



# LSPŽGB

## Informacinis leidinys

### LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJA

2009 m. Nr. 2 (13)

**Numeris išleistas iš 2009 m. Neįgaliųjų socialinės integracijos programos lėšų.**

Pradėta leisti 2005 m. rugsėjo mėn.

#### Mūsų tikslai

- **atstovauti** sutrikusios psichikos žmonėms ir siekti jiems pilnaverčio gyvenimo visuomenėje;
- **ginti** jų teises ir žmogiškąjį orumą, kovoti prieš jų diskriminaciją;
- siekti **tobulinti** ir plėsti medicininio aptarnavimo, reabilitacijos ir globos įstaigų sutrikusios psichikos žmonėms sistemą;
- siekti **pagerinti** socialinės paramos sistemą ir šeimų, globojančių sutrikusios psichikos žmones, gyvenimo sąlygas;
- **steigti** sutrikusios psichikos žmonėms užimtumo įstaigas bendruomenėje;
- **steigti** jiems darbo vietas.

#### Kas mes esame?

Mūsų bendrijos nariais gali būti sutrikusios psichikos žmonės, jų šeimos nariai, specialistai, dirbantys arba norintys dirbti su sutrikusios psichikos žmonėmis, bei visi, kuriems priimtini mūsų siekiai ir tikslai.

#### Turinys

<b>EFEKTYVIŲ BENDRUOMENĖS PASLAUGŲ IR ŠEIMOS PSICHOEDUKACIJOS PAVYZDŽIAI</b> .....	2
<b>1. PIRMO EPIZODO PSICHOZĖS PROGRAMA, VEIKIANTI PRIKLAUSOMYBIŲ IR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE TORONTE (KANADA)</b> .....	2
<b>2. GRUPINIS ŠEIMŲ APMOKYMAS STAVANGERYJE IR OSLE (NORVEGIJA)</b> .....	4
<b>3. GRUPINĖS ŠEIMOS PSICHOEDUKACIJOS IR KITOKIO GYDYMO DERINIMAS. DIKEMARKO UNIVERSITETINĖS LIGONINĖS BENDROJO SUAUGUSIŲJŲ SKYRIAUS PROGRAMA (NORVEGIJA)</b> .....	7
<b>4. BERKŠYRO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FONDO TARNYBOS DARBUI SU ŠEIMOMIS PASLAUGOS SERGANTIEMS PSICHOZE ASMENIMS IR JŲ ŠEIMOMS (ANGLIJA)</b> .....	8
<b>5. VAŠINGTONO PSICHIKOS SUTRIKIMŲ INSTITUTAS: TYRIMAI IR MOKYMAI</b> .....	13
<b>NEĮGALIŲJŲ KŪRYBA</b> .....	18

**Kaštonų g. 4, LT-01107, Vilnius**  
Tel. (8-5) 262 89 36  
Tel./ faksas (8-5) 212 16 56

El. paštas: [lspzgb@takas.lt](mailto:lspzgb@takas.lt)

[www. LSPZGB.lt](http://www.LSPZGB.lt)

## EFEKTYVIŲ BENDRUOMENĖS PASLAUGŲ IR ŠEIMOS PSICHOEDUKACIJOS PAVYZDŽIAI

*Šizofrenija sergančių pacientų pasveikimas ženkliai ir tiesiogiai priklauso nuo dalyvavimo šeimos psichoedukacijoje ir optimalaus gydymo (Lieberman ir Koppelowicz, 2005).*

Šioje dalyje mes pateikiame keletą įrodymais pagrįstų darbo su šeimomis modelių, su šiais modeliais susijusių efektyviai bendruomenėje veikiančių paslaugų ir apmokymo pavyzdžių. Tai tėra maža dalis iš daugybės veikiančių programų. Mes atrinkome į programą tipiškus, įrodymais paremtus paslaugų bei apmokymo pavyzdžius. Šioje dalyje jie pristatomi atsitiktine tvarka.

Sabrina BAKER

### 1. PIRMO EPIZODO PSICHOZĖS PROGRAMA, VEIKIANTI TORONTO PRIKLAUSOMYBIŲ IR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE (KANADA)

*Sabrina Baker - šeimos darbuotoja organizacijoje „Mokymosi atstovauti ir laisvalaikio tinklas“ pirmo psichozės epizodo programoje, kurią vykdo Toronto priklausomybių ir psichikos sveikatos centras.*

2003 metais priklausomybių ir psichikos sveikatos centras pradėjo į šeimą orientuotą gydymą visose savo klinikinėse programose įskaitant ir šizofrenijos skyrių. Tuo buvo siekiama pagerinti šio centro teikiamą globą bei paramą ir gyvenimo kokybę čia gydomiems pacientams. Šeimos darbuotojas atstovauja šizofrenijos skyrių pacientų taryboje, kuri palaiko į šeimą orientuotą gydymą. Ši struktūra padeda darbuotojams siekti aukštesnės kvalifikacijos.

Šizofrenijos skyriui, aptarnaujančiam maždaug tris milijonus žmonių regione, priklauso Toronto „Pirmo psichozės epizodo programa“. Šia programa yra remiamasi nustatant ankstyvąją diagnozę ir gydant psichikos ligas.

Be to, organizacija „Mokymosi atstovauti ir laisvalaikio tinklas“ siūlo daug specifinių į sveikimą orientuotų mokomųjų, profesinių, socialinių ir palaikymo paslaugų pirmo epizodo pacientams ir jų šei-

moms, taip pat turi ir specializuotą šeimos darbuotoją. Ambulatorinė klinika suteikia konsultaciją ir iki trijų metų besitęsiantį kontaktą su klientu ir jo šeima.

#### Šeimos programa

Toronte veikianči „Pirmo psichozės epizodo programa“ yra neatskiriama išsamios kompleksinės programos dalis. Gydymo planas priderintas prie šeimos poreikių ir gydomo žmogaus pasveikimo etapo. Šį modelį sukūrė Kalgario ankstyvosios psichozės programa, o po to jį perkėlė į Torontą. Į klientą ir šeimą orientuotas požiūris skatina optimalų pasveikimą ir gerovės siekimą besigydantiems nuo psichozės žmonėms ir jų šeimų nariams.

Modelis turi 4 etapus:

1. Krizės valdymas
2. Ligos sustabdymas ir sveikimo skatinimas
3. Sėkmingo gydymo palaikymas
4. Ilgalaikis pasveikimas

Addington ir kt. (2005) kiekvienam etapui numatė aiškius tikslus ir specifinius veiksmus. Šeimos gali vadovautis pateiktomis skirtingomis pirmo psichozės epizodo programomis skatinamos savo

šeimos narių pasveikimą ir mažindamos įtampą bei padėdamos sukurti mažiausiai streso turinčią aplinką. Tai pasiekama šiais veiksmais:

- Mažinant kiekvieno šeimos nario stresą
- Mažinant antrinę šeimos narių ligos riziką
- Informuojant šeimos narius apie ligą
- Apmokant sunkumų įveikimo būdų
- Suteikiant šeimai galimybę aktyviau dalyvauti gydyme

Šeimos programoje pabrėžiama, kad nuo pirmo psichozės epizodo pradžios šeimos gali turėti ženklų įtaką savo giminaičių pasveikime. Šeimos turi savo poreikius ir teisę į mokymąsi, palaikymą ir supratimą. Šeimos modelis remiasi įsitikinimu, kad:

*Šeimos yra ištvermingos ir turi sugebėjimų užtikrinti likusių šeimos narių gerovę, išlaviruoti tarp barjerų, kai jie iškyla artimųjų pasveikimo kelyje.*

Patiems šeimos nariams gali prireikti tam tikro laiko sveikimo ir prisitaikymo procese. Jiems siūloma naudoti drąsinančias streso valdymo ir sunkumų išgyvenimo technikas. Ši programa yra šeimų švietimo programos dalis.

## Pagalba globėjams

Darbas su šeima yra pritaikytas pagal šeimų poreikius kiekvienoje ligos fazėje. Įvertinimo etape šeimos nariai gali suteikti vertingos informacijos apie ligos simptomus ir žmogaus gyvenimą iki susergant. Globėjai sužino apie ligą, gydymo būdus ir pasveikimo tikimybę dirbdami su gydymo komanda. Jiems palengvėja pasitikėjimo atmosferoje atskleidus savo jausmus, pasakojant savo istorijas ir išsakant savo bėdas. Užsiėmimų su gydymo komanda metu šeimos gali gauti paramą ir mokymą, dalyvauti artimųjų sveikimo procese ir konsultuotis. Vykstantys individualūs šeimų konsultavimai ir grupinio darbo su šeimomis užsiėmimai suteikia abipusės naudos savipagalbos grupių nariams.

## Sunkios situacijos

Kitos problemos šeimoje nesusijusios su liga ar buvusios iki psichozės pasireiškimo (*vedybinis kon-*

*fliktas, problemos su broliais ar seserimis, psichikos sveikatos ir/ar priklausomybės klausimai*) reikalui esant yra aptariamose vėlesnėje sveikimo stadijoje. Organizacija „Mokymosi atstovauti ir laisvalaikio tinklas“ skiria specialistus darbui su šeima. Gali būti naudojami įvairūs gydymo būdai: individualus, poros, šeimos ir/ar grupės konsultavimas. Žmonės taip pat gali būti nukreipiami ir į vietines šeimų organizacijas, kai šeimoms reikia besitęsiančios paramos, nes laikas darbo grupėje yra ribotas.

Daugelis šeimų, kurios neturėjo žinių ar patirties dirbant su psichozės pažeistaisiais, teigia, kad šeimos paslaugos buvo neįkainojamos ir padėjo „perplaukti nežinomus vandenis“. Jie sako, kad:

- Sumažėjo nerimas
- Sumažėjo izoliacija
- Tapo geriau suprantami simptomai ir elgesys
- Tapo geriau kontroliuojama situacija

## Šeimos apmokymo programa

Šeimos, kurioms reikia apmokymo, gali lankytis psichozės valdymo ir rūpinimosi globėjais grupėse. Kiekvieną mokymo kursą sudaro 8 užsiėmimai, vykstantys 4 kartus per metus. Grupės visuomet yra pilnos. Kiekvienai šeimai yra siūlomos dvi vietos grupėje, o kiekviena grupė susideda iš 12-16 šeimų narių. Paralelinė psichozės apmokymo grupė pasiūloma sergančiam psichoze asmeniui. Šeimos teigia, kad lengviau išreikšti savo jausmus grupėje be sergančio artimojo. Besirūpinant globėju grupė skatina šeimos narius ieškoti pusiausvyros tarp pagalbos jų sveikstančiam giminaičiui ir laiko pasirūpinti savimi.

Kai šeimos patiria maksimalų sielvartą arba konfliktą ar jų artimasis sveiksta lėtai, intensyvesniam darbui jos yra nukreipiamos pas profesionalų šeimos darbuotoją. Prireikus sergantis artimasis taip pat yra kviečiamas dalyvauti šiuose užsiėmimuose.

## Stiprioji programos dalis

Programos populiarumas ir brandumas atsispindi klausimuose iš visos Kanados ar kitų šalių apie tai, kaip palaikyti šeimą. Nauji darbuotojai ir studentai yra apmokomi darbo su šeimomis būdų.

**4 GRUPINIS ŠEIMŲ APMOKYMAS STAVANGERYJE IR OSLE**

Baigusieji kursą šeimos nariai paprastai prašomi kalbėti seminaruose ir šeimyninėse psichozės mokymo grupėse, dalijantis patirtimi ir išmintimi su kitų šeimų nariais ir suteikiant viltį esantiems ankstyvojoje giminaičio sveikimo stadijoje. Programa pritaikyta individualioms reikmėms. Mūsų patyrimas rodo, kad daugelis šeimų trokšta pasinaudoti joms siūlomomis paslaugomis. Gydytojai bendrauja su šeimos nariais kiekvienoje sveikimo stadijoje.

**Kultūriniai skirtumai**

Atvykusios iš užsienio ir nekalbančios angliškai ar prancūziškai šeimos padedant vertėjams gali gauti paslaugas jų gimtąja kalba. Kai kurios šeimos nori išlaikyti anonimiškumą ir pageidauja nebūti vienoje grupėje su šeimomis iš tos pačios kultūros ar šalies. Mums pavyko patenkinti jų norus ir parodyti pagarbą jų jausmams. Daugeliu atveju prasideda naudinga šeimai diskusija apie stigmą.

**Paslaugų teikimo sunkumai**

Sveikatos sektoriaus privatumo įstatymo priėmimas Ontarijo valstijoje užaštrino visų asmens teisių ir konfidencialumo išlaikymo klausimus. Gydytojai išreiškia savo susirūpinimą dėl Ontarijo privatumo įstatymo pažeidimo, jei bus dalinamasi informacija su šeimomis. Yra priešingai, nes darbuotojai prašo daugiau informacijos, liečiančios privatumo klausimus, nes taip yra patogiau jiems dirbti su šeimomis.

Šį darbą dirbantiems specialistams trūksta su-

pervizijos, o daugelis jaučiasi nesą tinkamai pasiruošę dirbti į šeimas orientuotą darbą bei rūpintis šeima. Visi pirmo psichozės epizodo programos darbuotojai pirmiausia buvo paruošti darbui su šeimomis. Jiems pasisekė, nes mokymų metu jie galėjo išgirsti šeimų istorijas. Taip pat nepakanka finansavimo medžiagai spausdinti ir atlikti vertimus, kurie yra reikalingi daugiakalbei Toronto bendruomenei.

Kai klientai ir jų šeimos baigia pirmo psichozės epizodo programą, nustemba pamatę kiek mažai pagalbos jie gali tikėtis, palyginus su ta, kurią teikė ankstyvoji intervencijos komanda. Kadangi šeimų iniciatyvas skatina psichikos sveikatos strategija, tikimasi, kad ateityje šeimos gaus daugybę paslaugų visose šizofrenijos gydymo srityse, bet to dar reikia palaukti.

**Psichikos sveikatos specialistų nuomonė**

Vyresnieji administratoriai palaikė į šeimą orientuotą superviziją. Socialinis darbas sudaro didžiausią dalį iš į šeimą orientuotų supervizijos paslaugų ir remiasi šeimų patirtimi. Didesnė dalis specialistų palaiko šią programą.

Toronto universiteto psichiatrijos rezidentai periodiškai dalyvauja pirmo psichozės epizodo programoje ir gali naudotis šešių mėnesių apmokymu, susidedančiu iš 15-20 seminarų, naudotis literatūra, skirta darbui su šeimomis, mokytis bendradarbiavimo metodų ir ruošti darbui su šeimomis.

Anne FJELL

## 2. GRUPINIS ŠEIMŲ APMOKYMAS STAVANGERYJE IR OSLE (NORVEGIJA)

*Anne Fjell - universitetinės ligoninės psichiatrinio skyriaus regioninio centro skirta ankstyvajai intervencijai psichozės metu, vyriausioji specialistė.*

1997-2000 metais Norvegijoje ir Danijoje buvo vykdomas gydymo ir tyrimo ankstyvosios intervencijos psichozės atveju projektas, kurio metu

gydytojai buvo rengiami psichoedukaciniam grupiniam darbui su šeimomis įtraukiant ir pacientus.

Šio projekto tyrimo tikslas buvo „kompleksiškai ištirti, ar sumažės negydytos psichozės trukmė, kaip pagerės jos prognozė, ar pagerės ilgalaikis gydymas ir rezultatai pirmo epizodo neemocinės funkcinės psichozės atveju lyginant ją su tuo atveju, kai šis projektas nevykdomas.“ Norint suteikti visiems pacientams lygiavertį gydymą visi

pacientai 2 metus buvo stebimi. Pacientams buvo pasiūlyti vaistai, savaitinė individuali palaikomoji terapija ir kas antrą savaitę – grupinė šeimų psichoedukacija.

Darbas su šeimomis yra sėkmingas, jeigu yra vykdomas tikslinis mokymas, nuolatinė supervizija ir pagalba koordinuojant užsiėmimus (*Fadden 1997*). Tokiu būdu šis projektas parengė gydytojus tiek mokymui, tiek supervizijai ir pastoviai informacijai, nes visi pacientai ir jų šeimos gavo tas pačias paslaugas bei pasiruošė sėkmingam šeimos programos vykdymui jame.

Nuo to laiko susikūrė daugiau kaip 160 grupių Norvegijoje (*Fjell ir kt. 2007*) ir daugiau kaip 50 – Danijoje. Laipsniškas darbo su šeimomis modelis yra grindžiamas:

- Administracijos palaikymu ir padrašinimu
- Šio metodo apmokymu ir supervizija
- Grupių poreikių išaiškinimu
- Prieštarinomis nuostatomis dėl šeimos atsakomybės gydymo procese
- Prieštarinomis nuostatomis dėl konfidencialumo
- Specialistų entuziazmu, kai jie išmoksta pasitikėjimu paremtų gydymo įgūdžių darbe su šeimomis

Pastarąjį teiginį nuolat patvirtina pozityvūs grupės narių atsiliepimai.

## Programos detalės

Grupės vadovų apmokymo programa buvo dvejoje projekto dalyse ir truko 10 dienų. Plačiau apie tai rašoma McFarlane (*2002*) vadovėlyje. Paskirti gydytojai vykdė apmokymo ir supervizijos užduotis.

Apmokymas tęsėsi ir pasibaigus projektui. Dabar tai - sudėtinė gydytojų rengimo dalis universitetinėse Stavangerio ir Oslo ligoninėse. Baigę apmokymą ir superviziją grupėse jie gauna diplomą.

Po apmokymo grupių vadovai turi atitikti šiuos reikalavimus:

- Padėti šeimoms ir vartotojams geriau suprasti psichikos ligą ir bendradarbiauti siekiant pasveikimo
- Suprasti ir pripažinti svarbų šeimos vaidmenį sveikimo procese
- Padėti gydytojams, kad darbe su pacientais ir jų šeimomis jie pasiektų žymiai geresnių rezultatų

Grupiniam darbui su šeimomis skirtame vadovėlyje gydymo ir tyrimo projektą sudaro šie elementai:

- **Bendri užsiėmimai**
  - Dalyvauja pacientas ir jo šeimos nariai
- **Sunkumų įveikimo įgūdžių seminaras**
  - Pradžioje atskiri mokomieji seminarai yra skiriami pacientams ir jų šeimų nariams
  - Po vienerių grupinio darbo metų sunkumų įveikimo įgūdžių seminaras yra rengiamas kartu pacientams ir jo artimiesiems

Grupinių šeimų susitikimų programa buvo paremta problemų sprendimu ir mokymu bendrauti. Šie susitikimai turi tokią struktūrą:

- Grupės darbas trunka du metus
- Kiekvienas dvisavaitinis susitikimas trunka 90 minučių
- Grupė susideda iš 5 pacientų, kurių prašoma pakviesti po tris artimuosius
- Grupė turi du vadovus

Po metų darbo pagal pagrindinį vadovėlį šiame projekte prireikė dar vieno apmokymo. Pacientai ir šeimų nariai buvo pakviesti į bendrą seminarą, kuriame išsiaiškino dalykus, apie kuriuos jie norėtų daugiau informacijos. Labai dažnai grupės nariai prašydavo informacijos apie narkotikų ir psichozės problemas ir apie tai, kaip šeimos nariai galėtų daugiau padėti pacientui būti labiau nepriklausomu.

**6 GRUPINIS ŠEIMŲ APMOKYMAS STAVANGERYJE IR OSLE**

Grupės vadovų apmokymas prasidėjo 1997 metais dviejų dienų visų gydytojų ir tyrimo darbuotojų apmokymu. Projekto darbuotojams buvo labai svarbus šio modelio pristatymas, nes pateikė daug informacijos apie darbą su šeimomis. William McFarlane buvo pakviestas į Norvegiją supažindinti su šia programa ir pristatyti šio modelio esmę tiems šeimų darbuotojams, kurie dirbs ateityje. Po pradinio apmokymo buvo sukurta 10 dienų mokymo programa.

Mokomoji programa susieja ligos supratimą su grupiniu darbu su šeimomis modeliu. Tyrimo esmę sudaro studijos apie išreikštas emocijas ir dėmesio sutelkimą bei studijos apie paciento ribotą toleranciją gyvenimo intensyvumui, negatyvumui, santykių sudėtingumui ar jų nutraukimui. Supratimas apie išreikštas emocijas reiškia, kad šizofrenija sergantiems žmonėms yra reikalinga optimali socialinė aplinka su pažįstama socialine struktūra ir elgesio taisyklėmis, įskaitant ramią, geranorišką, lanksčią ir ganėtinai paprastą aplinką. Gydytojams svarbu žinoti, kad teigiama aplinka padeda atstatyti giliai slypinčią smegenų disfunkciją ir leidžia patenkinti šizofrenija sergančiųjų bei jų šeimų poreikius.

Svarbiausias mokymo centro uždavinys yra praktiškai pritaikyti įrodymais pagrįstą gydymą. Mažose grupelėse rengiant grupių vadovus dalyviai vaidina skirtingas situacijas. Šiam apmokymui reikia:

- Mažiausiai 3 metų profesionalaus psichiatrinio apmokymo
- 2 metų patirties gydant psichozes
- Susitikimų su pacientų šeimomis patirties
- Administracijos rekomendacijų

Siekiantys šio apmokymo grupės vadovai yra atrenkami iš psichiatrų, gydytojų, psichologų, psichiatrijos medicinos slaugytojų ir socialinių darbuotojų. Ir Norvegijos, ir Danijos gydytojai patys kreipiasi norėdami patekti į šiuos mokymus.

10-ties dienų mokymo programą sudaro:

- Žinios apie ligą ir įrodymais pagrįstas gydymas
- Vadovėlis apie grupinį darbą su šeimomis bendravimo taisyklės ir problemų sprendimą

- Žinios apie atkryčio ženklus
- Nuorodos šeimos nariams
- Žinios apie paveldimumą ir mokymų įvertinimas
- Pasiskirstymas vaidmenimis yra esminė grupės vadovų rengimo modelio dalis. Grupės vadovas turi sugebėti atlikti keletą vaidmenų: gydytojo, svetingo piliečio, mokytojo ir vadovo. Tuo siekiama:
  - Nustatyti grupės ribas
  - Sušvelninti prieštaravimus
  - Performuluoti kritinius komentarus
  - Padėti atpažinti stipriąsias puses
  - Siekti pozityvaus bendravimo
  - Palaikyti į pacientą orientuotą problemų sprendimo procesą
  - Pozityviai pertvarkyti sudėtingus šeimyninius santykius
  - Išlaikyti struktūrą ir į pacientą orientuotą problemų sprendimą

Grupių vadovams būtini bendravimo įgūdžiai, kad jiems pasisektų vadovauti į pacientą orientuotam problemų sprendimo procesui. Į bendravimo taisyklių mokymą yra įtrauktos pagrindinės Falloon (1984) bendravimo taisyklės, ypač „aktyvaus klausymo“ dalis. Problemų sprendimo proceso metu grupių vadovai yra mokomi surinkti visą informaciją apie problemų sprendimo būdus iš pacientų. Tuomet grupės vadovas padėkoja pacientui už pasidalinimą patirtimi su grupe ir klausia, kokią patirtį turi paciento šeimos narys.

### Supervizija

Po šio apmokymo grupių vadovams yra periodiškai skiriama supervizija. Jų klausinama:

- Kas sekasi gerai?
- Ar ką nors jie galėjo padaryti geriau?
- Ar buvo laikomasi šio mokymų modelio, t.y. ar buvo sunkumų sprendžiant problemas ir ar buvo laikomasi grupinių susitikimų struktūros?

Mes pastebėjome, kad grupės vadovams pradžioje yra sunkiausia prisitaikyti prie susitikimų tvarkaraščio. Tam, kad grupės vadovas mažiau laiko

sugaištų aktyviai kiekvieno paciento apklausai apie jo savijautą ir atkryčio riziką, jam reikalinga supervizoriaus pagalba. Grupės vadovams reikia pastovios paramos tam, kad jie taikytų aktyvų klausymą vietoj interpretacijos, kad atvirai vadovautų, kad dalintųsi asmenine informacija ir pateisintų jų atliekamą „tėvų“ vaidmenį grupėje.

Dar vienas sunkumas naujiems grupės vadovams yra tai, kad reikia orientuotis į pacientą ir paskatinti šeimos narius daryti tą patį.

### Mokymų įvertinimas

Pasibaigus mokymams dalyviai įvertina savo patirtį ir dalijasi mintimis apie tai, ko jie išmoko. Kai

kurie iš jų teigė:

- „Man patinka, kad šis modelis pabrėžia šeimų kompetenciją ir pacientų bei jų šeimų poreikius“
- „Mokymų metu supratau, kodėl yra reikalingas ir naudingas šis struktūruotas metodas“
- „Tik dabar aš asmeniškai buvau apmokytas darbui su pacientais ir jų šeimomis kartu“
- „Šis mokymas suteikė man daugiau kompetencijos efektyviame bendravime su pacientais ir šeimomis“
- „Mokyti niekada nevėlu; bet geriau to būčiau išmokęs prieš 20 metų“

Karin KJONNOY ir Liv NILSEN

### 3. GRUPINĖS ŠEIMOS PSICHOEDUKACIJOS IR KITOKIO GYDYMO DERINIMAS. DIKEMARKO UNIVERSITETINĖS LIGONINĖS BENDROJO SUAUGUSIŲJŲ SKYRIAUS PROGRAMA (NORVEGIJA)

*Karin Kjonnoy ir Liv Nilsen Dikemarko - universitetinės ligoninės bendrojo suaugusiųjų psichiatrijos skyriaus vyriausiosios slaugytojos.*

Pagal keturis naujai priimtus Norvegijos sveikatos ministerijos įstatymus teikiant sveikatos paslaugas įtraukiami ir apmokomi tiek pacientai, tiek jų artimieji. Paskutinius 3 metus mes visą laiką skyrėme tik psichoeducacijai ir kognityvinei intervencijai.

Mūsų intervencija akcentuoja išgyvenimo strategiją, naštos sumažinimą ir atkryčio prevenciją. Maždaug trims metams mes kviečiame penkis ar šešis pacientus susitikinėti grupėje su jų pasirinktais šeimos nariais ir naudojamės McFarlane vadovėliu (2002).

Pastebėjome, kad svarbiausias šio modelio tikslas yra pritraukti šeimas. Siekiant sukurti terapinę atmosferą visi dalyviai turi pasitikėti terapeutu ir

suprasti jo vaidmenį. Geri santykiai tarp dalyvių ir terapeuto užtikrina sėkmę šiai intervencijai.

Iki šiol mes baigėme užsiėmimus su viena trejiems metams sudaryta grupe ir pasiekėme panašius į tyrimuose aprašytus rezultatus. Į mūsų pirmąją grupę buvo įtraukti pacientai, kurie kentėjo nuo sunkių psichikos ligų ir kurie dažniausiai net po 15 metų buvo priverstinai gydomi ligoninėje. Mūsų patirtis parodė, kad sumažėjo kontroliuojančios elgsenos ir kritikos tiek iš pacientų, tiek iš šeimos narių pusės. Šeimos nariai teigė, kad dalyvavimas programoje palaikė, suteikė daugiau žinių, padėjo geriau suprasti jų giminaičio ligą ir palengvino našta. Žymiai pagerėjo bendravimas, jie išmoko pozityvesnių reagavimo ir perfravavimo būdų, sumažėjo konfliktų.

Mūsų patirtis parodė, kad pasibaigus grupiniams užsiėmimams psichosocialinis funkcionavimas labai pagerėjo. Po metų įvyko tik vienas grupinis susitikimas, kuris dar labiau pagerino jų psichosocialinę būklę. Nei vienas žmogus iš buvusių ligoninės stacionare šiuo metu ten nebegydomas. Tre-

jose grupėse, kuriose šiuo metu vyksta užsiėmimai ties antrą metų riba pastebimi simptomatiniai ir funkciniai pagerėjimai.

### 1. PAVYZDYS

I., kuri daug metų gyveno užrakintame skyriuje, buvo beveik praradusi sugebėjimą suprantamai kalbėti. Per tuos tris metus, kol mes dirbome grupėje, kartą per savaitę ji ateidavo pabendrauti. Dabar pagerėjus bendravimo įgūdžiams ji gyvena reabilitacijos centre. I. gali dalyvauti pokalbiuose ir išsakyti, ko ji norėtų ateityje.

### 2. PAVYZDYS

H. turėjo sunkumų atliekant kasdieninius buitinius darbus - ypač pasirūpinant maistu. Pradžioje jam reikėjo pagalbos perkant maistą. Dabar jis beveik savarankiškai sudaro savo pirkinių sąrašą, jis pajėgia nueiti apsipirkti ir pasigaminti mėgstamą patiekalą, netgi pats kepa orkaitėje, nors ir mano, jog jo virtuvė yra per maža tokiam darbui.

Pasibaigus grupiniams užsiėmimams mes vis dar bendraujame su norinčiais, palaikome juos, kalbamės telefonu ar kartais susitinkame.

Bendrosios suaugusiųjų psichiatrijos skyriuje tik keliems stacionaro ligoniams yra pasiūlytas į šeimą orientuotas gydymas. Tačiau tie, kuriems tokia galimybė yra suteikta, labai noriai dalyvauja. Visi dalyviai pageidauja susitikimų su atskiromis šeimomis, individualių pokalbių ir telefono skambučių. Kai kurie dar norėtų susitikimų kartą į savaitę viso gydymo metu, kiti – tik sunkios fazės metu.

Sunkumai, su kuriais susidūrėme, dažniausiai kilo dėl skyriaus personalo, kuris nesuprato, kad šeimos intervencija yra labai svarbi. Tradicinis gydymas neįtraukė šeimos, o sveikatos specialistams dažnai trūksta išsilavinimo bei kompetencijos šioje srityje, nežiūrint visų pranešimų ir naudą patvirtinančių tyrimų. Mes siūlome personalui apmokymą, kad sumažintume pasipriešinimą tiek ligoninės viduje tiek besimokančiųjų tarpe.

Manome, kad labiausiai palaikantys kolegos yra naujai apmokytas personalas ir tie, kurie turi mokymo įgūdžių kitose šeimos intervencijų srityse. Mes labai gerai bendradarbiavome su jaunais psichologais, kurie kompleksiskai domėjosi problema ir suprato kognityvinę terapiją.

Nicki MOONE ir Jacqueline SIN

## 4. BERKŠYRO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FONDO TARNYBA DARBUI SU ŠEIMOMIS BEI PASLAUGOS SERGANTIEMS PSICHOZE ASMENIMS IR JŲ ŠEIMOMS (ANGLIJA)

*Nicki Moone - tarnybos darbui su šeimomis darbuotoja.*

*Jacqueline Sin – Berkšyro sveikatos priežiūros fondo mokymo ir praktikos vadovė.*

*Moone ir Wellman 2003).* Šis paslaugų tinklas buvo sukurtas vartotojus ir jų globėjus ar šeimas laikant holistiniu vienetu bei norint užpildyti spragas dabartiniame paslaugų teikime. Atsakant į vis dažnėjančius kokybiškesnių paslaugų reikalavimus ir taikant įrodymais pagrįstą psichoedukacinį modelį (*Kuipers ir kt. 2002*) mūsų tikslas buvo - praktiškai įgyvendinti tarpusavyje susijusių paslaugų tinklą globėjams ir jų šeimoms.

Nuo 2002 metų Berkšyre veikia mokymo tarnyba darbui su šeimomis ir globėjais, atstovaujanti naują holistinį, orientuotą į vartotojų ir globėjų psichikos sveikatos paslaugų poreikius, požiūrį (*Sin,*

Tarnyba darbui su šeimomis išsiplėtė, kai 2003 metais susikūrė globėjų apmokymo grupė ir socialinis klubas. Tinklas suvienijo paslaugas, kurias

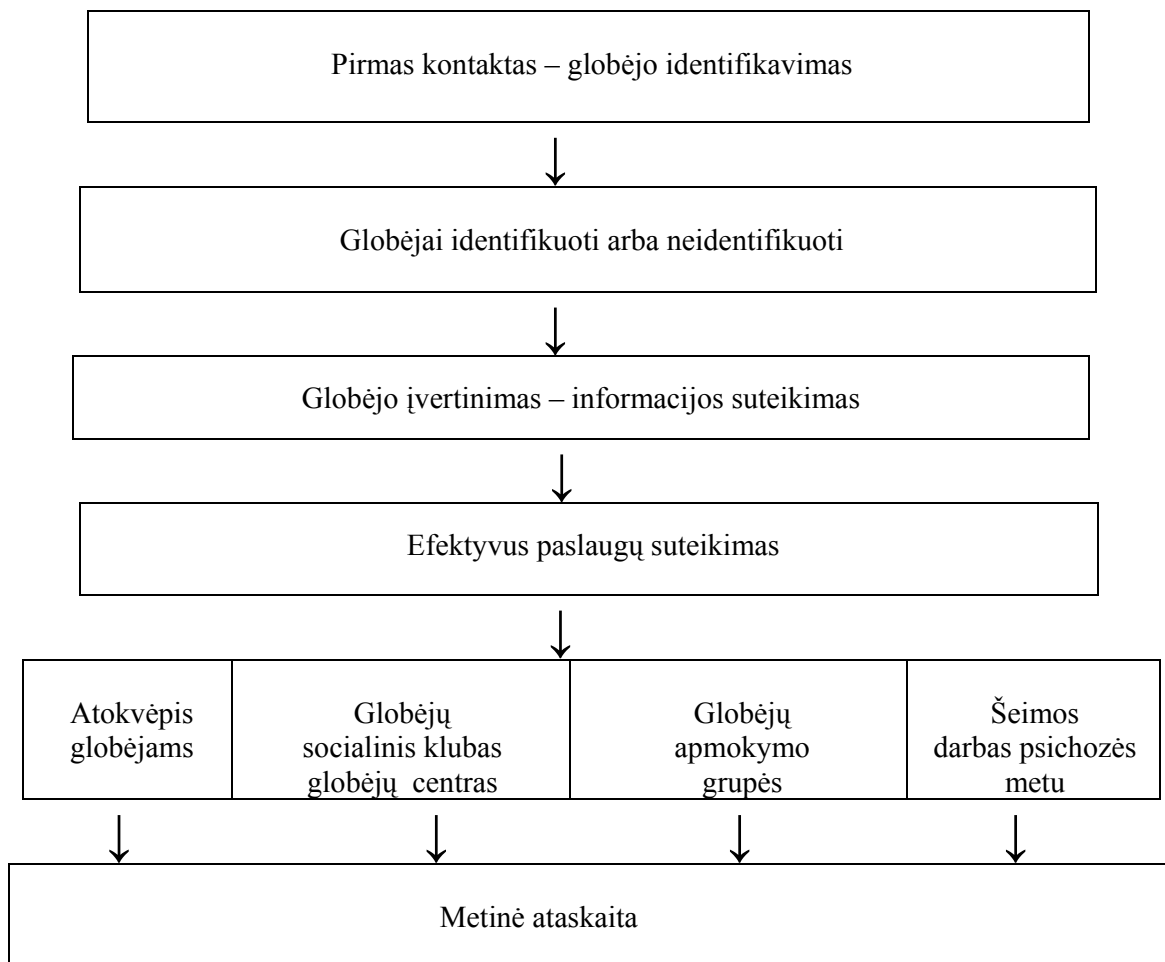
teikė psichikos sveikatos fondas, savivaldybė ir princesės karališkojo fondo globėjų centras. Nežiūrint organizacinių barjerų partnerystė pagerino šeimų ir globėjų įsitraukimą ir suteikė daugiau bei įvairesnių paslaugų. Globėjams buvo teikiamos ir socialinės, ir palaikomosios, ir mokymo paslaugos, o dirbant su šeimomis buvo taikomas struktūruotas terapinis problemų sprendimo būdas. Paslaugų tinklas aprėpiantis apmokymą ir klinikinę praktiką, suteikė ir neįkainojamą ryšį su psichosocialine intervencija psichozės programoje, kuri yra Thorn'o akredituota ir yra laikoma aukščiausios kokybės programa Jungtinėje Karalystėje, žr. 1 ir 2 lenteles, kurios padės suprasti tinklo schemą ir gydymo kelią tiek šeimoms, tiek globėjams (*lentelės atspausdintos iš*

*Sin, Moone ir Newell 2007*).

Lanksti sistema įgalino globėjus gauti vieną ar visas paslaugas priklausomai nuo individualių poreikių. Globėjai savo įvertinimo anketose atskleidžia pozityvų ir dinamišką ryšį tarp įvairių paslaugų. Kai kurie globėjai pastebi, kad yra tikslinga teikti visas paslaugas, nes jos yra tarpusavyje susijusios, o kiti globėjai dalyvauja tik socialiniame klube, norėdami gauti daugiau žinių ir paslaugų. Dažnai dėl tuo metu globėjų patiriamų sunkumų paslaugos gali būti ir ne optimalios, tačiau šeimas padrąsina tai, kad tos paslaugos bus teikiamos ateityje.

### 1 lentelė

#### Kaip yra organizuojamos paslaugos globėjams tų asmenų, kurie serga psichoze



## 2 lentelė

Nuorodos globėjams, besirūpinantiems sergančiu psichoze asmeniu
<p><b>1. Pirmas kontaktas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Globėjas turi atitikti šiuos reikalavimus: turi būti vyresnis negu 16 metų, norėti globoti arba globoti asmenį, kuris nebūtinai yra jo giminaitis.</li> <li>• Globėjas turi turėti tarnybos darbui su šeimomis įvertinimą.</li> <li>• Jei pageidaujama, pirmas susitikimas gali įvykti globėjo namuose.</li> </ul>
<p><b>2. Profesionalus įvertinimas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Globėjui turi būti paskirtas vertintojas.</li> <li>• Ar vertinimas atliekamas bendradarbiaujant?</li> <li>• Ar globėjams suteikiama galimybė papasakoti savo istoriją ir atskleisti savo jausmus?</li> <li>• Suteikiama informacija apie paslaugas bendruomenėje ir apie galimybes jas gauti.</li> </ul>
<p><b>3. Efektyvių paslaugų organizavimas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turi būti glaudus ryšys su globėjais ir šeimomis.</li> <li>• Visos paslaugos turi būti pristatytos globėjams ir įvertintas jų tinkamumas.</li> <li>• Ar šios bendruomeninės paslaugos yra orientuotos į globėją?</li> <li>• Ar be psichikos sveikatos centro paslaugų yra kitos alternatyvios paslaugos?</li> <li>• Ar yra periodiškai peržiūrimas globėjų įvertinimas ir gydymo planas?</li> <li>• Globėjai yra įtraukiami į paslaugų plėtrą, specialistų apmokymą ir darbuotojų paiešką.</li> </ul>

## SKIRTINGOS TINKLO PASLAUGOS

### Darbo su šeima paslaugos

2002 metais Berkšyre pirmą kartą buvo įkurta tarnyba darbui su šeimomis, globojančiomis psichoze sergančius asmenis. Naudojamas mūsų darbe su šeimomis psichoedukacijos ir bendradarbiavimo modelis siekė, kad šeimos ir globėjai būtų įvertinti gydy-

mo, palaikymo ir sveikimo procese, kurį išgyvena žmonės, turintys rimtų psichikos sutrikimų. Remiantis viltingu ir pozityviu požiūriu darbo su šeimomis tikslas yra suteikti šeimoms daugiau žinių apie ligą ir tuo pačiu pagerinti sunkumų įveikimo galimybę. Šie tikslai yra pasiekiami ieškant naujų problemos sprendimo kelių, dalijantis informacija ir žiniomis, naudojant šeimų patirtį bei galiausiai sukuriant tinkamą ir konstruktyvų bendravimą. Tar-

nybos specialistai dirba šeimose ir kiek galima daugiau įtraukia paslaugų vartotojus bei kitus šeimos narius. Darbo su šeima faktai atspindi geriausią įrodymais paremtą praktiką, kurią šizofrenijos gydyme rekomenduoja pažangūs mokslininkai. Ši praktika remiasi psichoedukaciniu modeliu, kuris susideda iš daugiau nei 10 struktūruotų užsiėmimų per pusmetį.

### Globėjų mokymo grupė

Globėjų mokymo grupė daug ką perėmė iš psichoedukacinio darbo su šeimomis modelio

(*Kuipers ir kt. 2002*), kuris pristatytas daugelyje besitęsiančių tyrimų. Pagrindinis skirtumas tarp globėjų apmokymo ir darbo su šeimomis grupių yra požiūris į grupę, pritraukiantis globėjus su panašia patirtimi, stengiantis įgyti ir mobilizuoti socialinę paramą ir bendrą mokymąsi tarp pačių globėjų (*McFarlane ir kt. 1995*). Nuo 2003 atsižvelgiant į globėjų patirtį ir poreikius grupė dar labiau tobulėjo ir tapo labiau specifiška.

Programą iliustruoja 1 lentelė.

#### 1 lentelė

Šešių mėnesių globėjų mokymo grupės programa	
Užsiėmimų Nr.	Temos
Pirmas	Programos apžvalga, pagrindinės taisyklės ir įvadas
Antras	Psichozės apžvalga: etiologija, gydymas, vaistai ir pan.
Trečias	Iššūkiai globėjams – ką jie jums reiškia?
Ketvirtas	Bendros globėjų problemos ir kaip su jomis susitvarkyti
Penktas	Psichikos sveikatos sistema – kaip surasti išeitį
Šeštas	Globėjų įvertinimai ir praktinė pagalba jiems
Septintas	Bendravimo įgūdžiai šeimoje
Aštuntas	Alkoholio ir narkotikų įtaka
Devintas	Ankstyvieji išpėjamieji ženklai ir kaip juos atpažinti
Dešimtas	Bendradarbiavimas sveikimo link
Vienuoliktas	Netikėtumų planavimas ateityje
Dvyliktas	Rūpinimasis savimi ir užsiėmimų įvertinimas

## Įvertinimo procesas

Paslaugos bendruomenėje globėjams ir jų šeimoms yra nuolat peržiūrimos pagal šiuos kriterijus:

- Globėjų identifikavimas
- Išsamus globėjų įvertinimas ir jų švietimas
- Paslaugų pagal nustatytus poreikius teikimas

Remiantis šia integruotos priežiūros struktūra buvo sukurtas tokių paslaugų įgyvendinimo būdas, pavyzdžiui, identifikuotų globėjų ir gaunančių informacinius paketus skaičius bei procentas ir individualus standartinis mokymas.

Individuali šeimos intervencija ir globėjų apmokymo grupės turi savo papildomą ir objektyvią informaciją apie intervencijų poveikį globėjams pagal šį vertinimo mechanizmą:

- Suvokimas apie ligą pagal Barrowclough ir Tarrier (1995) knygą

„Žinios apie šizofreniją“.

- Žinios kaip valdyti ligą ir kaip įveikti sunkumus pagal Nolan ir kt. (1995) knygą „Globėjų vadybinių žinių įvertinimas“
- Patirties įvertinimas sutrikusios psichikos asmeniu pagal Szmukler ir kt. (1996) knygą „Globėjų patirtis“
- Subjektyvus grįžtamasis ryšys pagal dalinai struktūruotą anketą

Prieš pradėdant klinikinį ir pointervencinį darbą buvo surinkti svarbūs įrodymais pagrįsti duomenys. Visi duomenys buvo analizuojami pagal šeimų intervencijos paslaugų schemą. Po kiekvieno grupinio užsiėmimo globėjai visada pildydavo anketas, o visos programos pabaigoje jie užpildydavo įvertinimo anketą. Kokybinis globėjų įvertinimas visuomet buvo labai pozityvus ir informavo apie paslaugų plėtrą per pastaruosius du metus bei tolesnės paslaugų plėtros perspektyvą.

2-oje lentelėje yra pateikiamos ištraukos iš šių įvertinimo anketų.

2 lentelė

Ištraukos iš globėjų mokymo grupių anketų
<b>Bendri įvertinimai</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Gera, neformali parama, suprantanti, palaikanti grupė.“</li> <li>• „Struktūruoti užsiėmimai buvo naudingi, nes grupėje padėjo išvengti klagesio.“</li> <li>• „...visų pirma, jūs suteikėte viltį man ir kitiems pacientams bei jų globėjams.“</li> <li>• „Gera žinoti, kad yra suprantančių žmonių.“</li> </ul>

<b>Apie užsiėmimų turinį</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Programa labai išsami.“</li> <li>• „Svarstomus dalykus galėjau palyginti su savo patirtimi; buvo draugiška ir į globėjus orientuota atmosfera.“</li> <li>• „Naudinga daugiau sužinoti apie ligą bei išgyvenimo strategijas ir ko tikėtis ateityje.“</li> </ul>
<b>Pasiūlymai dėl paslaugų globėjams plėtos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sudarykite brolių ir seserų grupę.“</li> <li>• „Sudarykite terminų žodyną.“</li> <li>• „Įdarbinkite daugiau specialistų, kad mokymuose galėtų dalyvauti daugiau globėjų.“</li> </ul>

### Gydytojų rengimas darbui su šeimomis ar globėjais

Aprašytas Berkšyro paslaugų tinklas šeimoms ar globėjams yra platesnės programos dalis, kuri bus vystoma ir skatins psichosocialinės intervencijos įgūdžius psichikos sveikatos srityje bei juos gilins kasdieninėje klinikinėje praktikoje. Šis projektas panaudojo dalį naujo fondo lėšų ir pakeitė esamų paslaugų struktūrą. Tai buvo padaryta norint maksimaliai užtikrinti, kad gydytojai galėtų sėkmingai taikyti psichosocialinės intervencijos įgūdžius ir gautų atitinkamą superviziją bei administracijos palaikymą.

Šis šeimų ir globėjų paslaugų tinklas yra artimai susijęs su psichosocialinės intervencijos

psichozės atveju programa naudojama Thames Valley regione gydytojų perkvalifikavimui.

Programoje yra privaloma šeimų intervencijos dalis. Atskiras šeimų intervencijos modulis yra prieinamas visiems Berkšyro gydytojams, kadangi ne kiekvienas iš jų gali patekti į pilną psichosocialinės intervencijos mokymą. Šeimų intervencijos mokymai skiriami įgūdžių ugdymui. Per šešis mėnesius yra organizuojamos dešimties dienų paskaitos, kurių dalyviai savo išmokus įgūdžius turi pritaikyti šeimose akylai stebint klinikiniamis supervizoriams. Šeimos ir globėjai yra aktyviai įtraukiami į psichikos sveikatos specialistų apklausas ir apmokymus šiuose užsiėmimuose: „Klausantis ekspertų“ ir „Globėjų patirtis šeimos darbe.“

*Diane NORELL ir Dennis DYCK*

## 5. VAŠINGTONO PSICHIKOS SUTRIKIMŲ INSTITUTAS: TYRIMAI IR MOKYMAI

*Dr. Dennis Dyck - psichologas, Vašingtono valstybinio universiteto direktorius.*

*Diane Norell - Vašingtono psichikos sutrikimų tyrimų ir mokymų instituto mokslinė bendradarbė.*

Vašingtono psichikos sutrikimų tyrimų ir mokymų institutas, įkurtas 1989 metais prie Vašingtono valstijos universiteto, aktyviai bendradarbiauja su Vašingtono socialinės ir sveikatos apsaugos departamentu bei ligoninėmis (*Eastern bei Western State hospitals*). Instituto užduotis - atlikti kokybiškus tyrimus ir mokymus bei pagerinti psichikos sveikatos paslaugas valstijoje ir šalyje.

## Nacionalinio psichikos sveikatos instituto remiami tyrimai

1995 metais Vašingtono psichikos sutrikimų tyrimų ir mokymų institutas gavo Nacionalinio psichikos sveikatos instituto finansavimą, leidžiantį įvertinti grupinio šeimų gydymo pagal McFarlane modelį efektyvumą. Į grupinius šeimų užsiėmimus buvo pakviesti ir sergantys šizofrenija asmenys, esantys palyginti stabilios būklės, gyvenantys bendruomenėje bei gydomi ambulatoriškai. Pastebėjome, kad dėl to labai sumažėjo hospitalizacijų skaičius, bet nepadidėjo ambulatorinio gydymo paslaugų lyginant su standartiniu ambulatoriniu gydymu (*Dyck ir kt. 2002*). Po trijų metų tai pačiai sergančių šizofrenija asmenų grupei reikėjo žymiai mažiau ambulatorinio gydymo paslaugų nei tiems, kurie buvo standartinėje grupėje (*McDonnell ir kt. 2003*). Mes pastebėjome, kad grupiniai šeimų užsiėmimai mažindami neigiamus veiksnius tokius kaip hospitalizacija taip pat sumažina neigiamus šizofrenijos simptomus, kurie turi įtakos tų asmenų gyvenimui bendruomenėje (*Dyck ir kt. 2000*).

Grupinis šeimų modelis ne tik pagerina sergančių šizofrenija asmenų padėtį, bet ir sumažina psichologinį globėjų stresą (*Hazel ir kt. 2004*). Galiausiai nors grupinių šeimų užsiėmimų efektyvumo mechanizmas nebuvo galutinai ištirtas, svarbu pastebėti, kad daugelis gydytojų taiko šį modelį, kuris leidžia pasiekti gerų gydymo rezultatų ypač rimtų simptomų turintiems asmenims (*McDonnell ir kt. 2006*).

## Sėkmingi pavyzdžiai

Tyrimas atskleidė daug sėkmingų rezultatų vartotojams ir jų šeimoms. Pateikiami du pavyzdžiai:

### 1 PAVYZDYS

Pono ir ponios A. sūnus yra besigydantis nuo šizofrenijos ir priklausomybės psichikos sveikatos paslaugų sistemos klientas. Sūnus gyvena atskirai nuo šeimos, bet šeima jį palaiko finansiškai, emociškai ir padeda buityje: skalbti, planuoti maisto pirkimą ir panašiai. Tėvai skyrė sūnui daug laiko ir pinigų, o jis naikindavo daiktus, kai jį užklupdavo krizė ar jis pavartodavo narkotikus. Dėl tokio elgesio jis pakliūdavo į policiją arba į ligoninę. Sūnus

nevertino vaistų ir jų nenaudojo. Visa tai pasireiškė dideliu stresu šeimai ir privesdavo prie rimtų ginčų, įtampos ir konfliktų. Šeima du metus reguliariai lankė grupinius šeimų užsiėmimus. Tėvai praktiškai išmoko efektyviau valdyti situaciją namuose, nužymėti aiškias ribas ir suteikti sūnui pagalbą. Dėl to labai sumažėjo ginčai ir įtampa, sūnus ėmė mažiau vartoti narkotikus ir geriau naudoti vaistus. Neseniai jis įstojo į vietinį koledžą, tokiu būdu žengdamas didelį žingsnį link pasveikimo. Dabar jo tėvai skiria daugiau laiko ir pinigų savo poreikiams.

### 2 PAVYZDYS

Psichikos sveikatos paslaugų klientės motina Ponia B. labai jaudinosi dėl pastovių neigiamų savo dukters simptomų. Duktė serga šizoafektyviu sutrikimu. Ji miegodavo iki 14 valandų per parą, bet nepajėgdavo atlikti mažų kasdieninių užduočių. Ponia B. bijojo, kad duktė priklausys nuo jos visą gyvenimą ir tai labai ją slėgė. 28 metų duktė taip pat nerimavo, jausdamasi kalta ir būdama visiškai priklausoma nuo motinos. Motina ir duktė du metus lankė šeimos psichoedukacijos grupę, po kiek laiko duktė pamažu ėmė viskuo domėtis, sistemingai plėsdama savo veiklą. Ji pradėjo dalyvauti kasdieniniuose užsiėmimuose, po to kiekvieną savaitę ji pradėjo dirbti savanore, vėliau – nepilną darbo dieną, dar vėliau – pilnu etatu ir galiausiai pradėjo gyventi nepriklausomai. Ponia B., vis daugiau mokydama apie efektyvius šizofrenijos valdymo metodus, suprato laipsniško gydymo naudą ir atkakliai palaikė savo dukterį.

## Gydymas šeimų psichoedukacinėje grupėje

Dėka sėkmingų tyrimų rezultatų grupiniai šeimų užsiėmimai pagal McFarlane modelį buvo organizuojami dviejose Vašingtono valstijos Spokano miesto psichikos sveikatos tarnybose.

**1. Spokano šeimų tarnyba** yra privati, ne pelno siekianti psichikos sveikatos įstaiga, kuri teikia konsultavimo ir atvejo vadybos paslaugas suaugusiesiems ir vaikams turintiems psichikos sveikatos problemų. Vieni grupiniai šeimų užsiėmimai yra skirti šizofrenija sergantiems suaugusiems asmenims ir jų šeimoms. Tokia grupė dirbo 5 metus ir tapo esminiu klinikinio gydymo elementu. Grupė yra

atvira, vieni nariai gali pradėti užsiėmimus, kai kiti jau baigia kursą. Priklausomai nuo poreikių dauguma narių grupėje dalyvauja 2-4 metus. Yra siūlomos ir kitokio tipo terapijos: individuali, šeimos ar grupinės. Yra teikiamos atvejo vadybos paslaugos, kurios reikalingos klientų poreikiams patenkinti ir priežiūrai su kitais paslaugų teikėjais koordinuoti.

- 2. Spokano psichikos sveikatos centras** yra nepelno siekianti organizacija, dirbanti su vaikais, šeimomis, suaugusiais ir pagyvenusiais žmonėmis visame regione. Sergantiems šizofrenija ir šalutinėmis ligomis jie siūlo kompleksinį gydymą ir reabilitaciją. Yra siūlomos šios paslaugos: krizės valdymo; individuali, šeimos ir grupinė terapija; atvejo vadyba ir palaikymas; profesinė reabilitacija; psichiatrinės ir psichologinės paslaugos; kliento bei šeimos apmokymas. Spokano psichikos sveikatos centras bendradarbiavo su nacionaliniu psichikos sveikatos institutu. Šiuo metu centras siūlo šeimų psichoedukaciją ir palaikymo grupes sergantiems šizofrenija asmenims bei jų šeimų nariams. Grupė yra atvira, o nariai gali periodiškai įsijungti ar palikti grupę.

### Šeimų švietimo seminarai ligoninėje

(Eastern State)

Po to, kai dauguma šios ligoninės gydytojų buvo apmokyti pagal William McFarlane metodą, buvo nuspręsta pasiūlyti švietimo seminarus šeimoms, kurių nariai hospitalizuoti šioje valstijos ligoninėje. Greitai šie seminarai tapo labai populiari ir prieinami visiems, norintiems gauti daugiau informacijos apie didžiausius psichikos sutrikimus: šizofreniją, bipolinį sutrikimą ir depresiją.

Pagrindinis šių seminarų tikslas - informuoti ir palaikyti šeimą, tačiau užsiėmimų metu gali dalyvauti draugai, kiti pacientai, gydytojai iš visų rytinio Vašingtono įstaigų, bendruomenės nariai ir kt. Seminaro turinį sudaro informacija apie pagrindinius psichikos sutrikimus, apie šiuolaikinius gydymo būdus (*medikamentinį ir psichosocialinį*), apie dabartinius tyrimus ir apie įprastą reakciją į ligą bei nuorodos šeimai ir asmeniui jo sveikimo metu.

Gyvenančioms kaime ar nutolusioms nuo centrų šeimoms, neturinčioms galimybės lankyti vietinių šeimos palaikymo grupių, tai gali būti viena

iš galimybių gauti nemokamą apmokymą. Be to, šiame regione veikia stipri nevyriausybinė psichikos sveikatos organizacija.

### Programos stiprioji pusė

Klientai praneša, kad po dalyvavimo tyrimuose ar po suteiktų jiems bendruomeninių paslaugų hospitalizacijos atveju tarp jų nebeprisitaikė, jų neigiami ligos simptomai sumažėjo, juos pasidarė lengviau atpažinti. Klientams atsirado galimybė žengti dar vieną žingsnį link pasveikimo ir įgyvendinti dalį savo gyvenimo tikslų ir svajonių. Kokybiniuose interviu daugelis klientų išreiškė savo pasitenkinimą gyvenimu, nes jie pajuto stipresnę šeimos narių ir kitų grupės žmonių paramą bei jų pagarbą ir įvertinimą.

Šeimos nariai pranešė, kad patyrė mažesnę emocinę naštą, mažesnę stresą, išmoko naujų įgūdžių, geriau valdo ligą ir ėmė didžiuotis savo šeimos nario sėkme.

Gydytojai buvo labai patenkinti grupiniais šeimų užsiėmimais ir įgavo daugiau vilties, kad sergantieji šizofrenija gali pasikeisti bei pasveikti. Pasikeitė gydytojų požiūris į šeimas ir į asmenis, turinčius rimtų psichikos sutrikimų. Jie pripažino ir įvertino šeimų indėlį gydymo komandoje. Ilgalaikis patyrimas sistemingai dirbant su šeimomis stipriai pakeitė jų mąstymą ir požiūrį.

### Programos kliūtys

- *dėl šeimų įtraukimo*

Šeimų įtraukimo į sėkmingą psichoedukaciją pradžia - vienas iš didžiausių sunkumų.

Dėl įvairiausių priežasčių psichikos sveikatos sistemoje tai sunku atlikti.

Dalis šeimų pranešė, kad dėl patirto streso jos atsitraukė nuo savo sergančio giminaičio, kitos - kad specialistai patarė joms atsitraukti. Kitos šeimos nurodė, kad prieš daugelį metų tokia intervencija būtų joms padėjusi, bet dabar jie daugiau gali išverti, todėl gana gerai tvarkosi.

Daugelis klientų ieškodami geresnio gyvenimo čia atvyko iš kaimo vietovių ir dabar yra toli nuo savo šeimų, o tai trukdo jų šeimoms įsitraukti į psichoedukacijos užsiėmimus.

Vienas iš būdų į grupę įtraukiant neturintį šeimos klientą - pasiūlyti jam lankyti užsiėmimus su tokiu žmogumi, kuris jam atstoja šeimą. Tokioje situacijoje pastebėjome, kad kitos šeimos jį lyg „įsivaikina“. Klientai teigė, jog dėl natūralaus grupės palaikymo jie jaučiasi lyg turėtų šeimą.

Mes drašiname šeimas, kad jos vėl daugiau bendrautų su turinčiais psichikos sutrikimų artimaisiais, pasinaudotų grupine šeimų intervencija.

Po tam tikro laiko mes pastebėjome, kad šeimos susidomėjo tokia galimybe atstatant jų nutrūkusį bendravimą.

- **dėl specialistų požiūrio**

Pastebėjome specialistų nenorą dirbti su šeimomis. Remiantis Mičigano patirtimi atvejo vadybos specialistai grupinių šeimų užsiėmimų metu buvo nepasiruošę darbui su šeimomis ir iš pradžių jautėsi nejaukiai. Netgi tada, kai gydytojai vertina darbą su šeimomis, pastebėjome, kad atsiranda kiti barjerai: trūksta laiko, stinga motyvacijos darbuotojams, jiems siūlomas per mažas atlygis. Šiuo metu yra per daug nepatogumų, kurie verčia darbuotojus galvoti, kad įsijungimas į šią inovaciją yra našta.

Priedai darbuotojams už grupinės šeimų intervencijos taikymą turėtų būti aiškiai apibrėžti. Darbuotojams taip pat yra reikalinga ilgalaikė supervizija, kad jie jaustųsi stabiliau ir įgytų daugiau įgūdžių darbui su šeimomis.

- **dėl apmokymų ir supervizijos**

Grupinės šeimų intervencijos specialistams individualiai ar mažomis grupelėmis dar bent vienerius metus buvo skiriami mokymai ir supervizija, kad jie nenutoltų nuo pradinio darbo su šeimomis modelio.

Šie specialistai dirbo efektyviau ir lanksčiau, nes jie geriau suprato šių gydymo metodų svarbą ir sergančiųjų bei jų šeimų situaciją.

## Apmokymų galimybė

Vašingtono institute yra sukurtas mokomasis 15 besitęsiančių edukacinių programų kursas specialistams, siekiantiems žinių ir įgūdžių pagal McFarlane modelį. Darbo su šeimomis modelis yra

įgyvendinamas pagal šią struktūrą:

- Apmokymas, suteikiantis specialistams reikalingų žinių ir įgūdžių.
- Galimybė video peržiūrų ir diskusijų metu lavinti šiuos įgūdžius ir kompetenciją.
- Konsultacijos ir supervizija pagal minėtą modelį.

Institutas per paskutinius 5 metus Vašingtono valstijoje apmokė klinikinius darbuotojus iš daugelio psichikos sveikatos įstaigų. Vašingtono valstijoje šeimos psichoedukacija yra vienas iš gydymo metodų. Psichikos sveikatos įstaigos ir organizacijos yra skatinamos diegti šeimos psichoedukacines programas, bet šiuo metu šeimų apmokymai dar nėra privalomi.

## NUORODOS

Addington D., McKenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H. & Adair, C. 2005. Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatric services*.56, 1570-1582.

Barrowclough, C. & Tarrier, N. 1995. *Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention*. London: Chapman & Hall.

Clarke, S. 2004. *Acute Inpatient Health Care: Education, Training & Continuing Professional Development for All*. London: NIMHE/SCMH.

Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R.A., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. 2002. Service use among patients with schizophrenia in psycho-educational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*. 53 (6), 749-754.

Dyck, D. G., Short, R. A., Hendryx, M.S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., McDonell, M. G., Voss, W.D., & McFarlane W. R. 2000. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multi-family groups. *Psychiatric Services*. 51 (4), 513-519.

Fadden, G. 1997. Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: A major cause for concern. *Journal of Mental Health*. 6 (6), 599-612.

Falloon, I. R. H. 1984. *Family Management of Mental Illness: A Study of Clinical, Social, and Family Benefits*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Fjell, A., Thorsen, G. R. B., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K., Lyse, H. G., Melle, I., Simonsen, E., Smeby, N. A., Oxnevald, A. L., Ncfarlane, W. R.,

Vaglun, P. and McGlashan, T. 2007.

Innovations: Psychoeducation: Multifamily group treatment in a program for patients with first episode psychosis: experiences from the TIPS project. *Psychiatric Services*. 58, 171-173.

Hazel, N. A., McDonnell, M. G., Short, R. A. Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., & Dyck, D. G. 2004. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*. 55, 35-41.

Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia (IRIS)2005. *Early intervention Service for Psychosis Clinical Guidelines & Service Framework*.

Internet address URL <http://www.iris-initiative.org.uk/earlyinterventions.htm>

Kuipers, E., Leff, J., Lam, D. 2002. *Family Work for Schizophrenia (2<sup>nd</sup> edn)*. London: Gaskell Press.

Lieberman, R., Kopelowicz, A. 2005. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*. 56 (6), 735-742.

McDonnell, M.G., Rodgers, M. L., Short, R.A., Norell, D., Pinter, L. & Dyck, D. G. 2006. *The impact of multiple family group treatment integrity on schizophrenia and family caregiver outcomes*. Manuscript submitted for publication.

McDonnell, M. G., Short, R.A., Hazel, N.A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. 2003. *Multiple family group treatment of outpatients with schizophrenia: Impact on service utilization*. Manuscript submitted for publication.

McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S., Newmark, M., Dunne, R., Horen, B. & Toran, J. 1995. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia.

*Archives of General Psychiatry*. 52 (8), 679-687.

McFarlane, W.R. 2002. *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guilford Press.

Nolan, M., Keady, J. & Grant, G. 1995. CAMI: A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing*. 4 (14), 822-826.

Pearson, D., Burbach, F. R. & Stanbridge, R. I. ( in preparation) Meeting the needs of families living with psychosis – a proposal for integrated training.

Royal College of Psychiatry 2004. Carers and Confidentiality in Mental Health: *Issues involved in information sharing*. Partners in Care, RCP and Princess

Royal Trust for Carers. Sheperd G., Murray, A. & Muijen, M. 1994. *Relative values: The Differing views of Users, Family Carers and Professionals on Services for People with Schizophrenia in the Community*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Sin, J., Moone, N. & Wellman, N. 2003. Incorporating psycho-educational family and carers work into routine clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10, 730-734.

Sin, J., Moone, N. & Newell, J. 2007. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – evidence based practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 282-290.

Stanbridge, R. I. & Burbach, F. B. 2004. Enhancing working partnerships with carers and families in mainstream practice: a strategy and associated staff training programme. *The Mental Health Review*. 9 (4), 32-37.

Stanbridge, R. I. & Burbach, F. B. 2007. Developing family- inclusive mainstream mental health services. *Journal of Family Therapy*. 29, 21-43.

Szmukler, G. I., Burgess, P., Hermann, H., Benson, A., Colusa, S. & Bloch, S. 1996. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the experience of caregiving inventory. *Society for Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31, 137-148.

UNITED KINGDOM. Department of Health 1999. *The National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: Department of Health.

Versta iš

Froggatt D., Fadden G., Johnson D. L., Leggatt M., Shankar R. 2007.

FAMILIES AS PARTNERS IN MENTAL HEALTH CARE.

A guidebook for implementing family work. With Foreword by Norman Sartorius

ŠEIMOS, KAIP PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PARTNERIAI. Darbo su šeimomis vadovas.

Knygą išleido

WFSAD - World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders

Pasaulinė šizofrenijos ir susijusių sutrikimų draugija [www.world-schizophrenia.org](http://www.world-schizophrenia.org)

Vertė LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJOS savanoriai

# Poezija

Albina Ambrulaitienė

(Šilutė)

## Spalvos

Man patinka žibutė melsva  
Ir dangus toksai mėlynas, mėlynas  
Ir pavargusi jūros banga  
Taip tyliai į pakrantę atsėlinus

Man patinka žalieji miškai  
Ir rūta ta žalioji daržely  
Ir liūliuojantys klony javai  
Ir maža obelėlė prie kelio

Ta žalia tai gražiausia spalva  
Ji ramina ir širdį paguodžia  
Tad žaliuokit Tėvynės laukai  
Ir žydėkit alyvomis sodžiai

Keliai kekeliai  
Iš čia išeit kažin kodėl aš noriu  
Kodėl? Neklausk manęs  
Aš nežinau.  
Jaučiu tik tai  
Vilioja mane toliai  
Nors tolių tų  
Aš kartais ir bijau.

Išeisiu štai  
Sutiks laukai platieji  
Ir žiburėlis vakare sutiks  
O kelio svetimo smėlėti vingiai  
Ilgainiui brangūs artimi paliks.

Ir gal tave sutiksiu drauge mano  
Gal būt pamilsiu širdimi visa  
Priglaudus galvą prie tavęs neramią  
Užmiršiu, kas pasaulyje skriauda.

O gal, prie beržo vėl viena rymosiu  
Klausysiu toly tilstančių dainų  
Ir širdžiai ritmą įprastą pagreitinus kartosiu  
Tavo laimė nesvarbu

Pažint tave gyvenime aš noriu  
Teisingą be pagražintų spalvų.  
Toli vingiuos man gal keliai kekeliai  
Bet žinosiu kad neveltui gyvenu.



*Dailininko Jono Eskio (Akmenė) peizažas*

Egidijus Saldys*(Biržai)***Tėti**

Kas sūnui vėlei  
Ašarą nubrauks?  
Kai pasiilgęs tyliai:  
“Kur Tėtis?”- vėl paklaus.

Kas į mokyklą palydės?  
Kas jį paguos, kas jam padės?  
Kas jį užjaus, kas nuramins?  
Ar tėtis sūnų prisimins?

Ar kas galėtų būt gražiau  
Už tyrą vaiko meilę Tau,  
Už vaiko juoką, už šypsnius?  
Nors gal buvau nemandagus...

Nurieda ašara sūri...  
Tėveli mano, kur esi?  
Nors nebėra Tavęs namuos-  
Ilgiaus aš Tavo šilumos.

Tėveli mano, kur esi?  
Žinau, kad Tu manoj širdy.  
Ir kai man liūdna ir sunku-  
Mes esame abu kartu.

Tėveli mano Tu brangus.  
Ar nenubaus Tavęs dangus?-  
Mane Tu mažą palikai-  
Turbūt visai jau pamiršai.

Gal prisiminsi dar mane  
Kai pūgos siautės širdyje.  
Gal Tau bus liūdna ir sunku.  
Ar tik nebus jau per vėlu?...

Ramutė Janavičienė*(Šilutė)***Pradėk gyventi**

Ei! Taip tu ! gailesčio kupinu žvilgsniu!  
Neatsibodo būti savo paties kankiniu? Klystu?  
Kodėl dėkot ir džiaugtis tapo taip sunku?  
Kodėl daugiau kalbiesi su dievu?

Žiūrėk! Žiūrėk man į akis! Kodėl pažvelgti negali?  
Kažko bijai ar pratęs laikyt viską savo širdy?  
Bejėgiškumas kartas nuo karto užvaldo tave  
O tu lieki savo šaltam kalėjime. Ar ne?

Ieškai prasmės gyvenime, kam apsunkinti save?  
Sukurki pats ją ir gyvenki, kaip kine.

Kur visa tinkama vieta ir laikas tinkamas taip pat?  
Kur visad laukia laiminga visko pabaiga?

Gyvenk laisvai, nekurki stereotipų, išliki žmogumi,  
Užteks kalbėt apie vertybes ir jų pačiam nepaisyti  
Gyvenki šia sekunde, gyvenki tik dabartimi  
O ne iliuzija, kuri gal pasitvirtins ateity.

Nusišypsok, nėra juk viskas taip blogai  
Buvo ir bus kritimai, pakilimai. Taip?  
Daugiau drąsos, platesnės šypsenos, aistros  
gyvenimui. Žmogau!  
Gyvename tik vieną kartą,  
Pradėk gyventi, o ne stebuklą laukt.

**LIETUVOS  
SUTRIKUSIOS  
PSICHIKOS  
ŽMONIŲ  
GLOBOS  
BENDRIJA**

Kaštonų g. 4,  
LT-01107, Vilnius

Tel. (8-5) 262 89 36

Tel./faksas (8-5) 2121656

El.paštas:

[LSPZGB@takas.lt](mailto:LSPZGB@takas.lt)

[www.LSPZGB.lt](http://www.LSPZGB.lt)



EUROPEAN FEDERATION OF ASSOCIATIONS OF  
FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

*EUROPOS ŠEIMŲ, KURIŲ NARIAI SERGA  
PSICHIKOS LIGOMIS, ASOCIACIJŲ FEDERACIJA*

2005 m. LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ  
GLOBOS BENDRIJA  
tapo pilnateise EUFAMI nare.

EUFAMI būstinė :

Diestsevest 100  
B-3000 Leuven  
Belgium

Tel : +32 16 74 50 40

Fax : +32 16 74 50 49

El. paštas: [info@eufami.org](mailto:info@eufami.org)

[www.EUFAMI.ORG](http://www.EUFAMI.ORG)



Numerį rengė:  
Redakcinė kolegija

Tiražas 1 000 egz.

Spausdino ir maketavo:  
UAB Ignalinos spaustuvė.  
Laisvės g. 71, Ignalina.  
Tel. 8-386 52071

