

Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja¹

Tamara Klikovac²

*Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju,
Belhospis centar za palijativno zbrinjavanje*

Palijativno zbrinjavanje predstavlja pružanje fizičke, psihosocijalne i duhovne podrške pacijentima koji su oboleli od teških bolesti, s neizbežnim smrtnim ishodom, kao i pružanje psihološke podrške članovima porodice i drugim bliskim osobama tokom bolesti pacijenta (anticipatorno tugovanje) i u periodu tugovanja i ožalošćenosti nakon njegove smrti. Terapija izbora u pružanju psihološke podrške u procesu tugovanja i ožalošćenosti jeste, svakako, porodična terapija fokusirana na tugovanje. Porodična terapija fokusirana na tugovanje – FFGT³ jeste kratak, fokusiran i vremenski ograničen psihoterapijski model intervenisanja iz porodične terapije, koji je namenjen porodicama koje se suočavaju sa neizlečivom bolešću i izvesnim smrtnim ishodom člana porodice. Uz izvesne modifikacije FFGT može se primeniti i u radu s porodicama koje se suočavaju sa neizlečivom bolešću najmlađeg člana porodice – deteta ili adolescenta. FFGT koji se realizuje kroz sedam do devet seansi u trajanju od po 90 min., i to u periodu od 9 do 18 meseci, što zavisi od procene potreba svake porodice posebno. Cilj FFGT-a je prevencija komplikovanog tugovanja, uz ciljan uticaj na unapređenje porodičnog funkcionisanja kroz povećanje kohezije među članovima, unapređenje komunikacije i razmene misli i osećanja, kao i na uticaj na konstruktivno rešavanje konflikata. Priča o bolesti, opraštanju i tugovanju jeste deo procesa. Tvorac ovog modela rada jeste dr David Kissane, psihijatar, porodični psihoterapeut iz Melburna, Australija, koji je radio na klinici Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) u New Yorku. Osnovni ciljevi preglednog članka Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja su, upoznavanje stručne javnosti u Srbiji sa

1 Ovaj rad je prikazan na drugom Kongresu Palijativnog zbrinjavanja dece u Rimu, Italija, 2014 (26)

2 e-mail:tklikova@f.bg.ac.rs

3 Izvorni naziv je Family Focused Grief Therapy (FFGT) – porodična terapija fokusirana na tugovanje. U daljem tekstu će biti korišćena skraćenica izvornog engleskog naziva FFGT.

ovim veoma korisnim modelom rada iz porodične psihoterapije i predstavljanje konceptualnog i praktičnog okvira palijativnog zbrinjavanja.

Ključne reči: Palijativno zbrinjavanje, psihosocijalna podrška, porodična terapija, tugovanje

Uvodni deo

Ciljevi preglednog članka Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja su upoznavanje domaće stručne javnosti s korisnim i, uz dodatne edukacije i supervizije, u praksi primenljivim modalitetom psihoterapijskog rada s porodicama koje se suočavaju s neizlečivom bolešću i gubitkom člana porodice, kao i upoznavanje s konceptualnim i praktičnim okvirom palijativnog zbrinjavanja u čijem kontekstu i nastaje FFGT.

Palijativno zbrinjavanje je složen koncept, baš kao što su složene i zahtevne i medicinske, psihosocijalne i duhovne intervencije koje čine multidisciplinarnost tog pristupa, koji se pre svega bazira na bio-psiho-socijalnom i duhovnom, holističkom poimanju i zdravlja i bolesti (WHO, 1990). Svetska zdravstvena organizacija definiše palijativno zbrinjavanje kao pristup kojim se poboljšava kvalitet života pacijenata suočenih sa neizlečivom bolešću, kao i života njihovih porodica, kroz prevenciju i olakšavanje patnji putem ranog otkrivanja i nepogrešive procene i lečenja bola i drugih simptoma bolesti – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (WHO, 2007).

Palijativnog zbrinjavanja ima za cilj da:

- afirmiše život i posmatra umiranje kao normalan proces
- obezbedi ublažavanje bola i drugih simptoma koji izazivaju patnju
- objedini psihosocijalne i duhovne aspekte palijativnog zbrinjavanja
- ponudi podršku koja će pomoći pacijentu da živi što je moguće aktivnije sve do smrti
- ponudi podršku koja će pomoći porodici da se bori tokom trajanja bolesti pacijenta i u periodu nakon njegove smrti.

Ugrožavajuće bolesti kod odraslih pacijenata za koje je palijativno zbrinjavanje preporuka:

- maligne bolesti (posebno recidivi bolesti)
- kardiovaskularne bolesti (posebno srčana insuficijencija) i respiratorne bolesti (posebno hronična opstruktivna bolest pluća), od kojih boluje najveći broj pacijenata (bez malignih bolesti)
- multipla skleroza, bolesti motornog neurona i slični poremećaji (broj ovih pacijenata je manji, ali je tok ovih bolesti daleko duži nego kod većine malignih bolesti) (WHO 2007; Downing i Milićević, 2012).

Palijativno zbrinjavanje se bazira na zakonskim odredbama, posebnim preporukama i vrednostima koje je predložio Savet Evrope. Na osnovu članova 11 i 4 Evropske socijalne povelje o ostvarivanju prava na pravednu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, članu 10 (pravo svakog pojedinca da dobije informacije o svom zdravlju) i posebnim preporukama koje se odnose na prava obolelih od najtežih bolesti koncipiran je multidisciplinarni pristup – palijativno zbrinjavanje, koji se bazira na poštovanju ljudskih prava i prava pacijenata, ljudskom dostojanstvu, socijalnoj koheziji, demokratiji, pravdičnosti, solidarnosti, rodnoj ravnopravnosti i pravu učešća u donošenju odluka i slobodnog izbora (Preporuke REC, 2003). U tom kontekstu, u palijativnom zbrinjavanju nastali su koncepti: kompleksna, totalna patnja ili bol neizlečivo bolesnih ljudi, dostojanstvena smrt, umiranje bez bola, briga i nega i kvalitet na kraju života. Primena palijativnog zbrinjavanja, a posebno psihosocijalnih i duhovnih aspekata kod pacijenata sa uznapredovalim malignim bolestima, može da deluje pozitivno na mnogo načina (umesto agresivnih terapija koje često imaju mnogo neželjenih trenutnih efekata a bez dugoročnih efekata u smislu poboljšanja osnovne bolesti) (Earle, Landrum, & Souza, 2008). Prvo, unapređuje se socijalni aspekt funkcionisanja pacijenata, aktivizam i tzv. self-advocacy (u prevodu: samozastupanje). Pacijent je manje izolovan i usamljen, ima učestale kontakte sa multidisciplinarnim palijativnim timom i angažovanim volonterima, u skladu s njegovim potrebama i procenama tima (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004). Drugo, unapređuje se kvalitet života u svim aspektima (psihološkom, duhovnom, socijalnom). Studije koje su se na velikim uzorcima bavile procenom kvaliteta života onkoloških pacijenata sa uznapredovalom bolešću, a koji su imali dostupno i palijativno zbrinjavanje, pokazale su značajnu povezanost između kvaliteta života i dužine preživljavanja (Tan, Novotny, & Kaur, 2008). Bio-psiho-socijalni pristup pacijentima sa uznapredovalim onkološkim bolestima, koji je u osnovi modela palijativnog zbrinjavanja, može neposredno da utiče na poboljšanje kvaliteta života pacijenata, što posredno ima uticaja na psihoneuroimunološki nivo funkcionisanja i fiziološke pokazatelje stanja (Nelson, Wenzel, & Osann, 2008).

Suštinske dimenzije palijativnog zbrinjavanja baziraju se na pružanju podrške pacijentu i porodici. Pružanje psihološke, socijalne i duhovne podrške pacijentu i porodici i podrška u procesu ožalošćenosti i tugovanja porodici nakon gubitka člana porodice znači da su psiholozi (s posebnim edukacijama u oblasti psihološkog savetovanja i psihoterapijama indikovanim za rad u palijativnom zbrinjavanju)⁴, socijalni radnici i duhovnici neophodan psihosocijalni tim koji zajedno s medicinskim timom (lekarima različitih specijalnosti

4 Psihoterapijski modaliteti koji su nastali u kontekstu palijativnog zbrinjavanja i pružanja podrške umirućim ljudima i njihovim porodicama a na osnovu preporuka standarda dobre prakse stranih kolega jesu: dignity therapy (terapija dostojanstva), porodična terapija fokusirana na tugovanje, rekonstrukcija smisla u procesu žalosti i grupna terapija fokusirana na smisao (Watson & Kissane, 2011).

i medicinskim sestrama obučenim za pružanje nege najtežim pacijentima) čine multidisciplinarni tim u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Adekvatna komunikacija s pacijentom, porodicom, članovima tima kao i prevencija i zaštita od profesionalnog stresa i simptoma sindroma izgaranja veoma su važni aspekti kojima se, takođe, bavi psihosocijalni tim za palijativno zbrinjavanje.

U razvijenim zemljama Evrope i sveta u kojima postoji višedecenijska praksa organizovanja različitih modela palijativnog zbrinjavanja (zbrinjavanje kod kuće, tzv. kućni timovi, bolničke jedinice za palijativno zbrinjavanje, dnevni centri za palijaciju, hospisi kao posebne kuće uređene po posebnim propozicijama za pružanje palijativnog zbrinjavanja) postoje i definisane psihosocijalne procedure i psihoterapijski modaliteti rada koji se mogu modifikovati i primenjivati prema potrebama svakog pacijenta i porodice posebno, ali uz praćenje neophodnog propisanog okvira, tj. standarda intervencije.

U našoj sredini nema istraživačkih podataka o efikasnosti različitih vrsta palijativnog zbrinjavanja ili komparativnih studija uobičajenog tretmana osoba koje boluju od neizlečivih bolesti i pristupa palijativnog zbrinjavanja zato što palijativno zbrinjavanje u našoj zemlji nije implementirano u zdravstveni sistem na način na koji to standardi razvijenih zemalja iziskuju. Trenutno u našoj zemlji postoji nekoliko jedinica za palijativno zbrinjavanje pri opštim regionalnim bolnicama (prema podacima Ministarstva zdravlja, ukupno 13 namenskih odeljenja, 150 kreveta, što je veoma malo u odnosu na broj stanovnika i godišnji mortalitet u našoj zemlji), a koji, uglavnom, nemaju multidisciplinarnе timove i ne pružaju psihosocijalnu i duhovnu pomoć pacijentima i porodicama, već samo medicinsku pomoć.

Imajući u vidu da je palijativno zbrinjavanje, tačnije palijativna medicina, u Americi, Kanadi, Australiji, razvijenim zemljama Evrope počela da se razvija u prošlom veku, razumljivo je da u tim zemljama postoji mnogo istraživanja u vezi sa efikasnošću, kvalitetom i različitim modelima sprovođenja multidisciplinarnе palijativne nege. U brojnim istraživanjima i komparativnim studijama uglavnom su se obavljala upoređivanja kvaliteta usluga palijativnog zbrinjavanja u jedinicama za palijativnu negu pri bolnicama i pružanje usluga u kućnim uslovima (tzv. mobilni timovi za kućno palijativno zbrinjavanje) i hospisima. Kriterijumi za upoređivanje odnosili su se kako na (samo)procenu od strane pacijenta (kontrola bola i drugih fizičkih simptoma, (ne)pridržavanje propisane terapije, u smislu česte potrebe za menjanjem terapije, kvalitet života i zadovoljstvo, mogućnost odlučivanja i izbora mesta smrti, neophodnost upućivanja na druge konsultantske usluge), tako i na članove porodice. a posebno one koji su bili uključeni u aktivnu negu obolelog člana (zadovoljstvo pruženom uslugom pre procesa tugovanja, u procesu tugovanja i nakon procesa tugovanja, opterećenje pre i posle smrti člana porodice) (Higginson, Finlay, Goodwin, Hood, Edwards, Cook, Douglas, & Normand, 2003).

Istraživanja grupe autora iz Velike Britanije (Addington-Hall, MacDonald, & Anderson, 1995), Amerike (Kane, Wales, & Bernstein, 1984; Kane, Berstein, Wales, & Rothenberg, 1985a; Kane, Klein, Bernstein, & Rothenberg, 1986; Kane, Klein, & Bernstein, 1985; Wales, Kane, & Robbins, 1983) i Švedske (Axelsson & Christensen, 1998) nisu pokazala da postoje značajne razlike između kvaliteta usluga palijativnog zbrinjavanja koje su pružene u bolnicama i preko kućnih timova u pogledu kontrole simptoma bolesti, zadovoljstva uslugom i ličnog zadovoljstva pacijenata. Međutim, značajan broj istraživanja, pokazao je da pacijenti i članovi porodice pozitivnije ocenjuju usluge zbrinjavanja u kućnim uslovima i hospisima u poređenju sa uslugama koje su dobijali u bolničkim jedinicama za palijativno zbrinjavanje. U istraživanju Desloča (Dessloch, Maiworm, Florin, & Schulze, 1992), koje je sprovedeno u Nemačkoj dobijen je nalaz da su pacijenti zadovoljniji pružanjem usluga zbrinjavanja i nege u kućnim uslovima. Istraživanja i praćenja pokala su da su po procenama pacijenata fizički simptomi i zadovoljstvo značajno unapređeni kroz usluge koje pruža obučeni tim u kućnim uslovima u poređenju sa zbrinjavanjem u bolničkim uslovima (Ellershaw, Peat & Boys, 1995; Edmonds & Stuttaford, 1998). Istraživanje grupe autora iz Australije (Dunt, Cantwell, & Temple-Smith, 1989), koje se odnosilo na upoređivanje usluga palijativnog zbrinjavanja u hospisima i usluga koje pruža kućni tim, pokazalo je da su pacijenti koji su boravili u hospisu imali značajno manje simptoma bola i drugih fizičkih simptoma i da su bili su zadovoljniji pruženom uslugom.

Istraživanja autora iz različitih zemalja pokazala su poboljšanja svih aspekata kvaliteta života (fizičkog, socijalnog, psihološkog, duhovnog) pacijenata koji se zbrinjavaju u hospisima i u kućnim uslovima u poređenju sa zbrinjavanjem u bolnicama i jedinicama za palijativno zbrinjavanje (Mor & Master-son, 1990; Mor, Stalker, & Gralla, 1988; McMillan, 1996; McMillan & Mahon, 1994; Parkes, 1979a; Parkes & Parkes, 1984; Parkes, 1979b; Ventafridda, Tamburini, & Selmi 1985; Ventarfridda, De Conno, & Vigano, 1989; Ventarfridda, De Conno, & Ripamonti, 1990; Zimmer, Groth Juncker, & McCusker, 1985).

U opsežnoj istraživačkoj studiji koja se bazirala na petogodišnjem praćenju efekata palijativnih intervencija kod pacijenata sa uznapredovalim karcinomom (ispitivani su kvalitet života, kontrola fizičkih simptoma bolesti i propratnih nusefekata, funkcionalnost i raspoloženje) dobijeno je da su kod pacijenata koji su dobijali kontinuiranu psihosocijalnu podršku u tzv. terminalnim stanjima u kućnim uslovima (minimum deset meseci pre smrti) bili značajno poboljšani kvalitet života, funkcionalnost i raspoloženje (značajno manja depresivna raspoloženja u poređenju s pacijentima koji su pri bolnicama dobijali samo fizičku negu) (Bakitas, Lyons, Hegel, Balan, Brokaw, Seville, Hull, Li, Tosteson, Byock, & Ahles, 2009).

Na osnovu istraživanja koja su rađena proteklih decenija, a koja se odnose na prednosti zbrinjavanja u kućnim uslovima uz angažovanje posebnih mul-

tidisciplinarnih timova i u tzv.hospisima, specijalizovanim kućama, menjala se zdravstvena politika razvijenih zemalja u pravcu postepenog redukovanja jedinica za palijativno zbrinjavanje pri bolnicama, a otvaranje hospisa i angažovanje kućnih, mobilnih timova (svojevrсна deinstitutionalizacija u organizovanju službi za palijativno zbrinjavanje) (WHO, 2007).

FFGT je terapija izbora za rad s porodicama koje se suočavaju s neizlečivom bolešću člana porodice tokom trajanja bolesti i nakon njegove smrti, kada se porodica suočava sa gubitkom, ožalošćenošću i procesom tugovanja.

Briga i nega člana porodice koji ima ozbiljno i progresivno somatsko oboljenje veoma je stresna situacija koja može da generiše porodičnu anksioznost i da dovede do brojnih promena u porodičnoj dinamici i funkcionisanju jer je cela porodica, direktno ili indirektno, uključena u proces negovanja obolelog člana. Briga o obolelom članu, a posebno u kućnim uslovima, veoma je zahtevna i često iziskuje mnogo obaveza, različitih poslova, kao i prilagođavanje i menjanje životnih navika svih članova porodice sa ciljem da se obolelom članu omogući konfor i izađe u susret njegovim različitim fizičkim i psihološkim potrebama (Delalibera, Presa, Coelho, Barbosa, & Franco, 2015). Proces tugovanja je prirodna i očekivana individualna i porodična reakcija na gubitak bliske osobe, tj. člana porodice. Gubitak člana porodice utiče na dalje porodično funkcionisanje i dinamiku jer se porodične relacije i strukture nakon gubitka trajno menjaju i reorganizuju. Proces tugovanja može da bude poboljšan ili pogoršan porodičnom komunikacijom, nivoom kohezije, postojanjem konflikata, kao i načinima razrešavanja istih. Proces tugovanja takođe bitno određuje u kojoj se fazi porodičnog životnog ciklusa dešava teška bolest s neminovnim smrtnim ishodom jer se bolesti i smrtni ishod više očekuju u tzv.porodicama praznog gnezda nego u porodicama s malom decom ili adolescentima (Shapiro, 2001).

Predmet nekoliko istraživačkih studija odnosio se na ispitivanje o tome kako porodični konflikti i briga porodice o obolelom članu na kraju njegovog života utiče na proces tugovanja članova porodice. Dobra porodična organizacija i funkcionisanje tokom brige i nege obolelog člana, a posebno u procesu tugovanja nakon gubitka, od izuzetnog su značaja za psihološku stabilnost svih članova porodice, i pojedinačno i porodice u celini (Kramer, Kavanaugh, Rentham-Diet, Walsh, & Yonker, 2010; Nadeau, 2001). Otvorena komunikacija u porodici, slobodno izražavanje misli i osećanja, porodična kohezija i konstruktivno rešavanje razlika u mišljenju od krucijalnog su značaja za porodično funkcionisanje u stresnim životnim situacijama, kakva je situacija nege obolelog člana na kraju života, kada je porodično funkcionisanje ograničeno a članovi porodice se suočavaju s većim adaptivnim zahtevima (Schuler, Zaider, & Kissane, 2012).

Funkcionalne porodice, koje karakteriše otvorena komunikacija i izražavanje misli i osećanja, kohezija između članova i uspešno prevazilaženje razlika

u mišljenju, uglavnom razvijaju adaptivne mehanizme prevazilaženja gubitka. Otvorena i iskrena komunikacija između članova, kohezija, tj. bliskost i povezanost, uz razvijeno osećanje pripadanja, nizak nivo konflikata koji se uspešno prevazilaze, mogu značajno ublažiti proces tugovanja (Kissane & Bloch, 2002).

Disfunkcionalne porodice uglavnom imaju komplikovaniji proces tugovanja jer ispoljavaju više psihopatoloških simptoma i psihosocijalnih problema koji se manifestuju lošijim socijalnim funkcionisanjem, sa slabijim komunikacionim resursima kako unutar porodice, tako i u odnosu porodice sa okruženjem. Porodični konflikti značajno otežavaju proces tugovanja.

Istraživanja su pokazala da psihocijalni problemi i individualna disfunkcija članova porodice (depresivnost, anksioznost, opsesivni poremećaji i zloupotreba alkohola) pozitivno koreliraju s lošijim porodičnim funkcionisanjem, što posebno dolazi do izražaja u stresnoj porodičnoj situaciji koja se odnosi na tešku bolest s neminovnim smrtnim ishodom (Kissane, McKenzie, McKenzie, Forbes, O'Neill, & Bloch, 2003; Kissane, McKenzie, Bloch, Moskowitz, & McKenzie, 2006). Porodični konflikti utiču na prolongiranje komplikovanog tj. neresenog tugovanja (Kissane, Bloch, Onghena, McKenzie, Snyder, & Dowe, 1996).

Porodična terapija fokusirana na tugovanje

Porodična terapija fokusirana na tugovanje jeste kratak, fokusiran i vremenski ograničen psihoterapijski model intervenisanja koji se realizuje kroz sedam do devet seansi (fleksibilnost u ukupnom broju seansi mora da postoji jer se porodice veoma razlikuju i mora se uzeti u obzir specifičnost svake porodice posebno). S jednom porodicom, na primer, u toku jedne seanse mogu da se urade ciljevi predviđeni za dve, tri seanse, a sa nekom porodicom ni tokom celog procesa psihoterapijskog rada ne može da se ostvari napredak (Kissane & Bloch, 2002). Jedna seansa kratke porodične terapije fokusirane na tugovanje traje 90 min. i terapija se može sprovesti u vremenskom razmaku od 9 do 18 meseci. U zavisnosti od potreba porodice, FFGT se može sprovoditi u bolnici, u hospisu ili u kućnim uslovima, tj. u domu pacijenta i porodice (Kissane et al., 2006).

FFGT kao model porodičnog psihoterapijskog intervenisanja posebno se primenjuje u radu s porodicama koje imaju odraslog člana obolelog od maligne bolesti u terminalnoj fazi. Uz izvesne modifikacije FFGT može da se primeni u radu s porodicama koje se suočavaju s neizlečivom bolešću najmlađeg člana porodice – deteta ili adolescenta. Smrt deteta ili adolescenta predstavlja za porodicu nesumnjivo jedan od najtežih i najbolnijih stresnih životnih događaja s kojim je izuzetno teško suočavanje, kao i proces tugovanja i prevladavanja (Klikovac, 2010). FFGT terapijski model je nastao 90-ih godina u Melburnu, u Australiji, a tvorac je dr David Kissane, psihijatar, porodični psihoterapeut koji je decenije svog rada proveo na čuvenoj klinici Memorial Sloan Kettering Cancer Center, u New Yorku, gde je krajem

50-ih godina prošlog veka počela i da se razvija psihoonkologija kao posebna naučna disciplina.

Prihvatanje smrti i postepena psihoterapijska „priprema” i kasnija „obra-da” gubitka (rad na bolnim emocijama u vezi sa gubitkom i kanalisanje procesa tugovanja u pravcu normalizacije, stabilizacije i konsolidacije celog porodičnog sistema) nužni su uslovi za dalji razvoj pojedinca koji se suočava sa gubitkom i za porodicu u celini (Klikovac, 2010).

Ciljevi FFGT-a su da:

1. unapredi porodično funkcionisanje kroz:povećanje kohezivnosti–zajedništva; povećanje otvorene komunikacije među članovima porodice; redukciju postojećih i novonastalih konflikata na konstruktivan način
2. radi sa članovima porodice na tzv.anticipaciji realnosti gubitka (da otvara bolne teme i sadržaje u vezi s tim, koliko je to sa svakom konkretnom porodicom moguće)
3. podrži i osnaži članove porodice u međusobnom deljenju tuge, da ih na neki način obuča da jedni drugima pruže uzajamnu podršku i da porodicu usmeri ka funkcionalnom i aktivnom procesu prevladavanja gubitka.

Proces FFGT-a je usmeren na:

1. podržavanje porodičnih snaga i aktivnog prevladavanja
2. konstruisanje novih obrazaca porodičnog funkcionisanja
3. ohrabrenje porodice da preuzme odgovornost za promene.

Faze ili tok FFGT-a

U primeni FFGT-a preporučuje se korišćenje različitih instrumenata za procenu porodice (i u dijagnostici i u istraživačke svrhe). Za procenu porodice i porodičnog funkcionisanja i, pre svega, komunikacija u porodici, porodične kohezije i konflikata koristi se Family Relationships Index – FRI – Indeks porodičnih relacija (Moos & Moos, 1981)⁵, za procenu porodičnog distresa koristi se Family Distress Index – FDI – Indeks porodičnog distresa (McCubbin & Thompson, 1996). Za dodatne procene i razumevanje porodične istorije i transgeneracijskih obrazaca porodičnog funkcionisanja mogu se koristiti

5 Indeks porodičnih relacija –(FRI index) je kraća verzija (12 ajtema) 40-ajtemske Family Environment Scale.Na osnovu Indeksa porodičnih relacija – (FRI index) i tri subskale koje ovaj indeks ima (kohezivnost, ekspresivnost (komunikacija) i konflikti porodice se kategoriju u funkcionalne porodice: podržavajuće porodice i srednje i disfunkcionalne porodice : neprijateljske i mračne.Za dijagnostičke svrhe pored skorova svakog člana porodice na FRI indeksu važno je i poređenje velikih razlika u proceni kohezivnosti, konflikata i komunikacije ukoliko postoje među članovima ili subsistemima porodičnog sistema.

genogram i genogramski intervju. Određeni instrumenti se mogu koristiti i sa ciljem sprovođenja istraživanja i praćenja efikasnosti primenjene terapije, na primer Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales – F-COPES – Skale odnosa porodice prema krizi (McCubbin, Constance, Cauble, Comeau, Patterson, & Needle, 1980) i Bereavement Phenomenology Questionnaire – BPQ– Upitnik o tugovanju (Byrne & Raphael, 1994). U određenim slučajevima moguće je sprovesti FFGT i bez korišćenja predloženih instrumenata za procenu porodice, što se odnosi na situacije kada se porodica obrati za pomoć neposredno pre smrti člana porodice, usled čega nije moguće početi rad sa celom porodicom; zatim, kada u porodici između članova dominiraju konflikti, razjedinjenost i kada je komunikacija među članovima veoma loša ili uopšte i ne postoji, pa je neophodan izuzetan napor da se porodica okupi i motiviše za rad –kada je motivacija pojedinih članova porodice za promenom mala (Kissane & Bloch, 2002).

Autor FFGT-a je sa grupom kolega publikovao rezultate višegodišnjeg istraživanja porodica koje se suočavaju s teškom i progresivnom bolešću jednog člana porodice (Kissane et al., 2003). Rezultati upućuju na to da su veći psihosocijalni problemi u disfunkcionalnijim porodicama i da je u tzv. neprijateljskim porodicama identifikovan viši nivo distresa, lošije socijalno prilagođavanje i značajno više članova koji imaju psihološke probleme (depresivnost, anksioznost, opsesivno-kompluzivni poremećaj i zloupotreba alkohola). Mračne porodice⁶ imaju više nivoe ljutnje a dobijeni su i značajno viši skorovi na supskalama psihoze i paranoidne ideacije. Disfunkcionalnije porodice imaju značajno lošije opšte, socijalno funkcionisanje, kao i funkcionisanje u vezi sa kućnim obavezama i provođenjem slobodnog vremena na porodičnom nivou (Kissane et al., 2003).

FFGT ima tri faze: u prvoj fazi se rade različite procene raznih aspekata porodičnog funkcionisanja koje su specifične za porodicu na početku rada; u drugoj fazi se primenjuju intervencije fokusirane na ono što je za konkretnu porodicu važno i što je dobijeno procenama u prvoj fazi rada; treća faza je završetak rada – evaluacija urađenog uz učvršćivanje ostvarenih promena. FFGT se, za razliku od individualnog rada sa svakim članom porodice, bazira na sistemskom pristupu koji je usmeren na rad s porodicom koja se suočava sa gubitkom (Kissane & Bloch, 2002).

Prikaz FFGT-a po seansama

Prva seansa se odnosi na upoznavanje i procenu porodice, obavlja se zajedno sa obolelim članom i podrazumeva i dogovor o radu – gde će se sprovoditi terapija, koliko puta, tj. u kojim intervalima, koliko će trajati, na-

⁶ Izvorno *sullen families* u našem jeziku prevedeno je kao mračne porodice. Termin *mračne porodice* odgovara opisu tih porodica od strane autora (Kissane et al., 2003).

čin plaćanja, potpisuju se informativne saglasnosti i saglasnosti za primenu instrumenata za procenu porodice, ukoliko se koriste. Porodici se na prvoj seansi takođe daju osnovne informacije o FFGT-u kao psihoterapijskom porodičnom modalitetu rada. Na prvoj seansi se otvara i priča o bolesti jednog člana porodice, o porodičnom funkcionisanju, daju se predviđeni instrumenti, pravi se genogram zajedno s porodicom (moguće je da se genogramski intervju radi i tokom prve i druge seanse). Tokom prve seanse prave se i prve procene komunikacija, kohezivnosti, konflikata u porodici, procenjuju se uloge, porodična pravila i podela odgovornosti, kao i vrednosti i verovanja koji postoje u porodičnom sistemu. Razgovor o očekivanjima članova porodice u vezi sa FFGT-om takođe je veoma važan aspekt komunikacije na početku rada s porodicom.

Druga seansa se takođe odvija u prisustvu obolelog člana porodice i podrazumeva produblјivanje radnog saveza kroz davanje povratnih informacija porodici o značenju skorova sa instrumenata koji su dati na prvoj seansi (posebno se upoređuju rezultati sa *Family Relationships Index-FRI testa-Indeksa porodičnih relacija*, koji procenjuje porodičnu koheziju, komunikaciju i konflikte sa aspekta svakog člana posebno i sa *Family Distress Index - FDI - Indeks porodičnog distresa*, koji procenjuje porodični distres). Ako je potrebno, nastavlja se genogramski intervju. Definišu se opšti i specifični ciljevi terapijskog rada sa svakom konkretnom porodicom posebno a u skladu s problemima koje prezentuju i specifičnim potrebama koje imaju. Otvara se priča o bolesti jednog člana: kada je i kako počela bolest, kako ko u porodici doživlјava bolest jednog člana i kako reaguje, ko najviše/najmanje brine o obolelom članu, uvode se priče o obezbeđivanju adekvatne nege i brige za obolelog člana. Posebno se markiraju aktuelni problemi porodice i to što im najteže pada, pojedinačno i porodici kao celini.

Treća seansa se može odvijati i zajedno sa obolelim članom, ali ne nužno – ukoliko se oboleli član oseća fizički loše. Treća seansa je fokusirana na rad na anticipatornom tugovanju (kako se porodica i članovi osećaju u vezi s neminovnom smrću jednog člana), otvaraju se „stari” (u smislu vremena pre bolesti člana porodice) porodični konflikti uz terapijske intervencije usmerene ka razrešavanju istih (što može da se prolongira i na četvrtu, petu i šestu seansu). Otvaraju se „nezavršene” priče i poslovi, radi se na međusobnom opraštanju, ukoliko je potrebno, posebno na opraštanju sa obolelim članom. Pokreću se teme o potrebama i željama svih članova porodice.

Četvrta, peta i šesta seansa rade se nakon smrti obolelog člana porodice. Uvode se teme o bolnim emocijama (krivica, tuga, patnja), o smrti, o tugovanju, o „izazovima” patnje, o opraštanju, o ritualima, o načinima kako ko u porodici reaguje na gubitak, kako ko podnosi gubitak, insistira se na zajedništvu, na deljenju tuge i patnje, na otvorenoj komunikaciji, na porodičnim resursima, snagama, izdržljivosti i čvrstini. Pokreću se pitanja o tome kako se članovi međusobno slušaju i podržavaju u procesu tugovanja. Nakon smrti

člana porodice u istraživačke svrhe može ponovo da se radi procena porodičnog funkcionisanja i koriste se instrumenti: Family Relationships Index – FRI – Indeks porodičnih relacija (Moos & Moos, 1981); Family Distress Index – FDI – Indeks porodičnog distresa (McCubbin et al., 1980). Za procenu tugovanja koristi se Bereavement Phenomenology Questionnaire – BPQ – Upitnik o tugovanju (Byrne & Raphael, 1994).

Sedma i osma seansa su fokusirane na potvrdu i afirmacijukonstruktivnih promena u porodičnom funkcionisanju u smislu pružanja podrške i pohvala porodici za funkcionisanje nakon gubitka (ako su određeni konflikti razrešeni, ako je poboljšana i unapređena kohezija i komunikacija među članovima, ako su pojedini članovi usvojili adaptivnije načine funkcionisanja).

Deveta seansa je završetak FFGT-a i podrazumeva rezime onoga što je urađeno, uz orijentaciju na budućnost (šta ko od članova radi i namerava da radi) i uvođenje novih životnih i porodičnih tema. Na kraju, uz evaluaciju terapijskog procesa, mogu ponovo da se rade procene istim setom instrumenata da bi bila moguća poređenja u različitim fazama terapijskog procesa.

Očekivane terapijske intervencije u FFGT-u

- građenje stabilne i kolaborativne alijanse s porodicom (ili stabilnog odnosa saradnje) s toplinom, spontanošću i prirodnošću
- postizanje dogovora u vezi s radom na aktuelnim porodičnim problemima i brigama
- postavljanje pravih pitanja u pravom momentu
- negovanje grupnog rešavanja problema i podsticanje zajedništva u porodici
- afirmisanje porodičnih snaga, resursa za prevladavanje, isticanje porodične čvrstine
- rezimiranje i davanje prioriteta određenim problemima
- „izmamljivanje” osećanja članova porodice – podsticanje ispoljavanja osećanja i međusobnog slušanja i praćenja
- edukovanje porodice o procesu tugovanja uz isticanje normalnih i očekivanih manifestacija ožalošćenosti i tugovanja.

U FFGT-u se posebno neguje se tzv. „neutralni stav” terapeuta, što u praksi znači:

- pustiti porodicu da „radi”
- podsticati porodicu da preuzima odgovornost za promene
- izbeći alijanse, splitting-cepanje ili triangulaciju
- samo povremeno napuštati neutralnu poziciju da bi se podržao član porodice koji je ugrožen
- dobro uraditi rezime na kraju s porukom poverenja.

Odnos s porodicom i intervencije terapeuta u FFGT-u umnogome se odražavaju kroz „umetnost“ postavljanja pravih pitanja u pravom trenutku i to tzv.otvarajućih i podstičućih pitanja (Kissane et al., 2006). Otvarajuća i podstičuća pitanja su:

1. Linearna pitanja: pitanja koja se upućuju jednoj osobi direktno, komunikacija jedan na jedan.
Ciljevi postavljanja linearnih pitanja su: pridruživanje jednoj osobi; podržavanje i empatisanje sa članom porodice koji je u najvećem distresu; preispitivanje načina mišljenja i doživljavanja jednog člana porodice.
2. Cirkularna pitanja: svaka osoba se pita za mišljenje o drugom članu porodice u njegovom prisustvu.
Ciljevi postavljanja cirkularnih pitanja: ohrabrivanje iznošenja mišljenja o ostalim članovima porodice; sticanje uvida u porodičnu dinamiku; podsticanje uzajamne podrške i promovisanje aktivnog traženje rešenja.
3. Strateška pitanja: ova pitanja mogu sadržavati i potencijalno rešenje u samom jeziku pitanja, tj. načinu formulacije pitanja. Strateška pitanja generišu hipoteze i stimulišu rešavanje problema ili podstiču na refleksiju ili razmišljanja.

Ciljevi postavljanja strateških pitanja: da se porodici objasni i iznese hipoteza o porodičnoj dinamici i porodičnom funkcionisanju (konflikti, komunikacija, kohezija); da se podstakne razmišljanje na direkciju o promeni; da se podstakne rešenje u pitanju uz uvođenje razmatranja potencijalnih rešenja.

Istraživanja efikasnosti FFGT-a

Specifičnost FFGT-a u poređenju sa drugim vrstama porodične terapije jeste rad s porodicama koje se nalaze u stresnoj fazi porodičnog životnog ciklusa, koja je izazvana teškom i progresivnom bolešću s neminovnim smrtnim ishodom jednog njenog člana, sa opštim ciljem redukovanja komplikovanog i patološkog tugovanja i specifičnim ciljevima u vezi sa opštim porodičnim funkcionisanjem i dinamikom. Važna odlika FFGT-a jeste kombinovanje upotrebe specifičnih instrumenata na početku rada s porodicom, sa ciljem klasifikovanja porodice (nivo konflikata, kohezije i komunikacije, zatim distresa, socijalnog funkcionisanja i postojanje eventualno individualnih psiholoških problema članova) i elemenata systemske porodične terapije (genogram, način komunikacije s porodicom kao sistemom i članovima). FFGT je fokusiran na pomaganje obolelom članu i porodici da otvorenom komunikacijom o bolesti, načinu nege i brige, izražavanjem misli i osećanja o porodičnom funkcionisanju, konfliktima, koheziji, sa ciljem da ublaži stres izazvan bolešću, negom i neminovnom smrću jednog njenog člana, pokrene kod porodice i članova proces međusobnog opraštanja i unapredi buduće porodično funkcionisanje i prevenira komplikovano i patološko tugovanje.

Istraživanja efikasnosti FFGT-a uglavnom je sprovodio sam autor tog modela sa saradnicima.

U longitudinalnom istraživanju koje je publikovano 2006.godine (Kissane et al., 2006) ispitivani su efekti FFGT-a na uzorku od 81 porodice koje su imale jednog člana obolelog od maligne progresivne bolesti (53 porodice u eksperimentalnoj grupi i 28 u kontrolnoj). Evaluacije su obavljene na početku primene FFGT-a; 6 i 13 meseci posle sprovedene terapije. Glavni zaključak je da FFGT kao specifičan terapijski modalitet namenjen porodicama koje se suočavaju s progresivnom bolešću i smrtnim ishodom jednog člana (a posebno porodicama koje su pod rizikom i koje su svrstane u tzv.neprijateljske i mračne) redukuje komplikovano i patološko tugovanje. Distres je bio značajno manji 13 meseci posle sprovedene terapije u eksperimentalnoj grupi u poređenju s kontrolnom; depresija članova takođe, osim u tzv.neprijateljskim porodicama u eksperimentalnoj grupi. Korist od FFGT-a imale su tzv.srednje porodice, u kojima je šest meseci nakon terapije nivo konflikata značajno redukovano u poređenju s kontrolnom grupom. Nivo konflikata u tzv. neprijateljskim porodicama pokazao je tendenciju porasta 13 meseci nakon terapije. Nivo depresije u tzv.neprijateljskim porodicama nije bio manji nakon sprovedene terapije. Neprijateljske porodice u eksperimentalnoj grupi pokazale su značajno pogoršanje u poređenju s mračnim porodicama 13 meseci nakon sprovedene terapije. Članovi porodice u srednjim porodicama, koji su na početku rada imali više nivoa distresa i depresije, pokazali su značajan napredak 6 i 13 meseci po završenoj terapiji.

U najnovijoj studiji Kisejna (Kissane, Zaider, Li, Hichenberg, Schuler, Lederberg, Lavelle, Lisa, Loeb, & Gaudio, 2016), koja je urađena na uzorku od 170 porodica, u kojoj su porodice pod rizikom klasifikovane prema tri nivoa porodične disfunkcije (nizak nivo komunikacije, nizak nivo uključenosti i visok nivo konflikata) i u kojoj su korišćeni novi instrumenti – Complicated Grief Inventory (CGI) i Beck Depression Inventory-II (BDI-II), dobijeno je da FFGT u radu s porodicama koje su pod rizikom redukuje težinu komplikovanog tugovanja, kao i razvoj prolongiranog procesa tugovanja.

FFGT redukuje komplikovano tugovanje u porodicama s niskim nivoom komunikacije i u visoko konfliktnim porodicama, ali ne redukuje u niskopovezanim, tj.labo uključenim porodicama. Najveći doprinos FFGT identifikovan je u porodicama s niskim nivoom komunikacije i to šest meseci nakon sprovedene terapije. Niskopovezane porodice zbog distance koju imaju kao obrazac prevladavanja i koju manifestuju su prema FFGT-u i terapeutima imale su najmanje koristi od terapije. FFGT ne prevenira kliničku depresiju kod članova koji moraju da se leče i farmakoterapijom, ali otvara i unapređuje komunikaciju kod članova pod rizikom (depresivni, anksiozni i opsesivno-kompulzivni poremećaji) i redukuje komplikovano i patološko tugovanje (Kissane et al., 2016).

U jednoj studiji efikasnosti na uzorku latinoameričkih porodica dobijeno je da FFGT nužno mora da se modifikuje prema kulturalnim specifičnostima porodica (Gaudio, Hichenberg, Eisenberg, Kerr, Zaider, & Kissane, 2012). U navedenom istraživanju to je konkretno značilo modifikovanje trajanja FFGT-a (latinoameričke porodice su se osipale posle četvrte seanse i teško ih je bilo motivisati sa dalji rad, pa je rad je nastavljen individualno s motivisanim članovima), direktivniji rad koterapijskog para (teško se uspostavljaju i održavaju granice zbog kulturalno specifičnog familijarizovanja latinoameričkih porodica) i prilagođavanje instrumenata (prevod i način formulisanja pojedinih stavki).

O ograničenosti primene modela FFGT govore i sami autori ističući nužnost sprovođenja istraživanja efikasnosti na porodicama iz različitih sociokulturoloških sredina (van SAD i Australije gde su prve provere efikasnosti rađene) uz mogućnost modifikovanja i prilagođavanja modela kulturološkim specifičnostima. Autor modela FFGTA-a Kissane posebno ističe da je usled nemogućnosti ili nemotivisanosti za zajedničkom porodičnom terapijom u neprijateljskim i mračnim porodicama rad moguće nastaviti u duhu FFGT-a individualno s motivisanim članovima i da to može da bude neposredno korisno za pojedine članove, a posredno i za ceo porodični sistem (Kissane & Bloch, 2002).

Zaključak

FFGT je specifičan model porodičnog psihoterapijskog rada s porodicama koje se suočavaju s neizlečivom i teškom somatskom bolešću člana porodice. FFGT model je takođe prihvatljiv i u radu s porodicama u kojima je najmlađi član porodice oboleo od neizlečive bolesti (dete ili adolescent). Kreatori FFGT modela (Kissane et al., 2006) koriste ovaj model kao terapiju izbora u pružanju psihološke podrške, tj. porodične psihoterapije u tzv. palijativnom zbrinjavanju najtežih pacijenata. Model je osmišljen tako da se adekvatnim procenjivanjem odabranim instrumentima precizno kvantifikuje i evaluira rad s porodicom u celini i sa svakim članom posebno, što omogućava praćenje porodice na nekoliko različitih nivoa, kao i praćenje efekata ovog modaliteta rada sa svakom porodicom posebno.

Specifičniji zaključci koji proističu iz preglednog članka Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja:

- Da bi se opisana psihoterapijska metoda rada s pacijentima u palijativnom zbrinjavanju i porodicama koje se suočavaju sa gubitkom prihvatila i implementirala u našu sredinu, neophodno je prvo dodatno edukovati i angažovati psihologe koji imaju i edukaciju iz sistemske porodične terapije kao članove multidisciplinarnih timova u osno-

- vanim jedinicama za palijativno zbrinjavanje. Ukazivanje na važnost uključivanja psihologa u palijativno zbrinjavanje u našoj zemlji mora da predstavlja inicijativu i naših strukovnih udruženja i organizacija.
- Uz implementiranje ovog modela rada i pružanje psihoterapijske pomoći porodicama koje se suočavaju sa gubitkom člana porodice, a u kontekstu palijativnog zbrinjavanja, bilo bi veoma korisno da se u našoj sredini sprovede i istraživačka studija efikasnosti ove specifične psihoterapijske metode na uzorku porodica iz naše sredine, uz očekivanje ozbiljnih ometajućih faktora: višegodišnje trajanje takvih studija, troškovi, nedostatak resursa za istraživanje psihoterapijskih modaliteta kod nas, specifičnosti naših porodica koje se suočavaju sa gubitkom člana porodice.
 - FFGT je važno prilagoditi etno-socio-kulturološkim specifičnostima naše sredine, u kojoj se gubitak člana porodice, a posebno najmlađeg člana, smatra najtežim životnim događajem na skali stresnih životnih događaja (Vlajković, 2002), a proces tugovanja je često dugotrajan, komplikovan, otežan, prolongiran.

Prikaz pružanja psihosocijalne i duhovne podrške porodici N. u procesu tugovanja

U radu s porodicom N. korišćeni su elementi porodične terapije fokusirane na tugovanje. Zbog određenih ograničenja koja su se odnosila na vreme obraćanja za pomoć – nekoliko nedelja pre smrti najmlađeg člana porodice N., umor porodice (lečenje najmlađeg člana trajalo je dve godine), nemotivisanost oca porodice i otpor prema psihoterapijskom radu, razjedinjenost porodice, postojanje porodičnih konflikata, kao i individualne patologije članova (otac pije, stariji sin je lečen od kockanja i sklon je povremenom konzumiranju marihuane) nije bilo moguće ispoštovati sve preporučene faze rada i intervencije a, pre svega, nije bilo moguće napraviti procenu porodice predviđenim instrumentima. Na osnovu prvog intervjua i uzimanjem porodične anamneze, bilo je jasno da se radi o disfunkcionalnoj konfliktnoj porodici sa slabom kohezijom i međusobnom komunikacijom (što je posebno pogoršano tokom dve godine lečenja najmlađeg člana jer su roditelji bili usmereni samo na negu teško obolelog mlađeg sina) (Klikovac, Bogičević, Marotto, Blagojević i Steinhorn, 2014).

Rad s porodicom N. odvijao se u Belhospis centru za palijativno zbrinjavanje (Klikovac i sar., 2014).

Porodicu N. činili su otac S. (55 god.), privatnik, majka L. (50 god.), pravnik, stariji sin M. (22 god.), nezaposlen, u fazi pripreme za upis studija. Najmlađi član porodice N. (Z., 14 god.) lečio se od maligne bolesti i u vreme kada su se rođaci njegove porodice N. obratili za pomoć nalazio se u veoma teškom stanju, na intenzivnoj nezi jedne beogradske bolnice.

Za psihološku podršku psihosocijalnom timu Belhospis centra prvo su se obratili rođeni brat majke L., tj. ujak obolelog dečaka, i kum porodice N. Prvi razgovor obavljen je s njima dok je jos Z. bio živ. Razlozi obraćanja ujaka obolelog dečaka i kuma porodice N. bili su njihov strah i velika briga da majka obolelog dečaka „neće moći da preživi njegovu smrt, da će uraditi nešto sebi” i da „će se porodica raspasti jer je otac porodice pravio mnogo gluposti pre teške bolesti najmlađeg sina”. Njihova dilema je bila i da li da pokušaju lečenje u inostranstvu jer „se majka L. još uvek nada i veruje da će najmlađi sin uspeti da se izleči”.

Nakon prvog razgovora, s majčinim bratom, tj. ujakom obolelog dečaka, i kumom porodice N., koji su se i obratili za pomoć, psihosocijalni tim Belhospis centra predložio je da kažu majci dečaka da su razgovarali sa njima i da su oni kao tim spremni da pomognu i razgovaraju s njom i sa celom porodicom, ukoliko oni smatraju da im je to potrebno.

Prvi razgovor s majkom obavljen je u porodičnom stanu (koterapijski terenski rad psihologa i socijalnog radnika Belhospis centra) nekoliko nedelja pre smrti najmlađeg člana porodice. Majku L. zatekli su u polumraku zadimljene sobe, sklupčanu na krevetu, kako puši jednu cigaretu za drugom. Nakon upoznavanja i priče o tome kako je i kada počela bolest mlade sina i kroz šta su sve prošli tokom prethodne dve godine lečenja, majka L. otvorila je porodičnu priču o lošoj komunikaciji i odnosima između oca S. i starijeg sina M., kao i o alkoholizmu supruga. Prilikom prvog razgovora pominjala je njen suicid kao jedini izlaz ako mlađi sin „ode”. Jedan od ciljeva prvog razgovora s majkom L. bio je uspostavljanje odnosa poverenja, sigurnosti i kvalitetnog kontakta radi daljeg rada. Na prvoj seansi s majkom L. urađeno je nekoliko važnih procena i intervencija:

- Uspostavljen je dobar radni savez i odnos poverenja.
- Omogućena je ventilacija teških, dubokih osećanja tuge, nemoći, očajanja, patnje.
- Otvorene su porodične priče i „tajne” kroz koje se stekao uvid kada je reč o komunikaciji, konfliktima i porodičnoj koheziji (loša komunikacija i odnosi u porodici koji su eskalirali čestim konfliktima; suprugovi pogrešni poslovni potezi koji su ih doveli na ivicu egzistencije pre bolesti najmlađeg sina; suprugov alkoholizam; opcija njihovog razvoda). Posebno loša komunikacija i razjedinjenost („svako je negde sam sa sobom kada dođemo iz bolnice, više ni ne sedimo ni ne jedemo zajedno”) primetna je od bolesti i tokom lečenja najmlađeg člana prodice.
- Objašnjen je modalitet fokusirane porodične terapije s mogućnošću da se na komunikaciji, odnosima, konfliktima i razjedinjenosti u porodici može raditi.
- Objašnjen je proces anticipatornog tugovanja i tugovanja uopšte.

- Obavljena je s majkom L. „priprema za gubitak” (na pitanje majke kao izgleda „odlazak”, objašnjen je „trenutak odlaska”, uz ukazivanje na važnost opraštanja, pozdrav, sprovođenja nekog njoj važnog rituala u bolnici (da nešto kaže, uradi kada se nadje pored sina koji je već bio u komatoznom stanju na intenzivnoj nezi).
- Pokrenuta su brojna duboka pitanja o smislu – besmislu života, o našem „pravu” da mislimo da određenim postupcima stvari činimo boljim ili gorim (u kontekstu izjave majke L.: „biće najbolje da i ja odem kada Z.umre”), o paradoksu samouništenja kada trpimo veliki bol i gubitak, čime je na jedan indirektan način s majkom napravljen antisuicidalni ugovor, uz pruženu mogućnost da je tim tu da pomogne i olakša sve teške faze kroz koje bude prolazila u suočavanju sa složenim i bolnim osećanjima.
- Predloženo je da suprug S. (koji je imao otpor prema psiholozima, psihoterapeutima i sl.) kao deklarirano religiozan čovek individualno razgovara sa duhovnicima Belhospisa a da psihosocijalni tim razgovara i sa starijim sinom N., ukoliko on to bude prihvatio.

Prva seansa je, iako veoma složena, bila rasterećujuća zahvaljujući uspostavljenom odnosu poverenja s majkom porodice N.

Druga seansa je održana s majkom L. i starijim sinom M., u njihovom stanu neposredno posle smrti najmlađeg člana porodice N.

Stariji sin M. je prilikom prvog razgovora bio u priličnom otporu prema psihološkoj pomoći, logoreičan, sklon intelektualizacijama, sa ispoljavanjem besa i netrpeljivosti prema ocu S., a posebno kada je opisivao „scene iz porodičnog života” – koje su se odnosile na očev pokušaj suicida u pijanom stanju nakon finansijskog fijaska (nekoliko meseci pre bolesti najmlađeg člana). Na toj seansi pokazala se poremećena porodična dinamika i komunikacija (stariji sin M. optužio je roditelje i prebacio im da „samo plaču, idu na groblje, da mu je muka kada ih vidi takve, majku „presavijenu“ na krevetu u dnevnoj sobi a oca u pripitom stanju”). Sa druge strane, majka je pokazivala nerazumevanje za starijeg sina M. („on kao da ništa ne oseća, ne razume”, „da li je njegovo ponašanje normalno”, „kako može tako, mi smo izgubili dete a on brata”). Na drugoj seansi pokazale su se razlike u procesima tugovanja i ispoljavanju emocija roditelja i starijeg sina M. Komunikacija se otvorila ukazivanjem na to da iako stariji sin M. ne pokazuje emocije, ne ide na groblje, to ne znači da ne pati i ne tuguje, već pokušava i da ukaže na probleme u svakodnevnom funkcionisanju porodice N. u kojoj se on oseća zanemareno („u kući nema hrane, niko ne čisti i ne misli na sve te kućne stvari, pranje veša, kuvanje, plaćanje računa” i sl.). Uspostavljeni su prvi dogovori s majkom i starijim sinom u vezi sa podelom obaveza oko svakodnevnog funkcionisanja porodice i domaćinstva.

Predloženo je da stariji sin M., ukoliko želi, zakaže individualni razgovor s timom u prostorijama Belhospisa, a da majka L. i otac S. dođu zajedno, ali na odvojene seanse (majka kod psihologa, a otac kod duhovnika).

Sledećih pet seansi obavljene su odvojeno (stariji sin M. i majka L. imali su odvojene seanse s koterapijskim timom, psihologom i socijalnim radnikom, a otac S. sa duhovnicima).

Fokus u radu sa starijim sinom M. bio je na pružanju podrške, pridruživanju, pozitivnom konotiranju, suočavanju sa otporima koje ima, podsticanju self-diferencijacije i daljeg rasta i razvoja, definisanje konkretnih ciljeva (šta želi u životu) s obzirom na to da je ispričao „tajne” za koje roditelji nisu znali, a koje su se odnosile na njegovo „lečenje” zavisnosti od kockanja (ujak mu je bio podrška tokom protekle dve godine koliko je trajalo i njegovo lečenje od kockanja i lečenje mlađeg brata; u tom periodu roditelji su bili potpuno posvećeni mladjem bratu, a on se osećao zanemareno i zapostavljeno). Uz zavisnost od kockanja kod M. je bila prisutna i zavisnost od lakih opijata (marihuana). Jedan od bitnih fokusa rada sa M. bila je kontrola impulsa i razumevanje roditelja, njihovog načina tugovanja i procesa kroz koji prolaze uz pokušaj rešavanja konflikata sa ocem na konstruktivniji način. Podsticanje procesa odvajanja takodje je bio fokus rada sa M.

Nakon nekoliko seansi sa M. bio je primetan napredak. M. je uspostavio nov režim života. Doneo je odluku da upiše nov fakultet, počeo ozbiljne pripreme, svaki dan odlazio po nekoliko sati u biblioteku da uči, upisao strane jezike (odlazio na časove), svaki dan vežbao i trenirao, pokazao tendenciju ka zdravoj ishrani, društvene kontakte i mreže sveo na minimum „jer su mu po ceo dan odvlačili pažnju i vreme a ništa od toga nije imao”.

Seanse s majkom L. uvek su se odnosile na proradu njenih teških osećanja tuge i patnje, pružanje podrške i razumevanja, uz pozitivno konotiranje da „dostojanstveno i hrabro” nosi tugu i patnju za mlađim sinom. Istovremeno je tim za podršku radiona osnaživanju njenog odnosa sa suprugom S., uz fokus na onome što je u njihovom odnosu stabilno i dobro. Pokazalo se da je intervencija uspela jer je i majka L. i sama rekla: „nas dvoje se sada najbolje razumemo i toliko toga možemo da podelimo što ne možemo ni sa kim drugim”. Razgovori su bili usmereni na razumevanje starijeg sina i na njenoj „ulozi” u konfliktu koji sin ima sa ocem. Majka L. je ohrabrena da počne da radi, da izlazi iz kuće, da se kreće u društvu, što je nakon dva meseca rada i učinila.

Seanse sa ocem S. imali su duhovnici Belhospisa. Rad je bio usmeren na uspostavljanje kontrole nad alkoholom, uspostavljanje odnosa sa starijim sinom uz instrukciju „da on kao stariji i zreliji izbegne konflikt kad god je to moguće i da ne ulazi u beskrajne rasprave koje vode u konflikte”. Posebno su se proradjivala njegova osećanja krivice i stida nakon smrti mlađeg sina (što je verbalizovao rečima: „da ja nisam...ne bi se to ni desilo”) i nalaženja smisla nakon gubitka.

Analizom procesa rada s porodicom N. psihosocijalni tim Belhospis centra konstatovao je individualni napredak svakog člana porodice, što se odrazilo i na poboljšanje u porodičnom funkcionisanju u periodu procesa tugovanja za najmlađim članom. Majka L. se nosi s tugom i gubitkom na prihvatljiv način (nije suicidalna, aktivirala se i počela da radi, komunikacija sa suprugom je bolja („sve ovo kao da nas je zbližilo”), komunikacija sa starijim sinom M. postala je manje konfliktna i sa mnogo više „obzira”; otac S. je prestao da pije; komunikacija sa starijom sinom M. postala je, takođe, manje konfliktna i on je, s obzirom da ne radi, preuzeo određene kućne poslove, što je svima dosta značilo; stariji sin M. se fokusirao na pripremu prijemnog ispita za fakultet koji je želeo da upiše, misli da je prevazišao zavisnost od kockanja, društvenih mreža i povremene zloupotrebe marihuane. Proredio je, kako kaže, „besmislene izlaske i gubljenje vremena po splavovima” a posvetio se redovnom vežbanju i zdravoj ishrani. Trudi se da bolje razume roditelje i njihov proces tugovanja i da im ne prebacuje učestale odlaske na groblje.

Reference

- Addington-Hall, M., MacDonald, D., & Anderson, R. (1992). Randomized controlled trial of effects of co-ordinating care for terminally ill cancer patients. *British Medical Journal*, 305, 1317–1322.
- Axelsson, B., Christensen, B. (1998). Evaluation of a hospital-based palliative care support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliative Medicine*, 12, 41–49.
- Bakitas, M., Lyons, K., Hegel, M., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J., Hull, J., Li, Z., Tosteson, T., Byock, I., Ahles, T. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. *Journal of American Medical Association*, 302, 741–749.
- Byrne, A., Raphael, B. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychology and Medicine*, 24, 411–421.
- Downing, J., Milićević, N. (2012). *Paliјativna medicina: priručnik za studente medicine*. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Beograd: Čigoja štampa.
- Dessloch, A., Maiworm, M., Florin, I., Schulze, C. (1992). Hospital care versus home nursing: on the quality of life of terminal tumor patients. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine Psychology*, 42, 424–429.
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., Franco, M. (2015). Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1119–1134.
- Dunt, R., Cantwell, M., Temple-Smith, J. (1989). The cost-effectiveness of the Citymission Hospice Programme Melbourne. *Palliative Medicine*, 3, 125–134.
- Earle, C., Landrum, B., Souza, M. (2008). Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality of care issue? *Journal of Clinical Oncology*, 26, 3860–3866.
- Edmonds, M., Stuttaford, M. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as an evaluative tool. *Palliative Medicine*, 12, 345–351.

- Ellershaw, E., Peat, J., Boys, C. (1995). Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliative Medicine*, 9, 145–152.
- Gaudio, D., Hichenberg, S., Eisenberg, M., Kerr, E., Zaider, T., Kissan, D. (2012). Latino Values in the Context of Palliative Care: Illustrative Cases From the Family Focused Grief Therapy Trial, *American Journal of Hospice & Palliative care*, 30, 271–278.
- Hibbard, H., Stockard, J., Mahoney, E., Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Service Research Journal*, 39, 1005–1026.
- Higginson, I., Finlay, I., Goodwin, D., Hood, K., Edwards, A., Cook, A., Douglas, H., Normand, C. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter End-of-Life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 150–168.
- Kane, R., Wales, J., Bernstein, L. (1984). A randomized controlled trial of hospice care. *Lancet*, 1, 890–894.
- Kane, R., Berstein, L., Wales, J., Rothenberg, R. (1985). Hospice effectiveness in controlling pain. *The Journal of the American Medical Association*, 253, 2683–2686.
- Kane, R., Klein, J., Bernstein, L., Rothenberg, R. (1986). The role of Hospice in reducing the impact of bereavement. *Journal of Chronic Diseases*, 39, 735–742.
- Kane, R., Klein, J., Bernstein, L. (1985b). Hospice role in alleviating the emotional stress of terminal patients and their families. *Medical Care*, 23, 189–197.
- Kissane, W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, P., Snyder, D., Dowe, L. (1996). The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*, 153, 659–666.
- Kissane, D., Bloch, S. (2002). *Family Focused Grief Therapy – a model of family-centered care during palliative care and bereavement*. Buckingham: Open University Press.
- Kissane, W., McKenzie, M., McKenzie, P., Forbes, A., O'Neill, I., Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative Medicine*, 17, 527–537.
- Kissane, D., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, P. (2006). Family Focused Grief Therapy: A Randomized Trial in Palliative Care and Bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1208–1218.
- Kissane, D., Zaider, Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, Lisa., Loeb, R., Gaudio, F. (2016). Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. *Journal of Clinical Oncology*, 34, 1921–1927.
- Klikovac, T. (2010). Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tužovanje. *Psihološka istraživanja*, 13, 261–271.
- Klikovac T, Bogičević M, Marotto K. D., Blagojevic J, Steinhorn D. (2014, novembar). *Effective Support of Family Psychological Dysfunction by the Community Hospice Team Surrounding the Cancer Death of a Child*. Rad prezentovan na: 2nd European Congress on Pediatric Palliative Care, Roma.
- Kramer, J., Kavanaugh, M., Rentham-Diet, A., Walsh, M., Yonker, A. (2010). Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of

- family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Omega Journal of Death and Dying*, 62, 201–220.
- Mor, V., Masterson Allen, S. (1990). A comparison of hospice vs. conventional care of the terminally ill cancer patient. *Oncology (Huntingt)*, 4, 85–91.
- Mor, V., Stalker, Z., Gralla, R. (1988). Day hospital as an alternative to inpatient care for cancer patients: a random assignment trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 771–785.
- Moos, R. H., Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Stanford, California: Consulting Psychologists Press.
- McMillan, C. (1996). Quality of life of primary caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer Practice*, 4, 191–198.
- McMillan, C., Mahon, M. (1994). The impact of hospice services on the quality of life of primary caregivers. *Oncology Nurs Forum*, 21, 1189–1195.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I. (1996). *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation: Inventories for Research and Practice*. Madison University of Wisconsin, 783–788.
- McCubbin, H. I., Constance, B. J., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M., Needle R. H. (1980). Family Stress and Coping: A decade Review. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 855–871.
- Nadeau, W. (2001). Meaning making in family bereavement: A family systems approach. UH. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 329–347). Washington: American Psychological Association.
- Nelson, L., Wenzel, B., Osann, K. (2008). Stress, immunity, and cervical cancer: bi-behavioral outcomes of a randomized clinical trial. *Clinical Cancer Research*, 14, 2111–2118.
- Parkes, M. (1979a). Terminal care evaluation of in-patient service at St Christopher's Hospice: Part 1. Views of surviving spouse on effects of the service on the patient. *Postgraduate Medical Journal*, 55, 517–525.
- Parkes, M., Parkes, J. (1984). 'Hospice' versus 'hospital' care—re-evaluation after 10 years as seen by surviving spouses. *Postgraduate Medical Journal*, 60, 120–124.
- Parkes, M. (1979b). Terminal care: evaluation of inpatient services at St Christopher's Hospice: part 2— self assessment of effects of the service on surviving spouses. *Postgraduate Medical Journal*, 55, 523–527.
- Savet Evrope (2004). *Preporuke REC(2003). 24 Komiteta ministara državama članicama u vezi sa organizacijom palijativnog zbrinjavanja*. Beograd: Centar za palijativno zbrinjavanje Belhospice.
- Shapiro, R. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In H. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 301–328). Washington: American Psychological Association.
- Schuler, T., Zaider, T., Kissane, D. (2012). Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters*, 90, 77–86.
- Tan, A., Novotny, P., Kaur, J. (2008). A patient-level meta-analytic investigation of the prognostic significance of baseline quality of life (QOL) for overall survival

- among 3, 704 patients participating in 24 North Central Cancer Treatment Group and Mayo Clinic Cancer Center oncology clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 9515–9515.
- Ventafriidda, V., Tamburini, M., Selmi, S. (1985). The importance of a home care program for patients with advanced cancer. *Tumori*, 71, 449–454.
- Ventafriidda, V., De Conno, F., Vigano, A. (1989). Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients. *Tumori*, 75, 619–625.
- Ventafriidda, V., De Conno, F., Ripamonti, C. (1990). Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Annals of Oncology*, 1, 415–420.
- Vlajković, J. (2002). *Životne krize i njihovo prevažilaženje*. Beograd: Nolit.
- Watson, M., Kissane, D. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. UK: A John Wiley & Sons.
- Wales, J., Kane, R., Robbins, S. (1983). Hospice evaluation study: methodology and instrumentation. *Medical Care*, 21, 734–744.
- World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee*. Preuzeto sa: <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=10&codcch=804>
- World Health Organization (2007). *Definicija palijativnog zbrinjavanja*. Preuzeto sa: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Zimmer, G., Groth Juncker, A., McCusker, J. (1985). A randomized controlled study of a home health care team. *American Journal of Public Health*, 75, 134–141.

DATUM PRIJEMA RADA: 07.03.2017.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 20.7.2017.

Family Focused Grief Therapy – The Therapy of Choice in Palliative Care

Tamara Klikovac

*University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Department of Psychology,
BELhospice Centre for Palliative Care*

Palliative care refers to offering physical, psychosocial and spiritual care to patients who are suffering from life threatening diseases. It also includes providing psychological support for family members and other close relations during the period of illness (anticipatory grief) and in the period of bereavement and mourning after the patient's death. The choice of therapy during the process of bereavement and mourning is Family Focused Grief Therapy (FFGT). FFGT is a brief, focused and time-limited psychotherapeutic model of intervention belonging to family psychotherapy which is specified for the families that face a life threatening disease of a family member. FFGT, with some modifications, can be applied in work with the families who are facing a terminal illness of younger family members – a child or an adolescent. FFGT typically comprises of 7 to 9 sessions lasting for 90 minutes, which are arranged flexibly across 9 to 18 months, depending on the needs of each family individually. It is important to emphasize that the frequency and number of sessions in each phase depend on the specific features and needs of

each particular family. The intervention aim of FFGT is to prevent the complications of bereavement by enhancing the functioning of the family, through exploration of its cohesion, communications (of thoughts and feelings), and handling of conflict. The story of illness and the related grief is shared in the process. The creator of this model is Dr David Kissane, a psychiatrist and a family psychotherapist from Melbourne, Australia, who also worked at the Memorial Sloan Kettering Cancer Centre in New York. The main aims of this article are, on the one hand, to introduce this very useful model of the family therapy to the professional community in Serbia and, on the other, to introduce a conceptual and practical frame of palliative care.

Key words: Palliative care, psychosocial support, family therapy, mourning