



Gydymo nenaudojant vaistų programa

Gydymas nenaudojant neuroleptikų žmonėms,
patiriantiems ūmius psichikos sveikatos sunkumus,
Šiaurės Norvegijos universitetinėje ligoninėje

Tromsø
2021

Autoriai:

Tore Ødegård, Stian Omar Kistrand, Magnus Hald, Christine Nyquist

Originalo kalba: anglų k.

Vertimo į lietuvių kalbą ir redakcijos grupė: Greta Gaškaitė, Karilė Levickaitė, Kotryna Sipko, Greta Klidziūtė, Ugnė Grigaitė



PSIHIKOS
SVEIKATOS
PERSPEKTYVOS

Šis leidinys parengtas projekto „Pokyčių sparnai – žmonių, turinčių intelekto ir/ar psichosocialinę negalią, įtrauktis ir teisių užtikrinimas Lietuvos regionuose“ (Nr. K1-O3-PK-D-021) rėmuose. Projektas finansuojamas Aktyvių Piliečių Fondo, kuris yra EEE finansinio mechanizmo dalis, lėšomis.

© VšĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos“ (www.perspektyvos.org)
© Gydytojų be vaistų skyrius, Psichikos sveikatos ir priklausomybių nuo narkotinių medžiagų skyrius, Šiaurės Norvegijos universitetinė ligoninė

Turinys

Ižanga	4
Kaip veikia Norvegijos sveikatos sistema	5
Gydymo nenaudojant vaistų Norvegijoje atsiradimo priežastys	8
Gydymo be vaistų programos kūrimas Šiaurės Norvegijos universitetinėje ligoninėje	10
Gydymo kursas – gydymo nenaudojant vaistų programa	12
Atsigavimo skatinimo priemonės gydymo nenaudojant vaistų programoje	15
Gydymo programos turinys	17
Vaistų vartojimas – Dozės mažinimas – Nutraukimas	21
Iki šiol turėtos patirtys gydymo nenaudojant vaistų skyriuje	24
Citatos	26
Literatūros sąrašas	26

Ižanga

Šiaurės Norvegijos universitetinė ligoninė (University Hospital of North Norway) 2017 metais sausio mėnesį įkūrė unikalų nemedikamentinio gydymo skyrių asmenims, patiriantiems ūmius psichikos sveikatos sunkumus, kuris sukėlė didelį nacionalinį ir tarptautinį susidomėjimą. Susidomėjimas kilo dėl daugelio priežasčių, tačiau viena ryškiausių buvo ta, jog iki tol jokiaje pasaulio šalyje apskritai nebuvo tokio gydymo pasirinkimo tradicinėse valstybinėse psichiatrijos ligoninėse ar klinikose.

Naujai įkurtas skyrius nuo pat pradžių gavo daugybę užklausų iš psichikos sveikatos paslaugų vartotojų ir specialistų, kurie norėjo apsilankyti jame – kai kurie atvyko tiesiog pamatyti ir susipažinti su teikiamomis paslaugomis, kiti svarstė įvairias bendradarbiavimo su skyriumi galimybes.

2019 m. gruodžio mėnesį Lietuvos psichiatrijos asociacijos vadovė Ramunė Mazaliauskienė kreipėsi į šį skyrių ir pasiteiravo, ar kelios jos kolegės iš nevyriausybinės organizacijos „Psichikos sveikatos perspektyvos“ (www.perspektyvos.org) – Karilė Levickaitė, Ugnė Grigaitė ir Aurelija Auškalnytė – galėtų apsilankyti ligoninėje ir iširti gydymo nenaudojant vaistų programą. Taip prasidėjo organizacijų bendradarbiavimas Aktyvių piliečių fondo finansuojamame projekte „Pokyčių sparnai“, kuris skatina žmonių su psychosocialine ir (arba) intelekto negalia socialinę įtrauktį bei žmogaus teisių užtikrinimą Lietuvoje ir už jos ribų.

Tromsø, 2021 m. birželis

Kaip veikia Norvegijos sveikatos sistema

Norvegijoje valstybinis socialinis draudimas vadinamas Nacionaline Draudimo Sistema (angl. National Insurance Scheme). Asmuo turi būti nacionalinės draudimo sistemos narys, kad galėtų gauti išmokas pagal Nacionalinio draudimo sistemos įstatymą. Šios sistemos narės (-iai) gauna prieigą prie visų visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų. Įprastai kiekvienas asmuo, teisėtai gyvenantis ar dirbantis Norvegijoje, yra nacionalinės draudimo sistemos narys. Tai reiškia, kad didžioji dauguma Norvegijoje gyvenančių žmonių gali lygiateisiškai ir nemokamai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos ir pajamų lygio.

Norvegijos sveikatos priežiūros sistema yra iš dalies centralizuota. Atsakomybė už specializuotą gydymą tenka nustatytam regionui. Visoje šalyje yra keturi regioniniai sveikatos fondai – po vieną kiekvienam dideliame geografiniam regionui. Šie fondai yra atsakingi už specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą savo regiono gyventojams, jiems priklauso regionų valstybinės ligoninės. Valstybinės ligoninės yra organizuojamos kaip sveikatos priežiūros skyriai, kuriuos valdo regioninės sveikatos priežiūros fondai.

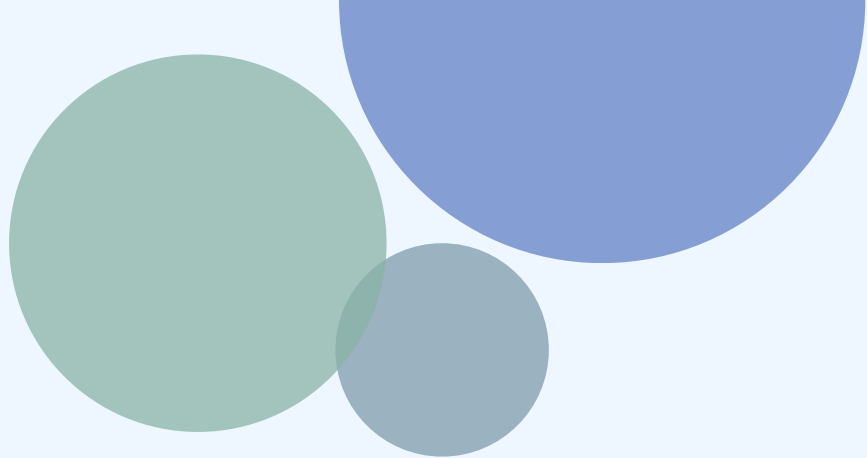
Savivaldybės yra atsakingos už pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą. Pirminėje sveikatos priežiūroje bendrosios praktikos gydytoja (-as) yra pirmasis ir vienas iš svarbiausių pacientės (-o) kontaktų su visa sveikatos priežiūros paslaugų sistema. Kiekvienas asmuo turi teisę pasirinkti bendrosios praktikos gydytoją arba leisti ją arba jį paskirti automatiškai. Bendrosios praktikos gydytoja (-as) teikia sveikatos priežiūros paslaugas savo pacienčių (-tų) sąrašui. Šios paslaugos apima ir skubiąją pagalbą, teikiamą skubiosios pagalbos ligoninėse. Bendrosios praktikos gydytoja (-as) užima svarbų vaidmenį pacientės (-to) medicininių ir socialinių poreikių koordinavime – bendradarbiaujant kitomis pirminės sveikatos priežiūros paslaugų įstaigomis bei socialinių paslaugų centrais

padedama gauti reikalingas kompleksines paslaugas (pavyzdžiui, namuose teikiamą sveikatos priežiūrą, priėmimo ir išleidimo iš slaugos centro, vaikų sveikatos priežiūrą, savivaldybių priklausomybių gydymo centrus ir kt).

Priklausomai nuo gydymo ir pagalbos poreikių, bendrosios praktikos gydytoja (-as) gali nukreipti pacientę (-ą) specializuotam gydymui. Specializuota sveikatos priežiūros tarnyba gali nukreipti pacientę (-ą) pas atitinkamos srities specialistę (-ą). Tai gali būti privačios (-tūs) arba ligoninių poliklinikos specialistės (-ai), o taip pat ir specialistės (-ai), turinčios (-tys) slaugos patirties regiono medicinos centre, decentralizuotoje poliklinikoje.

Asmuo, kuriam reikalingos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, gali būti nukreipiamas į regiono psichiatrijos centrą. Jie teikia specializuotas psichikos sveikatos priežiūros, ambulatorines ir stacionarias paslaugas. Žmonės, patiriantys ūmius psichikos sveikatos sunkumus, patenka į ligoninių skubios pagalbos skyrius. Pacientės (-ai), turinčios (-tys) narkotinių medžiagų vartojimo problemų, gali būti nukreipiamos (-i) gydytis ambulatoriškai arba priklausomybės ligų centruose.

Jeigu dėl patiriamų būsenų (tiek psichikos sveikatos, tiek somatinių) reikalinga hospitalizacija, pacientė (-as) nukreipiama (-as) į ligoninę. Šiame kontekste galioje laisvas ligoninės pasirinkimo principas, reiškiantis, kad asmuo gali nuspręsti, į kurią įstaigą norėtų kreiptis. Taikant šią schemą pacientė (-as) turi galimybę pasirinkti gydymą ir privačioje ligoninėje, kuri yra sudariusi sutartį su regioninėmis sveikatos priežiūros institucijomis. Nemaža dalis ligoninių yra specializuotos skirtingose medicininėse sferose, todėl skirtingo pobūdžio paslaugos yra paskirstomos tarp ligoninių.



Psichikos sveikatos priežiūroje yra taikomas savanoriško gydymosi principas. Pacientės (-ai), priimamos (-i) į gydymo įstaigas turi teisę išeiti kada tik panorėjus. Taip pat pacientės (-ai), besikreipiančios (-tys) savanoriškai, negali būti gydomos (-i) vaistais be jų sutikimo.

Pagal Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą (angl. The Mental Health Care Act) priverstinis gydymas gali būti taikomas esant kelioms būtinoms aplinkybėms. Tai gali būti atliekama keliais būdais: stacionare, ambulatoriškai su privalomu gydymu arba taikant privalomą stebėjimą, kurio metu pacientas hospitalizuojamas ligoninėje iki 10 dienų, kurių metu vertinama būtinosios pagalbos reikmė ir numatomos sąlygos. Vadovaujantis įstatymu ir siekiant užtikrinti asmens saugumą, numatomos laikino apribojimo priemonės, kai asmeniui yra skiriama speciali apsauga ar medikamentai.

Gydymas nenaudojant vaistų yra specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų dalis, t. y. valstybės sistemos dalis ir atsakomybė. Pacientės (-ai), norinčios (-tys) gauti paslaugas gydymo nenaudojant vaistų skyriuje, į jį turi būti nukreipti specializuotos sveikatos priežiūros paslaugų ambulatorinio skyriaus terapeuto (dažniausiai iš regiono psichiatrijos centro), pas kurį patenkama per bendrosios praktikos gydytoją. Norint gauti paslaugas Šiaurės Norvegijos universitetinės ligoninės nemedikamentinio gydymo skyriuje asmuo turi gyventi Norvegijoje. Nemedikamentinio gydymo programa yra savanoriška, t. y. patys pacientai turi norėti gydymo ir turi teisę jį nutraukti, kada tik panorėję.

Gydymo nenaudojant vaistų Norvegijoje atsiradimo priežastys

2015 m. Sveikatos priežiūros paslaugų ministerija (HoD) išsiuntė nurodymą visiems Norvegijos regioniniams sveikatos fondams įsteigti gydymo skyrius, kuriuose nebūtų naudojami vaistai (HoD, 2015). Šis reikalavimas atsirado po to, kai kelios psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos suvienijo jėgas bendram judėjimui pavadinimu Jungtinis Judėjimas dėl gydymo be vaistų (toliau – Jungtinis Judėjimas) (angl. Joint Action for Medication Free Treatment) (Fellesaksjonen, 2013). Šio bendradarbiavimo tikslas – padaryti alternatyvias nemedikamentinio gydymo paslaugas prieinamas viešojoje sveikatos priežiūros sistemoje žmonėms, patiriantiems sunkius psichikos sveikatos sutrikimus. Organizacijos narės (-iai) pasidalino savo patirtimis liudijančiomis, kad žmonės, kuriems nustatyta psichozė ir bipolinis sutrikimas, patirdavo spaudimą vartoti neuroleptikus, nes alternatyvaus gydymo galimybių psichiatrinėse ligoninėse paprasčiausiai nebūdavo. Jungtinio Judėjimo dėl nemedikamentinio gydymo išleistame dokumente išsakoma pozicija, kad tokios paslaugos turi tapti prieinamos visose ligoninėse. Raginama sukurti paslaugas, kuriose nebūtų privalomas medikamentinis gydymas ir žmonės nebūtų spaudžiami jį pasirinkti. Kiekvienas žmogus turi teisę ir laisvę pasirinkti tokį gydymą, kuriuo asmeniškai tiki ir kurio pageidauja. Gydymas turėtų orientuotis į saugios vietas, kurioje žmonės galėtų keliauti atsigavimo link, kūrimą. Teigiamos nemedikamentinio gydymo paslaugų patirtys prisidėtų prie geros gydymo kultūros kūrimo, o tai turėtų teigiamos įtakos tokių paslaugų plėtojimui ir kūrimui ateityje.

Šiaurės Norvegijos universitetinė ligoninė vadovaudamasi sveikatos priežiūros paslaugų ministerijos nurodymais ir aktuali poreikiu 2017 metų sausį pasiūlė gydymo nenaudojant vaistų programą. Tai iššaukė daug įdomių ir prasmingų diskusijų apie psichozės ir bipolinio sutrikimo gydymą, nenaudojant vaistų. Ši diskusija peraugo į platesnę temos analizę – buvo keliami klausimai apie ilgalaikį neuroleptikų vartojimo poveikį, veiksmingumą bei rizikas, apie pasirinkimo psichozę bei bipolinį sutrikimą gydyti neskiriant vaistų profesionalumą.

Siekiant išlaikyti profesinį patikimumą, 2017 m. Norvegijos sveikatos direktoratas nurodė, kad gydymas privalo būti savanoriškas tais atvejais, kai pacientės (-ai) geba duoti pilnai informuotą sutikimą. Taip pat susipažinus su visais gydymo variantais pacientės (-ai), turi teisę pasirinkti sau priimtinus metodus. Gydymo patikimumas ir tinkamumas yra nustatomas įvertinant tokius veiksnius kaip pacientės (-o) asmeninė informacija ir sveikatos istorija, gydymo programos pritaikymas ir unikalios situacijos aplinkybės. Tik pradėjus kurti nemedikamentinio gydymo programą Norvegijoje diskusija apie tai, koks yra tinkamiausias ūmių psichikos sveikatos būklių gydymas, tapo poliarizuota – kai kurie manė, kad gydymas be vaistų yra nepateisinamas, eksperimentinis ir neapgalvotas. Palaipsniui tapo vis labiau pripažįstama, kad yra skirtingų gydymo metodų efektyvumo įrodymų ir kad gydymo nenaudojant vaistų įvedimas yra pagrįstas pacientės (-o) teise į autonomiją, dalyvavimą gydyme ir darant informuotus pasirinkimus savo gyvenime.

Taigi gydymas nenaudojant vaistų ne tiek orientuotas į skirtingų gydymo metodų poveikį, kiek pažymi žmogaus teisių svarbą, pacientės (-o) įsitraukimą į gydymą ir teisę priimti informuotus sprendimus.

2017 m. sausio 31 d. per oficialų gydymo be vaistų skyriaus atidarymą sveikatos apsaugos ministras Bentas Høie teigė, kad gydymo be vaistų įdiegimas Norvegijos visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemoje atlieps pačių pacienčių (-tų) poreikius ir dėl to natūraliai pagerins šių paslaugų kokybę. Dabar pacientės (-ai) gali būti lygiavertiškai įsitraukusios (-ę) į savo sveikatos puoselėjimo procesą ir informuotai nuspręsti, koks gydymas yra asmeniškai tinkamiausias, net jeigu jis neapima vaistų vartojimo.

Gydymo be vaistų programos kūrimas Šiaurės Norvegijos universitetinėje ligoninėje

Vadovaujantis Sveikatos priežiūros paslaugų ministerijos (HoD) pavedimais, buvo įkurta darbo grupė (angl. protocol group) šiauriausiame sveikatos priežiūros fondo valdomame regione. Grupę sudarė įvairių psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijų atstovės (-ai) ir Šiaurės Norvegijos universitetinės ligoninės specialistės (-ai). Darbo grupė aprašė gydymo nenaudojant vaistų paslaugų pagrindines gaires penkiais punktais:

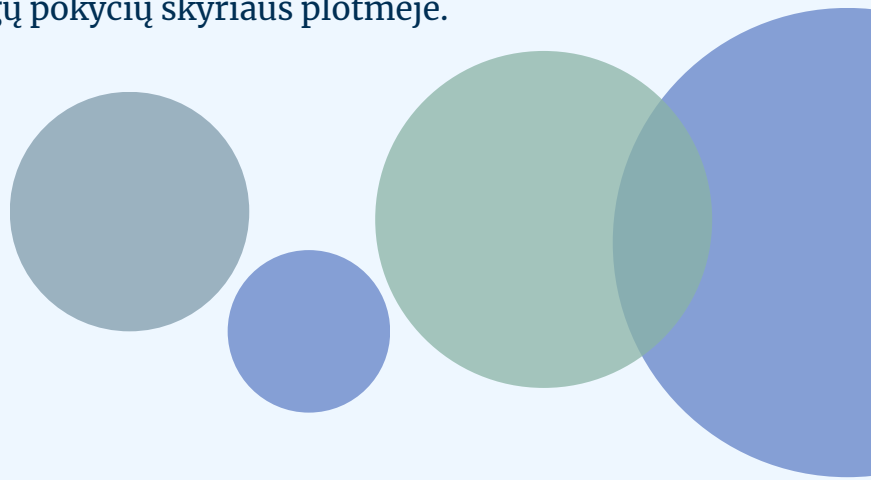
- Gydymo nenaudojant vaistų skyriuje turi būti teikiamos stacionarinės paslaugos. Skyriaus dydis 4–6 lovos. Skyriuje gali būti hospitalizuojami žmonės iš Šiaurės Norvegijos sveikatos fondui (Helse Nord) priklausančio regiono, kuriame ir yra anksčiau minėta ligoninė. Tikslinė grupė – žmonės, patiriantys ūmius psichikos sveikatos sunkumus, prioritetą teikiant asmenims, kuriems nustatyta psichozė ar bipolinis sutrikimas ir kurie pageidauja gydymo be vaistų.
- Gydymo nenaudojant vaistų skyrius turi vadovautis Norvegijos sveikatos apsaugos teisės aktais ir nacionalinėmis profesinėmis gairėmis – atitinkamai kaip ir kitose valstybinėse gydymo įstaigose, kuriose teikiamos psichikos sveikatos paslaugos.
- Paslaugos turi remtis Jungtinio Judėjimo pagrindinėmis idėjomis ir rekomendacijomis.
- Paslaugų gavimas turi būti visiškai savanoriškas ir skatinantis pasirinkimo laisvę. Tokiu būdu bus prisidedama ir prie didesnių tikslų – gydymo be vaistų plėtojimo sveikatos paslaugų sistemoje ir perteklinio vaistų vartojimo tendencijos mažinimo (aktualios problemos psichikos sveikatos paslaugose).
- Ši programa turi būti pagrįsta atsigavimo konceptu.

Patvirtinus pagrindines gaires, Šiaurės Norvegijos universitetinės ligoninės gydymo nenaudojant vaistų skyrius turėjo sukurti ir toliau išvystyti pačią gydymo programą. Sveikatos priežiūros paslaugų ministerija nurodė, kad paslaugos turi būti kuriamos bendradarbiaujant su įvairių psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijomis. Buvo nuspręsta sukurti bendradarbiavimo grupę, kurią sudarė gydymo be vaistų programos darbuotojos (-ai) ir anksčiau minėtų organizacijų atstovės (-ai). Per pirmus programos steigimo metus bendradarbiavimo grupė susitikdavo reguliariai ir prisidėjo prie nemedikamentinio gydymo programos vystymo. Šioje programoje buvo siekta integruoti pagrindines Jungtinio Judėjimo idėjas (Fellesaksjonen, 2013), užtikrinti jų teisinį pagrindą, atsižvelgti į kitas gydymo galimybes specializuotose sveikatos priežiūros įstaigose ir susieti programą bei skyriaus veiklą su Norvegijos sveikatos teisės aktais ir nacionalinėmis profesinėmis gairėmis (Norwegian Directorate of Health, 2013). Įgyvendinus šias sąlygas buvo nuspręsta, kad stacionarinis skyrius įsikurs Tromsø ir galės priimti 6 žmones.

Tuo tarpu gydymo be vaistų skyriaus žmogiškuosius išteklius nuspręsta organizuoti kitų Norvegijos stacionarinių skyrių principu, kuriuose personalo skaičius yra panašus į skubiosios pagalbos skyriaus. Šiuo metu gydymo be vaistų skyriuje dirba 24 darbuotojai, tarp jų – slaugytojai, ergoterapeutai, socialiniai darbuotojai, fiziotherapeutai, užimtumo terapeutai, ekspertai dėl patirties, psichologai, gydytojai ir vyriausieji gydytojai. Dauguma žmonių, dirbančių skyriuje, turi skirtingas aukštojo mokslo specializacijas arba vis dar studijuoja.

Dėl įvairių darbuotojų specializacijų skyrius turi platų terapinių veiklų pasirinkimą: meno ir saviraiškos terapija, individualus palaikymas (IPS – Placement and Support), psichomotorikos ir fizinių procesų pažinimas. Taip pat skyriuje dirba ir padalinio valdybos komandai priklauso žmogus, turintis psichikos sveikatos sunkumų patirties. Jo vaidmuo yra labai svarbus ir naudingas patirtinės kompetencijos supratimo plėtojime ir savitarpio pagalbos praktikų diegime. Psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos narės (-iai), prisidėjusios (-ę) prie gydymo programos kūrimo, rekomendavo, kad darbuotojos (-ai) turėtų gyvenimiškos psichikos sveikatos sunkumų patirties. Įdarbinimo procese asmeninė patirtis buvo laikoma vertinga – tai suteikia kitokią, gilesnę, atjautos kupiną perspektyvą ir gali tapti naudingu žinių šaltiniu kartu su pacientėmis (-ais) ieškant veiksmingų kelių į atsigavimą.

Dar vienas labai svarbus kriterijus įdarbinimo procese buvo kandidatės (-o) tikėjimas, kad gydymas be vaistų yra vertingas bei stiprus užsidegimas dirbti būtent su šiuo metodu. Visiškai naujo skyriaus sukūrimas leido pradėti įdarbinimo procesą nuo nulio ir taip surinkti motyvuotą komandą, tikinčią šia gydymo programa, bei sukurti naują profesinę aplinką, kurioje labiausiai vertinama asmeninė sunkumų patirtis. Be to, skyrius tapo gydymo nenaudojant vaistų taikymo praktikoje ekspertais. Kitoms Norvegijos ligoninėms nepavyko pasiekti tokių pozityvių rezultatų – dalis ligoninių tik dalinai įgyvendino sveikatos priežiūros ministerijos užduoties sąlygas ir, pavyzdžiui, jau turimuose stacionaro skyriuose skyrė atskirą lovą gydymui nenaudojant vaistų. Tokie atvejai nepaskatino jokių reikšmingų pokyčių skyriaus plotmėje.



Gydymo kursas – gydymo nenaudojant vaistų programa

Gydymo kursas. Gydymą sudaro kelių institucijų bendradarbiavimas ir, dažnu atveju, daugkartinis gydymo be vaistų programos paskyrimas. Regiono psichiatrijos centras ir savivaldybės įstaigos vykdo pirminės sveikatos priežiūros funkcijas ir gali nukreipti pacientės (-us) į programą. Tiek priėmimo, tiek programos vykdymo metu pacientę (-ą) lydi artimas socialinis ratas ir gydymo be vaistų skyriaus komanda, vykdydami tinklo susitikimus, suteikdami pasiūlymų, patarimų ir kt.

Tai reiškia, kad gydymo nenaudojant vaistų programos taikymas nėra vienkartinis ir baigtinis procesas. Jis vyksta nuolatos, skirtinguose žmogaus atsigavimo etapuose ir reikalauja ne tik paties žmogaus, bet ir jo socialinio rato įsitraukimo.

Taikant programą kuriami ilgalaikiai procesai, trunkantys bent keletą metų. Jų metu pacientėms (-ams) nereikia būti hospitalizuotoms (-iems) visą

laiką. Per laikotarpį nuo siuntimo gavimo iki pirmojo priėmimo į skyrių, gydymo programos dalyvių tinklo susitikimų metu yra išvystomas išsamus gydymo planas, kuriame priėmimas į skyrių yra svarbi proceso dalis. Dažnis, trukmė ir gydymo centras yra nustatomi priėmimo metu, atsižvelgiant į pacientės (-o) norus, poreikius bei tai, prie kokių išvadų prieinama pirmojo susirinkimo metu. Vidutinis kursas trunka apie 2-3 metus ir susideda iš ambulatorinio gydymo regiono psichiatrijos centre bei 4-6 planuojamų priėmimų į gydymo be vaistų skyrių. Siekiama lankstaus požiūrio, kuris sudarytų sąlygas ne pacientei (-ui) taikytis prie programos, o pačiai programai būti individualiai pritaikytai pagal kiekvieno poreikius.

Visi norintys dalyvauti gydymo nenaudojant vaistų programoje, tiki, kad atsigavimas yra įmanomas nevarojant neuroleptikų. Nemaža dalis žmonių atvyksta labai ilgai vartoję neuroleptikus, tad jų vaistų dozės yra mažinamos palaipsniui. Dažnai išsikeliamas pagrindinis gydymo tikslas yra atrasti naujus būdus gyventi ir įveikti kylančius psichikos sveikatos bei socialinius iššūkius. Tai apima sąmoningumo didinimą, iššūkių keliančių situacijų analizę ir alternatyvių būdų, kaip spręsti ir (ar) išbūti susiklosčiusiose situacijose, ieškojimą.

Viena iš svarbiausių priežasčių, kodėl ši gydymo be vaistų programa yra suvokiama ir organizuojama kaip nuoseklus procesas, slypi siekyje parengti asmenį savarankiškam gyvenimui namuose. Būtent namuose vyksta gyvenimas. Juose žmonės susiduria su iššūkiais mažinant ar stabdant vaistų vartojimą. Dėl šios priežasties gydymo procese praktikuojami nauji elgsenos įpročiai privalo būti įtvirtinami namų aplinkoje. Nors atsigavimas yra labai individualus ir asmenišką dalyką, jis taip pat yra ir socialinis procesas. Artimiausių žmonių rėmimas ir parama yra būtina siekiant tokių ilgalaikių tikslų kaip mokymasis gyventi gyvenimą nenaudojant vaistų, ypač kuomet patiriamos psichozės ar bipolinio sutrikimo simptomai.

Darbo grupės programos gairėse nurodoma, kad gydymo procesas turi būti grindžiamas tarpusavio santykiu ir atsigavimo konceptu.

Kelias į atsigavimą. Programoje atsigavimo supratimas yra grindžiamas principu, kad sveikatos įstaigoje daugiausia dėmesio turi būti skiriama ne sveikatos būklei, o individualiems žmogaus ištekliams ir galimybėms.

Gydymo nenaudojant vaistų programoje, grindžiamoje atsigavimo konceptu, įvairios psichikos sveikatos būsenos yra suvokiamos ne kaip medicininės problemos, o kaip žmogiškos reakcijos į gyvenimo situacijas, o gydymas suvokiamas kaip ne simptomų numalšinimas ir pažabojimas, o mokymasis susidoroti su įvairiais iššūkiais.

Toks programos požiūris vadovaujasi paradigmos pokyčiu – negalime kontroliuoti situacijos, tačiau galime keisti mūsų santykį su ja. Šiam tikslui pasiekti naudojami naujausi psichoterapinio gydymo metodai: priėmimo ir įsipareigojimo terapija (Acceptance and Commitment Therapy: Hayes, Strosahl and Wilson, 2011) ir metakognityvinė terapija (Wells, 2007). Terapijos metu išmokti dalykai įtvirtinami pacientės (-o) kasdieniniame ir socialiniame gyvenime, į procesą įtraukiant svarbius žmones.

Ryšys ir tinklo perspektyva. Išmokti gyventi be vaistų, patiriant rimtus psichikos sveikatos sunkumus, yra ilgas ir sudėtingas procesas, reikalaujantis asmeninės adaptacijos. Svarbu, kad gydymo metodas tai atspindėtų. Gydymo nenaudojant vaistų programos atspirties taškas yra nukreipus asmenį į skyrių, gydymo planą kurti kalbant ir su pačiu asmeniu, ir su jai ar jam svarbiais žmonėmis.

Psichikos sveikatos būsenos nėra kažkas, kas vyksta žmogaus viduje. Žmogus nuolatos yra veikiamas savo aplinkos. Psichikos sveikatos sunkumai dažnai kyla dėl prasminguose, svarbiuose santykiuose patiriamų iššūkių. Tai yra priežastis, kodėl šioje programoje daugiausia dėmesio skiriama santykiuose patiriamų sunkumų supratimui ir sprendimų paieškai. Šis metodas apima bendradarbiavimą su kiekvienos pacientės (-o) asmeniniu socialiniu ratu. Metodai, daug dėmesio skiriantys žmogaus socialinei gerovei, padeda sukurti priklausymo jausmą ir bendruomenę ten, kur to norisi pacientėms (-ams).

Priklausymo ir bendruomeniškumo jausmas kyla kai žmonės, kurie yra svarbūs vieni kitiems, susiburia drauge. Tai yra didžiulė varomoji jėga atsigavimo procese. Šių faktorių nebuvimas prisideda prie susiskaldymo, atskirties, stigmos, gėdos bei nerimo, mažina autonomiją; pastebėta, kad šių veiksnių įveikimas kelia daugiausiai iššūkių gydymo nenaudojant vaistų programoje.



Atsigavimo skatinimo priemonės gydymo nenaudojant vaistų programoje

Skyriuje stengiamasi akcentuoti ir naudoti gydymo priemones bei būdus, kurie atitinka atsigavimo koncepto vertybes ir kurių įgyvendinimas prisideda prie procesinių pokyčių. Daugelis pacientų, dalyvaujančių gydymo nenaudojant vaistų programoje, praeityje patyrė priverstinio gydymo priemones psichikos sveikatos centruose – tiek priverstinį hospitalizavimą, tiek vertimą vartoti vaistus. Skyriaus patirtis rodo, kad praktikos, kurios iš esmės skatina pacienčių (-tų) autonomiją ir įgalina, turi didžiulę pridėtinę vertę atsigavimo procese. Toliau pateikiami svarbiausi gydymo nenaudojant vaistų programos metodai.

Prašymas dalyvauti programoje. Norint dalyvauti programoje reikia parašyti priėmimo į programą prašymą. Jo tikslas yra paskatinti pacientę (-ą) išsakyti savo nuomonę ir nusiteikimą šiai gydymo programai. Tokiu būdu yra akcentuojama, kad gydymo nenaudojant vaistų programa yra savanoriška, reikalauja motyvacijos bei atsidavimo. Be to, prašymo rašymas suteikia galimybę pradėti asmeninį atsigavimo kelią savo namų aplinkoje, dar nepatekus į pačią programą – apsitarti su šeimos nariais ir artimaisiais, terapeutu ir kitais atsigavimo procesui svarbiais asmenimis. Prašyme pacientės (-ai) aprašo priežastis, kodėl nori gydymo nenaudojant vaistų, savo ankstesnes gydymo patirtis, atsigavimo tikslus ir asmeninius pomėgius.

Asmeninio socialinio paramos tinklo susitikimai. Įvadinis asmens socialinio tinklo susitikimas planuojamas, gavus prašymą ir patvirtinus, kad pacientė (-as) patenka į tikslinę grupę, kuriai skiriamas gydymas nenaudojant vaistų. Pacientė (-as) pakviečiama (-as) į grupės susitikimą ir paraginama (-as) atsivesti drauge žmones, kuriuos norėtų įtraukti į savo atsigavimo procesą. Tai gali būti šeimos nariai, palaikomosios priežiūros darbuotojai, šeimos gydytojas ir kitos ar kiti, atliekantys svarbų vaidmenį gyvenime. Šie susitikimai yra organizuojami reguliariai viso gydymo programos metu, siekiant užtikrinti glaudų bendradarbiavimą bei įsitraukimą į visas gydymo fazes. Asmeninio tinklo susitikimas yra daugiau nei tik skirtingų užduočių pasiskirstymas ir informacijos pasidalinimas. Šie susitikimai yra vieta, kur atviru dialogu, reflektuojant

priimami svarbūs sprendimai, kokia kryptimi turi vykti atsigavimo procesas.

Komandos susitikimai. Kiekvienai (-am) pacientei (-ui) gydymo nenaudojant vaistų programoje yra priskiriama asmeninė komanda. Be pacientės (-o) šią komandą sudaro trys skyriaus darbuotojos (-ai). Vyriausioji (-iasis) gydytoja (-as) ar terapeutė (-as) taip pat gali dalyvauti susitikimuose pagal poreikį, jeigu dar nėra komandos narys. Hospitalizacijos metu šie susitikimai vyksta maždaug kartą per savaitę. Juose visuomet dalyvauja pacientė (-as). Komandos susitikimų tikslas – planuoti, įvertinti ir koreguoti gydymo planą bei palaikyti dialogą tarp komandos narių ir pacientės (-o), dalinantis tuo, kas atrodo svarbu.

Nieko apie mane be manęs. Skyrius laikosi politikos nerengti susitikimų be pacientės (-o), kuriuose būtų priimami sprendimai dėl gydymo ar būtų interpretuojamas pacientės (-o) elgesys ir būklė. Tai reiškia, kad komandos susitikimų metu viskas yra sakoma tiesiogiai pacientei (-ui).

Savo gydymo dokumentavimas. Norvegijos sveikatos priežiūros personalui yra išskelti griežti reikalavimai gydymo dokumentacijos pildymui. Gydymo metu nuolatos pildomas aplinkos vertinimo žurnalas (angl. environmental journal) ir atvejo aprašymas. Pacientės (-ai) gauna siūlymą ir savarankiškai vesti savo gydymo dokumentavimą bei pildyti medicininius įrašus. Užrašai, kuriuos patys rašo, įsegami į jų korteles, kartu su kitais dokumentais, kuriuos pildo gydytojos (-ai). Visi šie įrašai, įskaitant ir gydytojų medicininius įrašus, yra laisvai prieinami pacientėms (-ams) elektroninėje duomenų bazėje.

Reflektyvūs pokalbiai. Kai kuriais proceso etapais naudojamas reflektivaus pokalbio metodas, sukurtas psichiatro Tomo Anderseno 1980 metais. Šio metodo plėtojimo priežastis buvo noras suprasti patologiją ir ugdyti savęs pažinimą bei suvokimą. Naudojant šį metodą terapeutės (-ai) neprisiima ekspertės (-o) pozicijos ir neduoda galutinio atsakymo, bet įsitraukdami į atvirą dialogą, skatindami refleksiją ir išlikdami klausytojos (-o) pozicijoje kryptingai veda pacientės (-us) prie atsakymo radimo savo jėgomis. Šis metodas yra naudojamas gydymo be vaistų programoje, laikantis pozicijos, kad pacientė (-as) yra savo gyvenimo ekspertė (-as) ir geriausiai išmano savo situaciją. Terapeutės (-o) rolė yra palaikyti pacientę (-ą) tyrinėjimo, patyriminiuose procesuose, įgalinti priimti sprendimus bei imtis veiksmų, atitinkančių jos arba jo vertybes.

Gydymo programos turinys

Gydymo nenaudojant vaistų paslauga turi būti pagrįsta nacionaliniais teisės aktais (Norwegian Directorate of Health, 2013), kurie rekomenduoja naudoti tokius metodus kaip pokalbio terapija, šeimos ar artimųjų bendradarbiavimas, muzikos terapija, fizinis aktyvumas, socialinių įgūdžių ugdymas ir lavinimas, siekiant padėti žmogui integruotis į švietimo įstaigas bei darbo rinką. Gydymo nenaudojant vaistų skyrius buvo kuriamas vadovaujantis šiomis gairėmis, todėl kasdienės veiklos skyriuje susideda iš fizinio lavinimo, meno terapijos ir Atsigavimo dirbtuvių (angl. Recovery Workshops). Esant poreikiui pacientė (-as) gali gauti ir individualios pagalbos iš konsultantės (-o), psichologės (-o), kineziterapeutės (-o) ar pan. Programa vykdoma skyriaus darbo valandomis, nuo ryto iki vakarienos. Kadangi priėmimas į skyrių būna iš anksto suplanuotas, galima iš anksto derinti veiklas, kurios padėtų susitvarkyti su iškilusiais konkrečiais sunkumais. Skyrius laikomas vieta, kurioje galima atrasti savo atsigavimo kryptį, paramą ir dirbti su individualiais atsigavimo tikslais.

Savaitinis tvarkaraštis. Gydymas programoje organizuojamas grupinių veiklų formatu. Grupinės veiklos ir valgymas vyksta drauge. Jeigu suplanuoti grupiniai užsiėmimai tuo metu atrodo per reiklūs, galima planą pakoreguoti pagal asmens poreikius bei galimybes. Skyriuje kuriama kultūra ir aplinka, kurioje visi yra lygūs ir yra bendrystėje – tiek pacientai, tiek darbuotojai. Taip dedamas pagrindas įtraukiai, lygybe ir priėmimu grįstai atmosferai, leidžiančiai visiems atsiskleisti ir dalintis patirtimis. Skyrius suteikia galimybių ir pabūti vienumoje, ir bendrauti, priklausomai nuo to, kaip kiekviena (-as) jaučiasi. Gydymo programos režimas primena kasdienio gyvenimo struktūrą. Tai yra naudinga tyrinėjant, kuriuos įgūdžius pacientė (-as) galėtų įgyti, kad jie būtų reikalingi ir namų aplinkoje.

Kiekviena veikla tvarkaraštyje suteikia galimybę pacientėms (-ams) tyrinėti ir praktikuoti konkrečius savo išsikeltus atsigavimo tikslus, kaip pavyzdžiui lavinti kalbėjimo grupėje įgūdį, atstovėti savo poziciją, gerinti koncentraciją ir fizinį pasirengimą arba mokytis išlikti pokalbyje, kuomet patiriamos garsinės haliucinacijos.

Savaitinis tvarkaraštis susideda iš penkių skirtingų veiklų grupių: atsigavimo dirbtuvės; dėmesingas įsisąmoninimas; kūrybinės dirbtuvės; muzikos terapija; fizinis lavinimas.

	Pirmadienis	Antradienis	Trečiadienis	Ketvirtadienis	Penktadienis	Šeštadienis	Sekmadienis
08.00	Pusryčiai	Pusryčiai	Pusryčiai	Pusryčiai	Pusryčiai		
08.15	Darbuotojų pasitarimas	Darbuotojų pasitarimas	Darbuotojų pasitarimas	Darbuotojų pasitarimas	Darbuotojų pasitarimas		
08.45	Kasdienis pasitarimas	Kasdienis pasitarimas	Kasdienis pasitarimas	Kasdienis pasitarimas	Kasdienis pasitarimas		
08.55			Savaitės tema				
09.05	Dėmesingas įsisąmoninimas	Dėmesingas įsisąmoninimas	Dėmesingas įsisąmoninimas	Dėmesingas įsisąmoninimas	Dėmesingas įsisąmoninimas		
09.30	Fizinio lavinimo grupė	Atsigavimo dirbtuvių grupė	Fizinio lavinimo grupė		Fizinio lavinimo grupė		
10.00							
10.30							
11.00	Pietūs	Pietūs	Pietūs	Pietūs	Pietūs		
11.30							
12.00		Meno terapijos grupė	Atsigavimo dirbtuvių grupė	Atsigavimo dirbtuvių grupė	Atsigavimo dirbtuvių grupė		
12.30							
13.00							
13.30							
14.00							
14.30					Saldi savaitės pabaiga		
15.00							
15.30							
16.00	Pavakariai	Pavakariai	Pavakariai	Pavakariai	Pavakariai	Pavakariai	Pavakariai
16.30							
17.00							
17.30							
18.00							
18.30							
19.30	Vakarienė	Vakarienė	Vakarienė	Vakarienė	Vakarienė	Vakarienė	Vakarienė
20.00							
20.30							
21.00							

Atsigavimo dirbtuvės. Tai grupinis užsiėmimas trunkantis vieną valandą, vykstantis keturis kartus per savaitę. Šiame užsiėmime dalyvauja ir darbuotojai, ir pacientai. Atsigavimo dirbtuvių tikslas – lavinti pacienčių (-tų) gebėjimą geriau suvokti savo sveikatos būklę, esamą gyvenimo situaciją ir taip įgalinant rūpintis savimi. Savireguliacija ir rūpinimasis savimi yra vienos svarbiausių atsigavimo sąlygų, kurios veda į asmeninių procesų suvaldymą ir padeda atgauti gyvenimo kontrolę.

Kiekvieną savaitę šiems susitikimams yra skiriama vis nauja tema. Pirmoji susitikimo sesija būna skirta atsigavimo konceptui ir procesui suvokti. Atsigavimas yra individualus, bet kartu ir bendruomeniškas procesas, kuriame

dirbama su svajonėmis ir lūkesčiu gyventi prasmingą gyvenimą. Čia susitelkiama ties psichikos sveikatos sunkumų ir simptomų valdymu, nagrinėjama, ką būtų galima daryti geriau asmeniniame gyvenime. Atsigavimo dirbtuvėse to siekiama derinant mokymus, grupinę refleksiją, dialogą ir dalinantis įvairiomis sukauptomis žiniomis ir patirtimis.

Atsigavimo dirbtuvėms pagrindą davė Ligos vadybos ir atsigavimo programa (angl. *Illness Management and Recovery Program*) (Mueser, 2006) – daugelis temų, plėtojamų Atsigavimo dirbtuvėse, yra aprašomos ir Ligos vadybos ir atsigavimo programoje. Šių dirbtuvių metu vietoje tradicinio žinių perdavimo paskaitų formatu yra vystomas dialogas ir raginamas dalinimasis savo patirtimis. Nepaisant to, rašymo lenta yra nuolat naudojama, tokiu būdu padedant išlaikyti visų susitelkimą.

Lyginant su Ligos vadybos ir atsigavimo programa, Atsigavimo dirbtuvės nėra tokios struktūruotos. Vietoje įprastų metodų, kuriuose sesijos metu skiriamos individualios užduotys ir namų darbai, šiuo atveju dėmesys skiriamas dialogo vystymui ir buvimo čia ir dabar refleksijai. Tiek pacienčių (-tų), tiek darbuotojų per asmenines patirtis įgytos žinios yra labai vertinamos. Dirbtuvių metu joms skiriama daug erdvės, tikima, kad jos į dirbtuves įneša atjautos. Dėl to ši Atsigavimo dirbtuvių metodika yra labiau panaši į Atsigavimo Koledžo, įkurto Anglijoje (Perkins, 2018), programą. Atsigavimo Koledže akcentuojama asmeninė patirtis, kuri žengia koja kojon su teorinėmis žiniomis. Į Koledžą žmonės registruojasi patys ir nėra kažko nukreipiami. Tad dalyvaujantys Koledžo programoje žmonės yra laikomi ne pacientais, o dalyviais. Kursai, siūlomi Atsigavimo Koledže, yra naudingi kiekvienam asmeniui – juose ieškoma būdų, kaip galima spręsti ir gyventi su kasdienybėje kylančiais iššūkiais. Tuo tarpu Ligos vadybos ir atsigavimo programoje vyrauja tradicinis požiūris į psichikos sveikatos sunkumus kaip į „ligą“ ir telkiamasi į ją – t. y. siekiama suprasti savo simptomus ir juos kontroliuoti.

Žinios, sukauptos per asmeninę patirtį, sudaro didelę dalį Atsigavimo dirbtuvių ir jos dalyviai – tiek pacientės (-ai), tiek ir darbuotojos (-ai) – yra itin skatinami dalintis savo mintimis ir patyrimais, kurie susiję su savaitės tema. Daugelis temų, su pora išimčių, yra bendro pobūdžio. Pavyzdžiui, tokios temos kaip miegas, mityba, fizinis aktyvumas, kasdienis gyvenimas ir jo iššūkių įveika, sapnai, atsakomybės, „Kas yra „normalu“?“, prasmė, nerimas, laisvė gyventi,

mano grupė, kaip savimi rūpintis, savęs pažinimas, emocijos ir jų reguliacija, dvasingumas, tikėjimas ir egzistencija. Labiau specifinės temos apima balsų girdėjimą, vaistus ir psichikos sveikatą, krizes ir jų planus, grupinius skaitymus.

Dėmesingas įsisąmoninimas: užsiėmimas vyksta kasdieną 9:05–9:20. Jį veda skyriaus darbuotoja (-as). Šio grupinio užsiėmimo tikslas – susitelkti į savo kvėpavimą, jaustis komfortiškai sėdint užmerktomis akimis grupėje žmonių, pažinti ir sąmoningai priimti savo jausmus bei mintis, pajauti savo kūną, kuris yra ryšyje su kvėpavimu, jausmais, mintimis ir aplinka. Po dėmesingo įsisąmoninimo sesijos kiekviena (-as) norinti (-is) pasidalina sesijos įspūdžiais ir kilusiais jausmais, yra aptariamos veiklos, kurios vyks tą dieną.

Kūrybinė grupė. Skyriuje vyksta kassavaitinė kūrybinė grupė, kurią veda darbuotoja (-as), turinti (-is) meno ir saviraiškos terapijos išsilavinimą.

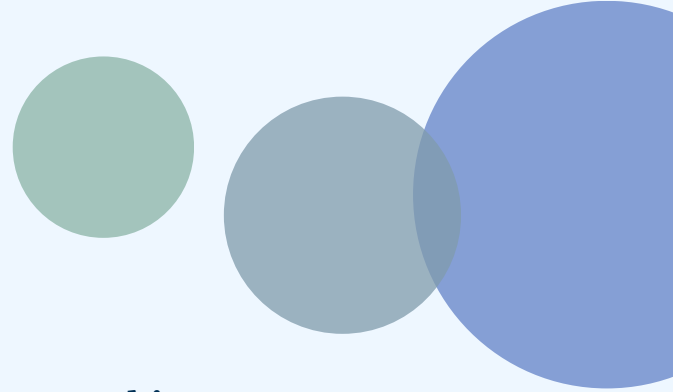
Meno terapija – tai savęs išreiškimas kūryboje. Jos tikslas – išreikšti savo mintis ir jausmus per kūrybiškumą. Vaizdiniai, spalvos, simboliai gali papasakoti istoriją ir tuo pat metu padėti surasti resursų, kurių asmuo negalvojo, kad turi. Kūrybos procesas gali padėti rasti palengvėjimą, išryškinti anksčiau nepastebėtus asmenybės bruožus. Šioje terapijoje nėra svarbu kūrybos objektas ar turimi piešimo gebėjimai.

Atsigavimas per muziką. Muzikos terapijos grupė vyksta kartą per savaitę, ją veda muzikos terapeutė (-as). Užsiėmimas prasideda muzika – klausomasi terapeutės (-o) arba pasiūlytos arba narės (-io) paprašytos dainos, o vėliau pasidalinama savo jausmais ir mintimis apie išgirstą dainą.

Fizinis lavinimas. Fizinio lavinimo užsiėmimai vyksta 3 kartus per savaitę. Fizinio lavinimo programa sudaryta taip, kad joje galėtų dalyvauti visi nepriklausomai nuo fizinio pasirengimo. Dvi dienas iš trijų vyksta jėgos treniruotės sporto salėje, likusią dieną vyksta kardio treniruotė lauke.

Po vakarienės skyriuje prasideda laisvalaikiui skirtas laikas. Tuo metu dirbantys darbuotojai yra pasiekiami ir gali pacientėms (-ams) pasiūlyti užsiimti tam tikra veikla, pakviesti pokalbiui, aptarti iškilusius poreikius ir gydymo planą. Norima, kad skyriuje tvyrotų draugiška atmosfera, tad visuomet būna įvairių projektų ir veiklų, kurias darbuotojos (-ai) ir pacientės (-ai) atlieka drauge, pavyzdžiui,

žygiai į kalnus, maudymasis eketėje, koncertai ir kino filmų peržiūros. Taip pat gali būti ir didesni projektai, kaip, pavyzdžiui, ligoninės muzikos festivalio organizavimas. Viso to tikslas yra sukurti erdvę, kurioje visi veikia kartu – išbando naujus dalykus ir įgyja naujų patirčių. Tai suteikia galimybę kurti tarpusavio santykius, tiek tarp pacienčių (-tų) ir darbuotojų, tiek tarp pačių pacienčių (-tų).



Vaistų vartojimas – Dozės mažinimas – Nutraukimas

Gydymo nenaudojant vaistų programa siūloma asmenims, kurie patiria sunkių psichikos sveikatos sunkumų ir nori pereiti prie gydymo be vaistų. Nepaisant to, maždaug pusė pacienčių (-tų) skyriuje naudoja medikamentus per savo hospitalizacijos laikotarpį. Šie pacientai nori sumažinti vartojamų neuroleptikų kiekį (dar vadinamų nuotaiką stabilizuojančiais vaistais). Mažai žinoma apie ilgesnį nei 2 metų palaikomąjį gydymą neuroleptikais (Harrow et al., 2013, 2021). Nepaisant to, dauguma pacienčių (-tų) juos naudoja daug ilgiau. Nepakankamai žinių turima ir apie vaistų, skirtų bipolinio sutrikimo ar psichozės gydymui, dozės mažinimą arba vartojimo nutraukimą. Psichiatrai ir kiti medicinos specialistai nėra to mokomi ir negauna reikalingos ekspertizės įgydami daktaro laipsnį. Realybėje tokių vaistų dozės mažinimas palaipsniui kur kas skiriasi nuo ant vaistų pakuočių esančių instrukcijų, profesinių gairių ar mokslinės literatūros. Vaistų dozės mažinimo proceso metu gali pasireikšti visiškai nauji sunkumai, tai reikalauja lankstaus ir individualaus požiūrio kiekvienai (-am) pacientei (-ui).

Tuo tarpu psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos ir psichikos sveikatos sunkumų patirties turinčių žmonių paramos grupės iš savo patirties yra sukaupusios daug vertingų žinių apie šį procesą. Psichotropinius vaistus naudojančys asmenys jau seniau ėmėsi įvairių iniciatyvų, kurios leido rinkti žmonių laipsniško vaistų kiekio mažinimo patirtis bei plačiai skleisti iš jų įgytas

žinias. Vienas tokios iniciatyvos pavyzdys yra Vilo Holo (Will Hall) ir „Icarus project“ (liet. „Ikaro projektas“) 2007 metais anglų kalba publikuota knyga „Žalos mažinimo vadovas, norint nustoti vartoti psichotropinius vaistus“ (angl. „Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs“). Ši knyga yra žmonių, kurie vartoja psichotropinius vaistus, patirties pasidalijimas ir praktinių patarimų rinkinys apie tai kaip sumažinti arba nutraukti psichotropinių vaistų vartojimą. Knyga buvo išversta į daugelį kalbų. Kita iniciatyva – internetinė svetainė „The Inner Compass Initiative“ (liet. „Vidinio kompasos iniciatyva“). Svetainę kuria ir atnaujina žmonės, turintys asmeninės vaistų dozės mažinimo patirties. Platformoje galima rasti patarimų, kaip palaipsniui atsisakyti psichotropinių vaistų, įskaitant ir detales gaires savarankiškam vaistų dozių keitimui. Abi šios iniciatyvos yra dar vienas įrodymas, kokios vertingos yra asmenų, patiriančių psichikos sveikatos sunkumus, patirtys ir iš jų kylančios žinios. Šiuo atveju asmenys, turintys sunkumų patirties ir vartojantys psichotropinius vaistus, surinko informaciją, kurios trūksta net medicinos specialistams ir padarė ją prieinamą visoms ar visiems, kuriems to reikia. Žinoma, vaistų nutraukimo procesas yra labai individualus procesas, kiekvienai (-am) galintis reikštis skirtingai. Į jį turi būti įtrauktas ir psichikos sveikatos specialistė (-as).

Norvegijos psichiatrijos asociacija 2020 metais publikavo straipsnį „Klinikiniai patarimai kaip palaipsniui sumažinti ir visiškai atsisakyti antipsichozinių vaistų vartojimo“ (eng. „Clinical advice for phasing out and discontinuation of antipsychotic drugs“) Straipsnyje pripažinta, kad apie vaistų mažinimą ir saugų nutraukimo procesą yra žinoma labai mažai, o pats procesas gali būti žalingas asmens sveikatai. Straipsnyje taip pat pateiktas sąrašas simptomų, kurie gali atsirasti palaipsniui mažinant vaistų dozę, kartu su rekomendacija vaistus mažinti labai palaipsniui – kas 2-3 mėnesius dozę sumažinti tik 10-25 %.

Horovic ir kolegijų (-ų) (Horowitz et al.) straipsnis, publikuotas 2021 metais, aprašo neuroleptikų mažinimo metodą. Straipsnyje siūloma priartėjus prie visiško neuroleptikų nutraukimo dozę mažinti vis mažesniu procentu. Rekomenduojamas 5-10% dozės mažinimas kas 3-6 mėnesius. Paskutinė dozė, prieš visiškai sustabdant vaistų vartojimą, turėtų būti 1/40 pačios pradinės dozės. Įrodymai teigia, kad naudojant šią strategiją mažėjo atkryčio tikimybė. Norint įgyvendinti tokią vaistų dozės mažinimo strategiją, yra reikalingos daug mažesnės dozės negu įprastai parduodamos vaistinėse.

Nyderlanduose, bendradarbiaujant su pacientėmis (-ais), mokslininkėmis (-ais) ir farmacininkėmis (-ais), buvo sukurtos „mažinimo juostelės“, kurios suteikia galimybę daug laipsniškiau mažinti psichoaktyvių vaistų kiekį, nei leidžia įprastos vaistų dozės. Nuo 2013 metų, kuomet atsirado pirmos juostelės, dabar tokiu būdu pateikiama 49 skirtingų psichotropinių vaistų rūšių. 2019–2020 metais jas buvo galima importuoti į Norvegiją. Tačiau šią importo galimybę Norvegijos vaistų agentūra sustabdė 2020 metais, tariamai dėl eksporto draudimo Nyderlanduose. Tokių priemonių prieinamumas ar gamyba Norvegijoje yra būtina, norint padėti daugiau žmonių palaipsniui atsisakyti psichotropinių vaistų.

Gydymo be vaistų skyriuje, norint palaipsniui mažinti vaistų dozes, atsižvelgiama į šiuos aspektus:

- Kokios yra ankstesnės pacientės (-o) patirtys mažinant arba atsisakius vaistų?
- Ar tai yra tinkamas laikas pradėti dozės mažinimą? Ar žmogaus gyvenimas šiuo metu yra stabilus tokiose srityse kaip gyvenamoji vieta, finansai, santykiai, veiklos, mokslai ar darbas?
- Ar yra paramos tinklas (tiek šeimos, tiek institucijų), kuris padėtų šiame procese?
- Ar yra paruoštas „avarinis planas“, kuriame būtų numatyti galimi sveikatos pablogėjimai ir kaip į juos reaguoti? Kokių iškiliančių sunkumų galima tikėtis? Ar gali būti, kad pasireikš tie sunkumai, dėl kurių teko vartoti vaistus apskritai? Jeigu taip nutiktų, kaip tai turėtų būti sprendžiama nenaudojant vaistų?
- Koku tempu turėtų vykti dozės mažinimas? Svarbu pasiruošti iššūkiams ir simptomų atsiradimui; reikia numatyti ir galimas pertraukas medikamentų mažinimo plane bei jo koregavimą.
- Kaip turėtų būti atliepti žmogaus baziniai poreikiai, tokie kaip mityba, miegas, poilsis, fizinis aktyvumas?
- Svarbu apmąstyti ir tokius aspektus kaip asmens gyvenamoji vieta, darbas ar pinigai pragyvenimui, veiklos ir socialinis ratas.

Iki šiol turėtos patirtys gydymo nenaudojant vaistų skyriuje

Gydymo nenaudojant vaistų programa Norvegijoje veikia jau beveik penkerius metus. Šios teksto rašymo metu, apie 80 žmonių jau praėjo šį gydymą. Skyrius geba vienu metu vykdyti 30 skirtingų aktyvių pacienčių (-tų) programų. Į šį skaičių įeina ir asmenys, einantys programą vietinio rajono psichiatrijos centruose, ir tie, kurie yra ruošiami priėmimui į skyrių.

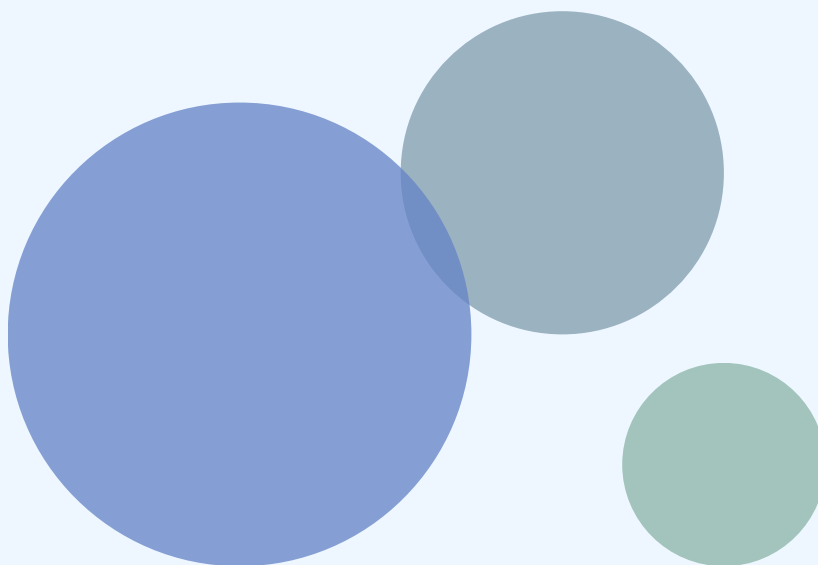
Du trečdalius skyriuje gydytų pacienčių (-tų) sudaro moterys, ir vieną trečdalį – vyrai. Amžius varijuoja nuo 19 iki 63 metų. Per daugelį metų kreipimūsi skaičius pasiskirstė gana tolygiai. Daugiau nei pusė nukreiptųjų į skyrių patyrė ilgalaikę psichozę, kita dalis – turinčios (-tys) bipolinio sutrikimo diagnozę. Dauguma turėjo gretutinių diagnozių. Žmonėms su aktyviomis priklausomybėmis nebuvo siūloma gydytis skyriuje. Beveik visi asmenys, dalyvavę programoje, anksčiau buvo hospitalizuoti psichiatrinėse ligoninėse Norvegijoje ir patyrė priverstinį gydymą – tiek priverstinį hospitalizavimą, tiek privalomą gydymą neuroleptikais.

Kadangi ši gydymo programa siekia atliepti kiekvienos (-o) pacientės (-o) poreikius individualiai, labai skiriasi kiekvieno asmens priėmimų skaičius, trukmė ir pats gydymo kursas. Žmonių apsilankymo skyriuje skaičius svyruoja nuo 1 iki 26, o trukmė – nuo 1 dienos iki 1 metų. Dažniausiai intensyvaus gydymo kursui taikomas modelis yra 2 savaitių kursas, kartojamas 1-3 kartus per pusę metų.

Kalbant apie vaistų dozės mažinimą, beveik visos ar visi skyriaus pacientės (-ai) anksčiau turėjo neuroleptikų naudojimo patirties. Rašant šį tekstą, maždaug pusė pacienčių (-tų) naudojo neuroleptikus reguliariai. Kita pusė turėjo patirties vartojant vaistus, tačiau prieš atvykstant į skyrių jau buvo nutraukę jų vartojimą savarankiškai. Dar kita dalis norėjo skyriaus pagalbos mažinant medikamentų vartojimą. Skyriaus darbo patirtis rodo, kad tuomet, kai neuroleptikai yra naudojami ilgą laiką, sumažinti dozę ir galiausiai visiškai jų atsisakyti, gali pareikalauti daug laiko ir pastangų. Ypatingai tuomet, kai žmogus naudoja kelis skirtingų tipų neuroleptikus – tokiu atveju procesas gali užtrukti ir keletą metų. Lėtas vaistų atsisakymo procesas mažina simptomų, galinčių atsirasti dozės mažinimo metu, pasireiškimo tikimybę. Vis dėlto, tikriausiai, svarbiausia šio

proceso dalis yra psichologiniai procesai, vykstantys nagrinėjant skausmingus vidinius išgyvenimus, t. y. mokantis priimti tuos išgyvenimus ir tvarkytis su jais nenaudojant vaistų.

Gydymas nenaudojant vaistų yra prieinamas Šiaurės Norvegijos ligoninės gydymo be vaistų skyriuje, tačiau jis vis dar vystymo ir tobulinimo fazėje. Bendradarbiavimas su pacientėmis (-ais) ir į jų gydymą įsitraukusiais artimais žmonėmis suteikė daug žinių bei padidino personalo kompetencijas. Patirtis įgaunama po truputį, nuolat vystant dialogą tarp darbuotojų ir pacienčių (-tų). Sukauptos žinios yra naudojamos nuolatiniam programos tobulinimui, laikant pacienčių (-tų) poreikius bei atsiliepimus pagrindiniu prioritetu. Tikimasi, kad gydymo programa pateisins skyriaus lūkesčius, prisidėdama prie žinių gilinimo ir tokios praktikos skleidimo. Gydymo nenaudojant vaistų programa sukėlė didžiulį susidomėjimą tarptautiniu lygmeniu ir bendrojoje žiniasklaidoje. Skleisti žinią apie tokį gydymą įvairiuose profesiniuose forumuose, kalbant su tarptautinėmis ir vietinėmis susidomėjusiomis organizacijomis taip pat yra didelis skyriaus prioritetas.



Citatos

Iš BBC radijo ir laikraščio programų:

„Jaučiu, kad pirmą kartą gyvenime pradedu save atrasti. Pradedu ugdyti savo savigarbą ir drįstu turėti viltį dėl ateities, o tai yra nuostabu.“

„Aš stengiuosi rasti ryšį su savo emocijomis vietoj to, kad slopinčiau simptomus. Mes tyrinėjame, ko nori tas balsas ir ką turiu daryti, kad jis nutiltų.“

Iš laikraščio „Sinn og Samfunn“:

„Čia mes dirbame su savo emocijomis saugioje aplinkoje. Namuose turėčiau susigrąžinti gyvenimo kontrolę.“

Literatūros sąrašas

Fellesaksjonen (2013, 11. februar). *Grunndokument for Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester*. <https://medisinfrietilbud.no/grunndokument/>

Gøtzsche, P.C. (2015). *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hall, W. (2014). *Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. *Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs* (2nd ed., p. 51). (2012). <https://willhall.net/comingoffmeds/> Creative commons.

Harrow, M. and T. H. Jobe (2013). "Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery?" *Schizophr Bull* 39(5): 962-965.

Harrow, M., et al. (2021). "Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders." *Psychol Med*: 1-11.

Helsedirektoratet. (2017). *Svar på henvendelse – Faglig forsvarlighet ved legemiddelfrie behandlingstilbud*. <https://bit.ly/3zYcIHF>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (veileder IS-1957)*. <https://bit.ly/3oXqFzj>

Helse Nord. (2016). *Medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern – innhold og dimensjoner for tilbudet, oppfølging av styresak 143-2015*. <https://bit.ly/3p2hdKY>

Helse – og omsorgsdepartementet (2015, 26. november). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015*. <https://bit.ly/3vIiTxc>

Heyes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.

Horowitz, M. A., et al. (2021). "A Method for Tapering Antipsychotic Treatment That May Minimize the Risk of Relapse." *Schizophrenia Bulletin*.

Moncrieff, J., Cohen, D., Mason, J.P. (2009). The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 120(2)102–111.

Moncrieff, Joanna, Gupta, Swapnil, & Horowitz, Mark Abie. (2020). Barriers to stopping neuroleptic (antipsychotic) treatment in people with schizophrenia, psychosis or bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 204512532093791–2045125320937910. <https://doi.org/10.1177/2045125320937910>

Mueser, Kim T, Meyer, Piper S, Penn, David L, Clancy, Richard, Clancy, Donna M, & Salyers, Michelle P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Supplement 1), S32–S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>

Perkins R, Meddings S, Williams S, Repper J (2018) *Recovery Colleges 10 Years On*, Nottingham, ImROC.

Stendal, Dora Schmidt. (2016). Kan pasientenes egne notater i journalen bidra til å fremme pasientperspektivet i behandlingen? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(3), 252–262. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-03-08>

Taylor, M. J. and S. Yim (2018). "Is there rebound psychosis on withdrawal of antipsychotic medication in schizophrenia?" *Schizophrenia Research*, 201, 430–431.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18–25.

Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler*. Oslo: Abstrakt forlag.

