

TIMSKO DELO V PSIHIATRIJI

Borislava Lovšin

UDK/UDC 616.89085.851

DESKRIPTORJI: *duševne motnje; psihoterapija; terapevtski tim*

IZVLEČEK – *Socioterapevtski koncept zdravljenja duševnih bolnikov je spremenil strukturo terapevtskega tima. Klasičnemu terapevtskemu timu so se pridružili terapevti mejnih področij, predvsem s področja pedagogike in delovne rehabilitacije. Zaradi strokovne heterogenosti novega terapevtskega tima in specifičnosti dela s psihiatričnimi bolniki so postale pomembne posebnosti osebnostne strukture psihiatričnih terapevtov. Terapevtski tim lahko skladno sodeluje le z zreliimi interakcijami. Posamezni člani tima morajo sprejeti svoje vloge brez rivalitetnih odnosov in morajo enakovredno porazdeliti svoje strokovno znanje v posameznih fazah rehabilitacijskega programa. Le takšno delovanje tima lahko zagotavlja strokovno raven dela s psihiatričnimi bolniki, ki v terapevtskem timu pogosto iščejo bodoče identitetne in vedenjske vzorce.*

TEAM WORK IN PSYCHIATRY

DESCRIPTORS: *mental disorders; psychotherapy; patient care team*

ABSTRACT – *Sociotherapeutic concept in the treatment of psychiatric patients has changed the structure of the therapeutic team. Therapists from the bordering areas joined the classical therapeutic team, especially from pedagogics and occupational rehabilitation. Due to the professional heterogeneity of the new therapeutic team and the specificity of the work with psychiatric patients, personality features of psychiatric therapists have become important. Consistent cooperation is possible only on the basis of mature interactions. Individual members of the therapeutic team should accept their roles without rivalry and should share their professional knowledge in different phases of their therapeutic programme on equal basis. Only such functioning of the therapeutic team can assure professional level of the treatment of psychiatric patients who often look for their future identity and behaviour patterns within the therapeutic team.*

Pred približno 20 leti smo se v Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani odločili za socioterapevtski koncept zdravljenja duševnih bolnikov. Takrat sta se namreč na široko razmahnila misel in spoznanje, da duševnega bolnika ne moremo več obravnavati kot izolirano entiteto s specifično patologijo, ampak v skladu z novimi spoznanji o vzročnosti duševnega obolenja in v kontekstu njegovega socialnega okolja.

Terapevtska prizadevanja so se usmerila v vse možne entitete bolnikove osebnosti: v genetske zasnove, organske in psihološke dejavnike, izkustvene procese, ter dejavnike ožjega in širšega bolnikovega okolja, vključno z družinskim in delovnim okoljem. Terapevtski cilj, ki smo si ga zastavili, je postal bolnik, ki je kljub morebitni preostali rezistentni psihopatologiji zaživel s svojimi zdravimi potenciali v okvirih svojih sposobnosti v vsakdanjem življenju, upoštevajoč nujne socialne zahteve družine, delovnega in širšega družbenega okolja. Skladno s temi spoznanji sta se spremenili tudi doktrina in metodologija dela v psihiatriji. Iz splošnih načel se je izluščil individualni rehabilitacijski program, ki za vsakega posameznega bolnika obsega vse determinante njegovega duševnega in telesnega zdravja ter njegovega osebnega in družbenega življenja.

Poseg v številne človekove determinante je prinesel tudi spremembe, ki so najbolj izrazite na dveh področjih:

- v metodologiji dela, kjer smo se odločili za skupinsko terapevtsko delo in vključevanje bolnika v proces zdravljenja in
- v novi strukturi terapevtskega tima.

Če smo namreč hoteli zajeti vsa področja človekovega delovanja, smo morali v terapevtski tim povabiti tudi strokovnjake nepsihiatričnih mejnih področij, ki so poskrbeli za socialne in kulturne dejavnike, vključno z vzgojo – šolskim področjem – in delovnim okoljem. Tako se je oblikoval nov terapevtski tim v psihiatriji, ki se zelo razlikuje od prejšnjega.

Psihiatrični terapevtski tim ima nekatere specifične značilnosti:

1. Psihiatrični terapevtski tim je strokovno zelo heterogen. Heterogenost se najpogosteje kaže v povsem enakovrednem sodelovanju zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. Poleg zdravnika, psihologa, socialnega delavca, višje in srednje medicinske sestre ali tehnika in delovnega terapevta, ki sestavljajo klasični terapevtski tim, morajo pri določeni kategoriji bolnikov ali v določeni fazi rehabilitacijskega programa sodelovati tudi strokovnjaki drugih medicinskih in nemedicinskih področij. Na primer: pri delu z mladostniki sodelujejo pedagogi, v fazi delovne rehabilitacije bolnika zaposlovalci in rehabilitacijski svetovalci. Psihiatrični terapevtski tim je zaradi zgoraj omenjene strukture heterogen tudi po stopnji izobrazbe.

2. Psihiatrični terapevtski tim je vključen v zdravljenje duševnih bolnikov. Delo z bolniki, ki imajo duševne bolezni ali motnje, je težko predvsem zaradi intenzitete, psihične in pogosto fizične obremenitve terapevta, nenehne, pogosto utrujajoče potrebe po spreminjanju odločitev, prilagajanju in vlaganju samega sebe, vse to ob relativno skromnih rezultatih zdravljenja in majhni osebni potrditvi, vsaj pri nekaterih kategorijah duševnih bolnikov.

3. Psihiatrični terapevtski tim je kvalitativno in kvantitativno močno povezan. Oddelčni tim oddelka s približno 20 posteljami porabi za timsko sestavo terapevtskih programov, analizo doseženih rezultatov in supervizijo nekaterih osnovnih skupinskih dinamičnih procesov skoraj tretjino delovnega časa. To pa pomeni vsakodnevno dve do triurno intenzivno verbalno, emocionalno in intelektualno udeležbo v skupini.

4. Nenazadnje omenimo tudi pomembnost osebne strukture psihiatričnih delavcev. Pri tem izhajamo iz nekaterih v literaturi opisanih psihoanalitskih in psihoterapevtskih spoznanj, ne da bi jih seveda hoteli posploševati. Zdravstveni delavci, še zlasti psihiatrični, se nagibajo v osnovi v depresivno osebno strukturo, s številnimi narcisoidnimi potezami po omnipotentnosti nad duševnim zdravjem. Primerna depresivnost, primerna anankastičnost v osebni strukturi, primerna mera narcisoidnosti in trden sistem ega predstavljajo osnovo za zelo dobro terapevtsko delo: za natančnost in discipliniranost, težnjo po dajanju, hkrati z željo po dinamičnosti ter učenju v skupini in ob skupini. Premočno izražene opisane osebne posebnosti, predvsem neprimerna stopnja narcisoidnosti ali prešibke strukture ega z identitetno insuficienco, nerazrešenim odnosom do avtoritete ali druge globlje izražene nevrotične zavrtnosti, pa lahko povzročajo naslednje negativne lastnosti strukture terapevtskega tima, ki se zrcali v procesu zdravljenja bolnikov:

- avtoritativni in dominantni odnos vodje terapevtskega tima lahko zavre kakršnokoli možnost enakovrednih, konstruktivnih komunikacij drugih članov tima,
- negotovost vodje terapevtskega tima glede svojih lastnih sposobnosti in svojega dela lahko sproži anksioznost članov tima in lahko povzroči popolni razkroj terapevtske skupine ali agresivnost, parcialno grupacijo posameznih članov terapevtske skupine, ki iščejo »acting-out« zunaj skupine,
- rivaliziranje in destruktivni vedenjski vzorci dveh vodij skupine imajo v strukturi terapevtskega sistema podobne posledice,
- če imajo člani terapevtskega tima nerazrešen odnos do avtoritete, ta lahko povzroči premočno hierarhično strukturo terapevtskega tima,
- neprimerna stopnja narcisoidnosti, prešibke strukture tega z identitetno insuficienco ali druge nevrotične zavrtosti pa lahko zaradi prevelike potrebe po potrjevanju ali nesposobnosti prevzema identitete v skupini povzročijo nezadovoljstvo članov terapevtskega tima, anksioznost, bagateliziranje ali odkrito izražanje suma v učinkovitosti dela tima, »obračanje v šaljivo stran« ali popoln umik v pasivnost.

Na področju zadovoljitve narcisoidnosti se nujno pojavi potreba po izgradnji skupinskega »selfa« (širjenje misli in idej in prenos le-teh na ostale člane tima), kar poveča skupinsko ustvarjalnost in ublaži odpore, ki so posledica identitetnega dozorevanja v skupini. Če pri svojem delu ravnamo v skladu s psihodinamskimi koncepti duševnega zdravja, moramo tako ravnati tudi v svoji delovni skupini, v vsakdanjem delu. Terapevtskega tima ne moremo obravnavati kot skupino strokovnjakov različnih področij, ampak kot terapevtski sistem, sestavljen iz terapevtov z različnimi strokovnimi opredelitvami, osebnostnimi strukturami, vpetimi v različna širša in ožja družbena okolja, kar s svojim izkustvenim sistemom vnašajo v svoje delo in medsebojne odnose tima. V ta ožji terapevtski sistem moramo nujno prišteti tudi sistem bolnikov, ki v načelu terapevtske skupnosti sestavljajo širši terapevtski sistem s težnjo k skupnemu cilju. Kako lahko tako vsestransko heterogena in včasih številna terapevtska skupina kvalitetno funkcionira? Samo z usklajenimi, doslednimi interakcijami omenjenih terapevtskih pod-sistemov ali posameznih terapevtov, z enotno doktrino in metodologijo dela, z utirjenimi in ustaljenimi odnosi ter komunikacijami, katerih cilj je medsebojna usklajenost, dopolnjevanje in pomoč.

Niti eden od navedenih 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. Če je ločen in neuskkljen z drugimi, duševnemu bolniku in procesu zdravljenja bolj škodi kot koristi. Ekskluzivistično in rivalizirajoče parcializiranje terapevtskega konteksta povzroči razkroj terapevtskega procesa, katerega rezultat je dodatna bolnikova duševna prizadetost.

Iz povedanega sledi, da tudi vrhunsko strokovno znanje ne predstavlja zagotovi-tila vrhunskega vključevanja v tim. Vrhunski strokovnjak kateregakoli strokovnega področja lahko pozna le svoj delni terapevtski koncept, ne pa kompleksnega. Delni terapevtski koncept pa lahko pokrije le eno od številnih bolnikovih področij. Rezultat tega je na primer zazdravljen bolnik, ki brez delovnih navad odhaja v neurejene družinske razmere.

Poleg osnovnih odnosnih procesov med člani terapevtskega tima je potrebno tudi osnovno, širše znanje o vseh metodah dela vseh članov tima. Le takšno znanje predstavlja možnost medsebojnega usklajevanja dela, ter kvalitetnega in konstruktivnega dopolnjevanja.

Sposobnosti vključevanja v terapevtsko skupino z vsemi dinamičnimi spoznanji pa se ni mogoče naučiti iz knjig. To sposobnost se je mogoče naučiti le v vsakodnevnem skupnem delu, kjer se vsakodnevno soočamo s problemi skupinskega dela in ob novih spoznanjih zori naša osebnost. Vendar ni dovolj, da takšno praktično znanje le pridobimo, moramo ga tudi vzdrževati. Za vzdrževanje znanja je zelo koristna supervizija našega dela, ki predstavlja obliko nenehnega izobraževanja, obenem pa nam daje gotovost s potrditvami o pravilnosti našega ravnanja in odločanja.

Za razreševanje konfliktnih situacij, ki izvirajo iz globljih psihodinamskih zapletov v terapevtskem timu, za boljši uvid v te odnosne sisteme, za razširjanje strokovnega znanja, za stalno in dejavno, tvorno sodelovanje v timu so najbolj primerne različne oblike terapevtskih skupin, bodisi v obliki že omenjene supervizije, tedenskih ali vsaj mesečnih sestankov terapevtskega tima ali zahtevnejših skupin, med katerimi naj omenimo najpogostejše: edukativne skupine, didaktične skupine, Balintove skupine.

Skupina omogoča namreč veliko bogastvo komunikacij in interakcij, številne transferne like za identifikacijo in projekcijo. Omogoča realnost in racionalnost, torej načelo »tukaj in sedaj«, določeno zaščito in s tem osnovo za zmanjšanje anksioznosti in negotovosti v procesu odraščanja in dozorevanja terapevta. Te formalne skupine lako koristno dopolnjujemo tudi z neformalnimi skupinami v prostem času.

Razvojni proces terapevta in terapevtskega tima mora biti zasnovan na doživetju enakosti in na kognitivnem razumevanju procesa odnosov v timu. Vsak član tima naj bo sam svoj, naj ima svojo besedo na sebi lasten način in ob svojem času. Vsaka negativna vsebina terapevtskega tima namreč odseva v procesih zdravljenja duševnih bolnikov. Zato v svojem dozorevanju razmišljajmo tudi v kontekstu etike zdravstvenih delavcev in zasledujmo edini cilj našega dela: dajati največ, kar zmoremo, bolniku na njegovi poti v duševno zdravje, ne glede na to, kakšno vlogo nam je izbral v tem procesu.

POPRAVEK!

V zadnji številki Zdravstvenega obzornika (1–2/88) je prišlo do neljube napake pri nazivu Marije Smolič. Pomotoma je bilo navedeno, da je višja medicinska sestra, pravilno pa je srednja medicinska sestra. Za napako se tov. Smoličevi opravičujemo.

Uredništvo