

Józefa Anna Pielkowa

Pomoc rodzinie w opiece nad chorym na schizofrenię

Pedagogika Rodziny 3/4, 27-36

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Józefa Anna Pielkova

Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna

Pomoc rodzinie w opiece nad chorym na schizofrenię

Family suport in taking care of an ill person

Wprowadzenie

Schizofrenia to choroba społeczna, która w społeczeństwie wywołuje lęk. Jest swoistego rodzaju wyrokiem skazującym na izolację chorego. W okresie choroby, jak również po – czyli czasie przystosowania się do choroby przewlekłej – nieodzowna jest dla chorego opieka i pomoc. Rosnące zainteresowanie społeczne nieprofesjonalnymi formami opieki zdrowotnej znalazło wyraz w uznaniu przez Światową Organizację Zdrowia potrzeby włączenia laików do jak najszerzego udziału w opiece zdrowotnej. W pierwszej formie tej opieki znalazła się rodzina chorego, dalsi krewni, sąsiedzi, znajomi oraz wszelkie grupy samopomocy [Firkowska-Mankiewicz 1991, s. 234].

Przeprowadzone na małej grupie osób chorych na schizofrenię badania pedagogiczne, metodą indywidualnych przypadków, techniką wywiadu z rodzicami, rozmową z chorymi oraz obserwacją i analizą dokumentów wskazały na istotę pomocy rodzinie.

Do udziału zakwalifikowano chorych ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Głównym obiektem poznania była rodzina jako dynamiczny system wspierający i świadczący pomoc choremu na schizofrenię. Ujęcie problematyki wpływu choroby na życie rodziny z punktu widzenia familiologii pozwoliło dostrzec konsekwencje tego stanu i zakres pomocy rodzinie.

Schizofrenia – jej rodzaje i przyczyny zachorowań

Pojęcie schizofrenii sformułował w roku 1911 Eugeniusz Bleuler od greckiego schizo – rozszczępiam, rozłupuję, rozdzieram i fren – przepona, serce, umysł,

wola. Za objawy podstawowe schizofrenii Bleuler uznał autyzm – czyli odcięcie się od świata otaczającego i życie światłem własnym, dalekim od obiektywnej rzeczywistości oraz rozszczepienie (schizis), czyli dezintegracja wszystkich funkcji psychicznych [Kępiński 1974, s.2].

Schizofrenia występuje najczęściej między pokwitaniem a pełną dojrzałością (15 a 30 r.ż.). Jest więc chorobą ludzi młodych wchodzących dopiero w życie. W dzieciństwie spotykane są tylko poszczególne fragmenty schizofrenii, jak autyzm, dziwaczności zachowania się lub mowy, ataki lęku z omamami, które nie tworzą jednak pełnego obrazu choroby. „Przy wszystkich blaskach młodości – jak pisał A. Kępiński – jest to okres życia bardzo trudny, nieraz tragiczny w spięciu między marzeniami a rzeczywistością, w dążeniu do sprawdzenia siebie, w łamaniu się młodzieńczych ideałów” [Kępiński 2001, s.13].

Od schizofrenii nie jest wolna żadna rasa ludzka, klasa społeczna, nie chroni przed nią żadna religia ani kultura; występuje u ludzi o wszystkich konstytucjonalnych typach budowy ciała. Około 1% ogólnej populacji zapada na schizofrenię w jakimś okresie swego życia, a każdego roku, na każde sto tysięcy osób kilkadziesiąt przeżywa pierwszy epizod tej choroby [Jonem, Buckley 2005, s. 1]. Około jednej czwartej do połowy pacjentów szpitali psychiatrycznych stanowią chorzy na schizofrenię. Około jedna trzecia pacjentów ma w swoim życiu tylko jeden epizod choroby i nigdy potem nie dochodzi u nich do nawrotów objawów. Następna jedna trzecia ma co pewien czas nawrót, a między nawrotami objawy uciszają się lub całkowicie ustępują. Jest jednak taka grupa chorych, u której nie notuje się wyraźnej i trwałej poprawy (ok. 1/3 ogółu) [Barbaro, Ostaja-Zawadzka 1992, s.9].

Kryteria rozpoznawania schizofrenii i związanych z nią zespołów pojawiły się w połowie XX wieku. Wprowadzono podział objawów schizofrenii na pozytywne (wytwórcze, czyli „dodane” (omamy i urojenia) i negatywne (ubytkowe, przejawy deficytu lub utraty niektórych funkcji psychicznych) [Hitze 2010, s.20]. Przy objawach „dodanych” osoba chora słyszy dźwięki, w których nikt inny z obecnych nie słyszy. Objawy negatywne przybierają postać otępienia, apatii, anhedonii (obniżona zdolność do przeżywania przyjemności i radości) czy logii – ubóstwo wypowiedzi [Mueser, Gingerich 1996, s. 51]. Za istotne objawy choroby uznaje się wcześniej pojawiające się deficyty funkcji intelektualno-poznawczych. Deficyty poznawcze obejmują zarówno osłabienie inteligencji ogólnej, jak i wybiórcze upośledzenie niektórych aspektów pamięci, uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych, bądź zdolności językowych. W szczególności dotyczą procesów związanych z przetwarzaniem informacji, planowaniem i myśleniem abstrakcyjnym, rozwiązywaniem problemów, określanych ogólnie jako procesy wykonawcze [Rybakowski, Borkowska 2001, s. 56].

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zawiera cztery postacie schizofrenii.

1. Schizofrenia paranoidalna – najczęstsza postać choroby, którą charakteryzują

urojenia i omamy, nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne, bezcelowe zachowania, liczne manieryzmy. Pamięć chorego jest niekiedy zdumiewająca, pamięta dokładnie, co ktoś przed laty powiedział, jak się zachował. Ta nadzwyczajna pamięć (hipermnezja) dotyczy tylko przypadków mieszczących się w obrębie systemu urojeniowego. Spostrzeganie jest zaostrome; chory zauważa gesty, grymasy twarzy, fragmenty rozmowy np. przechodniów na ulicy, wszystko to jego dotyczy, nie ma rzeczy bez znaczenia dla niego, ponieważ tworzą konstrukcję urojeniową. Według chorego wszystko jego dotyczy, znika umiejętność oddzielenia tego, co go nie dotyczy.

W tym urojeniowym świecie chory może zajmować pozycję „na górze” lub „na dole”; rządzi światem lub jest przez niego rządzonym. W pierwszym przypadku są to urojenia wielkościowe – chory czuje się wszechmocny, może odczytywać cudze myśli, wydawać na odległość rozkazy, jest szatanem, świętym itd. W drugim przypadku występują urojenia prześladowcze – chory czuje się śledzony, nie ma własnej woli, na nic dobrego nie zasługuje, czeka go tylko sąd i potępienie. [Kępiński 1974, ss. 15–30].

2. Schizofrenia hebefreniczna – w tej formie choroby występuje nadmiar inicjatywy i ruchliwości, przesadna wesołkowatość, pod którą wyczuwa się pustkę i niechęć do życia, chory wszystkich zaczepia, nie uznaje dystansu, stawia głupie pytania, polecenia spełnia na opak, odpowiedzi daje niedorzeczne niezwiązane z pytaniem, przeskakuje z tematu na temat, kojarząc według przypadkowego podobieństwa słów, tworząc neologizmy.
3. Schizofrenia katatoniczna – dominują w niej zaburzenia psychomotoryczne. Dynamika ruchu wyróżnia formę katatoniczną. Zarówno zahamowaniu ruchowemu, jak i podnieceniu towarzyszy niesłuchanie silne uczucie lęku. Między obu skrajnymi obrazami ekspresji ruchowej – szalu i osłupienia – mieszczą się różne stopnie pobudzenia i zahamowania ruchowego. Pobudzenie przejawia się powtarzaniem tych samych słów, tego samego grymasu lub tego samego gestu. Natomiast zahamowanie ruchowe polega na utrwaleniu się określonej postawy ciała, jakiegoś gestu czy grymasu twarzy, które nie harmonizują z aktualną ekspresją ruchową np. chory śmieje się, ale część twarzy jest nieruchoma, zastygła w innym wyrazie mimicznym, smutku czy gniewu, samorzutnie przyjmuje i utrzymuje dziwaczne pozycje ciała np. uniesioną rękę lub nogę utrzymuje przez długi czas, znacznie przekraczający granice wytrzymałości człowieka zdrowego psychicznie.
4. Schizofrenia prosta – charakteryzuje się stopniowo narastającym zubożeniem, apatią, obniżeniem nastroju. Chory przestaje się interesować losem własnym i swoich najbliższych. Nawet śmierć najbliższej osoby przyjmuje nieraz z obojętnością, natomiast drobne przykrości mogą wywołać gwałtowne wybuchy złości czy przygnębienia. Stroni od innych, czasem przez dłuższy czas nie wychodzi z domu, by nie stykać się z ludźmi. Zmuszony do kontaktu towa-

rzyskiego, zamyka się w sobie, nie bierze udziału w rozmowie. Zapytany, daje zdawkowe odpowiedzi lub zbywa pytania milczeniem. Wobec najbliższych staje się coraz bardziej daleki i obcy. Czasem przeraża rodziców wybuchem wściekłości, ordynarnego zachowania, próbą ucieczki lub samobójstwa. Na ogół jednak jest dobry, posłuszny. Rodziców, zwłaszcza trochę despotycznych, cieszy takie dobrze ułożone dziecko, choć już dzieckiem dawno być przestał. Centralnym tematem zainteresowań chorego staje się dość często własne ciało, jego zewnętrzny wygląd lub wewnętrzna struktura. Twierdzi np., że ma za długi nos, zbyt wypukłe oczy, grube nogi itp. Nie wychodzi więc na ulicę przekonany, że ludzie z niego się śmieją, domaga się operacji plastycznej. Po jej wykonaniu znów znajduje coś rażącego w swej twarzy lub w innej części ciała. Chory często rozmyśla nad bezsensu życia. Z czasem dziwactwa się mnożą. Ten cichy typ schizofrenii – jak podkreślał A. Kępiński – jest z punktu widzenia lekarskiego najniebezpieczniejsze, gdyż zwykle wiele czasu upływa nim najbliżsi zorientują się, iż chory wymaga psychiatrycznej opieki [Kępiński 1974, s. 16].

Wyjaśnienie przyczyny choroby wiąże się z wieloma teoriami, które zaproponowano na przestrzeni ostatnich 100 lat. Najbardziej rozpowszechniona z nich utrzymuje, że choroba polega na zaburzeniu równowagi chemicznej w mózgu, a mianowicie brakiem odpowiedniej równowagi w zakresie uwalniania i absorpcji neurotransmiteru zwanego dopaminą. Jego działanie łączone jest z regulacją myślenia i reakcji emocjonalnych, a więc obu dziedzin, których upośledzenie występuje w schizofrenii. Mimo trudności w ostatecznym rozstrzygnięciu, czy rzeczywiście występuje zaburzenie równowagi w zakresie tego związku chemicznego, dopaminowa hipoteza istoty schizofrenii jest obecnie najszerzej akceptowaną biologiczną teorią choroby i stanowi podstawę dalszych badań nad przyczynami schizofrenii [Mueser 1996, s. 26].

Badacze zajmujący się zagadnieniem dziedziczności schizofrenii nie kwestionują samego mechanizmu dziedziczenia, lecz jest on we współczesnej nauce skomplikowany i nie do końca zbadany. Wielu rodziców osób chorych na schizofrenię to ludzie zdrowi i przeciwnie, większość potomstwa chorych na schizofrenię nie choruje na tę chorobę [Barbaro, Ostoja-Zawadzka 1992, s. 14].

W dociekaniach w oparciu o teorię środowiskową podkreśla się rolę struktury i atmosfery rodzinnej.

Struktura i atmosfera środowiska rodzinnego chorego

Struktura jest układem części składowych oraz zespołem związków między nimi odpowiednim dla danego systemu jako całości. Dla struktury rodziny znamienne jest występowanie pewnego układu elementów niezbędnych do jej funkcjonowania.

Rodzina jest podstawową małą grupą, a zarazem instytucją; jest równocześnie statyczna i dynamiczna, gdyż nieustannie zmienia swoją strukturę, zachowując

właściwą jej specyfikę, siłę i możliwości oddziaływania wychowawczego na swych członków.

Schizofrenia stawia człowieka wobec problemów jego środowiska życia. Ponieważ wymiana informacyjna dotyczy przede wszystkim sygnałów pochodzących ze środowiska społecznego, więc w relacjach z nim badacze doszukują się genezy patologii schizofrenii.

Zasadniczym warunkiem wejścia w wymianę informacyjną z otoczeniem jest przyjęcie postawy „do”. Obserwacja niemowląt pozwala już zauważyć znaczne różnice w poziomie ich postawy „do” otoczenia. Jedne uśmiechają się, wyciągają rączki do osób ich otaczających, inne są zalęknione, często płaczą, co jest wyrazem, że otaczający świat jest dla nich przykry. Pogodny nastrój, który jest subiektywnym odpowiednikiem wzmożonej dynamiki życiowej, koreluje ze wzrostem uczuć pozytywnych, tj. z rozwojem postawy „do”. A nastrój obniżony koreluje ze wzrostem uczuć negatywnych do otoczenia. W psychiatrii dominuje pogląd, że przyszli schizofrenicy są „jakby delikatniejsi i wrażliwsi, wskutek czego czynniki patologiczne tkwiące w środowisku rodzinnym łatwiej wywołują u nich wycofywanie się z kontaktów z otoczeniem [Kępiński 1987, s. 146].

Lęk przed ludźmi towarzyszy chorym na schizofrenię nieraz przez całe życie. Pojawia się już w dzieciństwie, chociaż częściej w wieku pokwitania. Łatwo przyjmują oni postawę wycofującą, gdy trzeba wejść w świat społeczny, boją się nowych ludzi, nowego środowiska.

W badanej grupie 11 osób (cztery kobiety i siedmiu mężczyzn w wieku 15–33 lat) w rodzinie pełnej żyje siedem osób, a niepełnej (brak ojca) cztery osoby. Średnia wieku rodziców wynosi 57 lat [Konefał 2012, ss. 41–45]. Tylko jeden z chorych był w związku małżeńskim, z którego ma 13-letniego syna wychowywanego przez byłą żonę. Wszyscy chorzy żyją w rodzinach macierzystych, w stanie wolnym. Każdy z jedenastu badanych posiada nieliczne rodzeństwo (1–2). Chorzy osiągnęli wykształcenie: na poziomie zasadniczym zawodowym – 6 osób, na poziomie średnim z maturą – 3 osoby i dwie ukończyły szkołę średnią bez matury. Chorzy nie są w stanie kontynuować nauki i nie pracują.

Matki posiadają wykształcenie głównie na poziomie średnim (6 osób), zawodowe – 2 osoby i wyższe – 3 osoby. Średni poziom wykształcenia zaznaczył się także w grupie ojców (3 osoby), a pozostali posiadają wykształcenie zasadnicze zawodowe – 2 osoby i wyższe – 2 osoby. „Status edukacyjny rodziny – jest czynnikiem najsilniej różnicującym poziom funkcjonowania rodziny w obliczu choroby lub niepełnej sprawności, /.../ Ważniejsze jest znalezienie się w sieci wymiany społecznej na drodze wzajemności świadczeń i usług niż bezpośrednio ich kupowanie. Powiązania wewnątrzrodzinne stanowią najważniejszy kanał docierania do tak zwanych dóbr rzadkich, wśród których poczesne miejsca zajmują ludzie (dyspenci świadczeń), instytucje i środki materialne służące zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Ta swoista odmiana nepotyzmu staje się jednym z ważniejszych acz

niedocenianych źródeł zróżnicowania społecznego prowadzącego w warunkach konstytucyjnie gwarantowanej zasady równej dostępności i odpowiedniej jakości świadczeń medycznych do wtórnego upośledzenia w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych” [Woźniak 1990, ss. 136–137].

Choroba psychiczna (taka jak m.in. schizofrenia) wymaga zmiany w funkcjonowaniu rodziny na wielu jej płaszczyznach. Zmienia się hierarchia realizowanych celów i wartości, często występuje zmiana planów krótko i długoterminowych, nabywanie nowych ról i umiejętności oraz kształtowanie osobistego stosunku do zachodzących zmian.

W przeprowadzonych wycinkowych badaniach (w ramach pracy magisterskiej, wykonywanej pod kierunkiem autorki) stwierdzono, że ciężar zapewnienia opieki choremu (poza okresem pobytu w szpitalu) spoczywa głównie na matkach. Konsekwencjami takiego obciążenia w zakresie funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej są zmiany w sprawowaniu innych funkcji, np. wcześniejsze przejście matki na emeryturę, zwiększenie godzin pracy zarobkowej ojca, ograniczenie spotkań rodzinnych sąsiedzkich i koleżeńskich. Badani nie czują się bezpiecznie w zbyt licznym gronie osób, mają trudności w prowadzeniu rozmowy i odpowiadaniu na „zbyt wścibskie pytania krewnych”. Ponad połowa z nich unika kontaktów poza rodziną – nie uczestniczą we wspólnie obchodzonych świątach i innych uroczystościach. Lęk przed bliskością i kontaktem z innymi ludźmi powoduje silną tendencję do izolacji i kontroli. W pięciu przypadkach rodzice oświadczyli, że od „czasu do czasu, chcą побыć z rodziną i znajomymi sami”.

Zachowania związane z chorobą córki/syna w badanych rodzinach uzależnione są w istotny sposób od: wykształcenia rodziców, poziomu wypełniania funkcji materialno-ekonomicznej, obciążeń wynikających ze struktury (rodziny niepełne). Rodziny niepełne żyły poniżej minimum socjalnego.

Niskie emerytury, przy obecnych kosztach utrzymania, wystarczają zaledwie na opłacenie rachunków i staranne wyżywienie. Brak dostatecznych środków do życia, brak stabilizacji finansowej sprawia, sprawiają, że atmosfera domowa jest niekorzystna, powodują konflikty i kłótnie, co nie sprzyja spokojnemu zachowaniu osoby chorej. Chorzy nie mają możliwości pójścia do kina, zakupu płyt z ulubioną muzyką, czy wyjazdu w upragnione okolice. Warunki życia większości chorych sprawiają, iż są oni niezadowoleni z istniejącego stanu, z relacji z innymi ludźmi i życia uczuciowego. Poziom niezadowolenia jest tym wyższy, im dłuższy jest okres chorowania. Im krótszy okres choroby, tym większe zadowolenie z życia i częstsze okazywanie sobie serdecznych uczuć i łagodzenia konfliktów, co niewątpliwie sprzyja stwarzaniu psychicznego oparcia i lepszego klimatu w rodzinach chorujących osób.

Opieka nad chorym w rodzinie

Znaczenie rodziny jako czynnika chroniącego zdrowie, dającego oparcie, zaspokajającego potrzeby, których jednostka nie umie, nie może lub nie jest w stanie

samodzielnie zaspokoić, żeby zachować równowagę biologiczną i psychiczną wynika z faktu, że jest ona podstawową grupą wsparcia.

Jednym z podstawowych instytucjonalnych zadań rodziny jest opieka nad tym jej członkiem, który ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić własnych potrzeb. W rodzinie tkwi naturalny potencjał opiekuńczy. Mężczyźni są bardziej skłonni pomagać w sposób heroiczny i rycerski, kobiety wybierają formy pomocy wymagające długotrwałych poświęceń i wyrzeczeń [Aronson, Wilson, Akert 1994, s. 471].

Opieka rodziny nad chorym stanowi najlepszą jej formę, pod warunkiem, że środowisko to potrafi stworzyć – jak pisał A. Kępiński – atmosferę macierzyńskiego ciepła. Otoczenie społeczne jest dla chorego na schizofrenię obce, zimne, nieraz wrogie. Chory odczuwa lęk, ucieka przed kontaktami z ludźmi. Musi na nowo przeżyć swoje dzieciństwo, odczuć macierzyńskie ciepło [Kępiński 1974, s. 257].

Zarówno rodzina, jak i chory potrzebuje czasu, aby oswoić się z sytuacją po zdiagnozowaniu stanu zdrowia. Aby zacząć funkcjonować zgodnie z wymaganiami sytuacji, trzeba nauczyć się zachowań przystosowawczych, a do tego niezbędna jest ze strony placówek służby zdrowia, a przede wszystkim ze strony lekarza prowadzącego pomoc, która powinna oznaczać:

- wyposażenie członków rodziny w niezbędną do opieki wiedzę na temat choroby, jej istoty, pojawiających się ograniczeniach, remisji, niezbędnych działaniach mających przynieść zahamowanie rozwoju choroby lub ograniczenie zagrożenia jej zaostrzenia;
- przekazanie umiejętności niezbędnych do sprawowania opieki i wspierania chorego;
- doradztwo w różnych sprawach związanych z chorobą np. gdzie można uzyskać dalszą pomoc;
- pośrednictwo w relacjach rodziny z innymi instytucjami mającymi za zadanie wspomaganie rodziny;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów, z którymi rodzina sobie nie radzi;
- pomoc w wykonywaniu niektórych zadań rodziny związanych z opieką, jeśli nie jest w stanie sama się z nich wywiązać [Taranowicz 2002, s. 111].

Wyposażenie rodziny w konkretne umiejętności pokonywania trudności i wsparcie jej staje się kluczową kategorią i ideą właściwą działaniom pedagogicznym.

Pomimo istnienia systemu pomocy społecznej realizowanym w sektorach: rządowym, pozarządowym i prywatnym, część rodzin niechętnie ujawnia własną trudną sytuację, a prośbienie o pomoc uznaje jako upokorzenie. Prośba o pomoc jest informacją, że człowiek nie potrafi poradzić sobie sam. Ludzie nie chcą okazać się niekompetentni, często wybierają cierpienie w milczeniu mimo, że obniża to ich szanse na poradzenie sobie z zadaniem opieki nad chorym.

W udzielaniu wsparcia i w opiece nad rodziną chorego ważne zadania ma do spełnienia pracownik socjalny, bowiem jak podkreślała Helena Radlińska, praca

socjalna polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi [Radlińska 1948, nr 314]. Zadaniem nader ważnym jest uświadomienie rodzicom, jak ważna w opiece nad chorym dzieckiem lub dorosłym odgrywa klimat emocjonalny, który jest wypadkową wielu czynników, takich jak wzajemny stosunek do siebie, zadowolenie z opieki i jej sensu, stosunek do chorego wynikający z autentycznego uczuciowego nastawienia. Jeśli chory czuje, że jest akceptowany, że pomoc bliskich jest szczerą, to sytuacja stwarza w nim poczucie bezpieczeństwa. To bezpieczeństwo jest obroną przed złem i przykrym w otoczeniu, których schizofrenik się najbardziej boi. Negatywne postawy uczuciowe członków rodziny oddalają się od niego i utrudniają zdolność wczucia się w stan chorego, a tym samym jego zrozumienie.

Zakończenie

Niezależnie od niewielkiej grupy badawczej zgromadzony materiał empiryczny pozwolił na dostrzeżenie, w ujęciu familiologii, stopnia wypełniania funkcji rodziny i pomocy radzenia sobie z uwikłaniem w chorobę.

Wywołane schizofrenią zmiany w funkcjonowaniu rodziny występują z różnym natężeniem i przybierają różne formy. W większości przypadków rodzice nie potrafią uwolnić dziecka od siebie. Z pełną determinacją dopasowują całe jego istnienie do swego osobistego schematu, ograniczają samodzielność, negują ich marzenia.

Wszyscy badani mieszkają z rodzicami w sytuacji typowo dziecięcej zależności, nie pracują, co pogarsza standard materialny rodzin. Schizofrenia i trudne warunki materialne ograniczają aktywność kulturalną zarówno chorych, jak i ich rodziców.

Choroba dziecka i obowiązki opiekuńcze rodziców (zwłaszcza matek) wywołują poczucie zmęczenia, nadmierne obciążenia i zagrożenia innymi schorzeniami. W sytuacji choroby członka rodziny, w środowisku samotnej matki, na niej spoczywa ciężar realizacji większości funkcji – zwłaszcza materialnej i opiekuńczo-pielęgnacyjnej.

W rodzinach dostrzeżono brak otwartości i wyrazistości komunikacji, co nie ułatwia osobie chorej zaakceptowanie przez nią choroby. Tymczasem chory musi sam przyswoić sobie prawdę o swej chorobie (przedstawioną przez lekarza prowadzącego) i o sobie. Mówienie o sobie nie jest rzeczą łatwą, a tym bardziej mówienie o swej chorobie. Trzeba pokonać wiele wewnętrznych oporów i lęku oraz pokonać trudności wyrażenia słowami tego, co się czuje. Dlatego rodzice chorego (opiekunowie) muszą mieć na uwadze trudności, jakie ma chory w opisanu swych przeżyć i cierpliwie wspomagać go w ich wyrażaniu. Ważny jest każdy gest, wyraz twarzy – jako źródło pomocy. Krytycyzm, ośmieszanie chorego, strofowanie za egoizm i lenistwo, niewdzięczność za opiekę, powoduje u osób ze schizofrenią częstsze nawroty choroby.

Dla osób chorych na schizofrenię rodzina jest głównie tym środowiskiem życia, w którym mogą liczyć na wsparcie i pomoc. Dlatego konieczna jest stała pomoc rodzicom w przewyciężaniu trudnej sytuacji życiowej ich dzieci, doprowadzanie w miarę możliwości, do ich życiowego usamodzielniania i umożliwienia im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Dla rodziców pożądana jest pomoc poprzez działania:

- organizowanie różnych form opieki domowej,
- zapewnienie rodzinie okresu wypoczynku lub krótkotrwałego relaksu,
- dokonanie rozpoznania, jak rodzina radzi sobie w sytuacji choroby oraz czy i gdzie szuka pomocy.

Z licznych publikacji medycznych wynika, że podstawowym celem leczenia chorych na schizofrenię jest umożliwienie im prowadzenia jak najbardziej satysfakcjonującego życia, z możliwością powrotu do społeczeństwa. Czynniki, które zmniejszają nawrót choroby są regularny kontakt z psychiatrą, zażywanie leków i ciepła atmosfera w rodzinie z mądrym stosunkiem do chorego, aby choroba nie stała się „punktem centralnym” funkcjonowania rodziny jako systemu.

Streszczenie: Schizofrenia jest chorobą społeczną najczęściej występującą między pokwitaniem a pełną dojrzałością. Jest więc głównie chorobą ludzi młodych. Od schizofrenii nie jest wolna żadna rasa ludzka, klasa społeczna. Nie chroni przed nią żadna religia ani kultura. Około 1% ogólnej populacji zapada na schizofrenię w jakimś okresie swego życia. Choroba w rodzinie wymaga zmiany często ponad siły rodziców-opiekunów. Niezbędne są więc wsparcie i pomoc rodzinie chorego w wydobywaniu i pomnażaniu jej sił oraz usprawnianiu organizacji rodziny jako systemu.

Słowa kluczowe: rodzina, pomoc, opieka, schizofrenia.

Summary: Schizophrenia is a social disease which often appears at puberty and maturity at the age 15-30. Mainly it is a disease of young people. None of the human race or social class is free from schizophrenia. Neither religion nor culture can protect against it. Around 1% of the whole of the population suffer from schizophrenia in different periods of the life. The disease requires some changes in community life. These changes are too great for parents carers. It is necessary to support and help family with a sick person and strengthen or make efficient the family as a system.

Key-words: family, help, care, schizophrenia.

Bibliografia

Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1994), *Psychologia społeczna*, Poznań.

Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K. (1992), Warszawa.

Firkowska-Mankiewicz A. [1991], *Rodzina o zdrowie i choroba*, w: Z. Tyszka (red), *Rodziny polskie u progu lat dziewięćdziesiątych*, Poznań.

Hitze B. (2010), *Choroba jak inne – O osobach i do osób chorujących na schizofrenię*, Warszawa.

- Jones P.B., Buckley P.F. (2005), *Schizofrenia*, Wrocław.
- Kępiński A. (2001), *Schizofrenia*, Kraków.
- Kępiński A. (1987), *Lęk*, Warszawa.
- Konefał E. (2012), *Stan opieki nad chorymi na schizofrenię w środowisku życia*. Praca magisterska. Koszalin.
- Mueser K., Gingerich S. (1996), *Życie ze schizofrenią*, Poznań.
- Rybakowski J., Borkowska A. [2001], *Znaczenie zaburzeń czynności poznawczych w pierwszym epizodzie schizofrenii*, w: M. Jarema (red.), *Pierwszy epizod schizofrenii*, Warszawa.
- Radlińska H., (1948), *Pracownik społeczny*, „Oświata i Kultura”, nr 314.
- Taranowicz I. [2002], *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, w: J. Barański, W. Piątkowski (red), *Zdrowie i choroba*, Wrocław.