

## BOLEZENSKA PSIHIATRIČNA STANJA, KI NAJPOGOSTEJE ZAHTEVAJO HOSPITALIZACIJO PROTI VOLJI BOLNIKA

**Vukosav Žvan**

V medicini bržkone ni bolj kontroverznega ukrepa oziroma postopka, kot je hospitalizacija brez bolnikovega pristanka. Sam postopek zelo različno doživljamo in tolmačimo in včasih na različne načine odmeva tudi v medijih. Zdravniku, ki je ukrep dolžan izvajati, se lahko zgodi dvoje: da ga kritizirajo, če ga je po tehtnem preudarku realiziral in s tem bržkone preprečil ali zavrl neko hudo dogajanje in razne zaplete, lahko pa zdravnika kritizirajo, če tega ukrepa pri duševno motenem bolniku ni izpeljal in je zaradi tega dejansko prišlo do neke hujše škode. Ukrepe, kjer do bolnikovega pristanka ne pride, nekateri tudi zlorabljujejo za politizacijo in včasih zaženejo vik in krik, češ da je zdravstvo, še bolj pa psihiatrija, nekakšna podaljšana roka družbene represije in da so žrtve te represije družbeno ali politično nezaželeni posamezniki, stroka pa zlorabljena.

Pa vendar je hospitalizacija psihiatričnega bolnika brez njegovega pristanka tudi še danes, in ni razloga, da ne bi bilo tako tudi v prihodnosti, sestavni del zdravstvenega varstva oziroma nujen medicinski ukrep, pri katerem pa mora zdravnik iz človeško razumljivih razlogov premagovati svoje lastne predsodke, odpore in strahove in tudi tiste pri vsaj nekaterih svojih kolegih, pa tudi predsodke ožjega in širšega okolja. Vsaj tisti v zvezi s psihiatrijo so dobro znani. Še najhuje pa je povečini to, da se mora zdravnik pri tem soočiti z bolj ali manj odkritim nasprotovanjem bolnika samega, pogosto tudi za ceno njegovega zaupanja. Takšno odgovornost za svoje dejanje pa bo lahko prevzel samo dober, strokovno podkovan, izkušen in tudi dovolj pogumen zdravnik.

Živimo v času, ko so vprašanja varstva človekovih pravic izredno akutna. Ravno hospitalizacijo brez privolitve bolnika pogosto povezujejo s to problematiko. Pogosti so očitki o zlorabi, čeprav se zdi, da je bistvo večine le teh v globokem nepoznavanju duševne bolezni, duševnega bolnika in njegovih pravih problemov in v nepoznavanju možnosti, ki jih nudi moderna terapija in celostno obravnavanje duševnih bolnikov.

Doc.dr. VUKOSAV ŽVAN, dr.med.  
Klinični center Ljubljana  
Psihiatrična klinika, Center za klinično psihiatrijo  
Študenec 48, 61260 Ljubljana-Polje

Človekove pravice seveda izhajajo iz njegove svobodne volje. Pri duševnem bolniku pa je težko govoriti o svobodni volji, saj je njegova voljna sfera pod usodnim vplivom najrazličnejših psihopatoloških doživetij, tako na področju volje, mišljenja (v obliki blodenj in prevalentnih idej), zaznavanja (iluzije, halucinacije), včasih na področju kvantitativnih in kvalitativnih motenj zavesti, nadalje na področju čustvovanja (spomnimo se samo depresije in manije!) in še na drugih področjih. Spomnimo se našega učitelja Kanonija, ki je slikovito govoril, da nima samo bolnik psihoze, ampak ima tudi psihoza človeka, torej da bolezen usmerja in dirigira tako njegova doživljanja kot tudi njegova dejanja. Pri hudo duševno motenem bolniku torej težko govorimo o "svobodni volji". Slej ko prej pa temu bolniku ostaja njegova osnovna človekova pravica, da mu v času bolezni nujno pomagamo, tudi če se v tem trenutku ne strinja z nobenim zaščitnim ali terapevtskim ukrepom ali se le teh celo fizično brani. V času floridne duševne bolezni lahko torej rečemo, da ne more biti pravno veljavna niti bolnikova privolitve niti njegova zavrnitev določenih ukrepov.

Hospitalizacija brez bolnikovega pristanka je za nepoučene oziroma tiste, ki probleme opazujejo bolj s strani, morda res agresivno dejanje, nikakor pa ne za ljudi, ki z duševnim bolnikom delajo ali z njim celo živijo. Po svoji naravi je ta ukrep humano in plemenito dejanje, saj lahko učinkovito pomaga trpečemu in nebogljenu bolniku in preprečuje celo vrsto zapletov, pogosto tudi bolnikovo smrt.

### **KAKO POGOST JE PROBLEM HOSPITALIZACIJE BREZ BOLNIKOVE PRIVOLITVE**

Ko prebiramo strokovno literaturo, postane hitro jasno, da je na vprašanje, kako pogosta je prisilna hospitalizacija psihiatričnih bolnikov, izredno težko odgovoriti. Razpoložljive podatke različnih bolnišnic, regij in držav je težko, če že ne nemogoče primerjati.

Imamo nekaj podatkov iz Evrope (1, 2). Po oceni stanja iz leta 1978 je bilo v ZR Nemčiji (to je v starih zveznih nemških deželah brez vzhodnega dela) tki. prisilnih stacionarnih sprejemov v zelo širokem razponu med 2,8% sprejemov v Bremnu do 44,8% sprejemov v Berlinu, vse ostale zvezne enote pa so bile razporejene med tema dvema skrajnostima. Vendar so bile velike razlike oziroma široki razponi tudi med bolnišnicami v posameznih regijah. Na podobne razlike naletimo tudi v

nekaterih drugih zahodnih državah. Na Danskem je bilo npr. po oceni za leto 1974 prisilnih stacionarnih sprejemov 5%, v Avstriji pa 59% (v letu 1981). Na Škotskem so opisovali v desetletju do 1974 10,5 do 1,7 % takih sprejemov in v Švici (objavljeno 1982 za neznano obdobje) kar 50 do 93%.

Močno bi pogrešili, če bi omenjene razlike pripisali temu, da je ponekod pač več bolnikov, ki izpolnjujejo zakonski pogoj za prisilno hospitalizacijo, namreč nevarnost zase in za druge osebe. Ne gre torej za različno število "nevarnih" bolnikov, ampak so za razlike pomembni še mnogi drugi dejavniki, ki od bolnikov niso odvisni. Predvsem gre za zelo različne zakonske podlage v posameznih državah ali deželah, ki dovoljujejo prisilne sprejeme, nadalje gre za zelo različne definicije pojma prisilne hospitalizacije, tako da npr. nekatere študije kot tako štejejo le pri bolnikih, ki so poslani v bolnišnico na zahtevo sodišč. Tukaj je tudi sistem privatnih bolnišnic z vsemi njihovimi specifičnostmi, razlike pa so tudi med univerzitetnimi klinikami, ki imajo možnost selekcioniranja bolnikov, in drugimi bolnišnicami, ki morajo sprejemati vse bolnike, za katere je to potrebno, in torej o kaki selekciji ni govora. Nemajhno je tudi število bolnišnic, ki na ankete, iz katerih izhajajo omenjene številke, sploh niso odgovorile in tako naprej.

Pri preučevanju dejavnikov, ki s strani bolnikov pogojujejo prisilno hospitalizacijo, je shizofrenija tista bolezen, za katero se zdi, da najpogosteje zahteva ukrepe brez bolnikovega pristanka. V statistikah se pojavlja tudi vse več osebnostno motenih in tistih z boleznimi odvisnosti, ki jih je potrebno ob akutnih iztirjenjih sprejeti na ta način. Tudi bolnikov s starostnimi obolenji oziroma senilnimi psihozami je vse več in tudi pri njih se pojavlja potreba po prisilni hospitalizaciji.

Zanimivi so tudi nekateri socialni dejavniki, ki so povezani s prisilno hospitalizacijo. Našli so, da je več takih hospitalizacij pri bolnikih iz nižjih socialnoekonomskih plasti, med brezposelnimi in nasploh med socialno dezintegriranimi bolniki. Več je med njimi moških in neporočenih oseb oziroma oseb, ki živijo same. Seveda bi težko rekli, da gre pri tem za določeno diskriminacijo do revnih in osamelih, ampak je to bolje razložiti s tem, da je bila bolezen pri teh bolnikih tako huda, da jih je v socialnem smislu dezintegrirala huje. Le malo je raziskovalcev, ki so našli med hospitaliziranimi brez njihovega privoljenja več žensk in poročenih oseb.

Morda je poučen tudi problem hospitalizacije brez privolitve na ljubljanski psihiatrični kliniki. Podatki so še neobjavljeni (3), zadevajo pa mednarodno raziskavo, v katero se je vključila tudi naša klinika. V kratkem gre za to, da je bilo takih "prisilnih hospitalizacij", če je bil

upoštevan samo kriterij zakona o nepravdnem postopku, ki govori o sprejemu na zaprti oddelek, zelo veliko, čez 90%. Če pa si pobliže ogledamo teh 90% bolnikov, ki so bili torej po kriterijih zakona "prisilno" sprejeti, in jih razvrstimo z ozirom na to, kakšno stališče so imeli ob sprejemu oni sami, je situacija povsem drugačna. Samo 2% sprejemov je bilo takih, kjer so bolniki protestirali fizično, in 6% takih, ki so nestrinjanje s sprejemom izrazili samo verbalno.

Za 20% sprejetih bolnikov iz sprejemnega protokola ni bilo možno retrogradno ugotoviti njihovega stališča glede sprejema, delno zato, ker ga zaradi motenj zavesti (npr. delirantna stanja) niti niso mogli izreči ali pa so bili do same situacije sprejema povsem indiferentni, ker so bili preokupirani s povsem drugačnimi problemi. Končni zaključek opažanj iz naše klinike bi torej bil ta, da velika večina bolnikov vendarle ni bila sprejeta na način, ki bi ga mogli proglasiti kot "prisilnega", čeprav je po črki zakona tako vendarle bilo.

## **PРАВNA REGULACIJA HOSPITALIZACIJE BREZ BOLNIKOVEGA PRISTANKA**

Tako občutljiva problematika, kot je hospitalizacija brez bolnikovega pristanka, njegovo bivanje na zaprtem oddelku bolnišnice in njegovo zdravljenje, morajo biti pravno regulirani z zakoni, ki naj ščitijo tako bolnika kot tudi zdravnika. Seveda pa pravno regulacija lahko predstavlja le razmeroma ozek okvir, v katerem nikakor ni mogoče vedno obravnavati prav vseh kočljivih situacij. Prav tako pa tudi stroka ne more doktrinarno predpisovati nekih pravil ali receptov, ki bi reševali vse. Zato se zdravnik nemalokrat znajde v prostoru, ko mu ne moreta pomagati niti pravo niti stroka, in mora pogumno ravnati v skladu s svojimi izkušnjami, znanjem in vestjo, pogosto tudi brez pomoči kompetentnih kolegov, ki se včasih kar umaknejo in se "raje ne mešajo" v delikatne probleme.

Osnova za pravno regulacijo hospitalizacije brez privolitve je Zakon o nepravdnem postopku iz leta 1986 oziroma njegov del Postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah. Le ta ureja pogoje in sodni postopek, na podlagi katerega je mogoče pridržati posameznika v psihiatrični zdravstveni ustanovi proti njegovi volji. Tovrstno omejevanje človekove prostosti je dopustno le v primeru, ko sodišče ugotovi, da so za tak ukrep izpolnjeni po zakonu določeni pogoji.

Čl. 70 tega zakona pravi naslednje:

"V postopku pridržanja oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah ali drugih organizacijah ali oddelkih organizacij, ki so namenjeni psihiatričnim bolnikom, odloča sodišče o pridržanju osebe v zdravstveni organizaciji v zaprtem oddelku, če je zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja osebe nujno potrebno, da se ji omeji svobodo gibanja ali preprečijo stiki z zunanjim svetom, ker ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali povzroča hudo škodo sebi ali drugim."

Nekoga je torej možno zadržati v zaprtem oddelku samo na podlagi sodne odločbe, izdane v nepravdnem postopku. Zdravstvena organizacija je namreč dolžna, da najkasneje v 48 urah po sprejemu bolnika na zaprti oddelek obvesti o tem sodišče, ki je dolžno takoj izvesti postopek in izdati odločbo o tem, da je pridržanje utemeljeno oziroma dovoljeno. V postopku sodišče ugotavlja s pomočjo izvedenca iz druge psihiatrične ustanove, ali je omejitev prostosti neogibna iz razlogov, ki jih našteva zakon. Ugotavlja torej, ali gre za duševno bolezen ali duševno stanje (npr. zaradi vpliva toksičnih sredstev), ki pomeni resno nevarnost zase ali okolico. Pričakovana ali že povzročena škoda mora biti dejansko velika in je pri tem mišljena premoženjska škoda ali poseg v zdravje oziroma telesno integriteto. V vsakem primeru pa mora biti ugotovljena škoda tako pomembna, da preseže interese varstva človekove prostosti.

Šteje se, da je oseba brez svoje privolitve pridržana v zdravstveni organizaciji, če iz njenega vedenja, strokovnih spoznanj o njenem duševnem stanju in iz drugih okoliščin izhaja, da zmore izraziti svojo voljo in se dejansko ne želi zdraviti ali pa če iz strokovnih spoznanj o duševnem stanju pridržane osebe izhaja, da ne more izraziti svoje volje ali če gre za mladoletnika ali osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost.

Zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992 obravnava to problematiko v svojem 49. členu, kjer najprej ponavlja, da je bolnika, ki zaradi duševne bolezni ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali povzroča veliko škodo, možno napotiti in sprejeti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico tudi brez njegove privolitve. V zadnjem odstavku tega člena pa je navedba, da sme zdravnik, ki takega bolnika napotuje v bolnišnico, zahtevati pomoč pristojnega organa za notranje zadeve, če ugotovi, da je zaradi bolnikovega ravnanja neposredno ogrožena varnost ljudi.

Podobne navedbe srečamo tudi v 1. osnutku Zakona o zdravnikih v 62. do 64. členu ("Nujna obravnava duševnih bolnikov").

Kar nekaj besed je vsekakor potrebno posvetiti še asistenci, ki naj bi jo nudili organi za notranje zadeve v kočljivih situacijah. Zakonodaja se

mi zdi tukaj zelo pomanjkljiva, kar preohlapna formulacija, da zdravnik sme zahtevati pomoč teh organov, pa teh organov prav nič ne zavezuje, da bi res posredovali, če zdravnik tako potrebo ugotovi. Nekako logično je iz te formulacije lahko sklepati, da organi za notranje zadeve posredujejo le takrat, kadar potrebo intervencije ugotovijo sami. To pa, iz prakse sodeč, botruje mnogim nesporazumom in vsi doživljamo, da se policija tem asistencam vse bolj izogiba. Pa vendar je popolnoma jasno, da je samo policija strokovno usposobljena za posredovanje v tistih kočljivih primerih, ko npr. ogroženi duševni bolnik nudi fizični odpor ali je le tega utemeljeno pričakovati ali če je celo oborožen, če je na begu ali če se zabarikadira v stanovanje in še v mnogih drugih situacijah. Iz preteklosti se spominjamo kar nekaj težkih incidentov, katerih žrtve so bili tudi zdravniki.

Iz preteklosti poznamo tudi kar nekaj navodil, ki so jih imeli organi za notranje zadeve predpisanih od resornega ministrstva za zagotavljanje tovrstne asistence. Vsa ta navodila so bila pomanjkljiva in jih je bilo možno razlagati tako ali drugače, predvsem pa se je bilo možno asistenci izogniti. Omenil sem že, da se policija tudi zaradi svojih lastnih problemov vse pogosteje izgovarja, da je hospitalizacija vsakega duševnega bolnika pač stvar zdravstvene službe. Če že posreduje, pa posreduje policija šele v primerih, ko je do incidentov že prišlo. Da bi to stanje presegli, je prišlo pred dobrima dvema letoma do sestanka predstavnikov Ministrstva za notranje zadeve, Ministrstva za zdravstvo, Sekcije splošnih zdravnikov in predstavnikov psihiatrične službe. Sklenjeno je bilo, da je potrebno napisati novo, času primernejše in natančnejše navodilo za asistenco policije pri spremljanju problematičnih duševnih bolnikov. Ta asistenca naj bi bila zagotovljena na pisno (v nuji tudi ustno in kasneje zapisano) zahtevo zdravnika, ki pa naj bi bil ob intervenciji obvezno prisoten. Prevoz naj bi se praviloma izvršil z rešilnim avtomobilom in le izjemoma s policijskim. Vendar pa tega pričakovanega navodila še vedno ni in problem je še vedno prepuščen uvidevnosti ali neuidevnosti, iznajdljivosti in vztrajnosti, pa tudi sreči vseh, ki so v postopek vpleteni. Dejstvo je tudi, da policija v zakonu o svoji dejavnosti nima določila o tej asistenci. Pravijo celo, da bi problem lahko rešila oba resorna ministra, če bi se sestala. Zakaj se še nista, ni znano.

Tudi zdravniki smo včasih sami krivi, da česa ne ukrenemo pravočasno. Dobro se spominjam pred nekaj leti bolnika s paranoidno shizofrenijo, ki se je na kliniki že večkrat zdravil in se mu je doma duševno stanje kmalu po tem, ko je samovoljno prekinil z jemanjem zdravil, naglo in drastično poslabšalo. Blodnjav in halucinatoren - ta

doživetja so ga pogosto obvladala - se je zaprl v svoje stanovanje in ni pustil blizu nikogar, niti najbližjih svojcev ne. Začel je razkopavati zidove, češ da so tamkaj skriti prisluškovalni aparati in zvočniki, in ko je uničil zidove, se je z istim namenom lotil pohišstva, hladilnika in televizorja. Ko je vse demoliral, je v stanovanju povzročil še požar. Svojci so seveda takoj iskali pomoč v zdravstvenem domu, kjer pa je pristojna zdravnica odklonila pomoč z ugotovitvijo, da ona svobode že ne bo jemala nikomur. Ure pa so minevale in škoda je bila vse večja. Prav tako tudi nevarnost, da se z bolnikom zgodi kaj hujšega. Ista zdravnica, ki so jo svojci ponovno konzultirali, jim je le priporočila, da naj se oglasio pri psihiatru, ki je bolnika nazadnje zdravil. Le-ta pa se je izmaknil posredovanju z izgovorom, da je privod duševnega bolnika v bolnišnico v pristojnosti splošne zdravstvene službe. Končno se je - po dveh dnevih čakanja in modrovanja, med tem je nastala tudi velika škoda - našel v zdravstvenem domu zdravnik, ki je poskrbel za to, da so v stanovanje vdrli gasilci in policisti in so nesrečnega bolnika vsega prestrašenega, prestradanega in na koncu še opečenega privedli na kliniko. Naj dodam še to, da se je po ustrezni terapiji izvrstno popravil že v dveh ali treh dnevih in da je v dobri remisiji doma sedaj že nekaj let.

Kako daleč gre lahko pri psihiatričnih bolnikih abstraktno razpravljanje o človekovih pravicah in njegovi svobodi, kar se lahko konča usodno tudi za bolnika samega, lepo ilustrira primer iz Nizozemske. Kolega, ki je tam delal daljši čas, nam je povedal, da je tam zaradi striktnega upoštevanja človekovih pravic možna celo taka absurdna situacija, da je sicer še mogoče močno psihotičnega in tudi suicidalnega bolnika spraviti v bolnišnico, kjer ga je potrebno čuvati, da pa tega istega bolnika ne smejo zdraviti, če se on s tem ne strinja. Ne smejo ga zdraviti, četudi je jasno, da je bolezensko stanje ob ustrezni terapiji možno dobro ali povsem izboljšati in končati pacientovo trpljenje že v najkrajšem času. Lahko si mislimo, kako bolnik v tem stanju trpi, zraven njega pa tudi svojci in nemočni zdravniki in negovalci vse zaradi nekih abstraktnih in kdaj pa kdaj tudi s pametjo skreganih načel. To so tiste situacije, ko se pravni predpisi močno razhajajo z zdravnikovo etiko. S tem v zvezi moram omeniti, da je bil antipsihiatrični pokret, v osnovi sicer pozitivno usmerjen k reševanju slabih razmer v psihiatriji, tisti, ki je odigral pomembno vlogo pri tem, da se je v javnosti zasejalo globoko nezaupanje do medicine in posebno do psihiatrije. To nezaupanje bo potrebno počasi in vztrajno odpravljati. Dovolite mi samo en primer iz domačih logov, kako zasejati tako nezaupanje. Pred nekaj leti je ljubljanski psiholog, sodelavec neke visoke šole, v javnem občilu zapisal dobesedno to, da je vsaka

hospitalizacija v psihiatrično bolnišnico politično dejanje in da je katonija jatrogeno povzročena bolezen. Takšno in podobno nestrokovno in psevdofilozofsko pleteničenje pa žal ni bilo redko niti v preteklosti niti v sedanjosti.

## **MEDICINSKI PSIHIATRIČNI OKVIRI HOSPITALIZACIJE BREZ BOLNIKOVE PRIVOLITVE**

Če se spomnimo formulacije iz Zakona o nepravdnem postopku glede stanj, ki dovoljujejo hospitalizacijo brez bolnikovega pristanka, najdemo več indikacij za tak ukrep med bolniki s psihotičnimi boleznimi, čeprav je tudi res, da moramo o takem sprejemu kdaj pa kdaj razpravljati tudi pri tistih duševnih stanjih, ki v to bolezensko kategorijo ne sodijo. To so predvsem akutna poslabšanja pri nevrozah, osebnostnih motnjah, pri reakcijah na stres, pri prilagoditvenih reakcijah in pri boleznih odvisnosti. Tudi pri teh stanjih seveda prihaja do situacij, ko je ogroženo zdravje in življenje. Kot merilo za prisilni ukrep ni vedno izključno pomembno odgovoriti na vprašanje, ali gre za psihozo ali ne, ampak je potrebna celostna ocena bolnikovega spremenjenega duševnega stanja. Ne smemo pa pozabiti, da ravno pri nepsihotičnih pacientih v hudi psihični krizi pogosto uspemo z vztrajnim prepričevanjem pacienta prepričati, da bo šel prostovoljno v bolnišnico vsaj za krajši čas, dokler kriza ne bo minila. Seveda se je treba pri tem potruditi. Sploh je važno poudariti, da se ob maksimalnem angažiranju zdravnika, bolnikovih svojcev, sodelavcev in prijateljev, po izčrpnem pogovoru z bolnikom, če je mogoč, presentljivo pogosto da izogniti prisili pri sprejemu, celo pri zelo psihotičnih bolnikih. Pomembna sta torej zaupanje, ki ga ima bolnik do zdravnika, in način, kako le ta nastopa v kočljivih trenutkih.

Številna psihotična stanja, pri katerih prihaja v poštev prisilni ukrep, lahko samo naštejemo. Gre za zelo široko področje psihoz, začeniši z organskimi psihozami. Sem spadajo akutne in subakutne organske oziroma simptomatske psihoze (pri katerih je pogosto motena zavest - sem sodijo alkoholne psihoze in psihoze zaradi drog) in kronična organska psihotična stanja, predvsem demence z enostavno psihopatološko sliko spominske opustošenosti in nebogljenosti ali pa s še dodatnimi psihotičnimi primesmi. Sledijo tki. endogene psihoze z najmarkantnejšima predstavnikoma: shizofrenijo in afektivnimi motnjami. Slednje so lahko monopolarne ali bipolarne in lahko tako v depresivni kot



v manični varianti dosežejo stopnjo psihoze, čeprav ne vedno. Med neshizofrenskimi paranoidnimi psihozami omenimo paranojo, parafrenijo in inducirano psihozo ter celo vrsto neorganskih, pretežno reaktivno pogojenih psihoz depresivnega, paranoidnega ali kakega drugega tipa.

Podroben opis vseh naštetih psihoz je odveč. Bolje je, da poiščemo tiste skupne imenovalce, ki so lastni vsem psihozam in ki privedejo do stanja, ko je nekdo "nevaren sebi in okolici".

Na splošno moramo reči, da gre pri vseh psihozah za mnoge karakteristične in nekarakteristične spremembe. Prisotne so spremembe na področju mišljenja, zaznavanja, čustovanja, volje, pri organskih psihozah pa je najti poleg teh znakov tudi tipične organske karakteristike, pri akutni predvsem motnje zavesti in pri kroničnih predvsem motnje spominske funkcije.

Skupni imenovalec vseh psihoz pa je izguba realitetne kontrole oziroma izgubljen občutek za realnost. Bolnik živi v nekem drugem svetu, ki ga označujejo in obvladujejo predvsem blodnje in (ali) halucinacije in močno spremenjena čustvena stanja. Kar pravilo je, da se bolnik ne zaveda bolezenske narave svojega spremenjenega stanja, ki ga doživlja kot nedvoumno realnost. In kar po pravilu je bolnik tudi nedostopen oziroma nekritičen za verbalno korekcijo psihopatoloških doživetij. Zaradi takšne neomajne prepričanosti v psihotični svet tudi odklanja vsakršno zdravljenje. Ker so psihopatološka doživetja njegova realnost, se tudi po njih lahko ravna. V floridnih psihotičnih stanjih tudi zelo trpi in prav neverjetno je, kako včasih prav drvi v nesrečo ali celo v smrt. V tem stanju seveda ni sposoben za odločitev o tem, kaj je zanj dobro in koristno, in mu je zato potrebno pomagati brez njegove privolitve.

Vzrocev psihotičnega vedenja je zelo veliko. Paranoidni bolnik npr. se lahko izogiba ljudem, beži, išče pomoči po raznih forumih na razne načine, se zaklepa ali zabarikadira, ne pusti nobenega k sebi, lahko nastopi tudi resno agresivno proti domnevnih sovražnikom. Psihotiki neredko odklanjajo hrano in telesno hitro propadajo, zapustijo se pri telesni negi in opuščajo zdravljenje telesnih bolezni. Zelo velik problem pri psihotični bolezni je tudi samomorilno vedenje. Znano je, da je smrtnost zaradi samomora med psihotiki mnogo višja kot v splošni populaciji. Ravno suicidalno vedenje je tisto, ki tudi zelo pogosto indicira hospitalizacijo brez privolitve. Posebno nevaren fenomen v tej zvezi je tudi težnja po razširjenem samomoru, ki jo najdemo predvsem pri depresivnih psihozah, pa tudi pri shizofreniji in pri nekaterih drugih psihotičnih in nepsihotičnih stanjih. Bolnik zaradi psihotične logike ali pa tudi zaradi imperativnih slušnih halucinacij seže po življenju enega ali več svojcev ali

bližnjih in nato še po lastnem.

Pri floridnih maničnih stanjih navadno ni nevarnosti za življenje, čeprav se marsikateri bolnik pri svoji neustavljivi pretirani aktivnosti lahko hudo izčrpa. Je pa pri maniji cela vrsta drugih karakteristik, zaradi katerih bolnik lahko močno škoduje tudi svojemu ugledu. Manični bolniki zapravljajo, kupujejo, z lahkoto sklepajo škodljive pogodbe, vseprek sklepajo znanstva, nadlegujejo ljudi, se opijajo, drogirajo, veseljačijo, zapadejo v promiskuiteto in podobno.

Pri kroničnih organskih psihozah, predvsem pri demencah raznih vrst, je ne glede na to, ali so prisotne blodnje, halucinacije in čustvene spremembe, karakteristično še to, da demetni bolnik postaja vse bolj psihično in fizično neobgljen in odvisen od pomoči drugih oseb in nadzora. Ti bolniki se zapustijo v negi, so lahko skrajno zanemarjeni, opustijo zdravljenje telesnih bolezni oziroma ob težavah ne poiščejo zdravnika in zato lahko tudi somatsko dekompenzirajo. Se izgubljajo, izgubljajo denar, lahko povzročijo nesrečo, zastrupitev, požar in podobno. Demenca je prav pogost razlog za nujno intervencijo brez bolnikovega pristanka.

## ZAKLJUČEK

Hospitalizacija v psihiatrično bolnišnico brez bolnikovega pristanka je zelo nepopularen, a občasno še vedno nujen medicinski ukrep in tudi humano dejanje, s katerim duševno motenemu bolniku lahko učinkovito pomagamo in preprečimo tudi najhujše posledice zanj in za njegovo okolico. Ni prav, da se takega ukrepa sramujemo, in prav je, da o tem govorimo brez prikrivanja, nepoučenim pa potrpežljivo razlagamo njegovo bistvo. Tudi današnje zborovanje naj služi temu namenu.

Zaželeno bi bilo na državni ravni boljše sodelovanje vseh prizadetih, tako zdravstvene službe kot zakonodajalca in resornih ministrstev, da bi zakonski okviri in pravilniki, ki naj bi enako ščitili tako bolnika kot tudi zdravnika, vendarle ne bili tako restriktivni, da bi ovirali izpolnitev osnovne človeške pravice vsakega duševnega bolnika, da se pravočasno in na najboljši možni način zdravi.

1. Riecher-Roessler A, Roessler W. Die Zwangsanweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalem Vergleich - Häufigkeiten und Einflussfaktoren. Fortschr Neurol Psychiat 1992; 60:375-82.
2. Riecher-Roessler A, Roessler W. Compulsory admission of psychiatric patients - an international comparison. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:321-6.
3. Rejec V. Vprašalnik mednarodne raziskave o prisilni hospitalizaciji, 1992 (neobjavljeno).
4. Zakon o nepravdnem postopku. Uradni list SR Slovenije; 30, 1986.
5. Vedam, Lukić, Pavčnik. Zakon o nepravdnem postopku s komentarjem.
6. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list R Slovenije; 9, 1992.
7. Zakon o zdravnikih, 1. osnutek. Zdravniška zbornica Slovenije, 1994.