

ZADREGE PSIHOLOGOV OB UPORABI PSIHIATRIČNIH KLASIFIKACIJ:

Komentar ob prispevku E. Benedika

Peter Praper

V prejšnji številki Psiholoških obzorij je izšel prispevek Melite Zagorc in sodelavk o uporabnosti klasifikacije ICD - 10 in v tej številki s podobno temo prispeva svoje misli in izkušnje tudi Emil Benedik. Ustavlja se predvsem ob problemih pri klasificiranju motenj osebnosti, če pojem osebnosti razumemo kot izpeljanega iz psiholoških teorij osebnosti.

Benedik opozarja na pomembne razlike med terminologijo "motnje osebnosti" in "osebnostna motenost". Očitno ne gre toliko za strokovno signifikantne difference kot za razlike v definicijah klasifikacij (DSM - IV ali ICD - 10).

Poleg problema semantične narave (isti izrazi zadobijo različen pomen in različni izrazi označujejo isti pomen) pri rabi klasifikacij Benedik problematizira tudi klasični medicinski model diagnosticiranja na način "je - ni", ki postavlja umetne meje na kontinuumu normalno - patološko. Pridružuje se tistim, ki kritizirajo obstoječe klasifikacije, da so hkrati neselektivne (določene klinične slike ustrezajo več kategorijam) in preveč razdrobljene. Na prvem slovenskem psihiatričnem kongresu smo slišali tudi resno zamero, da so klasifikacije ateoretične. Benedik je rahlo drugačnega mnenja. Meni, da moti ravno to, da so sestavljenci v kategorije vsaj pri klasifikaciji DSM - IV (od DSM - III dalje) skušali stlačiti najrazličnejše motnje, ki izhajajo iz različnih teoretičnih modelov. To, da DSM - IV ne more biti ateoretična, ampak, da z mešanjem postaja nek konglomerat ali "zbirateljski album" kot pravi avtor, predstavlja pravi problem uporabnosti

klasifikacij. Ali je potemtakem objektivni in veljaven klasifikacijski sistem sploh možen?

Emil Benedik se ustavlja tudi ob razlikah v klasifikacijah DSM - IV in ICD - 10, ki še bolj zameglijo jasnost diagnostičnih kategorij, saj se neizbežno ustavljamo tudi ob različnih etiologijah motenj.

Katera rešitev, katera klasifikacija je torej boljša? Ali je tipološki pristop sploh pravi način za zajemanje te problematike?

Takšna vprašanja si zastavljajo tudi psihiatri sami, saj tudi oni ne izhajajo več izključno iz medicinsko fiziološke paradigme. Celotni medicinci, ki delujejo na področjih somatske medicine, uvajajo biopsihosocialni model razumevanja odnosa med zdravjem in boleznijo. Psihiatri so že pred časom, da bi bolje razumeli psihopatologijo, pričeli uvajati mnoge druge paradigme. Zato jih ideja klasificiranja po kliničnih slikah na nek način postavlja nazaj, tja v čase Kraepelina.

Čemu torej potrebujemo klasificiranje? Rekel bi, da v prvi vrsti ne iz strokovnih, ampak praktičnih zdravstveno političnih razlogov. Na eni strani se po teh klasifikacijah uravnava plačevanje zdravstvenih storitev, na drugi pa klasifikacije omogočajo epidemiološki statistični pregled, ki je pomemben za načrtovanje zdravstvene dejavnosti.

Psiholog, predvsem klinični psiholog, se ne more izogniti klasifikacijam, ki so v rabi v instituciji ali zdravstvenem sistemu, v katerem deluje. Problem pa nastane, ko se mu tudi tukaj (kot na toliko drugih področjih) zamegli strokovna identiteta. Tako se zliva v nek drug poklic, čeprav je njegov sistem diagnosticiranja (bolje je reči psihološke evaluacije) drugačen. Res je, poznati mora klasifikacije, da lahko komunicira v timu, toda sam lahko razume neko osebnost le skozi specifično psihološki sistem ocenjevanja psihičnih funkcij (ali disfunkcij) in nikakor skozi diagnosticiranje kliničnih slik ali celo obolenj. Psihološko ocenjevanje je torej nekaj drugega kot psihiatrična diagnostika. Tudi, ko uporabljamo izraz psihodiagnostika, to ni ocenjevanje po tipologiji kliničnih slik, ampak gre za interpretativno, dinamično in razvojno oceno - ne le motenosti, ampak tudi funkcionalnosti, zmožnost restitucije neke osebnosti. Takšna ocena se le delno pokriva, predvsem pa se dopolnjuje s psihiatrično ali medicinsko nasploh. Dopolnjuje pa se ravno skozi različnost stroke in pristopa k predmetom ocenjevanja.

Naj zaključim! Za psihologa torej ne obstaja dilema ali DSM - IV ali ICD - 10 ali katerakoli druga medicinska klasifikacija. On s svojim specifičnim (kliničnim) psihološkim ocenjevanjem le pripomore, da se timska ocena posluži tudi najbolj primerne kategorije v uporabljeni klasifikaciji, ker ima to nekatere morda manj strokovne, toda tembolj praktične konsekvence.

Žarko Trušnovc

(Opomba: Razširjen prispevek je bil objavljen v knjigi: Zalokar Divjak Z. Vzgoja je ... ni znanost. Ljubljana: Educy, 1996, 151 - 159.)

Kljub številnim prizadevanjem na področju preventive kažejo epidemiološke študije naraščanje bolezni odvisnosti. Za takšno stanje obstajajo različni vzroki, nekatere navajamo v pričujočem prispevku.

1. METODOLOGIJA V KURATIVI IN PREVENTIVI

Pri zdravljenju se mora odvisnik (npr. alkoholik) naučiti (opraviti izpit t), kaj je alkohol, kakšne posledice povzroča zdravju, družini, delovni sredini, katere obrambne mehanizme je uporabljal kot alkoholik, ipd. Podobno je tudi pri zdravljenju odvisnikov od nikotina in ilegalnih drog. Ta del metodologije je podoben v sistemih zdravljenja, ki se sicer zelo razlikujejo po uporabi ostalih možnosti za delo z odvisniki (različne oblike skupinskega dela, biblioterapija, šport ...). Kakšni so rezultati takšne metodologije? Pet, dvajset, osemdeset odstotni? Popolne uspešnosti ni, ker je odvisnost zapleten in večplasten pojav, zato je zanj težko najti ustrezno metodologijo dela.

Kaj pa se dela z mladimi v šoli na preventivnem področju? Pri pouku slišijo nekaj o škodljivosti drog, zanje so organizirana predavanja in delavnice, na šolo prihajajo "preventivni" filmi, brošure in zgibanke, s katerimi se otroke informira in poučuje o drogah in njihovi nevarnosti. Pri tem je pomembno poudariti, da šolskim otrokom o alkoholizmu res ni treba vedeti toliko kot bivšim alkoholikom v nekem programu zdravljenja, o nevarnostih kajenja pa morajo šolski otroci (v veliki večini nekadilci!) slišati in tudi znati več kot