

Nada kao klinička varijabla: ono što me psihijatrijska bolnica naučila o obitelji



piše Andrea Marinac

Prošli tjedan sam brusila kliničko iskustvo u psihijatrijskoj bolnici na jednom hrvatskom otoku, u sredini koja se ne opisuje lako onome tko tamo nije radio. Tamo su smješteni kronični bolesnici, ljudi s recidivirajućim tijekom, forenzički pacijenti. Dakle populacija koja se u statistikama vodi kao "loša prognoza". Ljudi koje je sustav, a često i vlastita obitelj, davno prestao očekivati natrag.

Kao sistemski obiteljski terapeut, tamo sam bila prisiljena testirati vlastite pretpostavke o obiteljskim sustavima na najtežem mogućem materijalu.

Dijagnoza opisuje površinu, ne uzrok

Ono što u takvoj sredini najprije naučiš jest da dijagnoza opisuje površinu. Shizofrenija, poremećaj ličnosti, ovisnost, forenzička anamneza, to su kategorije koje ti kažu što se vidi, ali ne i kako je nastalo. A kad kao terapeut skineš dijagnostičku etiketu i počneš čitati anamnezu unatrag, do djetinjstva, do prve mreže odnosa u kojoj se čovjek formirao, najčešće se ispod svega pojavi ista struktura. Priča o obitelji koja nije marila. Koja je zanemarivala, ponižavala, zlostavljala. Obitelj koja u razvojnoj fazi nije bila sigurna baza, nego izvor kronične traume.

Bolest koja je imala kućnu adresu

To nije romantična slika obitelji iz udžbenika, i namjerno je ne ublažavam. U sistemskom radu obitelj se prikazuje kao primarni resurs i jest. Ali forenzička i kronična populacija pokazuje drugu stranu iste tvrdnje: obitelj je i etiološki faktor. Ista struktura koja može biti najsnažniji zaštitni mehanizam u razvoju, kod velikog broja ovih pacijenata bila je upravo ono što je proces razboljevanja pokrenulo i održavalo.



Dvije populacije, ista dijagnoza, različit ishod

Ali ono što me klinički najviše obilježilo nije bila ta tamna strana. Nego jedna varijabla koju nijedan dijagnostički priručnik ne kodira, a u praksi razdvaja ishode oštrije od gotovo svega drugog.

Nada.

Na istom odjelu, s usporedivim dijagnozama i usporedivom težinom slike, vidjela sam dvije potpuno različite populacije pacijenata. Jedni su bili sami. Bez posjeta, bez poziva, bez adrese na koju bi se vratili. Za njih je bolnica postala trajno stanje, ne epizoda. I drugi — oni koji su iza sebe imali obitelj koja je zvala, dolazila, čekala. Ti pacijenti su funkcionirali drukčije. Živjeli su za svaki telefonski poziv. Za svaki posjet. Za mogućnost da jednom izađu i vrate se kući. Ta orijentacija prema van, prema nekome tko ih čeka, djelovala je kao stabilizirajući faktor jači od dijela onoga što nudimo institucionalno.

Protektivna obitelj, dakle, ne djeluje apstraktno. Ona djeluje kroz vrlo konkretan mehanizam: održava nadu. A nada u ovoj populaciji nije emocija, nego prognostički čimbenik. Pacijent koji ima kamo otići i koga radi ozdraviti drži se procesa liječenja drukčije od pacijenta za kojeg izlazak ne znači ništa jer ga vani ne čeka nitko.

Iz toga za mene kao terapeuta slijedi vrlo praktičan zaključak. Kad radim s obitelji, ne radim samo na razrješavanju obrazaca. Radim na održavanju te niti prema van, jer za pacijenta ta nit često nosi funkciju koju terapija sama ne može nadomjestiti.

Ljudi koji drže sustav tiho, bez reflektora

I na kraju, jedna napomena koju bi bilo neprofesionalno prešutjeti.

Ljudi koji u takvim uvjetima rade rade nešto što se rijetko vidi i još rjeđe priznaje. S najtežom populacijom, bez javne vidljivosti i bez adekvatne kompenzacije. Osoblje koje svakodnevno pristupa pacijentima koje je ostatak svijeta otpisao drži jedan cijeli segment sustava na sebi, tiho i bez priznanja. To nije patetika. To je činjenično stanje.

S tog otoka sam otišla s manje iluzija o obitelji kao automatskom dobru, i s jednim uvidom koji od tada nosim u svaki proces: težina dijagnoze nije ono što presuđuje. Presuđuje ima li čovjek kamo i kome se vratiti.

Obitelj koja je zadržala tu funkciju daje pacijentu nadu, a nada je, pokazalo se, jedna od najmoćnijih kliničkih varijabli koje uopće postoje.

