

SOCIALNA IN DELOVNA RAHABILITACIJA BOLNIKOV S PSIHOZO

Marinka Pahole

UDK/UDC 616.89-02-058-08

SOCIAL AND VOCATIONAL REHABILITATION OF PSYCHOTIC PATIENTS

DESKRIPTORJI: *psihoze – rehabilitacija; socializacija*

DESCRIPTORS: *psychotic disorders-rehabilitation; socialization*

IZVLEČEK – *Rehabilitacija in socializacija bolnika s psihozo je celovit, načrtovan in usmerjen proces, v katerem se oblikuje zadovoljnejša in v ožje in širše okolje bolje vključena osebnost. V procesu rehabilitacije se srečujejo bolnišnica s svojim načinom obravnave, okolje in svojci, delovno in širše okolje ter bolnikova osebnost. Čim bolj usklajeno delujejo, tem boljši so rezultati. Veliko vlogo imajo pravilno zastavljeni terapevtski cilji in metode, s katerimi te cilje dosegamo. Cilji morajo biti prilagojeni bolniku, vendar v smislu njegovega optimalnega razvoja. Poudarek rehabilitacije je na stališčih bolnika (do sebe, bolezni, prihodnosti, dela), vrednotah, občutku za dolžnost in odgovornost, odnosu do zapletov in zunanega okolja. Pomembne so strokovna podkovanost terapevtov in njihove osebnostne lastnosti. Ker je rehabilitacija učenje številnih vedenjskih vzorcev ali korekcija starih in ker je načrtovan in usmerjen proces, mu lahko rečemo tudi vzgoja.*

ABSTRACT – *The rehabilitation and socialization of psychotic patients is a comprehensive, planned and regulated process, the result of which is a more satisfied and better integrated personality, in his/her immediate and broader environment. In the process of rehabilitation, hospital, patient's environment and his relatives, broader environment and his/her own personality intermingle. The more this cooperation is coordinated, the better are its results. Great role is played by appropriately set therapeutic goals and methods to attain them. The goals should be patient-oriented, but still aiming at his/her optimal development. The stress in the socialization process is on patient's attitudes (to himself/herself, his/her illness, future, work), on his/her value system, sense of duty and responsibility, his way of reacting to eventual complications and his/her broader environment. Therapists' professional skills as well as their personality characteristics are of utmost importance.*

Kakšen je naš odnos do duševne bolezni?

Kako na duševno bolezen gledajo družba, kultura, okolica?

Kako svojo bolezen doživljajo naši bolniki?

To so vprašanja, ki se zelo pomembno vpletajo v naše delo z duševnimi bolniki. Odgovori nanje so lahko izhodišče ali pa zavora za nadaljnje življenje duševnih bolnikov.

Kaj pomeni rehabilitacija? Veliko je definicij, vsaka odpira del obzorja. Novejše opredelitve ne govorijo več o rehabilitaciji, temveč o socializaciji, gledano predvsem z vidika bolnika kot celote. V rehabilitacijskem oziroma socializacijskem procesu se oblikuje nova, drugačna osebnost, vendar zadovoljna, vključena v dinamsko širše okolje – ne glede na to, ali ima medicinski, psihološki, socialni ali družbeno-ekonomski prizvok.

Spoznanja socialne psihiatrije so dala velik poudarek vlogi okolja, komunikacij. Vemo, da ni dovolj zdraviti bolnika le z zdravili, čeprav nam prav ta terapija

omogoča vzpostavljanje stika z njim. Prizadevati si moramo, da bolnika dojemamo kot celoto: bolnik izhaja iz določenega okolja, v katero bo najverjetneje vrnil; je nekje zaposlen ali se želi zaposliti. To so pa že skupine nalog, ki predstavljajo vsebino terapevtskega procesa.

Ob sprejemu v psihiatrično bolnišnico moramo bolnika najprej dobro spoznati. Pozorni moramo biti na njegova besedna in nebesedna sporočila. Izluščiti moramo tiste zdrave potenciale, ki jih ima vsak bolnik, in začeti graditi na njih. To je lahko kakšen poseben interes, dejavnost, ki jo bolnik rad opravlja. Če smo na oddelku zaznali pri bolniku kakšno drobno spremembo, mu to povejmo, ga pohvalimo. Če je mogoče, mu dovolimo, da ima v bolnišnici kakšen droben predmet, na katerega je navezan; morda mu je v sobi všeč kak prostor, kjer se posebno rad zadržuje. To so začetni koraki, ki so v veliki meri odvisni od osebjna na oddelku. To ne pomeni, da omejitve niso potrebne, a najpogosteje zadostuje le nekoliko poslušna, da hkrati zadostimo redu na oddelku in da se bolnik čuti upoštevanega. Za začetek rehabilitacije je potrebno, da nam bolnik zaupa, da se ne počuti ogroženega, da ima občutek, da v terapevtskem procesu sodeluje kot aktiven udeleženec. Če tega vsaj delno nismo uspeli uresničiti, je rezultat rehabilitacije zelo vprašljiv. Šele ko smo dobro spoznali bolnika in nas je spoznal tudi on, lahko skupaj z njim načrtujemo cilje rehabilitacije. Vendar pa moramo pred tem pritegniti k sodelovanju še svoje in delovno okolje. Poleg tistega zdravega, močnega dela bolnikove osebnosti pa moramo spoznati tudi njegove šibke točke ter oporo le-tem ali njihovo korekcijo vključiti v rehabilitacijske cilje. Izvajanje procesa rehabilitacije zahteva timski pristop. Tako vsak profil v timu zasleduje določeno področje bolnikove osebnosti in ga skuša ali dopolniti z novimi vsebinami, ali korigirati z bolj sprejemljivimi vedenjskimi vzorci.

Iz procesa rehabilitacije ne smemo izključiti bolnika. Ker sta rehabilitacija in socializacija vodena, sistematična in k cilju usmerjena procesa, ju imenujemo tudi vzgoja.

Cilji rehabilitacije morajo biti postavljeni individualno, po meri bolnika, seveda v luči optimalnega razvoja. Rehabilitacija, ki bi si zastavila visoke cilje in ki bi ves proces videla zunaj bolnišnice, bi bila obsojena na propad. Proces se začanja na oddelku.

Bolniki s psihozo se ne menijo za svojo zunanjo urejenost. Ker so preveč pogreznjeni v svoj svet, ki je odmaknjen od okolice, se jim to ne zdi potrebno. Bolniki s psihozo odvržejo tudi osnovne maske, ki jih nosimo vsi. S ponovnim treningom higienskih navad in učenjem o urejanju zunanosti vplivamo na bolnikovo samospoštovanje. Če pokaže vsaj nekoliko lastne iniciative, ga moramo pohvaliti; če pa kake stvari ne opravi in za to ni prevelikih subjektivnih ali objektivnih ovir, ga povprašamo, kaj pravzaprav hoče s takim ravnanjem povedati. Zelo pomemben je način kritike. Kritizirajmo napako, ne pa bolnikove osebnosti, ker bi tako sproti rušili tisto, kar smo začeli graditi.

Velik poudarek rehabilitacije je na odnosu bolnika do samega sebe, bolezn, svojcev, dela, dolžnosti. Stališča in vrednote v veliki meri vplivajo na naše vedenje. Bolniki imajo ponavadi ogromno predsodkov, ki so čustveno zelo nabiti, vendar razumsko neutemeljeni. To lahko v terapevtskem procesu s pridom izkoristimo. Ne prepričujmo bolnika o nesmiselnosti predsodkov, pač pa skušajmo nanj vplivati s težo razumskih argumentov ali, drugače rečeno, predmet predsodka mu čim

jasneje razložimo, da ga zares spozna. S tem podkrepimo spoznavno plat stališča. Bolniki se vrtijo v krogu ekstremno pozitivnih in ekstremno negativnih stališč. Med tema dvema poloma pa manjka cel spekter odtenkov stališč. Tako ozek spekter omejuje bolnikov življenjski prostor.

Podobno je z vrednotami. Bolniki pogosto pravijo, da so vrednote brez pomena in hkrati tožijo, da so jih vrednote »pustile na cedilu«. Ko skušajo živeti »brez vrednot«, kot pravijo, pa pogrešajo cilj. Z bolniki se je treba pogovarjati o vsakodnevnih dogodkih, jih analizirati tudi s stališča vrednot. Tako vrednota ni več nekaj abstraktnega, ampak je prisotna v vsakodnevnem življenju. Navajati jih moramo, da razmišljajo o področjih, o katerih sploh niso razmišljali ali pa so razmišljali na zelo specifičen način.

Zelo pomemben je odnos do odgovornosti in dolžnosti. Ponavadi se odgovornosti bojijo, kar je posledica neuspehov v preteklosti. Bolniki imajo vedno znova pred očmi negativno plat odgovornosti, ali pa občutka odgovornosti niso nikoli doživeli. Skupaj z njimi skušajmo poudariti pozitivne plati: saj vendar nekaj pomeni, da so nam drugi zaupali določeno nalogo; poudariti pa moramo tudi naš delež pri tem, ali zaupanje opravičimo ali ne. Najlažje je reči: »Vsega je krivo okolje«. Dolžnost je najprej le dolžnost, ker pa nam omogoča pozitivne potrditve, postane naša potreba.

Zelo pomemben je odnos do sebe, svoje bolezni in do svoje prihodnosti. Pri odnosu do sebe mislimo predvsem na poznavanje samega sebe. Bolnike moramo spodbujati, da o svojem počutju, občutkih, dvomih in problemih govorijo. Pri odnosu do bolezni je pomembno, da dobijo odgovore na vsa vprašanja, ki jih v zvezi s tem zanimajo. Zavedati se morajo, da lahko tudi sami veliko pripomorejo k izboljšanju in tudi poslabšanju svoje bolezni. Bolnik bi naj veliko vedel tudi o zdravlilih, ki jih dobiva, kar pa je odvisno od posameznika; vedel naj bi, kako zdravila delujejo in kako jih jemljemo. Naučiti ga moramo, da bo znal prepoznati znake svoje bolezni, da bo znal tudi na drugačne načine premagovati stiske, osamljenost, žalost in mu razložiti, kdaj mora poiskati pomoč v bolnišnici.

Ob tem, ko oblikujemo bolnikov odnos do samega sebe, bolezni in ko dosežemo določen razvoj, lahko začnemo z vzgojo volje, ki je pri bolniku s psihozo motena. Opozarjamo ga na urnik dejavnosti na oddelku, kar naj bi bil začetni kamenček v mozaiku njegovih dejavnosti. Nekajkrat ga na dejavnosti opozorimo, potem bo začel prihajati sam.

Kultura okolja, v katerem bolnik živi, prav tako vpliva na proces rehabilitacije. Za čim več stvari naj bolniki skrbijo sami. Hkrati pa je treba poudarjati pomen prijetno urejene sobe, vaze z rožami na mizi in pomen drobnih predmetov, ki vplivajo na počutje vsakogar.

Kljub temu, da poudarjamo predvsem pomen krepitve bolnikove individualnosti, ga moramo pri tem usmerjati tako, da bo s tako oblikovano individualnostjo lažje vzpostavil socialni stik, saj je človek socialno bitje.

Bolnike je treba najprej spodbuditi in izzvati, da povedo kaj o sebi. Nenehno pa jih moramo opozarjati tudi na prisotnost drugih bolnikov. Predvsem pri skupinskem delu opažamo, kako zelo so bolniki usmerjeni samo vase in svoje probleme. Kadar na primer eden od bolnikov predlaga temo pogovora, ali spregovori o problemu, ki ga muči, se recimo oglasi njegov sosed, ki pove spet čisto nekaj drugega. Tako ne reagirajo samo na besednem področju, ampak tudi na drugih:

bolnik se na primer smeje, ko drugi joče in podobno. Kadar pa je on sam prekinjen ali preslišan, je hudo prizadet. Takšen položaj v skupini je treba takoj razložiti. Reševanje zapletov med bolniki obravnavamo takoj, ko se zgodijo. Večidel bolniki zaplete rešujejo samo na dva načina: ali se problemu umaknejo ali pa ga rešujejo z agresijo; med tema dvema skrajnostma pa kot da ne obstaja nič. V takšnem primeru jim je treba pokazati pozitivno plat zapleta in se o njej pogovarjati. Zaplet pravzaprav pomeni le dejstvo, da je nekdo drugačen; iz zapletov se lahko kaj naučimo in se tako osebnostno razvijamo. Zaplet netvorno rešujemo, če se bojujemo za prevlado enega ali drugega udeleženca. V zapletu se izpostavimo kritiki drugega. Zaplet uspešno rešimo, če se o stvari pogovorimo, razjasnimo dejstva, povode, ki so do takšnega odziva pripeljali.

Če hočemo živeti med ljudmi, se moramo znati pogovarjati, govoriti tudi o sebi in o lastnih pogledih, doživetjih, hkrati pa prisluhni tudi drugim. Tudi pogovarjanja se da naučiti. Marsikateri spor se razvname, ker se ne znamo pogovarjati in ker se premalo pogovarjamo.

V proces rehabilitacije pa že od začetka vključimo bolnikove svojce. Takoj jim razložimo, da je njihov sorodnik na oddelku zato, da bi se naučil ustreznih odnosov, da bo lahko med njimi lažje živel. Ob srečanju s svojci srečujemo različne reakcije od popolnega brezupa, žalosti, hladnega iskanja informacij do pod težo skrbi skrite pripravljenosti za sodelovanje. Zato je treba tudi za svojce oblikovati terapevtsko skupino, kjer se lahko pogovorijo o problemih, ki jih imajo ob srečanju z duševno boleznijo s seboj in s svojcem. Kajti, kot sami pravijo, okolica njihovih težav ne razume. Na svojce skušamo s pogovori vplivati tako, da poskušajo tudi doma zasledovati podobne cilje, kot smo si jih postavili v bolnišnici. Hkrati pa opazamo, da skupina svojcev, ki že dlje prihaja na pogovore, tudi sama potrebuje stik z drugimi in razbremenitev, saj so te družine precej izolirane ali pa komunicirajo z drugimi na zelo neosebni ravni. Cilj dela s svojci naj bi bil ta, da poskušajo zmanjšati nepristranost do bolnikov, da se odnosi oblikujejo tako, da je življenje skupaj znosnejše. Ob tem se veliko naučijo tudi ob izkušnjah drugih. Hkrati opazamo, da ima sodelovanje svojcev tudi pozitiven vpliv na bolnika, saj se s svojimi težavami ne počuti več tako sam.

A. Trstenjak (1) govori o delu kot o funkciji energije, življenja, zavesti, družbe in organizacije. Delo pomeni spremembo kemične energije v toplotno in mehansko, kar pa je nerazdružno povezano s hranjenjem in počitkom. Zakaj omenjamo te pojme? Zato, ker je za večino bolnikov s psihozo značilna motnja v prehranjskih navadah. Hrana zanje nima samo pomena obnove življenjske energije, ampak pomeni čustveno izmenjavo s svetom. Zato gre bodisi za popolno odklanjanje hrane ali pa za prekomerno hranjenje.

Podobno patologijo zasledimo v izrabi prostega časa, ki ga bolniki preživljajo v pretiranem poležavanju in pasivnosti. Rezultati pa so enaki. Bolniki se hitro utrudijo, so razdražljivi. Tudi tu je vloga bolnišnice velika. Ves čas hospitalizacije bi naj bolniki vzdrževali telesno kondicijo, vendar moramo programe za to individualizirati.

Čeprav sta v rehabilitacijskem procesu socialna in delovna rehabilitacija tesno povezani, se bomo zaradi nazornosti delovnega usposabljanja lotili posebej.

Ves čas bi naj v bolnišnici skrbeli za vzdrževanje, učenje in trening delovnih navad. V delovni terapiji bolnike čimprej zaposlimo, vendar ne zgolj zato, da jim

prej mine čas, ampak tudi tu postavimo določene cilje. Ne zanemarimo sporočil, ki jih bolnik lažje sporoča prek dela, skušajmo jih uporabiti kot diagnostični pripomoček in navodilo za naprej. Pri tistih bolnikih, ki so zaposleni, k sodelovanju pritegnemo tudi delovno okolje. Prvi korak naredimo sami in sodelavce povabimo v bolnišnico, da se skupaj pogovorimo o težavah, ki jih je delovno okolje zaznavalo pri bolniku že pred sprejemom v bolnišnico, vendar jih ni znalo poimenovati in jih je zato reševalo po svoje. Tudi sami se odpravimo v delovno organizacijo in skušamo težave reševati ob prisotnosti bolnika in strokovnih služb delovne organizacije. Dogovoriti se moramo, kako bi bolnika najlažje vključili nazaj v delo. Vendar pa se pogosto soočamo s posledicami bolezni – s tako razrahljanimi medosebnimi odnosi, da je zaradi tega bolnikova delazmožnost vprašljiva.

Delovna sposobnost je psihofizična zmožnost za opravljanje določenega dela, katerega končni cilj je zadovoljstvo in socialno ekonomska samostojnost. Vendar delovna sposobnost vključuje tudi sposobnost vključevanja v delovno skupino.

Danes delo ni več prilagojeno ritmu človekovega organizma, ampak se mora le-ta včasih za visoko ceno monotonije, brezdušnosti in napora prilagajati stroju. Tako delo pomeni večkrat samo sredstvo za preživetje. Primerno vzdušje v delovni skupini pa lahko vsaj delno nadomesti ta primanjkljaj. Opažamo, da pri bolnikih, ki so imeli dobre odnose v delovni organizaciji – skupini, vrnitev v to okolje ni bila težka, ker je tudi bolnik to okolje pogrešal. Toda takih skupin je žal bolj malo.

V procesu rehabilitacije se bojujemo proti dolgim odsotnostim zaradi bolezni. Čim daljši je čas, ko bolnik ne dela, tem težje se vrne na delo. Zato bi morali imeti za to vrsto bolnikov več možnosti: delovni preskus na istem delovnem mestu v času bolezni, več možnosti za delo s skrajšanim delovnim časom in premestitev na drugo delovno mesto v isti delovni organizaciji. Zato bi se bolnišnica morala bolnikovi delovni zmožnosti prilagajati tako, da bi ustanovila več dnevnih oddelkov (kjer bolniki dan z vsemi obveznostmi preživijo v bolnišnici, spijo pa doma), saj prav takšni bolniki potrebujejo oporo in razbremenitev.

Če imamo stike z delovno organizacijo bolnika, ga veliko lažje spremljamo tudi po odpustu iz bolnišnice, ker v primeru, če se mu bolezen poslabša, delovno okolje na to samo opozori bolnišnico.

Bolnike, ki se zaposlujejo na novo, ponavadi obravnava Strokovna komisija SIS za zaposlovanje. Skupnost za zaposlovanje jim omogoči usposabljanje za določeno delo; če so uspešni in če so možnosti, se lahko tudi zaposlijo. Vendar se vse prepogosto dogaja, da takšne bolnike po nekaj poskusih opredelijo za nezaposljive pod normalnimi pogoji. Zato bi morali za takšne bolnike ustanoviti na poseben način urejene in vodene delavnice, kjer bi lahko delali toliko, kot zmorejo, in bi bili še vedno vključeni v delovno skupino.

Velik problem so tudi invalidske upokojitve I. kategorije, kar pomeni popolno nesposobnost za kakršnokoli delo. Bolniki s psihozo se upokojitve branijo. Zato si prizadevamo ob predstavitvi na Invalidski komisiji doseči očno za II. ali III. kategorijo. V zadnjih letih se je zelo povečal pritisk delovnih organizacij za upokojevanje psihotičnih bolnikov. Najpogostejše pritožbe delovnega okolja so: premalo naredijo, veliko so odsotni, »kvarijo« skupino, bojimo se jih.

Večkrat se pokažejo težave, ko kljub drugačni odločitvi Invalidske komisije, bolnik ne more nikjer pokazati svoje preostale delovne sposobnosti. Ali smo res tako bogata družba, da lahko preživljamo ljudi, ki bi sicer naredili malo manj,

vendar bi ostali socialno živi? Zavedati se moramo, da je veliki večini bolnikov s psihozo delo edini stik s svetom.

Pri načrtovanju procesa rehabilitacije je pomembno tudi poznavanje družbene ozračja zunaj bolnišnice, saj moramo vedeti, kje bo bolnik potreboval največ pomoči in opore ter popravkov. S procesom rehabilitacije se borujemo proti hospitalizmu, tako da bolnik vzdržuje čim več stikov s svojci in recimo konec tedna preživi doma; skrbimo, da vzdržuje stike z delovno organizacijo in da nekatere probleme rešuje na pristojnem Centru za socialno delo. Bolnika ne smemo prestaviti v okolje bolnišnice in za vse poskrbeti namesto njega. Spodbuditi moramo bolnikovo širše okolje, da se zanj zanima, mu pomaga reševati probleme, stiske. To delo usklajujejo psihiatrični delavci, ki dajejo tudi strokovno pomoč.

Na področju rehabilitacije se zelo intenzivno srečujejo vzdušje v bolnišnici, družbeno okolje in bolnikova osebnost. Vsak od teh dejavnikov pa mora prispevati svoj del.

Vzdušje v bolnišnici naj bo tako, da se bo bolnik prijetno počutil, vendar ga neprestano spodbujamo in pripravljamo na vrnitev bodisi v prejšnje ali novo okolje.

Velik delež pa prispeva tudi osebje bolnišnice s svojim odnosom do bolnikov. Večkrat nam pri delu pomaga strokovno znanje, pogosto pa povsem človeški pristop.

Zato je pomembno, da se v osebnosti terapevtov združujejo znanje in pozitivne osebnostne lastnosti. Vsekakor pa je osnova za delo z bolnikom s psihozo pozitiven, topel, prijazen in odkrit odnos. Zato bi morale v procesu rehabilitacije lastnosti terapevtov igrati prav tako pomembno vlogo kot njihovo strokovno znanje.

LITERATURA

1. Trstenjak A. Psihologija dela in organizacije. Ljubljana: DDU, 1979.
2. Lovšin B. Delovna sposobnost shizofrenih bolnikov in nekatere posebnosti pri njihovem zaposlovanju. Disertacija. Zagreb, 1985.
3. Marentič-Požarnik B. Dejavniki in metode uspešnega učenja. Ljubljana: DDU, 1980.
4. Milosavljevič P. Porodična terapija psihoza. Beograd: Medicinska knjiga, 1983.
5. Patterson GR. Families: applications of social learning to family life. Oregon: Research Press, 1976.
6. Pahole M. Andragoški aspekt v procesu rehabilitacije shizofrenih bolnikov – s poudarkom na vzgoji komunikacije. Diplomaska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1987.

BISTVO ŽIVLJENJA NI V TEM, DA IMAŠ DOBRE KARTE, TEMVEČ V TEM, DA S SLABIMI DOBRO IGRAŠ.

R. L. Stevenson