

Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji

Reactions of family with member with mental disorder

Slađana Štrkalj-Ivezić*, Sanja Martić-Biočina

Psijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb

Primljeno: 28. 1. 2010.

Prihvaćeno: 28. 4. 2010.

Sažetak. Cilj rada je približiti rad s obitelji s članom oboljelim od psihičkog poremećaja kao učinkovitu metodu koja treba biti dio standardnog plana liječenja većine osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Učinkovitost ove metode potvrđena je u znanstvenim istraživanjima i u kliničkoj praksi. U radu su opisane reakcije obitelji nakon saznanja o psihičkoj bolesti člana obitelji, edukacija o bolesti i rad na poboljšanju komunikacija u obitelji. Edukacija o bolesti osim informacija o bolesti i liječenju uključuje i rad s emocionalnim aspektima reakcije na bolest. Teme rada s obitelji uključuju simptome bolesti, razumijevanje bolesti u psihobiosocijalnom konceptu, teoriju osjetljivosti na stres, prognozu bolesti, prepoznavanje ranih znakova pogoršanja, liječenje lijekovima, psihoterapijom i rehabilitacijom, plan prevencije i stigmatu. Stigma u obitelji i stigmatiziranje obitelji može biti veća prepreka oporavku od same bolesti. U radu se opisuju različite reakcije obitelji na saznanje o psihičkoj bolesti člana obitelji. Reakcije uključuju negaciju, tugu i žalovanje, doživljaj neuspješnosti, sram i stigmatu. Ove reakcije mogu negativno djelovati na ishod bolesti oboljelog člana i na rizik za bolest članova obitelji, osobito kada se radi o bolesti za koju je potrebna dugotrajna podrška oboljelim članu. Cilj rada s obitelji je pomoći obitelji da se bolje nosi s bolesti oboljelog člana i da se potiču ponašanja koja pomažu oporavku od bolesti. Rad također opisuje, kroz iznošenje konkretnih primjera, metode rada s obitelji koje mogu utjecati na povoljniji ishod bolesti i smanjiti mogućnost ponovne pojave bolesti, kao što su rad s pretjeranom kritikom i pretjerano zaštitničkim ponašanjem.

Ključne riječi: izražavanje emocija, mentalna bolest, obiteljsko liječenje

Abstract. The aim of working with families where a member suffers from mental disorders is a cost effective method that should be part of standard treatment plan for most individuals suffering from mental disorders. The effectiveness of this method was confirmed in scientific research and clinical practice. This paper describes the reactions of the family after being informed about the mental illness of a family member, education about the illness and work to improve communication within the family. Education about the illness except information about the illness and treatment includes working with the emotional aspects of the reactions to illness. Topics include symptoms, psychobiosocial concept, the stress vulnerability theory, prognosis, detecting early signs of exacerbation, treatment including medication, psychotherapy and rehabilitation plan for prevention. Stigma in the family and family stigmatization may be greater obstacles to recovery from the illness than illness alone. The family reactions to illness include denial, sadness and mourning, the experience of failure, shame and stigma. These reactions may negatively affect the outcome of illness and increase the risk for illness of family members especially when it comes to illness which requires long-term support from the family. The goal of working with families is to help families to better cope with illness and to encourage communication that help recovery from illness. The paper also describes the specific methods of working with families such as working with the over-critical and overly protective behavior.

Key words: express emotions, family treatment, mental illness

Adresa za dopisivanje:

* Doc. dr. sc. Slađana Štrkalj-Ivezić, dr. med.

Psijatrijska bolnica Vrapče,

Bolnička cesta 32, 10 000 Zagreb

e-mail: sladjana.ivezic@bolnica-vrapce.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Saznanje o psihičkoj bolesti člana obitelji izazvat će različite reakcije u članova obitelji. Očekuje se da će tip, intenzitet i trajanje reakcije biti povezani s funkcioniranjem obitelji, odnosno njenim kapacitetima da se suoči sa stresom. Mada poremećaj funkcioniranja u obitelji može biti različit u odnosu na dijagnozu bolesti bolesnog člana¹, većina će obitelji pokazivati sličnosti u reakcijama, a razlikovat će se u kapacitetima za nošenje sa stresom. Reakcija obitelji i nošenje sa stresom zbog bolesti svog člana utječe na ishod liječenja, ali i na rizik od obolijevanja nekog drugog člana obitelji, stoga stručnjaci koji liječe osobe oboljele od psihičke bolesti moraju također posvetiti pozornost reakciji obitelji na psihičku bolest kako bi osigurali adekvatnu potporu liječenju bolesnog člana te pružili podršku i pomoć obitelji i tako utjecali na smanjenje rizika za obolijevanja drugog člana obitelji, bilo od psihičkog ili fizičkog poremećaja². Reakcije obitelji na saznanje o psihičkoj bolesti uključuju mješavinu različitih osjećaja koja uključuje tugu, tjeskobu, ljutnju, krivnju i sram³. Kao prva reakcija najčešće se pojavljuje vjerovanje da se radi o prolaznom poremećaju i negiranje bolesti. U daljnjem tijeku, kada se pokaže da se bolest ponavlja javlja ili da ostavlja kronične posljedice, obitelj reagira tugom, strahom, tjeskobom, ljutnjom i sramom. Dugotrajna briga o oboljelom članu, nerazumijevanje bolesti i nerealistična očekivanja u mogućnosti oporavka mogu mnoge obitelji dovesti u stanje kroničnog nezadovoljstva, iscrpljenja i izolacije. U nastavku će biti navedene najčešće reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji.

NEGACIJA

Najčešće je vijest o psihičkoj bolesti praćena nevjericom i negacijom, stoga će uvijek trebati jedno razdoblje da osoba i obitelj prihvate kako se radi o bolesti za koju je potrebno često i dugotrajno liječenje. Vrlo je važno da ovo razdoblje traje što kraće i da se liječenje primijeni što ranije jer se tada postižu najbolji rezultati. Kada obitelj dvoji o tome je li postavljena prava dijagnoza, dobro je sugerirati da zatraži mišljenje drugog liječnika. Posljedica negiranja bolesti može biti prekid

liječenja, stoga je važno obitelji pomoći da dobije uvid u pravo stanje i mogućnosti liječenja. U ovim situacijama dobro je napraviti usporedbu s tjelesnom bolesti, npr. infarktom miokarda, i pitati članove obitelji bi li i u tom slučaju rekli da nije potrebno liječenje. Pozadina negacije mentalne bolesti često može biti stigma koju ta bolest ima. Na psihičku bolest gleda se kao na slabost ličnosti ili se očekuje da se osoba "trgne" i sama riješi situaciju. Negacija kao način suočavanja s bolesti nije efikasna i potrebno je što prije pomoći obite-

Reakcija obitelji i nošenje sa stresom zbog bolesti svog člana utječe na ishod liječenja, ali i na rizik od obolijevanja nekog drugog člana obitelji, stoga stručnjaci koji liječe osobe oboljele od psihičke bolesti moraju također posvetiti pozornost reakciji obitelji na psihičku bolest kako bi osigurali adekvatnu potporu liječenju bolesnog člana te pružili podršku i pomoć obitelji i tako utjecali na smanjenje rizika za obolijevanja drugog člana obitelji, bilo od psihičkog ili fizičkog poremećaja.

li da se suoči s realnosti oboljenja i sagleda mogućnosti oporavka. Negacija bolesti pojavljuje se gotovo kod svih kategorija i dijagnoza psihičke bolesti, ali je najizraženija kod osoba oboljelih od psihotičnog poremećaja poput shizofrenije i bipolarnog poremećaja. Edukacija o bolesti i liječenju može značajno pomoći obitelji da prihvati postojanje bolesti i da time pomogne liječenju svog oboljelog člana.

TUGA I ŽALOVANJE

Psihička bolest nije poput prehlade koja kratko traje, često je dugotrajna i mijenja ponašanje osobe. Ponašanje osobe često se najviše promijeni u depresiji i kod psihotičnih poremećaja. Obitelj ovu promjenu ponašanja može doživljavati kao gubitak svog člana, one osobe koju je nekad poznavala, gubitak mogućnosti, očekivanja i planova koje je imala za tu osobu. Promjena ponašanja, osobito kod oboljelih od psihotičnog poremećaja, može biti velika u odnosu na stanje prije bolesti. Tuga može biti stalno prateća emocija, a gubitak nade može podržavati kronično stanje. Obitelji treba pomoć da bi obnovila nadu, postavila realistične ciljeve i prihvatila osobu onakvom

kakva jest. Ovaj problem može također imati i oboljeli član obitelji, stoga je u sklopu reakcije na bolest također potrebno istražiti očekivanja od liječenja u pogledu rezultata liječenja, tijeka bolesti i budućnosti oboljelog. Ova očekivanja treba raspraviti sa svim članovima obitelji, budući da ona mogu biti različita. Važno je raditi na realističnim očekivanjima od liječenja koja se baziraju na optimizmu i nadi u mogućnost oporavka. Važno je pojasniti da proces oporavka može biti spor i da ovisi o različitim faktorima. Tako, npr. nakon akutne psihotične epizode bolesti, članovi obitelji mogu očekivati da se oboljela osoba vrlo brzo vrati na raniji nivo funkcioniranja. Obitelj treba prilagoditi svoja očekivanja i formirati nove ciljeve jer njeni članovi inače razvijaju prekritičan odnos kojim usporavaju oporavak oboljelog člana. Liječnik treba prepoznati tugu i žalovanje kao reakciju na bolest bolesnog člana pa stoga rad s obitelji treba imati mjesto u planu liječenja. U psihološkom radu s obiteljima potrebno je pomoći obitelji da prevlada osjećaje gubitka i žalovanja. Ovi osjećaji vrlo su često nesvjesni, često su neprepoznati i nerijetko rezultiraju poricanjem bolesti, previsokim očekivanjima u odnosu na oboljelog, te pokušajima oboljelog da funkcionira iznad svojih mogućnosti, što često vodi u razočaranje, stres i povratak bolesti. Stoga je važno u radu s obiteljima omogućiti članovima obitelji da verbaliziraju svoje osjećaje gubitka i tuge. Grupe roditelja su posebno pogodne jer nošenje drugih obitelji s osjećajima gubitka i žalovanja može uvelike pomoći. Empatija i razumijevanje drugih koji su prošli isti ili sličan put nudi olakšanje.

DOŽIVLJAJ NEUSPJEŠNOSTI

Psihička bolest može ugroziti idealiziranu predodžbu obitelji, obitelj može nakon obolijevanja svog člana od psihičke bolesti, za razliku od obolijevanja od fizičke bolesti, početi sebe doživljavati kao neuspješnu. Povezivanje psihičke bolesti s odgojem može roditelja dovesti do zaključka da je neuspješno odgojio dijete. Ovo može ozbiljno narušiti samopoštovanje roditelja. Gubitak zadovoljavajuće slike o sebi dovodi do tjeskobe, srama i krivnje⁴. Odražavanje samopoštovanja ima za čovjeka vrijednost preživljavanja⁵, stoga je važno obitelji pomoći da održi samopoštovanje i odmakne krivnju.

STIGMA, SRAM I IZOLACIJA

Negativna percepcija psihičkih poremećaja i osoba koje boluju od psihičkih poremećaja održala se unatoč značajnom napretku suvremene dijagnostike i liječenja psihičkih poremećaja. Brojna istraživanja stavova o psihičkim poremećajima potvrdila su univerzalnost negativnih stavova prema psihičkim poremećajima te njihovu raširenost u javnosti⁶, ali i među profesionalcima iz područja zaštite mentalnog zdravlja⁷ i osobama koje boluju od tih poremećaja⁸ i njihovim obiteljima⁹. Stavovi prema psihički oboljelim osobama najčešće se odnose na opasnost, nepredvidljivost, nesposobnost psihički bolesne osobe, te želju za socijalnom distancom¹⁰⁻¹². Ovi su stavovi najčešće izraženi prema oboljelima od shizofrenije, dok su stavovi povezani sa slabošću karaktera i negacijom psihičke bolesti više povezani s depresijom. Stigma, kao oznaka srama, može izazvati više poteškoća u liječenju nego sama bolest¹³. Zbog stigmatizacije oboljeli i članovi obitelji osjećaju loše, mogu odbijati liječenje i izolirati se. Stigma stvara osjećaj niskog samopoštovanja, demoraliziranosti i straha bolesnika da će biti odbačeni, zbog čega i sami bolesnici i obitelj izbjegavaju komunikaciju i nerijetko ostaju izolirani.

Obitelj također može stigmatizirati oboljelog. Tako, npr. može imati osjećaj srama zbog simptoma bolesti koji su neuobičajeni ili zbog čudnog ponašanja svog oboljelog člana, može se sramiti predstavljajući osobu drugima ili odlazaka na javna mjesta plašeći se reakcija okoline na promijenjeno ponašanje bolesnog. Kod oboljelih od depresije obitelj može teškoće depresivne osobe vidjeti kao lijenost, a ne kao simptome bolesti. To također može biti slučaj kada oboljeli član ima tzv. negativne simptome shizofrenije, poput apatije i gubitka motivacije. Ovaj odnos obitelji može negativno utjecati na liječenje oboljelog člana.

Može se reći da obitelji imaju različite reakcije na obolijevanje svog člana od psihičke bolesti. Uobičajeno se radi o mješavini različitih emocija i razvoju reakcija od negacije preko tuge i žalovanja pa do promjene ponašanja koje mogu nekad rezultirati izolacijom cijele obitelji. Obitelj oboljelog od mentalnog poremećaja treba pomoć kako bi se mogla bolje nositi sa stresom bolesti svoga člana i pomoći mu u oporavku.

Primjer

Višegodišnja bolesnica koja boluje od povratnog depresivnog poremećaja nakon dulje remisije dolazi svom psihijatru vrlo uznemirena. Priča kako se mlađi sin oženio i o tome da je dobila unuku. Na psihijatrove čestitke odgovara: "Nije to stvar za čestitanje..." Pokazuje psihijatru otpusno pismo iz jedne psihijatrijske bolnice. Navodi da je to otpusno pismo njezine snahe: "Sad će Vam biti sve jasno. Radi se o shizofreniji. Ja sam se informirala i saznala da se radi o teškoj bolesti. Što je to moj sin izabrao... Što mu je to trebalo! Ona je draga i dobra osoba, ali što da mi radimo s njom. Sin je zaljubljen i ne da mu se ništa reći. Sad i to dajte... Ono će sigurno biti nenormalno. Još jedan bolesnik... ne može biti zdravo. Ja ga ne mogu niti gledati." Navodi da se dijete rodilo pred desetak dana, majka je bila otpuštena drugi dan, a liječnici nisu htjeli dati dijete majci nakon poroda, premda je s njim i s majkom sve bilo u redu " ...jer je majka duševni bolesnik" Tek kada su djetetov otac i bolesnica zahtijevali da se dijete pusti kući ono je pušteno i dano isključivo njima.

Bez obzira što je višegodišnja bolest mogla pojačati razumijevanje za psihičke poremećaje u ove bolesnice, ona je iskazala vrlo visok stupanj predrasuda i stigmatizacije u odnosu na bolest svoje snahe, ali i na budućnost svoje unuke. Jednako su se ponašali i liječnici koji su njenu snahu porodili, ne vjerujući da se takva majka imalo može brinuti o svom djetetu.

ŠTO POMAŽE OBITELJI U BOLJEM NOŠENJU S BOLESTI OBOLJELOG ČLANA

Edukacija o bolesti i identificiranje načina emocionalnog reagiranja u obitelji može pomoći obiteljima da reakcija na bolest ne dovede do disfunkcionalne komunikacije unutar obitelji koja će nepovoljno utjecati na oporavak oboljelog člana i zdravlje svih članova obitelji.

Edukacija o bolesti individualni je ili grupni postupak koji uključuje izmjenu informacija o bolesti i liječenju u interakciji terapeuta i bolesnika ili člana obitelji. To nije serija predavanja o simptomima psihičke bolesti i načinima liječenja, nego proces

koji se odvija u pozitivnoj terapijskoj atmosferi, a uključuje otvorenu diskusiju o simptomima bolesti te njezinim psihološkim i socijalnim posljedicama. Edukacija o bolesti treba potaknuti realistični optimizam i nadu u oporavak, stoga sve informacije o bolesti moraju biti stavljene u kontekst oporavka od bolesti. Edukacija uključuje strukturirane informacije o bolesti i liječenju koje također podrazumijevaju razumijevanje emocionalnih reakcija kako bi se pomoglo oboljelima i članovima njihove obitelji da se uspješno nose s bolesti^{14,15}. Radi se o procesu kroz koji bolesnik/obitelj razumije sve više o psihičkoj bolesti vezano uz simptome, liječenje i prevenciju recidiva, uključujući prepoznavanje simptoma bolesti, razumijevanje nastanka simptoma, kao i postupaka liječenja i samopomoći koji mogu pomoći u održavanju zdravlja¹⁴⁻²⁰. Cilj edukacije o bolesti je osnaživanje; time bolesnik i članovi obitelji mogu osjetiti da su u poziciji da utječu na svoju situaciju i upravljaju svojim životom. Tijekom edukacije o bolesti, osim informacija povezanih sa simptomima bolesti, liječenjem i oporavkom, važno je praraditi emocionalne aspekte doživljaja bolesti koji uključuju sve ranije navedeno (stigmatizaciju, izolaciju, depresiju, suicidalnost, osjećaj krivnje, srama, samopoštovanje, samopouzdanje, beznadnost te doživljaj gubitka koji prate različiti osjećaji poput tjeskobe, depresije, ljutnje i gubitka osjećaja). Jednom riječju, potrebno je ponuditi obitelji praradu različitih osjećaja koji se pojavljuju u sklopu reakcije na bolest.

U edukaciji je posebno važno pojasniti obitelji psihobiosocijalni model bolesti koji povezuje utjecaj bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, posebice osjetljivost na stresne događaje. Psiho-edukacija treba obuhvatiti i rad povezan sa stigmom i diskriminacijom koji uključuje učinkovite strategije u borbi protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije²¹. Stigma psihičke bolesti može biti veći problem od same bolesti i za bolesnika i za obitelj. Stigma je povezana s predrasudama o bolesti, vjerovanjem da je obolijevanje katastrofa, u neizlječivost, da je obitelj na neki način osramoćena i negativno obilježena. Obitelj se vrlo često zbog stigme osjeća odbačenom. Osjećaj odbačenosti temelji se na stvarnim iskustvima sa stigmom i diskriminacijom ili ga obitelj zamišlja zbog straha od odbacivanja. Sti-

gma može rezultirati izolacijom obitelji, bilo da drugi ljudi zbog predrasuda izbjegavaju obitelj koja ima oboljelog člana ili da se obitelj sama izolira zbog straha da može biti povrijeđena. Osjećaj odbačenosti obično je pomiješan s ljutnjom, krivnjom, sramom i nelagodnom. Rad u grupi s obiteljima dobro je mjesto za prevladavanje negativnih posljedica stigme. Članovi grupe često iznose primjere vlastite borbe sa stigmom, kao i niz pozitivnih primjera podrške iz okoline.

Reakcije obitelji na psihičku bolest oboljelog člana različite su; od negacije, tuge, žalovanja do doživljaja neuspjeha te srama i stigme. Reakcije obitelji, osobito one duge trajanja, mogu utjecati na ishod bolesti oboljelog člana i na rizik za bolest drugih članova obitelji, osobito kada se radi o dugotrajnosti bolesti.

Rad na emocijama i komunikaciji u obitelji

Istraživanja su pokazala da određeni načini komunikacije u obitelji mogu predstavljati rizik za ponovnu pojavu bolesti. Povezanost načina komunikacije s pogoršanjem bolesti najviše je istraživana u obiteljima sa psihotičnom članom, mada se može primijeniti i na obitelji s drugim psihičkim poremećajima^{22,23}. Rad na komunikaciji s obitelji uključuje prepoznavanje emocionalnih faktora koji pridonose pogoršanju stanja i rad na rješavanju problema povezanih s većim rizikom ponovne pojave bolesti.

Stručnjaci s Instituta za psihijatriju iz Londona niz su godina proučavali komunikaciju u obiteljima s članom oboljelim od shizofrenije i sličnih poremećaja i zaključili da preveliko zaštićivanje i prevelika kritika oboljelog člana obitelji loše utječu na njegov oporavak od psihoze. Ovaj način komunikacije nazvali su EE faktorom²⁴, faktorom povišene ekspresije emocija (engl. *expressed emotions*). Utvrdili su da, što je više ponašanja s povišenim EE faktorom, to je oboljelima od psihotičnih poremećaja teže izdržati takvu komunikaciju²⁴⁻²⁷. Stručnjaci su razradili metodu mjerenja EE faktora tako da su mjerili koliko su kritičkih komentara ili neprikladnih emocionalnih reakcija u pet minuta razgovora roditelji iznijeli govoreći o djetetu, procjenjivali su je li se to odnosilo na više

aspekata funkcioniranja ili se odnosilo na osobu ili na ponašanje. Kada je takvih komentara bilo više od tri, smatrali su da s takvom obitelji treba raditi. Primjerice, izjava poput ove: "Moj sin je po cijeli dan u krevetu"- može, ovisno o tonu glasa, biti i kritički i previše zaštitnički, ali i korektan komentar. Tijekom intervjua mjeri se ponašanje, kritičnost, hostilnost, prevelika zaštita, empatija i podrška te emocije: ljutnja, ljutnja s odbacivanjem, krivnja, strah, toplina i ljubav.

Zbog značaja promjene načina komunikacije u obiteljima u kojima prevladava pretjerano kritiziranje i pretjerano zaštićivanje, ovdje se iznose preporuke za promjenu prema optimalnoj komunikaciji u kojoj prevladavaju toplina, empatija i briga. Ovo predstavlja sintezu preporuka autora koji su se bavili radom s obiteljima sa psihotičnim članom^{24,28,29} i naših iskustava u radu s obiteljima.

Postupci koji smanjuju pretjeranu kritičnost

Emocija ljutnje često je povezana s prevelikom kritikom. Istraživanja pokazuju da se ljutnja najčešće pojavljuje u odnosu na ponašanja bolesnika koja sliče normalnim, odnosno prema negativnim (pasivizacija, nemotiviranost, izolacija, "lijenost") i kognitivnim (teškoće u pamćenju, planiranju, rješavanju problema) aspektima bolesti kod npr. shizofrenije, ili kod maničnog bolesnika kad npr. nerazumno troši novac. Da bi se smanjila pretjerana kritičnost koriste se sljedeći postupci u radu s obitelji: edukacija o bolesti kojom se objašnjava povezanost određenog ponašanja s bolesti i preoblikovanje ljutnje u brigu kroz objašnjenje da ljutnju osjećamo samo prema nekome do koga nam je zaista stalo i da je i ona oblik brige i izraz ljubavi za oboljelog i metoda rješavanja problema i konflikata. Obitelji se savjetuje da je najbolje da se članovi direktno obraćaju jedni drugima imajući pri tome vizualni kontakt. Primjedbe koje upućuju jedan drugome trebaju biti konkretne i odnositi se na ponašanje, a ne na ličnost. Primjerice, mnogi oboljeli od shizofrenije imaju problema s jutarnjim ustajanjem, spavaju do podne, što vrlo često izaziva ljutnju obitelji. Obitelj vrlo često označava ovo ponašanje koje ima veze s bolesti kao lijenost; primjedbu "Lijen si, spavaš cijeli dan!" trebalo bi preformulirati poput "Željela bih da ustaješ ujutro na vrijeme da mi pomogneš oko nabave hrane".

Na ovaj način terapeut obitelji demonstrira mogućnosti promjene komunikacije koja bi mogla rezultirati smanjenim rizikom za pogoršanje bolesti, a i promjenom ponašanja oboljelog prema bolje prilagođenom ponašanju. U slučajevima kada ljutnja prerasta u hostilno ponašanje najčešće se radi o odbacivanju i vrlo je malo mogućnosti za promjenu ponašanja. U ovim slučajevima organizirano stanovanje izvan obitelji može biti dobro rješenje za bolesnika i za obitelj.

Postupci koji smanjuju preveliku zaštitu

Prevelika zaštita odnosi se na pretjerano zaštitničko ponašanje prema bolesniku koje ne potiče njegovu inicijativu i samostalnost. Bolesnik se tretira kao bespomoćno i nesposobno dijete koje gotovo ništa nije u stanju napraviti samo i za sve treba pomoć roditelja. Pozadina ovakvog ponašanja može biti povezana s osjećajima krivnje i straha. Tijekom intervjua kod majke, oca ili kod oboje uočava se prevelika količina emocija, previše zaštitnički odnos prema bolesniku, samožrtvovanje i prevelika identifikacija s bolesnikom. U odnosu između roditelja i oboljelog evidentna je obostrana ovisnost i tjeskoba odvajanja. U ovom tipu odnosa u radu s obitelji cilj je postići viši nivo separacije, u kojem će obje strane osjećati manji strah i smanjiti ovisnost jednih o drugima. Konačna dobit za bolesnika je izgrađeno samopouzdanje i sposobnost da brine o sebi, a za roditelje smanjenje straha i osjećaja krivnje i povećanje vremena za vlastite aktivnosti kroz ponovnu izgradnju socijalnih mreža i interesa. Proces je najčešće dugotrajan i obično treba i više godina da se komunikacija promijeni.

Obitelji s niskim EE faktorom

Niski EE faktor u obiteljima²⁴ povezan je s optimalnim odnosom i zaštitni je faktor koji prevenira ponovnu pojavu bolesti. To je odnos kojem treba težiti. Članovi obitelji u kojima prevladava niski EE faktor pokazuju toplinu i empatiju, te sposobnost za pozitivno sučeljavanje s bolešću. Ove obitelji često koriste strategije koje smanjuju povećanu napetost, npr. *strategiju "time-outa"*, kada roditelj sinu koji je jako napet predloži da prošetaju. *Strategija distrakcije* bazira se na odvlačenju pažnje od uznemirujućih situacija, kao npr. kada roditelj kćeri koja je uzbuđena jer joj se čini da se o

njoj priča na televiziji predloži da zajedno popiju kavu. *Testiranje realiteta* također može pomoći, npr. kada otac sinu koji misli da postoji mikrofon u utičnici kojim ga prisluškuju predloži da rastavi utičnicu i provjeri je li to zaista tako. Moguća je primjena tzv. *zaštite vlastitog prostora*, npr. kada supruga predloži suprugu koji cijelo vrijeme glasno priča s nepostojećim osobama da to nastavi u drugoj sobi, s obzirom na to da ona zna da on ne može prestat razgovarati s njima.

Odnos stručnjaka prema obitelji

Rad s obitelji treba biti dio standardnog liječenja osoba sa psihičkom bolesti. Ovisno o težini poremećaja, reakciji obitelji i pristanka bolesnika procjenjuje se potreba rada i intenzitet rada s obiteljima. Osnovne informacije o bolesti korisne su bez obzira na dijagnozu poremećaja zbog koje se član obitelji liječi i trebaju ih pružiti liječnici koji sudjeluju u liječenju oboljelog. Tako je npr. vrlo korisno da obitelj zna kako se ponašati u slučaju napadaja panike ili na koji način pružiti podršku oboljelima od depresije. U slučajevima kada se procjenjuje da je komunikacija unutar obitelji poremećena ili da reakcija obitelji na bolest svog člana nepovoljno utječe na liječenje, potrebno je intenzivnije raditi s obitelji. U radu s obitelji sudjeluju različiti stručnjaci koji imaju edukaciju za rad s obitelji. Mogu biti stručnjaci različitog profila, poput liječnika, psihijatar, socijalnih radnika, psihologa, radnih terapeuta i medicinskih sestara. Bez obzira na intenzitet rada s obiteljima vrijede neke opće smjernice. Stručnjaci rade u partnerstvu s obiteljima, cijeneći njihovo iskustvo života s bolesnikom i željnu da mu pomognu. U radu s obitelji potrebno je članove obitelji poučavati potrebi jasne komunikacije, direktnog obraćanja i slušanja. Ove primjere dobre komunikacije potrebno je demonstrirati vlastitom komunikacijom u radu s obitelji. Svi članovi obitelji imaju pravo na ravnopravnu komunikaciju. Oboljeli član obitelji nerijetko se isključuje iz komunikacije. Na ovo treba uvijek upozoriti obitelj i pomoći oboljelom članu da dođe u ravnopravnu poziciju u komunikaciji. Kada postoji sukob u obitelji važno je nepristrano saslušati sve strane i tražiti izlaz u kompromisu. Posebno je važan način na koji stručnjaci postupaju s osjećajima. Tijekom rada s obitelji oni moraju pokazati empatiju za osjećaje člano-

va obitelji. Moraju znati pažljivo postupati s negativnim emocijama obitelji kako bi ih mogli preformulirati u osjećaje brige i pomoći obitelji da nezadovoljstvo rješava na konstruktivniji način.

ZAKLJUČAK

Reakcije obitelji na psihičku bolest oboljelog člana različite su; od negacije, tuge, žalovanja do doživljaja neuspješnosti te srama i stigme. Reakcije obitelji, osobito one duljeg trajanja, mogu utjecati na ishod bolesti oboljelog člana i na rizik za bolest drugih članova obitelji, osobito kada se radi o dugotrajnosti bolesti, stoga je rad s obiteljima oboljelih od psihičkih poremećaja učinkovit psihosocijalni postupak povezan s manjim rizikom pogoršanja bolesti, rjeđim hospitalizacijama i poboljšanjem zdravlja članova obitelji.

LITERATURA

- Trangkasombat U. Family Functioning in Mental Illness: A study in Thai Families with Depressive Disorders and Schizophrenia. *Journal of Family Psychotherapy* 2008; 19:187-201.
- Alexander E, Morison B. *Mental Illness and the Family* Brigham Young University 2004.
- Peretez D. Development, object –relationship, and loss. In: Schoenberg A, Peretez D, Kutscher A (eds). *Loss and grief: Psychological management in medical practice*. New York: Solumbia University Press, 1970.
- White R. Strategies for adaptation: An attempt at systematic description. In: Coelho GV, Hamburg DFA, Adams JE (eds). *Coping and adaptation*. New York: Basic Book, 1974.
- Goldschmidsh W. Etiology, ecology and ethnological realities. In: Coelho GV, Hamburg DFA, Adams JE (eds). *Coping and adaptation*. New York: Basic Book, 1974.
- Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA et al. WPA. World Psychiatric Association. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(10):475-82.
- Ivezić S, Bajs-Bjegović M, Maroević S, Jagodić-Kuterovac G, Ljubimir V. Stigma of Schizophrenia and Mental Health Professionals 39 th International Neuropsychiatric Symposium Pula 1999. *Neurol. Croat.* 1999;48, Suppl 22-23.
- Ertrugl A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004;39: 73-7.
- Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizoph Bull* 1989;15:131-9.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
- Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:953-8.
- Link BG. Understanding Labeling Effects in the area of mental disorders: An assessment of the effect of expectations of rejection. *American Journal of Community Psychology* 1987;11:261-73.
- Kadri N, Sartorius N. The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. *PLoS Med*, 2005; 2.
- Hayes R, Gannat A. Patients psychoeducation: the therapeutic use of knowledge for the mentally ill *Soc. Work Health care* 1992;17:53-67.
- Štrkalj Ivezić S, Urlić I, Mihanović M, Restek Petrović B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. *Medix Supp I*, lipanj 2008.
- Motlova L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia *Pharmacopsychiatry* 2000;33:47-8 .
- Dodler CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medications adherence: review of recent literature *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003;23:389-99.
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in Schizophrenia – Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Sch Bull* 2006;32:765-75.
- Lam D. Psychosocial family interventions in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine* 1991;21:423-41.
- Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusion from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006;32 Suppl 1:S64:80.
- Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski J, Mathisen J et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:187-95.
- Hooley JM. Expressed emotion and depression: interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *J Abnorm Psychol* 1986;95:237-46.
- Fischmann-Havstad L, Marston AR. Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *Br J Clin Psychol* 1984;23:265-71.
- Brown GW, Biryly JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241.
- Kuipers E, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia. A practical guide*. 2nd ed. London: The Royal College of Psychiatrists; 2002.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Falloon IR. Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *J Abnorm Psychol* 1983;92:359-67.
- Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H. Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychol Med* 1999;29:801-11.
- Wing J. The social context of schizophrenia. *Am J psychiatry* 1978;135:1333-9.
- Falloon IR. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2: 20-37.
- McFarlane WR. *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders* New York London: The Guilford Press, 2002.