

KVALITET ŽIVOTA PORODICA MENTALNO OBOLELIH OSOBA

*Sladana Milošević¹⁵⁸, MA defektolog
Institut za mentalno zdravlje, Beograd*

Apstrakt: *Kvalitet života predstavlja teorijski koncept koji se razvija poslednjih decenija i podrazumeva procenu subjektivnih i objektivnih dimenzija. Subjektivne dimenzije odražavaju doživljaj zadovoljstva osobe na različitim domenima funkcionisanja, pri čemu je jedan od njih vezan i za porodične odnose. S obzirom da subjektivne dimenzije modulira aktuelni afektivni status, kao i da afekat iradira, otvara se pitanje kvaliteta života osoba sa mentalnim poremećajem i njihovih porodica. Prema izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (SZO) u svetu najmanje 25% osoba i njihovih porodica su pogođeni mentalnim poremećajima koji utiču na kvalitet njihovih života. Kako su pitanja mentalnog zdravlja, odnosno poremećaja, bolna i traumatična za celu porodicu, imaju značajan uticaj na socijalne, ekonomske i emocionalne komponente porodice. Istraživanja pokazuju da je kvalitet života osoba sa mentalnim poremećajima snižen u svim domenima, i da se mentalni poremećaji povezuju sa češćim bračnim krizama i razvodima. Članovi porodica mentalno obolelih osoba najpre ispoljavaju somatske tegobe kao što su nesanica, migrena, gubitak apetita i umor, a zatim i 30% do 45% simptomatologije mentalnih poremećaja koja se razvijaju tokom bolesti njihovog člana. Emocionalna ekspresija prebojena je visokom hostilnošću, sa oko 70% kritičkih komentara i različitim stepenom emocionalne upletenosti. Ovi simptomi se povezuju sa disfunkcionalnim prilagođavanjem na bolest u porodici, kao i sa partnerskim, tj. bračnim nezadovoljstvom i disfunkcionalnošću. Cilj ovog rada je prikaz povezanosti kvaliteta života članova porodice mentalno obolelih osoba i mentalne bolesti, specifičnosti partnerske i porodične dinamike porodica sa mentalno obolelim članom iz perspektive sistemskog pristupa, kao i savremene modalitete tretmana koji podrazumeva integrativni pristup kompletnoj porodici kroz farmakoterapiju, bračnu/porodičnu sistemsku terapiju i psihoedukaciju obolelog i njegove porodice.*

Ključne reči: *kvalitet života, mentalni poremećaj, porodica, integrativni pristup.*

UVOD

Uticaj koji bolesti imaju na čovekov život nije moguće opisati samo tradicionalnim pokazateljima stanja zdravlja, već je neophodno i nužno širenje fokusa i traganje za karikom zdravlja „koja nedostaje”. Ta bitna karika za potpunije razumevanje zdravlja i bolesti pojavila se sa uvođenjem termina kvalitet života (Miljković, Vukić i Trajanović, 2004). Koncept kvaliteta života predstavlja koncept koji podrazumeva procenu subjektivnih i objektivnih dimenzija. Kako se simptomi mentalnih poremećaja mogu višestruko posmatrati i u okviru porodice, bilo da porodica podstiče ili ublažava efekte genetskih i organskih poremećaja, koji mogu dovesti do mentalnog oboljenja. Formirani mentalni poremećaji mogu biti manje ili više upadljivi u zavisnosti od funkcionisanja porodice. Tako i doživljaj zadovoljstva/nezadovoljstva naročito u domenu porodičnih odnosa predstavlja jednu od subjektivnih dimenzija (Draganić, 2005). S obzirom na to da aktuelni afektivni status utiče na subjektivne dimenzije, pitanja o kojima se diskutuje u

¹⁵⁸ sladjanamilo@gmail.com

ovom radu povezana su sa kvalitetom života osoba obolelih od mentalnih poremećaja i njihovih porodica iz sistemske perspektive.

Pojmovno određenje kvaliteta života

Kvalitet života je koncept kojim se prati uticaj različitih aspekata života na blagostanje i funkcionisanje neke osobe i zauzima značajno mesto u sociologiji, psihologiji i medicini. Sa sociološkog aspekta kvalitet života pruža informacije o zadovoljstvu životom, kao i o stepenu ne(adekvatnog) funkcionisanja u okruženju. Sa psihološkog nas informiše o osećanjima osobe i njenim interkcijama sa drugima. U medicini je ne samo neizostavna prevencija, ublažavanje simptoma bolesti i njihovih posledica, već predstavlja i borbu za kvalitetniji život (Damnjanović, 2012). S obzirom na to da se radi o multidimenzionalnom konceptu, danas postoji više definicija ovog pojma. Najsveobuhvatnija definicija je Svetske zdravstvene organizacije koja kvalitet života definiše kao percepciju životne pozicije individua u kontekstu kulture i vrednosnog sistema u kojima žive i povezana je sa njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima (WHO, 2001).

Kvalitet života i mentalni poremećaji

Savremeni koncept zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja, kao jedan od prioritarnih ciljeva definiše unapređenje kvaliteta života mentalno obolelih osoba. Kako sama definicija mentalnog zdravlja naglašava funkcionalne, adaptivne resurse osobe, savremeni trend psihijatrijskih službi podrazumeva defokusiranje sa klasičnog medicinskog modela usmerenog na simptom ka multidimenzionalnom pristupu obolelom i usmeren na njegove individualne potrebe, odnosno, njihovo zadovoljenje (Conell et al., 2010; Draganić, 2005). Kako je već istaknuto da koncept kvaliteta života predstavlja teorijski koncept koji obuhvata procenu subjektivnih i objektivnih dimenzija, subjektivne dimenzije odražavaju doživljaj individue, što znači da odlikava psihološko doživljavanje sebe i sveta oko sebe u različitim domenima, pri čemu je jedan od njih vezan i za porodično funkcionisanje. Imajući u vidu da subjektivne dimenzije modulira aktuelni afektivni status i da afekat iradira, time se otvara i značajno pitanje kvaliteta života mentalno obolelih i članova njegove porodice.

Prema izveštaju WHO u svetu najmanje 25% osoba i njihovih porodica pogođene su mentalnim poremećajima koji utiču na kvalitet njihovih života (WHO, 2001). Mogu se javiti u svim životnim dobima, a nastale posledice ukazuju na značajnu patnju i onesposobljenost kako obolelog tako i njegove porodice. Prethodno navedeno ukazuje da je kvalitet života mentalno obolelih osoba snižen u svim domenima (Caqueo-Urizar et al., 2017; Conell et al., 2012). S jedne strane, kada je reč o subjektivnim dimenzijama, iskustvo simptoma uglavnom je percipirano kao teret, mučenje, preokupacija simptoma koja ih ometa u svakodnevnom funkcionisanju (Souza et al., 2017; Walton-Moss, Gerson, & Rose, 2005). Dok sa druge strane, kada je reč o objektivnim dimenzijama težina ispoljenja simptomatologije korelira objektivnim troškovima bolesti i na taj način kompromituje kvalitet života.

Funkcionalne karakteristike porodica mentalno obolelih osoba

Bolest nije samo individualno, već interpersonalno i socijalno iskustvo i ne pogađa samo bolesnog pojedinca, nego i njegovu porodicu, pa i širu socijalnu sredinu. U skladu sa tim, razumljivo je da su pitanja mentalnog zdravlja, odnosno poremećaja, bolna i traumatična za celu porodicu, imaju značajan uticaj na socijalne, ekonomske i emocionalne komponente porodice (Pompeo et al., 2016).

U funkcionalnom smislu porodični sistem u celini je povezan sa simptomom svog člana, te tako porodicu čini disfunkcionalnom (Paunović, 2008). S tim u vezi, neophodno je naglasiti i da mentalni poremećaj najpre predstavlja stres za porodicu koji neretko prevazilazi njene adaptivne resurse (Crowe & Lyness, 2013).

Istovremeno sa procesom deinstitucionalizacije kao trenda savremene psihijatrije s jedne strane (resocijalizacija i reintegracija), s druge strane se naglašava značaj porodice kao konteksta u kome obolela osoba živi, kao i njen značaj u brizi o mentalno obolelom (Koutra et al., 2014; Noghani et al., 2016). Intenzivna patnja, doživljaj besmisla i niz simptoma kojima je bolesna osoba preplavljena paralelno se prepliću i sa specifičnim osećanjima, ponašanjem i doživljajem ostalih članova porodice (Draganić-Gajić, 2005). Težina poremećaja i vreme koje se dnevno provodi sa obolelim direktno koreliraju sa stepenom opterećenja porodice (Smith et al., 2014). Teret koji iskusi porodica se prvenstveno odnosi na veliko naprezanje i teškoće. Manifestuje se kroz spektar psiholoških, emocionalnih, socijalnih, fizičkih i finansijskih problema (Santesteban-Echarri et al., 2018). Primera radi, više od 50% porodica su osetile opterećenje zarad nege obolelog, a 33% finansijske teškoće (Idstad, Ask & Tambs, 2010). Istraživanja ukazuju da se oko 53,1% članova porodica osećaju bezpomoćno, 65,5% ima problem sa fizičkim zdravljem kao što su migrena u 44,2% slučajeva, nesanica 48%, gubitak apetita 12% i umor 56,2% (Steele, Maruyama & Galynker, 2010). Značajno je istaći i da zdravi članovi razvijaju od 30% do 45% simptomatologije mentalnih poremećaja od kojih su najzastupljenija depresija i anksioznost, dok je jedna trećina ispunjavala uslov za posttraumatski stresni sindrom. (Ennis & Bunting, 2013; Fekadu et al., 2019; Kuipers, Onwumere & Bebbington, 2010). Deca mentalno obolelih osoba, takođe, ispoljavaju osećanje krivice, opterećenje bolešću roditelja i efekte stigma (Dunjić-Kostić i sar., 2011). Ne treba zanemariti da neretko porodice mentalno obolelih osoba navode da se osećaju bespomoćno i imaju doživljaj da stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja nedovoljno pažnje posvećuju lečenju njihovog obolelog člana.

Pored toga, neizostavno se čini napomenuti da društveni kontekst i kulturološke specifičnosti mogu oblikovati dinamiku reakcija članova porodice obolelih i doživljaj brige o njima (Dunjić-Kostić i sar., 2011). Tako vrednosti i uverenja utkana u kulturološki milje mogu da definišu i obaveze prema članovima porodice. Istočne kulture podrazumevaju brigu o obolelom članu porodice kao ličnu obavezu, dok zapadne očekuju prevashodno institucionalnu pomoć (Talwar & Matheiken, 2010; Zahid & Ohaeri, 2010).

Iako ovi podaci govore u prilog da je oboleli član porodice s jedne strane u naglašenoj zavisnoj poziciji, dok s druge strane onaj koji brine o njemu ima veliku odgovornost (Paunović, 2008). U skladu sa tim, može se zaključiti da je ovakva konstelacija neravnopravna i često povezana sa doživljajem „opterećenja” i raznovrsnim posledicama, dok mentalno obolela osoba neretko oseća krivicu i frustriranost (Gavois, Paulsson & Fridlund, 2006). Međutim, moć koju simptomom dobija bolesni član, posmatrano iz sistemske perspektive, menja ovu konstelaciju.

Naposletku, na reakcije članova porodice utiče i njihova percepcija bolesti člana porodice. Promena životnog stila koja prati somatske bolesti porodica lakše prihvata, nego kada je u pitanju mentalni poremećaj što potvrđuje snagu stigma (Kuipers & Bebbington, 2006).

Porodična stigma mentalno obolelih

Negativna percepcija mentalnih poremećaja i obolelih osoba održava se do danas uprkos značajnom napretku savremene dijagnostike i tretmana. Istovremeno, porodice i oboleli sa mentalnim poremećajima se susreću sa dvostrukim izazovom. S jedne strane je to borba sa samim simptomom bolesti, a sa druge stigmatizacija i izolacija kao posledica zabluda o mentalnim poremećajima. Porodična stigma sadrži stereotipe okrivljivanja i sramote (Milačić-Vidojević i Dragojević, 2011). Najpre se okrivljivanje odnosi na loše roditeljske veštine koje su dovele do pojave mentalnog poremećaja, a zatim, članovi porodice mogu upravo doživeti sramotu zbog okrivljivanja (Corrigan et al., 2001). Sramotu doživljava i zbog simptoma poremećaja koji su neuobičajeni ili „čudnog” ponašanja obolelog, zatim stidi se da predstavi osobu drugima ili poseti javna mesta plašeći se reakcija okoline na promenjeno ponašanje obolelog (Couture & Peen, 2003; Weisman, Gomes & Lopez, 2003). Podaci ukazuju da je oko 25% članova porodice doživelo sramotu zbog okrivljivanja. Stigma stvara i osećaj niskog samopoštovanja, zbog čega i sami oboleli i porodica izbegavaju komunikaciju i neretko ostaju izolovani (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004). Primera radi, 20% do 30% članova porodice je izvestilo o sniženom samopoštovanju.

Redukciju socijalnih kontakata nakon oboljevanja partnera potvrđuje 71% supružnika, 10 % porodica je ukazalo na izbegavanje od strane drugih osoba, a i same porodice izbegavaju kontakte i ne govore otvoreno o bolesti (Grisp et al., 2000; Klin & Lemish, 2008).

Sistemska razumevanje porodica sa mentalnim obolelim članom

Pomeranje sa individualnog sagledavanja na interpersonalni i interreakcijski predstavlja novi pogled na simptome mentalnih poremećaja. Sistemska perspektiva diskutuje o vezi i odnosu koji ima moć i simptom mentalno obolelog člana na porodicu i obrnuto. Konkretno, sistemska perspektiva simptome mentalnog poremećaja vidi kao:

- a) simptom *homeostaze* /simptom koji održava porodicu;
- b) kao *funkciju* u cilju održavanja braka;
- c) kao *regulatora* odnosa/ kroz distancu u komunikaciji (Friedman et al., 2002; Paunović., 2008).

Posmatrano u celini, ovakvi porodični sistemi funkcionišu utrougljeno sa simptomima, prvenstveno u cilju opstajanja i održavanja, ali nikako prekidanja odnosa. Odnos u porodici može se prekinuti namernim (suicidom) ili nenamernim činom, tačnije smrću člana porodice (Vukov-Goldner, 1988). Shodno navedenim hipotezama sistemske perspektive, simptomi mentalnih poremećaja jednog člana često su u funkciji spasavanja braka jer omogućavaju partnersku komunikaciju i na taj način održava patološku homeostazu. Način na koji mentalno oboleli partner „odgovara“ na visoko specifične reakcije „zdravog“ partnera i koji su specifični mehanizmi kojima simptomatologija nastaje i održava se, odražava se upravo u bračnom sistemu (Marom, 2005). Kada je reč o afektivnim poremećajima, najpre, depresija može biti i u funkciji regulacije partnerskog odnosa, tj. distance u odnosu sa partnerom. Roditelji sa problemom depresije „uvlače“ decu i ona istovremeno postaju deo trougla roditeljskog sukoba i problema i tako postaju internalizovani spasitelj roditelja od mogućih problema/razvoda, samoubistava (Paunović, 2008; Rehman, Golan & Mortimer, 2008). Slična funkcija simptoma je i u porodici sa obolelim od šizofrenije. Utrougljavanje obolelog od šizofrenije u porodici je u zavisnosti od njegove psihološke vulnerabilnosti, na primer, „emocionalni razvod“ roditelja koji prati osećaj krivice i potreba uspostavljanja koalicije sa detetom. Pokušaj rekonstrukcije partnerskih odnosa i trajni porodični problemi svoj kanal izražavanja nalaze kroz bolest deteta tj. funkcija simptoma je održavanje porodičnog sistema u homeostazi (De Sousa et al, 2013; Marom, 2005). U porodicama sa mentalno obolelim članom kompromitovan je i kvalitet porodičnih interakcija. Sagledavajući aspekt emocionalne ekspresije kroz konstrukte hostilnosti, kritičkih komentara i emocionalne upletenosti dobijaju se različite vrednosti (Venkatasubramanian & Amaresha, 2012). Kada se radi o afektivnim poremećajima, najpre kod depresije, istraživanja ukazuju da je 70% partnera kritički raspoloženo prema bolesnom članu, teže ga prihvataju, češće izražavaju neslaganje, dok se depresivni partner povlači, manje govori o sebi i pokušava da se neverbalno neutralno ponaša. (Hooley & Campbell, 2002). Partneri sa visokom emocionalnom ekspresijom preuzimaju dominantu ulogu, dok partneri sa niskom emocionalnom ekspresijom prepuštaju inicijativu depresivnom partneru. Kada je reč o porodicama sa obolelim od bipolarnog poremećaja, stepen emocionalne ekspresivnosti povišen je zbog ciklične prirode bolesti u 63% slučajeva, kritičizam u 12%, dok je hostilnost zastupljena u oko 25% i to u maničnoj fazi. (Miklowitz, 2007; Steele, Maruyama & Galynker, 2010; Wendel et al., 2010). Međutim, kada je u pitanju porodica sa obolelim članom od šizofrenije, hiperkritičizam perzistira, ali je naglašena emocionalna upletenost 76%. (Meneghelli et al., 2011; Wuerker, Haas & Bellack, 2001). Za razliku od ovih porodica, kod porodica sa depresivnim članom ne postoji emocionalna upletenost, već upravo redukcija kontakata. Nivo izražene emocionalne ekspresije može uticati na recidivizam obolelih od depresije, šizofrenije i bipolarnih poremećaja (Bachmann et al., 2002). U jednogodišnjem periodu nakon uspostavljene remisije iz grupe visoko emocionalno ekspresivnih brakova relaps je nastupio u 59% obolelih od depresije, za razliku od grupe nisko ekspresivnih brakova u kojima nema relapsa. Stopa relapsa obolelih od šizofrenije iz grupe visoko emocionalno ekspresivnih porodica je oko 51%, a potrebu za rehospitalizacijom je imalo 18% obolelih (Marom, 2005 ; Venkatasubramanian & Amaresha, 2012; Wearden et al., 2000).

Mentalna oboljenja i partnerska disfunkcionalnost

Pojava mentalnog poremećaja u porodici u većini slučajeva znači i njeno ugrožavanje, najpre u partnerskim relacijama, a zatim i interporodičnim.

Bračna disfunkcionalnost je polje najintezivnijih promena koje su povezane sa mentalnom bolešću jednog od partnera. Bračne relacije karakteriše nizak nivo bliskosti i kohezivnosti (Paunović, 2008). Nalaz bračnog nezadovoljstva pre pojave bolesti predstavlja najznačajniji prediktor disfunkcionalnog prilagođavanja i iscrpljenja zdravog partnera (Draganić-Gajić i sar.2005). U skladu s tim, ustanovljeno je razvijanje simptoma mentalnih poremećaja u opsegu od 30% do 45% kod zdravih partnera (Alfieri & Lanz, 2015; Draganić-Gajić i sar.2005). Istraživanja pokazuju da je bračno nezadovoljstvo (nedostatak bliskog intimnog odnosa) istovremeno i činilac ranjivosti za razvoj depresije kod žena i činilac koji značajno utiče na tok bolesti i kvalitet oporavka (Choi & Marks, 2008; Draganić, 2005). Depresivne osobe mogu izazvati napetost, ljutnju, depresivnost ili odbijanje kod zdravih partnera (Rehman, Gollan & Mortimer, 2008). Najveću uznemirenost potvrđuje da 62% bračnih partnera oseća kada depresivni partner govori o osećanju besmisla i sopstvenom niskom samopoštovanju. Gotovo polovina supružnika depresivnih osoba žali se na probleme u bračnom odnosu, dok kod trećine parova dolazi do prekida seksualnih odnosa (Choi & Marks, 2008). O preplavljenosti negativnim emocijama izveštava i oko 54% partnera čiji je partner oboleo od bipolarnog poremećaja. Oko 40% supružnika je nezadovoljno bračnim odnosom. Uglavnom navode da bračno nezadovoljstvo zavisi od afektivnog stanja, u „plus“ fazi zdravi partneri uglavnom osećaju napetost i teškoće u suočavanju sa povišenim seksualnim nagonom ili gubitkom libido u „minus“ fazi (Lam, 2005). Na nezadovoljstvo bračnim odnosom se žale i zdravi partneri obolelog od šizofrenije. Iako, nakon obolevanja zdravi partneri prijavljuju zadovoljstvo kao posledicu solidarnosti, ali iscrpljivanje ličnih kapaciteta i očekivanje oporavka dovodi do nezadovoljstva. Supružnici se žale na distanciranje i smanjenje seksualne želje kod obolelog partnera koje rezultira razvodom (Doron et al., 2014).

Integrativni tretman porodice

Savremeni koncept razumevanja mentalnog zdravlja/bolesti otvara i nove perspektive za prepoznavanje, koncipiranje i proširivanje novih, savremenih modaliteta lečenja koji podrazumevaju i primenu strategija unapređenja mentalnog zdravlja. Budući da smo u radu pokušali da iz sistemske perspektive sagledamo na koji način se mentalni poremećaji javljaju i održavaju u porodici i na koji način su povezani sa kvalitetom života svih članova porodice, pokušaćemo da u sistemskoj perspektivi sagledamo i dijapazon mogućih terapijskih i preventivnih intervencija koje bi mogle da dovedu do pozitivnih promena u porodičnom sistemu.

Kao prvo, medikamentozna terapija je početni korak u tretmanu mentalnih poremećaja, prvenstveno savremeni medikamenti kao što su: antipsihotici „druge generacije“, psihostabilizatori ne dovode samo do smanjenja simptoma poremećaja, nego i redukcije nus-efekata lekova čime se poboljšava kvalitet života (Kane & Correll, 2010; Miklowitz, 2007).

Kako na način reagovanja porodice značajno utiče način razumevanja bolesti, psihoedukacija je nužni i neophodni segment lečenja (Feldmann et al., 2001). Upravo edukacija o bolesti kroz prepoznavanje znakova i simptoma poremećaja, identifikovanje načina emocionalnog reagovanja može pomoći porodici da reakcija na bolest ne dovede do disfunkcionalne komunikacije unutar porodice koja će nepovoljno uticati na oporavak obolelog, a i zdravlje svih članova porodice (Štrkalj-Ivezić i Martić-Biočina, 2010). Takođe, i rad na usvajanju efikasnih strategija protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004). Umanjivanjem stepena opterećenosti zdravih članova intervencija dobija preventivni značaj i vrednost.

Istraživanja ukazuju da primena kognitivno bihevioralne i bračno/porodične terapije dovodi do redukcije simptomatologije poremećaja, kao i da bračna terapija doprinosi poboljšanju partnerskog odnosa. Osim toga, bračno/porodična terapija ima i za cilj promenu interakcijskih obrazaca kojima se simptom održava, samim tim i prevenciju novih „relapsa” (Kuipers & Bebbington, 2006). Paralelna primena sa psihofarmacima određene „grupe” predstavlja terapiju izbora, kao i unapređenja kvaliteta života.

Najzad, narativna terapija nudi mogućnost nove perspektive u razumevanju bolesti i drugačijeg pristupa i komunikacije u porodičnom sistemu, naročito teških osećanja koje oboleli i njegova porodica u odnosima i relacijama nose (Gonçalves et al., 2015). Preoblikovanje ličnog osećanja bespomoćnosti u brizi za obolelog u zdravo prihvatanje pružanja nege ili očekivanih ograničenja od obolelog, značajno umanjuje negativne posledice bolesti po druge članove (Burgin & Gibbons, 2016). Doživljaj i prepoznavanje pozitivnih aspekata, kao što su briga o obolelom, doživljaj gratifikacije, ponosa umanjuju težinu psiholoških problema kod zdravih članova porodice.

ZAKLJUČAK

Retrospektivom i sublimacijom nalaza u radu može se zaključiti da mentalni poremećaji utiču na kvalitet života kako obolelog tako i članova njegove porodice, kompromitujući njegove subjektivne i objektivne dimenzije. Step en opterećenja porodice zavisi od težine poremećaja i vremena provedenog sa obolelim. Kumulativni efekat se ogleda u razvoju čitavog spektra psiholoških, emocionalnih, zdravstvenih problema, kao i stigmatizacije i izolacije. To podrazumeva osećanje opterećenosti, sramote i stida, migrenu, nesanicu, gubitak apetita, simptoma mentalnih poremećaja, porodičnu i partnersku disfunkcionalnost.

Ovakva konstelacija doprinosi da prepoznavanje i bolje razumevanje dinamike porodičnih odnosa u takvim porodicama, od strane samih članova porodice, i stručnjaka koji se angažuju u radu sa porodicom se usmeri na uslovljavanje promena u interakcijama, koje menjaju i percepciju i subjektivni doživljaj kvaliteta života.

Svi navedeni aspekti kao imperativ nameću unapređenje kvaliteta života mentalno obolelih osoba, uporedo sa procesom lečenja, podrazumeva i nužnu promenu u širem kontekstu i sistemima u kojima bolesni član, odnosno porodica živi, u sadejstvu sa podrškom društva kako bi porodice bile manje izoležene stigmatizaciji.

LITERATURA

1. Alfieri, S., & Lanz, M. (2015). The Measurement of Family Relationships: Individual, Dyadic and Family Dimensions of Relational Construct. *TMP. Family Studies and Research*, 22(2), 251-267
2. Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 175-182. doi:10.1016/s0920-9964(03)00186
3. Bachmann, S., Bottmer, C., Jacob, S., Kronmüller, K.-T., Backenstrass, M., Mundt, C., & Schröder, J. (2002). Expressed emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder—a comparison. *Psychiatry Research*, 112(3), 239-250. doi:10.1016/s0165-1781(02)00226-3
4. Burgin, E. C., & Gibbons, M. M. (2016). “More Life, Not Less”: Using Narrative Therapy With Older Adults With Bipolar Disorder. *Adultspan Journal*, 15(1), 49-61. doi:10.1002/adsp.12019

5. Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K. J., Irrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1). doi:10.1007/s11920-017-0756-z
6. Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 377–390. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00488.x
7. Connell, J., John Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (1), 2-16
8. Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953–958. doi:10.1176/appi.ps.52.7.953
9. Couture, S., & Peen, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291–305. doi:10.1080/09638231000118276
10. Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(01), 4–7. doi:10.1192/bjp.177.1.4
11. Crowe, A., & Lyness, K. P. (2013). Family Functioning, Coping, and Distress in Families With Serious Mental Illness. *The Family Journal*, 22(2), 186–197. doi:10.1177/1066480713513552
12. Damjanović, M. (2012). *Karakteristike kvaliteta života i mentalnog zdravlja dece i adolescenata koji su u sistemu socijalne zaštite*. Beograd, Univerzitet u Beogradu-Medicinski fakultet. Doktorska disertacija
13. De Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W., & Bentall, R. P. (2013). Parental Communication and Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 756–768. doi:10.1093/schbul/sbt088
14. Doron, H., Sharabi-Nov, A., Trambus, M., Amory, V., Benbenishty, Y., Skuza, Y., & Issa, F. (2014). Couple Relationships In Persons With Schizophrenia: Intimacy, Passion, And Commitment. *American Journal of Health Sciences*, 5 (2), 150-164. doi:10.19030/ajhs.v5i2.8960
15. Draganić-Gajić S., Lečić-Toševski D., Čalovska-Hercog N., Nagulić D., Stamenković-Rudić B., i Dimić, S. (2005). Disfunkcionalnost bračnog odnosa i karakteristike ličnosti partnera. *Medicinski pregled*, 58(3-4), 175-179
16. Draganić-Gajić, S. (2005). Kvalitet života depresivnih osoba. *Psihijatrija danas*, 37(1), 131-137
17. Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Ivković, M., Damjanović, A., i Jašović-Gašić, M. (2011). Kvalitet života osoba koji brinu o mentalno obolelima, *Engrami*, 33(1), 39-45
18. Ennis, E., & Bunting, B. P. (2013). Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*, 13(1). doi: 10.1186/1471-2458-13-255
19. Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K. J., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open*, 9(12), doi: 10.1136/bmjopen-2019-032391
20. Feldmann, R., Hornung, W.-P., Buchkremer, G., & Arolt, V. (2001). The Influence of Familial Loading on the Course of Schizophrenic Symptoms and the Success of Psychoeducational Therapy. *Psychopathology*, 34(4), 192–197. doi:10.1159/000049306
21. Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 259–272. doi:10.1016/s0887-6185(02)00097-x
22. Gavois, H., Paulsson, G., & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 102–109. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00380.x
23. Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 425–435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355

24. Hooley, J. M., & Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine*, 32(6), 1091–1099. doi:10.1017/s0033291702005779
25. Idstad, M., Ask, H., & Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*, 10(1). doi:10.1186/1471-2458-10-516
26. Kane, J. M., & Correll, C. U. (2010). Past and Present Progress in the Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(09), 1115–1124. doi:10.4088/jcp.10r06264yel
27. Klin, A., & Lemish, D. (2008). *Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences*. *Journal of Health Communication*, 13(5), 434–449. doi:10.1080/10810730802198813
28. Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2014). Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry Research*, 219(3), 486–496. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.045
29. Kuipers, E., & Bebbington, P. (2006). Cognitive behaviour therapy for psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(4), 267275. doi:10.1017/s1121189x00002153
30. Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(04), 259–265. doi:10.1192/bjp.bp.109.070466
31. Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7(5), 431–440. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x
32. Marom, S. (2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 751–758. doi:10.1093/schbul/sbi016
33. Meneghelli, A., Alpi, A., Pafumi, N., Patelli, G., Preti, A., & Cocchi, A. (2011). Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma2000 (Milan, Italy). *Psychiatry Research*, 189(3), 331–338. doi:10.1016/j.psychres.2011.03.021
34. Miklowitz, D. J. (2007). The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 192–196. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00502.x
35. Milačić-Vidojević, I., i Dragojević, N. (2011). Stigma i diskriminacija prema osobama sa mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 10 (2), 319-337
36. Miljković, S., Vukić, D., i Trajanović LJ. (2004). *Kvalitet života kod mentalnih poremećaja*. Niš, Društvo bihevioralne teorije i prakse.
37. Noghani, F., Seyedfatemi, N., Karimirad, M. R., Akbarzadeh, A., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11), 5-9, doi: 10.7860/JCDR/2016/19671.8792
38. Paunović, M. (2008). Kvalitet života porodica depresivnih osoba i porodična terapija. *Socijalna misao*, 15(1), 25-35
39. Pompeo, D. A., Carvalho, A. de, Olive, A. M., Souza, M. da G. G., & Galera, S. A. F. (2016). Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). doi:10.1590/1518-8345.1311.2799 preuzeto sa: www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
40. Rehman, U., Gollan, J., & Mortimer, A. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179–198. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.007

41. Santesteban-Echarri, O., MacQueen, G., Goldstein, B. I., Wang, J. L., Kennedy, S. H., Bray, S., & Addington, J. (2018). Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.010
42. Smith, M. E., Lindsey, M. A., Williams, C. D., Medoff, D. R., Lucksted, A., Fang, L. J., & Dixon, L. B. (2014). Race-Related Differences in the Experiences of Family Members of Persons with Mental Illness. Participating in the NAMI Family to Family Education Program. *American Journal of Community Psychology*, 54(3-4), 316–327. doi:10.1007/s10464-014-9674-y
43. Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., de Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., & Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1501-1
44. Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 10–21. doi:10.1016/j.jad.2009.04.020
45. Štrkalj –Ivezić, S., i Martać-Biočina, S.(2010). Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina Fluminensis*,46(3), 318-324
46. Talwar, P., & Matheiken, S. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 29-33. doi:10.4103/0253-7176.70526
47. Venkatsubramanian, G., & Amaresha, A. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12. doi:10.4103/0253-7176.96149
48. Vukov-Goldner, M.(1988). *Porodica u krizi*, Zagreb. Medicinska knjiga
49. Walton-Moss, B., Gerson, L., & Rose, L. (2005). Effects of mental illness on family quality of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 627–642. doi:10.1080/0161284059095950-66
50. Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666. doi:10.1016/s0272-7358(99)00008-2
51. Weisman, A. G., Gomes, L. G., & Lopez, S. R. (2003). Shifting Blame Away From Ill Relatives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(9), 574–581. doi:10.1097/01.nmd.0000087183.90174.a8
52. Wendel, J. S., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., & George, E. L. (2000). Expressed Emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 792–796. doi:10.1037/0021-843x.109.4
53. World Health Organisation (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
54. Wuerker, A. K., Haas, G. L., & Bellack, A. S. (2001). Interpersonal Control and Expressed Emotion in Families of Persons With Schizophrenia: Change Over Time. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 671–686. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006906
55. Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1). doi:10.1186/1471-244x-10-71

QUALITY OF LIFE IN FAMILIES WITH MENTAL ILLNESSES

Sladjana Milosevic, MA defectologist
Institute of Mental Health, Belgrade*

Abstract: *Quality of life is a theoretical concept developed in recent decades implying the assessment of subjective and objective dimensions. Subjective dimensions reflect the person's feeling of satisfaction in various domains of functioning, including family relationships. The fact that subjective dimensions are modulated by current affective status, as well as that the affect irradiate opens an important question of the quality of life of mental illness patients and their families. According to a World Health Organization (WHO) report, at least 25% of individuals and their families in the world are affected by mental disorders that affect the quality of their lives. As mental health issues, i.e. disorders, are painful and traumatic for the whole family, they have a significant impact on the social, economic and emotional components of the family. Research shows that the quality of life of people with mental disorders is lowered in all domains, and that mental disorders are associated with more frequent marital crises and divorces. Family members of mentally ill persons first experience somatic problems such as insomnia, migraine, loss of appetite and fatigue, and then 30% to 45% of the symptoms of mental disorders that develop during their member's illness. Emotional expression is punctuated by high hostility, with about 70% critical comments and varying degrees of emotional involvement. These symptoms are associated with dysfunctional adjustment to the disease in the family, as well as with partner, i.e. marital dissatisfaction and dysfunction. The aim of this paper is to show the connection between the quality of life of family members of mentally ill persons and mental illness, the specificity of partner and family dynamics of families with the mentally ill member from the perspective of systemic approach, as well as contemporary modalities of treatment that involves integrative access to the whole family through pharmacotherapy, marital/family systemic therapy and psychoeducation of the patient and his family.*

Keywords: *quality of life, mental disorder, family, integrative approach*