

Funkcioniranje družine s prisotno psihopatologijo pri družinskem članu: študija primera

Znanstveni članek

UDK 316.36+159.97

KLJUČNE BESEDE: obsesivno-kompulzivna motnja, družinsko funkcioniranje, duhovnost, vzdrževalni dejavniki, varovalni dejavniki

POVZETEK – V članku predstavljamo izsledke raziskave, v kateri smo se ukvarjali s problematiko družinskega funkcioniranja in z odražanjem duhovnosti kot vzdrževalnega ali varovalnega dejavnika pri družini, ki jo tvori 41-letni oče z diagnosticirano obsesivno-kompulzivno motnjo, 32-letna mati, 8-letna hči in 3,6-letni sin. Rezultati raziskave kažejo, da je družinsko funkcioniranje neuravnoteženo, vloge in komunikacija ter pravila v družini so nejasna, čustvena povezanost in odzivnost pa znižani. Zaradi pojava motnje je družinska dinamika specifična in hkrati deluje kot vzdrževalni dejavnik motnje. Raziskava je pokazala, da intrinzične duhovne dimenzije, ki se nanašajo na upanje, smisel in ciljno usmerjenost, delujejo kot varovalni dejavnik, medtem ko ekstrinzične duhovne dimenzije, ki zajemajo set verovanj, rigidnih pravil, norm in zahtev, delujejo kot vzdrževalni dejavnik motnje.

Scientific article

UDC 316.36+159.97

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, family functioning, spirituality, maintaining factors, protective factors

ABSTRACT – The paper presents the results of a study dealing with the issue of family functioning and reflection of spirituality as maintaining or protective factor in the family, which consists of the 41-year old father, diagnosed with obsessive-compulsive disorder; the 32-year-old mother; the 8-year-old daughter and the 3.6-year-old son. The study results indicate that the family functioning is imbalanced; the roles, communication and the rules are unclear; emotional connection and responsiveness are lowered. Due to the occurrence of the disorder, the family dynamics is specific and at the same time works as a maintaining factor of the disorder. Furthermore, the results suggest that the intrinsic spiritual dimensions relating to hope, meaning, and target orientation, work as a protective factor; while the extrinsic spiritual dimensions relating to the set of beliefs, rigid rules, norms, and demands, work as a maintaining factor of the disorder.

1 Uvod

V prispevku najprej predstavljamo ključne modele za opisovanje družinskega okolja, pri čemer se osredotočamo na psihopatološke pojave pri posameznih članih družine (predvsem na obsesivno-kompulzivno motnjo) in na njihov vpliv na celoten družinski sistem in družinsko funkcioniranje. V okviru slednjega bomo predstavili tudi za družino pomembne dejavnike tveganja oz. varovalne dejavnike, vezane predvsem na duhovne dimenzije, in njihovo odražanje pri poteku, vzdrževanju in izidu psihopatoloških pojavov.

Po sistemski paradigmi je družina interakcijski sistem, ki ga uravnavajo zakonitosti cirkularnosti, homeostaze, pozitivne in negativne povratne zanke, vzpostavljene meje, podsistemi, vloge, moč in hierarhija (Skynner, 1982).

Eden izmed ključnih modelov za opisovanje družinskega okolja je t. i. cirkumpleksni model, ki zagovarja, da je družina »sistem, ki je več kot zgolj celota posameznikov, saj posameznikovega vedenja ne moremo razumeti brez konteksta njegovih družinskih odnosov« (Svetina in Zupančič, 2013, str. 112). Tako v okviru cirkumpleksnega modela družinsko strukturo opišemo s štirimi dimenzijami, in sicer s povezanostjo (kohezivnostjo), prilagodljivostjo, komunikacijo in uravnoveženostjo, za katere velja, da so njihovi ekstremni poli patološki, srednje ravni pa predstavljajo uravnoveženost (Svetina, Zabret in Bajec, 2008). Model družinskega funkcioniranja McMaster temelji na dinamskih pristopih in zastopa stališče, da ima vsaka družina tri funkcije: osnovno, razvojno in krizno (Svetina in Zupančič, 2013). Ta model navaja šest ključnih dimenzij: reševanje problemov, komunikacija, vloge, čustvena odzivnost, čustvena vpletenost in vedenjski nadzor (Epstein idr., 2003).

Gostečnik (2004, str. 78) pravi, da je »vsak sistem sestavljen iz delov, ki so sodvisni tako, da sprememba v enem delu sistema vpliva na vse ostale.« Po sistemski paradigmi prisotnost psihopatoloških pojavov in simptomatike v družini nedvomno vpliva na kvaliteto medsebojnih odnosov in na celotno družinsko funkcioniranje. Ena izmed dokaj redkih psihiatričnih motenj, ki se pojavlja pri 2-3 % splošne populacije, je obsesivno-kompulzivna motnja (v nadaljevanju OKM), ki je okarakterizirana s ponavljajočimi se iracionalnimi, prisilnimi oz. obsesivnimi mislimi, ki jim zaradi lajšanja napetosti največkrat sledijo kompulzivna dejanja, ki ovirajo vsakodnevno funkcioniranje pacienta (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013; Zihel in Tomori, 1999).

Obstaja pomembna povezanost med OKM in družinskim funkcioniranjem. Livingston-Van Noppnova s sodelavci (1990) opisuje tri vrste družin: t. i. »omrežene oz. pretirano akomodirane družine«, ki se obsesivno-kompulzivni simptomatiki in obolemu pretirano prilagajajo in na ta račun izgubljajo meje, »antagonistične družine«, ki so rigidne, kritične, toge in za bolezen in obolelega povsem netolerantne družine, ter »razdvojene družine«, ki so največkrat nekonsistentne v svojih odzivih (Lebowitz idr., 2012). Weiss, Fogelman in Yaphe (2003) ugotavljajo, da družinski člani obolelih največkrat zmanjšujejo svoje socialne aktivnosti, čemur sledi vse večja izolacija in nezadovoljstvo, zaradi česar obstaja večje tveganje, da tudi svojci obolelih razvijejo anksiozne in depresivne simptome, kar je potrdila tudi študija Amira, Freshmana in Foe (2000). OKM negativno vpliva na partnerski odnos, saj imajo oboleli največkrat hude občutke sramu, zato se izogibajo skupnim aktivnostim in partnerskemu življenju (Abbey, Clopton in Humphreys, 2007), omejitve pa kažejo tudi v zmožnostih za intimnost in samorazkrivanje (Newth in Rachman, 2001; Riggs, Hiss in Foa, 1992).

Študije ugotavljajo, da se v družinah, kjer je prisotna OKM, kaže nezadovoljstvo predvsem glede vloge, odgovornosti, toge kontrole vedenja, manjše fleksibilnosti, manj kolektivnega reševanja problemov, manj empatije in čustvene vpletenosti ter nižje frustracijske tolerance (Dildar idr., 2012; Crow in Lyness, 2014). Stil navezanosti, ki se razvije v takšnih družinah, je najpogosteje plašljivo-izogibajoč (Shaker in Homeyli, 2011), otroci staršev z OKM pa največkrat kažejo čustvene in vedenjske težave, pri

katerih izstopajo predvsem depresivnost, tesnoba in somatizacija ter ostale internalizirane motnje (Challacombe in Salkovskis, 2009; Griffiths idr., 2012; Black idr., 2003).

Delo s psihiatričnimi pacienti ni usmerjeno samo na psihopatologijo, ampak je njegovo področje zanimanja širše, saj vključuje tudi različna človekova doživetja, motivacijske sisteme, življenjske cilje, dosežke in osebno zadovoljstvo, kamor sodi tudi duhovnost, ki je lahko pomemben motivacijski in podporni faktor (Breakey, 2001). Glede terminologije in definicije pojma »duhovnosti« sicer obstaja veliko polemik. Musek (2010) navaja, da se duhovnost nanaša na občutje celovitosti vsega obstoječega, povezanosti, smiselnosti, obstoja višje sile, ljubezni, absolutnega, zavezanosti in poglobljenosti. Thomason in Brody (1999) definirata duhovnost kot nekaj, kar daje smisel življenju in posameznika vodi k transcendenci, za razliko od religioznosti, ki jo Breakey (2001) definira kot sistem duhovnih verovanj in sodelovanje v občestvu istomislečih. Allport in Ross (1967) sta predlagala dva koncepta religioznosti: ekstrinzično in intrinzično religioznost. Ekstrinzična religioznost je povezana z družbenim ugodjem in socialnimi običaji, medtem ko je intrinzična religioznost ali duhovnost povezana z razumevanjem življenja.

Številne raziskave kažejo, da na potek, vzdrževanje in izide psihopatoloških pojavov duhovnost lahko vpliva tako pozitivno kot tudi negativno. Raziskovalci poročajo o pozitivni povezavi med duhovnostjo in različnimi dimenzijami mentalnega zdravja (Ventis, 1995; Plante in Sherman, 2001). Duhovni viri pomagajo pacientom in njihovim sorodnikom, da se bolj učinkovito spopadejo z duševno boleznijo (Koenig, McCullough in Laron, 2001), zmanjšujejo se tudi motnje tesnobe (Shreve-Neiger in Edelstein, 2004) ter simptomi depresivnosti in osamljenosti (Geffken idr., 2006). Nekateri študije poročajo o negativni korelaciji med religioznostjo in stopnjo obsesivno-kompulzivne motnje, kar se kaže predvsem v hiper-moralnosti (Himle idr., 2013). Verovanja in verske prakse lahko vplivajo tudi na vsebino obsesij in kompulzij, predvsem na obsesije in rituale čiščenja (Abramowitz idr., 2004).

2 Problem in cilji

V tej študiji želimo v družini, v kateri je pri očetu prisotna OKM, s pomočjo različnih psihodiagnostičnih instrumentov raziskati funkcioniranje družine (predvsem vloge, stile reševanja problemov, komunikacijo, čustveno odzivnost, povezanost in prilagodljivost v družini), oceniti morebitno vedenjsko neprilagojenost in čustveno nestabilnost otrok ter oceniti družini pomembne duhovne sisteme in spremenljivke (iskanje smisla, pomena, upanja, odnos s transcendo).

Cilj študije je opozoriti na probleme družine, pri kateri je družinsko funkcioniranje spremenjeno zaradi pojava OKM. Zaradi te motnje namreč pričakujemo, da bo družinska dinamika specifična in da bo takšno tudi vedenje družinskih članov. Pričakujemo negativno družinsko klimo, manjšo povezanost, pomanjkanje koalicij, večjo odtujenost, kaotičnost, nejasne družinske vloge in pravila ter manj samorazkrivanja.

Pričakujemo, da bomo tudi z oceno duhovnih dimenzij znotraj družine dobili informacije, ki bodo uporabne pri razumevanju te motnje in družinskega funkcioniranja.

3 Metoda

Udeleženci. V študiji primera je sodelovala družina, ki jo sestavljajo 41-letni oče, ki ima diagnosticirano OKM (F42), 32-letna mati, 8,1-letna hči in 3,6-letni sin.

Priporočki. V študiji smo uporabili projekcijske tehnike, in sicer Test risanja družine v gibanju (Kinetic-Family-Drawings, KFD; Burns in Kaufmann, 1972) in Test risanja začarane družine (Animal Family Drawing, AFD; Brem Gräser, 1975; Tušak, 2010), s katerima predvsem preko simbolov ugotavljamo čustveni odnos otroka do svoje družine, ter Test družinskih odnosov (Family Relations Test, FRT; Bene in Anthony, 1957; Tušak, 1985), ki meri otrokove zaznave družinskih interakcij in čustvenih odnosov znotraj družine.

Za ocenjevanje družinske dinamike in družinskih odnosov, ki temelji na cirkumpleksnem modelu, smo uporabili Lestvico družinske prilagodljivosti in povezanosti (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, version IV, FACES IV; Olson idr., 2006). Družinsko delovanje smo ocenili še s pomočjo Lestvice za ocenjevanje družinskega okolja (Family Assessment Device, FAD; Epstein, Baldwin in Bishop, 1983), ki se uporablja predvsem pri ocenjevanju družinskega okolja v družinah s psihiatričnimi bolniki.

Za ocenjevanje vedenjske prilagojenosti otrok smo uporabili Vinelandsko lestvico vedenjske prilagojenosti (Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition, Vineland - II; Sparrow, Cicchetti in Balla, 1984), za ocenjevanje emocionalnega doživljanja in stabilnosti otrok pa Ilustrirani projekcijski vprašalnik emocionalne stabilnosti otrok (IPUES; Krizmanič, 1982; prirejena verzija, sodelavci Filozofske fakultete, oddelek za psihologijo, 2011).

Za ocenjevanje duhovnih dimenzij v družini je bil pripravljen polstrukturiran intervju, ki smo ga uporabili skupaj s t. i. duhovnim ekogramom (Hodge, 2000; Hodge, 2005), ki je sestavljen iz duhovnega zemljevida in genograma, predstavlja pa nov grafično-diagramski pristop k ocenjevanju duhovnosti.

Postopek. V raziskavi smo uporabili študijo primera družine in tako nismo preučevali reprezentativnega vzorca, ampak smo želeli ugotoviti osnovne značilnosti družinskega funkcioniranja in odraz duhovnosti pri družini, kjer je pri očetu prisotna psihopatologija (OKM). Testna baterija je bila sestavljena iz zgoraj predstavljenih instrumentov, skupaj z nekaterimi demografskimi podatki. Potek raziskave je bil zasnovan tako, da smo določili datume obiskov pri družini, pri čemer smo aplicirali določene psihodiagnostične instrumente in medtem še opazovali njihovo družinsko dinamiko. Opravili smo 7 obiskov. Pridobljene rezultate smo ovrednotili in analizirali.

4 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate, in sicer najprej rezultate projekcijskih tehnik in Testa družinskih odnosov, nato sledijo rezultati družinske dinamike na podlagi ocen očeta in matere, potem ocena vedenjske prilagojenosti in čustvene stabilnosti otrok, na koncu pa še rezultati glede pomembnosti duhovne dimenzije v družini.

Slika 1: Risba družine v gibanju (KFD) in risba začarane živalske družine (AFD) deklince, stare 8,1 let



Tabela 1: Izračun skupne valenčne vrednosti in splošne družinske klime za družinske člane na FRT, podatki pridobljeni od deklince stare 8,1 let

<i>Kdo/Rezultati</i>	<i>nihče</i>	<i>jaz</i>	<i>oče</i>	<i>mati</i>	<i>brat</i>
Frekvence za pozitivna pripisana čustva	12	1	3	35	16
Frekvence za negativna pripisana čustva	21	1	32	9	15
Skupaj = valenčna vrednost	-9	0	-29	26	1
Splošna družinska čustvena klima	-0,5				

Iz rezultatov projekcijskih tehnik na sliki 1 je razvidno, da na obeh risbah najbolj izstopa očetova figura (na risbi začarane družine je oče upodobljen kot dinosaver, mama kot kenguru, brat kot muca in deklince kot čebela), ki ima tudi najbolj negativno konotacijo. Očetova figura je najbolj umaknjena in ločena od ostalih, kar kaže na slabšo vključenost očeta v družinsko življenje. Očetova figura ima narisano podaljšano sredstvo, kar kaže na njegovo potrebo po kontroli okolja. Razdalja med očetovo in deklličino figuro je najdaljša, kar pomeni, da ima deklince z očetom največji konflikt in najšibkejši odnos. Kar se tiče medosebnih odnosov, je opaziti, da so figure narisane brez skupne aktivnosti, nimajo skupnega očesnega kontakta, kar kaže na odtujenost, nizko povezanost in intenzivnost čustvovanja med družinskimi člani.

Glede na Grunwaldovo shemo in prostorski nivo je očetova figura narisana na levi strani, kar pomeni, da ga deklica doživlja kot vase usmerjenega, pasivnega in introvertiranega. Dinozaver je edini, ki ni nasmejan, ima močne črne oči, pobarvan je s temno rjavo barvo, ki simbolizira pikolovstvo, razdražljivost, fizični nemir in naveličanost do nekaterih socialnih vezi (Lüscher, 1989).

Deklica preko risb izraža tudi lastne občutke nemoči, anksioznosti, jeze in ambivalentnosti glede družinske situacije, saj je edino svojo figuro narisala brez rok in brez zenic.

Iz tabele 1 je tudi razvidno, da je deklica na Testu družinskih odnosov največ frekvenc za negativno pripisana čustva namenila očetu. Rezultati kažejo, da je vrednost splošne družinske čustvene klime negativna, kar pomeni, da deklica v povprečju poroča o negativni čustveni klimi svoje družine.

Tabela 2: Rezultati na lestvici FACES-IV, podatki pridobljeni od očeta in matere

Podlestvica	oče		mama	
	percentilne vrednosti	interpretacija	percentilne vrednosti	interpretacija
Povezanost	6	zelo nizka	29	nizka
Prilagodljivost	2	zelo nizka	12	zelo nizka
Nevključenost	63	visoka	63	visoka
Prepletenost	15	zelo nizka	23	nizka
Rigidnost	36	srednja	30	nizka
Kaotičnost	83	visoka	67	visoka
Lestvica				
Zadovoljstvo	4	zelo nizka	13	
Komunikacija	3	zelo nizka	9	
Indeks	razmerje	interpretacija	razmerje	interpretacija
Uravnoteženost povezanosti	0,15	neuravnoteženost	0,67	neuravnoteženost
Uravnoteženost prožnosti	0,03	neuravnoteženost	0,24	neuravnoteženost
Skupni cirkumpleksni indeks	0,09	neuravnoteženost	0,46	neuravnoteženost

*Opomba: Srednja vrednost standardiziranega rezultata je 50.

Iz rezultatov v tabeli 2 je razvidno, da oba izmed staršev poročata o slabi povezanosti v družini, kar pomeni, da je med njimi malo čustvene povezanosti, bližine, koalicij, družinski člani stremijo k neodvisnosti. Oba poročata o kaotičnosti, impulzivnem vedenju in nepremišljenih odločitvah ter nejasnih in nestabilnih vlogah. Oba poročata o nizkem zadovoljstvu z družinskim življenjem in šibki komunikaciji, v kateri je premalo empatije in čustvenega samorazkrivanja. Vse to kaže na nizko prilagodljivost in povezanost v družini, torej na neuravnoteženost in patologijo.

Tabela 3: Rezultati na lestvici FAD, podatki pridobljeni od očeta in matere

Lestvica	meja med zdravjem in patologijo	oče		mati	
		povprečni rezultat	interpretacija	povprečni rezultat	interpretacija
Reševanje problemov	2,20	2,67	patologija	2,33	patologija
Komunikacija	2,20	2,56	patologija	2,44	patologija
Vloge	2,30	2,73	patologija	2,64	patologija
Čustvena odzivnost	2,20	2,50	patologija	2,33	patologija
Čustvena vpletenost	2,10	2,71	patologija	2,43	patologija
Kontrola vedenja	1,90	2,33	patologija	2,22	patologija
Splošno funkcioniranje	2,00	3,00	patologija	2,67	patologija

Iz tabele 3 je razbrati, da so vsi rezultati na vseh lestvicah višji od meje med zdravjem in patologijo, kar kaže na prisotnost patologije v družinskem funkcioniranju. Starši ocenjujejo, da ima družina slabše sposobnosti spoprijemanja s problemi, vloge niso jasne.

Tabela 4: Povzetek rezultatov na Vinelandski lestvici za deklco (8,1 let) in dečka (3,6 let)

področja in podpodročja	deček, star 3,6 let				deklca, stara 8,1 let			
	surovi rezultat	standardiziran rezultat	nivo prilagojenosti	starostni ekvivalent	surovi rezultat	standardiziran rezultat	nivo prilagojenosti	starostni ekvivalent
Receptivno	16		nizko	1,4	26		ustrezno	7,10
Ekspresivno	19		nizko	1,9	55		zmerno nizko	6,1
Pisno	0		/	1,6	21		ustrezno	7,5
področje komunikacije	35	64 (57-71)	nizko (blaga motnja)	1,6	102	85 (76-94)	ustrezno	7,1
Osebnost	43		ustrezno	2,9	70		ustrezno	7,3
Hišna opravila	3		zmerno nizko	2,3	21		ustrezno	7,7
Skupnost	2		zmerno nizko	1,5	31		ustrezno	7,4
področje vsakdanjih spretnosti	48	76 (69-83)	zmerno nizko	2,5	122	91 (82-100)	ustrezno	7,4
Medosebni odnosi	26		zmerno nizko	1,11	42		ustrezno	7,0
Igra in prosti čas	16		zmerno nizko	2,1	22		zmerno nizko	4,4
Spoprijemanje	2		zmerno nizko	1,11	13		zmerno nizko	5,0
področje socializacije	44	72 (64-80)	zmerno nizko	1,11	77	74 (64-84)	zmerno nizko	5,2
Groba	34		ustrezno	3,8	/		/	/
Fina	22		ustrezno	3,3	/		/	/
področje motorike	56	90 (79-101)	ustrezno	3,5	/	/	/	/
splošen vedenjski kompozit	320	70 (65-75)	zmerno nizko	2,4	250	78 (71-85)	zmerno nizko	6,6

*Opomba: Aritmetična sredina standardiziranega rezultata je 100, standardna deviacija pa znaša 15.

Številke v oklepaju predstavljajo 90 % interval zaupanja, ki ga navajamo zaradi napake merjenja. Nivo prilagojenosti je kvalitativni kategorični klasifikacijski sistem,

ki predstavlja frekvenco posameznikovega neprilagojenega vedenja, če ga primerjamo z drugimi posamezniki enake starosti iz standardizacijskega vzorca. Starostni ekvivalenti se gibljejo od 1 meseca starosti pa do 18 let in 11 mesecev starosti. Starostni ekvivalent predstavlja surovi rezultat, ki je bil povprečen dosežek posameznikov neke določene kronološke starosti v standardizacijskem vzorcu.

Rezultati iz tabele 4 kažejo, da je deklica slabše prilagojena na področju socializacije in podpodročju ekspresivnega izražanja, na področju vsakdanjih spretnosti in komunikacije pa je ustrezno prilagojena. Deček je slabše prilagojen na področju vsakdanjih spretnosti in socializacije ter komunikacije, kjer že dosega nivo blage motnje. Na področju motorike je deček ustrezno prilagojen. Tako pri dečku kot pri deklici je njun splošen vedenjski kompozit, ki kaže na posameznikovo osebno in socialno ustreznost, zmerno nizek.

Na ilustriranem vprašalniku IPUES je deklica zbrala 14,5 točk, kar glede na norme uvrščamo v kategorijo problematičnih otrok, pri katerih se razpon točk giblje med 5 in 18 točk, $M = 10.28$, SD pa je 3.06. V analizi posameznih odgovorov opazimo, da je največje odstopanje pri strahovih, kar bi lahko pomenilo, da je deklica anksiozna. Njene težave se kažejo tudi na področju odnosa do drugih otrok in področju vedenja v frustracijskih situacijah. Rezultati kažejo, da ima deklica težave z uravnavanjem emocionalnih odzivov.

Iz duhovnega ekograma in intervjuja za oceno duhovnosti je razvidno, da intrinzična duhovnost, ki se kaže predvsem v odnosu, ki ga ima družina do duhovnih entitet, daje družini občutek varnosti, smisla, zaupanja, pomoči pri soočanju s težavami. Po drugi strani pa ekstrinzična religioznost, ki izhaja iz pretirano religiozno obarvane vzgoje, ki sta jo bila deležna starša kot otroka in je vezana predvsem na zunanje, kolektivistične religiozne prakse, rituale in hipermoralnost, ruši družinsko ravnovesje, kar se kaže predvsem v konfliktnih odnosih in večjem tveganju za povečanje obsesivno-kompulzivne simptomatike.

5 Razprava

Skladno z našimi pričakovanji ugotavljamo, da je družinsko funkcioniranje preučevane družine, v kateri je prisotna psihopatologija, natančneje OKM, specifično in v nekaterih pogledih patološko. Neuravnoteženost družinske klime se odraža kot vzdrževalni dejavnik motnje.

Deklica doživlja družinsko klimo kot negativno, najbolj negativno je predstavljen oče, interakcij med družinskimi člani je malo, kar pomeni, da se družina slabo sooča z razvojnimi nalogami. Bene in Anthony (1975) govorita o t. i. hipotetični distribuciji relativne pomembnosti družinskih članov, po kateri naj bi imela najpomembnejšo čustveno vlogo mati, sledil naj bi oče, sorojenci, na koncu pa družinski člani izven nuklearne družine (npr. babica, ded, stric, teta). V našem primeru je opazen premik relativne psihološke pomembnosti očeta, saj z drugega pade na zadnje mesto, kar je

lahko deviantno in kaže na morebitno izgubo funkcije pomembnega nosilca čustvene klime v družini.

Prav tako ugotavljamo, da je splošni nivo vedenjskega funkcioniranja pri obeh otrocih zmerno nizek, kar kaže na nizko socialno in osebno ustreznost, predvsem na področju socializacije. Pri deklici je med drugim že opaziti motnje ponotranjenja in izraženo anksioznost, pa tudi motnje pozunanjenja in impulzivne abreakcije. Predvidevamo, da je vedenjska neprilagojenost otrok in čustvena nestabilnost deklice tudi odraz otežene družinske dinamike. Challacombe in Salkovskis (2009) prav tako poročata o znakih vedenjske neprilagojenosti pri otrocih, katerih starši trpijo za OKM, ki se kaže predvsem s tesnobo in umikom, Black s sodelavci (2003) je pri tem opazil tudi čustva žalosti in jeze, Griffiths s sodelavci (2012) pa poroča o negativnem in nestabilnem čustvovanju takšnih otrok.

Tudi starši poročajo o slabi čustveni povezanosti, pomanjkanju koalicij, preveliki neodvisnosti, odtujenosti, visoki kaotičnosti in nizki rigidnosti, nejasnih družinskih vlogah, pravilih, komunikaciji, zmanjšani sposobnosti poslušanja, empatije, samorazkrivanja in intimnosti, kar je skladno tudi z drugimi raziskavami (npr. Newth in Rachman, 2001; Riggs idr., 1992; Livingston-Van Noppen idr., 1990; Dildar idr., 2012; Black idr., 2003). Po modelu Livingston-Van Noppnove (1990) bi omenjeno družino lahko uvrstili v skupino t. i. »razdvojenih družin«, saj so družinski člani v svojih odzivih nekonsistentni in se različno odzivajo na očetovo motnjo. Takšna ambivalentnost v družini in družinsko neravnovesje deluje kot vzdrževalni dejavnik psihopatologije (Calvocoressi idr., 1995). Tudi Olson (2000) poroča o t. i. nedinamičnosti sistema, ko se družina ne prilagodi razvojnim potrebam in vztraja pri ekstremno patoloških vzorcih, kar povzroča še več stresa in vzdržuje motnjo.

Nadalje, skladno z našimi pričakovanji, ugotavljamo, da po konceptih Allportove in Ross (1967) t. i. intrinzična duhovnost, ki je povezana z razumevanjem življenja, pri kateri izstopa predvsem občutek upanja in smisla, deluje kot varovalni dejavnik, medtem ko ekstrinzična religioznost, ki je povezana s socialnimi običaji, institucionalnimi pravili in verovanji, pri kateri so v ospredju predvsem ponovljive religijske prakse in rituali ter hipermoralnost, deluje kot vzdrževalni dejavnik motnje v preučevani družini.

O pozitivnih učinkih intrinzične duhovnosti poročajo tudi druge študije, in sicer: da je večja stopnja upanja povezana z manjšo stopnjo depresivnih simptomov pri svojcih obolelih (Geffken idr., 2006), intrinzično duhovni ljudje so notranje bolj motivirani in se bolje prilagodijo motnji (Konstam idr., 2005), hkrati pa uporabljajo t. i. duhovno prevrednotenje, ki je neke vrste ekvivalent posttravmatski rasti, s katerim poudarjajo duhovne koristi, ki jih lahko dobijo iz stresnih življenjskih situacij (Koenig, 2009). Po drugi strani pa ekstremne ekstrinzične oblike religioznosti negativno vplivajo na odražanje psihiatričnih motenj (Makeig Cochran, 1967; Smith in Seaton, 1965), kar se kaže predvsem v pretiranem perfekcionizmu, zmanjšani toleranci, hipermoralnosti, stalnih obsesijah (Glas, 2007).

Raziskava daje celostni vpogled v funkcioniranje družine s prisotno psihopatologijo, saj so težave z duševnim zdravjem pogosto primarno obravnavane kot problemi

posameznika, kar pa ni zadostno. Predstavlja kreativen in redek pristop v raziskovanju in opozarja tudi na pomembnost drugih dimenzij, npr. duhovnih, ki se včasih prezrejo. Med drugim opozarja na preozkost bio-psiho-socialnega modela razumevanja bolezni in zdravja ter opozarja, da je obravnavanje bolezni, ki vključuje še ekološki in duhovni vidik, tudi pomembno. Raziskava se med drugim dotika razumevanja in definiranja duhovnega vidika kot takega ter opozarja na problem terminologije (duhovnost, religioznost, moralnost, smisel).

V zvezi s pomanjkljivostmi raziskave bi izpostavili predvsem, da gre za študijo primera, zato posploševanje dobljenih rezultatov ni možno na celotno populacijo. Prav tako se zavedamo omejitve projekcijskih preizkušenj, še najbolj z vidika psihometričnih pravil objektivnosti, pa tudi zanesljivosti. V tem kontekstu bi bilo smiselno narediti natančnejšo obravnavo in še bolj poglobljeno diagnostično oceno. OKM je sicer pri očetu že diagnosticirana, bi pa občutljivejša diagnostična ocena lahko dala uvid v morebitne druge težave, ki še niso diagnosticirane.

Pri nadaljnjem raziskovanju bi se bilo smiselno osredotočiti na spremljanje družine po opravljenem zdravljenju. Ocenjevanje družinskega funkcioniranja bi bilo možno narediti z drugimi psihodiagnostičnimi sredstvi, ki bi bili standardizirani na slovenskem vzorcu, lahko bi povečali vzorec opazovanih družin in še bolj kontrolirali vplive morebitnih intervenirajočih spremenljivk.

Katja Brkič Golob

Functioning of a Family with the Presence of a Family Member Psychopathology: a Case Study

Mental diseases are most often treated primarily as issues of an individual, which is insufficient, since among other things, it is all about the problems involved in family contexts and broader. However, some dimensions of the issues are frequently forgotten, mainly the spiritual dimension.

In the following article we deal with family functioning and reflection of spirituality as a protective or maintaining factor in a family with the presence of the obsessive-compulsive disorder.

According to the systemic paradigm, family is presented as an interactional system regulated by legality of circular causality, homeostasis, positive and negative feedback loops, well-established roles, hierarchy and power (Skynner, 1982). In the so-called circumplex model, the family structure can be described by four dimensions: cohesion, flexibility, communication and balance (Svetina et al., 2008). The so-called McMaster model of family functioning describes six crucial dimensions: problem-solving skills, communication, roles, emotional responsiveness, emotional involvement, and behavioural control (Epstein et al., 2003). According to the systemic paradigm, the presence of psychopathological symptoms influences the quality of fa-

mily relationships and family functioning (Gostečnik, 2004). One of the relatively rare mental disorders is obsessive-compulsive disorder (OCD) characterised by repetitive obsessive intrusions and compulsion which hinder everyday life of the patient (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). The studies have shown that there is an important connection between OCD and family functioning. Livingston Van-Noppen and colleagues (1990) support a hypothesised model of family response to symptoms of OCD, which ranges on a continuum from overly accommodating to overly antagonistic. Overly accommodating families accommodate to the patients' OCD symptoms and adjust their behaviour in many different ways. They can offer reassurance, take over household responsibilities of the individual with OCD, participate in the rituals, or adjust their own daily routines to follow some OCD rules. Accommodation occurs to calm and support the individual with OCD, as well as to make life easier for the family in general. However, antagonistic family members are critical and hostile towards the patient's symptoms and refuse to support or be involved in the ritualistic behaviour. They usually criticise patients for performing rituals, treating them as if they could control the behaviour but are choosing not to, attempting to stop the patient with OCD from performing their rituals. Both, overly accommodating or antagonistic families increase the severity of the OCD, since the stress adversely affects the functioning of the family. Studies also reveal that family dynamics is specific when the OCD is present: the flexibility is lower; the problem-solving skills are less effective, frustration tolerance is lower, the roles, the rules and behavioural control is unclear (Dildar et al., 2012; Crow and Lyness, 2014; Salkovskis, 2009).

In addition, Breakey (2001) emphasises that the work with psychiatric patients is not directed only to psychopathology, since the field of interest involves different human experiences, where spirituality as such belongs to and can be seen as an important motivational factor. There are many issues over the terminology of the term spirituality. Thomason and Brody (1999) define spirituality as something that gives the purpose of life and leads a person to the transcendence, as opposed to religiosity, which is defined as a system of spiritual beliefs, norms and rules (Breakey, 2001). Allport and Ross (1967) suggest two concepts of religiosity: the so-called extrinsic religiosity and intrinsic spirituality. The former deals with social norms and habits, and the latter deals with the inner understanding of life. The results from various researches have shown that spirituality has a positive influence on mental health (Ventis, 1995; Plante and Sherman, 2001; Koenig, 2001; Geffken et al., 2006). Some other results show the negative role of religiosity, especially in the context of OCD, which can be seen as hypermorality (Himle et al., 2013) or increased number of obsessions and rituals (Abramowitz et al., 2004).

To display a clinical picture of the families with a grown-up member affected by the obsessive-compulsive disorder we performed a case study of a four-member family, which consists of the 41-year-old father, diagnosed with obsessive-compulsive disorder; the 32-year-old mother, the 8-year-old daughter and the 3.6-year-old son. Upon an analysis using the quantitative and qualitative information from the applied psychodiagnostic means (Kinetic-Family-Drawings, Vineland Adaptive Beha-

viator Scales, Illustrative Projective Questionnaire of Emotional Stability of Children, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, Family Assessment Device, Spiritual Ecogram, Animal Family Drawing, Family Relations Test), the aim of the study was to analyse the family functioning, i.e. analysing family relationships from a child's perspective as well as from the perspective of an adult, thorough analysis of emotional relationships, connection, the clarity of roles, communication, problem solving capability, and emotional responsiveness. Additionally, we analysed the spiritual dimensions, i.e. hope, meaning, target orientation, understanding of worldly matters, and their reflection in family functioning.

The results of the study indicate that the family functioning is specific due to the OCD. The girl reports a negative family climate, where father is presented as the most negative figure, and the interaction among the family members is low. Bene and Anthony (1975), the original authors of Family Relations Test, designed to measure the quality and intensity of a child's feelings towards all the members of his/her family, including the perception of their attitude towards him/her, presented the so-called hypothetical distribution of importance of the family members. According to this distribution, the most important emotional role belongs to the mother, father is in the second place, and then come the siblings and other family members (grandparents, etc.). In our study we spotted the move of psychological importance of the father, since the father was not in the second place, but in the last place. According to Bene and Anthony (1975), such a move can be deviant and shows the loss of psychological and emotional function of the father in the family. In addition, the maladjusted behaviour and emotional instability of children is observed. The emotional instability and maladjusted behaviour of the children whose parents suffer from OCD was also seen in the research of Challombe and Salkovskis (2009). The research has shown that signs of behavioural maladjustment are usually seen as anxiety and isolation; Black and colleagues (2003) spot the feelings of sadness and anger, Griffiths and colleagues (2012) report negative and unstable mood in children whose parents suffer from OCD.

The results also suggest that the lack of intimacy and behavioural control, unclear family roles, communication and rules and emotional unresponsiveness are presented, which can be confirmed in other similar studies as well (Griffiths, 2012; Newth and Rachman, 2001; Dildar, 2012; Black, 2003). According to the model presented by Livingston-Van Noppen (1990), the family responses to OCD and family functioning in our case study lie between the extremes of accommodating and antagonistic end of the spectrum, and can be classified as a "split family", which is often inconsistent and divided in their response to symptomology; i.e. one family member showing lack of boundaries, poor limit setting and avoidance of conflict, whereas others are rigid, demanding, full of criticism and intolerant of the symptoms. These responses certainly increase confusion, anger, frustration and anxiety in the family, and therefore increase the occurrence of the symptoms (Livingston van Noppen et al., 1990).

Furthermore, the results indicate that extrinsic spiritual dimensions, such as a set of religious rigid rules, norms and demands work as maintaining factor of the disorders, whereas intrinsic spiritual dimensions, such as hope, meaning and target orien-

tation work as a protective factor of the disorder. Geffken and colleagues (2006) have shown that people who use intrinsic spiritual dimensions have more hope and therefore less depressive symptoms. Konstam and colleagues (2005) report that they have better coping skills. Koenig and colleagues (2009) report that people who use intrinsic spiritual dimensions when under stress, use the so-called spiritual re-evaluation, which is to some extent equivalent to the posttraumatic growth. On the other hand, some other studies report that extrinsic spiritual dimensions, such as rigid religiosity, can be reflected in increased psychiatric disorders (Makeig Cochran, 1967; Smith in Seaton, 1965), which can usually be seen in exaggerated perfectionism, hypermorality and increase obsessions and rituals (Glas, 2007).

The research is offering an integrated view of the family functioning, since the study presents a creative and rare research approach and emphasises the significance of other dimensions, for example, the spiritual dimension, which is often ignored. Furthermore, the research notes the narrowness of the bio-psycho-social model of understanding the illness and health, as well as involves the ecological and spiritual aspect in its understanding. The disadvantages of the research are mostly addressed to the context of methodology, since the study presents a case study, and its results cannot be generalised to the entire population. The usage of some psychodiagnostic means is questionable, since some of them lack reliability and objectivity (especially the projective techniques). For further research we recommend family monitoring after the treatment process, the usage of standardised psychodiagnostic tests, larger sample and an increased control of intervening variables.

LITERATURA

1. Abbey, R. D., Clopton, J. R. and Humphreys, J. D. (2007). Obsessive-compulsive disorder and romantic functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 63, št. 12, str. 1181–1192.
2. Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M. in Tolin, D. F. (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, 20, str. 70–76.
3. Allport, G. W. in Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, str. 432–443.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izdaja). Washington, DC: Avtor.
5. Amir, N., Freshman, M. and Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, pp. 209–217.
6. Bene, E. and Anthony, J. (1975). *Manual for Family relations test*. London: National Foundation for Educational Research in England and Wales.
7. Black, D. W., Gaffney, G. R., Schlosser, S. and Gabel, J. (2003). Children of parents with obsessive-compulsive disorder: A 2-year-up study. *Acta Pschiatrica Scandinavica*, 107, pp. 305–313.
8. Breakey, W. R. (2001). Psychiatry, spirituality and religion. *International Review of Psychiatry* 13, pp. 61–66.
9. Brem Gräser, L. (1957). *Famillie in Tieren*. München: E. Reinhardt.
10. Burns, R. C. and Kaufman, S. H. (1972). *Actions, styles and symbols in kinetic family drawings (K-F-D): an interpretative manual*. London: Routledge, Taylor and Francis Group.

11. Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W., McDougle, C. J. and Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 441–443.
12. Challacombe, F. and Salkovskis, P. M. (2009). A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, št. 7, str. 848–857.
13. Crowe, A. and Lyness, K. (2014). Family functioning, coping, and distress in families with serious mental illness. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 22, št. 2, str. 186–197.
14. Dildar, S., Sitwat, A. and Tariq, M. (2012). Comparative study of the family functioning of ocd patients and healthy counterparts. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12, št. 5, str. 717–722.
15. Epstein, N. B., Baldwin, L. M. and Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, št. 2, pp. 171–180.
16. Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W. and Keitner, G. I. (2003). The McMaster model: a view of healthy family functioning. V: Walsh, F. (ur.). *Normal family processes: growing diversity and complexity*. New York; London: The Guilford Press, str. 581–607.
17. Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B. and Goodman, W. K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 20, str. 614–629.
18. Glas, G. (2007). Anxiety, anxiety disorders, religion and spirituality. *Southern Medical Journal*, 100, št. 6, str. 621–625.
19. Gostečnik, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut.
20. Griffiths, J., Norris, E. and Stallard, P. (2012). Living with parents with obsessive-compulsive disorder: children's lives and experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, str. 68–82.
21. Himle, J. A., Chatters, L. M., Taylors, R. J. and Nguyen, A. (2013). The relationship between obsessive-compulsive disorder and religious faith: clinical characteristics and implications for treatment. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, št. 5, str. 53–70.
22. Hodge, D. R. (2000). Spiritual ecomaps: A new diagrammatic tool for assessing marital and family spirituality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, str. 229–240.
23. Hodge, D. R. (2005). Spiritual assessment in marital and family therapy: a methodological framework for selecting from among six qualitative assessment tools. *Journal of Marital and Family Therapy*, št. 4, str. 341–356.
24. Koenig, H. G., McCullough, M. E. and Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
25. Koenig, H. G. (2009). Religion, spirituality, and anxiety disorders. V: Huguelet, P. and Koenig, H. G. (ur.). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge: University Press, str. 128–144.
26. Konstam, V., Moser, D. K. and De Jong, M. J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11, str. 455–463.
27. Krizmanić, M. (1982). IPUES: Ilustrirani projektni vprašalnik emocionalne stabilnosti otrok – Priročnik. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela Ljubljana, Center za psihodiagnostična sredstva.
28. Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J. and Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapy*, 12, no. 2, pp. 229–238.
29. Livingston-Van Noppen, B., Rasmussen, S. A., Eisen, J. and McCartney, L. (1990). Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. V: Jenike, M., Baer, L. in Minichiello, W. E. (ur.). *Obsessive compulsive disorder: theory and treatment*. Chicago: Year Book Medical Publishers, str. 325–340.
30. Lüscher, M. (1989). *Die Lüscher-Farben zur Persönlichkeitsbeurteilung und Konfliktlösung*. München: Mosaik.
31. Makeig Cochran, C. (1967). The Association between reported denominational affiliation and psychiatric diagnosis: a study of first admissions to a private psychiatric hospital, 1960-1963. Neobjavljeno delo, Denton, Texas.

32. Musek, J. (2010). Psihologija življenja. Vnanje Gorice: Inštitut za psihologijo osebnosti.
33. Newth, S. and Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 39, pp. 457–464.
34. Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy* 22, str. 144–167.
35. Olson, D. H., Gorall, D. M. in Tiesel, J. W. (2006). *FACES IV Package*. Minneapolis, MS: Life Innovations.
36. Plante, T. G. in Sherman, A. C. (2001). *Faith and health*. New York: Guilford Press.
37. Riggs, D. S., Hiss, H. and Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23, str. 585–597.
38. Shaker, A. and Homeyli, N. (2011). Comparing parental bonding and attachment styles in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety and depression. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 9, št. 3, str. 19–25.
39. Shreve-Neiger, A. K. and Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24, št. 4, str. 379–397.
40. Skynner, R. (1982). Framework for viewing the family system. V: Bentovim, A., Barnes, G. G. in Cooklin, A. (ur.). *Family therapy: complementary frameworks of theory and practice*. London: Academic press, str. 75–113.
41. Smith, J. O. and Seaton, S. (1965). Psychiatric illness and religious affiliation: an exploratory study of first admissions to a private psychiatric hospital. Neobjavljeno delo, Dalls, Texas: Timerlawn Foundation.
42. Sodelavci Filozofske fakultete, oddelka za psihologijo (2011). *Prirjena verzija vprašalnika IPUES*. Neobjavljeno delo, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, Ljubljana.
43. Sparrow, S., Balla, D. A. and Cicchetti, D. V. (1984). *Interview edition survey form manual*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
44. Svetina, M. in Zupančič, M. (2013). *Izbrane teme iz razvojnopsihološke diagnostike*. Ljubljana: Filozofska fakulteta Ljubljana.
45. Svetina, M., Zabret, E. in Bajec, B. (2008). *FACES IV, slovenska oblika: Priročnik za vrednotenje in interpretacijo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
46. Thomason, C. L. and Brody, H. (1999). Inclusive spirituality. *Journal of Family Practice*, 48, str. 96–97.
47. Tušak, M. (1985). Čustveni odnosi v družini. *Anthropos*, 15, št. 5-6, str. 246-253.
48. Tušak, M. (2010). *Risarske preizkušnje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
49. Ventis, W. L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51, str. 33–48.
50. Weiss, R., Fogelman, Y. in Yaphe, J. (2003). Somatization in response to undiagnosed obsessive-compulsive disorder in a family. *BMC Family Practice*, 4, št. 1, str. 1–3.
51. Ziherl, S. in Tomori, M. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Littera picta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.