

Giedrė Baltrušaitytė

Psichiatro-paciento santykiai pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje

Santrauka

Straipsnyje analizuojami psichiatro-paciento santykiai bendruomeniniame psichinės sveikatos priežiūros kontekste. Analizė remiasi kokybiniais interviu, 2002 m. atliktais su Kauno psichikos sveikatos centrų pacientais. Straipsnyje parodoma, kad pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje reprodukuojasi paternalistinis psichiatro-paciento santykis, būdingas institucionalizuotai (stacionarinei) psichiatrinei priežiūrai, grindžiamas paciento priklausomybe bei pasyvumu. Problematizuojama tokio santykio įtaka psichiatrinių pacientų gebėjimui adaptuotis bendruomenėje.

Įvadas

Deinstitucionalizacija yra vienas pagrindinių XX a. pokyčių psichinės sveikatos priežiūros srityje. Deinstitucionalizacija vadinama sveikatos politika, kuri siekia mažinti hospitalizuotų pacientų skaičių (Seidman ir French 1998). Paprastai šio proceso plėtra sukuria bendruomeninį psichinės sveikatos priežiūros paslaugų, perimančių tolesnę buvusiųjų ligoninės pacientų sveikatos priežiūrą, tinklą.

Deinstitucionalizacija prasidėjo šeštajame dešimtmetyje JAV ir greitai persikėlė į Vakarų Europą. Šį procesą paskatino psichiatrijos ligoninių atžvilgiu kilusi kritikos banga. Buvo pastebėta, kad kuo ilgiau pacientai praleidžia psichiatrinėje ligoninėje, tuo labiau jiems būdingas vadinamasis institucionalizmo sindromas – būseną, pasižyminti apatija, uždarumu, iniciatyvos bei savarankiškumo stoka ir priklausomybe nuo institucijos (Wing ir Brown 1970, Lamb 1998). Pavyzdžiui, Wing ir Brown (1970) atliktas tyrimas parodė, kad kuo ilgesnį laiką šizofrenija sergantys pacientai, kurių sutrikimo laipsnis išlieka pastovus, praleidžia psichiatrinėje ligoninėje, tuo labiau jie darosi pasyvesni ir apatiškesni. Mažėja ir jų gebėjimas savarankiškai spręsti gyvenimo problemas. Esminė problema šiuo atveju glūdi ne dėl administracinių trūkumų ar lėšų stokos, bet dėl pačios psichiatrinių ligoninių aplinkos bei vidinės organizacijos. Goffmanas (1961) teigia, kad tokios visuminės institucijos kaip psichiatrinės li-

goninės, nuasmenindamos pacientus bei nuolat pažeisdamos jų žmogišką orumą priverstiniais gydymo metodais ar griežta vidine tvarka, tik paspartina ir pasunkina ligos eigą. Nėgama to, ligoninė uždeda stigmatizuojančią psichikos ligonio etiketę, kuri tampa pagrindiniu individo tapatumą žyminčiu požymiu, išliekančiu net ir palikus psichiatrinę instituciją.

Deinstitucionalizacija ir bendruomeninių psichiatrijos paslaugų plėtra buvo grindžiamos "biopsichosocialiniu", t.y. holistiniu požiūriu į psichiatrinius pacientus, pabrėžiant žmogiškojo orumo, normalizacijos, įgalinimo ir žmogaus teisių vertybes (McCubbin ir Cohen 1999, Busfield 1996). Ši reforma siekė vykdyti humaniškesnę ir efektyvesnę psichiatrinę priežiūrą, ypatingą dėmesį skiriant psichosocialinei reabilitacijai bei psichikos sutrikimus turinčių žmonių integracijai visuomenėje.

Vis tik, nepaisant visų institucinių pokyčių bei ideologiškai naujos psichiatrinės pagalbos koncepcijos, bendruomeninė psichikos sveikatos priežiūra neišvengė hospitalizacinio konteksto problemų. Buvo pastebėta, kad ir bendruomeninėse paslaugose linkę atsigaminti institucinės tvarkos, kontrolės ir prievartinio paternalistinio gydymo veiksniai (Brown 1985). McCubbin ir Cohen (1999) teigia, kad psichiatrinė priežiūra, nepaisant deinstitucionalizacijos tikslų ir vertybių, iš esmės išlaiko prievartinį pobūdį. Prievarta šiuo atveju gali būti taiko-

ma tiesiogiai, t.y. nukreipiant pacientą prievartinei hospitalizacijai, arba netiesiogiai, pvz., kai pacientas yra priverstas sutikti su taikomu gydymu, nes tik šitaip gali gauti pašalpas ar kitas paslaugas. Neretai prievartą nusako ir "savanoriškas" sutikimas gydytis, t.y. kai pacientas sutinka gydytis, nes kitaip, jo manymu, psichiatrinis gydymas būtų taikomas prievarta.

Lietuvoje psichinės sveikatos priežiūra, kaip ir visa sveikatos sistema, pradėta pertvarkyti atgavus nepriklausomybę (Aleksna 2003). Ši reforma remiasi Lietuvos nacionaline koncepcija, kurios esmė yra aktyvi sveikatos politika, orientuota į preventinę sveikatos priežiūros strategiją ir visuomenės bei atskirų jos narių dalyvavimą įgyvendinant sveikatos priežiūros tikslus.

Psichikos sveikatos reforma yra orientuota į psichiatrijos paslaugų deinstitutionalizaciją akcentuojant pirminės arba ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros grandies svarbą bei psichikos sutrikimus turinčių žmonių socialinę rehabilitaciją (Valstybinė psichikos ligų profilaktikos programa 1999). Šitaip nuo 1998 m. Lietuvoje buvo pradėti steigti psichikos sveikatos centrai (toliau PSC). Kaune tokie centrai buvo įkurti prie teritorinių miesto poliklinikų. Šių centrų tikslas - teikti kokybiškas, savalaikes, tęstines, į pacientų poreikius orientuotas pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje, vykdyti po-stacionarinį, palaikomąjį gydymą bei rehabilitaciją iš ligoninės grįžusiems pacientams, padedant jiems prisitaikyti visuomenėje (*Psichikos sveikatos centro nuostatai* 1996). PSC dirba įvairūs specialistai: psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai, psichikos sveikatos slaugytojos, teikiantys pirminės profilaktikos, diagnostikos, gydymo bei socialines paslaugas.

Remiantis kokybiniais interviu su Kauno psichikos sveikatos centrų pacientais, šiame straipsnyje analizuojami psichiatro-paciento santykiai ambulatoriniame psichiatrinės priežiūros kontekste. Straipsnio tikslas – apibūdinti šių santykių modelį, pabrėžiant psichiatro-paciento partnerystės svarbą pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje. Straipsnyje bus tik trumpai užsimenama apie paciento santykius su kitais PSC specialistais (šiuo atveju - socialiniais

darbuotojais), nors, be abejonės, jų vaidmuo gydant psichikos sutrikimus turinčius žmones yra labai svarbus. Psichiatro-paciento santykių analizė pasirinkta todėl, kad gydytojas psichiatras atlieka pagrindinį vaidmenį skiriant, kontroliuojant gydymą bei teikiant nurodymus kitiems centro specialistams paciento gydymo klausimais.

I. Psichiatro - paciento santykiai besikeičiančioje psichiatrinėje priežiūroje

Psichiatro – paciento santykiai sociologinėje literatūroje apibrėžiami kaip paternalistiniai. Paternalizmas, įvardijantis, kad psichiatras dominuoja apibrėždamas savo santykį su pacientu, t.y. pats vienas priima su gydymu susijusius sprendimus, psichiatrinėje praktikoje išvirtino taikant (bio)medicininę orientaciją į ligą bei jos gydymą.

Psichiatrijos mokslas ir klinikinė praktika nuo pat jos vystymosi pradžios rėmėsi (bio)medicininiu modeliu (Busfield 1986, Pilgrim ir Rogers 1999, Haslam 2000, Kriščiūnas 2002). Šioje Vakarų medicinos tradicijoje pagrindinis dėmesys buvo skiriamas ligos kaip tam tikros individualaus organizmo patologijos identifikavimui ir gydymui, pabrėžiant biologinių-techninių ligos aspektų svarbą. Atitinkamai paciento patirtys ir išgyvenimai tapo "moksliškai nereikšmingais", o tai įteisino pasyvius paciento santykius su gydytoju. Toks požiūris į pacientą ypač būdingas biologinei psichiatrijai, kuri vyravo institucionalizuotame (stacionariniame) psichiatrinės priežiūros kontekste. Nors psichiatrijoje gyvavo ir psichodinaminė pakraipa, pabrėžianti individo motyvacijos svarbą terapiniame santykiuje, nauji moksliniai atradimai psichoneurologijoje, genetikoje, veiksmingų medikamentų kūrimas pastaruoju metu vėl sustiprino biologinės psichiatrijos (o kartu ir (bio)medicininio modelio psichiatrijoje) pozicijas (Busfield 2000, Palmer 2000).

Psichikos sutrikimo biologizavimas iš esmės rodo, kad pacientas nėra laikomas atsakingu dėl jį ištikusios psichinės sveikatos problemos ir kartu negali pats pašalinti sutrikimo valios ar savikontrolės pastangomis (Veatch 1981).

Šis sergančio individo atleidimas nuo kaltės bei atsakomybės yra viena pagrindinių (bio)medicininio modelio funkcijų. Viena vertus, šitaip socialiai nepriimtinas, nesuprantamas ar nerimą keliantis elgesys bei mąstymas, būdingas įvairiems psichikos sutrikimams, yra atskiriamas nuo nusikalstamo (kriminalinio) elgesio, už kurį individas turi atsakyti ir paprastai yra baudžiamas. Kita vertus, paciento atsakomybės eliminavimas primeta jam pasyvaus terapinės sąveikos dalyvio vaidmenį. Paternalistinio gydytojo-paciento santykio psichiatrijoje būtinumą legitimuoja ir psichiatrinių teorijų konstruojamos psichikos sutrikimo sampratos. Kadangi psichikos sutrikimai apibūdinami kaip sugebėjimo spręsti įvairias gyvenimo problemas, savikontrolės praradimas, taipogi kaip apatija, bejėgiškumas, emocinis nestabilumas, pagaliau kontakto su realybe praradimas (tai rodo, kad žmogus nėra savikritiškas savo būsenos atžvilgiu), įtvirtinami galios atžvilgiu asimetriški gydytojo-paciento santykiai, kuriuose psichiatrai suteikiama teisė priiminėti svarbiausius sprendimus paciento gydymo (kuris gali būti ir prievartinis) atžvilgiu.

Parsonsas (1951) vienas iš pirmųjų sociologiškai apibūdino simetrišką gydytojo-paciento santykių modelį. Šis modelis remiasi tam tikrų vaidmenų sąveika, kuri Parsonso manymu yra funkcionali socialinės tvarkos atžvilgiu. Gydytojo vaidmuo įpareigoja gydyti sergančius individus objektyviai, nešališkai ir nesavanaudiškai pasinaudojant profesionaliomis žiniomis ir įgūdžiais, o pacientas prisiima "sergančiojo vaidmenį" (*sick role*), kuris ligos laikotarpiu atleidžia nuo kasdienių socialinių vaidmenų, tačiau drauge įpareigoja siekti sveikatos, paklūstant ir vykdant gydytojo nurodymus. Pacientas pats negali priimti racionalių terapinių sprendimų savo ligos atžvilgiu, kadangi jis stokoja reikalingų medicininių ir techninių žinių. Todėl visi su gydymu susiję klausimai paliekami spręsti gydytojui, kuris taipogi vertina, kiek šis gydymas yra sėkmingas ar nesėkmingas.

Paternalistiniai Parsonso terapinės sąveikos modelio elementai, įsitvirtinę ilgą laiką vyrausioje institucionalizuotoje psichiatriniėje priežiūroje, tapo tarsi savaime suprantamais. Vis

dėlto besikeičiantis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo modelis reikalauja naujo požiūrio tiek į patį pacientą, tiek į jo gebėjimą savarankiškai gyventi bendruomenėje. Bendruomeninėje priežiūroje tiek ligos, tiek gydymo samprata neišvengiamai prasiplėtė apimdama tokias sritis, kurios būtų tik periferinės ligoninės kontekste: tarpasmeninius santykius, emocinę aplinką šeimoje, kasdienes materialines sąlygas bei individo gebėjimą adaptuotis visuomenėje. Taigi deinstitutionalizuota psichinės sveikatos priežiūra nebegali remtis tradiciniais paternalistiniais psichiatro-paciento santykiais, kadangi gyvenimas bendruomenėje reikalauja iš paciento naujų įgūdžių bei pastangų.

Sociologai pažymi, kad paternalistinis šio santykio pobūdis sustiprina paciento priklausomybę nuo psichikos sveikatos specialisto bei įtvirtina stigmatizuojantį požiūrį, kad psichikos sutrikimą turintis žmogus nesugeba savarankiškai ir atsakingai spręsti savo problemų (Barham 1992, Busfield 1996). Pabrėžiama ir tai, kad pacientas, išlaikydamas tokį santykį, išties praranda gebėjimą (kuris yra ypač svarbus integruojantis į bendruomenę) priimti savarankiškus gyvenimo sprendimus (Ingleby 1981). Pasak Ingleby, psichiatriniai pacientai neturėtų būti *a priori* traktuojami kaip neracionalūs ar kaip neatsakingi už savo veiksmus. Pati psichikos sutrikimo esmė yra ta, kad pacientas liaujasi suvokti savo gyvenimą kaip prasmingą, o save kaip aktyvų veikėją, ir tai jam yra jau pakankamai emociškai skausminga. Traktuodami pacientą kaip pasyvų ir neatsakingą už savo elgseną (o tai, iš esmės rodo, kad psichiškai sutrikusio asmens veiksmai ar mąstymas laikomi beprasmybišiais ir socialiai beverčiais), psichiatrai tik dar labiau sustiprina paciento nepasitikėjimą savimi.

Šiuolaikinėse sveikatos priežiūros koncepcijose yra pabrėžiama, kad humaniška, etiška ir įgalinanti psichikos sveikatos priežiūra turi būti grindžiama abiejų terapinių santykių dalyvių partneryste. Partnerystė nusako paciento įgalinimą ar skatinimą aktyviau dalyvauti priimanant sveikatos priežiūros sprendimus, taigi ir pasitikėjimą juo (McClelland ir Szmukler 2000). Šiuo atveju ypač svarbus darosi išsamus

paciento švietimas, susijęs su sutrikimais bei gydymo metodais. Tiesa, psichiatrijoje būna situacijų, kai pacientas nėra pajėgus suprasti ar kritiškai įvertinti savo būklę, o drauge ir jam suteikiamą informaciją. Kita vertus, ne visi pacientai yra linkę aktyviau dalyvauti ar išgirsti tai, kas galėtų jiems sukelti nerimą. Todėl psichiatras turėtų klausti paciento, kiek ir ką šis pageidauja žinoti bei kaip jis pageidauja dalyvauti gydant save (Shergill ir kt. 1998).

Įvairūs tyrimai rodo, kad partnerystės santykiai tarp gydytojo ir paciento, paremti abipusiu supratimu ir pasitikėjimu, turi įtakos terapinio proceso rezultatams. Tiek pačios konsultacijos, tiek ir gydytojo-paciento santykių sėkmė priklauso nuo abipusiai pasiekto sutarimo dėl sutrikimo etiologijos, diagnozės, fiziologinių ar emocinių patirčių reikšmingumo, prognozės bei pasirinkto gydymo metodo. Toks sutarimas pasiekiamas tik aktyvaus bendravimo, sveikatos švietimo ir bendradarbiavimo dėka. Šiuo atveju svarbi yra pati bendravimo kokybė: gydytojo noras bendrauti, sugebėjimas išklausti ir suprasti, pacientui rodomas dėmesys bei rūpestis, abipusis pasitikėjimas (Mechanic 1978). Įtarumo ir nepasitikėjimo atmosferoje sėkmingas gydymo procesas yra mažai tikėtinas. Savo ruožtu paciento pasitikėjimas psichiatru gali suveikti kaip placebo efektas, įtakojantis geresnius sveikimo rezultatus (Goodyear-Smith ir Buetow 2001). Kita vertus, kuo lygiavertiškesnis gydytojo-paciento santykis, tuo labiau pastarasis bus linkęs laikytis numatyto gydymosi plano (ypač jei šis turi ne tik teigiamą, bet ir pašalinį neigiamą poveikį) (Goldberg ir Huxley 1980, Goodyear-Smith ir Buetow 2001, Shergill ir kt. 1998) bei toliau tęsti psichiatro konsultacijas (Mechanic 1978, Morgan 1999). Svarbu ir tai, kad partnerystės santykiai didina paciento pasitikėjimą savimi ir savigarbą (Barham 1992). Tie pacientai, kurie jaučia galį nors kiek kontroliuoti savo gyvenimą ir kurie aktyviai dalyvauja aptariant ir priimant su jų sveikata susijusius sprendimus, patiria geresnius gydymosi rezultatus (Goodyear-Smith ir Buetow 2001), jiems lengviau integruotis bendruomenėje (Hall ir Nelson 1996).

II. Tyrimo apibūdinimas

“Pacientų požiūrio į Kauno miesto psichikos sveikatos centruose teikiamas paslaugas” kokybinis tyrimas (pusiau struktūrizuoti interviu) buvo atliekamas 2002 m. balandžio-gegužės mėnesiais. Tyrime dalyvavo 19 PSC pacientų – 14 moterų ir 5 vyrai. Jauniausiam informantui buvo 16 m., vyriausiajam – 71 m. 12 informantų prieš pradėdami lankytis PSC buvo gulęję psichiatrinėse ligoninėse.

Informantus dalyvauti interviu dažniausiai pakviesdavo centrų socialinės darbuotojos bei slaugytojos. Jų buvo prašoma parinkti skirtingo amžiaus, kuo įvairesnius psichikos sutrikimus bei gydymosi patirtį turinčius pacientus. Sutrikimo diagnozė interviuotojams nebuvo žinoma. Interviu buvo atliekama tik su tais informantais, kurie laisvanoriškai sutiko pasikalbėti. Pokalbiai vyko įvairių PSC patalpose, jų trukmė (priklausomai nuo informanto nusiteikimo kalbėtis) – nuo 20 iki 50 minučių.

Atliekant kokybinius interviu buvo naudojamos iš anksto paruoštos klausimų gairės. Šios gairės buvo parengtos remiantis “Pirminės sveikatos priežiūros ir ligoninių restruktūrizacijos: vartotojų pasitenkinimo tyrimo”, atlikto Kauno m. 2001 m., duomenimis bei kita su tyrimo tematika susijusia literatūra. Interviu gaires sudarė keletas klausimų blokų:

- kreipimasis į PSC (turima informacija apie PSC; kreipimosi motyvai, lūkesčiai);
- pacientų priėmimas (registracija, specialisto ar paslaugos pasirinkimo galimybės);
- bendravimo su specialistu kokybė (santykių su įvairiais centro specialistais vertinimas);
- informacijos apie sutrikimą bei gydymo metodą suteikimas (paciento dalyvavimas/bendradarbiavimas su specialistu skiriant gydymą).

Šiame straipsnyje bus analizuojami psichiatro-paciento bendravimo bei informacijos suteikimo konsultacijos metu aspektai.

III. Interviu analizė

Pasitikėjimo ir bendravimo svarba psichiatro-paciento santykiuose

Psichikos sutrikimus turinčių pacientų pa-

sitenkinimas psichikos sveikatos paslaugomis yra ypač glaudžiai susijęs su specialisto-paciento santykių kokybe. Dėl ilgą laiką besitęsiančio arba net ir nepagydomo sutrikimo šiems pacientams tenka dažnai kontaktuoti su įvairiais psichikos sveikatos specialistais, todėl ir tarpusavyo santykių kokybė tampa svarbiu terapinio proceso aspektu.

Interviu analizė atskleidžia, kad pasitikėjimas yra vienas esminių elementų gydytojo-paciento sąveikoje. Šiuo atveju reikėtų akcentuoti tiek paciento pasitikėjimą gydytoju, tiek gydytojo pasitikėjimą pacientu. Abipusis pasitikėjimas vienas kitu įgalina abu terapinių santykių dalyvius aktyviau bendradarbiauti gydymo proceso metu, kurti labiau simetrišką bei įgalinančią terapinę sąveiką. Bendradarbiavimas, kaip jau minėta, skatina pacientus laikytis paskirto gydymo kurso ir turi įtakos siekiant geresnių gydymo rezultatų.

Remiantis atliktais interviu galima išskirti keletą pagrindinių gydytojo-paciento pasitikėjimą vienas kitu blokuojančių veiksnių. Paciento nepasitikėjimą psichiatru (ar kitais psichikos sveikatos specialistais) neretai sukelia žeidžiantis specialistų elgesys. Nuo psichikos sutrikimų kenčiantys žmonės labai jautriai reaguoja į nepagarbų ar jų orumą žeminantį sveikatos specialisto elgesį. Šie žmonės neretai yra patyrę traumuojančių gydymosi epizodų, ypač ligoninėse: „ligoninėje tai baisiai būdavo: jei pasakai, kad tau taip yra, tai baisiai daug vaistų privaro“; „(...) aš, kai gulėjau ligoninėje, tai, žinokit, buvo labai baisu (...) tik nori, ką nors pasakyt (psichiatru) - nueina, nekreipia dėmesio, visai kaip ne į žmogų. Ten jau buvo labai blogai.“ Neigiama ligoninės ar konsultacijos patirtis gali ilgam sukelti paciento nepasitikėjimą ne tik psichiatru ar kitų psichikos sveikatos specialistų, bet ir pačių psichikos sveikatos priežiūros centrų atžvilgiu. Vienas informantas* pasakojo:

Galvojau, kad ten (PSC) (...) mes turim būti paklusnūs kaip ligoninėje, ta prasme. Aš įsivaizdavau, kad mes būsime, kaip čia pasakius...nu, tu esi ligonis, tu privalai manęs klausyti. Kažkaip įsivaizdavau viską griežtai, įsivaizdavau tokį nesiskaitymą su žmogum, kažką tokio (...).

* Informantų kalba netaisyta (red. past.)

Toks požiūris gali neigiamai įtakoti psichikos sutrikimus turinčių žmonių apsisprendimą kreiptis dėl psichiatrinės pagalbos. Abipusio pasitikėjimo formavimosi procesą dažnai blokuoja ir išankstinis psichiatro nusistatymas traktuoti pacientą ne kaip individualią asmenybę, bet kaip „psichikos ligonį“:

Interviuotojas: Kaip jie (PSC gydytojai) bendrauja su Jumis?

Informantas: Bendrauja taip, kaip su, pavyzdžiui, kaip kortelėje parašyta. Jeigu kortelėje parašyta antra grupė - bendrauja, kaip su tokiu žmogumi...kuris jau pabuvęs visai kitoj aplinkoj, kur gulėjęs kokioj ligoninėje (...). Aš taip suprantu.

Šiuo atveju, diagnozė tarsi iš anksto apsprendžia bendravimo ribas, t.y., „informuoja“ gydytoją apie paciento sugebėjimą arba nesugebėjimą adekvačiai reaguoti į situaciją, apie galimus jo elgesio modelius, tolesnius sutrikimo vystymosi scenarijus. Liga tampa tarsi esmine paciento charakteristika, pagrindine jo tapatybe, užgožiančia kitus individo tapatybės ar asmenybės bruožus. Psichiatro nepasitikėjimą gali didinti tai, kad kai kurių psichikos sutrikimų eigą (taigi ir paciento elgseną) sunku prognozuoti. Kaip aiškina vienas informantas, reikia laiko, kad tiek gydytojas, tiek pacientas pažintų vienas kitą ir įgytų pasitikėjimo, nors kartais niekas taip ir nepasikeičia:

Interviuotojas: O su kuriuo specialistu sekasi geriausiai bendrauti?

Informantas: Iš gydytojų, tai su (pamini pavardę), bo jis mane jau iš seniau pažįsta, nors ir jis iš pradžių ne kaip žiūrėjo, bet dabar jau visai nieko.

Interviuotojas: O kaip jis su Jumis bendravo ir bendrauja?

Informantas: Nu, anksčiau jis įtartinau žiūrėjo, dabar jau taip nežiūri ir jau, jau...

Interviuotojas: Įtartinau, tai kaip?

Informantas: Va, jam, vat, atrodžiau, kad aš jam meluoju, o dabar jau taip negalvoja. Tai tada, pirmą kartą žmogų pamatęs – nėr ko norėt, kad su visais šnekėtų...jo nuotaika...reik laiko, paskui jau kitaip ir žiūri.

Interviuotojas: O kaip Jums atrodo, nuo ko priklauso bendravimas tarp gydytojo ir paciento, tarp gydytojo ir Jūsų?

Informantas: Ai, nežinau, gal nuo žmonių pripratimo, kartais būna, kad reik ir laiko, kad pasikeistų, o kartais būna, kad ir nieks nepasikeičia.

Jau buvo minėta, kad pasitikėjimu grįsta specialisto-paciento sąveika gali turėti įtakos gydymo rezultatams. Tokią prielaidą galima daryti remiantis ir šiuo tyrimu. Kaip teigė viena informantė: „einu (...) pas gydytoją, kurios patirtimi pasitikiu (...) pajutau, kad ji labai rūpestingai žiūri į ligonius. Man buvo toks...iš tikro norisi pasveikti, norisi geriau jaustis“. Šiuo atveju pasitikėjimas tampa svarbiu faktoriu sutelkiant vidinę paciento motyvaciją kovoti su liga.

Abipusis pasitikėjimas formuojasi bendraujant. Bendravimas šiuo atveju rodo ne tiek dažnesnius psichiatro-paciento kontaktus, kiek šių kontaktų kokybę. Reikia pažymėti, kad pacientai dažnai pabrėžia santykių su psichiatru paviršutiniškumą. Pasak informantų, psichiatru su pacientu reikėtų „bendrauti šiek tiek giliau ir išsamiau, daugiau rasti to bendravimo, tokio žmogiško bendravimo“. Savo ruožtu, „gilesniam“ bendravimui svarbus atvirumas („atvirumas, tai jausmų išreiškimas, kad galėtų (vienas kitą) suprasti - kai žmogus kalba, jį reikėtų suprasti“), taip pat ir nuoširdumas, sąžiningumas bei abipusė pagarba. Pacientai iš psichiatro tikisi ne vien gydymo ar vaistų išrašymo (viena informantė guodėsi: „surašo vaistukus ir sako, nu, eik, eik iš čia, eik iš čia - va, taip, va, lygtais koks gyvuliukas būčiau“), bet nori būti išklaustyti, išgirsti ir suprasti. Mechanics (1978) teigia, kad būtent gydytojo sugebėjimas ir noras bendrauti su pacientu, pastarajam gali reikšti, kad gydytojas yra išties suinteresuotas paciento sveikata. Dėmesingas ir empatiškas gydytojas skatina paciento pasitikėjimą ir tuo pačiu atvirumą, kuris yra labai svarbus nustatant diagnozę ir pritaikant gydymą (Hellström ir kt. 1998). Svarbu, kad gydytojas ne tik išklaustytų pacientą, bet ir pabandytų suprasti, kokią prasmę pastarasis suteikia savo išgyvenimams, kokios asmeninės problemos jį slegia, kaip jis aiškina savo sveikatos sutrikimą, nes nuo to gali priklausyti gydymo sėkmė.

Morgan (1999) teigia, kad nuasmenintos konsultacijos ir psichiatro nesugebėjimas suprasti paciento asmenines problemas gali tapti tolesnio nesilankymo priežastimi. Pasak jo, psichikos sutrikimus turintys žmonės pirmiausia

ieško supratimo ir paguodos, tačiau psichiatro konsultacijoje šie lūkesčiai retai patenkinami. Morgan atliktas tyrimas parodė, kad tie psichiatriniai pacientai, kurie buvo skatinami išsakyti savo problemas ir rūpesčius, dažniau patirdavo sveikatos būklės pagerėjimą ir tęsdavo konsultacijas su psichiatru negu tie, kurių asmeninės problemos nebuvo aptarinėjamos. Dėl poreikio išsikalbėti ir būti suprastiems pacientai būdavo labiau patenkinti ir psichologinėmis konsultacijomis ar psichoterapija. Taigi psichiatro sugebėjimas išklausti ir suprasti pacientą yra itin svarbūs pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje, kurioje, priešingai nei psichiatriniam stacionare, pacientas pats sprendžia ar jam tęsti gydymą.

Mūsų tyrime dauguma informantų paprašyti įvardinti PSC specialistus, su kuriais bendraudami jie jaučiasi geriausiai, pirmiausia paminėjo socialinius darbuotojus. Paciento-socialinio darbuotojo santykiai gerai iliustruoja bendravimo svarbą terapiniame kontekste ir „užastriena“ tokio bendravimo stoką santykyje su psichiatru. Su socialiniu darbuotoju pacientas praleidžia daugiau laiko: „daugiau kalbamės, bendraujame tenai, o su gydytoja nelabai“. Todėl, kaip teigia vienas informantas: „mes jau kaip bendra šeima (...), nu, gal su socialiniais darbuotojais - labiau, daugiau kalbamės, nes vis tiek jos žino mano ligą, supranta mane. Nu, kažkaip kaip bendra šeima jau“.

Socialinio darbuotojo darbe su pacientu, informantai akcentuoja „žmogiškumą“, „atsidavimą“, „pasitikėjimą“, „supratingumą“, „išklausymą“, „atvirumą“. Neformalius ir draugiškus santykius su socialiniais darbuotojais parodo tai, kad informantai juos vadina tiesiog vardais – „Jolanta“, „Kristina“, „Polina“. Pastebėtina, kad apie socialinius darbuotojus dažnai sakoma: „ji atiduoda save“, „tos abidvi mergaitės dirba dūšią įdėdamos į šitą darbą“, „gyvena šitom mūsų bėdom“, „dirba viršvalandžius“. Apie psichiatrus paprastai taip nekalbama ir santykiai su jais įvardijami kaip „oficialesni“, „privalomi“ („gi čia pas gydytoją eini, tai kaip į prievolę“).

Analizuojant pacientų atsiliepimus apie socialinius darbuotojus labai gerai atsiskleidžia poreikio išsikalbėti ir būti išklaustiems svarba:

Interviuotojas: Ar kalbėjimasis Jums ir yra svarbiausias dalykas?

Informantas: Taip, tikrai. Vat svarbiausias dalykas yra tai, kad ateit ir pasikalbėt. Ir tu žinai, kad tave išklausus, žinai, ne tai, kad jau labai stipriai, bet gali patart (...). Pavyzdžiui, būni žmogus prislėgtas, tu bandai to neparodyt, bet jie (socialiniai darbuotojai) pamato, leidžia tau išsikalbėt, jeigu nori – išsikalbėk, nenori – nesikalbėk apie tai. Tiesiog pasijunti visai kitaip. Vieną kartą į savaitę ateini ir kai praeina tas pirmadienis, tai tiesiog lauki to momento, kai galėsi dar ateiti (...) nu tu žinai, kad tave išklausus tikrai.

Būtent su socialiniu darbuotoju – ne su psichiatru - šis poreikis “išsikalbėti ir būti išklaustyti” yra geriausiai patenkinamas. Svarbu yra tai, kad toks bendravimas turi terapinį poveikį: “su ja (socialine darbuotoja) pakalbėjusi (...) man žinokit, tiek daug vilties atrodo, taip, taip šviesu akyse pasidaro...”.

Taigi, abipusis pasitikėjimas ir dėmesingas bendravimas yra svarbūs terapinio santykio elementai. Tiesa, psichiatrų galimybės aktyviau bendrauti su pacientu neretai yra ribojamos laiko stokos bei pacientų srautų. Dėl ilgesnių konsultacijų dalis pacientų gali netekti galimybės apskritai gauti sveikatos paslaugą. Todėl laiko stoka ir darbo krūvis verčia psichiatrus daugiau dėmesio skirti techniniams ir labiau išmatuojamiems savo vaidmens aspektams ir mažiau tiems, kurie yra reikšmingi pacientui. Vis tik, kaip pažymi Mechanic (1978), medikai neretai yra linkę pervertinti santykinę atliekamų techninių procedūrų svarbą, socialinės paramos, palaikymo ar pacientų švietimo klausimus laikydami mažiau reikšmingais.

Atlikti interviu leidžia daryti prielaidą, kad jei psichiatras sugeba išklausti ir pasistengti suprasti pacientą, jį palaikyti, parodyti savo rūpestį, tai tokia santykių mobilizuojama paciento vidinė motyvacija aktyviau įsitraukti į terapinį procesą. Tačiau psichiatro-paciento santykiai pilnaverčiais tampa tik tuomet, kai jie yra grindžiami partnerystės principu.

Partnerystės problema psichiatro-paciento santykiuose

1. Diagnozės atskleidimas. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo

(1995) 15 straipsnyje yra teigiama, kad “psichiatras privalo informuoti pacientą apie jo sveikatos sutrikimus, teikiamą sveikatos priežiūrą”. Be to, pacientas turi teisę susipažinti su savo ligos istorija, “išskyrus atvejus, kai informacija gali iš esmės pakenkti jo sveikatai”. Apie tokius apribojimus bei apie suteikiamos informacijos mastą sprendžia psichiatras, atsižvelgdamas į paciento būklę ir vadovaudamasis medicinos etikos reikalavimais. Taigi psichiatruvi įstatymiškai paliekama galia bei atsakomybė spręsti, kiek ir ką pacientas turėtų žinoti apie savo sutrikimą.

Dauguma tyrime dalyvavusių informantų teigė, kad informacija apie sutrikimą jiems yra svarbi, tačiau psichiatrai nėra linkę apie tai kalbėtis su pacientu. Pacientai supranta, kad gydytojas gali neturėti laiko ilgesniems pokalbiams (“jinai priima daugiau ligonių ir, ir kažkaip (...) kartais ir pasako, kartais neturi laiko. Kaip kada, kaip kurį kartą (...) trumpai tik jinai tą visą (daro)”), tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad dažnai iš gydytojo net ir nesitikiama gauti išsamesnių paaiškinimų:

Interviuotojas: Ar gydytojas Jums paaiškino, kokia yra diagnozė?

Informantas: Nieko nesakė. Aš net savo ligos nežinau. Ji man nieko nesako. Aš norėčiau, kad tai man būtų paaiškinta.

Interviuotojas: Kaip Jūs manote, kodėl gydytojas Jums to nepaaiškina?

Informantas: Gal dėl to, kad nesijaudintume, kad neišgąsdintų, geriau, kad to nežinotume.

Interviuotojas: Tai Jums gydytojas visiškai neįvardino Jūsų ligos?

Informantas: Ne.

Interviuotojas: Jūs prašėte?

Informantas: Ne. O kam? Vis tiek nepasakys.

Vienas informantas psichiatro vengimą kalbėtis su psichikos ligoniu apie sutrikimą aiškina taip:

Informantas: Gydytojai psichiatrai, bent konkrečiai mano atveju jokio aiškinimo nepateikia (...) Jie nenori. Ar jie bijo ligonį išgąsdinti, ar traumuoti, ar, kad kitas įsikalbės, ar bijos? Ar vis galvos, va, kad šizofrenija, epilepsija, ar čia kas? Jie bijo išgąsdinti ligonį arba tai yra profesinė paslaptis. Jeigu aš kad ir šiandien paklausčiau pas gydytoją apie savo ligą, tai esu beveik garantuotas, kad gydytojas man ir nieko nepasakys.

Interviuotojas: Jūs manot, kad tai profesinė paslaptis?
Informantas: Arba profesinė paslaptis, arba aš esu per menko intelekto gal kad suprasčiau vis tiek atsakymą. Arba tai nereikalinga man pasakyti, arba bijoma mane išgąsdinti gal. Gydytojai psichiatrai labai atšargūs žmonės, aš pažiūrėjau. Nieko išpešti neįmanoma, ką apie savo ligą paklausi.

Taigi psichiatro vengimas kalbėti apie diagnozę paciento suvokiamas kaip tam tikra profesinės praktikos taisyklė, savotiškas “tabu”, kurio gal net ir nevalia kvestionuoti. Paciento manymu, dėl panašių priežasčių jam neprieinama ir ligos istorija (“paciento kortelė”). Informantai minėjo, kad jie nelabai gali paskaityti, kas parašyta ligos istorijose: “neleidžia prieit prie šios informacijos”; “aš net neklausiau, kad aš galvoju, jog yra nemandagu”; “kortelė yra, bet aš skaityt neskaičiau, nes ją nuneša gydytoja”. Kai kuriems pacientams būtų įdomu paskaityti savo ligos istoriją, tačiau jie nesiryžta to paprašyti: “jeigu aš prašyčiau parodyti, ką ten rašo, aš bijau, kad nebūtų, nesusidarytų konfliktinė situacija”. Viena vertus, matyt, pacientui dar nėra gerai žinomos jo teisės. Kita vertus, anksčiau pateiktos interviu ištraukos yra gera tradicinių gydytojo-paciento vaidmenų, paremtų paternalistiniu gydytojo dominavimu, iliustracija. Gydytojas pats sprendžia, kiek ir ką sakyti pacientui, o per ilgą laiką psichiatrijame kontekste išsiskynęs ir daugelio pacientų išmoktas paciento vaidmuo slopina aktyvesnį paciento nusiteikimą klausinėti apie savo sutrikimą. Ilgą laiką nuo psichikos sutrikimų kenčiantys žmonės pripranta prie psichiatrinio diskurso sukonstruotų ir jiems primestų sergančiojo tapatybių ir vaidmenų, išmokančių juos tapti silpnais, priklausomais ir pasyviais (Medad ir Copeland 2000).

Kita vertus, psichiatras gali pateikti labai glaustą informaciją, nesileisdamas į platesnius aiškinimus. Tačiau neretai pacientui yra nesuprantama pati medicininė terminologija, lieka neaiški galima ligos prognozė ir pan. Jauna mergina, neseniai grįžusi iš psichiatrinės ligoninės pasakojo:

Interviuotojas: (...) ar Jums svarbi yra informacija apie gydymą?

Informantas: taip, būtent, būtent labai svarbu (...) Vat,

aš, būtent, norėčiau sužinoti...savo ligos kodą aš žinau, bet kas tai per sutrikimas, aš nežinau.

Interviuotojas: O apskritai, kaip gydytojas paaiškina Jūsų sveikatos sutrikimą?

Informantas: Nu, atseit šizotipinis – šizotipinis čia yra ne šizofrenija, jinau beveik kaip šizofrenija, tik skiriasi tuom, kad nėra tokių ten haliucinacijų – klausos ir regėjimo. O šiaip, nu, grynai kaip šizofrenija, tik lengvesnės formos.

Interviuotojas: Ir Jums užtenka tokio paaiškinimo?

Informantas: Tai, va, man neužtenka, bet paprasčiausiai nesileidžia į kalbas. (...) Pavyzdžiui mano sutrikimas F-25.

Interviuotojas: tai Jums taip ir pasako F-25?

Informantas: Nu, jo, ir šizotipinis ir viskas. O daugiau tu nieko nežinai, kas ten prie jo priklauso ir kaip ten. Aš bandžiau čia ieškoti, skaityti, bet būtent apie tokį vat neradau niekur. Čia yra asmenybės sutrikimas.

Kaip matyti iš interviu ištraukos, negavęs suprantamesnio paaiškinimo apie sutrikimą, pacientas gali pats bandyti ieškotis informacijos. Tačiau kyla klausimas, ar rasti informacijos šaltiniai netraumuos paciento labiau nei gydytojo paaiškinimai. Patys pacientai pripažįsta, kad informacija turėtų būtų pateikiama “žinančiai, išmanančiai”, kad “reikia labai sumaniai tą klausimą padaryti vis tik tai”.

Kita vertus, ne visiems pacientams reikia išsamesnio paaiškinimo apie sutrikimą (“<...> kam ta informacija? Gal iš dalies šiek tiek informacija reikalinga, bet visko žinoti nereikia. Nebūtina. Svarbu, kad žmogui padeda, o ta informacija – ji ne taip reikalinga”). Be to, ištis ne kiekvienas pacientas nori išgirsti savo diagnozę. Viena moteris pasakojo, kad “nei vienas neišdrįso specialistas man į akis pasakyti tai, kas yra, kas buvo akivaizdu. O jinau (gydanti psichiatrė) išdrįso”. Nors moteris ir numanė, kad “ta liga visam gyvenimui”, jai “taip negera buvo ant širdies”, kad daugiau pas tą psichiatrę nebesikreipė.

Patys psichiatrai gali vengti pacientui atskleisti diagnozę dėl stigmatizuojančio psichikos sutrikimo (ypač šizofrenijos) pobūdžio. Be to, jie gali būti nelinkę kalbėti apie sutrikimus, kurių prognozė yra pesimistinė. Taigi paciento informavimo apie psichikos sutrikimą klausimas yra ištis problematiškas ir kontroversiškas. Problematiška klausimo pusė yra ta, kad ne visi pacientai yra

pajėgūs priimti tokią informaciją ir psichiatru tenka atsakomybę už pasekmes, kurias gali sukelti diagnozės atskleidimas ar išsamesnis sutrikimo paaiškinimas. Kontroversišku šis klausimas tampa dėl to, kad psichiatrijoje tokio pacientų poreikio ignoravimas neretai yra tarsi savaime suprantamas. Tai vėlgi galima būtų paaiškinti pačiu psichiatrinė teorijų pobūdžiu. Viena vertus, kadangi daugelyje šių teorijų akcentuojami diagnostiniai ir gydymo aspektai, gilinimasis į paciento patirtis bei poreikius, bent jau biologinėje psichiatrijoje, yra būtinas tik tiek, kiek jis padeda atskleisti klinikinį sutrikimo vaizdą ir paskirti tinkamą gydymą. Kita vertus, pati psichikos sutrikimo konceptualizacija, akcentuojanti neigiamą ar individo asmenybei destruktivią simptomatiką, konstruoja ir įtvirtina pasyvaus, priklausomo ir neadekvačiai realybę suvokiančio paciento įvaizdį. Pagrindiniu jo vaidmeniu ir pareiga tampa gydytojo nurodymų vykdymas. Šiuo atveju pats psichiatras gali nesuvokti kiek jo elgesys ir požiūris į pacientą yra įtakojamas dominuojančių profesinių teorijų bei ideologijų. Ir vienu, ir kitu atveju, legitimuojama išankstinė nuostata, kad išsamus paciento informavimas gydymo procese nėra terapiškai reikšmingas. Kuomet tokia nuostata reprodukuojama deinstitutionalizuotoje psichiatrinėje priežiūroje, kyla klausimas, ar apskritai įmanoma įgalinti pacientą adaptuoti bendruomenėje, jei jis nėra skatinamas geriau suprasti savo sutrikimą.

Patys informantai mano, kad pacientas turėtų geriau pažinti savo ligą (“pats turi stebėti save, pats turi eiti klausti, eiti ir domėtis tuo <...>; “<...> negali žmogus būti priklausomas vien nuo kitų, pats turi savo iniciatyvą rodyti”; “<...> stengtis save kuo daugiau pažinti, nes psichikos liga yra labai sudėtinga”). Pacientui savęs pažinimas yra vienas iš ligos valdymo prielaidų. Šis pažinimas rodo “susigyvenimą su savo liga”, t.y. suvokimą, kad problema tikrai egzistuoja, kuris savo ruožtu tampa atspirties tašku kovojant su sutrikimu (“aš pradėjau pripažinti, kad aš sergu, <...> aš pradėjau pastebėti simptomus ir tiesiog matau, kad vaistai man padeda <...>, tiesiog supratau, kad

nuo manęs daug kas priklauso”).

2. *Informacijos apie skiriamą gydymo metodą suteikimas.* Pacientui plačiau neaiškinama ir apie skiriamą vienokį ar kitokį gydymo metodą (“...man išrašė vaistus ir be didelės informacijos, nelabai ten aiškinant...”). Kita vertus, jei gydytojas ir aiškina apie taikomą gydymo metodą, tai tokie paaiškinimai pacientui neretai nesuprantami dėl medicininio “žargonu”:

Interviuotojas: O ar gydytojas Jums paaiškina apie gydymo metodus, kuriais jis Jus gydo?

Informantas: Tai kartais paaiškina, bet kartais mes dar ne ant tiek protingi, kad ten viską suprastume, ką mums ir pasako.

Interviuotojas: O kaip jis Jums paaiškina?

Informantas: Nu tai, jei pagal jų tą sistemą paaiškina, tai, ką ten mes ten galim viską suprasti, bet, jeigu žmogiškiau, tada gal ir geriau suprastume.

“Mokėjimas išrašyti vaistus” yra svarbi gydytojo-paciento santykių dalis. Netinkamai sureguliuojami vaistai gali tapti konflikto priežastimi ar skatinti paciento nepasitikėjimą gydytoju:

Informantas: Dabar aš reikalauju, kad keistų kažkaip vaistus, nes man jie netinka, pykstatės mes dažnai, nes aš nenoriu jų naudoti, nes aš blogai jaučiuosi.

Interviuotojas: Ir kaip, prieštarauja Jums, neklauso Jūsų nuomonės?

Informantas: Taip, būtent, būtent.

Interviuotojas: Ir kaip Jums paaiškina?

Informantas: Nu, tiesiog sako, aš esu dėl to kalta, atseit, nes aš turiu juos gerti pastoviai, kažkiek tai laiko.

Interviuotojas: Jūs dėl to esate kalta?

Informantas: Nu, dėl to, kad, atseit, nu, aš turiu juos gerti, gerti, kol galų gale (...) tie vaistai man jau tikrai tiks ir aš pradėsiu gyventi. Bet man dabar jau reikia gyventi ir aš turiu darbo ieškotis, o aš su tais vaistais negaliu dirbti.

Interviuotojas: Ir kaip ji (psichiatrė) elgiasi?

Informantas: Nu, jinau paprasčiausiai...tu jai pasakai, kad tarkim...pasakai, nu, pavyzdžiui, aš jaučiu nuo tų vaistų, kuriuos man išrašėte, aš jaučiu įtampą. Ji man sako – tu jauti dėl to, kad tu įsitikinusi, kad tau tie vaistai netinka, o, kad aš kažkokią vidinę įtampą, o ne emocinę jaučiu, tai jinau nesupranta. Nu, grynai su tavim šneka, kaip jau ten didžiausiu šizofreniku.

Šioje situacijoje konfliktas kyla dėl to, kad gydytojas ignoruoja paciento patirtis – “šneka, kaip jau ten (su) didžiausiu šizofreniku”, kitaip tariant, elgiasi pagal principą “gydytojas

žino geriausiai”. Pacientą žeidžia tai, kad gydytojas labiau pasikliauja vaisto veikimu nei pačiu pacientu. Toks gydytojo elgesys yra ypač būdingas psichiatriniam kontekstui. Psichikos sutrikimo kaip atsakomybės ir savikontrolės stokos samprata yra įtampos tarp individo autonomijos ir paternalizmo ašis. Kadangi psichiatrinis pacientas yra suvokiamas kaip stokojančias savikontrolės ir neretai nesugebantis adekvačiai suvokti tikrovę, psichiatras gali ignoruoti paciento poreikius ar patirtis, būdamas įsitikinęs, kad žino geriau, ko pastarajam reikia.

Šiuo atveju būtina paminėti ir kitą problemą. Farmakologinė revoliucija neretai yra laikoma deinstitucionalizacijos proceso ir bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugų vystymosi varikliu (Pilgrim ir Rogers 1999, Prior 1996, Scull 1984). Nors deinstitucionalizacija prasidėjo anksčiau nei rinkoje pasirodė psichotropiniai vaistai, tobulėjantys medikamentai, be abejonės, paspartino psichikos sveikatos paslaugų perorganizavimo ir psichikos pacientų gražinimo į bendruomenę procesą. Medikamentų pagalba buvo tikimasi kontroliuoti daugelio psichikos sutrikimų simptomus ir tokiu būdu išlaikyti psichiatrinius pacientus bendruomenėje. Vis dėlto nors daugeliui šių žmonių nebereikia hospitalizacijos, vaistai toli gražu neišsprendžia visų jų problemų. Priešingai, kai kurios šių problemų gali paaštrėti (“bet man dabar jau reikia gyventi ir aš turiu darbo ieškotis, o aš su tais vaistais negaliu dirbti”...). Farmakologinė pažanga paverčia medikamentinį gydymą savotiška panacėja, sutelkiančia visą psichiatrų dėmesį ties galimybe kontroliuoti ligos simptomus. Kartu mažiau reikšminga tampa tai, kad vaistų poveikis apsunkina paciento socialinę bei ekonominę integraciją į bendruomenę.

Kita vertus, medikamentų šalutinis poveikis gali padaryti neatstatomą žalą paciento sveikatai. Labiau informuoti ar didesnę ligos patirtį turintys pacientai neretai patys gerai žino jiems tinkamiausius gydymo metodus - tiek vaistus, tiek nemedikamentinę terapiją - ir stengiasi labiau įtakoti gydymo procesą. Kaip teigia viena moteris (beje pati organizuojanti įvai-

rią socialinę veiklą PSC):

“(…) Neuroleptikus man rašo visada, bet aš visada sakau, kad aš jų negersiu ir žino, kad aš jų negeriu ir man leidžia jų negerti. (...) aš negeriu tų vaistų (...), jie turi žiaurų pašalinį poveikį ir (gydytojas) sako, aš tavim pasitikiu, aš žinau, kad tu gersi tada, kai tau jų reiks, kai bus kažkas tai tokio, kažkas baisaus, kai ten būna haliucinacijos ar dar kažkas tai tokio, kada jau atskiri, kad tai jau nebe realybė ir kad, jau tų vaistų reikia.”

Tačiau, norint pačiam reguliuoti vaistų dozavimą, reikia turėti tam tikrų įgūdžių, padedančių valdyti ligos eigą ar atpažinti besiriantį atkrytį. Kokybiniai interviu atskleidė, kad dažnas informantas, kreipdamasis į PSC, tikėjosi išmokti valdyti savo būsenas, tačiau kol kas pacientui apie tai mažai aiškinama:

Informantas: Iš tikrųjų, tai aš tikėjauisi truputį kitokios (PSC) pakraipos, kad būtų. Labiau, kad aiškintų, kaip ką daryti, kad kaip save nugalėti, apie ligą, kad kai užėina koks kliesdesys, ar užėina koks priepuolis, užėina panikos etapai. Va, kažkas tokio, man šito tai trūksta.

Interviuotojas: Tai Jums trūksta informacijos apie ligą, gydymą?

Informantas: Nu, kaip. Aš paklausiu, bet, jei nepaklausiu, tai ir nepasako.

Taigi, ir vėl grįžtame prie išsamesnio informavimo bei paciento švietimo stokos problemos. Lankstesnės vaistų skyrimo praktikos yra labiau būdingos abipusiu pasitikėjimu ir partneryste grįstiems gydytojo-paciento santykiams (anksčiau cituota informantė teigė visuomet turėjusi tokius psichiatrus, su kuriais galima “tartis”). Visgi, kaip pastebi informantai, dažniausiai gydytojas dominuoja konsultacijoje, nes “gydytojas yra vadovas, jis nusprendžia”. Arba, kaip teigia vienas informantas, gydytojui skiriant medikamentinį gydymą “pasitariam kažkiek biškį, bet, kad pasitarimas toks būtų konkretus, tokio nėra”, vis tiek “gydytojas lieka viršesnis bendravime, (...) jį sprendžia daugiau negu aš. Na, aš vis dėlto esu (...) pacientas”. Jau 20 metų epilepsija sergantis vyras paaiškina: “(...) tai dar pačiam gydytojui neįprasta klausti paciento nuomonės. Bet manau ateis laikas ir bus. Čia dar visiems kantrybės reikia”.

IV. Apibendrinimas

Remiantis atliktais interviu galima daryti prielaidą, kad tiek PSC dirbantiems psichiatrams, tiek ir patiems pacientams dar sunku susivokti kintančioje terapinėje erdvėje. Ilgainiui susiformavusius tradicinius psichiatro-paciento vaidmenis bei terapinių santykių modelius, vyravusius institucionalizuotoje aplinkoje, pakeisti yra gana sunku. Kaip parodė tyrimas, asimetriškas galios atžvilgiu psichiatro-paciento santykis, kuriame tebėra ryškus paternalistinis akcentas, yra linkęs reprodukuotis ir pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje. Psichiatrai ir toliau atlieka globėjišką, paciento kontrole bei priklausomybe grindžiamą profesionalo vaidmenį, kuriame paciento poreikiams ir patirtims nėra skiriama pakankamai dėmesio. Tuo tarpu pacientai retai arba nedrąsiai kvestionuoja psichiatro autoritetą ar psichiatrinio diskurso primetamą pasyvų psichiatrinio paciento vaidmenį. PSC dirbantiems psichiatrams vis dar sunku rekonstruoti pacientą kaip aktyvų ir lygiavertį terapinio santykio dalyvį, todėl gydytojo-paciento partnerystę neretai blokuoja abipusis nepasitikėjimas, mažai dėmesio skiriama bendravimo konsultacijų metu kokybei. Kita vertus, jei pacientas ir bando aktyviau perteikti savo nuomonę, neretai tai gali baigtis konfliktu (tik viena tyrime dalyvavusi informantė teigė, kad visuomet aktyviai dalyvauja kartu su psichiatru priimant svarbius sveikatos priežiūros sprendimus).

Pasak Sharma (1994), pacientai, siekiantys partnerystės santykio su gydytojais, neretai susiduria su prieštaravimu, būdingu moderniai medicinos praktikai. Tai yra priešprieša tarp etikos, skelbiančios, kad paciento poreikiai ir interesai visuomet yra svarbiausi, ir profesinio požiūrio, teigiančio, kad medicinos praktika remiasi specifinėmis žiniomis (mokslinėmis ir techninėmis), kurias galima įgyti tik specialių studijų bei praktikos metu, ir kurios nėra prieinamos pacientui. Todėl lygiavertis santykis su gydytoju siekiantys pacientai gali būti traktuojami kaip problemiški. Psichiatriniame kontekste toks paciento elgesys gali būti interpretuojamas net kaip psichikos sutrikimo sympto-

mas (Pilgrim ir Rogers 1999).

Tačiau pacientas bendruomenėje yra ne tas pats, kaip pacientas psichiatrinėje ligoninėje. Jei ligoninėje gydytojas ir galėjo pilnai kontroliuoti pacientą, tai naujojoje psichikos sveikatos priežiūros sampratoje, akcentuojančioje psichikos sutrikimus turinčių žmonių integraciją visuomenėje, pacientas neišvengiamai turi būti rekonstruojamas kaip aktyvus ir savarankiškas. Be abejo, psichikos sutrikimus turintys pacientai ne visuomet yra pajėgūs visapusiškai integruotis į socialinį ir ekonominį gyvenimą, tačiau bet kuriuo atveju gyvenimas bendruomenėje reikalauja naujų bendravimo, savarankiškumo ir prisitaikymo prie aplinkos įgūdžių, kuriuos ir turėtų skatinti PSC. Paternalistinė „gydytojas žino geriausiai“ pozicija apsunkina psichikos sutrikimus (neretai lėtinius) bei ligoninės patirtį (neretai ilgalaikę) turinčio žmogaus galimybes tapti savarankiškesniu bendruomenės nariu, sugebančiu bent kiek kontroliuoti savo gyvenimą.

Derėtų atkreipti dėmesį ir į kitą, etinę problemą. Kadangi, kaip parodė tyrimas, psichiatrai nesuteikia pacientui pakankamai žinių apie sutrikimą, diagnozę bei gydymo metodus, kyla klausimas, kiek psichiatrinis gydymas apskritai yra moralus, kitaip tariant, kiek jis yra neprievartinis. LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 16 straipsnyje teigiama, kad „be paciento sutikimo gydymas negali būti skiriamas“ (išskyrus tuos atvejus, kuomet pacientas yra priverstinai hospitalizuojamas). Sutikimas šiuo atveju rodo informuotą sutikimą, t.y. tokį sutikimą, kuris remiasi nuolatinio ir išsamio paciento švietimu bei žinių apie sutrikimą ir gydymo poveikį suteikimu. Kuomet pacientas nėra išsamiai informuojamas, jis netenka galimybės savarankiškai spręsti ar gydymas jam yra tinkamas ir priimtinas.

Pasak Pilgrim ir Rogers (1999), psichiatrai dažnai ignoruoja informuoto sutikimo klausimą. Paprastai šio sutikimo ignoravimas yra pateisinamas požiūriu, kad psichikos liga sergantis pacientas nėra pakankamai sąmoningas ar visiškai suvokiantis savo būseną. Pasak Pilgrim

ir Rogers, psichiatrinėje literatūroje sąmoningumas apibrėžiamas kaip paciento sutikimas su paskirtu gydymu. Jei pacientas priešinasi gydymui, jo veiksmai traktuojami kaip neracionalūs. Tačiau turint galvoje, jog medikamentinis gydymas sukelia šalutinį poveikį sveikatai, išties galima tikėtis, kad pacientas nepaklus gydytojo nurodymams. Pasak autorių, jei pacientai būtų išsamiai informuojami apie pašalinį vaistų poveikį, tuomet jie apskritai daug rečiau laikytųsi paskirto gydymo kurso.

Psichologinis sąmoningumas – šiuo atveju yra manoma, kad nesąmoningumas yra tarsi tam tikras gynybinis mechanizmas, apsaugantis nuo traumuojančio savo padėties suvokimo. Psichiatrai laikosi nuomonės, kad sąmoningesni pacientai greičiau atkrinta. Tačiau atkryčius lemia ne vien emocinė paciento būklė (pvz., jaučiamas nerimas ar beviltiškumas dėl ateities), bet ir išoriniai faktoriai (socioekonominės galimybės, visuomenės diskriminacija ir pan.). Pastarųjų faktorių poveikį būtų galima bent jau iš dalies kontroliuoti ugdant paciento pasitikėjimą savimi, savigarbą bei sutrikimo valdymo įgūdžius psichiatrinio švietimo priemonėmis.

Taip pat yra manoma, kad paciento sąmoningumą gali slopinti neuropsichologinio pobūdžio disfunkcija. Tačiau, pasak Pilgrim ir Rogers, problema šiuo atveju yra ta, kad kol kas nėra pakankamai įrodymų, patvirtinančių, kad kai kurie psichikos sutrikimai yra organinio pobūdžio. Be to, kadangi, kaip pažymi autoriai, psichikos sutrikimas pasižymi epizodiniu pobūdžiu, tai kaip psichiatrams žinoti, kada pacientas yra pakankamai ar nepakankamai sąmoningas? Pacientas gali suvokti, kas su juo vyksta, bet neadekvačiai vertinti kitų reakcijas. Tačiau tai būdinga ir psichiškai sveikiems žmonėms. Problema šiuo atveju yra ta, kad nė vienas individas, ko gero, negali pilnai suvokti ir reflektuoti viską, kas su juo vyksta (juk ir psichoanalizė teigia, kad dalį mūsų psichikos sudaro pasąmonė). Todėl psichiatrai turėtų klausti savo pacientų, kiek ir ką jie norėtų žinoti apie savo sutrikimus. Stokodami išsamesnių paaiškinimų pacientai gali bandyti ieškoti informacijos kitur, tačiau alternatyvūs šaltiniai ne visuomet yra kompetentingi, o kartu gali su-

kelti ir dar didesnę emocinę žalą.

Taigi požiūris į psichiatrinį pacientą kaip bejėgį ir negalintį pilnai suvokti savo sveikatos problemos tampa kliūtimi kurti labiau lygiaverčius, partneryste bei pasitikėjimu paremtus terapinius santykius. Tačiau, kaip jau minėta anksčiau ir kaip parodė mūsų atlikti kokybiniai interviu, tokie terapiniai santykiai labiau motyvuoja pacientą siekti sveikatos, suteikia didesnę pasitikėjimą savimi bei pasitenkinimą sveikatos paslaugomis. Savo ruožtu partnerystė įmanoma tuomet, kai ji remiasi informuotumo principu. Svarbu yra tai, kad pacientas, turėdamas daugiau žinių apie savo sutrikimą bei gydymą, tampa labiau įgalintas priimti savarankiškus sprendimus ne tik sveikatos, bet ir kitų gyvenimo problemų atžvilgiu.

“Įgalinimo” sąvoka reiškia sugebėjimą savarankiškai valdyti savo gyvenimą (Onken ir Slaten 2000). Tačiau įgalinimas tai nėra kažkas, kas yra duodama. Tai yra tai, kas pasiimama: kuomet žmonės jaučiasi įgalinti, jie prisiima atsakomybę už gyvenime iškilusias problemas. Pasak Onken ir Slaten, įgalinimas apima savigarbos, pasitikėjimo savimi ir tolesnės ateitimi aspektus. Kita vertus, jis reiškia galią mesti iššūkį dominuojančioms psichiatrinėms paradigmoms ir jų konstruojamiems gydytojo-paciento vaidmenims, kuriuos psichiatrai ir visuomenė primeta psichikos sutrikimų turintiems žmonėms.

Vadinasi, įgalinimas yra susijęs su pozityviu savęs suvokimu. Tačiau tokiam savęs suvokimui susiformuoti yra reikalinga fundamentali savosios tapatybės transformacija. Ši transformacija vyksta dalinantis, patvirtinant ir integruojant su psichikos sutrikimu susijusias patirtis į asmeninę savivoką. Subordinuojančiame (paternalistiniame) terapiniame kontekste individas perima vyraujančius psichiatrinis ligos vertinimus, požiūrius bei paradigmas, t.y. savos problemos įprasminimas yra absorbuojamas mokslinės-techninės medicinos konstruojamų sutrikimo sampratų, kurios blokuoja pozityvų savęs suvokimą (Scambler 1987).

Priklausomybės įveikimas bei aktyvumas (turint mintyse terapinį santykį su psichiatru ar kitais psichikos sveikatos specialistais) yra es-

minė sąlyga sėkmingai psichikos sutrikimą turinčio individo integracijai visuomenėje, kadangi galios stoka terapiniame kontekste sąlygoja psichikos sutrikimus turinčių individų izoliaciją ir socialiniame-politiniame kontekste. Todėl norint užkirsti kelią tolesniam psichikos sutrikimus turinčių žmonių demoralizavimui ir stigmatizavimui, reikia naujos, į paciento poreikius bei savos vertės pajutimą orientuotos psichiatrinės koncepcijos. Būtinai esminiai pokyčiai ne tik kalbant apie visuomenės, bet ir apie pačių psichinės sveikatos specialistų požiūrį į pacien-

tą. Kol psichiatrija pabrėš paciento pažeidžiamumą ir bejėgiškumą, tol pastarasis liks pasyviu paslaugų gavėju, paliekančiu psichiatrui spręsti, kas pacientui geriausia. Tol ir deinstitutionalizuota psichikos sveikatos priežiūra atgamins institucinio konteksto terapinius santykius. Hierarchinis psichiatrinio terapinio santykio pobūdis palaiapsniui pradės keistis tik tuomet, kai bus suvokta partneryste paremto santykio svarba, kuris iš esmės rodo, kad tiek psichiatras, tiek pacientas turi ko mokytis vienas iš kito.

Literatūra:

- Alekna R. Psichikos sveikatos priežiūros organizavimas. *Psichiatrija*, Vilnius: Vaistų žinios, 2003, p.40-44.
- Barham P. *Closing the Asylum*, London: Penguin Books, 1992.
- Brown P. *The Transfer of Care: Psychiatric Deinstitutionalization and Its Aftermath*, London: Routledge & Kegan Paul, 1985.
- Busfield J. *Managing Madness: Changing Ideas and Practice*, London: Unwin Hyman, 1986.
- Busfield J. *Men, Women and Madness*, London: Macmillan Press, 1996.
- Busfield J. Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health, pp.543-558, *Sociology of Health and Illness*, vol.22, no.5, 2000.
- Goffman E. *Asylums*, New York: Doubleday, Anchor Books, 1961.
- Goodyear-Smith F., Buetow S. Power Issues in the Doctor-Patient Relationship. – *Health Care Analysis*, 2001/9, p.449-462.
- Goldberg D., Huxley P. *Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care*, London: Tavistock Publications, 1980.
- Hall G.B., Nelson G. Social Networks, Social Support, Personal Empowerment, and the Adaptation of Psychiatric Consumers/Survivors: Path Analytic Models. – *Social Science and Medicine*, 1996/12, vol. 43, p.1743-1754.
- Haslam N. Psychiatric categories as natural Kinds: Essentialist Thinking About Mental Disorders. - *Social Research*, 2000/4, vol.67, p.1031-1058.
- Hellström O. et al. A Phenomenological Analysis of Doctor-Patient Interaction: a Case Study. – *Patient Education and Counselling*, 1998/33, p.83-89.
- Ingleby D. *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*, New York: Penguin Books, 1981.
- Kriščiūnas A. *Psichiatrija*, Vilnius: www.Skaityk.lt, virtuali leidykla – knygynas, 2002.
- Lamb H.R. Mental Hospitals and Deinstitutionalisation. In: *Encyclopedia of Mental Health*, San Diego: Academic Press, 1998, vol.2.
- Lietuvos Respublikos Psichikos Sveikatos Priežiūros Įstatymas*, Vilnius, 1995.
- McCubbin M., Cohen D. Extremely Unbalanced: Interest Divergence and Power Disparities Between Clients and Psychiatry. – *International Journal of Law and Psychiatry*, 1999/1, vol.19, p. 1-25.
- McClelland R., Szmukler G. Consent and Capacity in Psychiatric Practice Revisited. – *European Journal of Health Law*, 2000/7, p.47-55.
- Mead S., Copeland M.E. What Recovery Means to Us: Consumers' Perspectives. – *Community Mental Health Journal*, 2000/3, vol.36, p.315-328.
- Mechanic D. *Medical Sociology*, New York: The Free Press, 1978.
- Morgan D.G. 'Please See and Advice': A Qualitative Study of Patients' Experiences of Psychiatric Outpatient Care. – *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999/34, p.442-450.
- Onken S.J., Slaten E. Disability Identity Formation and Affirmation: The Experiences of Persons with Severe Mental Illness. – *Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Sociology*, 2000/2, vol.2, p. 99-111.
- Palmer D. Identifying Delusional Discourse: Issues of Rationality, Reality and Power. – *Sociology of Health and Illness*, 2000/5, vol.22, p.661-678.
- Parsons T. *The Social System*, New York: The Free Press, 1951.
- Parsons T. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, London: Addison-Wesley Publishing Company, 1981, p.57-83.
- Pilgrim D., Rogers A. *A Sociology of Mental Health and Illness*, Buckingham: Open University Press, 1999.
- Prior L. *The Social Organization of Mental Illness*, London: Sage Publications, 1996.
- Psichikos sveikatos centro nuostatai*, Vilnius, 1996.
- Seidman E., French S.E. Community Mental Health. In: *Encyclopedia of Mental Health*, San Diego: Academic Press, 1998, vol.1.
- Scambler G. *Sociological Theory and Medical Sociology*, London: Tavistock Publications, 1987.
- Sharma U. The Equation of Responsibility: Complementary Practitioners and Their Patients. In: *The Hea-*

ling Bond: *The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*, London: Routledge, 1994, p.82-107.

Shergill S.S. et al. Communication of Psychiatric Diagnosis. - *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998/33, p.32-38.

Scull A.T. *Decarceration. Community Treatment and the Deviant: A Radical View*, Cambridge: Polity Press, 1984.

Valstybinė psichikos ligų profilaktikos programa, Vilnius, 1999.

Veatch R.M. The Medical Model: Its Nature and Problems. In: *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, London: Addison-Wesley Publishing Company, 1981, p.523-545.

Wing J.K., Brown G.W. *Institutionalisation and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960-68*, Cambridge: Cambridge University Press, 1970.

Summary

This article discusses psychiatrist-patient relationship within the deinstitutionalised context of primary mental health care. Discussion is based on 19 semi-structured interviews with psychiatric outpatients attending mental health care services at Kaunas mental health care centres (MHCC).

The interviews showed that, despite the goals and values of deinstitutionalisation, which emphasises patients' autonomy, empowerment and socio-economic integration within society, the paternalistic model of psychiatrist –

patient relationships is further reproduced within MHCC. This relationship is based on rigid hierarchical roles of a dominating psychiatrist taking traditional stance of “doctor knows better” and a passive, dependent and submissive patient. As a consequence, patients are left in a disempowering position that prevents them from taking charge of their own lives and health as well as makes their adaptation in society more difficult. Therefore, there is a need for a more empowering re-conceptualisation of a psychiatric patient.

Įteikta 2003 06 16

Pateikta spaudai 2003 07 04

Kauno Vytauto Didžiojo universiteto
Sociologijos katedra
K.Donelaičio g. 52, Kaunas