

Regres v hospitalni socioterapiji*

UDK 616.89-083

POVZETEK. *Regresivni obrambni procesi hospitaliziranih psihiatričnih bolnikov ne izvirajo samo iz narave bolezenskega procesa, temveč predvsem iz socialnega razmerja bolnik — okolje. Opisana je razvoj regresa, ki moramo biti nanj pozorni že ob sprejemu bolnika na oddelek in soočanju bolnika z novo življenjsko situacijo. Sprejem bolnika v bolnišnico je umesten šele tedaj, ko so izčrpane že vse možnosti nehospitalne pomoči. Ustrezne oblike socioterapevtskega dela preprečujejo regres v smislu sekundarnih sprememb bolnikove osebnosti, ki mu trajno okvarijo razumske, čustvene in socialne aktivnosti.*

REGRESSION IN THE HOSPITAL SOCIAL THERAPY. *Regressive defensive processes of the hospitalized psychiatric patients do not originate merely from the nature of the pathological process but, first and foremost are triggered off by the patient/environment relationship. The author presents the development of regression which should attract our attention already when admitting the patient to the hospital and confronting him with the new life situations encountered there. Hospitalization is recommended and justified only when all the possible ways of outpatient treatment have been exhausted. Adequate forms of social therapy prevent the development of regression which brings about secondary changes of the patient's personality, leading to permanent impairment of his mental, emotional and social activities.*

Obravnavana pojma bi operativno opredelili v miselni zvezi hospitalnih okoliščin — takole:

1. **Socioterapija** je znanstvena metoda rehabilitacije, s katero poskušamo vzporedno z medicinskim zdravljenjem usposobiti duševno obolele osebe za ponovno vključitev v vse življenjske mehanizme družbene skupnosti, ob sočasni pripravi okolja, da sprejme bolnega člana in mu pomaga v njegovi resocializaciji. Prvo ali izhodiščno okolje je bolniku v našem primeru hospitalna ustanova.

* Seminarska naloga na podiplomskem tečaju iz psihoterapije dne 5. 1. 1978.

2. **Regres** je obramba ali obrambno vodenje, izhajajoče iz interakcije ogroženega bolnika Ega in (zanj) ogrožujočega okolja. Naša naloga je, da prepoznamo in priznamo hospitalno okolje kot ogrožujoče in ne samo kot varno zatočišče.

SOCIOTERAPIJA

Razvoj socioterapije nam je s svojim spoznavanjem psihodinamike človekovega vodenja v skupini prinesel socioterapevtsko metodo v trenutku, ko so se sociološke teorije osebnosti evalvirale (razvijale) v tolikšni meri, da so omogočile sintezo terapevtskih tehnik v smeri organiziranega, obsežnega reparativnega procesa ego funkcij z vplivi iz bolnikovega okolja. Proces je usmerjen v tista področja ego, katera je patološki proces pustil razmeroma ohranjena.

REGRES

Ego regres samo delno razrešuje konflikt. Znano je, da lahko nevrotik z burnim transferom doživi transferno psihozo prek regresa zgodnje objektne vezi. Vendar pa je ta regres začasen po zaslugi dovolj razvitega ego. Globoka in razsežna regresija v psihozi otežuje terapijo in smiselno reagiranje na hospitalno okolje še zlasti, ker je psihotikov opazujoči ego slab. Situacijo še bolj komplicira zahtevnejše, socioterapevtsko organizirano okolje. Prav v njem pa lahko po drugi strani regres ublažimo, saj multipli transferji, prisotnost realitete in življenje v skupini regres blažijo in razvijajo progresivni transfer.

Na razvoj regresa moramo biti pozorni že ob vstopu bolnika v ustanovo (oddelek) in soočanju bolnika z novo življenjsko situacijo, novim okoljem in zahtevami. V tem trenutku ima bolnik določene modele obnašanja, mišljenja in občutkov; ti modeli v novem okolju v pomembni meri izgubijo svoj smisel. Bolnik stoji na razpotju, odkoder vodi pot bodisi v hospitalizem ali institucionalno nevrozo kot končni stanji regresivnega procesa, bodisi v avtonomijo in resocializacijo.

Za tipičnega bolnika bomo poskušali osvetliti odmiranje osebnosti.

Obredje se prične z izolacijo. Po vstopu v bolnišnico pride do prekinitev dinamike sprejemanja in dopolnjevanja različnih socialnih vlog. Njegova edina vloga je vloga psihiatričnega bolnika. Naslednja faza mortifikacije je ceremonija sprejema. Bolnik je popisan, slečen, okopan, spoznati mora hišni red ter se siv in brezimen priključiti sobolnikom. Z izgubo zunanjih obeležij identitete in ogrožanjem fizične integritete prek raznih agresivnih terapevtskih in diagnostičnih posegov, bolnik izgublja osebno identiteto in pravimo, da pride do degradacije lastne slike, predstave o sebi. Fizična kontaminacija pa je poseganje v intimo pacienta, ki je bila v prejšnjem življenju nedostopna. Npr. obred menjave perila in kopanja — po vsiljenih pravilih, vsem na obeh, za vse enako. Moralna kontaminacija je praktična nezmožnost uresničevanja intimnejših, sentimentalnih zvez med bolniki in bolnicami, saj v nobeni fazi vzajemnih odnosov ne morejo izključiti tretje osebe.

D. V. Martin in še nekateri avtorji menijo, da se sindrom institucionalizacije oziroma hospitalizma razvija pri bolnikih vseh diagnostičnih skupin. Prisoten naj bi bil že pred sprejemom v bolnišnico, saj vsakršen psihopatološki proces prinaša drugačne odnose z okoljem, neugoden feed-back (povratne zveze) in pušča

adaptacijski defekt — vezi med bolnikom in okoljem se trgajo. Nižje ravni socialnih odnosov pa zopet vodijo v regres k infantilnim, manj prilagojenim oblikam obnašanjem iz otroštva, ki naj bi prinesle občutek varnosti in brezbričnosti.

Prihod v bolnišnico regres še poglobi, ker sedaj ni več odgovoren nekdanji okolici za svoje obnašanje, odgovornost za bolezen preide na institucijo. S tem pa ustanova zmanjšuje bolnikove potrebe, da sam razrešuje svoje probleme in povečuje odvisnost od drugih, od ustanove. Večina socioterapevtskih programov greši prav v tej smeri, ko teži k redu in zadovoljevanju potreb, ne zahteva pa od bolnika reševanja njegovih dejanskih problemov.

Sedaj lahko razumemo, zakaj se pri določenem številu bolnikov pojavlja hospitalizem že po razmeroma kratki hospitalizaciji.

Skupina avtorjev z Lewisom in Simonom na čelu podobno razlaga odpor proti odpustu iz hospitala tudi v primeru, da je socioterapija dobro speljana v smeri aktiviranja in avtonomizacije bolnikov.

Odpor naj bi tu sploh ne bil pogojen z bivanjem v bolnišnici, temveč je le edinstvena manifestacija splošnega problema odvisnosti, ki je vtkan v bolnikov življenjski stil, pogojen pa z njegovo premorbidno osebnostno strukturo. Posebej se po teh avtorjih nagibata k pretirani odvisnosti dva tipa osebnosti:

Labilna osebnost, emocionalno nestabilna, impulzivna, masohistična in neodgovorna.

Rosenberg pravi, da gre za dependenčno osebnost, ki kaže vedenjski sindrom kroničnega bolnika že pred hospitalizacijo, oziroma neodvisno od nje. Te osebe imajo poudarjen občutek podrejenosti, ambivalentni odnos do avtoritete, nezadostno izdiferenciran občutek svojega ego in močno potrebo po zunanji opori. Že šibkejši in kratkotrajni institucionalni pritisk pri teh osebah izzove pripravljenost sprejeti vlogo bolnika, ki jo pa dožive kot končno pridobljeno identiteto in se je nerade odrečejo.

Prepoznavanje takšne osebnosti je bistveno važno v trenutku postavljanja indikacij za hospitalizacijo.

Dober in aktivirajoči socioterapevtski program naj nas ne odvrne od kritičnejšega izbora bolnikov za hospitalizacijo.

Literatura

- Kecmanović Dušan: Socialna psihiatrija sa psihiatrijskom sociologijom, Sarajevo 1975
- Bregant Leopold: Psihoterapija 4, Ljubljana 1976
- Požarnik Hubert: Nekateri psihodinamske raziskave shizofrenije, Ljubljana 1976
- Blažević Duška, Cividini — Stranić Eugenija, Klain Edvard, Nikolić Staniša, Bučan Neda: Dinamska psihologija i psihoterapija, Zagreb 1975
- Anali Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd 1973
- Zbornik V. kongresa nevrologov in psihiatrov Jugoslavije, Portorož 1. do 4. oktober 1976, št. 2, Ljubljana 1976

NOVA NOMENKLATURA ZDRAVSTVENIH STORITEV

V teku je delo za novo nomenklaturu zdravstvenih storitev, ker je treba izboljšati dosedanja merila v zdravstvenem varstvu. Nomenklatura lahko pri tem pomembno vpliva na delo.

»Zdrav. vartvo« št. 4/79