti ti dve funkciji fino uravnoteženi. Z *družbeno naravnano*stjo v odnosu do duševno motenih pa ni tako. Niha na eni strani med nekritično dobrohotnostjo in popustljivostjo do njih in na drugi strani agresivnostjo, vse do njihove likvidacije.

Dva primera. Če se pri tem ponavljam, naj bo tudi to: "Da se ne pozabi." Leta 1920, ko se je v 1. svetovni vojni poražena Nemčija poskušala izkoptati iz svoje hude gospodarske krize, je kot pripevek k razmišljanjem o ekonomski rešitvi dežele izšla v Leipzigu knjižica pravnika K. Bindinga in psihiatra A. Hocheja: "Dopustitev uničenja življenja - nevrednega življenja, njegov okvir in oblika." (5) Avtorja najprej utemeljujeta človekovo pravico do samomora, prek tega sklepa pa prideta do teze o upravičenosti evtanazije, najprej tiste na zahtevo človeka, ki želi umreti, nato pa še do utemeljitve pravne opravičljivosti usmrtnitve, kot sta zapisala, "neozdravljivo bebastih". V tem drugem delu knjižice, tistem, ki utemeljuje dopustitev usmrtnitve t.im. "osebkov človeškega videza brez trohice človeškega vedenja in intelekta", najdemo naslednje argumente: "Nimajo volje niti živeti niti umreti. Spričo tega od njih tudi ne moremo pričakovati upoštevanja vredne privolitve v usmrtnitev, ta usmrtnitev pa po drugi plati ne zadeva na življenjsko voljo, ki bi jo bilo treba zlomiti. Njihovo življenje je povsem nesmiselno, a ga sami ne občutijo za neznosno ...

Zaradi tega ne vidimo nobene - niti pravne, niti socialne, niti moralne, niti religiozne ovire, ki ne bi dopustila usmrtitve teh ljudi." Naj samo omenim, da sta slovenska znanstvenika, pravnik Metod Dolenc in psihiater Alfred Šerko že 1921. kritično ocenila in obsodila omenjeno študijo. (6)

Vendar za izvedbo Binding Hochejevega programa razmere tedaj še niso bile zrele. 1939. leta je ideja dozorela do operacionalizacije; nalogo je nacionalno-socialistična stranka Nemčije poverila rajhslajterju Bouhlerju in zdravniku dr. Karlu Brandtu. Značilno je, da sta poleg Delovne skupnosti psihiatričnih zavodov Nemčije bili k nalogi pritegnjeni dve dobrodelni društvi, in so te organizacije poskrbele za registracijo oseb, primernih za usmrtitev, zbrale so potrebna finančna sredstva in organizirale privoz označenih oseb v posebej tehnično pripravljene zavode, kjer se je izvršila poslednja faza "evtanazijskega programa": zaplinjenje in kremacija teh oseb. Ta akcija je veljala 100 000 življenj duševno abnormnih in invalidnih oseb okupirane Evrope in Nemčije same(7). Med njimi tudi 400 pacientov psihiatrične bolnišnice v Novem Celju(8).

"Evtanazijski program" je bil ustavljen na jesen 1941, vendar ne na intervencijo zdravništva, temveč pod pritiskom prebivalstva, bivajočega okoli likvidacijskih ustanov in zaradi protesta evangeličanske Cerkve.

Minila so še štiri leta. Vojne je bilo konec. Dr. Karl Brandt se je moral zagovarjati na nuernberškem procesu. Vprašan je bil: "Ali se čutite sami, ko gledate na celoto, danes kakorkoli obremenjeni zaradi izvajanja evtanazije?" Odgovor je bil: "Ne. Ne čutim se niti malo obremenjen. Mislim in prepričan sem, da lahko vse, kar je v zvezi s tem, zagovarjam pred samim seboj. Vodilo me je docela človeško občutje. Nikdar nisem nameraval kaj drugega in nikdar mislil kaj drugega kakor to, da skrajšamo tem ubogim bitjem njihovo muke polno življenje ...".

Dr. Karl Brandt je bil obsojen na smrt - kot zastopnik in operativni vodja vsega obsežnega anonimnega teama - v njem so bili tudi psihiatri - ki je poskrbel za gladki potek te nepozabne akcije z eufemističnim nazivom "evtanazijski program".

Psihiatrični zavodi so na posameznih etapah izvedbo tega "programa" dokaj olajšali: Delovni team je našel v njih takorekoč na kupu zbran "material", bolnike, namenjene za likvidacije. V nekaterih zavodih Avstrije in Nemčije (Hadamar, Hartheim, Grafenbeck, Brandenburg, Sonnenstein in drugih) so bile potrebne le manjše adaptacije (krematoriji) za terminalno fazo postopka.

Manj dramatična, za psihiatrijo pa vendarle sramotna - od njenega teoretskega vrha do praktične izvedbe - je bila pa "disidentska afera" v Sovjetski zvezi(9).

Po Stalinovi smrti 1953. leta je sovjetska oblast želela prikazati, da so prejšnji vzorci ideološke vzgoje manj učinkovitih sovjetskih državljanov: izgon, zapor, delovno taborišče itd. odpravljeni. Uveljavila se je pa psihiatrična varianta. Nezaželeni osebk, npr. zagovorniki človečanskih pravic, nacionalisti, ki so menili, da so prikrajšani v svojih etničnih pravicah, potencialni emigranti, pripadniki raznih religij, ki so se čutile ovirane pri izražanju svojih prepričanj in opravljanju verskih običajev, pa še ljudje, ki v kakem drugačnem smislu niso bili zadovoljni s funkcioniranjem sovjetske oblasti, so prišli v psihiatrični mlin:

Rečeno je bilo o njih, da trpijo za resnimi duševnimi boleznimi, kot npr. shizofrenijo ali paranoidno osebnostno motnjo. Bili so potem mimo svoje volje hospitalizirani v običajnih ali pa zaporniških psihiatričnih bolnišnicah za nekaj tednov do nekaj let. V bolnišnici so nekateri dobivali pomirjevala in drugačna zdravila, za katere pri njih dejanske medicinske potrebe ni bilo, temveč je to v bistvu pomenilo še eno obliko družbenega nadzora. Ti "pacienti" niso vedeli, koliko časa bodo internirani. Za nekatere se je izvajal pritisk, naj prekličejo svoje prevratniške misli, kar bi pomenilo - ozdravljenje.

Zdravnik in seveda psihiater tudi, je bil pa ujet v režim vseobče prisotnosti političnega nadzorstva v imenu marksistično leninistične ideologije. Ta ideja je bila izražena tudi v zaprisegi sovjetskega zdravnika, kjer je bilo med drugim rečeno: "Da me bodo v vseh mojih dejanjih vodila načela komunistične morale in da bom vselej imel v mislih visoki poklic sovjetskega zdravnika in svojo odgovornost do ljudstva in sovjetske države." Stalin je bil v svojih spisih še določnejši: "Komunist ne more biti zgolj specialist v svoji izbrani stroki, temveč mora biti tudi politični in družbeni delavec, živo zainteresiran za usodo svoje domovine, seznanjen z zakonitostmi socialnega razvoja, sposoben uveljavljati zakone, prizadevajoč si za tem, da bi bil dejanski udeleženelec v političnem vodenju države."

Vzporedno s takšno ideološko obdelavo zdravnikov se je izoblikovala pod vodstvom kasnejšega akademika in direktorja Inštituta za psihiatrijo, profesorja Snežnevskega tudi psihiatrična doktrina. Ustvarjen je bil koncept shizofrenije, ki je pomenil v bistvu razširjanje tega pojma tako, da so celo relativno majhne vedenjske spremembe lahko sodile v okvir tega bolezenskega stanja. Kot bolezenski simptom te zvrsti shizofrenije se je sedaj lahko pojavilo tudi "oporečništvo". Profesor Timofejev je to takole pojasnil:

"Oporečništvo je drugačen način mišljenja, takšen, ki je v nasprotju z mišljenjem drugih ljudi. Izvira pa lahko iz različnih vzrokov, med drugim ga

utegne povzročiti tudi možganska bolezen, pri kateri se bolezenski proces pričenja zelo počasi, kot nekaka prikrita oblika shizofrenije, tako, da druge manifestacije, razen samega oporečništva, ostajajo neopazne ... Diagnostične težave nastopijo, kadar oseba s svojim okoljem formalno korektno komunicira." Na drugi strani se je pa ta genetsko utemeljena oblika shizofrenije ocenjevala kot prognozično brezupna, čeprav niti ne terja jasnih simptomov, oziroma, da "obstoj te bolezni ne predpostavlja osebnostnih sprememb, ki bi bile opazne drugim ljudem ..."

V takšnem ozračju so se ustvarile nekako tri plasti psihiatrov: Na vrhu so bili tisti, vodilni, iz Inštituta in iz Forenzično-psihiatričnega zavoda. Srednja plast so bili tisti, ki so opazili zlorabe okoli političnih "pacientov", so se pa v bojazni za svojo službo izogibali temu, da bi to tematiko načenjali. Spodnjo plast so predstavljali psihiatri- oporečniki, ki so zaradi svojih kritičnih stališč morali prenašati represalije, če se jim ni uspelo umakniti v tujino.

Leta so bila potrebna, da se je ta absurdna struktura sesula in se ji je tudi vrhovna strokovna organizacija zmogla odreči.

Tako se utegnejo razvijati dogodki, če ideološki družbeni vrvež potegne psihiatra z njegovega labilnega in nerodnega položaja "*dvojnega agenta*" v "*policijsko*" brezno. So pa primeri tudi za nasprotni vzorec, ko se spusti zdravnik-psihiater s svoje ozke steze v globino "*nekritične dobrohotosti*" do duševno abnormnih, tja do trditve, da je psihoza sploh nekakšen mit(10). Na takih "antipsihiatričnih" valovih je priplavala tudi ideja o "*dezinstitucionalizaciji*".

Psihiatrična bolnišnica je v zgodovini skrbi za duševno abnormne osebe nedvomno imela svojo pozitivno vlogo, ko je pred 200 leti začel Philippe Pinel duševno bolne reševati iz pariških zaporov in jim urejati bolniški režim. Svojo negativno vlogo odlagališča družbeno nezaželenih, čeprav ne kriminalnih oseb, so ti zavodi začeli razodevati šele proti koncu 19. in na začetku 20. stoletja, vse dokler v 1950-tih letih niso te razmere postale vidne tudi za laične oči. Npr. da je v ZDA skupna kapaciteta takšnih "skladišč", v katerih so ljudje dokončno izgubili svojo identiteto, dosegla kar 600 000 in je samo mesto New York imelo 1955. leta takorekoč depandanso za 32.000 svojih občanov v 3 zavodih 80 km zunaj mesta(11). Nekoliko manj markantne, pa vendarle podobne deformacije so opažali tudi v razvitih evropskih deželah.

Franco Basaglia, oče dezinstitucionalizacije iz kluba evropskih antipsihiatrov, se je lotil takšne situacije v Italiji na revolucionaren način. Papeschi(12) se je 1985. (že po Basaglijevi smrti 1982) kritično ozrl na to iniciativo, češ: "Franco Basaglia je bil mnenja, da so vzroki psihične

motenosti v bistvu socialne narave, pa da sta spričo tega edino ustrezno obravnavanje teh pojavov politični boj in poživitev pacientove agresivnosti. Zaradi tega ne more biti nobena institucija za pacienta terapevtska, kajti smoter takšnih zavodov je le nadzor nad temi osebami in njihovo surovo uničenje." Papeschi ne komentira Basaglijevih reformacijskih podvigov v psihiatričnih bolnišnicah, npr. v Gorici in Trstu, pač pa ima nekaj bridkih besed na to, da je izsilil 1978. leta znani "Zakon 180", ki je zabranjeval specialne psihiatrične bolnišnice in je imel za posledico "mrzlično povpraševanje po privatnih možnostih za hospitalizacijo akutnih, še bolj pa kroničnih psihiatričnih bolnikov. Tako so se oživljale ustanove za dolgotrajno bivanje psihiatričnih bolnikov, zakamuflirane domove za starejše ljudi ali telesno prizadete. Bile pa so to institucije, bolj podobne koncentracijskim taboriščem, kot pa bolnišnicam; vsekakor slabše, kot so bile stare bolnišnice. Zatorej h končni bilanci "Zakona 180" lahko rečemo, da je tako antisocialen, kot konec koncev tudi protimarksističen."

To je pa primer, kako se pod pritiskom neke ideologije - mogoče nacepljene z narcizmom njenega avtorja - poruši v razvoju psihiatričnega skrbstva prava mera in potegne stroko navidezno predaleč v globine "parens patriae" - toda spet v škodo psihiatričnega bolnika. Tako utemeljuje tudi Birnbaum(11): "Ponekod je bilo to gibanje pre nagljeno. Bili so reformatorji, ki so šli le za tem, da likvidirajo državni bolnišnični sistem, navzlic temu, da je bilo število ustreznih lokalnih alternativnih ustanov namenjenih duševnemu zdravstvu povsem nezadovoljivo."

Tudi Japonska ni bila prosta problemov s hospitalizacijo duševno motenih oseb, čeprav je "antipsihiatrični" val ni dosegel in so bili problemi tu dokaj drugačni(13). Skrb za duševno bolne osebe je bila opazna že v 8. stoletju, in je bila to tedaj človečanska naloga templjev in menihov v njih. Tradicija je vzdrževala tudi skrb domačih za bolnega svojca in je ta običaj - čeprav v uradni obliki - obveljal še v današnji praksi. Namreč v tem smislu, da se duševno bolnemu takoj določi varuh izmed bližnjih oseb in ima ta oseba potem možnost in dolžnost ukrepati v interesu bolnika, med drugim tudi posredovati za njegovo hospitalizacijo. Z modernizacijo Japonske, pretežno pod evropskim vplivom, se je karakter skrbi za duševno bolne tu vse bolj začel nagibati od človečanske skrbi zanj k "policijski" orientaciji, se pravi, od zdravljenja in rehabilitacije bolnikov k zavarovanju družbe pred nevarnostmi in nevšečnostmi, ki jih ti bolniki lahko povzročajo. Stanovanjske in socialne razmere so na Japonskem zgodaj zahtevale odstranitev problematičnega bolnika iz domačega okolja. To je pomenilo hospitalizacijo, ki na Japonskem terja

manj birokratskih procedur, kot je to na Zahodu. Zakonodaja in socialno zavarovanje sta pa zagotavljala finančne olajšave pri stroških bolnišničnega zdravljenja, če je šlo za bolnika, ki je okolici nevaren. Tako je prišlo do fenomena, da je bil dotok pacientov pod oznako družbene nevarnosti v psihiatrične bolnišnice večji kot bi bilo nujno in da je trajala hospitalizacija teh bolnikov neprimerno dalj, kot je bilo to v Evropi, kjer je v tem času že bilo čutiti tendenco k dezinstytucionalizaciji in z njo krajšanju bivalne dobe. Nasproti nižanju hospitalnih kapacitet na Zahodu, je na Japonskem potreba po psihiatričnih bolniških posteljah rasla: Ko je bilo v Nemčiji 1983. leta na 1000 prebivalcev 1,6 psihiatričnih postelj, je na Japonskem dosegel ta koeficient že 2,6/1000 (14). Japonska tudi ni imela psihiatričnih posteljnih rezerv, kot sta jih imeli Evropa in ZDA iz časov booma gradnje velikih psihiatričnih zavodov v 19. stoletju. Japonski je tudi primanjkovalo ambulantnih in podobnih zunajstacionarnih ustanov, ki bi prestregle stiske zaradi pomanjkanja psihiatričnih postelj. Za omenjeni porast psihiatričnih kapacitet na Japonskem pa gre zahvala (ali krivda?) privatnim podjetnikom. Začutili so tu možnost velikega zaslužka in vneto ustanavljali male bolnišnice, s kapaciteto navzdol do 100 postelj. Sicer smo na Zahodu vajeni hvaliti takšne majhne psihiatrične stacionarije (če že morajo biti), ker se v takšni mali skupnosti lažje vzdržujejo medosebni kontakti med pacienti in osebjem in ker te majhne ustanove tudi lahko ostajajo znotraj urbanega okolja. V japonskem primeru je pa te prednosti odtehtal nizki strokovni nivo teh ustanov, zlasti spričo pomanjkanja strokovno verziranega kadra. Prijave nerednosti in nasilnih dejanj v teh zavodih so se namnožile tako daleč, da je morala posredovati Svetovna zdravstvena organizacija.

Navzlic ugotovljenim hibam pa je ta Basaglijeva ideja na razvitem Zahodu, kjer je bilo še veliko častitljivih psihiatričnih zavodov arhitekturno in organizacijsko pretežno klasičnega tipa, dobila veliko posnemovalcev in so nekateri iskali oporo tudi pri radikalnih laičnih alternativnih skupinah, ki so se včasih izživljale tudi v dezavuiranju uradne psihiatrije, čeprav si je ta prizadevala slediti, zložno pa smotrno in brez hujšega tveganja novim trendom. Včasih se je ustvarjal vtis nekakega tekmovanja med evropskimi zavodi v naglosti dezinstytucionalizacije, številčno merjene v nižanju posteljnih kapacitet in krajšanju bivalne dobe. Tu se vendar velja zamisliti nad tem, kaj npr. na splošno nizka psihiatrična posteljna kapaciteta lahko pomeni.

Najbrže je ozadje ugotovitve, da je Turčija 1972. leta imela 0,2 postelje na 1000 prebivalcev, 1982. leta pa celo samo 0,15/1000, dokaj drugačno od tistega, ko so bile za Švedsko ustrezne številke: 1972 -

4,4/1000 oz 1982. leta 3,59/1000 (15). Dovoljujem si domnevo, da je bila Švedska tedaj v umerjenem procesu dezinstitutionalizacije, Turčija pa da psihiatričnega skrbstva tudi še 1982. leta ni imela izgrajenega.

Slovensko psihiatrično službo spremljam od konca marca 1941. leta. Od tedaj pa nekje do 1954. leta, se pravi med II. vojno in še po njej, sem videl v tem poslu toliko bede in grdobj, da mi vse, kar nekaj let danes vidim v naši psihiatriji, oziroma širše v skrbi za duševne bolne in prizadete v Sloveniji, zbuja zaupanje, se mi vidi človeka dostojno in menim tudi, da se nam te podobe naše psihiatrije pred nikomer ni treba sramovati. Ustrezne podatke iz Slovenije predstavljam v naslednjem le, da bi ob njih pokazal, kaj nam obseg psihiatričnih posteljnih kapacitet sam sploh lahko pove (16).

Novembra 1993, ko je Slovenija imela uradno 1.956.986 prebivalcev, je bilo na tem ozemlju poleg Psihiatrične klinike še šest stacionarnih psihiatričnih ustanov za odrasle osebe s skupno posteljno kapaciteto 2 302. To bi pomenilo 1,17 psihiatričnih postelj na 1000 prebivalcev.

Lahko bi rekli, da zavod Hrastovec (ki je sicer v celoti zaseden s psihiatričnimi pacienti) ne sodi med zdravstvene zavode, temveč je to socialni zavod. V tem primeru bi morali od skupne vsote postelj, namenjenih v Sloveniji psihiatriji, odšteti 693 postelj tega zavoda ter računati koeficient le iz števila 1 609, kar pomeni koeficient 0,81. Poleg vseh omenjenih 2 302 psihiatričnih postelj bi veljalo računati še z 995 mlajšimi duševno nerazvitimi stacionarno obravnavanimi pacienti (v nekaterih deželah teh oseb v podobne psihiatrične statistike enostavno ne vključujejo), kar zvišuje število stacionarnih psihiatričnih mest na 3279 in koeficient stacionarne zasedenosti v psihiatriji pri nas na 1,67/1000.

Končno je tu še 4156 oseb v 45 domovih za starejše občane, oseb, ki so v glavnem zaradi svoje psihiatrične diagnoze potrebne (azilske) oskrbe. Tudi ta del psihiatrične populacije, ki potrebuje azilsko oskrbo, se marsikje statistično ne zajema, oziroma se računa, da ni več v okviru stacionarne psihiatrične oskrbe. Če prištejemo še te - tudi psihiatrično opredeljene - osebe k skupni vsoti stacioniranih duševno motenih subjektov pri nas, pomeni to 7 453 oseb in koeficient zaradi psihiatrične motenosti stacioniranih 3,79/1000 (17).

Kateri od teh raznih koeficientov je torej pravi? Meni se zdi, da je psihiatrično z diagnozo opredeljene stacionirane bolnike treba zajemati integralno, se pravi: v kakršnemkoli zavodu že prebivajo, živijo zunaj običajnega, pač družinskega okolja.

Vendar nam ti koeficienti števila stacioniranih psihiatričnih bolnikov,

tudi če so dejansko vsi zajeti, premalo povedo. Ob te številke je treba postaviti število in kapaciteto *zunajstacionarnih* ustanov, ki se ukvarjajo z zajemanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo teh bolnikov. Pa če spremljamo longitudinalno gibanje sprejemov in odpustov psihiatričnih bolnikov v stacionarnih ustanovah na eni strani in hkrati gibanje v analognih *zunajstacionarnih ustanovah*, potem šele lahko nekaj rečemo, ali se ti bolniki približujejo spet svojemu naravnemu okolju ali pa se bolj in bolj pogrezajo v tisti (Goffmanov) mračni azilski svet, v ghetto pozabljenih in odpisanih ljudi (18).

Ko se na koncu ozremo še na *“etiko”* samo in če beremo, da je to *“nauk o moralnem”*, da razglablja o tem, *“kaj je s stališča nravnosti dobro in kaj zlo”*, in da *“se ukvarja s problematiko človekove sreče”* (19), potem vemo, da je tu konec znanosti in da smo se znašli v neki drugi sferi, ki je pravzaprav ne nadzirajo možgani, temveč srce. To je v bistvu smisel ideje, ki jo je zapisal filozof Wittgenstein (1889-1951) (20): *“Jasno je, da etike ni mogoče izreči. Etika je transcendentalna.”*

Se pravi: Računa sicer z vso vednostjo in znanjem, ju ne zanika, pač pa presega. Ni to nekaj, do česar se da z napetim razmišljanjem dokopati, temveč je to v bistvu občutje, intuicija, preblisk, ki se utrne v stiski dileme, takrat, ko je človek sam nase navezan. Kako si privzgojiti senzibilnost za to občutje, za pravo mero, je pa drugo vprašanje. Nevarnosti etičnih spodrsrljajev v stroki smo pa - kot nas zgodovina uči - venomer izpostavljeni.

LITERATURA

1. Medunarodna klasifikacija bolesi, povreda i uzroka smrti. IX. revizija (1975). Institut za dokumentacijo zaštite na radu, Niš, II. izd, 1979
2. Mednarodna klasifikacija bolezni (ICD 10). Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, 1994, v tisku
3. Illich, I.: Medical nemesis: the expropriation of health. New York, Pantheon, 1976.
4. Mechanic, D.: The social dimension. V: Psychiatric Ethics (ed. S. Bloch, P. Chodoff). Oxford University Press, Oxford, 1981, 46-60
5. Binding, K., Hoche, A.: Die Freigabe der Vernichtung lebensunverten Lebens, ihr Mass und ihre Form. V.Meiner, Leipzig, 1920, 62 strani
6. Dolenc, M., Šerko, A.: Ali naj se da na prosto, da se sme uničiti

življenje, ki je postalo življenja nevredno. Slovenski pravnik. Ljubljana, 1921, 18-30

7. Mitscherlich, A. - Mielke, F.: Medicina brez človečnosti. (prev. Smerdu F.), Cankarjeva založba, Ljubljana, 1962, 217- 245
8. Bras, S. in drugi: Psihijatrija. DDU Univerzum, Ljubljana, 1978, 35-36
9. Bloch, S.: The political misuse of psychiatry in Soviet Union. V: Psychiatric Ethics, 322-341
- 10 Szasz, T.: The myth of mental illness. American Psychologist 15; 113-18, 1960
11. Birnbaum, M.: The right to treatment: some comments on its development. V: Medical, moral and legal issues in mental health care. (ed. Ayd F.J. Baltimore, Williams and Wilkins, 1974, 97-141
12. Papeschi, R.: The Denial of Institution. A Critical Review of Franco Basaglia's Writings. British Journal of Psychiatry (1985), 146, 247-254
13. Kargl, I.: Ausgestossen - eingeschlossen. Die Hospitalisierung psychisch Kranker in Japan. Beiträge zur Japanologie. Veröffentlichungen des Instituts fuer Japanologie der Universität Wien. Band 23 Hg. Slawik, A., Linhart S., Wien, 1987
14. Langen, C.E.: Werden in Japan Patienten psychiatrischer Kliniken misshandelt? Ein Bericht der Internationalen Juristenkommission: Menschenrechtverletzungen; Gewinnsterben geht vor der Versorgung der Kranken. Frankfurter allgemeine Zeitung, 14.11.1986.
15. Tabela, priložena zapisniku 9. sešanka Republiškega strokovnega kolegija za psihijatrijo z dne 8.10.1988. Univerzitetna psihijatrična klinika Ljubljana
16. Milčinski, L., Stikovič, S.: Današnje stanje skrbi za duševno abnormne in motene osebe v Sloveniji, Statistični vidiki. Psihijatrična klinika v Ljubljani, Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ljubljana, 1994
17. Ta številčni prikaz v toliko ni povsem točen, ker se v nekaterih primerih naslanja na uradno kapaciteto, v drugih pa na obstoječo zasedenost. Razlika zaradi tega le ni pomembna.
18. Goffman, E.: Asylums. Penguin Books. Harmondsworth, 1968. Avtor uvršča tudi psihijatrični zavod (vsaj tisti "klasičnega tipa") med institucije kot so zavodi za stare osebe, vojaški in šolski internati, zapori itd. kot "totalno institucijo", ki s svojo strukturo in dinamiko načinja človekovo identiteto. Vendar avtorji, ki kritično zrejo na preveč radikalne poskuse dezinstitutionalizacije, opozarjajo, da je mnogim bolnikom potrebna neka ustanova, ki ima še karakter azila v

starem pomenu besede, torej zatočišča, v katerem se počuti varnega.

19. Sruk, V.: Filozofsko izrazje in repertorij. Pomurska založba, Maribor 1980., 104
20. Ule, A.: Osnovna filozofska vprašanja sodobne logike. Cankarjeva založba, Ljubljana, 1982, 382