

DUŠEVNA BOLEZEN IN DELO

Vukosav Žvan

UDK/UDC 616.89-036.865-057

MENTAL ILLNESS AND WORK

DESKRIPTORJI: *duševne motnje; zaposlitev*

DESCRIPTORS: *mental disorders; employment*

IZVLEČEK – Delo v katerikoli obliki je pomemben dejavnik, ki preprečuje dokončno družbeno izločenje duševnega bolnika. Opisane so predbolezenske, bolezenske (primarne) in sekundarne ovire za vključevanje v delovni proces ter naše današnje možnosti na tem področju.

ABSTRACT – Labour in any form is an important factor preventing eventual social segregation of the mental patient. The premorbid, morbid (primary) and secondary obstacles for inclusion into work process, and our modern preventive possibilities in this field are described.

Delo človeku prav gotovo ne pomeni le sredstva za pridobivanje dohodka, s katerim bo vzdrževal sebe in družino v neodvisnosti, ampak še precej več. Delo spolnjuje pomemben del življenjskega časa in omogoča sproščanje telesne in duševne energije ter ustvarjanja in zadovoljevanja specifičnih človekovih potreb. Ker v današnjem zaposlitvenem sistemu večina zaposlitev poteka v družbenem okviru, sta pomembna dejavnika dela tudi socialni kontakt in sociabilnost. Delo daje človeku družbeni položaj in v širšem smislu tudi dostojanstvo ter zavest, da drugi te attribute spoštujejo. Če pa naj človek delo resnično doživlja kot važen pozitiven dejavnik osebnostnega razvoja, morajo biti delovni status, dohodki in delovni pogoji ustrezni, imeti mora možnost odločanja, napredovanja in razvijanja svojih posebnih lastnosti. Vedeti mora tudi, kako je njegovo delo povezano z opravili sodelavcev, da bo prišlo do zaželenega končnega učinka.

Vsekakor je postalo delo v družbi in za družbo pomembna biološka, psihološka in socialna dimenzija zdrave osebnosti; izguba delovne sposobnosti pri bolniku torej puča biološke, psihološke in socialne posledice.

Ta strnjena opažanja kajpak veljajo tudi za duševnega bolnika, pri katerem izguba delovne sposobnosti lahko usodno vpliva na potek same bolezni in preprečuje zadovoljevanje bolnikovih psiholoških in socialnih potreb. To se sicer dogaja pri vseh kroničnih duševnih boleznih, vendar se najusodnejše zrcali pri shizofreniji, za katero je značilno hitro trganje vezi med bolnikom in njegovo okolico; tu invalidnost nastopi že zelo zgodaj, v letih, ki veljajo za najproduktivnejša v človekovem življenju, ponavadi že v prvi tretjini delovne dobe. Delovna rehabilitacija je pri duševnih bolnikih eden od najpomembnejših ciljev resocializacije. Naša slovenska študija iz l. 1978 je pokazala, kako pogubne so posledice prezgodnjega upokojevanja pri psihotičnih bolnikih. Zanje je že kar po pravilu prav kmalu »rezervirana« I. kategorija invalidnosti. Popolna nesposobnost za delo pa pri njih pomeni pomemben korak k družbeni sekvestraciji in pogosto životarjenje v osamelosti in tudi v materialni revščini.

*Kateri dejavniki preprečujejo uspešno rehabilitacijo duševnih bolnikov? V literaturi omenjajo specifične ovire za rehabilitacijo, ki pa so pri različnih bolnikih različne in različno pomembne. Že precej pred prvim izbruhom bolezni, se pravi v predbolezenskem obdobju pa tudi po začetku bolezni številni dejavniki učinkujejo na socialno in delovno prilagojenost bodočega bolnika. K tem tako imenovanim **premorbidnim (predbolezenskim) oviram** štejemo splošne socialne razmere, v katerih bodoči bolnik živi, njegovo inteligentnost, šolsko in poklicno izobrazbo, morebitno telesno invalidnost in predvsem njegovo predbolezensko osebnostno strukturo. Če so ti dejavniki ugodni, so dober prognostični znak za rehabilitacijo bodočega bolnika in za potek samega bolezenskega procesa.*

Na predbolezenske ovire v terapevtskem in rehabilitacijskem procesu seveda ne moremo vplivati, lahko nam pa služijo za orientacijo glede bolnikovega rehabilitacijskega potenciala in pri izbiranju bolnikov za določene rehabilitacijske postopke.

Primarne (bolezenske) ovire za rehabilitacijo so v bolezni sami. Gre za vrsto psihopatološke motnje, za njeno intenzivnost, za potek – remisije ali kroničnost, za tako imenovane »bolezenske deficite«, ki se pokažejo pri kroničnih psihozah, in podobno. Te ovire so nedvomno tisti dejavnik, ki smo mu danes z modernim psihofarmakološkim, socioterapevtskim in psihoterapevtskim obravnavanjem lahko v precejšnji in ohrabrujoči meri kos. Naj omenimo le uspehe sodobne psihofarmakoterapije, ki bolezni sicer ne ozdravi docela, a v veliki meri učinkuje na kratkoročni in tudi dolgoročni potek psihoze; s psihofarmakološko terapijo blažimo simptome, preprečujemo kroničnost in recidive bolezni, zato lahko precej bolnikov, veliko več kot pred psihofarmakološko ero, živi zunaj bolnišnice, v svojem naravnem družinskem in delovnem okolju, pa še dostopni so za psihoterapevtske in socioterapevtske ukrepe. Tako učinkujeta predvsem podaljšana preprečevalna terapija psihoz z nevroleptiki (na primer z depotnimi pripravki) in preprečevanje afektivnih psihoz s pripravki litija.

Sekundarne ovire za uspešno rehabilitacijo duševnega bolnika pa so posredne posledice bolezni; gre predvsem za bolnikovo reakcijo oziroma slabo prilagajanje na nespodbudno, zaprto, zožujoče in pootročujoče okolje v azilsko (in manj terapevtsko in rehabilitacijsko) naravnanih ustanovah ali okoljih, kjer se z bolnikom premalo ukvarjajo in od koder ni pozitivne stimulacije. V takem okolju bolnik postaja vse bolj zapuščen, osamljen in nebogljen, pozablja in opušča številne socialne in poklicno pomembne spretnosti in sposobnosti ter tone v brezoblično pasivnost, brezvoljnost in izgubi malodane vse interese. V širšem smislu imenujemo ta pojav institucionalizem in ga ne srečamo le pri duševnih bolnikih, ampak tudi pri telesnih invalidih. V sodobnih psihiatričnih ustanovah je za takšno pogubno stanje vsekakor dosti manj možnosti, a ne smemo prezreti dejstva, da je tako stanje lahko tudi posledica nekaterih kroničnih bolezni in da ne kaže vedno kriviti okolja. Seveda pa ne smemo zaiti v drugo skrajnost in bolnika obremenjevati z zahtevami, ki jih zaradi svoje bolezni niti subjektivno niti objektivno ne more spozniti. Takšna »pretirana stimulacija« utegne pri bolniku povzročiti hudo anksioznost in nemara celo recidiv ali poslabšanje psihotične simptomatike, kar usodno zavre proces rehabilitacije. Stimulacija iz okolja mora biti torej ravno pravšnja in prilagojena posameznemu bolniku. Na teh dognanjih temeljijo sodobne psihiatrične rehabilitacijske ustanove, kjer je dejavnost tako raznovrstna in razvejana, da

lahko vsak duševni bolnik najde svoje bolj ali manj zahtevno mesto, pač glede na svoje zdravstveno stanje, zmožnosti in želje. Za sodoben sistem rehabilitacije v psihiatriji so značilne številne različice: zaprti in odprti oddelki, različno zahtevne stopnje bolnišnične zaposlitvene in delovne terapije, rehabilitacijske delavnice oziroma centri znotraj ali zunaj bolnišnice, polhospitalne oblike vodenja (dnevni in nočni oddelek), zaščitne in polzaščitne delavnice v delovnih organizacijah ali zunaj njih, domovi oziroma stanovanjski objekti za duševne bolnike zunaj bolnišnice in končno bolnikov običajno družinsko in delovno okolje. Po taki rehabilitacijski shemi, ki jo mora družba vsekakor podpreti, je možno rehabilitirati presenetljivo veliko duševnih bolnikov. Pri nas smo od tega modela še daleč, saj ni dovolj denarja niti za običajni bolnišnični oskrbni dan. Ne smemo tudi pozabiti na znano dejstvo, da družbene in ekonomske krize skoraj povsem zavrejo procese reintegracije prav duševno bolnih.

In kaj lahko v naših pogojih vendarle naredimo? Duševni bolnik sicer morda res ne ustreza vselej zahtevnejšim predstavam o uspešnem delavcu, vendar vseeno pokušamo vse, da bi ga obdržali v delovnem razmerju, pri čemer moramo marsikdaj vztrajno spreminjati še nezaupljiv ali celo sovražen odnos do duševnega bolnika. Ne skoparimo z bolniškimi staleži, pomagamo tudi s skrajšanim delovnikom ali z manj zahtevnim delovnim mestom in pri tem opozarjamo delovne organizacije na njihovo zakonsko postavljeno dolžnost, da zaposlujejo tudi invalidne delavce. Ko bo naš bolnik upokojen, bomo še naprej iskali možnosti vključevanja v različne rehabilitacijske oblike. Seveda ne smemo nikdar pozabiti na nujno psihofarmakološko terapijo.

Zavedati se moramo, da je zaposlovanje invalidov, posebno še invalidov zaradi duševne bolezni, odraz prave (in ne deklarirane) humane naravnosti družbe. Morda nam bo za konec dobrodošel poziv nekdanjega duševnega bolnika iz Združenih držav, ki je veliko pretrpel, ko se je poskusil znova vključiti v družbo; takole je dejal: »Mislim, da je še težje, če si reven, neizobražen in povrh tega še duševno bolan. Toda tudi mi potrebujemo stanovanje, zaposlitev in predvsem svoj prostor v skupnosti, kjer naj bi ne upoštevali le tistega, kar je z nami narobe, ampak predvsem tisto, kar je v nas dobrega. Za vse to potrebujemo neke prostore in neko okolje. Ta prostor pa ni bolnišnica. Če nam boste vse to omogočili, boste videli, da večina med nami ni tako nekoristna, kot je morda videti!«

LITERATURA

1. Ciompi L, Agué C, Dauwalder JP. Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. *Nervenarzt* 1977; 48: 12–8.
2. Gallagher EB. The meaning of work to psychiatric outpatients. *The psychiatric quarterly supplement* 1963; 67: 62–80.
3. Milčinski L, Guzeli S, Paternoster M et al. Vprašanja invalidskega upokojevanja duševno abnormnih oseb. Ljubljana: SPIZ v SR Sloveniji in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana-Polje, 1978.
4. Peršić N, Muačević V, Špicer F, Radošević Z. *Shizofrenija i radna sposobnost*. Zagreb: Tehnička knjiga, 1975.
5. Peterson R., What are the needs of chronic mental patients? *Schizophr bull* 1982; 8: 610–6.
6. Taylor P. Sickness absence: Facts and misconceptions. *J Roy Coll Phycns* 1974; 8: 315–33.
7. Vietze G, Ficker F. Begutachtung und Rehabilitation psychisch Erkrankter – Schlusserfolgerungen für halbstationäre Einrichtungen der Psychiatrie. *Psychiat Neurol med Psychol* 1981; 33: 513–9.

8. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia. Cambridge: University Press, 1970.
9. Žvan V. Specifična problematika delazmožnosti in upokojevanja bolnikov s shizofrenijo. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1985.

KRIVA JE SOL

Vsak človek potrebuje kuhinjsko sol (natrijev klorid) zaradi natrija, ki ga vsebuje. Za dnevne telesne potrebe po natriju pa zadostuje, če zaužijemo tri grame soli na dan. Večina ljudi zaužije 6–8 gramov kuhinjske soli na dan; deset gramov sta približno dve čajni žlički.

Če bi zaužili le po pet gramov kuhinjske soli na dan, bi se število obolelih za visokim krvnim pritiskom znižalo.

Zadeva bi bila preprosta, če bi bila vsa sol, ki jo pojemo, dodana le v kuhinji ali za jedilno mizo. A ni tako: 80% soli, ki jo zaužijemo, je že v hrani, ki jo kupimo pri peku, mesarju ali v trgovini.

Kljub temu pa lahko nekaj storimo v zvezi z ostalimi dvajsetimi odstotki. Svojemu krvnemu pritisku bomo koristili že s tem, da bomo pri kuhanju uporabljali manj soli in je ne bomo dodajali že pripravljenim jedem. Ljudje, ki tako ravnaajo, pravijo, da tako okušajo **pravi** okus jedi, ki ga niso poznali, dokler so vse posipali s soljo. (Raziskava v Avstraliji je pokazala, da šest ljudi od desetih jed soli, še preden jo poskusijo!)

World Health, januar-februar 1986

ZDRAVSTVENI OBZORNIK JE POMEMBEN DOKUMENT S PODROČJA ZDRAVSTVENE NEGE, ŠIRI IN UTRJUJE STROKOVNO ZNANJE MEDICINSKIH SESTER, ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV IN DRUGIH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV.

POKAŽITE GA ŠE DRUGIM, MORDA SE TUDI ONI NAROČIJO NANJ!

RESNICA JE VEDNO GOLA, PA NAJSI JE TUDI OBLEČENA PO NAJNOVEJŠI MODI.

Stanislaw Jerzy Lec