



LSPŽGB

Informacinis leidinys

LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJA
www.LSPZGB.lt

2008 m. Nr. 3(11)

Numeris išleistas iš 2008 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 žmonių, 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

ŠEIMOS INTERVENCIJŲ

MODELIAI..... 2

ĮVEIKIANT SUNKUMUS

IR IŠŠŪKIUS 9

NEĮGALIŲJŲ KŪRYBA 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

www. LSPZGB.lt

Dale L. JOHNSON

ŠEIMOS INTERVENCIJŲ MODELIAI

Dale L. Johnson – socialinių mokslų daktaras, Pasaulinės šizofrenijos ir susijusių sutrikimų draugijos (WFSAD – World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders) prezidentas. D. Johnson yra atsistatydinęs nusipelnęs Hiustono (JAV) universiteto, kuriame aktyviai dirbo 41-erius metus, profesorius. Prieš tai jis dirbo tyrėju psichologu Hiustono veteranų medicinos centre, išsilavinimą įgijo Kanzaso universitete. D. Johnson taip pat buvo NAMI prezidentas. Jo sūnus, kuris 33 metus sirgo šizofrenija, mirė 2005m.

...šios intervencijos turėtų būti kiekvieno terapeuto naudojamų metodų rinkinio dalis, nepaisant disciplinos (Drake, 1985).

Kodėl šeimoms reikia specialios informacijos

Sunkiomis psichikos ligomis sergančių žmonių šeimos nariai gyvena pastoviam streso arba, kaip tai dažnai vadinama, neša didelę našta. Juos glumina keistas gerai pažįstamo žmogaus elgesys, juos baugina grasinimai ir priešiški veiksmai. Jie niekada prieš tai nepatyrė nieko panašaus, jokia kita buvusi patirtis neišmokė jų, ką daryti ir kaip reaguoti tokioje situacijoje. Šeimos nariai gali jaustis prislėgti, gali nerimauti, jiems gerai pažįstami bejėgiškumo, žemo savęs vertinimo ir nepasitikėjimo jausmai.

Sergančiųjų šeimos nariams reikia pagalbos. Dažnai ją gali suteikti kitų šeimų, kurios patiria panašius dalykus, nariai, tačiau reikalinga ir psichikos sveikatos priežiūros specialistų pagalba. Iš esmės, šeimoms reikia paaiškinti, kas sukelia psichikos ligas, ir kaip susidoroti su daugybe problemų, kurios kyla, gyvenant su šizofrenija sergančiu žmogumi.

Šiame straipsnyje kalbama apie informaciją bei pagalbą šeimai ir ką konkrečiai gali daryti psichikos sveikatos priežiūros specialistai.

Šeimų švietimas

Šeimų švietimas – tai toks intervencijos

būdas, kai psichikos sveikatos specialistas ar specialiai paruoštas šeimos narys sergančiojo artimiesiems suteikia informacijos apie psichikos ligas. Dažniausiai tai vyksta grupinių užsiėmimų metu.

Šeimų švietimas skiriasi nuo šeimų psichoedukacijos tuo, kad švietimas yra palyginus trumpesnė intervencija (dažniausiai trunka iki šešių mėnesių), be to, pats pacientas nedalyvauja. Dažniausiai aptariamose temose: pati psichikos liga (šizofrenija, bipolinis sutrikimas, depresija), ligos priežastys, psichikos ligų gydymas (vaistai, psichosocialinis gydymo būdas), asmeninis psichikos ligos išgyvenimas, įveikos įgūdžiai, problemų sprendimas.

Šeimų švietimo efektyvumas buvo analizuojamas 24 tyrimuose, kuriuose buvo lyginamas šeimų švietimo grupės su tokiomis, kuriose švietimas nebuvo organizuojamas. Devyniolika iš šių tyrimų patvirtintino teigiamą šeimų švietimo poveikį. Bendras šviečiamųjų užsiėmimų laikas svyravo nuo 3 iki 26 valandų.

Intervencijos rezultatai buvo matuojami skirtingai, tačiau dažniausiai buvo pastebėta, kad dalyviai:

- Daugiau sužinojo apie psichikos ligas;
- Jautėsi labiau pasitikintys savimi, išmanantys;
- Jautėsi mažiau prislėgti ir nusiminę.

Septyniuose tyrimuose buvo stengiamasi išsiaiškinti, kokią įtaką šeimų švietimas turi pacientų atkryčiui; vienas iš jų patvirtintino, kad atkryčio tikimybė sumažėja.

Kursai, kuriuos siūlo šeimų savitarpio pagalbos organizacijos

Įvairaus dydžio šeimų savitarpio pagalbos organizacijos dažnai pačios sukuria šeimų švietimo programas. Jų turinys pakankamai panašus į psichikos sveikatos specialistų paruoštas programas; pagrindinis skirtumas yra tas, kad užsiėmimus veda specialiai tam paruoštas organizacijos narys.

| Šeimų savitarpio pagalbos organizacijų organizuojamų kursų pavyzdžiai | | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|---|---|
| Šalis | Kursų pavadinimas | Užsiėmimų skaičius (trukmė) | Dažnumas | Lektoriai |
| Australija | Geri keliai | 8 (3 valandos) | 1 kartas per savaitę (po to pirmus metus susitinkama kas tris mėnesius) | Du specialiai paruošti šeimų nariai, moko kartu |
| Kanada | Bendras šeimų stiprinimas | 10 (2 valandos) | 1 kartas per savaitę | Du specialiai paruošti šeimų nariai, moko kartu |
| Europa | Perspektyva | 10 (2 valandos) | 1 kartas per savaitę | Specialiai paruošti šeimų nariai |
| Jungtinė Karalystė | Artimųjų švietimo ir mokymo programa | 11 (3 valandos) | 1 kartas per savaitę | Lankomosios priežiūros specialistai |
| JAV | Šeima šeimai | 12 (2 valandos) | 1 kartas per savaitę | Specialiai paruošti šeimų nariai |
| WFSAD | Pagrindas vilčiai | 8 (2,5 valandos) | Nepastovu – 3 dienų mokymai arba 1 kartas per savaitę | Du specialiai paruošti šeimų nariai arba vienas šeimos narys ir vienas specialistas |

Šeimų švietimo programų privalumai

- Veda savanoriai, todėl intervencija nėra brangi.
- Mokymų išlaidas dažniausiai kompensuoja vietinė psichikos sveikatos sistema.
- Programos labai gerai priimamos, atkrenta tik labai mažas dalyvių skaičius. Galbūt taip yra dėl to, kad išsipareigojama palyginus trumpam laikui, o taip pat ir todėl, kad užsiėmimuose pirmiausiai dalijamasi asmenine patirtimi. Buvimas kartu su kitais, kurie patyrė tą patį ir toliau atlieka sunkų globėjo vaidmenį, turbūt ir yra pagrindinė šių programų sėkmės priežastis.
- „Gerų kelių“ programą stebėjo išoriniai La Trobe universiteto (Melburnas, Australija) vertintojai.
- Programos įtaka dalyviams ir toliau stebima.
- „Šeima šeimai“ programa buvo sėkmingai įvertinta JAV. Remiantis rezultatais, dalyviai daug daugiau sužino apie psichikos ligas, sumažėja našta, stebimas mažesnis šeimų nerimas ir prislėgtumas (Dixon ir kt., 2004).
- Tikėtina, kad ir kitų programų rezultatai panašūs į tuos, kurie buvo patvirtinti tyrimais.
- Žmonių, turinčių psichiatrinių sutrikimų, artimieji mielai dalyvauja šiose programose.

4 ŠEIMOS INTERVENCIJŲ MODELIAI

Šeimų švietimo programų trūkumai

- Neįrodyta, kad šeimų švietimo programos sumažintų atkryčio tikimybę.
- Šių programų egzistavimas gali kliudyti darbo su šeimomis atsiradimui psichikos sveikatos priežiūros sistemose. Gali sustiprėti pasidalijimas tarp specialistų ir šeimos narių.
- Susitikimai organizuojami tuo metu, kada kai kurios šeimos negali dalyvauti. Tuomet praverčia organizacijų platinama informacinė medžiaga.

Šeimų psichoedukacija

Intervencijos, kurios tęsiasi ilgiau nei šešis mėnesius bei kuriose su šeima dalyvauja ir pats sergantysis, vadinamos šeimų psichoedukacija (ŠPE), biheivioristine šeimų terapija (BŠT) ir kitais panašiais pavadinimais. Intervencijas vykdo specialų paruošimą turintys profesionalai, dažniausiai – psichikos sveikatos priežiūros specialistai. Neretai tą daro slaugytojos.

Įvairūs tyrimų centrai ir institutai dažnai rekomenduoja būtent šeimų psichoedukacijos programas.

Šeimų psichoedukacijos modelių charakteristikos

Įvairius šeimų psichoedukacijos modelius aprašė Pilling ir kt. (2002). Visiems modeliams bendra tai, kad šeimos nariai į susitikimus susirenka kartu su pacientais, programa trunka ilgiau nei šešis mėnesius. Analizuojamos temos:

- Tinkamiausi vaistų vartojimo būdai.
- Streso valdymo strategijos.
- Informacija apie psichozinius sutrikimus.
- Simptomų įveikimo būdai.
- Socialinės pagalbos užtikrinimas.
- Krizės įveikimo strategijos.
- Socialinių įgūdžių lavinimas, stengiantis pasiekti asmeninių tikslų.
- Įveikos strategijos.
- Problemų sprendimo mokymas.

Tarptautiniai tyrimai

Atlikta daug tarptautinių ŠPE tyrimų – visose šalyse gaunami daugmaž vienodi rezultatai. Tyrimai buvo atlikti šiose šalyse: Australi-

joje, Kinijoje, Danijoje, Vokietijoje, Indijoje, Airijoje, Italijoje, Japonijoje, Olandijoje, Norvegijoje, Ispanijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose. Sutampantys tyrimų rezultatai leidžia daryti išvadą, kad ŠPE programos galima taikyti įvairiose šalyse, nuo to efektyvumas nenukentės. Žinoma, reikia jas reikia pritaikyti tam tikrai kalbai ir kultūriniam kontekstui.

Teigiami tyrimų rezultatai

Atlikta septyniolikos tyrimų apžvalga. Tiriamieji – sergantys šizofrenija asmenys. Buvo lyginama Biheivioristinė šeimų terapija (BŠT) ir įprastas gydymas. Iš šių 17-os tyrimų 16 patvirtino reikšmingus šių gydymo būdų skirtumus – psichoedukacinės programos sumažina atkryčio tikimybę. Lyginant skirtingas psichoedukacinės programos tarpusavyje, o taip pat analizuojant ŠPE taikymą bipolinį sutrikimą turintiems asmenims, vėlgi patvirtinta, kad atkryčio tikimybė mažėja (Falloon, 1998).

Teigiami rezultatai gali būti susiję su tuo, kad gydymas tęsiamas ilgą laiką, grupėse pacientai atlieka lygiaverčių dalyvių vaidmenį. Sergantieji ir jų artimieji turi galimybę tobulinti bendravimo įgūdžius, spręsti įvairiausias problemas. Užsiėmimų metu didelis dėmesys skiriamas ankstyvųjų ligos požymių pastebėjimui, skatinama nedelsiant pradėti gydymą – tai ir padeda išvengti atkryčio.

Rezultatas – atkryčio prevencija

Atkryčio prevencija – svarbus ir išmatuojamas ŠPE rezultatas, tiesiogiai susijęs su simptomų stiprėjimu, guldymu į ligoninę ir didesnėmis išlaidomis.

Šeimų psichoedukacijos programų privalumai:

- Pagerėja socialinis pacientų prisitaikymas.
- Sumažėja emocijų reiškimas (labai reiškiamos emocijos yra susijusios su didesne atkryčio tikimybe). Pavyzdžiui, sergantysis išsako mažiau kritiškų ar priešiškių komentarų.
- Šeima patiria mažiau streso; našta, susijusi su gyvenimu kartu su šizofrenija sergančiu žmogumi, palengvėja.

- Dalyviai būna labiau patenkinti psichikos sveikatos paslaugomis.
- Intervencijos gali vykti tiek poliklinikoje, tiek ir paciento namuose.
- Užsiėmimai gali vykti su viena arba keliomis šeimomis.
- Tam, kad galėtų dalyvauti užsiėmimuose su šeimos nariais, pacientas nebūtinai turi su jais gyventi.
- Dažnai ŠPE naudojama integruotai su kitais gydymo būdais.
- Skatinamas įgūdžių lavinimas. Ypač stiprinami bendravimo ir problemų sprendimo įgūdžiai.

Šeimų psichoedukacijos programų trūkumai:

ŠPE – ilgalaikis įsipareigojimas. Nemaža dalis žmonių atsisako dalyvauti todėl, kad negali suderinti užsiėmimų su darbu. Kadangi dalyvavimas yra svarbus, programos efektyvesnės tada, kai pacientas gyvena kartu su šeimos nariais arba netoli jų. Specialistai turi mokėti pritraukti žmones ir paskatinti juos prisijungti prie grupės veiklos.

Įvairūs šeimų psichoedukacijos tipai

Kaip jau minėta, šeimų psichoedukacija gali būti kelių tipų. Kiekvienas iš jų skiriasi nuo kito, tačiau yra ir nemažai panašumų. Pavyzdžiui, visuose ŠPE tipuose šeima yra šviečiama, akcentuojami bendravimo ir problemų sprendimo įgūdžiai, tikslo siekimas. Be to, kiekvienam ŠPE tipui yra išleisti specialūs vadovai. Atidžiai išstudijavę vadovą, darbuotojai gali pasiruošti dirbti pagal tą modelį, tačiau rekomenduojama specialistams lankyti dar ir papildomus mokymus.

Biheivioristinė šeimos terapija (BŠT)

Biheivioristinės šeimos terapijos vardu yra pavadinta intervencija, sukurta Falloon ir bendradarbių. BŠT – tai bene plačiausiai pasaulyje vartojamas šeimos psichoedukacijos tipas. Jis remiasi šeimos streso įveikos modeliu. Teigiama, kad atkryčiai yra susiję su padidėjusiu streso lygiu, o psichikos ligomis sergantys asmenys stresui yra labai neatsparūs. Įveikos įgūdžiai reikalingi streso valdymui.

Remiantis BŠT, Intervencija yra vykdoma konkrečios šeimos namuose, siekiant, kad vieno-

je situacijoje įgyti įgūdžiai būtų naudojami ir kitose situacijose. Dirbama su kiekviena šeima individualiai. Užsiėmimo trukmė – maždaug 90 minučių, užsiėmimų su šeima skaičius nėra ribotas (Mueser ir Glynn, 1999), su kai kuriomis šeimomis dirbama net penkerius metus.

Mokymų dalys:

- Susipažinimas su šeima ir jos įvertinimas.
- Šeimos švietimas, informacijos apie psichikos ligas suteikimas.
- Dalijimasis informacija, švietimas.
- Bendravimo įgūdžių ugdymas.
- Problemų sprendimo mokymas.
- Atskirų problemų sprendimas.

Išleisti du BŠT vadovai: Falloon, Boyd ir McGill (1984) bei Mueser ir Glynn (1999). Be to, yra atnaujinta Falloon ir kt. (1984) vadovo versija, kuri naudojama Meriden programoje (Falloon, Fadden ir kt., 2004).

Anderson, Reiss ir Hogarty programa

Kai pacientas yra krizėje ir, kaip būna dažniausiai, guli ligoninėje, personalas užmezga santykius su šeima. Šio laikotarpio metu vienas iš darbuotojų ima atstovauti šeimą. Tai klinikinė intervencija. Programos etapai:

- Programa paaiškinama šeimai, pasirašomas ne trumpesnis nei vienerių metų gydymo susitarimas.
- Visą dieną trunkanti „Išgyvenimo įgūdžių darbo grupė“. Sudaroma šeimų grupė, jai suteikiamos pagrindinės žinios apie psichikos ligas.
- Kai pacientas išrašomas iš ligoninės, darbuotojai susitinka su šeima kas dvi savaites. Jei iškyla svarbių klausimų ar problemų, šeimos gali skambinti darbuotojams. Tikslas – spręsti problemas, kai tik jos ima atsirasti. Antrąją intervencijos pusmetį pacientui skiriamos specialios užduotys, kurios po to būna apžvelgiamos, įvertinamos. Dažniausiai tai – buitines darbas. Akcentuojama būtinybė vartoti vaistus.
- Socialinė ir profesinė rehabilitacija, įsitraukimas į bendruomenę. Pavyzdžiui, skatinama pastoviai dalyvauti sveikatos klubo veikloje, lankytis kavinėje, mokyti.

6 ŠEIMOS INTERVENCIJŲ MODELIAI

- Paskutiniame intervencijos etape kontaktas su šeima mažėja. Darbuotojas jau nebesusitinka su šeima, tačiau dar atsako į skambučius. Esant rimtai situacijai, organizuojami specialūs susitikimai.

Šis ŠPE tipas aprašytas Anderson, Reiss ir Hogarty (1986) vadove.

Leff: Darbas su šeimomis

Šis modelis remiasi teorija, kad šizofrenija yra smegenų liga, dėl kurios žmogus tampa itin jautrus, ypač – socialinėse situacijose. Taigi pačią aplinką galima keisti taip, kad sumažėtų patiriamas stresas. Intervencijos vykdomos šeimos namuose, jas sudaro šios dalys:

- Švietimas (du užsiėmimai)
- Bendravimo gerinimas (keletą mėnesių užsiėmimai vyksta kas dvi savaites)
- Problemų sprendimas
- Išreikštų emocijų mažinimas
- Prisitaikymas prie mažesnių lūkesčių
- Įgūdžių lavinimas, pykčio valdymas

Šis ŠPE tipas aprašytas Kuipers, Leff ir Lam (1992) vadove.

Tarrier ir Barrowclough bihevioristinė šeimos intervencija

Intervencija prasideda, kai žmogus išrašomas iš ligoninės. Devynis mėnesius besitęsiančią intervenciją sudaro keturios pagrindinės dalys, vienas užsiėmimas trunka valandą:

- Švietimas (du užsiėmimai)
- Streso valdymas (trys užsiėmimai)
- Tikslų išsikėlimas, įveikos strategijos (septyni užsiėmimai)
- Streso prevencija

Pacientas dalyvauja visuose užsiėmimuose, išskyrus tuos, kuriuose kalbama apie streso valdymą.

Šis ŠPE tipas aprašytas Barrowclough ir Tarrier (1992) vadove.

McFarlane ir kelių šeimų psichoedukacinės grupės

Remdamasis Falloon Bihevioristine šeimos terapija, McFarlane sukūrė kelių šeimų psichoedukacinių grupių modelį, kuris sulaukė didelės sėkmės Jungtinėse Amerikos Valstijose, Skandinavijoje, Japonijoje, Ispanijoje, Australijoje ir

Kinijoje. McFarlane smulkiai aprašo šį modelį naujausioje savo knygoje (2002).

Dirbant pagal šį modelį, į grupinius susitikimus ateina kelios šeimos. Susiformuoja tarsi maža organizacija, kuriai vadovauja gydytojai profesionalai, dalyvauja ir sergantieji. Reguliariai susitinkama gydymo ir reabilitacijos laikotarpiu. Grupiniai susitikimai laikomi gydymo dalimi, kuri papildo antipsichozinių vaistų vartojimą; didžiąjai daliai pacientų tai vienintelis vaistus papildantis gydymo būdas. Kai kuriais atvejais šeimų psichoedukacinės grupės derinamos su profesine reabilitacija. McFarlane programa šeimoms suteikia:

- Bendravimą su daug išmanančiais ir atjaučiančiais specialistais
- Informaciją apie šizofreniją
- Gaires, kaip patiems tvarkytis su liga
- Praktiką, kaip tvarkytis su ligos sukeliama problemomis

Šios grupės sumažina patiriamą stigmą bei praplečia socialinį tinklą ir jo teikiamą paramą: šeimos mokosi vienos iš kitų, padeda vienos kitoms reabilitacijos ir sveikimo procese. Teorinis šio modelio pagrindas remiasi tuo, kad beveik visų psichikos ligų eiga yra geresnė, kai sergantis žmogus turi platų socialinių kontaktų ratą. Tą patvirtina ir per pastaruosius tris dešimtmečius atliekami šimtai tyrimų.

Daug diskutuojama dėl grupinės psichoedukacijos efektyvumo, lyginant su vienos šeimos psichoedukacija. Abi jos sumažina guldymų į ligoninę ir atkryčių skaičių, šeimos patiriamą stresą bei sustiprina paciento savo vertės jausmą (Dyck ir kt., 2000; Hazel ir kt., 2004). Apibendrinant, kelių šeimų grupės gali paskatinti žmogaus bendravimą su kitais; sumažinti stresą dėl ligos ir gydymo; suteikia atjaučiančią, palaikančią aplinką.

Apie grupinę šeimų psichoedukaciją galite paskaityti McFarlane (2002) paruoštame vadove.

Šeimos intervencijų apibendrinimas

Įvairūs šeimų intervencijos metodai skiriasi pagal savo rezultatus, išlaidas, trukmę ir dažnumą (Fadden, 1998). Nepaisant to, galima padaryti keletą bendrų išvadų:

1. Jei artimiesiems suteikiama daugiau in-

formacijos apie psichikos ligas, stebimos teigiamos švietimo pasekmės.

2. Kuo daugiau užsiėmimų, tuo geriau.
3. Jei norite, kad sumažėtų atkryčio tikimybė, į užsiėmimus įtraukite ir pačius sergančius.
4. Sergantieji rimtomis psichikos ligomis, būtinai turi vartoti vaistus.
5. Programos, kuriose dėmesys skiriamas individo poreikiams, yra geresnės.
6. Aiški, paprasta ir perdėtų emocijų nekelianti aplinka yra susijusi su mažesne atkryčio tikimybe.
7. Šeimos psichoedukacija ne visada yra geresnis variantas nei individuali terapija.

Kokio tipo pagalbą turėčiau siūlyti?

Psichikos sveikatos priežiūros specialistai turi suvokti, kad rezultatai priklauso nuo to, kokią pagalbą pasiūlys bei suteiks šeimoms. Akivaizdu, kad pagalbos pasirinkimas yra susijęs su finansinėmis galimybėmis ir paslaugų pasiūla.

- Psichoedukacija turėtų būti pasirinkta, jeigu be paramos sergančiojo artimiesiems keliami ir kiti tikslai – simptomų palengvinimas, atkryčio tikimybės sumažinimas. Reikia atsiminti, kad psichoedukacinės programos reikalauja didesnių išteklių.
- Šeimos švietimas tinka tada, kai ištekliai yra riboti, ir pirmenybė teikiama šeimos naštai sumažinti, padėti psichikos ligomis sergančių žmonių artimiesiems, stiprinti pastarųjų įveikos įgūdžius.
- Idealu, jei šeimai galėtumėte pasiūlyti keletą pagalbos variantų, kadangi įvairiais artimojo ligos etapais šeimos narių poreikiai gali skirtis. Be to, neretai išskyla individualūs skirtumai. Kai kurios šeimos nenorės dalyvauti grupiniuose užsiėmimuose. Kitos, priešingai, jausis stipresnės, kai žinos, jog yra ir kitų šeimų, esančių tokioje pat situacijoje.

Optimali gydymo programa

Psichikos sveikatos priežiūros ekspertai, vadovaujami Falloon (1999), detaliai išanalizavo efektyvių šizofrenijos gydymų programų rezultatus ir sudėjo vis tai į vieną integruotą progra-

mą, kurią pavadino Optimalia gydymo programa (OGP). Jos sudėtyje esančios kitos programos daug kartų buvo patvirtintos įvairiose šalyse. OGP – pirmasis toks bandymas apjungti keletą programų.

OGP buvo pradėta nuo įvairių psichikos ligų gydymo programų efektyvumo analizės. Buvo naudojamos šiais kriterijais:

- Aiškus ir išbaigtas programos apibūdinimas
- Aiškus ir išbaigtas programos dalyvių apibūdinimas
- Tiriamųjų skaičius pakankamai didelis, kad būtų galima apibendrinti rezultatus
- Naudojami tinkami, patikimi ir valdūs įvertinimo metodai
- Paruošti gydymo vadovai
- Terapeutai būna specialiai paruošti, stebima, ar jie laikosi gydymo programos
- Tinkamai analizuojami duomenys
- Tokius pat rezultatus gavo bent viena nepriklausomų tyrėjų komanda

Optimalią gydymo programą sudaro:

- Minimaliai, bet efektyviai vartojami vaistai
- Mokymai, kaip reikia juos vartoti
- Biheivioristinė šeimos terapija
- Intensyvus gydymas bendruomenėje, įgūdžių lavinimas
- Kognityvinė elgesio terapija
- Profesinis ugdymas

Pacientai dalyvauja tose programos dalyse, kurios, paciento ir šeimos nuomone, yra svarbios ir būtinos. Atkreipkite dėmesį, kad Biheivioristinė šeimos terapija yra OGP dalis, o šeimų švietimas – ne.

OGP, kuri yra paremta jautrumo stresui modeliu, šiuo metu tikrinama, vertinamas jos efektyvumas – įvairiose šalyse atliekamas labai didelis tyrimas. Maždaug šeši šimtai pacientų yra stebimi penkerius metus. Jau paskelbti dvejų metų duomenys tikrai reikšmingi: „Pusė dalyvių visiškai pasveiko kliniškai ir socialiai“ (Falloon ir kt., 2004, psl.107).

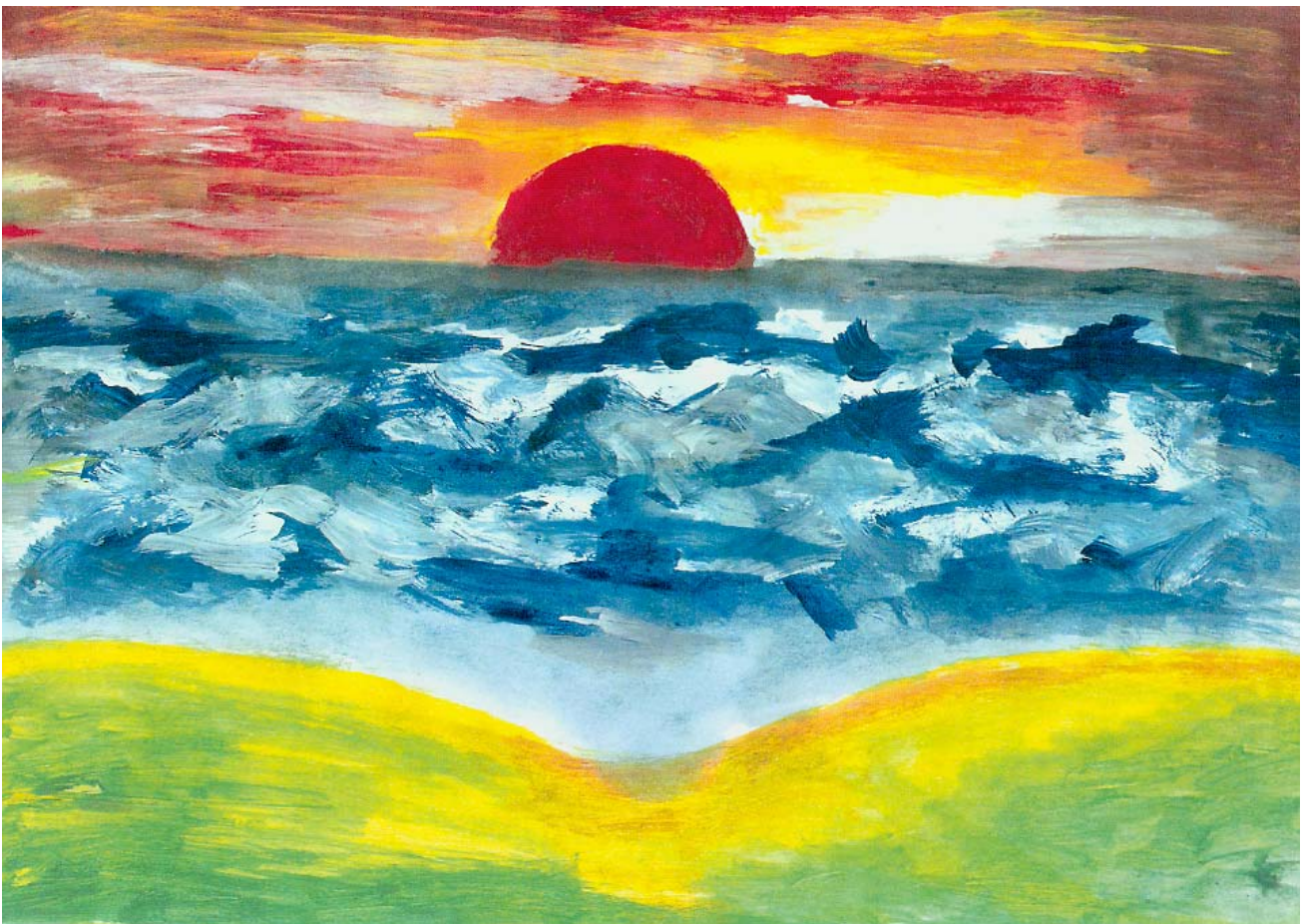
Tyrime dalyvauja šio 13 šalių: Andora, Australija, Kanada, Vokietija, Graikija, Vengrija, Italija, Japonija, Naujoji Zelandija, Norvegija, Švedija, Turkija ir JAV. Tai leidžia patvirtinti, kad programa tinka įvairiose kultū-

rose. Falloon (1999) aprašo, kaip ankščiau išvardintos dalys sujungiamos į vieną gydymo programą:

Projektas skatina gydymo komandą visą laiką (net ir krizės metu) stengtis padėti pacientams siekti savo tikslų. Kai kurie pacientai, net sustiprėjus simptomams, įstengė mokytis ir dirbti, išlaikė savo atliekamus vaidmenis buityje. Pacientai, šeimos nariai ir draugai, kurie buvo šviečiami apie ligą ir jos gydymą bei mokomi efektyvaus problemų sprendimo strategijų, krizės metu sergančiajam gali suteikti tikrai daug paramos. Neformalus krizės valdymas bei įvairių sričių specialistų konsultacijos dienos (o jei reikia – ir nakties) metu, padėjo daugeliui sunkiai sergančių pacientų išgyventi krizės epizodus be didelių nukrypimų nuo asmeninės reabilitacijos programų (psl. 616).

Apibendrinimas

Šeimos, kurios daugelį metų kovojo su šizofrenija ar kita sunkia psichikos liga, ir kurios atsimena tuos baisius pirmuosius ligos metus, dažniausiai sako, kad būtų labai norėję sudalyvauti kurioje nors iš šiame straipsnyje išvardintų programų. Jei būtų turėję galimybę, šeimos nariai būtų darę viską, kad gautų informaciją, mokymus, patarimus, konsultacijas ir švietimą. Vienos dienos užsiėmimas būtų buvęs labai vertingas. Tačiau dvejų ar trejų metų programos būtų buvusios neįkainojamos. Jau surinkta daug įrodymų, kad šeimos intervencijos yra efektyvios. Pagaliau atėjo laikas užtikrinti galimybes kiekvienai šeimai dalyvauti šiose programose. Žinoma, ne visos šeimos dalyvaus – joms turi būti siūlomos kitos alternatyvos, tačiau galimybės turi būti sukurtos visiems.



Margaret LEGGATT

ĮVEIKIANT SUNKUMUS IR IŠŠŪKIUS

Margaret Leggatt – socialinių mokslų daktarė, sociologė ir užimtumo terapeutė. 17 metų ji buvo Psichikos ligų draugijos (Mental Illness Fellowship) direktorė, Australijoje įkūrė SANE – psichikos sveikatos atstovavimo organizaciją. 1996–2000m. M.Leggatt buvo Pasaulinės šizofrenijos ir susijusių sutrikimų draugijos (WFSAD – World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders) prezidentė. Ji sukūrė daugelį šeimos informavimo, švietimo ir paramos programų; šiuo metu aktyviai dirba ruošiant sergančiais besirūpinančius artimuosius dirbti psichikos sveikatos srityje. M.Leggatt rašo straipsnius, knygų skyrius, ataskaitas, bukletus ir lankstinukus įvairiais psichikos sveikatos klausimais.

Tam, kad šeimos nariai galėtų tinkamai pasirūpinti savo artimuoju, itin svarbu užmegzti gerus santykius su psichikos sveikatos priežiūros specialistais. Tai susiję su greitesniu reagavimu krizinėje situacijoje, sėkmingu konsultavimu, pagrindinių poreikių užtikrinimu, socializacija, atstovavimu bei gilesniu mylimo žmogaus ligos supratimu (NAMI, 2006).

Tiems, kurie jau dirba šiuolaikinėse psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose organizacijose, gali būti keista, kad ne visos programos įtraukia visus suinteresuotus asmenis. Sveikatos priežiūroje skatinamas požiūris, kad svarbiausia – pacientas, tarsi nepastebi to, kad psichikos liga sergantis asmuo yra šeimos dalis ir jo šeima labai suinteresuota visų savo narių gerove.

Nors nemažai tyrimų patvirtina šeimų intervencijų naudą, jos vis dar nebuvo plačiai taikomos. Svarbu suprasti, kokios priežastys tą lėmė, bei žinoti, kokie sunkumai ir iššūkiai turi būti įveikti.

Sunkumų nustatymas

Šiame straipsnyje aptariami darbo su šeimomis sunkumai buvo išskirti naudojant žemiau aprašytus metodus. Jais remiantis galima įvertinti, kaip vyksta darbas su pacientų šeimomis konkrečioje vietovėje, kokias problemas išvelgia suinteresuoti asmenys.

1. Literatūros apžvalga

Literatūroje būna aptariamasi kliūtys, dėl kurių darbas su šeimomis nėra vykdomas. Jei toks darbas vyksta, literatūroje taip pat galima rasti informacijos, kaip įvairūs sunkumai buvo įveikti (Drake, 2001; Fadden, 1998; Brooker, 2001; Kavanagh, 1992, 1993; McFarlane, 2001; Burbach, 1998).

2. Kliūčių analizė

Kliūčių analizė leidžia atrasti pagrindinius asmenis ar grupes, kurie yra svarbūs tam, kad būtų galima sėkmingai keisti situaciją. Tokią analizę gali atlikti grupės, sudarytos iš specialistų, šeimos narių bei pačių sergančiųjų.

Pavyzdžiui, naudojantis Australijos Nacionalinio klinikinių tyrimų instituto (NISC) sukurta metodika, kliūčių analizė buvo atlikta kaip paraiškos dalis, norint gauti finansavimą šeimos intervencijoms. Buvo išskirti šie pagrindiniai individai bei grupės, lemiančios pokyčių sėkmę:

- Tos vietovės valdininkai
- Klinikines paslaugas teikiančių institucijų direktoriai
- Komandų lyderiai / programų vadovai
- Žymiausi gydytojai praktikai
- Gydytojai
- „Žinomi trukdytojai“

Svarbu įtraukti pastaruosius asmenis, kurie trukdo programų įgyvendinimui, arba sukurti strategiją, kaip atremti jų prieštaravimus, kadangi šie žmonės gali užkirsti kelią pokyčiams.

Fokus grupės, kuriose dalyvavo pagrindiniai gydytojai bei kitas personalas, buvo efektyvus metodas kliūtims nustatyti ir įveikti.

3. Darbo su šeimomis ekspertų konsultacijos

Šeimos intervencijų ekspertai, kurie turi didelės patirties vadovaujant ir vykdant įvairias programas, gali suteikti labai naudingų žinių. 2005 metais Melburne, Australijoje, vykusioje darbo grupėje plačiai pripažinta ekspertė Dr. Gráinne Fadden akcentavo šiuos darbo su šeimomis principus:

10 IVEIKIANT SUNKUMUS IR IŠŠŪKIUS

- Darbo su šeimomis įtraukimas į kasdienę ir įprastą klinikinę praktiką – tai procesas, reikalaujantis laiko ir ištvermės.
- Norint pradėti darbą su šeimomis, centrinis finansavimas yra reikalingas, tačiau jis nėra būtinas ilgalaikėje perspektyvoje.
- Intervencijos modelis turi būti palyginti paprastas. Jis turėtų būti į visų gydytojų darbo krūvio dalis.
- Nepaprastai svarbu, kad gydytojams būtų organizuojamos nenutrūkstamos supervizijos.
- Iš pradžių gydytojai labai minimaliai įsitrauks į intervencijos programas: jei vadovausis vienos šeimos modeliu, tai nuodugniai pagal jį dirbs tik su viena ar dviem šeimomis; jei vadovausis kelių šeimų modeliu, tai dirbs tik su viena grupe.

Toliau šiame straipsnyje aprašomi sunkumai ir iššūkiai buvo atrinkti pagal šiuos tris nustatymo metodus.

Kokie yra sunkumai ir iššūkiai?

Grol ir Wensing (2004) siūlo sveikatos priežiūros srityse išskylančius su pokyčiais susijusius sunkumus analizuoti šešiuose lygiuose:

1. Pati naujovė
2. Pacientas (ir jo šeima)
3. Specialistai
4. Organizacinis kontekstas
5. Socialinis kontekstas
6. Ekonominis ir politinis kontekstas

1. Naujovė – įrodymais pagrįstos šeimos intervencijos

- Apžvalgų, įvertinimų ir tyrimų rezultatų dėka šeimos intervencijos yra pagrįstos įrodymais ir daug labiau žinomos. Nepaisant to, vis dar reikia pastoviai akcentuoti šių intervencijų naudą.
- Tyrimai neretai kritikuojami. Pavyzdžiui, buvo neįmanoma praktiškai pritaikyti kai kurių tyrimais pagrįstų intervencijų. Juk žinome, kad tyrimai dažniausiai nepaaiškina, kaip intervencija turėtų būti taikoma praktikoje (Jones ir kt., 2002).
- Šeimos intervencijos išsivystė į skirtingus modelius, todėl kyla sumaištis dėl vartojamų terminų ir to, pagal koki

intervencijos modelį turėtų būti dirbama.

- Nors dauguma tyrimų rezultatų ir yra teigiami, psichosocialinėje srityje jais dažniausiai pakankamai mažai remiamasi. Taip yra todėl, kad šių tyrimų rezultatai išėina už įprasto psichiatrinio gydymo ribų. Tiek tyrimus atlieka, tiek ir po to jais vadovaujasi dažniausiai ne psichiatrai, o kiti specialistai.

2. Pacientas ir jo šeima

Pacientas

- Psichikos ligos simptomai, paciento noras, kad bendravimas tarp jo ir gydytojo liktų konfidencialus, požiūris, kad turi būti nepriklausomas, gali atitolinti žmogų nuo jo šeimos.
- Jei pacientas pradeda gydymą manydamas, kad jis ar ji – vienintelis paslaugų gavėjas, kad šeima neturi būti įtraukta, lieka daug mažiau galimybių, kad šeima į gydymo procesą įsitrauks vėliau.
- Kai kurie pacientai prieštarauja, kad į jų gydymo procesą būtų įtraukti ir šeimos nariai; kai kurie pacientai dėl įvairiausių priežasčių atsisakys bet kokio gydymo.

Šeima

- Kai kurios šeimos neturės nei praktinių, nei emocinių išteklių aktyviai įsitraukti ir dalyvauti artimo žmogaus gydymo procese.
- Kai kurie šeimos nariai nesuvoks, kad intervencijos – irgi gydymas. Jie abejos dėl šioms intervencijoms skiriamo laiko ir pastangų.
- Dažnai, ypač pačioje pradžioje, psichikos liga nėra pripažįstama. Šeimos nariai gali turėti įvairiausių „teorijų“ apie tai, kas atsitiko – kas tai yra, kas tą sukėlė ir kaip tą reikėtų gydyti. Šie skirtumai gali išardyti šeimas, todėl gydymas dar labiau pasunkėja.
- Dėl ankstesnės neigiamos patirties su psichikos sveikatos specialistais ir pačiomis paslaugomis žmonės yra linkę būti atsargūs. Manoma, kad jei gydytojai prieš tai nepadėjo, tai neverta tikėti, kad kažkokie kiti gydymo būdai gali būti veiksmingi.
- Pati psichikos sveikatos sistema iš šeimų atima visas galias. Ankstyvosiose ligos stadijose žmonės nežino, nei kaip paprašyti

pagalbos, nei kokios pagalbos jiems reikia. Kai šeimos nariai nebūna įtraukti į gydymą ir pagalbą sergančiajam, jie jaučiasi bejėgiai, nežino, koks jų vaidmuo šioje situacijoje.

3. Specialistai

Dėmesys individualiam pacientui

- Specialistai buvo mokyti teikti individualią pagalbą (Furlong, 2001), todėl jie dažnai net nežino, kaip reikėtų dirbti su šeimomis.
- Gali būti dangstomasi pacientų konfidencialumu, nes nenorima dirbti su šeimomis dėl laiko ar kitų priežasčių. Kartais specialistai mano, kad pacientai ims jais nebepasitikėti, jei tik į gydymo procesą bus įtraukta ir šeima.

Pasenę modeliai ir įsitikinimai

- Kai kurie specialistai „patologizuoja“ šeimas, pavyzdžiui, dažnai gali išgirsti, kaip gydytojas apibūdina paciento šeimą kaip „disfunkcinę“. O juk galėtų sakyti, kad šeima patiria rimtų problemų ar sunkumų.
- Pirmenybė teikiama biologiniam gydymui. Tokie metodai, kurie siekia pagerinti sergančiojo gyvenimą, dažniausiai būna palikti nuošalyje.
- Sunki psichikos liga gali būti laikoma ilgalaikė, žalojančia pacientą. O toks požiūris, toli gražu, nepadedą keisti ligos eigos.

Profesinės ribos

- Į darbą su šeimomis žvelgiama kaip į ypatingą užsiėmimą, kuris nėra jų kasdienės praktikos dalis.
- Kai kurios profesijos darbą su šeimomis priskiria savo sričiai ir nenori šiuo darbu, kompetencijomis ir įtaka dalintis su kitais specialistais.

Įgūdžiai

- Specialistai gali jausti, kad per sunku susitvarkyti su įvairiausiomis traumos sukeltomis emocijomis, kurias išgyvena šeimos nariai.
- Specialistai neturi tinkamo pasiruošimo, kad galėtų struktūruoti bendras šeimos konsultacijas, vesti grupes; jiems sunku išlaikyti laiko ribas, prižiūrėti diskusiją ir kontroliuoti situaciją, kad šeimos konsultacija neperaugtų į didžiulį konfliktą ar šeimos barnį.

4. Organizacinis kontekstas

Darbo prioritetai

- Darbas su šeimomis suprantamas kaip papildoma veikla. Tai nėra darbo esmė ar pagrindinis uždavinys, už kurį specialistai atsakingi.
- Psichikos sveikatos priežiūroje dažni stresiniai, kriziniai epizodai, kuriuos įveikti yra svarbiau, nei dirbti su pacientų šeimomis. Tada ši veikla lieka nuošalyje.
- Darbo krūviai yra per dideli; nėra pakankamai laiko pacientams, o ką jau bekalbėti apie jų šeimas.

Esama paslaugų struktūra

- Paramos ir pritarimo trūkumas, ypač iš vidurinės grandies vadovų.
- Specialistų parengimas ir programų kūrimas reikalauja itin daug laiko pačioje darbo su šeimomis pradžioje. Tačiau nėra net diskutuojama apie tai, kad už šį darbą mokėtų papildomai ar kad tuo metu nereikėtų atlikti įprastų pareigų. Sunku išleisti didžiąją dalį personalo į mokymus. Be to, darbas su šeimomis reikalauja pakankamai lankstaus grafiko, o tai dažniausiai nėra priimtina specialistams. Neretai visa šeima į susitikimą gali ateiti tuo metu, kai gydytojai ir kiti specialistai jau nebedirba, pavyzdžiui, vakarais, savaitgaliais.
- Nėra aiškios tvarkos, pagal kurią būtų organizuojamas darbas su šeimomis.
- Nesiseka užtikrinti ir pastoviai rengti supervizijų specialistams, baigusiems darbo su šeimomis mokymus.

5. Socialinis kontekstas

Stigma

- Dėl išgyvenamos stigmos, sergantieji ir jų šeimos nariai atvirai nekalba apie savo poreikius.
- Problemų vengimas ir atidėliojimas lemia tai, kad neretai psichiatrinė pagalba jau būna pavėluota. O tai dar labiau padidina našta šeimos nariams ir sustiprina sergančiojo kančią, jo atsiribojimą nuo šeimos ir normalaus socialinio gyvenimo.

Mitai ir legendos

- Mituose amžinai išlieka klaidinga informa-

cija apie psichikos ligomis sergančius asmenis. „Visi šizofrenija sergantys žmonės yra pavojingi smurtautojai“ – mitas, kurį labai sunku išnaikinti, ypač, kai istorijos apie negydomą psichikos liga sergantį žudiką plačiai aprašomos žiniasklaidoje. Įsitikinimai, kad psichikos ligas sukelia velnias, piktosios dvasios ar Dievas, lemia tai, kad žmonės ima ieškoti nemedicininės pagalbos, kuri, žinoma, pasirodo esanti neefektyvi. Mitai ir legendos, taip pat kaip ir stigma, pavėlina reikiamą pagalbą, dėl ko dar labiau išauga ekonominės ir socialinės išlaidos.

Kultūriniai skirtumai

- Psichikos sveikatos paslaugų teikėjai turi atsižvelgti ir į kultūrinius skirtumus, skirtingas socialines normas bei tradicijas.

Šeimos ir sergančiojo nesutarimai

- Sergančiojo ir jo šeimos narių nesutarimai dėl svarbiausių aspektų gali lemti bendradarbiavimo ir gydymo nuoseklumo sunkumus. Dėl to sustiprėja abejonės dėl šeimos įtraukimo į gydymo procesą.
- Nesutarimai tarp sergančiojo ir jo artimųjų dažniausiai kyla tada, kai jis buvo gydomas individualiai, o su šeimos nariais bendraujama nebuvo. Kai taip atsitinka, specialistai nemato jokios prasmės įtraukti ir kitus šeimos narius, net jei tai vėl suartintų ir suvienytų šeimą. Šeimai ėmus artimiau bendrauti, sumažėtų izoliacijos ir benamystės rizika.

6. Ekonominis ir politinis kontekstas

Darbas su šeimomis nelaikomas ekonominiu prioritetu

- Ilgalaiškės vizijos nebuvimas, planuojant paslaugas, nulėmė tai, kad dabar labiausiai akcentuojamas trumpalaikis sunkiausių psichikos ligos epizodų gydymas. Taip atsitiko dėl įvairiausių priežasčių: paskiriami simptomus mažinantys vaistai, intensyviuose psichiatrinė ligoninių skyriuose gydoma kiek įmanoma greičiau, tikima, kad reabilitacija automatiškai įvyks gyvenant bendruomenėje. Nors ir atrodo, kad trumpesnis laikas gydymo įstaigoje yra teigiamas dalykas, nes žmogus mažiau stigmatizuojamas, iš tiesų šis trumpesnis laikas yra susijęs su ribotomis

psichikos sveikatos priežiūros lėšomis, o ne su nauda pacientui ir jo šeimai.

- Tikslų, biudžeto, susijungimų, pertvarkymų, naujų paslaugų kūrimo ir vystymo akcentavimas reiškia, kad esminiai gydymo prioritetai negauna tinkamo dėmesio (Fadden, 2006, p.31). Negalėjimas vykdyti šeimos intervencijų – geras to pavyzdys.
- Ribotos valstybinės lėšos, skiriamos psichikos sveikatai, nulėmia tai, kad intervencijų vykdoma nepakankamai ir kad nepasiekiami tokie rezultatai, kurie gauti tyrimų metu. Tada nepavyksta tinkamai įgyvendinti programos – ji įvardijama kaip nepavykusi, neefektyvi ir daugiau nebebūna vykdoma.
- Itin akcentuojamos psichikos ligomis sergančių asmenų teisės. Tai išties labai svarbu. Tačiau teisinis jų įtvirtinimas, priėmimas ir kiti „nerizikingi“ veiksmai suryja labai daug psichikos sveikatos priežiūros lėšų. Tarp kitko, šeimos narių turimos teisės sulaukia ypatingai mažai dėmesio daugelyje šalių. Jei ir sulaukia, šis dėmesys būna labai nereguliarus.

Politinės jėgos nebuvimas

- Dėl stigos, kuri vyrauja visuomenėje, trūksta ir stiprios politinės jėgos, kuri remtų psichikos sveikatos sritį. Būtent todėl psichikos sveikata vis dar vadinama sveikatos priežiūros sistemos „pelene“.

Sunkumų ir iššūkių įveikimas

Visi aukščiau išvardinti sunkumai yra realūs ir dažnai akcentuojami. Tačiau įmanoma juos įveikti.

- **Pati naujovė – šeimos intervencijos.** Apie pozityvius šeimos intervencijos rezultatus žinoma jau tris dešimtmečius, teigiamas pasekmes bent 15-oje pasaulio šalių jaučia tūkstančiai žmonių. Įrodyta, kad šeimos intervencijos yra veiksmingos daugelyje klinikinių situacijų, jos efektyviai dera su medikamentiniu psichikos ligų gydymu.
- **Pacientas ir šeima.** Šeimos intervencijos

skatina artimą ryšį tarp sergančiojo ir jo artimųjų; jos gali būti naudojamos bet kuriame psichikos ligos gydymo etape. Tiesa, kai kurie pacientai prieštarauja šioms intervencijoms, tačiau daugelis džiaugiasi tokiu metodu. Taip pat ir kai kurios šeimos jų atsisako, bet, kaip rodo tyrimų rezultatai, dauguma mielai įsitraukia.

- **Specialistai.** Nors specialistai yra paruošti su psichikos ligomis sergančiais žmonėmis individualiai dirbti, ši nuostata gali keistis, kai pademonstruojami nauji darbo su šeimomis metodai ir įrodomas jų efektyvumas. Dirbant su šeimomis, konfidencialumo klausimai nėra problema. Pasenę įsitikinimai ir modeliai gali būti keičiami, kai specialistai ima žiūrėti į sergantį kaip į asmenį, kuris turi galimybių pasveikti. Visgi ne visi specialistai pritaro darbo su šeimomis metodui. Iš pradžių tai bus patrauklu ir priimtina tik nedidelei daliai profesionalų, tačiau ir tai – jau didelis pasiekimas.
- **Organizacinis kontekstas.** Turbūt nėra keista, kad dabartinės psichikos sveikatos priežiūros organizacinis kontekstas yra didžiausia problema. Pagrindinė varomoji jėga, įveikiant organizacines problemas, – tai gydytojai, kurie rodo teigiamą darbo su šeimomis pavyzdį, ypač tada, kai jie užima vadovaujančias pozicijas. Šeimos intervencijų įgyvendinimas yra daug lengvesnis su jų parama ir vadovavimu.
- **Socialinis kontekstas.** Kai šeimos intervencijos vykdomos sėkmingai, socialiniai sunkumai po truputį ima nykti. Niekas taip nenaikina stigmų, kaip simptomų mažėjimas, o tai – vienas iš šeimos intervencijos rezultatų. Tyrimais įrodyta, kad šeimos intervencijos veiksmingos daugelyje šalių, nepriklausomai nuo kultūros. Pasirodo, kad konfliktai ir nesutarimai tarp sergančiųjų ir jų šeimos narių buvo perdėti (dažna to priežastis – individualus gydytojų darbas su pacientu). Dauguma psichikos ligomis sergančių žmonių džiaugiasi, kai šeimos padeda ir imama sveikti. Šeimų grupėse vyrauja tarpusavio supratimas, empatija ir kiti jausmai, kurie neturi nieko bendro su gailėsčiu, kritika ar priešišku. Žmonės

nori padėti išspręsti vieni kitų problemas. Turbūt dėl šios priežasties gydytojai, kurie patys turi sergančių artimųjų, yra gerbiami tiek šeimų, tiek ir kitų specialistų.

- **Ekonominis ir politinis kontekstas.** Ekonominių sunkumų turi visi psichiatrinę pagalbą teikiantys centrai, tačiau ten, kur vykdomas darbas su šeimomis, dažniausiai atrandami būdai šiuos sunkumus įveikti. Politikų pasitikėjimas pelnomas tada, kai įrodoma, jog išlaidos šeimos intervencijoms atsiperka. Vien jau retesni atkryčiai patvirtina šeimos intervencijų efektyvumą.

Šeimos intervencijos klinikinėje praktikoje

Kaip matome, įmanoma įveikti sunkumus ir pradėti darbą su šeimomis. Tačiau, kaip teigia Grol ir Wensing, tam, kad šeimos intervencijos būtų pradėtos taikyti klinikinėje praktikoje, visus pokyčius reikia detaliai suplanuoti.

Kadangi organizacinis kontekstas yra vienas svarbiausių, norint pradėti šį darbą, plačiau aptarsime būtent šį aspektą.

Darbo su šeimomis įgyvendinimo grupės sukūrimas

Pirmasis ir svarbiausias žingsnis, padėsiantis užtikrinti sėkmingą šeimos intervencijų taikymą, yra darbo su šeimomis įgyvendinimo grupės sukūrimas. Tokia grupė reguliariai susirenka apsvarstyti svarbiausius klausimus pagal iš anksto suplanuotą susitikimo programą. Rašomi grupės susitikimo protokolai, numatomas tolesnių veiksmų planas. Nuo pat pradžių šioje darbo grupėje turi būti aukščiausių vadovų ar jų atstovų – žmonių, kurie turi galią priimti sprendimus.

Šie asmenys yra atsakingi už psichikos sveikatos srityje dirbančių asmenų pakvietimą į grupę: tai turi būti tiek šeimos intervencijos idėją palaikantys, tiek abejojantys ir jai prieštaraujantys asmenys. Į grupę taip pat turi būti įtraukti ir šeimos narių, kurie rūpinasi psichikos liga sergančiais, atstovai bei patys pacientai, kurie supranta ir palaiko šeimos intervencijų naujovę.

Kaip minėta, visi susirinkimai būna suplanuoti iš anksto, jie protokoluojami ir numatomi tolesnių veiksmų planai.

Mueser ir Fox (2000) siūlo, kad kiekvienas psichikos sveikatos centras turėtų paskirti asmenį, kuris būtų šeimoms teikiamų paslaugų vadovu. Šis vadovas turėtų:

- Ruošti gydytojus ir kitus specialistus darbui su šeimomis.
- Vadovauti ir prižiūrėti darbą su šeimomis.
- Prižiūrėti šeimoms teikiamas paslaugas.
- Kurti, vykdyti ir prižiūrėti specialias programas.
- Dirbti su šeimomis atstovaujančiomis organizacijomis ir/ar šeimų savitarpio pagalbos grupėmis kiekvienoje vietovėje.
- Nuolat dalyvauti mokymuose.

Trys pagrindinės užduotys

Igyvendinimo grupė turi įvykdyti tris pagrindines užduotis:

1. Bendros darbo su šeimomis vizijos sukūrimas

Tai pirmoji įgyvendinimo grupės užduotis. Juk, kaip minėta, bendra vizija, kuriai pritaria vadovaujančias pareigas užimantys asmenys, yra labai svarbus veiksnys, skatinant naujoves psichikos sveikatos srityje.

Pirmasis vizijos kūrimo žingsnis – tai visų grupės narių vienodas supratimas ir susitarimas, kas yra darbo su šeimomis klinikinėje praktikoje pagrindas. Šis supratimas ir susitarimas yra esminis, bendras visiems suinteresuotiems asmenims, nes po to kils mažiau prieštaravimų grupės viduje.

Darbo su šeimomis pagrindas

- Per pastaruosius 27 metus vykdyti didelės imties tyrimai įrodė šeimos narių dalyvavimo, gydant ir rūpinantis sergančiais psichikos ligomis, efektyvumą.
- Tyrimų rezultatai bei nevyriausybinų organizacijų, atstovaujančių psichikos ligomis sergančiųjų asmenų artimuosius, kūrimasis lėmė tai, kad daugelyje šalių priimti įstatymai ir gairės, įtraukiančios pacientų artimuosius į gydymo ir rūpinimosi procesą.
- Kadangi sergantieji jau nebeguldomi į

psichiatrines ligonines taip dažnai ir tokiam ilgam laikui, kaip anksčiau, rūpinimosi jais našta užgulė šeimos narius. Neprotinga ir toliau ignoruoti gyvybiškai svarbų šeimų vaidmenį.

- Nepateisinama ir toliau leisti šeimos nariams nešti šią rūpinimosi pacientais našta, nesuteikiant jiems jokios informacijos, neapmokant jų ir neteikiant jokios pagalbos, kuri būtina geresnei pacientų ir pačių artimųjų savijautai.
- Vis dažniau patvirtinama, kad tie specialistai, kurie dirba su pacientų šeimomis, jaučia didesnę pasitenkinimą savo darbu, yra linkę mažiau „perdegti“.

2. Modelio pasirinkimas ir įgyvendinimo strategijos sukūrimas

Po to, kai priimama bendra vizija, įgyvendinimo grupei iškyla kita užduotis – nuspręsti, pagal kokį darbo su šeimomis modelį bus dirbama. Tai gali būti daroma konsultuojantis su ekspertais ir patiems analizuojant įvairius modelius. Kai tinkamiausias darbo su šeimomis modelis pasirenkamas, grupė turi sukurti strategiją ir veiksmų planą, kaip šis modelis bus pradėtas įgyvendinti.

Ko reikia?

Tam, kad modelio įgyvendinimo planas būtų sėkmingas, svarbūs šie aspektai:

- a) Specialistų paruošimas darbui su šeimomis;
- b) Organizaciniai pokyčiai;
- c) Resursai;
- d) Proceso nuoseklumas, užtikrinantis tęstinumą.

a) Specialistų paruošimas darbui su šeimomis

Igyvendinimo grupė turi suplanuoti, kaip vyks darbo su šeimomis pagal tam tikrą modelį paruošimas, mokymai. Reikia atsižvelgti į šiuos veiksnius:

- Mokymų programa turi būti sudaryta iš šių sėkmingo mokymo elementų (pagal Joyce ir Showers, 2002): informacijos pristatymo, demonstracijos ir galimybių praktiškai išbandyti įgūdžius. Dažniausiai mokymai būna efektyvesni ma-

žose grupelėse, kai mažas lektorių ir dalyvių santykis, pavyzdžiui, Meriden programoje (Jungtinė Karalystė) mokymų grupelę sudaro vienas lektorius ir penki dalyviai.

- Nuo pat pradžių mokymuose dalyvaujantis personalas turi suvokti, kad šiuos įgūdžius reikės iškart taikyti praktikoje, tačiau jie bus reguliariai prižiūrimi, konsultuojami net ir mokymams pasibaigus.
- Reikia nuspręsti, kaip vyks mokymai: ar tai bus vienas didelis mokymų blokas (keletą dienų iš eilės), ar atskiri susitikimai kas kažkiek laiko (pavyzdžiui, vieną dieną per savaitę). Mokymų bloko privatumai yra šie: ilgą laiką skiriant vien mokymams, labiau įsisavinami įgūdžiai; specialistai nėra blaškomi savo įprastu darbu; sustiprėja bendrumo ir vieno tikslo siekimo jausmas. Kelių dalių mokymai, išdėstyti tam tikrais laiko intervalais, yra daug lengviau organizuojami, nes specialistai lengviau išleidžiami iš darbo, surandant laikinai juos pavaiduojančius asmenis.
- Mokymų organizatoriai turi žinoti, kad specialistai gali būti neigiamai nusiteikę, jiems gali būti neramu, todėl jie gali priešintis patiems mokymams ir programos įgyvendinimui. Specialistų pasitikėjimo savimi stoka yra dažna kliūtis. Todėl svarbu tą atpažinti, suprasti ir mokyti, kaip tą įveikti.
- Būtina numatyti atlygio ir apdovanojimų sistemą specialistams. Aišku, didesnis užmokestis yra vienas iš paskatinimų, tačiau ne vienintelis, ir, žinoma, ne pats svarbiausias. Pats darbas turėtų būti paskatinimas, todėl institucija turi tą atsimentinti ir pripažinti. Be to, baigus mokymus ir po to dirbant, turėtų būti suteikta speciali kvalifikacija patvirtinanti, kad specialistas gali ir moka dirbti su šeimomis.

b) *Organizaciniai pokyčiai*

Papildomas laikas. Darbuotojams turėtų būti skiriamas papildomas laisvas laikas įprasto darbo metu, kaip kompensacija

už tai, kad jie dirba su šeimomis vakarais ar savaitgaliais.

Naudojantis problemų sprendimo metodu šį klausimą turėtų išspręsti visi suinteresuoti asmenys. Štai kaip papildomo laiko klausimą išsprendė psichikos sveikatos centras Melburne, Australijoje (2006):

Paskutinę mokymų dieną dalyviai buvo paprašyti išspręsti problemą, kaip specialistams būtų galima kompensuoti laiką, kurį jie praleidžia kiekvieną savaitę po dvi valandas susitikdami su šeimomis vakarais. Buvo apsvarstyti įvairūs variantai, pateikti argumentai už ir prieš. Galiausiai, specialistai nusprendė kreiptis į savo vadovą ir paprašyti jo, kad būtų sumažintas įvairių susitikimų, kuriuose jie privalo dalyvauti, skaičius. Tai duotų papildomo laiko darbui su šeimomis. Svarbu paminėti ir tą, kad pasirinkus individualaus darbo su atskiromis šeimomis modelį, šie specialistai po mokymų turėjo pradėti dirbti iš pradžių tik su viena šeima. Todėl nereikėjo kompensuoti itin daug laiko.

- **Darbo krūvio organizavimas.** Reikėtų atkreipti dėmesį į darbo krūvių organizavimą. Gydytojai dažniausiai turi daug pacientų, bet ne visas darbas realiai reikalingas. Gydytojai turėtų panagrinėti, kas iš tikrųjų būna pasiekta pacientų konsultacijų metu. Individualus darbas vis dar lieka pagrindiniu veikimo būdu: iš pradžių specialistas susitinka su pacientu, paskui atskirai susitinka su jo artimaisiais, o po to galbūt kelias minutes pakalba su jais visais drauge. Dažnai tai sukelia daug sumaišties: šeimos nariams įdomu, ką pacientas pasakojo gydytojui, o pacientas nerimauja dėl to, ką specialistui pripasakojo artimieji. Jeigu gydytojas yra apmokytas dirbti iškart su visa šeima, tikėtina, kad bus pasiekti geresni rezultatai (tą patvirtina tyrimai), darbas bus efektyvesnis ir sumažės krūvis gydytojui. Klausimams, kuriuos sergantysis nori aptarti su gydytoju asmeniškai ir konfidencialiai, gali būti skiriamos individualios konsultacijos. Tokį sergančiojo

- norą šeimos nariai tikrai gerbia.
- **Supervizijos.** Specialistų darbas turi būti prižiūrimas ir aptariamas. Pastovioms supervizijoms taip pat reikia laiko. Kaip tai bus išspręsta? Kaip bus vykdoma specialistų priežiūra?
- c) *Strategijos vykdymui reikalingi resursai*
- Psichikos sveikatos priežiūros institucijos gali dirbti su šeimomis, paskelbusios tai prioritetu ir pertvarkiusios dabartinį darbo organizavimą. Daug dėmesio reikia skirti laiko resursų paskirstymui, pavyzdžiui, reikia nuspręsti, kaip bus organizuojamas mokymuose dalyvaujančių specialistų pavadavimas.
 - Žinoma, pasikeitimų etape kyla papildomų išlaidų. Finansavimą galima gauti teikiant įvairius projektus. Ilgainiui, kai darbas su šeimomis taps įprasta veikla, tam reikalingos išlaidos turėtų būti gaunamos iš bendro psichikos sveikatos priežiūros biudžeto.
 - Papildomų išlaidų poreikį reikia argumentuoti remiantis tyrimų rezultatais, kad ilgalaikėje perspektyvoje darbu su šeimomis skiriamos lėšos atsiperka. Informacija apie tai pagrindžiančius tyrimus turi būti platinama vyriausybei, gydymo įstaigoms, nevyriausybinėms organizacijoms. Pastarosios gali turėti nemažai įtakos finansavimo gavimui.
 - Carr su bendradarbiais (2002) įrodė, kad šeimos intervencijų išlaidos atsiperka net neįskaičiuojant šeimos patiriamos naštos. Dirbant su šeimomis sumažėjo išlaidos, skiriamos ambulatorinei pacientų priežiūrai, padidėjo šizofrenija sergančių žmonių ir jų šeimos narių darbingumas.
 - Falloon ir bendradarbiai (2002) teigia, kad nors šeimos intervencijų programos vykdymas reikalauja papildomų išlaidų, jas aiškiai kompensuoja sumažėjusios išlaidos krizių įveikai.
 - McFarlane ir bendradarbiai (1995) padarė išvadą, kad psichoedukacinės šeimų grupės sumažina atkryčio tikimybę, ypač tais atvejais, kai atkryčio rizika yra itin didelė. Jie nustatė, kad išleidžiant vieną JAV dolerį šeimų grupėms, sutaupomi 34 doleriai, nes sumažėja pakartotinių guldymų į ligoninę.
- d) *Proceso nuoseklumas, užtikrinantis tęstinumą*
- Reikia stengtis, kad supervizijos testųsi tiek ilgai, kiek jų reikia specialistams. Supervizoriai taip pat turėtų turėti supervizijų galimybę.
 - Fiksuokite visus klinikinėje praktikoje pastebimus pokyčius:
 - **Užrašų vedimas.** Aprašinėkite darbą su šeimomis. Užrašuose turėtų būti ši informacija: kokia šeima, konsultacijos numeris, kas konsultavo, kas daryta ir t.t.).
 - **Grižtamasis ryšys.** Duokite šeimos nariams užpildyti grįžtamojo ryšio klausimyną, pasitenkinimo paslaugomis klausimyną.
 - **Dokumentų tikrinimas.** Patikrinkite, ar nepasikeitė šeimos kontaktai. Vykstant darbui su šeima, tai turėtų būti fiksuojama. Jei dokumentų formos tinkamai paruoštos, jose galėtų atsiskleisti darbo su šeima turinys, jis lyginamas su paciento būseną.
 - **Ekspertų pastebėjimai.** Tai svarbus darbu su šeimomis tikinčių ir jį palaikančių žmonių indėlis.
 - Kurkite programas, pagal kurias būtų paruošiama kuo daugiau įvairių sričių specialistų.
 - Paruoškite reklaminę medžiagą apie vykdomas šeimos intervencijas. Platinkite šią medžiagą organizacijoje, dalinkite pacientams, jų artimiesiems.
 - Bendradarbiaukite ir konsultuokitės su kitomis organizacijomis, valdžios institucijomis, politikais ir t.t.
2. **Pasirinktos programos įgyvendinimas**
- Darbo su šeimomis įgyvendinimo grupė sukūrė programos vykdymo strategiją bei nustatė tvarką, kaip bus palaikoma nauja iniciatyva. Ši grupė taip pat nusprendė, pagal kokį darbo su šeimomis modelį bus dirbama. Kitas žingsnis – pakviesti pagrindinius asmenis, kurie konkrečioje organizacijoje pradėtų darbą pagal pasirinktą modelį, apmokytų kitus.
- Pateikiame pavyzdį, kokių žingsnių imtasi pradedant įgyvendinti Meriden šeimos programą

Jungtinėje Karalystėje:

- Meriden organizuoja seminarus poliklinikoms, psichikos sveikatos centrams, kurie to paprašo.
- Institucijoje paskiriamas konkretus su Meriden bendrausiantis žmogus, jis suteikia informaciją, ką norima pakviesti į mokymus. Tai turėtų būti aukščiausi psichikos sveikatos paslaugas teikiančių institucijų vadovai, viduriniai vadovai, žymiausi gydytojai, ligoniai ir jų artimieji.
- Skiriama daug laiko praktinių detalių derinimui: datų, kuriomis vyktų užsiėmimai, sąrašas sudaromas taip, kad būtų daugiausiai naudos (galėtų dalyvauti pagrindiniai įtakingi asmenys).
- Du Meriden atstovai, padedami vietinio asmens, veda seminarą. Specialus dėmesys skiriamas:
 - Darbo su šeimomis pagrindui, efektyvumo įrodymams.
 - Mokymų detalėms.
 - Prašoma, kad gydytojai galėtų atvykti į specialius Meriden mokymus, akcentuojama supervizijų galimybė mokymus baigusiems gydytojams. Šie mokymai yra itin gerai suplanuoti, paruošti ir išleisti specialūs vadovai, mokomieji filmai. Dirbama pagal suaugusiųjų mokymo principus.
 - Dalyvių klausiama apie, jų manymų, iškylančias/iškilsiančias kliūtis, diskutuojama, kaip jas būtų galima spręsti.

Apibendrinimas

Meriden programa – tik viena iš daugelio jau sukurtų ir visame pasaulyje naudojamų programų. Nėra sudėtinga susisiekti su pagrindiniais programos asmenimis, susiorganizuoti pažintinį susitikimą, po kurio galėtų prasidėti mokymai bei šeimos intervencijų įgyvendinimas. Šiame straipsnyje buvo aprašyti galimi sunkumai tam, kad institucijos žinotų, kokias problemas gali tekti spręsti, nuo ko reikia pradėti planuoti programas, kad jos būtų sėkmingos.

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

Vertė LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJOS savanoriai





Poezija

Janina Vaitkutė

(Tauragė)

Psichologo pagalba

Buvau aš ką tik
 Pas mylimą psichologą.
 Ir ką jūs manot
 Ką pasakė ji?
 Atspėjo net mano
 Slapčiausias mintis.
 Nepasitikėjau aš nė vienu jų.
 Dabar pasitikėjimas išaugo
 Net nežinojau, ką daryt:
 Klausyti ar tylėti
 O gal tai vienas ir tas pats,
 Kad reikia ir save mylėti.
 Nenoriu daug aš atsiverti,
 Gal kas supras, o gal tik
 pasijuoks.
 Bet jei sunku,
 Jei tau akmuo gulės širdyje –
 Nueik tu pas psichologą.

Rudenėlio trumpos dienes

*Ar norėjai nenorėjai,
 Rudenėlis atkeliavo.
 Rudenėlio trumpos dienos,
 Ilgos naktys...*

*Pasakyki, sese, broli,
 Kas lapus nudažė?
 Tu įklimpęs į kaštonus,
 Čėža, mirga lapai.*

*Obuoliukų jau nei kvapo.
 Tiktai šakos blaškos.
 Jau vėlyvas rudenėlis.
 Dėdė derlius galą gavo.*

*Jau lentynose sudėti
 Obuoliai ir bulvės.
 Jei šeima mūs netingėjo,
 Gavo ir agurkų.*

Danutė Baronienė

(Šilutė)

Ledo rožės

Apšalę kambario langai
 Ir rožės žydi.
 Ledinės rožės ant langų,
 Nuskinčiau puokštę tų
 gražuolių,
 Tačiau to padaryti negaliu.

Žvelgiu į langą
 Ir jo gražumą.
 Ir negaliu atsigerėt.
 Ateikite ir jūs prie mano
 lango
 Su manimi kartu pasigrožėt.

Bet, saulės spinduliai
 auksiniai
 Pasielia ledų pirštų galiukus.
 Ir byra mano rožės tos ledinės
 Belieka vien tik jų spygliai.

Ilgesys

Raudos į krantą išmesta valtelė,
 O jūra siaus įtūžusios bangos.
 Tenai toli rusens ugnelė,
 O ją kūrens vien ilgesys.

Ilgai kamuojančiai vienatvę
 Užpildyt bus labai sunku.
 Išdžiūvo akys ir įdubo
 skruostai,
 Tavęs nėra, deja nėra.

Kai viskas ėjosi į priekį
 Kai degė laužas ir spindėjo
 žiburys,
 Staiga pasivaideno ji baisi
 mirtis.
 O kelias vedė ties bedugne ir
 liko
 Vien properša manoj širdį.



Aušra Gudauskienė

(Telšiai)

Pavasaris širdy

Ištirpo ledas mano širdyje,
 Tavo širdy žibuoklės vėlei žydi
 O mūsų akys tik švelniu žvilgsniu
 Mažyčius mūsų sūnelius palydi.

Nutirpo sniegas nuo visų laukų
 Danguj ir vėlei žvaigždės tartum gėlės
 Man ir tamsiausia naktį nebaisu,
 Kai tu šalia, kai tavo akys žėri.

Ir vėlei upės liesis iš krantų,
 Tik akmenys gulės pakrantėje nebylūs.
 Džiaugiuos, kad šitiek metų esame kartu,
 Kad nuolat širdyje pavasaris atgyja.

**LIETUVOS
SUTRIKUSIOS
PSIČIKOS
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**

www. LSPZGB.lt



**EUROPEAN FEDERATION OF ASSOCIATIONS
OF FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL
ILLNESS**

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

**2005 m. LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSIČIKOS 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
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**