

VLOGA DRUŽINE V PROCESU REHABILITACIJE PSIHIATRIČNEGA BOLNIKA

Ivica Balkovec

UDK/UDC 616.89:615.8:362.17

THE ROLE OF THE FAMILY IN THE PROCESS OF REHABILITATION OF PSYCHIATRIC PATIENTS

DESKRIPTORJI: duševne motnje-rehabilitacija; družina

DESCRIPTORS: mental disorders-rehabilitation; family

IZVLEČEK – *Ustrezna in celovita rehabilitacija psihiatričnega bolnika je možna le ob dobrem tinskem delu in sodelovanju bolnikovih svojcev, saj je patologija duševnih bolezni v veliki meri odraz motenih odnosov v družini. Avtorica opisuje svoje izkušnje na tem področju pri delu na Nočnem oddelku Centra za mentalno zdravje v Ljubljani.*

ABSTRACT – *A proper and comprehensive rehabilitation of psychiatric patients is possible only in the frames of coordinated team work and cooperation of patient's relatives, as the pathology of mental illness is to a great extent as reflection of disturbed family relations. The author describes her experience in this area on the Night-Care Unit of Mental Health Centre in Ljubljana.*

Nihče ne more živeti sam, čeprav veliko ljudi živi osamljeno. Življenje je izkušnja, ki je skupna.

Družina je stoletja menjala svojo obliko in prilagajala svojo funkcijo zakonom evolucije. Biološko gledano je družina mesto za nadaljevanje vrste. Vendar pa ima družina tudi svoj psihološki, socialni in ekonomski pomen.

Družina naj bi izpolnjevala biološko funkcijo, oblikovala odnos starši–otroci–okolje, omogočala varnost in eksistenco, stabilnost in notranjo povezanost, ustrezno razumevanje vrednosti in vrednot, realne cilje, vzdušje, v katerem bi se posameznik lahko osamosvojil, se učil prilagajati spremembam in reševati konflikte.

Kadar družina omenjenih nalog ne izpolnjuje, prihaja do različnih psihičnih motenj pri otroku.

Raziskave strokovnjakov o osebnosti roditeljev shizofrenih bolnikov lahko strnemo v naslednje ugotovitve: matere shizofrenih bolnikov so emocionalno hladne, pretirano zaščitniške s simbiotično vezjo, dominantne, agresivne s strogim režimom ali pa povsem medle. Takšna mati ni sposobna dati otroku topline in občutja emocionalne bližine. Otrok se v labirintu materinih nasprotujočih si lastnosti ne znajde. Očetje shizofrenih bolnikov so v večini primerov medle osebnosti, po drugi strani pa so pogosto sadistični, avtistični, agresivni in dominantni, grobi do otrok in žene. Ob tem je oče nosilec psihopatoloških učinkov v družini, z vso dinamiko vred, ki se ob tem razvije.

Taki starši otroku ne morejo omogočiti jasnega uvida v vedenje, medsebojne odnose in življenjske norme. Otroci ne zmorejo razviti lastne identitete in s tem samostojnosti. Razvoj psihopatoloških odnosov v družini počasi pripelje do stop-

nje, ko družina ni več sposobna opravljati osnovnih družinskih nalog in pokažejo se motnje v samem funkcioniranju družine.

Milosavljević (3) piše, da ima 50–60% bolnikov z duševnimi motnjami vsaj enega roditelja, ki je emocionalno nezrel, latentno ali rezidualno psihotičen.

Rehabilitacija

Rehabilitacija je dinamičen in k cilju usmerjen proces. V procesu rehabilitacije moramo upoštevati bolnika, družino, iz katere bolnik prihaja, delovno okolje, širše socialno okolje.

Brajša (1) piše, da »bolnika ne smemo rehabilitirati za nekakšno umetno azilsko okolje bolnišničnega tipa«.

V literaturi srečujemo številne definicije za rehabilitacijo psihiatričnega bolnika. Osnovna naloga rehabilitacije psihiatričnega bolnika pa je ta, da bolniku pomagamo (ponovno) pridobiti socialno vlogo in možnost ustreznega delovanja tako v družini kot tudi na delovnem mestu in širšem socialnem okolju. Torej moramo v procesu terapevtske obravnave upoštevati vse omenjene dejavnike. Družina kot izvir zdravja oziroma bolezni pa ima v tem procesu pomembno vlogo. Samo vključevanje družine oziroma članov družine v terapevtsko obravnavo daje realno upanje na uspeh.

Delo z družinami psihiatričnih bolnikov

Olsen pravi, da »vsaka intervencija, ki se osredišča na družino kot posameznika, zasluži naziv družinska terapija«.

Na Nočnem oddelku Centra za mentalno zdravje pri Univerzitetni psihiatrični kliniki in Ljubljani – to je oddelek za socialno in delovno rehabilitacijo psihotičnih bolnikov, je delo z družino že dolgoletna praksa. V zadnjem času smo način dela nekoliko spremenili, tako da smo veliko pozornosti posvetili tudi individualni pripravi svojcev za vključitev v skupino. Še pred vključitvijo morajo premagati svoje globoko zakoreninjene strahove pred pogovorom o svojem problemu (za problem imajo ponavadi le bolnika), razen v družinskem krogu, z zdravnikom in morda s tistimi maloštevilnimi ljudmi, ki so jim uspeli vsiliti svoje togo izdelane poglede na problem. Začutiti morajo vsaj možnost, da bodo razumljeni in sprejeti in da jim bodo ljudje, ki živijo s podobnimi bolniki, govorili o svojih izkušnjah, razočaranjih in uspehih. Seveda pa se pozneje v skupinski terapiji ne želimo osrediščiti le na bolnika, ampak tudi na družino kot celoto in na njene odnose z okoljem. Svojce vključujemo v skupinsko terapevtsko obravnavo po predhodni individualni pripravi. Skupina se sestaja enkrat na teden po eno uro in traja 3–4 mesece. Naše izkušnje kažejo, da svojci prihajajo redno, da je odsotnost zelo majhna; prej, ko individualna priprava ni bila tako intenzivna in ko nismo omejili časa trajanja celotne terapije, je bilo ravno obratno. Terapevtsko skupino vodita andragoginja in višja medicinska sestra pod supervizijo zdravnika oziroma psihologa.

Pri psihiatričnih bolnikih opazamo motnje na področju volje in dejavnosti, zaradi katerih se močno zmanjšajo sekundarne potrebe, kot so družabnost, občutje socialne pripadnosti, osebni ugled, red, urejenost, aktivnost itn. in pogosto tudi primarne potrebe, kot so lakota, žeja, spanje, varnost, radovednost, gibanje,

izogibanje bolečinam. Hkrati se kažejo tudi motnje na področju odnosov in komunikacij. Družina si motnje bolnega člana največkrat razlaga povsem zmotno. Težave bolnikov dobijo v očeh svojcev nova imena – lenoba, simuliranje, nagajanje itn.

Pri tem uporabljamo naslednje metode dela.: učenje, spodbujanje, svetovanje, spoznavanje medsebojnih odnosov, osvetljevanje komunikacij, soočanje . . .

Vsaka družinska terapija je obrnjena k spremembam v družinskem sistemu in teži k izboljšanju družinske komunikacije in družinskih odnosov.

Družine duševnih bolnikov so rigidne, kar onemogoča spremembe, hkrati pa razvijajo obrambne mehanizme, zato moramo s terapevtskimi posegi v družino začeti zelo previdno.

Vzpostavljanje ugodnih emocionalnih odnosov s člani skuine povečuje dinamiko v skupini in sproža interakcije, to pa omogoča pogovore tudi o tako občutljivih temah, kot so na primer čustva (ljubezen, jok, smeh, sovraštvo). Izkaže se, da marsikdo o čustvih sploh prvič govori ali celo razmišlja.

Svojci v začetku terapevtske obravnave v središče pozornosti postavljajo bolnika in bolezen, zato delujemo predvsem edukativno in dinamsko. Razrešujemo odnos do duševne bolezni in duševnih bolnikov, odnos in sprejemanje duševnega bolnika s strani okolice. Prek odnosa med člani družine in bolnikom se dotaknemo spremenjenih odnosov znotraj družine. Teh spremenjenih odnosov se družina, zaprta navzven s svojimi pravili in vrednotami, niti ne zaveda. Tu terapevti veliko pozornost posvetimo komunikaciji. Komunikacija ima namreč neposreden vpliv na medsebojne odnose.

In ker je življenje splet komunikacij, so motnje na tem področju najbolj otipljive. Pri tem se usmerjamo na vsakodnevne medsebojne stike v družini, opravila v družini, izražanje veselja, pozornosti, hvaležnosti, izmenjave informacij itn.

Čprav gre pri tem za kar najobičajnejša sporočila, se prav pri omenjenih temah pokažejo vse težave družine. Na primer: ko se pogovarjamo o pozornostih, pohvalah, darilih, marsikdo pravi »saj tega tudi meni nihče ne nudi«; to lahko interpretiramo takole: česar nismo dobili, ne moremo dati.

Težave v komunikaciji in odnosih v družini se zelo izrazito pokažejo, ko se pogovarjamo o delu in zaposlitvi bolnega člana. Starši so ponavadi storilnostjo usmerjeni. Vidijo le zaposlitev in delo, le redko pa ob tem razmišljajo ali se poglobijo v stiske in strahove odraslega otroka, ki mu do tega trenutka niso pustili odrasti. Z drugo skrajnostjo se srečujemo, ko starša odraslega bolnega otroka potrebujeta in se s terapevti bojujeta proti delovni rehabilitaciji, ker bi s tem izgubila »objekt«, zaradi katerega in prek katerega še sploh komunicirata.

V praksi našega dela se je pokazalo, da s terapevtsko obravnavo postane družinska klima manj toga, bolj strpna, izboljšajo se medsebojni odnosi in običajno se poveča kontakt z zunanjim svetom. Izmenjava sporočil v skupini vpliva na spreminjanje stališč in vzpodbuja nova razmišljanja.

Sklep

Psihiatrični terapevtski tim je heterogen, tako glede sodelovanja zdravstvenih in nezdravstvenih profilov, kot glede stopnje izobrazbe. Lovšinova (2) piše: »Niti

eden od posameznih terapevtov ni sam po sebi zadosten, niti eden ne izključuje drugega. Vsak od njih je v posameznih fazah rehabilitacijskega programa dominantnejši, se pravi tudi pomembnejši.« To pa pomeni, da je terapevtsko delo z družino v procesu rehabilitacije še zlasti povezano z notranjo homogenostjo terapevtskega tima.

Samo tako delo omogoča celovito obravnavo bolnikovih potreb. Celovita obravnava bolnikovih potreb naj bi prišla do izraza v procesu zdravstvene nege, kjer so timsko delo, sistematične razprave, sodelovanje bolnika in njegove družine pri zdravstveni negi ključnega pomena.

Iz lastnih izkušenj lahko trdim, da je proces zdravstvene nege pri psihiatričnem bolniku v vseh fazah – ugotavljanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje – lahko uspešen samo ob dobrem timskem delu, se pravi ob popolnem medsebojnem razumevanju in spoštovanju znanja vsakega posameznika oziroma posameznikovega delovnega področja.

Literatura

1. Brajša P. Banjski dvori: neobičan razvoj jedne obične psihijatrije. Varaždin: »Varaždin«, 1986.
2. Lovšin B. Struktura invalidnosti duševno motenih in rehabilitacija v psihiatriji. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1979.
3. Milosavljević P. Porodična terapija psihoza. Beograd, Zagreb: Medicinska knjiga, 1983.

EVROPSKA LISTINA PROTI TOBAKU

- Svež zrak, neonesnažen s tobačnim dimom, je bistvena sestavina *pravice* do zdavega in neonesnaženega okolja.
- Vsak državljan ima *pravico* do obveščenosti o izjemnih nevarnostih kajenja.
- Vsi državljanji imajo *pravico* do nezadimljenega zraka v javnih prostorih in prevoznih sredstvih.
- Vsak otrok in adolescent ima *pravico* do zaščite pred reklamami za tobak in do vse potrebne vzgojne in druge podpore, ki naj ga odvrne od uživanja tobaka v kakršnikoli obliki.
- Vsak delavec ima na delovnem mestu *pravico* do čistega, s tobačnim dimom neonesnaženega zraka.
- Vsak kadilec ima *pravico* do spodbude in pomoči pri premagovanju svoje razvade.