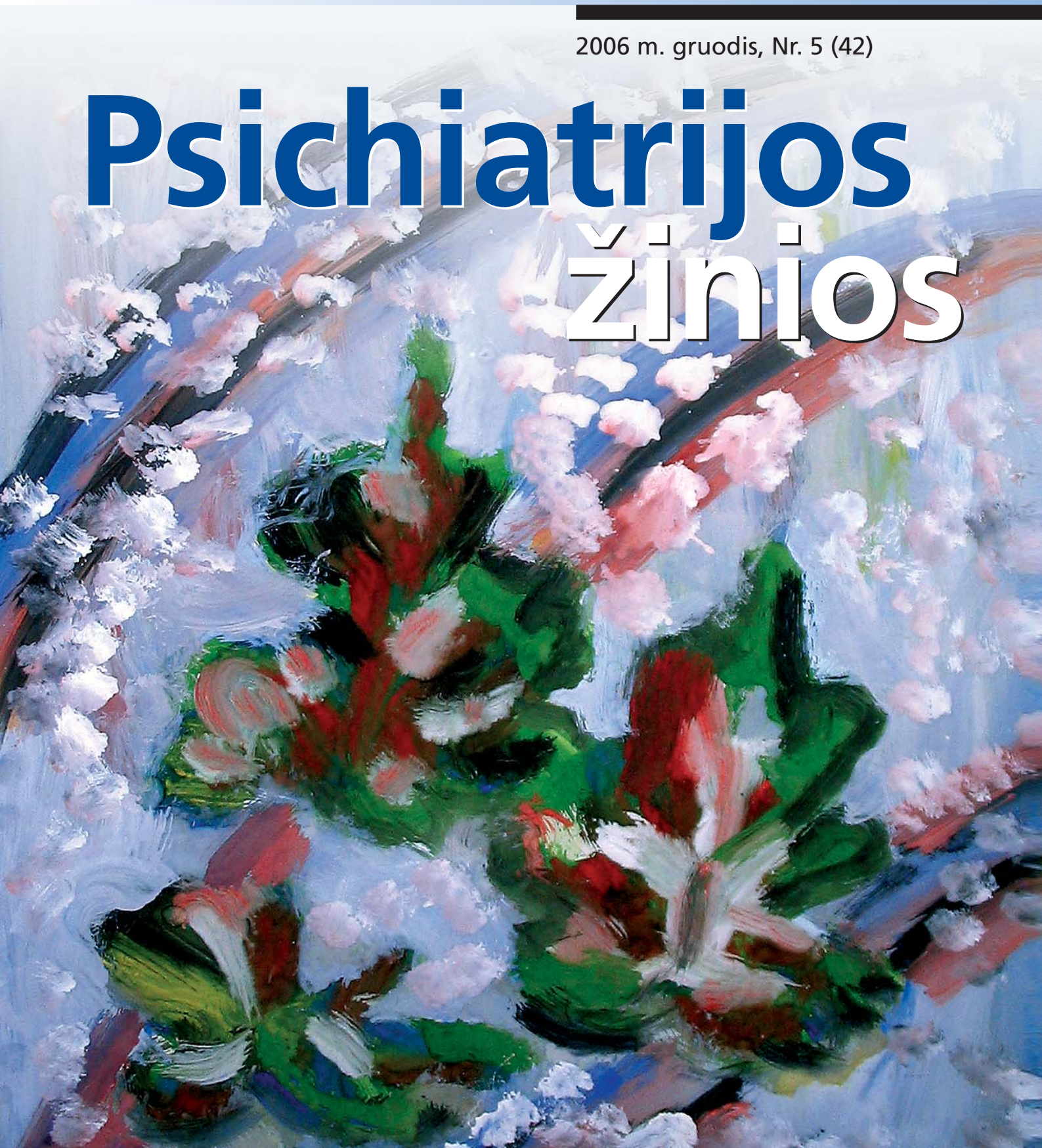




LIETUVOS PSICHIATRŲ ASOCIACIJOS specializuotas informacinis leidinys gydytojams

2006 m. gruodis, Nr. 5 (42)

Psichiatrijos žinios





mirzaten[®]
mirtazapinas

30 mg ir 45 mg tabletės

Unikalus veikimo antidepresantas

spalvingi jausmai

Indikacija. Didžiosios depresijos epizodas. **Dozavimas.** Pradinė paros dozė – 15 mg. Didžiausia paros dozė – 45 mg. Senyviems pacientams rekomenduojamos tokios pačios dozės kaip jaunesniems suaugusiems. Mirzaten rekomenduojama gerti 1 kartą per parą, prieš miegą. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas vaistui. **Specialieji perspėjimai.** Galimas kaulų čiulpų funkcijos susilpnėjimas, pasireiškiantis granulocitopenija ar agranulocitoze, paprastai atsirandantis po 4–6 savaitių. Jis būna laikinas ir dažniausiai išnyksta baigus vartoti vaistą. Atsargumas ir reguliarius stebėjimas būtinas mirtazapino skiriant pacientams, sergantiems epilepsija, organiniu sindromu, kepenų arba inkstų nepakankamumu, širdies ligomis, hipotenzija. Pacientams, sergantiems inkstų arba kepenų nepakankamumu, mirtazapino klirensas gali būti mažesnis. Nenustatyta, ar saugu ir veiksminga vartoti mirtazapiną vaikams.

Mirtazapinas gali mažinti gebėjimą sutelkti dėmesį ir budrumą. **Sąveika.** Mirtazapinas gali sustiprinti CNS slopinantį alkoholio poveikį bei sedatyvinį benzodiazepinų poveikį. Mirtazapino nereikėtų vartoti kartu su MAO inhibitoriais ir 2 savaites jų vartojimą baigus. **Nepageidajami poveikiai.** Padidėjęs apetitas ir kūno svorio prieaugis, galvos svaigimas ar sedatyvinis poveikis (paprastai pasireiškia pirmosiomis gydymo savaitėmis). **Farmakoterapinė grupė.** Antidepresantas. **ATC kodas.** N06AX11. **Pakuotė.** 30 plėvele dengtų tablečių po 30 mg arba po 45 mg. **Įsigijimo tvarka.** Tik pateikus receptą.

Peržiūros data. 2004 m. rugsėjis.

Daugiau informacijos gali suteikti gamintojas.

Krka, d.d., Novo mesto, Smarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija
Krka atstovybė Lietuvoje, A. Goštauto g. 40, 01112 Vilnius, tel. (8–5) 236 27 40

 KRKA

Redaktorė Nijolė Goštautaitė



Štai prabėgo dar vieneri metai su „Psichiatrijos žinioms“. Žurnalas ir toliau auga, įvairėja, rodo yra skaitytojų laukiamas. Apžvelgiant praėjusius metus džiugu, kad žurnale įsitvirtino vaikų ir paauglių psichiatrijos rubrika, tęsiama doc. L. Radavičiaus įsteigta teismo psichiatrijos skiltis. Gausėjančios

temos – net tik apie vaistus – plečia akiratį, atskleidžia psichiatrijos įvairovę, primena iš kur atėjome, paryškina kelią pirmyn. Vis daugiau klausimų sulaukia ir „Psichiatrijos kalbos“ straipsniai, kuriami patyrusios specialistės R. Dobelienės. Lanksčiai ir jautriai norminti psichiatrijos ir psichoterapijos kalbą – nelengva užduotis.

Nuo sekančių metų žurnalas taps prenumeruojamu visiems, tiesa, LPA nariams prenumerata kainuos mažiau. Tai daroma todėl, kad sustiprintume atgalinį ryšį su skaitytojais, pasitikrintume žurnalo poreikį ir, pagaliau, užtikrintume, kad žurnalas ir toliau bus leidžiamas (šie metai buvo ir abejonių metai!). Užsiprenumeruoti žurnalą paprasčiausia bus per artimiausią LPA suvažiavimą – 2007 m. vasario 9 d., kuriame jus pasieks ir pirmasis 2007 m. numeris, arba kreipiantis tiesiogiai į mus. Ne viena farmacijos kompanija taip pat norėtų pagelbėti gydytojams psichiatriams ir kitiems specialistams užsiprenumeruoti „Psichiatrijos žinias“.

Artėjantis LPA suvažiavimas kitais metais, nors ir ne ataskaitinis–rinkiminis, svarbus visiems, nes tikro LPA renginio jau nebuvo dvejus metus. Gausėjant farmacijos kompanijų organizuojamų renginių skaičiui, aktyvėjant mažesnėms draugijoms ir organizacijoms, daugelis pasigenda ir didesnio LPA aktyvumo. Apie LPA valdybos veiklą „Psichiatrijos žiniuose“ informuojame spausdindami valdybos susirinkimų protokolus, kurie bent paviršutiniškai atskleidžia sprendžiamų problemų apimtis, tačiau nariai vis dar nenoriai kalba apie problemas, išsako nuomones. Įvertinus aplinkinį bruzdesį, matyt, verta didinti Lietuvos psichiatrų asociacijos prestižą, nes ateityje stiprės LPA įtaka išduodant ir atnaujinant, mums visiems svarbias, gydytojo psichiatro licencijas. Pradėti tai daryti galima dalyvaujant suvažiavime, išsakant nuomonę, prenumeruojantis žurnalą.

Paskutiniame metų numeryje spausdiname Valstybinę psichikos sveikatos strategiją. Sekančiais metais tikimės nuomonių apie tai, kaip ši strategija pakeis psichiatrijos praktiką ir gydytojų psichiatro kasdienybę. RVPL direktoriaus V. Mačiulio interviu rasite nuomonę, kad strategija tai – kelio, kuriuo teks eiti ne vieną dešimtmetį, gairės, o doc. D. Pūro laiške – priminimą apie krizę, naują raginimą skubėti, kažko griebtis, nes pinigų strategijai įgyvendinti kaip ir nenumatyta. Panašius nuogastavimus esu išsakyusi dar pernai, tačiau tada visi dar tvieskė optimizmu. Žvelgiant filosofiskai ir prisimenant, kad visiems pokyčiams reikia laiko ir nuoseklaus, kantraus darbo, gal metų pabaigoje ramiau sureaguosime net ir į kraštutinius nuogastavimus.

Nuomonės, kurias spausdiname „Psichiatrijos žiniuose“, dažnai gana smarkiai skiriasi: rasime ir pagyrimų vaistus gaminančioms kompanijoms už

Redakcijos žodis 4

Aktualijos 6-16,18

- Psichiatrijos paslaugų kokybė nuolat gerėja
- Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tvarka
- Interviu su Ramute Lukošiuote
- Psichikos sveikatos strategija

Klinikinė praktika 17

- Tyrimas parodė, kad antidepresantai nedidina savižudybės rizikos

Priklausomybės ligų psichiatrija 20-22

- Konferencija „Priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų jauname amžiuje prevencija, gydymas ir rehabilitacija“
- Lietuvos ir Europos tendencijos narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityje

Psichiatrijos kalba 24

- „Slapčia nuo visuomenės“ ar „už uždarytų durų“?
- Psichikos ar psichinės ligos?

Teismo psichiatrija 25-27

- Pakaltinamumo, nepakaltinamumo ir riboto pakaltinamumo sąvokos, jų evoliucija ir šiuolaikinis supratimas

Vaikų ir paauglių psichiatrija 29-31

- Dvipolio afektinio sutrikimo ypatumai paauglystėje

Apie mus ne be mūsų 32-33

- Paciento patikėtinis Lietuvoje: veiklos ypatumai, problematika ir ateities planai
- Gera fizinė sveikata – viena iš svarbiausių žmogaus teisių

Nuomonė 34-35

- Mes jus kramtom – jūs mus remiat...

Klinikinė praktika 37-38

- Psichiatrijos reintegracija į mediciną: pacientai, sergantys psichikos sutrikimais

paramą projektams ir kelionėms, ir skepsio („Mes jus kramtom, jūs mus remiat...“), interviu su RVPL direktoriumi V. Mačiuliu – pagyrimų psichiatrams ir optimizmo dėl nuolat tobulėjančios Lietuvos psichiatrijos, o doc. D. Pūro laiške – grėsmingų abejonių dėl politikų apsisprendimo skirti lėšų psichikos sveikatai. Kas teisus, o gal visi šiek tiek teisūs – parodys laikas.

Klausydama radijo išgirdau, kad Lietuvos vaikai – nelaimingiausi pasaulyje, todėl reikia skirti pinigų požiūriams keisti ir stiprinti atsparumui. Tai pasakiusieji nepamino, kad vaikai nelaimingiausi šalyse, kur gerinama daugiausiai. Galbūt užuot investavus lėšas į abejotinais veiksmingus metodus, geriau stabdytumėm kryptingą tautos girdymą? Mokykloje galima praveisti „akiračius ir akipločius didinančius“ ir požiūrius keičiančius seminarus, netgi įvesti naujas disciplinas, kurių vadovėlius vaikai galėtų stenėdami vilkti mokyklon, deja, kol namuose jų grįžtančių lauks geriantys tėvai, kol alkoholiniai gėrimai bus be vargo prieinami – vargu ar požiūrių švytuoklė ims krypti į vakarus.

Galime dejuoti, galime juoktis, bet Lietuvoje straipsniuose apie rimtas psichikos sveikatos problemas neišvengiamai greta tikros informacijos pateikiami ir „neoficialūs bioenergetikų duomenys“. Gyventojai pagalbos stengiasi ieškoti kaip išmano, o bioenergetikai nuoširdžiai stengiasi tapti kiek galima „tikresniais“, pavyzdžiui, kurdami diagnozes. Štai š.m. rugsėjo mėnesį tinklapyje www.bernardinai.lt skelbtame D.Norkienės straipsnyje visu rimtumu paminėta ir nauja diagnozė „indigo vaikai“ (jos, beje, TLK-10 nerasite), apibūdinanti vaikų dėmesio ir hiperaktyvumo sutrikimą, kuriam pastaruoju metu skyrėme dėmesio ir „Psichiatrijos žiniuose“. Specialistai matyt žurnalistei nepasakė, kad šis sutrikimas nei su aura, nei su auros spalva nesusijęs. Nors ir psichiatrai, ir psichoterapeutai šneka... Kaip pastebėjote citatų skyrelis šįmet neliko tuščias, matyt, ir kitiems metams citatų pakaks.

Dėkojame visiems, kurie šiais metais buvo su „Psichiatrijos žiniomis“: rašė, skaitė, reklamavo, rėmė, palaikė, gyrė, kritikavo, lygino, planavo, platino ir tobulino.

Sveikiname su gražiausiomis metų šventėmis – šv. Kalėdomis ir Naujaisiais metais! Pasitikime juos su naujomis viltimis ir naujais darbais!



Lietuvos psichiatrų asociacija
Lithuanian Psychiatric Association

Kviečiame

Į Lietuvos psichiatrų asociacijos suvažiavimą, kuris įvyks 2007 m. vasario mėn. 9 d. Vilniaus m. Rotušėje.

Preliminari programa

11.00–12.00	Registracija
12.00–13.30	Plenarinis posėdis
13.30–14.00	Kavos pertrauka
14.00–15.30	Darbas sekcijose: vaikų ir paauglių psichiatrijos; priklausomybės ligų psichiatrijos; ambulatorinės psichiatrijos sekcija
15.30–16.00	Suvažiavimo uždarymas
16.00–20.00	Socialinė programa

Psichiatrijos žinios

Lietuvos psichiatrų asociacijos specializuotas informacinis leidinys gydytojams

Mokslo straipsniai šiame leidinyje recenzuojami

Vyr. redaktorė

Nijolė Goštautaitė Midttun

Redakcinė kolegija

prof.habil.dr. Algirdas Dembinskas

doc. Emilis Subata

doc. Eugenijus Laurinaitis

doc. Dainius Pūras

dr. Gintautas Daubaras

gyd. Valdonė Matonienė

gyd. Onutė Davidonienė

gyd. Alvydas Navickas

gyd. Danguolė Survilaitė

gyd. Eugenijus Mikaliūnas

gyd. Stefa Naujokienė

Projektų koordinatorė

Laura Blinstrubaitė

Kalbos redaktorė

Regina Dobelienė

Dizaineris

Donaldas Andziulis

Maketuotoja

Birutė Vilutienė

Leidėjai:

VšĮ „Psichikos sveikatos iniciatyva“

Lietuvos psichiatrų asociacija

Sumaketavo ir išleido

UAB „Ex Arte“

Redakcijos adresas:

Vasaros 5, LT-10309 Vilnius

nigomi@hotmail.com

Tiražas 1000 egz.

Šiame leidinyje pateikiama informacija skiriama tik gydytojams.

Redakcijos nuomonė nebūtinai sutampa su straipsnių autorių nuomone.

Leidėjai už reklamos turinį ir kalbą neatsako.

Už pateikiamos informacijos tikslumą atsakingi straipsnių autoriai.

Dėl prenumeratos kreiptis į:

Regina Paliukaitienė,

reginapal@gmail.com

Tel.: 8 655 33 231

Viršelyje – E. Mažono piešinys „Naujamečio vaivorykštės“ (2003 m.) iš klubo „13 ir Ko“ archyvo

© Nijolė Goštautaitė, 2006

© Lietuvos psichiatrų asociacija, 2006

Psichiatrijos žinios

2006 m. gruodis, Nr. 5 (42)

Migrena?

Mes galime jums padėti.

NAUJIENA

Vienoje tableteje yra: Sumatriptano sucinato 100 mg
Sumatriptano sucinato 100 mg
Lactosum

Sumatriptan Sandoz® 100mg

tabletės, tabletės, tabletid

Sumatriptanum

Čia yra 100 mg Sumatriptano sucinato
vienoje tableteje. Šis preparatas
yra 100 mg Sumatriptano sucinato
tablečių pavidalu.

Sumatriptan Sandoz® 50mg

tabletės, tabletės, tabletid

Sumatriptanum

Čia yra 50 mg Sumatriptano sucinato
vienoje tableteje. Šis preparatas
yra 50 mg Sumatriptano sucinato
tablečių pavidalu.

2
tabletės
tableti

SANDOZ

- Pirmas generinis sumatriptanum iš SANDOZ
- Bioekvivalentiškas originaliam produktui – identiškas terapinis poveikis*
- Dalomos tabletės



SANDOZ

A healthy decision

Vaistinio preparato pavadinimas. Sumatriptan Sandoz 50 mg tabletės, Sumatriptan Sandoz 100 mg tabletės. **Kokybinė ir kiekybinė sudėtis.** Vienoje tableteje yra 50 mg arba 100 mg sumatriptano (sumatriptano sucinato pavidalu). **Vaisto forma.** Tabletės. **Indikacijos.** Migrenos priepuolis, pasireikiantis su aura arba be jos, neatidėliotinas gydymas. **Dozavimas ir vartojimo metodas.** Migrenos priepuolio profilaktikai šio vaistinio preparato vartoti negalima. Migrenos priepuolis gydomas vien Sumatriptan Sandoz. Šio medikamento draudžiama vartoti kartu su ergotaminu ir jo dariniais, įskaitant metizergidą. Prasidėjus migreniniam galvos skausmui, Sumatriptan Sandoz reikia gerti kiek galima greičiau. Vis dėlto, migrenos priepuolio metu vėliau išgerto vaistinio preparato veiksmingumas yra toks pat. Suaugę žmonės. Rekomenduojama sumatriptano dozė suaugusiems žmonėms yra 50 mg. Kai kuriems pacientams reikia 100 mg dozės. Pacientams, kurie į pirmąją sumatriptano dozę nereaguoja, gerti kitą dozę to paties priepuolio negalima. Kito migrenos priepuolio metu vėl galima gerti Sumatriptan Sandoz. Vaikai ir jaunesni kaip 18 metų paaugliai. Sumatriptan Sandoz veiksmingumas ir saugumas vaikams nenustatytas. Vyresni kaip 65 metų pacientai. Pagyvenusiems žmonėms Sumatriptan Sandoz vartoti nerekomenduojama. Pacientai, kurių nepakankama kepenų veikla. Pacientus, kuriems yra lengvas arba vidutinis kepenų veiklos nepakankamumas, reikia gydyti mažesne, t. y. 25–50 mg, sumatriptano doze. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas sumatriptanui arba bet kuriai pagalbinei Sumatriptan Sandoz tablečių medžiagai. Buvęs miokardo infarktas, išeminė širdies liga ar širdies vainikinių kraujagyslių spazmas. (Prinzmetalio angina). Periferinių kraujagyslių liga. Išeminės širdies ligos simptomai ar požymiai. Buvęs smegenų insultas (smegenų kraujotakos sutrikimas) ar praeinantis išemijos priepuolis. Sunkus kepenų veiklos sutrikimas. Vidutinio sunkumo arba sunki hipertenzija, lengva nekontroliuojama hipertenzija. Gydymas preparatais, kurių sudėtyje yra ergotamino ar jo darinių (įskaitant metizergidą). Gydymas monoamino oksidazės inhibitoriais ir 2 savaitės po gydymo jais nutraukimo. **Nepageidaujamas poveikis.** Nervų sistemos sutrikimai: spengimas, galvos sukimasis, mieguistumas. Kraujagyslių sutrikimai: laikinas kraujospūdžio padidėjimas netrukus po sumatriptano dozės suvartojimo, paraudimas. Virškinimo trakto sutrikimai: kai kuriems pacientams atsiranda pykinimas ir vėmimas, tačiau yra neaišku, ar šie sutrikimai priklauso nuo sumatriptano, ar nuo pagrindinės ligos. Raumenų, kaulų ir jungiamojo audinio sutrikimai: sunkumo pojūtis (paprastai laikinas, gali būti stiprus ir atsirasti bet kurioje kūno dalyje, įskaitant krūtinę ir priekinę kaklo dalį). **Registravimo liudijimo turėtojas.** Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl, Austrija. **Teksto peržiūros data.** 2005-12-21

Sandoz d.d. atstovybė: Šeimyniškių g. 3A, LT-09312, Vilnius, tel. (8–5) 263 6037, faks. (8–5) 263 6036, el. paštas: info.lithuania@sandoz.com

Psichiatrijos paslaugų kokybė nuolat gerėja

Šiais metais Valentinas Mačiulis, Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės (RVPL) direktorius, pelnė ypač reikšmingą apdovanojimą – buvo išrinktas geriausiu metų vadovu. Už šią nominaciją balsavo daugiau nei 4000 savaitraščio „Lietuvos sveikata“ skaitytojų, tad toks įvertinimas ne tik patvirtina svarius vadybos laimėjimus RVPL – pripažįstama ir pagerbiama psichiatrija Lietuvoje. Baigiantis metams „Psichiatrijos žinios“ paprašė dr. V. Mačiulį pasidalinti savo mintimis apie praėjusius metus, psichiatrijos vadybą ir planus ateičiai.



Kuo reikšmingi buvo šie metai Lietuvos psichiatrijai?

Pirmiausiai metai svarbūs kantriu (neretai net dantis sukandus), kokybišku ir nuosekliu, psichiatrų darbu. Tai sunkus, nepakankamai vertinamas darbas. Norisi pasidžiaugti, kad psichiatrijos paslaugų kokybė nuosekliai gerėja: beveik 70 proc. pacientų yra gydomi kokybiškais naujos kartos psichotropiniais vaistais; šiuo rodikliu artėjame prie tokios išsivysčiusios Europos valstybės kaip Vokietija, kasmet mažėja pakartotinių hospitalizacijų skaičius, ligoninės vis sėkmingiau gydo itin sunkius atvejus, gausėja kokybiškų reanimacijos paslaugų psichikos ligomis sergantiems pacientams. Tarp teigiamybių norėtusi paminėti ir sparų gerontopsichiatrijos vystymąsi: ge-

rėja Alzheimerio ir kitų demencijų diagnostika ir gydymas, sėkmingai stabilizuojama šia liga sergančių pacientų būklė, tad palengvinama ligonio priežiūros našta artimiesiems. Labai svarbus ir sėkmingai įpusėtas didžiulis darbas – nusikaltimus padariusių psichikos ligomis sergančių pacientų priverstinio gydymo reforma: šie pacientai telkiami Rokiškio psichiatrijos ligoninėje. Net reformai nepasibaigus galima pastebėti teigiamus paslaugų kokybės pokyčius. Dabar šiems pacientams galima tinkamiau teikti specializuotas paslaugas, be to, palengvėjo darbas įprastuose psichiatrijos skyriuose, kur šie pacientai sukeldavo rūpesčių ir nepatogumų ne tik kartu besigydantiems kitiems pacientams, bet ir personalui. Galime tik džiaugtis

RVPL gyvai vykstančiu atviru dialogu su pacientais ir jų organizacijomis, psichiatrijos atsivėrimu visuomenei. Kita vertus, negalima pamiršti, kad dialogas su visuomene turi būti atsakingas, nepažeidžiant konfidencialumo principų. Turime ne tik būti atviri, bet visur ir visada gerbti ir ginti pacientų teises bei jų privatumą.

Tarp reikšmingų pasiekimų – ir itin laukiamas įsakymo dėl gydymo paslaugų suskirstymo į lygius panaikinimas. Tai reiškia, kad visos paslaugos, kurios bus teikiamos pagal bendruosius ir specialiuosius paslaugoms keliamus reikalavimus bus apmokėtos. Reikšmingų pasiekimų nuveikė ir privatūs psichikos sveikatos centrai, paminėtinas Telšių ir kiti savarankiškai dirbantys centrai.

Kaip jūs vertinate Valstybinę psichikos sveikatos strategiją, kuri turėtų būti priimta dar šiais metais?

Pataisytas strategijos variantas tikrai neblogas. Strategiją vertinu gerai, manau, kad ji labai svarbi psichiatrų bendruomenei. Ši strategija atitinka Europos dvasią ir 2005 m. Helsinkyje Europos ministrų konferencijoje priimtus dokumentus. Strategija – tai ilgalaikės gairės, pagal ją bus parengtas konkrečių priemonių planas. Manau, kad šiame dokumente numatytus tikslus pasieksime maždaug per 25-30 metų.

Tai juk labai ilgas laiko tarpas...

Be jokios abejonės. Strategijoje numatyti ilgalaikiai tikslai. Tegu tie, kurie mano, jog visko pasiekti galima vienu šuoliu, per keletą metų, įvertina, per kiek laiko Lietuvoje pavyksta pasiekti kitų tikslų. Pavyzdžiui, žemės reforma, jos gražinimas savininkams nebaigtas iki šiol, o praėjo jau šešiolika nepriklausomybės metų. Tai, palyginti, aiškus reikalas. Sveikatos apsaugos reformos, kaip patys matome, reikalauja ypač daug laiko. Štai buvo deklaruota, kad bus padvigubinti gydytojų atlyginimai. Beveik trejus metus teko laukti, kol tie atlyginimai kiek padidės, deja, ir jų nepakanka su laikyti sotesnio kšnio užsienyje ieškančius jaunos specialistus. Taigi padidinti atlyginimus iki tokio dydžio, kad specialistai nebebėgtų (apytiksliai dar tris kartus), mums prireiks dar ne mažiau kaip 5-6 metų. Manau, kad turint galvoje sistemos, taigi ir reformos sudėtingumą, visiškai naujų paslaugų diegimo būtinybę, finansavimo sistemos pokyčius, paminėti 30 metų yra optimistiškai realistiška prognozė.

Taigi esate optimistas?

Esu optimistas, manau, kad Lietuvos psichiatrijos lygis aukštas, tikrai teikia-

me ne blogesnes gydymo paslaugas nei Vokietijoje arba Olandijoje. Tačiau neįmanoma nepastebėti kitų dalykų, kurie, deja, vertintini kaip psichinės sveikatos krizė.

Kokia šios krizės esmė?

Labai sparčiai didėja sergamumas alkoholinėmis psichozėmis, pasiektas netgi grėsmingas rekordas: šiais metais alkoholinis delyras pirmą kartą Lietuvos istorijoje nustatytas dviems vaikams. Tai reiškia, kad išnyko bet kokia visuomenės kontrolė ir stabdžiai girtavimui. Kalbu apie visuomenės, o ne apie valstybinę kontrolę todėl, kad valstybės nenoras tvarkyti šią sritį yra akivaizdus, žinant, kad praktiškai 60 proc. Lietuvos biudžeto, skiriamo socialinėms ir sveikatos reikmėms, surenkama iš alkoholio akcizo.

Taip pat liūdna, kad viskas daroma paskubomis. Štai buvęs Sveikatos apsaugos ministras Ž. Padaiga žadėjo skirti psichiatrijos sistemai 200 mln. litų, tačiau suma nuolat mažėjo, ir panašu, kad galutinė sieks 80 mln. Be to, iki šiol neparengtas planas, kaip ir tos palyginti nekausios lėšos bus panaudotos. Nesitariant ir neplanuojant neaišku, ar gausime ir tą smarkiai apkarpytą sumą. Kuriant strategiją taip pat neatsižvelgta į didžiulius kultūros ir pragyvenimo lygio skirtumus, į ekspertų išvadas. Švedijos ekspertai prieš 5 metus patarė neskubėti uždaryti psichiatrijos ligoninių, teigė, kad pirmiausiai reikia sukurti efektyvių alternatyvių paslaugų tinklą, o tada natūraliai ir palaipsniui mažinti psichiatrijos lovų skaičių. Šiuo metu Lietuvoje yra optimalus, atitinkantis šiandienos poreikius, lovų skaičių 10-100 tūkst. gyventojų, kuris. Tuo tarpu dabar skubama mažinti psichiatrijos lovas, nors alternatyvių paslaugų dar neturima, o poreikis stacionariniam gydymui yra.

Kas vis dėlto sudaro Lietuvos psichikos sveikatos paslaugų pagrindą?

Pagrindinė bazė – psichikos sveikatos centrai. Lietuvoje sukurta puiki infrastruktūra, dirba specialistų komandos, užtikrintas paslaugų finansavimas. Šias Lietuvos psichikos sveikatos sistemos pagrindą sudarančias struktūras būtina stiprinti toliau.

Kaip būtų galima pagerinti padėtį?

Sąlygos gerinti padėtį šiandien palankios. Manau, kad psichikos sveikatos paslaugų finansavimas šiuo metu yra optimalus; reikia pripažinti, kad netgi gydytojų psichiatrų vidutinis atlyginimas kiek didesnis, nei kitų sričių gydytojų. Daugiausia dėmesio reikėtų skirti įstatymų lydimųjų aktų, kurie reglamentuotų priverstinio gydymo tvarką, leidimui, nes tai iki šiol labai aktualus, tačiau neišspręstas klausimas. Tad jei daugiau dėmesio ir jėgų skirsime tinkamam darbo reglamentui, psichiatrų veiksmus reguliuojančios teisinės sistemos tobulinimui bei paslaugų kokybės užtikrinimui, padėtis gerės.

Minėjote aktyvias pacientų organizacijas, atvirą dialogą. Ar nepasigendate dialogo profesijos viduje? Koks galėtų būti Lietuvos psichiatrų asociacijos vaidmuo gerinant padėtį psichikos sveikatos sistemoje?

Čia atskiro straipsnio tema, kuri šiame pokalbyje netilptų.

Ko palinkėtumėte kolegoms psichiatrams Naujaisiais metais?

Palinkėčiau visavertės sėkmės jiems ir jų šeimoms, didelės ištvermės ir kantrybės gydant ligonius, aktyvesnio dalyvavimo ir drašos psichikos sveikatos centrų privatizavime, na ir didesnio atlygio už jų darbą.

Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tvarka

Nuo 2005 m. liepos 1 d., įsigaliojus naujam Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymui, invalidumo pensijų sistema pertvarkyta į valstybinio socialinio draudimo pensijų, netekus darbingumo, sistemą. Naujame įstatyme nebevertinama sąvoka „invalidas“, „invalidumas“, vietoj jų – „neįgalusis“, „neįgalumo lygis“ ir „darbingumo lygis“.

Jaunuoliams iki 18 metų neįgalumo lygis, pagal patirtos arba įgimtos negalios sunkumą skirstomas į sunkų, vidutinį ir lengvą, išreiškiamas procentais. Vyresniems nei 18 metų neįgaliems asmenims iki senatvės pensijos amžiaus vietoj invalidumo grupės nustatomas darbingumo lygis. Asmenims, sulaukusiems senatvės pensijos amžiaus, darbingumo lygis nenustatomas, bet vietos savivaldybės sprendimu nustatomi specialieji poreikiai ir specialiųjų poreikių lygis.

Asmenys, kuriems nustatytas specia-

liųjų poreikių lygis ir kuriems yra išduodamas neįgaliojo pažymėjimas, turi teisę į lengvatą, susijusias su transporto, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimu, techninės pagalbos priemonių įsigijimo ir transporto išlaidų kompensavimu, specialiųjų lengvųjų automobilių ir jų techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos gavimu, vykimu per pasienio kontrolės punktus, skiriamą ženklo „neįgalusis“ naudojimo ir kt. Neįgaliesiems mokamos neįgalumo ar senatvės pensijos.

Asmenims iki 18 metų neįgalumo lygį ir asmenims nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus darbingumo lygį nustato Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – NDNT). Šeimos arba vaikų ligų gydytojas, pagal paciento prašymą, įvertina asmens sveikatos būklę ir parengia reikalingus medicininius dokumentus

NDNT. Nustačiusi neįgalumo ar darbingumo lygį NDNT išduoda asmeniui neįgalumo lygio ar darbingumo lygio pažymą (vietoje invalidumo grupės).

Darbingumo lygiai diferencijuojami. Jeigu darbingumo lygis yra 0–25 proc., asmuo pripažįstamas nedarbingu, nuostačius 30–55 proc. darbingumo lygį – asmuo iš dalies darbingas, nuo 60 – 100 proc. darbingumo lygio – asmuo yra darbingas. Darbingumo lygis nustatomas remiantis medicininiais kriterijais ir esama sveikatos būkle bei profesiniais darbingumo kriterijais (kvalifikacija, amžius, darbo įgūdžiai ir pan.).

Jei asmuo nesutinka su NDNT komisijos išvadomis, jis turi teisę kreiptis į NDNT Sprendimų kontrolės skyrių (Švitrigailos g. 10, Vilnius, tel. (8-5) 233 95 11). Jei netenkina šio skyriaus atsakymas, pilietis turi teisę kreiptis į Ginčų komisiją prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (Vivulskio g. 10–26, Vilnius, tel. (8-5) 266 42 80).

Psichoterapijos ir psichiatrijos bendradarbiavimas

Podiplominės grupinės terapijos universitetinės studijos

Vilniaus Universiteto ir Lietuvos grupinės analizės draugijos ketverių metų programa

Psichodinaminė grupinė psichoterapija

- Baigimo pažymėjimas, suteikiantis teisę dirbti psichoterapeutu.
 - Paskaitos, seminarai ir asmeninis patyrimas grupėje.
- Mokymai vyksta prailgintais savaitgaliais, pradžia 2007 sausio mėn.

Daugiau informacijos:

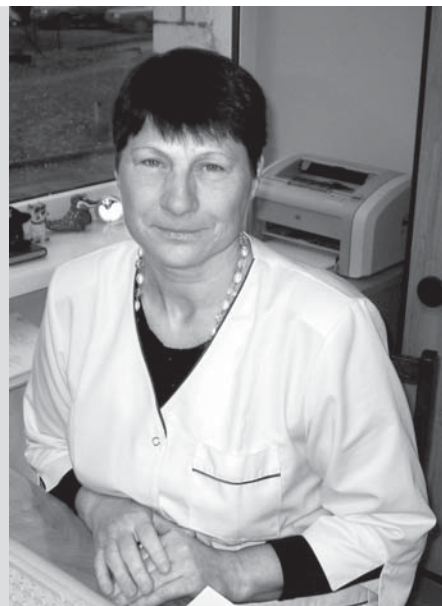
www.psichoterapijos-mokymas.org;

vpsc@takas.lt;

tel.+370 686 09894

Interviu su Ramute Lukošiuėte,

Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Vilniaus 5-ojo teritorinio skyriaus vedėja. Ramutė Lukošiuėtė – gydytoja neurologė, VMSEK, o nuo 2005 m. liepos 1 dienos NDNT sistemoje dirba jau daugiau nei 30 metų. Kalbėjosi N. Goštautaitė Midttun (N.G.M.) ir D. Survilaitė (D.S.)



N.G.M. Jau metus turime naują neįgalumo ir darbingumo nustatymo tvarką. Kas per juos pasikeitė?

2005 m. liepos mėn. 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, kuris numatė naują neįgalumo ir darbingumo lygio nustatymo tvarką. VMSEK buvo reorganizuota į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Ginčų komisiją. Vaikams iki 18 metų amžiaus yra nustatomas neįgalumo lygis, o asmenims nuo 18 metų iki pensijos amžiaus sukakties dienos nustatomas darbingumo lygis. Didžiausias pokytis – tai, kad dabar vertinamas išlikęs darbingumas procentais, kuris susideda iš bazinio darbingumo ir aplinkybių koeficiento, o ne prarastasis kaip anksčiau. Kiti pokyčiai yra tie, kad paslauga priartinta prie žmogaus, jiems palikta pasirinkimo teisė dalyvauti ar ne darbingumo lygio vertinime, pasidarė svarbesnė paties asmens suteikiama informacija, supaprastėjo pati procedūra.

N.G.M. Ar išsiplėtė tarnybos darbuotojų funkcijos?

Taip. Priimtas įstatymas ir pokyčiai tarnyboje gal kiek ir palengvino darbą, supaprastino procedūrą pacientui, tačiau

darbuotojams tenka surinkti ir išanalizuoti daugiau dokumentų, aprėpti daugiau informacijos. Tarnyba dabar ne tik nustato darbingumo lygį, bet ir vykdo daugiau funkcijų: pavyzdžiui, nustato specialiuosius poreikius. Tai reiškia, kad nustatomi nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos) ir kiti specialieji poreikiai. Išduodama išvada dėl darbo pobūdžio ir sąlygų, kurios reikia, kad asmuo galėtų dirbti, neįgaliojo pažymėjimas.

Dar vienas šios reformos išskirtinis bruožas – profesinės reabilitacijos poreikio nustatymas. Tokiu būdu atsiranda galimybė, dėl ligos praradusiems arba jos neturintiems asmenims, įgyti naują profesiją ir sugrįžti į darbo rinką. Šioje srityje mes bendradarbiaujame su Darbo birža. Remiantis NDNT išvada dėl profesinės reabilitacijos poreikio, darbo birža su profesinę reabilitaciją vykdančia įstaiga sudaro asmens profesinės reabilitacijos planą ir padeda parinkti profesiją. Mūsų įstaigos užduotis taip pat yra neįgaliųjų priešdarbinė motyvacija ir reabilitacija bei informacijos apie reabilitacijos programas teikimas.

N.G.M. Kaip įvertinamas darbingumo lygis?

Darbingumo lygis nustatomas bazinį darbingumą padauginus iš aplinkybių

koeficiento. Šiuo metu bazinis darbingumas nustatomas, vadovaujantis patobulintu 2006 m. kovo 15 d. ligų ir būklių sąrašu (bendras SADM ir SAM įsakymas Nr. A1-76/V-182), kai pagrindinės ligos bazinis darbingumas dauginamas iš gretutinių ligų koeficientų. Ant-rasis vertinimo kriterijus individualizuotas ir priklauso nuo konkretaus asmens amžiaus, išsilavinimo, darbo įgūdžių, turimos profesijos ir kt.

D.S. Tačiau neretai psichikos liga sergančiam asmeniui grįžti į ankstesnį aukštojo mokslo reikalaujantį darbą yra žymiai sunkiau, nei, tarkim, atstatyti santechniko įgūdžius?

Šis klausimas diskusinis, nes tikrai turinčiam aukštąjį išsimokslinimą kvalifikuotam darbuotojui grįžti į panašų darbą turint negalią dėl psichikos sutrikimo gali būti sunkiau nei turinčiam žemesnį išsimokslinimą. Tačiau akivaizdu, kad aukštąjį išsimokslinimą turinčio asmens nepriklausomai nuo negalios galimybės įsidarbinti nepalyginamai didesnės, todėl tai vertinama kaip palankus arba vidutinio palankumo faktorius.

N.G.M. Kaip pasikeitė pati nustatymo tvarka?

Remiantis nauja tvarka, daugiausiai

dėmesio skiriama paties asmens ir jo gydytojo raštu pateiktai informacijai. Anksčiau visi asmenys turėdavo dalyvauti komisijoje, o dabar reikia atsiųsti išsamiai užpildytą siuntimą į NDNT ir papildomus dokumentus. Pacientai rašo prašymą darbingumui lygiui nustatyti, pateikia papildomą informaciją ir nurodo ar pageidauja dalyvauti darbingumo lygio vertinime ar ne. Jeigu pateiktuose dokumentuose trūksta informacijos ar ji sukelia abejones, tai asmuo kviečiamas pokalbiui. Kartu su pacientu gali atvykti ir jį gydantis gydytojas, šeimos nariai, o esant reikalui, ir nevyriausybių organizacijų atstovai. Kartu su dokumentais siunčiama asmens nuotrauka, todėl su darbingumo lygio pažyma asmuo gauna ir Neįgaliojo pažymėjimą. Darbingumo ar neįgalumo lygio įvertinimas atliekamas per 15 darbo dienų.

D.S. Pacientai vis dar nesupranta naujosios tvarkos, neretai patys bijo eiti į posėdį...

Keičiantis sistemai informacijos niekada nebus per daug, todėl stengiamės informuoti ir pacientus, ir jų gydytojus. Vis daugiau pacientų nurodo, kad patenkinti naująja tvarka, o neina tik dėl to, nes atsirado galimybė rinktis.

D.S. Ar galima prašyti nustatyti nedarbingumo lygį, kol dar nėra pasibaigęs ankstesnės pažymos galiojimo laikas?

Taip, galima dokumentus pristatyti šiek tiek anksčiau, tada nebereikės rūpintis ar laiku gaus pensiją. Darbingumo lygis yra nustatomas pusei metų, metams, dvejiems metams arba iki senatvės pensijos sukakties dienos. Kai darbingumo lygis iš eilės nustatomas šešerius metus, jis nustatomas iki senatvės pensijos sukakties dienos.

N.G.M. Jeigu vertinamas ne prarastas, o likęs darbingumo lygis, kada gi žmogus yra nedarbingas?

Likęs darbingumas yra pozityvus, viltį teikiantis rodiklis. Asmuo yra visiškai nedarbingas, kai darbingumo lygis yra 0–25 proc., tačiau ir jam, pačiam

pageidaujant, gali būti išduota išvada dėl darbo pobūdžio ir sąlygų. Taigi bet kokio darbingumo lygio žmogus gali dirbti pagal galimybes, sudarius tam tinkamas darbo sąlygas.

D.S. Taigi neįgalus žmogus, nepriklausomai nuo darbingumo lygio, – gali dirbti. Ar žmogui pradėjus dirbti, nebūna padidintas darbingumo lygis ir taip sumažės pensija?

Laikinas įsidarbinimas, ypač trumpalaikiams, sezoniniams, arba autoriniams darbams tikrai nėra kriterijus padidinti darbingumo lygį. Teigiamai vertinamos bet kokios neįgalųjų pastangos dirbti, suvokiant, kad vienodą darbingumą išlaikyti jiems kur kas sunkiau. Kaip jau minėjau, vertinimo kriterijų yra daug ir labiausiai darbingumą lemia ligos eiga, kuri psichikos sutrikimų atveju dažnai sunkiai prognozuojama. Tačiau primenu, kad įsidarbinimas tikrai nenulemia darbingumo lygio padidėjimo.

D.S. Ar bendradarbiaujate su SODRA dėl informacijos apie tai, ar jūsų klientai dirba ar ne?

Kol kas su SODRA dėl mūsų klientų nebendradarbiaujame, galbūt ši sistema atsiras ateityje. Kol kas remiamės tik paties pareiškėjo pateikiama informacija apie tai, ar jis dirba, ar ne, ir kokiomis sąlygomis.

N.G.M. Kokios informacijos reikia iš gydytojų?

Iš gydytojo gaunama informacija itin svarbi, nes darbingumo lygis nustatomas remiantis gydytojo įvertinimu. Visada reikalaujame objektyvių sutrikimų ir būseną apibūdinančių dokumentų, pavyzdžiui, išrašų iš ligos istorijų, MMSE testo, PANSS, IQ, Barthel rodiklio ir kitų. Taip pat svarbu ligos eiga, ligos atkryčių dažnis, remisijų kokybė, psichikos būklės dinamika, asmens įgūdžiai. Svarbu nepamiršti ir greutinių somatinių sutrikimų, kadangi jie sunkina negalią ir mažina darbingumą.

N.G.M. Ar naudojate tarptautinę negalių ir funkcijų klasifikaciją?

Ne, kol kas jos nenaudojame, nes jos

naudoja gydytojai, siunčiantys asmenis į NDNT.

N.G.M. Ar ekspertai specializuojasi vertinti tam tikrus sutrikimus ar jų grupes?

Specializuojasi tik skyriai, o mūsų skyriaus viduje specializacijos nėra, kiekvienas atvejis aptariamas ir vertinamas kolegialiai įvertinus visus medicininius duomenis ir aplinkybes.

N.G.M. Ar dabar neįgalumo ir darbingumo lygis nustatomas daugiau ar mažiau?

Besikreipiančiųjų skaičius tikrai nesumažėjo.

N.G.M. Kokios pagrindinės neįgalumo priežastys?

Daugiausiai neįgalųjų yra dėl širdies ir kraujagyslių ligų, visų lokalizacijų traumų padarinių, kaulų ir raumenų sistemos ligų. Neįgalumas dėl psichikos ligų yra penktoje vietoje.

D.S. Ar būna daug skundų?

Skundų nėra daug, tačiau psichikos neįgalieji skundžiasi rečiausiai. Noriu priminti, kad kiekvienas nepatenkintas teritorinio skyriaus sprendimu jį per 30 dienų gali skųsti NDNT sprendimų kontrolės skyriui. Jeigu asmuo liks nepatenkintas, jis sprendimą per 30 dienų gali skųsti Ginčų komisijai prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, o galiausiai teismui.

D.S. Taigi darbo daug, jis įvairesnis, o darbo sąlygos...

Dirbame keturiuose viename kabinete. Neseniai atliktas patalpų remontas, darbas kompiuterizuotas, sąlygos tikrai pagerėjo. Padidintas laukiamasis, yra kur atsisėsti, nusirengti neįgaliesiems, įvesta talonėlių sistema sumažino eiles laukiamajame. Prieš pradėdant darbą tobulinome savo kvalifikaciją: dalyvavome *Phare* projekte, kurio metu per kelis etapus tobulinome darbingumo lygio vertinimo žinias, teoriškai ir praktiškai, taip pat įgijome įgūdžius, kaip apmokyti to paties kitus kolegas. Tobulinimą vykdė ekspertai iš Airijos, Danijos, ir Olandijos.

Psichikos sveikatos strategija

I. Bendrosios nuostatos

1. Psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis. Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos.

2. Psichikos sveikata – tai geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatve, išgyventi skausmą ir liūdesį. Psichikos sveikata – tai ne vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas. Gerą psichikos sveikatą rodo žmonių gebėjimas užmegzti ir palaikyti asmeninius santykius, įveikti sunkumus, išreikšti save tokiais būdais, kurie teikia malonumą pačiam individui ir aplinkiniams, pačiam daryti sprendimus ir už juos atsakyti.

3. Gera psichikos sveikata leidžia individui patirti gyvenimo prasme, padeda būti savimi ir bendrauti su kitais. Geros psichikos sveikatos individai sukuria gerą psichikos sveikatą turinčią bendruomenę ir visuomenę. Sveikos bendruomenės ir visuomenės pasižymi dideliu socialiniu kapitalu ir žemu socialinės patologijos lygiu, mažesniais savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar į kitus, rodikliais. Geros psichikos sveikatos bendruomenė ar visuomenė tolerantiškesnė pažeidžiamoms gyventojų grupėms, jose didesnė socialinė integracija.

4. Gera psichikos sveikata reikalinga kiekvienam žmogui jo kasdienėje veikloje (dirbant, mokantis, ilsintis), todėl tai turi rūpėti visiems individams, darbdaviams, sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos ir kitų sektorių atstovams. Psichikos sveikata priklauso ne tik nuo individo asmeninių įgimtų ir įgytų savybių, bet ir nuo supančios aplinkos veiksmų, pasireiškiančių tiek šeimoje, tiek gatvėje, mokykloje ar darbo vietoje. Asmens ir visuomenės psichikos sveikatą gali teigiamai ar neigiamai veikti visų lygių valdžios priimami sprendimai, visuomenės nuostatos.

5. Nemaža dalis žmonių turi praeinančių ar nuolatinių, lengvo ar sunkaus laipsnio psichikos sveikatos sutrikimų. Valstybės vykdoma psichikos sveikatos politika, aktyviai dalyvaujant visuomenei, lemia, kaip padeda sutrikusios psichikos asmenims pasveikti arba, jei psichikos negalia yra nuolatinė, gyventi visavertį gyvenimą. Nuo bendrų valstybės ir visuomenės pastangų priklauso visuomenės psichikos sveikata, kuri

lemia bendrą visuomenės sveikatą, gyvenimo kokybę ir socialinę gerovę.

6. 1995–2005 metais, bendradarbiaujant Pasaulio sveikatos organizacijai (toliau – PSO), Europos Sąjungos institucijoms, Pasaulio Bankui, universitetams, pasaulyje ir Europoje naujai įvertintas psichikos sveikatos vaidmuo saugant ir stiprinant visuomenės sveikatą. Suomijai inicijavus šį svarbų psichikos sveikatos klausimą, buvo priimta keletas svarbių sveikatos politikos dokumentų: 2001 metais buvo paskelbtas PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“, o 2005 metais PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje Europos valstybės, tarp kurių buvo ir Lietuva, priėmė Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veiksmų planą 2005–2010 metams.

7. Pasikeitus visuomenės sveikatos prioritetams, dvidešimtojo amžiaus pabaigoje – dvidešimt pirmojo pradžioje visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre. Nuo to, kokia bus kiekvieno piliečio ir visos visuomenės psichikos sveikata, labai priklauso kiekvienos valstybės ekonominė ir socialinė gerovė bei plėtra. Tai yra svarbu visam Europos regionui ir Europos Sąjungai, juolab kad Europos gyventojų psichikos sveikata nėra labai gera, o lėšų psichikos sveikatos problemoms spręsti iki šiol skiriama nepakankamai.

8. Per pastaruosius dešimt metų pasaulis ir Europa apsisprendė, kokiais vertybių ir mokslo principais vadovaujantis modernioje visuomenėje reikia spręsti psichikos sveikatos problemas. 2001 m. PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimti Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir Veiksmų planas 2005–2010 metams aiškiai įvardija mokslo žiniomis ir vertybėmis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir apsaugos principus.

9. Svarbiausi PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principai:

9.1. psichikos sveikata pripažįstama svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, kuriai reikia kokybiškai ir

kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrėti, lyginant su kitais sveikatos sutrikimais, ir, jei į tai reaguojama pasyviai ir tradiciniais būdais, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė;

9.2. yra veiksmingų būdų mažinti tiek lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų, tiek sunkios psichikos ir proto negalios našta; būtina išvaduoti psichikos sveikatos sritį iš profesinės, politinės ir geografinės izoliacijos ir kuo labiau integruoti šią sritį į visuomenės sveikatos sistemą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūrą, švietimo, socialinės apsaugos bei kitus sektorius.

II. Psichikos sveikatos situacijos analizė

10. Vertinant Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklius, pasiremta šiais tyrimais ir publikacijomis:

10.1. Nacionalinės sveikatos tarybos 2001 metų pranešimu;

10.2. Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 metų pranešimu;

10.3. Pūras D., Germanavičius A., Povilaitis R., Veniūte M., Janilionis D. Psichikos sveikata Lietuvoje (Lithuania mental health country profile). Tarptautinė psichiatrijos apžvalga (International Review of Psychiatry), 2004, tomas 16, Nr. 1-2, p. 117–125. (Publikacijoje pristatomi duomenys, gauti dalyvaujant tarptautiniame multicentriniame nacionalinių psichikos sveikatos strategijų ir programų tyrime);

10.4. PSO darbo grupės, 2001 metais atlikusios Lietuvos psichikos sveikatos sistemos būklės įvertinimą, ataskaita;

10.5. Projekto „Nacionalinės psichikos sveikatos strategijos rezultatų vertinimas“, vykdyto 2001–2003 m., ataskaita;

10.6. PSO psichikos sveikatos padalinii vadovų vizito Lietuvoje 2005 m rugsėjo mėn. ataskaita.

11. Iki šiol, nepaisant įvairiais lygiais vykdytų programų ir kitų priemonių, Lietuva yra tarp valstybių, pasižyminčių itin prastais visuomenės psichikos sveikatos rodikliais. Kaip Rytų ir Centrinės Europos regiono, patiriančio sudėtingą visuomenės sveikatos krizę, valstybę, Lietuva kartu su kitomis šio regiono valstybėmis turi ypatingai daug neiš-

spręstų visuomenės psichikos sveikatos problemų. Lietuvoje yra didžiausias pasaulyje savižudybių rodiklis, aukšti su prievarta susiję rodikliai – žmogžudysčių ir kitų nusikaltimų skaičius, patyčių tarp vaikų dažnumas, itin didelis girtavimo ir priklausomybės nuo alkoholio paplitimas:

11.1. savižudybių skaičius (2005 m.– 38,6 atv./100000 gyventojų) nors ir pradėjo palaipsniui mažėti pastaraisiais metais, visgi išlieka didžiausias Europoje. Vyrų savižudybių skaičius Lietuvoje 2005 m. buvo 68,1 atv./100000 gyventojų, ypatingai dažnai Lietuvoje žudosi vidutinio amžiaus kaimo vietovėse gyvenantys vyrai;

11.2. pagal alkoholio suvartojimą Lietuva yra viena iš pirmaujančių Europos Sąjungoje. Girtavimas ir alkoholizmas išlieka viena iš skaudžiausių Lietuvos problemų, keliančių rimtą grėsmę modernios valstybės viziškai ir sėkmingai ekonominei bei socialinei plėtrai. Vien alkoholinių psichozų skaičius per 1999–2005 metus išaugo nuo 51,1 atv./100000 gyventojų iki 89,8 atv./100000 gyventojų (2005 metų duomenys –reliniarūs);

11.3. pastaraisiais metais daugėja kitos priklausomybės – narkomanijos atvejų:

11.3.1. 2003 metais atlikto Europos alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimo (ESPAD 2003) duomenimis, narkotikus Lietuvoje bent kartą yra vartoję 15,6 proc. 15–16 metų mokinių, o alkoholi – 97,9 proc. bendrojo lavinimo mokyklų to paties amžiaus mokinių. Šio tyrimo duomenimis, nuo 1995 iki 1999 metų Lietuvoje narkotikų vartojimas padidėjo 5 kartus (nuo 3,2 iki 15,5 proc.), o marihuanos (hašišo) – net 12 kartų. Šis tyrimas rodo, kad raminamųjų ar migdomųjų vaistų vartojimas be gydytojo paskyrimo labiausiai paplitęs Lenkijoje (17 proc.), po to seka Lietuva (14 proc.), Prancūzija ir Čekijos Respublika (11–13 proc.);

11.3.2. Vykdamas Jungtinių Tautų vystymo programos, Jungtinių Tautų vaikų fondo ir Pasaulio sveikatos organizacijos projektą, 2000 metais atliktas tyrimas parodė, kad 81 proc. tirtų vadinamųjų gatvės vaikų buvo vartoję bent vienos rūšies narkotikų. Net 64 proc. tiriamųjų (71,7 proc. berniukų ir 54,9 proc. mergaičių) bent keletą kartų uostė įvairias lakiąsias medžiagas. Penktadalis apklaustųjų jau vartojo intraveninius narkotikus. Daugiau kaip pusė tiriamųjų nurodė buvę girti daugiau negu 40 kartų (du trečdaliai berniukų ir trečdalis mergaičių);

11.4. vis aktualesnėmis tampa ir kitos priklausomybių rūšys. Tai priklausomybė nuo azartinių lošimų, ar kompiuterinių žaidimų, interneto;

11.5. Vilniaus universitete 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13

proc. sutrikimus galima kliniškai diagnozuoti;

11.6. PSO duomenimis (2002), Lietuva ir kitos Baltijos valstybės pasižymi gana aukštais prievartos rodikliais – paauglių ir jaunų žmonių žmogžudysčių nors keletą kartų mažiau nei Rusijos Federacijoje, tačiau kelis kartus daugiau nei kitose Europos Sąjungos valstybėse;

11.7. neseniai pradėjus nagrinėti tyčiojimosi reiškinį tarp mokyklinio amžiaus vaikų paauglių, kad Lietuvoje, lyginant su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis, tyčiojimas paplitęs labiausiai: apie 70 proc. vaikų pažymi, kad yra patyrę šį reiškinį ir kaip aukos, ir kaip skriaudėjai. Tuo tarpu Švedijoje ir Čekijoje tokių moksleivių ne daugiau kaip 20 procentų.

12. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos krizės priežastys Lietuvoje ir jos tiesioginis ryšys su psichikos sveikata:

12.1. Lietuvai, kaip ir kitas Rytų ir Centrinės Europos valstybes, XX amžiaus pabaigoje, dėl sudėtingo pereinamojo laikotarpio, ištiko stipri visuomenės sveikatos krizė, kurią sąlygojo socialinis stresas – kaip atsakas į užsitęsusias sudėtingas socialines, ekonomines, kultūrinės ir demografinės permainas. Nemažą visuomenės dalį, nepasirengusią laikotarpio iššūkiams, apėmė bejėgiškumo ir nusivylimo nuostatos, sudariusios nepalankią terpę visuomenės psichikos sveikatos rodikliams;

12.2. Visuomenės psichikos sveikatos rodiklius lemia biologinių, psichologinių ir socialinių rizikos bei apsauginių veiksnių visuma, sukuriama labiau arba mažiau palankių mikro- ir makrosocialinių kontekstą. 1990–2000 metais vykusios didelės socialinės, politinės, ekonominės permainos atskleidė individų ir jų grupių prastą psichologinį atsparumą ir nepakankamus įgūdžius aktyviai dalyvauti įveikiant iškylančias naujas kasdienio gyvenimo problemas. Todėl didelė dalis žmonių – tiek brandaus amžiaus, tiek vaikų ir jaunimo – nepajėgė tinkamai prisitaikyti naujoje, socialinio aktyvumo reikalaujančioje aplinkoje ir atsidūrė destruktivaus elgesio (nukreipto arba į save arba į kitus asmenis) rizikos grupėje – tokiu būdu sukurdami terpę itin aukštiesiems savižudybių, prievartos, priklausomybių ir kitų liguistų visuomenės sveikatos reiškinų rodikliams. Tai, kad savižudybės labiausiai išplito tarp vidutinio amžiaus kaimo vyrų, itinai parodo, kad šiuo laikotarpiu prastą visuomenės psichikos sveikatą visų pirma lemia nepalankus psichosocialinių rizikos veiksnių derinys ir kad valstybės pastangos turi būti nukreiptos visų pirma į modernias psichosocialinio pobūdžio programas, padedant individams, šeimoms ir bendruomenėms įgyti reikiama atsparumą ir tinkamai prisitaikyti naujoje aplinkoje;

12.3. Lietuvoje įvairiais lygiais vis labiau suvokiamas, bet dar realiais valstybės politikos sprendimais nepagrįstas vienas iš dviejų svarbiausių naujųjų PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principų – psichikos sveikatos kaip prioritutinės sveikatos politikos krypties įtvirtinimas. Taip pat iki šiol trūko politinės valios apsispręsti dėl kito, ne mažiau svarbaus, principo įgyvendinimo. Būtent antrasis PSO Europos psichikos sveikatos politikos principas – psichikos sveikatos integravimas, lemiantis resursų investavimo kryptį, dominuoja pastarojo dešimtmečio svarbiausiuose psichikos sveikatos politikos dokumentuose (2001 m. PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimti Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir Veiksnių planas 2005–2010 metams). Naujausiomis mokslo žiniomis, pagarba žmogaus teisėms ir kitomis vertybėmis visuomenės psichikos sveikatos rodiklius galima pagerinti, o psichikos sutrikimų sukeltą naštą palengvinti, jei valstybės iš esmės peržiūrės psichikos sveikatos priežiūros finansavimą ir rezultatus, visų pirma, prevencijos, gydymo ir reabilitacijos paslaugų, kurios mažina socialinę atskirtį, stiprina individų, grupių ir bendruomenių psichologinį atsparumą ir išvaduoja tiek psichikos negalios paliestus žmones, tiek ir visą psichikos sveikatos priežiūros sritį iš ilgametės izoliacijos, stigmatos ir prietarų nelaisvės.

12.4. Apsisprendimas dėl finansinių ir žmogiškųjų išteklių itin svarbus toms pereinamojo laikotarpio valstybėms, kuriose pastebimai auga ekonomika ir atsiranda galimybių daugiau investuoti į visuomenės sveikatą, kad psichikos sveikatos priežiūros sistema taptų veiksminga ir racionali.

13. Apibendrinant psichikos sveikatos būklės ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos situaciją Lietuvoje, akivaizdu, kad nepaisant konkrečių pasiekimų, esminio persilaužimo šioje srityje dar nėra.

14. Šiuo metu labai aukšti kai kurie visuomenės psichikos sveikatos rodikliai (savižudybių, alkoholio vartojimo, prievartos santykiuose tarp individų paplitimas) pradės mažėti tik plėtojant bendradarbiavimą su psichikos sveikatos sutrikimui turinčiais asmenimis, nevyriausybinėmis organizacijomis, įvairiomis suinteresuotomis institucijomis, taip užtikrinant savalaikę informaciją apie pagalbos teikimo bei psichikos sveikatos stiprinimo galimybes.

15. Investuojant finansinius resursus, net ir išaugus ekonomikos augimo teikiama galimybėms, vis dar nugalai istoriškai paveldėtos tradicijos stiprinti tradicinę paslaugų infrastruktūrą, nulemtą stigmatos ir socialinės

atskirties. Itin stiprią Lietuvos priklausomybę nuo šių nepalankių moderniai plėtrai tradicijų demonstruoja labai didelis vaikų ir suaugusiųjų su lengvais ir sunkiais psichikos ir proto negalios sutrikimais, gyvenančių ilgalaikės socialinės globos įstaigose, skaičius.

16. Lietuva šiuo metu turi unikalią galimybę pademonstruoti brandą ir apsispręsti vykdyti šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir Europos vertybėmis grįstą Psichikos sveikatos strategiją (toliau – Strategija). Tam yra tinkamas laikas ir realios galimybės:

16.1. didelis visuomenės susirūpinimas prasta gyventojų, ypač vaikų, dvasine sveikata;

16.2. didėjančios valstybės ekonominės galimybės;

16.3. parengti ir vykdomi bandomieji naujo pobūdžio paslaugų ir prevencinių programų modeliai, parengti ir rengiami specialistai;

16.4. bręstanti politinė valia visų lygių valdžios institucijose suteikti prioritetą visuomenės psichikos sveikatos sričiai ir investuoti į šiuolaikinėmis Europos vertybėmis ir mokslo žiniomis pagrįstus psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus;

16.5. augantis suvokimas, kad strateginių sprendimų atidėjimas šioje srityje nuolat didins ekonominę ir socialinę stigmą ir socialinės atskirties tradicijų nulemtų pasekmių našta bei trukdys siekti atviros pilietinės visuomenės ir modernios valstybės tikslų;

16.6. PSO ir Europos Sąjungos ketinimai padėti Lietuvai apsispręsti vykdyti 2005 metų PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimtą Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veiksmų plano 2005–2010 metams rekomendacijas, galimybė pasinaudoti Europos Sąjungos struktūrine parama šioje svarbioje srityje 2007–2013 metais.

III. Stiprybių, silpnųjų, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė

17. Stiprybės:

17.1. įgyvendinama Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842), bei konkrečių visuomenės sveikatos sričių strategijos ir programos;

17.2. psichikos sveikatos priežiūra vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus prioritetus, o kaip sudedamoji visuomenės sveikatos dalis – ir pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytus prioritetus;

17.3. Lietuvos aukštosiose mokyklose ren-

giami kvalifikuoti asmens ir visuomenės sveikatos specialistai;

17.4. sukurtas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklas;

17.5. 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimtoje Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracijoje ir Veiksmų plane 2005–2010 metams psichikos sveikatos priežiūra įvardyta kaip vienas iš svarbiausių prioritetų visose Europos valstybėse;

17.6. Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programoje (2003–2008 m.), patvirtintoje 2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimu Nr. 1786/2002/EB, sveikata ir aukštas sveikatos apsaugos lygis įvardytas kaip Europos Sąjungos ir PSO prioritetas;

17.7. Europos Komisijos 2005 m. spalio 14 d. patvirtinta Europos Sąjungos „Žalioji knyga“ (Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos projektas), kurioje siūloma šiuolaikinėmis priemonėmis stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, vykdyti savizudymų, prievartos, priklausomybių ir kitų visuomenės sveikatos problemų, tiesiogiai susijusių su psichikos sveikata, prevenciją, plėtoti sergančiųjų psichikos ligomis gydymo ir reabilitacijos bendruomenėse galimybes.

18. Silpnybės:

18.1. valstybės ir savivaldybių institucijų, dirbančių psichikos sveikatos priežiūros srityje, atotrūkis; nepakankamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integravimas pirminiame sveikatos priežiūros lygyje;

18.2. nepakankamas sveikatos, socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos sektorių bendradarbiavimas psichikos sveikatos priežiūros srityje;

18.3. nepakankamas sveikatos programų ir moderniosios bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros finansavimas;

18.4. nepakankamas valstybės ir savivaldybių sveikatos programų valdymas, koordinavimas, įgyvendinimo efektyvumo vertinimas;

18.5. savivaldybių biudžetuose nenumatytas finansavimas psichikos sveikatos priežiūrai;

18.6. nepakankamai išplėtotas visuomenės informavimo psichikos sveikatos klausimais sistema;

18.7. didelė psichikos sveikatos priežiūros institucionalizacija; nepakankamai išplėtotas kompleksinių ir tarpsektorinio pobūdžio bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklas;

18.8. nepakankamas visuomenės pakantumas psichikos sutrikimų turintiems asmenims, didelė psichikos ligonių ir psichikos sutrikimų stigmatizacija visuomenėje.

19. Galimybės:

19.1. aktyvus socialinės apsaugos, švieti-

mo, teisėsaugos, kitų sektorių dalyvavimas psichikos sveikatos stiprinimo veikloje;

19.2. augantis visuomenės pilietiškumas ir psichikos sveikatos reikšmės suvokimas;

19.3. tolesnis specialistų rengimo ir profesinio tobulinimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas;

19.4. naudojimasis Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir kitų programų lėšomis;

19.5. tarptautinio bendradarbiavimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas ir dalyvavimas tarptautinėse programose;

19.6. naujų informacinių priemonių panaudojimas informuojant visuomenę sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo klausimais;

19.7. deinstitucionalizacijos ir destigmatizacijos pritaikymas.

20. Grėsmės:

20.1. nepakankamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės programų finansavimas;

20.2. nepakankama socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos, kitų sektorių veikla psichikos sveikatos priežiūros srityje, jų veiksmai nesuderinti tarpusavyje;

20.3. kvalifikuotų psichikos sveikatos priežiūros specialistų stoka, ypač rajonuose ir ypač psichologų, vaikų psichiatrų, psichoterapeutų;

20.4. socialiniai ir ekonominiai skirtumai tarp regionų ir atskirų gyventojų socialinių grupių;

20.5. vaikų ir jaunimo gyvensenos blogėjimas.

IV. Strategijos tikslas ir prioritetinės kryptys

21. Šios Strategijos tikslas – sukurti Lietuvos Respublikoje tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų.

22. Strategijos prioritetinės kryptys:

22.1. žmogaus teisių užtikrinimas;

22.2. modernios, pacientų poreikius atitinkančios, paslaugos;

22.3. biopsichosocialinio modelio plėtos pusiausvyra;

22.4. autonomijos ir dalyvavimo skatinimas;

22.5. nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose;

22.6. psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija kaip neatsiejamos ir prioritetinės sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalys;

22.7. pacientų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas.

23. Žmogaus teisių užtikrinimo principas reiškia, kad turi būti užtikrintos ir nepriklausomu būdu stebimos žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, žmogaus teisės. Šie žmonės turi turėti tokias pačias žmogaus teises, kaip visi visuomenės nariai. Žmonės, paliešti psichikos ar proto negalios, turi teisę gyventi kuo mažiau suvaržytoje socialinėje aplinkoje ir tenkinti savo poreikius. Psichikos sutrikimo diagnozės nustatymas nėra pagrindas pažeisti žmogaus teises.

24. Modernių, pacientų poreikius atitinkančių, paslaugų principas reiškia, kad psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti individualius pacientų poreikius. Sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms reikalingas individualus jų poreikius atitinkantis psichikos sveikatos priežiūros planas, apimantis penkis priežiūros komponentus: farmakoterapiją, psichoterapiją, psichosocialinę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, pagalbą buityje. Tokią paslaugą įvairovę turi užtikrinti kelių sektorių finansškai remiamas bendruomeninių paslaugų tinklas.

25. Biopsichosocialinio modelio plėtos pusiausvyros principas. Kadangi psichikos sutrikimų genezėje persipindami dalyvauja ir yra vienodai svarbūs biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai, būtina stebėti, kad vienodas dėmesys būtų skiriamas investicijoms tiek į naujas biomedicinos technologijas, tiek į psichologijos (psichoterapijos) ir socialines technologijas. Kadangi Lietuva išgyvena pereinamąjį laikotarpį, jos visuomenė patiria didelį socialinį stresą, ypatingai svarbu pirmenybę teikti plėtrai psichosocialinių technologijų, kurios:

25.1. stiprina visuomenės socialinį kapitalą;

25.2. stiprina individų, šeimų ir bendruomenių psichologinį atsparumą;

25.3. didinti visuomenės supratimą apie psichikos ir elgesio sutrikimus bei toleranciją pažeidžiamoms gyventojų grupėms;

25.4. mažina stigmatizaciją ir socialinę atskirtį.

26. Autonomijos ir dalyvavimo skatinimo principas reiškia, kad psichikos sveikatos paslaugos turi būti organizuojamos taip, kad pacientai galėtų būti kuo savarankiškesni ir dalyvautų visuomenės gyvenime. Todėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kuo mažiau ribotoje aplinkoje. Žmonės, sergantys psichikos ligomis, turi būti gydomi namuose arba kiek galima artimesnėje aplinkoje. Specializuotose ilgalaikės socialinės globos įstaigose paslaugos gali būti teikiamos ypatingai sunkiais atvejais, kuomet kompleksinės pastangos teikti pagalbą bendruomenėje yra nesėkmingos.

27. Nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymo nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose principas. Nedidelių

psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimus patiria labai daug žmonių. Todėl neįmanoma užtikrinti, kad valstybės lėšomis pagalba jiems teiktų psichikos sveikatos specialistai. Dauguma psichikos sveikatos problemų turi būti sprendžiamos laikantis visuomenės sveikatos principų:

27.1. pasitelkiant natūralius bendruomenės resursus ir tuo tikslu apmokant šeimas, mokytojus, darbdavius, visus su rizikos grupės žmonėmis dirbančius arba rizikingas situacijas valdančius darbuotojus;

27.2. dauguma psichikos sveikatos sutrikimų yra nedideli ir turi būti gydomi ne psichikos sveikatos specialistų, o pirminio sveikatos priežiūros lygio – šeimos gydytojų ir jiems talkinančių slaugytojų;

27.3. gydytojai psichiatrai ir kiti psichikos sveikatos specialistai, dirbantys ambulatorinėje grandyje, nemažą dalį darbo laiko turi skirti šeimos gydytojų ir jų gydomų ligonių konsultavimui, o kitą dalį laiko privalo skirti sunkių psichikos ligonių gydymui.

28. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos kaip neatsiejamų ir prioritetinių sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalių principas reiškia, kad psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos priemonės turi būti skirtos plačiam visuomenei ir specifinėms rizikos grupėms, skatinant apsauginius veiksmus ir atsparumą, mažinant socialinę atskirtį, suteikiant galimybę pažeidžiamoms rizikos grupėms pačioms spręsti problemas ir padėti joms integruotis į bendruomenę. Tai padeda pažeidžiamoms gyventojų grupėms išvengti stigmatos ir diskriminacijos. Kartu tai padeda pačiai visuomenei atsikratyti prietarų ir nepakantos pažeidžiamų grupių atžvilgiu. Tolerancijos ir solidarumo dvasia, sugrįžtanti į visuomenę, yra apsauginis veiksnys nuo susipriešinimo, prievartos, savivudiško ir kitokio destruktinio ir autodestrukcinio elgesio.

29. Pacientų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas pasireiškia tuo, kad modernioje psichikos sveikatos priežiūroje pacientai aktyviai dalyvauja priimančiais sprendimus partnerystės su specialistais principu. Apie teikiamų paslaugų veiksmingumą ir atitiktį pacientų poreikiams ir žmogaus teisių principams, visų pirma, sprendžia patys pacientai ir jų artimieji. Paslaugas teikiančių ir jas organizuojančių institucijų ir asmenų pareiga yra gerbti paciento orumą, skatinti jo autonomiją bei tenkinti jo poreikius. Valstybės institucijos bendrauja su nevyriausybėmis organizacijomis, atstovaujančiomis pilietinei visuomenei, kaip su lygiaverčiais partneriais ir sudaro šioms organizacijoms galimybę dalyvauti priimančiais sprendimus ir teikiant paslaugas.

V. Strategijos uždaviniai ir įgyvendinimo priemonės

30. Strategijos uždaviniai:

30.1. įtvirtinti psichikos sveikatos svarbą valstybės politikoje;

30.2. stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir vykdyti psichikos sutrikimų prevenciją;

30.3. plėsti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bendruomenėje, sukuriant pasirinkimo galimybę užtikrinančią ir pacientų poreikiams tenkinti pritaikytą paslaugų sistemą;

30.4. sukurti modernių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmą;

30.5. užtikrinti žmogaus teisių apsaugą ir vykdyti stebėseną;

30.6. vykdyti psichikos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių mokslinį vertinimą bei stebėseną.

31. Atsižvelgiant į Strategijos uždavinius, nustatomos šios Strategijos įgyvendinimo priemonės:

31.1. kaip prioritetinę kryptį įtraukti visuomenės psichikos sveikatos problemų veiksmingų sprendimo būdų pritaikymą praktikoje, rengiant ir vykdančias švietimo, socialinės apsaugos ir sveikatos sektorių savivaldos lygio, nacionalines ir Europos Sąjungos programas; vertinant planuojamą ir vykdomą valstybės politiką įvairiuose sektoriuose, atsižvelgti į poveikį visuomenės ir atskirų rizikos grupių psichikos sveikatai;

31.2. stiprinti Valstybinės psichikos sveikatos komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklą, užtikrinant jos veiksmingumą;

31.3. atkreipti apskričių viršininkų administracijų ir savivaldybių dėmesį į visuomenės psichikos sveikatą kaip prioritetinę sveikatos ir socialinės politikos kryptį ir siūlyti finansškai remti tęstines programas, skirtas svarbiausių visuomenės psichikos sveikatos problemų prevencijai;

31.4. užtikrinti psichikos sveikatai tenkančio biudžeto dalies didėjimą sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriuose, ypatingą dėmesį skiriant priartintų prie bendruomenės ir integruotų į asmens sveikatos priežiūros įstaigas paslaugų teikimui. Nemažinant dabar psichiatrijos įstaigose teikiamų paslaugų apimčių, gerinant šių paslaugų kokybę, plėsti lankstų nestacionarinių paslaugų vaikams ir suaugusiems, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, tinklą;

31.5. gerinti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą, vykdančias tikslines prevencines, gydymo ir reabilitacijos programas, skirtas vaikų, šeimų ir bendruomenių atsparumo stiprinimui bei neigiamų socializacijos pasekmių prevencijai. Valsty-

binėse sveikatos programose didžiausią dėmesį skirti šiuo metu aktualiausių problemų sprendimui – vaikų dvasinės sveikatos, emocinės ir socialinės raidos sutrikimų prevencijai, tėvų mokymui tinkamai auginti vaikus, savižudybių, priklausomybių ir prievartos prevencijai, jaunimo sveikatos problemų sprendimui;

31.6. remti valstybės ir savivaldybių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programos, kaip neatsiejamas ir prioritetines visuomenės sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos programų dalis, visų pirma, užtikrinant tęstinę paramą šioms sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos kryptims:

31.6.1. rizikos grupėms priskiriamų tėvų mokymo kompetentingai auginti vaikus, ypač kūdikystės ir ankstyvosios vaikystės laikotarpiu;

31.6.2. vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo mokyklose ir bendruomenėje;

31.6.3. psichikos sveikatos stiprinimo darbo vietose;

31.6.4. vaikų ir jaunimo smurto prevencijos;

31.6.5. savižudybių prevencijos;

31.6.6. alkoholizmo, narkomanijos ir rūkymo prevencijos;

31.6.7. sveikos senatvės stiprinimo;

31.7. nuolat koordinuoti tarpusavyje nacionalines ir regionines programas, kurios vykdomos minėtoms visuomenės sveikatos problemoms spręsti, nes didelė dalis apsauginių ir rizikos veiksnių, susijusių su plačiu priklausomybių, savižudybių ir prievartos bei smurto paplitimu visuomenėje, yra bendri visoms šioms problemoms;

31.8. pasiekti, kad vienodai svarbus valstybės dėmesys bei finansiniai resursai būtų skiriami visoms svarbiausioms šio laikotarpio visuomenės psichikos sveikatos problemoms spręsti – priklausomybių nuo alkoholio ir narkotikų, savižudybių ir prievartos prevencijai. Tik subalansuojant ir vienodai svarbiomis laikant investicijas į veiksmingą prevenciją, gydymą ir reabilitaciją, bendromis valstybės institucijų ir pilietinės visuomenės pastangomis galime įveikti visuomenės psichikos sveikatos krizę;

31.9. kurti ir finansuoti veiksmingas, mokslo žiniomis ir Europos vertybių principais pagrįstas prevencijos, gydymo ir reabilitacijos programas, gerinančias pozityvią vaikų, šeimos ir bendruomenės dvasinę sveikatą ir psichologinį atsparumą, mažinančias socialinę atskirtį ir gerinančias pažeidžiamų gyventojų grupių integraciją į bendruomenę;

31.10. plėtoti bendruomenines paslaugas, panaudojant Sveikatos apsaugos ministerijos iniciatyva nuo 1997 m. kuriamą psichikos sveikatos centrų tinklą ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos iniciatyva nuo

1998 m. vykdomą Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros programą, tam skiriant reikiamus resursus;

31.11. sukurti vadybos ir finansinių sprendimų dėl bendruomeninių paslaugų plėtros mechanizmą, kuris pašalintų esamas vadybos, finansines kliūtis ir leistų veiksmingai ir racionaliai plėtoti šiuos komponentus sudarančią bendruomeninių paslaugų sistemą;

31.11.1. kurti ir stiprinti tarnybas, atsakingas už tai, kad kiekvienos savivaldybės lygiu būtų plėtojami visi penki būtinieji psichikos sveikatos priežiūros komponentai psichikos ir proto negalią turintiems žmonėms: farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija, pagalba buityje. Nedidelės savivaldybės šias paslaugas turėtų plėtoti kooperuodamos resursus, atsižvelgdamos į tai, kad optimalus teritorijos, kuriai turi būti planuojamas visų paslaugų spektras, gyventojų skaičius yra 100000–200000;

31.11.2. teikti priežiūros paslaugas krizių situacijų metu, sudarant galimybę paslaugas gauti gyvenimo ir / ar darbo vietose, stengiantis užkirsti kelią sveikatos blogėjimui ir kiek tai įmanoma vengiant hospitalizacijos. Užtikrinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą paciento namuose;

31.11.3. plėtojant paslaugų sistemą, atsižvelgti į skirtingus poreikius ir skirtingus pagalbos psichikos negalią turintiems asmenims (sergantiems psichikos ligomis) ir proto negalios ištiktiems asmenims (kurie nuo vaikystės yra sutrikusio intelekto būdus. Abiejų šių grupių asmenims turi būti plėtojamas bendruomeninių paslaugų tinklas su skirtingomis individualiomis gydymo, ugdymo, reabilitacijos, darbo, užimtumo ir būsto programomis;

31.11.4. plėtoti konsultacinę ryšio (su somatine medicina) psichiatriją, iš esmės stiprinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų galimybes asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Siekiant kad psichikos sveikatos klausimai asmens sveikatos priežiūros įstaigose būtų sprendžiami veiksmingai, jose turi dirbti psichikos sveikatos priežiūros specialistų ir konsultantų komandos, o taip pat turi būti skatinama psichiatrijos stacionarių skyrių plėtra;

31.11.5. atsižvelgiant į tai, kad svarbiausia institucija, lemianti sėkmingą psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą, integruojant visuomenės ir asmens sveikatos sektorių pastangas saugoti ir stiprinti piliečių psichikos sveikatą, yra šeimos gydytojo institucija, siekti, kad sistema veiktų taip, kad šeimos gydytojai ir slaugytojai, konsultuojami psichikos sveikatos centruose dirbančių psichikos sveikatos specialistų, suteiktų pagalbą daugumai dėl psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų besikreipiančių žmonių; siekti, kad šeimos gydytojai būtų geriau pareng-

ti vaikų ir suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūros srityje, gerai mokėtų ir turėtų motyvaciją diagnozuoti ir gydyti šiuos sutrikimus;

31.11.6. siekti, kad daugiau dėmesio Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje būtų skiriama psichoterapijos paslaugų plėtrai. Pasaulio ir Europos psichikos sveikatos priežiūros sistemose šiuo metu vis daugiau dėmesio skiriama veiksmingų psichoterapijos paslaugų plėtrai. Stengiamasi orientuotis į trumpas ir vidutinės trukmės ambulatorinės psichoterapijos formas. Ypač svarbu, kad būtų skatinamos ir adekvačiai apmokamos psichoterapijos paslaugos vaikams ir šeimoms. Būtina panaudoti didelę Lietuvos psichoterapijos mokyklos patirtį, kviečiant nacionalinės psichoterapijos mokyklos atstovus mokyti naująją sveikatos priežiūros specialistų kartą (šeimos gydytojus, gydytojus psichiatrus, kitų specialybių gydytojus, psichologus, socialinius darbuotojus ir kt.) pagrindinių kasdienio darbo su rizikos grupės žmonėmis ir šeimomis įgūdžių. Siekiant įtvirtinti Lietuvoje modernių psichoterapijos ir kitų psichosocialinių technologijų plėtrą, būtina suteikti šiai kryptčiai plėtros prioritetą ir sukurti veiksmingą ir racionalų šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo mechanizmą.

31.12. Plėtoti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorines, stacionaro, dienos stacionaro, krizių intervencijos, individualios, grupinės ir šeimos psichoterapijos), didinant šių paslaugų apimtį, specializuojant stacionaro ir dienos stacionaro skyrius pagal vaikų amžių, gerinant šių paslaugų kokybę ir artinant jų teikimą prie bendrojo profilio medicinos (pediatrijos) įstaigų. Sukurti specializuotas paslaugas paaugliams ir jaunuoliams: paauglių stacionaro skyrius, ilgalaikės psichosocialinės reabilitacijos (resocializacijos) paslaugas paaugliams su sunkiais elgesio ir socializacijos sutrikimais, specialias reabilitacijos paslaugas paaugliams, priklausomiems nuo alkoholio ir narkotikų. Užtikrinti ypatingai aukšto lygio paslaugų kokybę, atsižvelgiant į paauglių ir jaunuolių poreikius ir ypatumus. Plėtoti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas, didinant jų apimtį, gerinant kokybę ir sukuriant alternatyvą kūdikių namų ir kitų valstybinių vaikų globos institucijų tinklui. Plėtoti ir integruoti į pediatrijos paslaugų infrastruktūrą vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės (raidos) pediatrijos paslaugas. Įtraukti į šeimos gydytojų rengimo programą vaikų psichikos sveikatos priežiūros, tėvų ir vaikų santykių ir krizių kursus. Kuo daugiau su psichikos sveikata susijusių paslaugų teikti bendruose vaikams ir jaunimui skirtuose sveikatos centruose, pritaikytuose šių amžiaus grupių poreikiams.

31.13. Siekti optimalios pusiausvyros tarp visuomenės saugumo užtikrinimo ir žmogaus teisių nepažeidžiančios pagalbos sistemos sutrikusios psichikos asmenims;

31.14. kokybiškai naujais pagrindais plėtoti teismo psichiatriją, perimant pažangią Europos Sąjungos valstybių patirtį;

31.15. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą pripažinti prioritetine, sprendžiant strateginius Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir sveikatos programų klausimus;

31.16. sukurti mišraus finansavimo mechanizmą, kai, diegiant bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, persipina daugiau kaip vieno sektoriaus funkcijos. Visi dalyvaujantys sektoriai privalo prisidėti investicijomis į šių naujų paslaugų sukūrimą ir vykdymą;

31.17. užtikrinti bendruomeninių ir integruotų į bendrąsias sveikatos priežiūros, socialinės pagalbos ir ugdymo įstaigas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų įdiegimą, šias paslaugas priskiriant Lietuvos sveikatos ir socialinės politikos prioritetinėms kryptims panaudojant Lietuvai 2007–2013 skiriamą Europos Sąjungos struktūrinę paramą;

31.18. užtikrinti psichikos sveikatos centrų plėtrą, sudarant galimybę jiems tapti savarankiškais juridiniais asmenimis ir teikti paslaugas, kurios gali būti apmokamos iš įvairių šaltinių (iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo – dienos stacionaro paslaugos, paslaugos namuose ir kitos antrinio lygio paslaugos, iš socialinės apsaugos sektoriaus – deinstitutionalizacijos procesai);

31.19. skatinti naujų paslaugų plėtrą, siekiant ne stacionaruose gydyti specifinius plačiai paplitusius vidutinio sunkumo ir sunkius psichikos sutrikimus (pvz., valgymo sutrikimus, pirmąjį psichozės epizodą paauglystėje ir jaunystėje), teikti krizių intervencijos paslaugas ir kitas aktyvaus nestacionarinio gydymo ir reabilitacijos paslaugas. Įteisinti galimybę apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naujas ambulatorines ir stacionarines psichiatrijos paslaugas;

31.20. skatinti deinstitutionalizacijos proceso plėtrą – siūlyti savivaldybėms teikti alternatyvias institucinei globai paslaugas vaikams ir suaugusiems bei remti viešojo ir privataus sektoriaus ir nevyriausybinių organizacijų iniciatyvas;

31.21. plėtoti socialinės pagalbos sistemą, atsižvelgiant į skirtingas sutrikusio intelekto asmenų ir sergančiųjų psichikos ligomis problemas ir poreikius;

31.22. naujas bendruomenines paslaugas pradėti teikti iniciatyvą parodžiusiose ir geriausiai pasiruošusiose savivaldybėse ir apskrityse, finansuojant šias paslaugas kaip bandomuosius projektus ir palaipsniui plėdžiant šių paslaugų mastą;

31.23. užtikrinti realią sutrikusios psichi-

kos asmenų teisių apsaugą ir galimybę šiems asmenims gauti visavertę kompleksinę pagalbą ten, kur jie gyvena, užuot sudarant eiles jų apgyvendinimui psichoneurologijos pensionatuose. Remiantis PSO rekomendacijomis, kurti veiksmingą ir žinybinių interesų išvengiantį mechanizmą, kuris gintų sutrikusios psichikos asmenų teises tiek gydymo ir globos įstaigose, tiek ir bendruomenėje. Tai skatintų gerą praktiką ir padėtų užkirsti kelią aplaidžiam ir netinkamam elgesiui su psichikos ligoniais bei proto negalia turinčiais žmonėmis. Tokio mechanizmo kūrimo ir veiklos procese būtina užtikrinti patį aktyviausią psichikos sveikatos priežiūros pacientų ir jų artimųjų dalyvavimą;

31.24. nuolat vykdyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną, sukuriant tam reikalingas metodikas ir vykdymo mechanizmus;

31.25. į žmogaus teisių stebėjimo procesą įtraukti pacientų organizacijas ir kitas nevyriausybines organizacijas;

31.26. parengti ir vykdyti teisėjų, prokurorų, ikiteisminio tyrimo pareigūnų ir advokatų, dalyvaujančių sutrikusios psichikos asmenų bylų nagrinėjime, mokymo programą;

31.27. nuolat vykdyti psichikos sveikatos sistemos mokslinę analizę bei tyrimus, dalyvaujant psichiatrijos, psichologijos, visuomenės psichikos sveikatos, sociologijos, kriminologijos ir kitų sričių mokslininkams;

31.28. sukurti visuomenės psichikos sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos informacijos bei rodiklių kaupimo, apdorojimo, analizės ir sklaidos sistemą. Įsitraukti į Europos Sąjungos iniciatyvas nustatyti visuomenės psichikos sveikatos rodiklius ir vykdyti lyginamąją analizę;

31.29. kas 2–3 metus atlikti psichikos sveikatos sistemos veiklos rodiklių ir su ja susijusių reiškinų mokslinę (kiekybinę ir kokybinę) analizę, tiriant kaip kinta sociokultūrinis kontekstas, kokia yra žmonių ir finansinių išteklių kaita, teikiamų paslaugų ir prevencinių programų mastas ir kokybė ir kaip tai atsispindi šioje Strategijoje ir tikslinėse programose numatytuose sistemos veiklos rezultatuose;

31.30. konsultuotis su PSO, Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų ekspertais, siekiant, kad Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtra atitiktų visus šiuolaikinius principus ir standartus.

VI. Vertinimo kriterijai

32. Šios Strategijos vertinimo kriterijai:

32.1. teigiama visuomenės psichikos sveikatos rodiklių dinamika;

32.2. valstybinės programos, skirtos šios Strategijos nuostatoms įgyvendinti, įgyvendinime dalyvaujančių sektorių ir institucijų skaičius bei skirtos lėšos;

32.3. psichikos sveikatos stiprinimui, psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai, gydymui ir reabilitacijai skiriamų lėšų dinamika šalies mastu ir regionuose bei šių lėšų santykinio svorio dinamika sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriaus finansavimo struktūroje;

32.4. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra bendruomenėje;

32.5. teigiama vaikų psichikos sveikatos rodiklių dinamika epidemiologinių tyrimų duomenimis;

32.6. teigiama vaikams ir paaugliams bei jų tėvams teikiamų prevencinių, ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų plėtros rodiklių dinamika;

32.7. savivaldybėse ir šalies mastu vykdomų testinių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų skaičius ir šių programų vykdymui skirtos lėšos bei dinamika;

32.8. vidutinės hospitalizacijos į psichiatrijos ligonines trukmės sumažėjimas iki 25 dienų;

32.9. lovų skaičiaus sumažėjimas psichiatrijos stacionaruose 15 proc.;

32.10. bendruomenėse teikiamų paslaugų prieinamumo pagerėjimas 25 proc. padidinant vietų skaičių dienos stacionaruose ir dienos centruose;

32.11. teigiama deinstitutionalizacijos procesų, apimančių vaikus ir suaugusius su psichikos sutrikimais bei rizikos veiksniais, dinamika;

32.12. savižudybių skaičiaus sumažėjimas iki 30 atv. / 100000 gyv.;

32.13. alkoholinių psichozių skaičiaus augimo stabilizavimas.

VI. Baigiamosios nuostatos

33. Šios Strategijos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

34. Šiai Strategijai įgyvendinti Lietuvos Respublikos Vyriausybė parengs valstybinę programą, kurioje bus numatytos konkrečios priemonės, už priemonių įgyvendinimą atsakingos institucijos, įvykdymo terminai.

35. Strategija bus įgyvendinama Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetu, Europos Sąjungos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo, tarptautinių organizacijų ir kitų šaltinių lėšomis.

36. Lietuvos Respublikos Vyriausybė kas penkerius metus už šios Strategijos įgyvendinimą atsiskaitys Lietuvos Respublikos Seimui, parengdama ir pristatydama šios Strategijos įgyvendinimo ataskaitą.

Tyrimas parodė, kad antidepresantai nedidina savižudybės rizikos

2006 m. pradžioje *Journal of Psychiatry* paskelbti naujo tyrimo duomenys atgaivino diskusiją dėl antidepresantų saugumo. Tyrimas parodė, kad skiriant antidepresantus vaikams ir suaugusiems per pirmus šešis gydymo mėnesius sumažėja savižudybės mėginimų skaičius. Šiame tyrime, kurį finansavo Nacionalinis psichikos sveikatos institutas, apibendrinti 1992–2003 m. antidepresantais gydytų pacientų duomenys. Tai – didžiausias tyrimas, kuriuo mėginama atsakyti, ar antidepresantai didina savižudybės riziką. Diskusija dėl antidepresantų ir savižudybės ryšio prasidėjo dar 1980 m., įtarus, kad *Prozakas*, pirmasis naujos SSRI grupės vaistas, paskatina pacientus smurtui prieš save ir kitus. JAV Amerikos vaistų ir maisto administracija (FDA) 1991 m. atliko tyrimus ir nustatė įrodymais pagrįstą savižudybės ir SSRI vartojimo sąsają. Tuo tarpu 2002 m., remiantis naujo FDA tyrimo duomenimis, pasirodė informaciniai lapeliai, perspėjantys, kad vaikams ir paaugliams skiriami antidepresantai gali padidinti savižudybės riziką. 2004 m. išvada buvo dar griežtesnė. Veiksmų imtasi, kai analizuojant jungtinius 9 antidepresantų klinikinių tyrimų duomenis nustatyta, kad 4 proc. vartojančių antidepresantus vaikų išsakė savižudiškas mintis – dvigubai daugiau, nei plačią gavusių vaikų.

Tuo tarpu 2003 m. gegužę *British Medical Journal* išspausdintas Australijos mokslininkų tyrimas parodė pozityvias savižudybių ir antidepresantų vartojimo sąsajas: tose gyventojų grupėse, kuriose antidepresantai buvo skiriami dažniausiai, 1991–2000 m. savižudybių

ryškiausiai sumažėjo. Žinoma, šio tyrimo rezultatai nebūtinai reiškia, kad visi vartojantieji antidepresantus išvengs savižudybės, tačiau tai paremia nuomonę, kad veiksmingas depresijos gydymas kartu yra ir savižudybės prevencijos priemonė.

Šiame naujausiame tyrime apimti ir FDA 2002 m. tyrimo duomenys, kuriais remiantis informaciniuose lapeliuose pasirodė perspėjimai, kad vaikams ir paaugliams skiriami antidepresantai gali padidinti savižudybės riziką. Tyrimui vadovavęs dr. Gregory E. Simonds Sietlo Sveikatos apsaugos grupės vyriausias psichiatras tvirtina, kad pacientams pradėjus vartoti antidepresantus savižudybės rizika sumažėja. Dr. Simonds taip pat nurodo, kad būtina atsižvelgti ir į tai, kad vaistų skyrimas vaikams ir paaugliams savaime gali tapti faktoriumi provokuojančiu savižudišką elgesį.

Tyrimo metu išanalizavus vaikų, paauglių ir suaugusių pacientų kortelių įrašus pasirodė, kad daugiausiai savižudiškų ketinimų ir bandymų buvo mėnesį prieš gydymą, tuo tarpu praėjus mėnesiui po antidepresantų paskyrimo tokių ketinimų ir bandymų sumažėjo 60 proc. ir paskesnius penkis mėnesius mažėjo toliau. Savižudiškų ketinimų ir mėginimų mažėjimas buvo panašus kaip tarp suaugusiųjų ir vaikų. Tyrimą atlikusių mokslininkų grupė tvirtina, kad nors gydant antidepresantais pacientus stebėti būtina, tačiau įspėjimas anotacijoje, kad antidepresantai skatina savižudybę, ne padeda, bet trukdo skirti veiksmingą gydymą ir nepagerina priežiūros kokybės.

Tyrimo autorių nuomone, FDA turėtų iš naujo apsvarstyti perspėjimą dėl

savižudybės pavojaus vartojant antidepresantus ir jį atšaukti. Tuo tarpu FDA nuomone, tyrimas nesuteikia pagrindo atšaukti perspėjimus. FDA nurodo, kad, remiantis jų analizuotais duomenimis, pirmuosius šešis gydymo antidepresantais mėnesius vaikų ir paauglių savižudiškų mėginimų buvo 314/100.000 pacientų, t. y. net keturis kartus daugiau nei suaugusiųjų, tarp kurių savižudybių skaičius buvo panašus į bendros populiacijos.

Joks tyrimas negali vienareikšmiškai patvirtinti priežastinio ryšio tarp antidepresantų vartojimo ir savižudybės rizikos, tačiau gausėja įrodymų, kad veiksmingas depresijos simptomų numalšinimas užkerta kelią savižudybei. Taip atsitinka ne tik dėl depresijos simptomų mažėjimo, bet ir todėl, kad antidepresantų skyrimą dažnai lydi kitos intervencijos, pavyzdžiui, psichoterapija ir konsultavimas. Literatūroje nurodoma ir tai, kad SSRI grupės antidepresantų išplitimas sumažina riziką, kad išrašytais antidepresantais pacientas nusižudys, nes šios grupės vaistai yra mažai toksiški. Negalima pamiršti ir to, kad depresija – vienas, bet ne vienintelis savižudybės rizikos veiksnys. Tarp nusižudžiusiųjų 40–70 proc. serga depresija, tačiau dauguma sergančiųjų depresija nesižudo. Atsiradus SSRI depresijų gydymas tapo lengvesnis ir prienamesnis, tačiau veiksmingai savižudybių prevencijai reikia platesnių priemonių nei antidepresantų paskyrimas.

Pagal www.psychiatryonline.org
ir www.psychiatry.jwatch.org
parengė

Nijolė Goštautienė

Gerbiami kolegos,

Persiunčiu ką tik gautą naujausią medžiagą (žr. toliau) apie Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos padėtį. Planuojama, kad ES Psichikos sveikatos strategija bus priimta 2007 m. pavasarį (2005 m. rudenį patvirtinta „Žalioji knyga“ šios strategijos projektas). Buvusiam sveikatos apsaugos ministrui Ž.Padaigai pademonstravus iniciatyvą ir politinę valią, Lietuva įsijungė į šį precedentu neturinti procesą, atspindintį modernios Europos suvokimą apie ženklią prioritetų kaitą sveikatos politikoje.

Artėjant 2007 metams, noriu pasidalyti mintimis apie šio proceso tęstinumą:

Vilčių teikia tai, kad:

1. Jūsų visų dalyvavimas parodė, kad nepaisant neišvengiamų nuomonių skirtumų, Lietuvoje formuojasi supratimas, jog psichikos sveikatos sričiai reikalingos kokybiškai ir kiekybiškai naujos investicijos. Tiesa, klausimas ar tas supratimas jau yra negrįžtamu procesu lygyje – lieka atviras.

2. Daugiau kaip prieš metus parengtas Valstybinės psichikos sveikatos strategijos projektas pagaliau pasiekė Seimą. Prasidėjo projekto svarstymas Seime. Tikimės, kad šioje sesijoje Strategija bus patvirtinta.

3. Europos Sąjungos 2007-2013 paramos struktūroje Lietuva šalia tradicinių sveikatos prioritetų pirmą kartą paskelbė ir naująjį prioritetą – psichikos sveikata. Nors anksčiau planuota prašoma lėšų suma psichikos sveikatai yra sumažėjusi bei išlieka tam tikrų neaiškumų dėl prašomų lėšų panaudojimo kryptių, vis tik psichikos sveikatos priežiūros modernizavimui skirtos lėšos išlieka SAM plane ES struktūrinės paramos panaudojimui.

Ar to užtenka pradėtų darbų tęstinumui? Žinant, kiek daug sudėtingų problemų yra susikaupę (asmens ir visuomenės) psichikos sveikatos srityje, ir kokie ambicingi yra tiek ES, tiek Lietuvos psichikos sveikatos strategijų tikslai, visiškai aišku kad šito neužtenka.

Nerimą kelia kai kurios abejonės dėl politinės valios ir pasiryžimo vykdyti esmines permainas psichikos sveikatos srityje dabartinėse Lietuvos valdžios institucijose:

1. Psichikos sveikatos naujieji prioritetai niekaip neatsispindi naujajame 2007 m. valstybės biudžete, kuriame, kaip žinote, sveikatos sektoriui skirta 1 milijardu daugiau negu 2006 metais. Tai reiškia, kad netrukus Seimui patvirtinus Strategiją, 2007 metai nueis perniek, nes jokios lėšos Strategijoje numatytiems uždaviniams vykdyti nenumatytos.

2. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros modernizavimui – taip kaip tai numatyta Strategijoje – reikalingos nemažos lėšos, valstybės ir savivaldybių biudžetuose ir PSDF. Nesimato, kad būtų politinė valia ruošti šių lėšų planavimui. Priminsiu, kad dauguma ES paramos lėšų prašoma tik „kietoms investicijoms“, kad atsirastų erdvė naujoms paslaugoms, gi jų turinys turės būti užpildytas žmogiškaisiais ištekliais, padengtais nacionalinio biudžeto lėšomis. Per trumpa laiką (per 2007 metus) būtina parengti daug poįstatyminių aktų, numatančių sklandžias permainas, teikiant modernias paslaugas, kurios iki šiol nėra reglamentuotos. Kol kas šioje srityje yra per daug ramu, ir tai kelia nerimą. Jei per artimiausiu mėnesius nebus nuveikta daug ryžtingų veiksmų, bus pramiegotas jau ir 2008 metų biudžetas.

3. ES skiria ypatingą dėmesį psichikos sveikatos stiprinimui ir psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai (taigi, ikiklinikinėms (populiacinėms) priemonėms psichikos sveikatai gerinti). Lietuvos psichikos sveikatos strategijos projekte, taip pat apie tai daug kalbama. Iki šiol lieka daug neaiškumų, kas Vyriausybės ar SAM lygyje valdys ir koordinuos šį sudėtingą procesą, ir kokiomis lėšomis tai bus paremta.

4. Tvirtinant Seimui Valstybinę psichikos sveikatos strategiją, kartu turėtų būti nutarta kaip ir kokiomis lėšomis

Strategija bus įgyvendinama. Taigi 2007 metai turėtų tapti lemiamais, aiškėjant ar valstybė suvokia rimtų investicijų į visuomenės psichikos sveikatą būtinybę. Visi mes žinome daugybę graudžių pavyzdžių, kaip net neprasidėję baigdavosi kitos strategijos ir programos, nes jų vykdymas nebuvo padengtas realiomis valstybės biudžeto lėšomis. Šįkart valstybės lauks ypatingai sunkus išbandymas, ir visi turėtumėm būti jam pasirengę, padėti savo aktyvumu rengiant Strategijos įgyvendinimo planą ir lėšų poreikį.

Kaip matyti iš Europos Komisijos medžiagos, Lietuva buvo tarp valstybių, nedalyvavusių „Žaliosios knygos“ konsultacijų procese. Kaip ministro Ž.Padaigos visuomeninis patarėjas, informuoju, kad mes su gerbiamu ministru buvome parengę raštą nuo SAM Europos Komisijai, ir ministras Ž.Padaiga buvo pavedęs šį raštą nusiųsti nuo SAM Europos Komisijai. Deja, kaip matote iš valstybių/institucijų sąrašo, šis raštas nepasiekė Europos Komisijos.

Tikiuosi kad tokie nemalonūs ženklai nereiškia Lietuvos valdžios institucijų abejonų dėl psichikos sveikatos kaip prioritetinės sveikatos politikos srities. Taip pat ir psichikos sveikatos srities ignoravimą istoriškai turtingame 2007 metų biudžete mėginkime laikyti liūdnu neapsižiūrėjimu. Tikėkimės, kad šios klaidos nebepasikartos, ir aktyviai dalyvausime siekdami įtvirtinti Lietuvoje 2005–2006 metais pradėtus darbus siekiant proveržio psichikos sveikatos politikoje ir jos įgyvendinime.

Butu puiku, jei kas nors turėtumėte siūlymų kaip tęsti atvirų diskusijų procesus, siekiant kuo sėkmingiau įgyvendinti naujus uždavinius. Dėkoju visiems už aktyvų bendradarbiavimą 2005–2006 metais ir linkiu visiems daug laimės jau artėjančiais 2007 metais.

Pagarbiai,

Dainius Pūras

Dear colleagues,

Please find below a link to a new summary report established by the Commission services about the responses received through the open consultation on the Commission's Green paper on Mental Health of 2005.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mentalgp_report.pdf

The report complements the Resolution adopted by the European Parliament on 6 September 2006 and the Opinion given by the European Economic and Social Committee on 17 May 2006, plus the "Report and Recommendations of the EU Consultative Platform on Mental health" received after the consultation meetings.

All contributions to the consultation, and also the summary report about the consultation meetings prepared by the SUPPORT-project, can be consulted on the following website:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm

Overall, the feedback to the Green paper was very supportive. The Commission services therefore work towards the presentation of a follow-up Communication setting out a strategy on mental health in the second half of 2007.

I also attach the link to a press release in this context.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/press_mental_health_en.htm

The press release also referred to the publication of a report about a Eurobarometer survey on mental health. It can be downloaded under the following link:

http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm

Best wishes,

Juergen Scheftlein

European Commission
DG Health and Consumer protection
Unit C4 "Health determinants"
Email: Jurgen.Scheftlein@ec.europa.eu

Eeva Ollila

European Commission
DG Health and Consumer protection
Unit C4 "Health determinants"
Email: Eeva.Ollila@ec.europa.eu

Carine Didierjean

Secretary European Commission
Health and Consumer Protection
Public Health and Risk Assessment
SANCO C4 – Health Determinants
Email: carine.didierjean@ext.ec.europa.eu

Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vežimosi per Lietuvos Respublikos sieną



Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos informuoja apie taisykles, kurios galioja vežantis į Lietuvos Respubliką arba išvežant iš jos narkotinius ar psichotropinius vaistus:

- narkotinius ar psichotropinius vaistus galima vežtis tik sveikatos priežiūros tikslais asmeniniam vartojimui;
- kartu su vaistais būtina turėti receptų, kuriuose gydytojas vežančiajam asmeniui yra išrašęs konkrečius vaistus, kopijas;
- šių receptų kopijų niekur (nei LR sveikatos apsaugos ministerijoje, nei Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje, nei pas notarą) tvirtinti nereikia;
- vežamų vaistų kiekis negali viršyti recepte nurodyto kiekio;
- narkotinių vaistų galima vežtis ne ilgesniam kaip 7 dienų laikotarpiui;
- psichotropinių vaistų galima vežtis ne ilgesniam kaip 30 dienų laikotarpiui.

Narkotiniai vaistai – tai vaistai, kurių sudėtyje yra šių medžiagų: buprenorfino, fentanilio, metadono, morfino, petidino, remifentanilio, tramadolio.

Psichotropiniai vaistai – tai vaistai, kurių sudėtyje yra šių medžiagų: alprazolamo, bromazepamo, chlordiazepoksido, diazepam, estazolamo, flunitrazepamo, klonazepamo, klorazepato, kodeino (didesnės dozės), fenobarbitalio, lorazepamo, medazepamo, midazolamo, oksazepamo, nitrazepamo, pentazocino, temazepamo, tetrazepamo, triazolamo, zolpidemo.

Kilus abejonėms, ar vaistas, kurį sveikatos priežiūros tikslais asmeniniam vartojimui reikia vežtis per Lietuvos Respublikos sieną, nepriklauso prie narkotinių arba psichotropinių vaistų, arba kitiems neaiškumams dėl vaistų vežimosi per Lietuvos Respublikos sieną, informacijos teirautis Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos šiais telefonais: (8 5) 2616549, 2124059 (darbo metu).

Daugiau informacijos:

Vida Rimeikienė, VVKT atstovė spaudai
vidarimeikiene@yvkt.lt

Konferencija

Priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų jauname amžiuje prevencija, gydymas ir rehabilitacija

Zita Skardinskaitė
Vilniaus m. priklausomybės ligų centras

Kauno m. savivaldybėje š. m. spalio mėn. 26 d. įvyko konferencija „Priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų jauname amžiuje prevencija, gydymas ir rehabilitacija“, kurią surengė Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas kartu su VU Psichiatrijos klinika, Ambulatorinių psichikos sveikatos centrų asociacija bei Šiaurės Ministrų Tarybos Lietuvos biuras. Konferenciją pradėjo Ambulatorinių psichikos sveikatos centrų asociacijos tarybos pirmininkė Vida Matulionienė. Savo pranešime ji pabrėžė, kad organizacijoms ir įstaigoms, kurios teikia pagalbą priklausomybės ligomis sergantiems žmonėms, būtina bendradarbiauti, burtis, užsiminė apie liūdną statistiką, apie priklausomybės ligų „jaunėjimą“. Pasveikinęs dalyvius Kauno m. savivaldybės mero pavaduotojas, Kauno m. narkotikų kontrolės komisijos pirmininkas Kazimieras Kuzminskas taikliai apibendrino įkyriai televizijos peršamą alkoholio reklamą ir tai, kokią įtaką tokia reklama daro jaunimui. Niūru, kai tauta vienijasi su alkoholio reklamos šūkais: pavyzdžiui, „GERIAUSIA KĄ TURI ME“, „MUS VIENIJA ALUS IR PERGALĖS“, „NERANDI IŠĖJIMO?“, „TIKRŲ VYRŲ ALUS“. Povilas Radzevičius, laikinai einantis Narkotikų kontrolės departamento prie LRV direktoriaus pareigas, trumpai pristatė departamento veiklą, uždavinius ir Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 m. programą. Pranešimą tęsė departamento atstovė ry-

šiams su visuomene Vilma Janulytė, pristatė informacinę akciją jaunimui „Pamiršk“, skatinančią pagalvoti prieš apsisprendžiant išmėginti narkotikus. Pagrindinė akcijos mintis yra ta, kad pradėjus vartoti narkotikus greitai „pamiršamos“ visos jauno žmogaus svajonės apie meilę, tikrus draugus, pinigus ir pripažinimą.

Konferencijoje pranešimus skaitė ir svečiai iš Bergeno (Norvegija). Nina Arefjord, Norvegijos Psichologų asociacijos narė, Bergeno ligoninės klinikinė psichologė pranešime „Priklausomybės ligų prevencija ir sveikatos skatinimas jauname amžiuje – Norvegijos perspektyva“ informavo apie Bergeno ligoninės Priklausomybės sutrikimų kliniką: jos veiklą, įvairaus intensyvumo ir tipo paslaugas (stacionaras, poliklinika, detoksikacijos paslaugos, metadono programa). Kiek plačiau psichologė išdėstė savo patirtį kuriant bei įgyvendinant jaunimo prevencijos programas. Jos išitikinimu, prevencijos programos neturi būti siaurai specializuotos ir skirtos tik vienam priklausomybės tipui (pavyzdžiui, kovai su rūkymu, alkoholiu arba narkotikais atskirai). Sėkmingos prevencinės programos vertina problemą kaip socialinį reiškinį, sujungia ne tik neigiamą gąsdinančią informaciją, bet ir suteikia pozityvių žinių ir įgūdžių. Kartu su informacija apie žalingus įpročius reikia kalbėti apie sveiką gyvenseną ir mitybą, aktyvų poilsį ir prasmingą laisvalaikį. Veiksmingos programos jaunimui turėtų būti interaktyvios, skatinančios

diskusiją ir sprendimų paieškas. Lektorė taip pat pabrėžė, kad Norvegijoje geriausių rezultatų pasiekama tose programose, į kurias aktyviai įtraukiami priklausomų paauglių tėvai, šeimos nariai. Norvegijos duomenys rodo, kad apie 80 proc. priklausomų paauglių taip pat galima diagnozuoti ir psichiatrinę sutrikimą, dažniausiai depresiją ir nerimo sutrikimus. Pranešimo pabaigoje buvo priimti trys paprasti, deja, politikų greitai pamirštami narkotikų kontrolei reikšmingi veiksniai: prieinamumas, kurį reikia mažinti, kainos, kurias reikia didinti ir kontrolė, kurią reikia stiprinti.

Konferencijoje kalbėjęs Aleksandras Slatvickis, Klaipėdos PSC vadovas, pasidalijo programos „Lygus – lygiems“ patirtimi: specialistų parengti jauni savanoriai dirbo informacinę prevencinį darbą mokyklose. Projektas buvo išibėgėjęs, sulaukė nemažai gerų atsiliepimų, radosi mokyklų, kurios norėjo užsisakyti programą, deja, pritrūkus lėšų ji buvo nutraukta.

VDU Teorinės psichologijos katedros profesorius Antanas Goštautas savo įdomiame pranešime „Psichotropinių medžiagų vartojimo pokyčiai mokykliniame amžiuje“ informavo apie alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo paplitimą tarp 5–12 klasių moksleivių. Išvada nedžiugina: didėjant intelektui, emocinei ir moralinei brandai stiprėja (!) žalojimosi elgesys: didėja teisėtų ir neteisėtų narkotinių medžiagų vartojimas – jis artėja prie įprasto visuomenėje vidurkio. Jaunimas artėja prie suaugusiųjų narkotinių medžia-



gų vartojimo ypatumais: pavyzdžiui, 50 proc. suaugusių Lietuvos gyventojų, taip pat ir dvyliktos klasės moksleivių, vieną arba kelis kartus per mėnesį vartoja alkoholinius gėrimus, kasdien rūko apie 35 proc., o narkotikus vartoja apie 1,2 proc. dvyliktojų. Narkotikus vartoja kartais apie 10 proc. dvyliktojų, nevirtoja – apie 70 proc. Apibūdinant lietuvius pagal vartojamą alkoholį, galima teigti, kad lietuviai – jaunas alaus gėrėjas. Lektorius priminė, kad tik vykdant nuosekliai, ilgalaikes, valstybinės reikšmės prevencijos programas po 10–12 metų galima tikėtis teigiamų pokyčių.

Po pietų pertraukos konferenciją pranešimu „Priklausomybės ligų gydymas, nukreiptas į motyvuojantį interviu“ pratęsė Kari Lossius, Norvegijos psichologijos asociacijos narė, Bergeno ligoninės Priklausomybės ligų klinikos vadovė. Lektorė pristatė įvairius pagalbos lygius, priminė motyvacinio interviu principus, motyvaciją sveikimo procese, paminėjo paauglių berniukų ir mergaičių skirtumus brendimo laikotarpiu (berniu-

kams dažnesnės elgesio problemos, mergaitėms – depresija, psichosomatiniai sutrikimai). Pranešime taip pat pabrėžta specializuoto gydymo svarba: Norvegijoje pripažįstama, kad suaugusiems skirtos priklausomybės gydymo programos visiškai netinka paaugliams.

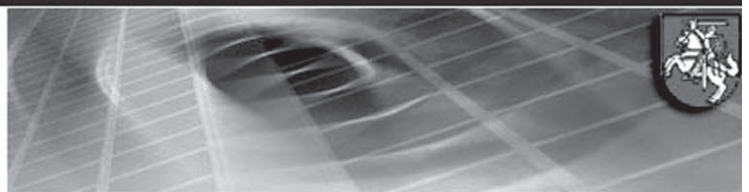
Pranešėjos Leokadija Aleksa bei Vilma Andrijauskienė supažindino su Vilniaus m. priklausomybės ligų centro veikla, paslaugomis, programomis ir projektais. Vienas įdomesnių projektų – „Mano Guru“, vykdomas kartu su savivaldybe ir UAB „Viršupis“. Pagal šį resocializacijos projektą Vilniaus centre įsikūrusiame to paties pavadinimo salotų bare įdarbinami nuo narkomanijos sveikstantys asmenys, pabaigę reabilitacijos programą. Per 6 mėnesius pabaigę šią darbo reabilitacijos programą projekto dalyviai gauna pažymėjimus ir rekomendacijas, kurios padės rasti darbo kitose maitinimo įstaigose. Pranešėja gyd. Vilma Pukelevičienė supažindino su Kauno m. priklausomybės ligų centro veikla, kurios vieni iš svarbesnių darbų –

programa „Rafaelis“, skirta vaikams, kurių tėvai piktnaudžiauja alkoholiu, ir „Šeimų programa“, kassavaitiniai nemokami susitikimai su šeimos nariais, gyvenančiais su priklausomu asmeniu. Konferencijos pabaigoje Klaipėdos priklausomybės ligų centro direktorius Linas Slušnys pranešime „Ryšių ir bendradarbiavimo stoka organizuojant pagalbą vaikams, priklausomiems nuo narkotikų“ kalbėjo apie pagalbos šiems vaikams stygių. Lektorius pabrėžė, kad Lietuvoje trūksta psichologų, ypač nedaug jų nori dirbti su vaikais, trūksta programų mokykloms, pagalbos tėvams ir šeimai. Tėvams ir mokyklai tenka užimti tokią poziciją, kai vengiama vaikui pasakyti „ne“, susitaikoma su vaikų „teise“ (?) rūkyti, atsipalaiduoti vartojant alkoholį ir narkotikus. O ir ne taip lengva rūkančiam mokytojui arba rūkantiems tėvams pasakyti paaugliui – „ne“. Pranešėjas pasisakymą baigė retoriniu klausimu, kuris taikliai apibendrina padėtį Lietuvoje: „Kodėl situacija blogėja, jei mes žinome, ką daryti?“

www.nkd.lt



NARKOTIKŲ KONTROLĖS DEPARTAMENTAS
PRIE LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS



Apie mus

Klausimai

Konkursai

Nuorodos

Paieška

ieškoti



NARKOTIKŲ KONTROLĖS DEPARTAMENTAS
PRIE LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Lietuvos ir Europos tendencijos narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityje

Š. m. lapkričio mėn. Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės surengtoje nacionalinėje konferencijoje „Narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos politika 2004–2006 m.: pasiekimai, problemos, perspektyvos“ kalbėta apie besikeičiančią narkomanijos padėtį Lietuvoje ir Europoje.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) parengtoje 2006 m. ataskaitoje pranešama, kad 1999–2004 narkotikų gatvės kainų tendencijų Europoje analizė parodė, jog pastaruosius penkerius metus narkotikų kainos Europoje stipriai mažėjo (hašišo – 19 proc., marihuanos – 12 proc., kokaino – 22 proc., rudojo heroino – 45 proc., amfetamino – 20 proc., ekstazio – 47 proc.). Šiuo metu narkotikai Europoje yra pigesni nei bet kada, o heroino pasiūla šiuo metu viršija paklausą. Konferencijoje dalyvavęs ENNSC direktorius Wolfgangas Götzas išreiškė susirūpinimą didėjančiu heroino pertekliumi neteisėtoje narkotikų apyvartoje. Narkotikų kontrolės departamento direktorė A. Astrauskienė nurodo, kad narkotikų kainos mažėja ir Lietuvoje, tačiau perspėja, kad ne tik kaina lemia pasirinkimą vartoti narkotikus. „Tam daugiau įtakos turi tokie veiksniai kaip socialinė aplinka, paveldimumas ir asmens psichologinis atsparumas“, – teigia A. Astrauskienė.

Konferencijoje minėta, kad Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane – 2005 m. ten pagaminta 89 % viso pasaulyje pagaminto opijaus (4 100 tonų). Europoje he-

roinas išeina iš mados, šio narkotiko vartotojai sensta, tuo tarpu Lietuvoje dažniausiai vartojami švirkščiamieji opiatų. Narkotikų vartotojai Lietuvoje yra palyginti jauni: 2002 m. tarp pirmą kartą besikreipiančių gydytis dėl priklausomybės nuo narkotikų daugiausia buvo 20–24 m. amžiaus jaunuolių, o 2005 m. – 25–34 m. amžiaus. 2005 m. sveikatos priežiūros įstaigose dėl sutrikimų, susijusių su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, registruoti 5 371 asmenys.

Nemažai dėmesio konferencijoje skirta su švirkščiamaisiais narkotikais siejamam ŽIV plitimui. Europoje ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų mažėja, greičiausiai dėl sparčiai išplitusio pakaitinio gydymo, kurį per metus gauna per pusę milijono asmenų. Lietuvoje pakaitinio gydymo metadonu programoje, vykdomoje Vilniaus priklausomybės ligų centre ir Vilniaus m. PSPĮ, Druskininkų psichikos sveikatos centruose, Klaipėdos, Kauno ir Panevėžio priklausomybės ligų centruose 2005 m. pabaigoje dalyvavo 410 pacientų (2004 m. – 436) – mažiau nei 10 proc. dėl priklausomybės nuo narkotikų registruotų asmenų.

Europoje kasmet užregistruojama 7000–8000 su narkotikais susijusių mirčių, Lietuvoje 2005 m. – 31 (2004 m. – 38): vyrų – 29, moterų – 2. Vakarų Europoje tipiška perdozavimo auka – įpusėjęs ketvirtą dešimtį vyras, tuo tarpu Lietuvoje dėl šios priežasties daugiausia mirė jaunų, 20–34 m. amžiaus žmonių. Ataskaitoje atkreipiamas dėmesys į tai, kad kai kuriose šalyse gausėja su

metadonu susijusių mirčių, tuo tarpu Lietuvoje 2005 m. tokių mirčių neužregistruota.

Nerimą kelia ir stiprėjanti Europoje tendencija stimuliuojančius narkotikus išbandyti šokių muzikos renginiuose: klubų lankytojams rizika išmėginti stimulantus net 10 kartų didesnė nei likusiam jaunimui. Vakarų Europoje daugiau vartojama kokaino, tuo tarpu Rytų ir Centrinėje – ekstazio. Ataskaitoje cituojamos apklausos parodė, kad narkotikus klubuose vartoja jauni, socialiai integruoti, dirbantys arba besimokantys, turintys pakankamai pajamų žmonės, be to, daugelis narkotikų pirmą kartą išbando atostogaudami užsienyje. ENNSC 2006 m. ataskaitoje pateikiama išvada, kad pigios kelionės ir atviro ES vidaus sienos skatina klubų plėtrą ir su ja susijusį turizmą, todėl ypač svarbios priemonės, užtikrinančios jaunimo saugumą nuo narkotikų šokių muzikos klubų aplinkoje. ENNSC apžvalgoje pabrėžiama, kad didesnė jaunimo dalis visoje Europos Sąjungoje nebūtinai vartoja narkotikus šokių muzikos renginiuose – dažniausiai geriamas alkoholis. Alkoholinių gėrimų gamintojai itin aktyviai skverbiasi į šokių muzikos renginių rinką, siūlydami naujus gėrimus jaunesniems vartotojams, ypač merginoms. Apklausos taip pat atskleidė, kad klubų lankytojai dažniausiai suvokia narkotikų vartojimo riziką, tačiau nesirūpina alkoholio vartojimo pasekmėmis ir ilgalaikę riziką.

Sparčiai kinta ir prevencinės veiklos tendencijos: vis daugiau dėmesio skiriama gyvenimo stiliaus, mados ir lais-

2006-11-29 Nr. P 7

VšĮ Vilniaus m. Psichikos sveikatos centras

LPA valdybos posėdžio Protokolas

Posėdžio pirmininkas A. Dembinskas

Posėdžio sekretorius M. Marcinkevičius

Dalyvauja: O. Davidonienė, V. Matonienė,
V. Raškauskas, K. Daubaras, E. Mikaliūnas,
N. Goštautaitė Midttun.

valaikio ryšiu su narkotikų vartojimu. Pabrėžiama, kad vartoti narkotikus nėra normalu. Prevencijos tikslais vis dažniau bandoma pasiekti jaunos ir potencialius narkotikų vartotojus per internetą „jų pačių pasaulyje“, skleidžiant informaciją apie narkotikų vartojimo žalą. ENNSC taip pat pripažįsta, jog vien informacinė, įtikinėjanti prevencinė veikla nėra sėkminga, būtina platesnė „į aplinką orientuota strategija“: pavyzdžiui, reklamos draudimas, saugių klubų rekomendavimas, tam tikros veiklos licencijos, kurios neutralizuotų agresyvią teisėtą ir neteisėtą medžiagų reklamą ir griautų mitą, kad rūkyti, gerti ir vartoti narkotikus yra „normalu“ „šaunu“, kad tai – „maištas prieš įprastas elgesio normas“. Lietuvoje kol kas vienintelėje iš Rytų ir Centrinės Europos šalių įgyvendinamas naktinių klubų lankytojams skirtas prevencinis projektas „Pramogos be narkotikų“, kurį su partneriais vykdo Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV. Pasak ENNSC direktoriaus Wolfgango Götzo, dar per didelę Europos jaunimo daliai gerai praleistas vakaras reiškia nusigerti arba apsvaigti nuo narkotikų.

*Parengė Lina Dobelytė
pagal informaciją,
skelbtą Narkotikų kontrolės
departamento prie LRV
atstovės ryšiams su visuomene
Vilmos Janulytės
pranešimą spaudai.*

*Daugiau informacijos galima rasti
www.nkd.lt*

Darbotvarkė:

1. **Svarstyta.** Dėl antidepresantų išrašymo BPG.

Prof. A. Dembinskas informavo apie SAM užklausimą, apie tai, kokias diagnozes nustatę BPG galėtų skirti antidepresantus. O. Davidonienė pranešė, kad ji dalyvavo posėdyje šiuo klausimu, kad rimtai sureaguota į LPA raštą.

Nutarta. Įpareigoti prof. A. Dembinską ir O. Davidonienę atsakyti į SAM raštą, nurodant, kad BPG gali išrašyti kompensuojamus antidepresantus vidutinio sunkumo depresijoms.

2. **Svarstyta.** Dėl rašto iš kalėjimų departamento.

Prof. A. Dembinskas informavo apie raštą iš Kalėjimų departamento dėl asmenų, kuriuos reikėtų atleisti nuo bausmės susirgus psichikos liga.

Nutarta. Įpareigoti prof. A. Dembinską dalyvauti posėdyje šiuo klausimu.

3. **Svarstyta.** Dėl paramos gydytojų psichiatrų dalyvavimui tarptautinėse konferencijose taisyklių.

Parengtas Taisyklių projektas paskelbtas „Psichiatrijos žiniuose“, visi LPA valdybos nariai išsakė pastabas el. paštu. Aptarti pasiūlymai.

Nutarta. Patvirtinti LPA paramos gydytojų psichiatrų dalyvavimui tarptautinėse konferencijose taisykles (priedama).

4. **Svarstyta.** Dėl LPA suvažiavimo.

Nutarta. Organizuoti LPA suvažiavimą iki 2007 m. vasario mėn. 15 d. Atsakingi A. Dembinskas ir O. Davidonienė.

5. **Svarstyta.** Dėl nario mokesčio.

M. Marcinkevičius pranešė, kad nėra surenkamas nario mokestis. Per 2006 m. sumokėta LPA tik 2 997 Lt.

Nutarta. Pavesti visiems kraštams atsiųsti V. Matonienei susimokėjusių ir nesusimokėjusių narių sąrašus.

6. **Svarstyta.** Dėl LPA Klaipėdos krašto.

M. Marcinkevičius informavo, kad šiuo metu Klaipėdos kraštas yra atskiras juridinis asmuo ir stokojama aiškaus bendradarbiavimo pagrindo tarp LPA ir LPA Klaipėdos krašto.

Nutarta. LPA Klaipėdos kraštas gali būti LPA narys tik, kaip filialas, o ne atskiras juridinis vienetas. Jokių kitų juridinių bendradarbiavimo pagrindų negali būti.

7. **Svarstyta.** Dėl interneto svetainės.

Nutarta. Suaktyvinti LPA tinklapio veiklą, įpareigoti E. Daubarą.

8. **Svarstyta.** Dėl SAM rašto dėl diagnostikos ir gydymo metodikų.

M. Marcinkevičius informavo apie SAM raštą, kuriame prašoma peržiūrėti diagnostikos ir gydymo metodikos pagal SAM 2006-05-17 įsakymu Nr. V-395 patvirtintas jų rengimo taisykles.

Nutarta. Pasiūlyti SAM įsakymu sudaryti darbo grupę, į kurią LPA deleguos vieną ar keletą narių.

*Posėdžio pirmininkas
prof. A. Dembinskas*

*Posėdžio sekretorius
M. Marcinkevičius*

„Slapčia nuo visuomenės“ ar „už uždarytų durų“?

Danguolė Survilaitė

Kažkada man labai gerai sekėsi lietuvių kalba. Nuo pat mokslo mokykloje pradžios iki baigimo neturėjau kitokio pažymio iš lietuvių – tik penketus (priminsiu, kad tada dar buvo penkibalė sistema). Taisyklingai tardavau, gerai kirčiuodavau, puikiai rašiau rašinėlius. Klasės draugams sukirčiuodavau jų namų užduotis, pasakinėdavau per rašomuosius, vienai bendramokslei net rašiniį per stojamuosius egzaminus ištaisiau. Svajojau studijuoti lietuvių kalbą arba žurnalistiką.

Deja. Gyvenimas pasisuko kitaip. Primiršau savo gimtąją kalbą. Taisyklingą kalbą. Per ilgametę praktiką išmokau rašyti ligos istorijas. Ne visada lietuviškai taisyklingai. Dažnai vartoju „šiuokšles“: žargoną, rusybes, anglybes (ar kaip jas ten?) Dažnai neteisingai kirčiuoju (tiesa, kaip pastebėjau – sparčiai keičiasi ir kirčiavimo, ir rašybos taisyklės, matyt, kalbininkams irgi reikia duoną užsidirbti).

Prieš 8-rius metus pradėtas leisti Klubo žurnalas vėl sugražino prie neišsipildžiusių jaunystės svajonių – prie rašymo, redagavimo, korektūros. Vėl teko mokytis lietuvių kalbos. Ir nors, atrodo, rašyti sekasi, sunkiau su gramatika, sintakse ir dar kitokiais sudėtingais kalbos dalykais. Kartais tenka akiai pasitikėti Edmundo, kuris studijuoja lietuvių kalbą ir labai domisi kalbotyra. Jis mus visus, rašančius į „Klubo žinias“, sugebėjo išmokyti, kad „atstovauti kam“, o ne „ką“, ir mums baisiai rėžė ausis, kai nevyriausybinių organizacijų forume pranešėjai vienas per kitą „atstovavo interesus“ (reikia sakyti „interesams“). O kai kurie Edmundo taisymai mums sukelia pasipriešinimą, ir ne visada turime laiko paskambinti į Kalbos komisiją ir pasiteirauti, teisingas Edmundas ar ne. Taip, pavyzdžiui, buvo su tomis „uždaramis durimis“ („behind closed doors“). Monika išvertė „už uždarytų durų“, o Edmundas užsispyręs kalė: „Taip sakyti negalima, tai vertinys iš rusų kalbos“. Taip ir atsirado „slapčia nuo visuomenės“.

Ir dar. Su tomis pavardėmis... Rašant pacientams ir jų giminiams nesinori užsieniečių pavardžių rašyti užsienietišškai – ne visi supras ir mokės perskaityti. „Lietuvos rytas“ pavardes rašo originalo kalba, „Respublika“ iš pradžių rašė lietuviškai, bei neištvėrė – irgi perėjo prie originalo. Bandėme visaip, originalo kalba su apostrofais, ir be, lietuviškai (o originalo kalba – skliaustuose). Ir išėjo kaip neturi būti... Vengras Thomas Szasz tapo Tomu Šašu (taip jį taria amerikiečiai, taip dar studijų metais vadindavo dėstytojai per paskaitas). O, pasirodo, turėjo būti – Tomašas Sasas, kaip ir Šorošas, nors daug kas jį vadina Sorosu... Galiu pasiteisinti, kad prieš keletą metų, nežinodami autoriaus lyties, knygos „Psychosocialinė rehabilitacija“ vertėjai vieną iš jų, moterį, pavadino vyru... Tai kaip iš tiesų su ta lietuvių kalba?

Psichikos ar psichinės ligos?

Regina Dobelienė

Lietuvos Respublikos įstatymuose (pvz., Pilietybės, Teisinės pagalbos) teikiamas terminas *psichikos ligos*. Tai ne-reiškia, kad būdvardis *psichinis*, -ė yra klaida – kai kuriuose sudėtinuose terminuose vartotinas būtent jis, pvz., *psichinė būklė*, *psichinė sveikata* ir pan.

Klausimas: *santykio, pavydo* ir pan. *kliedėjimas* ar *kliedesys*?

Kliedėjimas žymi veiksmą, procesą, o *kliedesys* – reiškini, požymį, simptomą, būseną. Taigi pastarasis žodis yra labiau terminologizuotas (plg. *ilgėjimasis* – *ilgesys*, *liūdėjimas* – *liūdesys*).

Klausimas: Ar taisyklingas pasakymas *neturi kritikos savo ligos atžvilgiu*?

Juk nesakome *turėti kritiką* – sakome *būti kritiškam*, taigi taisyklingas vertinimas būtų *nekritiškas savo ligai*.

Klausimas: Atstovauti *kam* ar *ką*?

Veiksmažodis *atstovauti* valdo kilmininką – *atstovauti kam*, o ne *ką*. Matyt, painiavą kelia sinonimiškos reikšmės žodžių junginys *reprezentuoti ką*.

Apie pavardes

Šiame numeryje prašneka apie nelietuviškų asmenvardžių rašybos problemą (žr. D. Survilaitės straipsnį). Ji iš tiesų keblė: galiojančios lietuvių kalbos rašybos taisyklės mokslo stiliuje lyg ir leidžia vartoti originaliąją vardų ir pavardžių formą, bet tos taisyklės reikalauja net ir autentiškiems vyriškosios giminės asmenvardžiams dėti linksnių galūnes. Tik tas, kas artimiau nesusipažinęs su mokslo darbais, nežino, kad šiuose darbuose būna net po kelis šimtus asmenvardžių ir kad tik labai maža jų dalis priklauso garsiems žmonėms. Ar galima dėti galūnę prie pavardės, jei nesi tikras, kad jos savininkas – vyras? Pasirinkus „aukso vidurį“, t.y. dedant galūnes tik prie žinomų mokslo vyrų pavardžių, visi nežinomi autoriai automatiškai paverčiami... moterimis. Nors ir skaudama širdimi, belieka patarti: jei nežinote **visų iki vieno** rengiamo straipsnio ar knygos veikėjų lyties, geriau nedėkite galūnių nė prie vieno asmenvardžio, nebent jie sudarytų dalį visiems žinomo ligos ar simptomo pavadinimo (pvz., *Dauno liga*). Beje, gana turtinga medikų eponimų „kolekcija“ yra internete, svetainėje www.whonamedit.com. Čia, be kita ko, galima sužinoti ir jų lytį.

Pakaltinamumo, nepakaltinamumo ir riboto pakaltinamumo sąvokos, jų evoliucija ir šiuolaikinis supratimas

Doc. Liaudginas Radavičius

Tęsinys, pradžia Nr.4 (2006)

Lietuvoje pagal 2000 m. LR baudžiamąjį kodeksą asmuo nepakaltinamas, jeigu darydamas uždraustą veiką dėl psichikos sutrikimo negalėjo suvokti jos pavojingumo arba valdyti savo veiksmų. Nepakaltinamumo (NP) apibrėžtyje nurodoma, kad NP sąvoka pirmiausiai siejama su veiką padariusio asmens psichikos sveikatos būkle, po to su psichikos sutrikimo įtakos asmens elgesiui lygiu. Taigi NP sąvoka apima medicininių ir juridinių asmens pavojingos veikos aspektus. Medicininis (psichiatrinis) NP aspektas – psichikos sutrikimo nustatymas, juridinis (paremtas medicininiu) – psichikos sutrikimo lemiamą įtaką asmens gebėjimui suvokti savo veiksmų pavojingumą arba jo gebėjimui valdyti savo veiksmus. Įtaka priklauso nuo psichikos sutrikimo sunkumo. 1994 m. Baudžiamajame kodekse (BK) psichikos sutrikimo sąvoka buvo paaiškinta plačiau, išvardyti sutrikimų tipai, kilmė ir eiga. Tiesa, psichikos sutrikimų vardijimas nebūtinai, nes NP nulemia ne pati diagnozė, bet sutrikimo sunkumas, sutrikimo poveikis individo gebėjimui suvokti savo veiksmų pasekmes ir juos valdyti. Todėl 2000 m. BK psichikos sutrikimai nebevardijami.

NP apima dvi veikos dalis: 1. Negalėjimą suvokti savo veiksmų pavojingumo, neteisėtumo, nesugebėjimą suprasti ką daro (intelektinė NP juridinės sąlygos dalis) ir 2. Negalėjimą, nesugebėjimą valingai ir tikslingai valdyti savo veiksmų, kurį apriboja psichikos sutrikimas, paveikiantis asmens valią, pasireiškiantis nesugebėjimu organizuoti, reguliuoti, kontroliuoti savo veiksmus ir elgesį. Net ir suprasdamas savo veiksmų pavojingumą, neteisėtumą, asmuo negali nu-

galėti savo potraukio atlikti tokį veiksma (valinė dalis). Abi dalys gali pasireikšti kartu arba nepriklausomai.

Psichiatrinė dalis – tai TPE metu diagnozuotas psichikos sutrikimas, įtrauktas į TLK-10, „Psichikos ir elgesio sutrikimai“. Juridinė dalis, kuri grindžiama psichiatrine, įvertina, kaip psichikos sutrikimas veikia mąstymą, sąmoningumą, elgesį ir sugebėjimą suprasti savo elgesio pasekmes ir/ar gebėjimą jį valdyti. TPE metu svarbu ne tik nustatyti, ar tiriamojo psichika yra sutrikusi, bet ir įvertinti, kaip psichikos sutrikimas veikė tiriamojo elgesį pavojingos veikos metu. Negana diagnozuoti psichikos sutrikimą, būtina įvertinti jo sunkumą, įtaką asmens sugebėjimui suprasti ir/ar valdyti savo veiksmus. Įtakai yra reikšmingi psichikos sutrikimo požymiai, arba simptomai, jų tipas ir intensyvumas. Dažniausi simptomai, kurie gali nulemti pavojingą veiką, yra šie: aktyvūs klieodesiai (ypač persekiojimo, poveikio), ryškios haliucinacijos (ypač imperatyvinės klausos bei regos haliucinacijos), sunkūs afektiniai ir sąmonės sutrikimai bei išreikšti defektiniai asmenybės pakitimai. Diagnozavus psichikos sutrikimą ir jo įtaką tiriamojo elgesiui, vertinama, ar sutrikimas yra nuolatinis (pvz., protinis atsilikimas, asmenybės sutrikimas), lėtinis (pvz., šizofrenija, epilepsija), ar laikinas (pvz., alkoholinis deliras, patologinis girtumas). Šitai svarbu vėliau, rekomenduojant ir parenkant priverstines medicinos priemones (PMP). Nustačius laikiną psichikos sutrikimą, teismas paprastai skiria PMP, o pasveikus teismo procesas atnaujinamas ir skiriama bausmė.

Abejones dėl nusikaltimą padariusio asmens psichikos visavertiškumo gali

sukelti žmogaus išorė, kūno sandaros, elgesio ir pasisakymų ypatumai, duomenys apie sugebėjimus ir elgesį mokykloje, karo tarnyboje, darbe, šeimoje, informacija apie persirgtas ligas (ypač psichikos), traumas, paveldėjimą. Labai svarbu surinkti liudytojų parodymus apie asmens elgesį prieš pat padarant pavojingą veiką, jos metu ir iš karto po jos, nes tai gali padėti apsispręsti dėl teismo psichiatrinės ekspertizės (TPE) skyrimo. Skirti ir nukreipti įtariamąjį TPE galima tik surinkus pakankamai neabejotinų įrodymų, kad būtų šis asmuo padarė pavojingą veiką, dėl kurios yra iškelta baudžiamoji byla. Pakaltinamumo įvertinimas sudaro apie 90 proc. visų TPE.

Vienas pagrindinių TPE tikslų – nustatyti, ar asmuo, padaręs pavojingą veiką, tos veikos padarymo metu sirgo psichikos liga, ar buvo kokie nors psichikos sutrikimai ir kiek jie turėjo įtakos asmens sugebėjimui suvokti pavojingą savo elgesio pobūdį ir jį valdyti. Nustačius, jog pavojinga veika atlikta ne sąmoningai, asmuo negali būti laikomas už ją atsakingu. Nepakaltinamumą nustato tik teismas; nustatęs NP, jis gali asmeniui taikyti priverstines medicinos priemones (pasirinkti jas padeda ir teismo psichiatrų rekomendacijos, tačiau jas skiria ir naikina tik teismas).

Kitas TPE tikslas – nustatyti, ar kaltinamasis, kuriam po pavojingos veikos padarymo baudžiamąjį proceso eigoje atsirado psichikos sutrikimas, gali suprasti bylos aplinkybes, savo procesines teises ir pareigas, atlikti bausmę, suprasti jos prasmę. TPE atsakymai padeda teismui nuspręsti, ar teisiamasis yra procesiškai veiksnus. Pagrindiniai

tokio veiksnio elementai: gebėjimas suvokti bylos aplinkybes, suprasti teismo procesą, gebėti sąmoningai jame dalyvauti, gintis, duoti parodymus, užduoti klausimus ir į juos atsakyti, naudotis savo procesinėmis teisėmis.

Apibendrinant paminėtina, kad nėra NP būsenos apskritai, ji nustatoma kiekvienu konkrečiu atveju, konkrečiam asmeniui. Baudžiamųjų įstatymų pažeidėjai, kurių psichika yra sutrikusi, sudaro mažą dalį visų nusikaltėlių. Dar mažesnę – pažeidėjai, padarę pavojingą veiką dėl sutrikusios psichikos, tad gajus visuomenėje mitas apie psichikos ligonių pavojingumą yra nepagrįstai perdėtas. Palyginamieji epidemiologiniai tyrimai parodė, kad nusikaltimų, kuriuos dėl psichikos sutrikimų padarė psichikos ligoniai, pripažinti NP, dažnis panašus į pakaltinamų asmenų nusikaltimų dažnį. Lietuvoje 2000 m. registruota 84 048 nusikalstamos veikos, kurias padariusiems kaltinamiesiems skirta 4 500 TPE ir 4 000 specialistų konsultacijų. Tik 239 asmenys buvo teismo pripažinti nepakaltinamais.

Taigi įtarus, kad pažeidėjo psichika yra sutrikusi, arba būtinosios ekspertizės aplinkybėmis teismas skiria teismo psichiatrines ekspertizę (TPE), kad ekspertai nustatytų psichikos sutrikimą ir jo įtaką asmens sugebėjimui suprasti savo veiksmų esmę ir juos valdyti bei pateiktų rekomendacijas teismui dėl PMP. Išplėtus PMP formų skaičių, įvedus priverstinį ambulatorinį gydymą, PMP gali būti skiriamos iškart arba po priverstinio gydymo ligoninėje. Teisėtvarkos organai, skirdami TPE, greta pagrindinių, gali įpareigoti ekspertą atsakyti ir į kitus klausimus (pvz., ar gali asmuo stoti prieš teismą, ar galima pasitikėti jo parodymais, ar rekomenduotinos PMP ir pan.). Ekspertų atsakymai padeda teismui nustatyti, ar asmuo pakaltinamas, ar ribotai pakaltinamas, ar nepakaltinamas.

Ribotas pakaltinamumas – (toliau – RP) (angl. – *diminished responsibility*). Juridinėje ir ekspertinėje praktikoje gana dažnai pasitaiko atveju, kai nusikaltusiam asmeniui nustatomas psichikos sutrikimas, galintis trukdyti suprasti ir valdyti savo veiksmus, bet nepakankamas, kad būtų nustatytas NP. Tokiais atvejais taikoma riboto pakaltinamumo

(RP) sąvoka. RP apibrėžimas Lietuvos jurisdikcijoje suformuluotas 2000 m. LR BK 18 str., kuris skelbia, kad jeigu asmuo, padaręs šio kodekso uždraustą veiką, „negalėjo visiškai suvokti tos veikos pavojingumo arba valdyti savo veiksmų“ dėl psichikos sutrikimo, kuris nėra pakankamas pagrindas pripažinti jį NP, teismas jį pripažįsta RP. Nusikaltęs RP asmuo, padaręs neatsargų arba nesunkų ar apysunkį tyčinį nusikaltimą, pripažįstamas kaltu ir jam taikoma įstatymo numatyta bausmė, tačiau ji gali būti sušvelninta arba jis gali būti atleistas nuo baudžiamosios atsakomybės pritaikant baudžiamojo poveikio priemones (pvz., draudimas vairuoti, laikyti ir nešioti ginklą, medžioti, prievolė atlyginti padarytą žalą, nemokami darbai ir pan.) arba PMP. RP asmens bausmė gali būti vykdoma kartu su PMP arba be jų. Atliekant bausmę PMP faktiškai yra ambulatorinė, nes asmenį psichiatras gydo bausmės atlikimo vietoje. Jos skiriamos tada, kai RP asmuo dėl psichikos sutrikimo gali būti pavojingas aplinkiniams arba sau, gali įvykdyti pakartotinį nusikaltimą ir kai yra medicininės indikacijos jį gydyti. Jeigu RP asmuo yra padaręs sunkų arba labai sunkų nusikaltimą, bausmė gali būti švelninama atsižvelgiant į tai, ar nusikaltimas buvo tyčinis, iš anksto suplanuotas, ar ne, ir į nusikaltimo pobūdį. Bausmė neturėtų būti švelninama, jeigu teisišasis atliko vagystę, plėšimą, išprievartavimą, tyčinę žmogžudystę ir pan. Netikslinga švelninti bausmę ir asmenims, jeigu jiems diagnozuotas asocialaus tipo asmenybės sutrikimas, kuriam būdingas nesiskaitymas su visuomenės normomis, bei impulsyvaus tipo emociškai nestabilioms asmenybės, kurioms būdingas ryškus polinkis elgtis impulsyviai, neatsižvelgiant į pasekmes, smurto ir agresijos epizodai. RP gali būti pagrindas nesunkinti bausmės esant sunkinančioms bausmę aplinkybėms. Kitaip vertinama, jeigu nusikaltimas padarytas per neatsargumą, lengvabūdiškumą, nes psichikos sutrikimas gali sulėtinti psichikos reakcijos greitį, apriboti suvokimą, pasekmių prognozavimą, sustiprinti nedėmesingumą, neatsargumą, per didelį pasitikėjimą savimi. RP yra *pakaltinamumo* variantas, o ne tarpinė grandis tarp pakaltinamumo ir NP. RP norma apibrėžia ne

nustatyto psichikos sutrikimo ar būsenos sunkumą, o jo įtakos nusikalstamam elgesiui, kuri tik iš dalies priklauso nuo sutrikimo sunkumo, dydį.

Kaip ir nustatant NP, RP nustatyti baudžiamajame procese skiriama TPE. Kaip ir NP sąvoka, RP sąvoka sudaryta iš medicininio ir juridinio kriterijų, tik RP medicininė dalis kur kas platesnė, daugiau psichikos sutrikimų, kurie gali sutrikdyti asmens sugebėjimą pilnai suprasti ir kontroliuoti savo elgesį. Akiivaizdu, kad RP nustatoma nepalyginamai dažniau nei NP, dažniausiai esant įvairaus tipo ir sunkumo asmenybės sutrikimams, protiniam atsilikimui, organiniams galvos smegenų pažeidimams. Pakaltinamumą gali riboti ir kiti psichikos sutrikimai (emocinis nebrandumas, reaktyvioji depresija, mišri emocinė būsenos su depresija, priešmenstruacinė įtampa ir kt.) bei fiziologinio afekto būsenos sąlygota nusikalstama veikla. RP gali būti skiriama ir nustačius susirgimus, kurie dažniau sukelia NP (pvz. šizofrenijos remisija, epilepsija), jeigu nusikaltimo metu buvo sutrikimo remisija ir liga nevisiškai sutrikdė asmens sugebėjimą suprasti ir kontroliuoti savo veiksmus. Juridinė RP sąvokos dalis apibūdina tai, kaip nustatytas konkretus psichikos sutrikimas paveikia asmens sugebėjimą visapusiškai suvokti savo veiksmų pobūdį, jų esmę ir juos valdyti. TPE nustačius, kad psichikos sutrikimas neleidžia asmeniui visapusiškai ir pilnai suvokti savo veiksmų esmę arba visiškai juos valdyti, teismas, remdamasis tokia išvada, gali tokį asmenį pripažinti RP ir sušvelninti bausmę, atleisti nuo jos, taikyti baudžiamojo poveikio priemones, skirti PMP. Tačiau skirdamas bausmę teismas gali neatsižvelgti į RP būseną ir bausmės nešvelninti, bet turi atsižvelgti į nusikaltusio asmens psichinės sveikatos būseną ir esant reikalui taikyti PMP bausmės atlikimo vietoje.

Lietuvoje RP mėginta diegti dar 1994 m., tačiau LR BK 12' straipsnis, apibrėžęs RP, buvo panaikintas taip ir nepradėjęs galioti, nes RP normai nebuvo tinkamai pasiruošta. Tuometiniame BK ir be šio straipsnio buvo numatytos trys nusikaltimų formos, kurioms iš dalies galiojo RP (tyčinis nužudymas didžiai susijaudinus, tyčinis sunkus arba apysunkis žmogaus kūno sužalojimas

didžiai susijaudinus ir, iš dalies, motinos tyčinis naujagimio nužudymas). RP klausimas ilgai liko prieštaringas. RP oponentai tvirtino, kad RP mechanškai nurašytas nuo ES valstybių teisės aktų, kad nepasirengta praktiniam normos taikymui. Teigta, kad RP įdiegimas pablogins nukentėjusiųjų padėtį, kad jis prieštarauja tautos tradicijoms, ir galiausiai – kad RP įdiegimas „panaikins suvaržymus medikams“ (matyt, turėti galvoje teismo psichiatrai ekspertai). RP oponentų nuomone, taip kuriama žalinga baudžiamoji politika, atlaidi tam tikriems asmenims. Juridinėje ir ekspertinėje praktikoje išties būna sunkoka atskirti normalią ir nenormalią žmogaus reakciją į gyvenimo situacijas. Neretai sunku vienareikšmiškai atsakyti į klausimą, ar asmuo visai, ar ne visai suprato savo elgesio esmę, galimas žalingas, pavojingas jo pasekmės, ar visai, ar ne visai galėjo kontroliuoti savo veiksmus ir pan. Tačiau RP institutas padeda individualizuoti bausmę atsižvelgiant į nusikaltusiojo psichikos sveikatos būklę, sudaro sąlygas suteikti reikiamą sveikatos priežiūrą, pagerinti reabilitacijos ar abilitacijos procesą, taigi geriau apsaugo tokio asmens teises. Atsižvelgus į šiuos argumentus bei ilgametę RP patirtį ES šalyse, 2000 m. į mūsų jurisdikciją RP vėl buvo įvesta ir įsigaliojo 2003 m. RP norma skirta ir nepilnamečiams, nes jie dar ne visai suvokia savo elgesio esmę.

RP sąvoka ir praktika, kaip ir NP, ėmė formuotis labai seniai. Anglų psichiatro M. Simo nuomone, pirmas aprašytas RP praktikos pavyzdys – Senojo Testamento istorija, kaip Kainui, nužudžiusiam brolių Abelį, įprasta tokio atveju mirties bausmė pakeista tremtimi (sušvelninta) atsižvelgus į Kainui nuo vaikystės būdingus asmenybės ypatumus (įvardytus kaip „blogas būdas“). Lietuvoje RP sampratos užuomazgas galima išžvelgti Lietuvos Statute, kuriuo remiantis nusikaltusiems, tačiau psichikos ligomis sergantiems asmenims bausmės buvo švelninamos. Tarpukario Lietuvoje RP nebuvo, tik J. Blažys 1935 m. pasisakė, kad „psichopatai su antisocialiomis tendencijomis, susijusiomis su pačių jų psichiniu defektingumu, turėtų būti traktuojami kitaip nei kiti nusikaltėliai“.

XIX a. viduryje RP pradėta formu-

luoti juridiskai Škotijoje (Didžioji Britanija): sumažintos atsakomybės (angl. *diminished responsibility*, o šiandienos terminais – RP) sąvoka suformuluota 1851 m. A. Dinwallio, neblaivaus užmušusio žmoną, teismo procese. Teisėjas apžvelgdamas bylą apibendrina, kad nors kaltinamasis nusikaltimo metu buvo sveiko proto, nusikaltimas įvyko dėl mažinančių kaltę aplinkybių. Vėliau tokia išvada ginant nusikaltėlius pavadinta „sumažinta atsakomybe“ ir tapo pagrindu švelninti bausmę. Anglijoje sumažintos atsakomybės koncepcija pripažinta ir įteisinta tik 1957 m., paskelbus Žmogžudystės aktą, kuriame nurodoma, kad jeigu žmogžudžiui nustatomi psichikos sutrikimai, turintys neigiamos įtakos jo elgesiui, mažinantys pakaltinamumą, bet nesukuriantys NP, jis neturėtų būti baudžiamas už tyčinę žmogžudystę. Kitaip tariant, tokio RP asmens atliktas nužudymas vertinamas kaip netyčinis. Prancūzijoje RP norma įvesta 1905 m., tuo tarpu Olandijoje 1929 m. priimtas įstatymas, pripažinęs, kad „defektyvus vystymasis arba patologinis sutrikimas“ turi įtakos nusikaltamos veikos atlikimui, ir suformuluota RP sąvoka. Vokietijoje RP samprata formavosi XIX a., įtraukus į kodeksą sumažintą baustinumą silpnapročiams ir moraliai skurdiems. Šveicarijoje RP reglamentuotas 1937 m. BK – jame numatyta galimybė sušvelninti bausmę asmenims, kurie dėl psichikos, sąmonės

sutrikimų arba protinio išsivystymo stokos nusikaltimo padarymo metu negalėjo visiškai suprasti savo veiksmų esmės ir jų valdyti. Lenkijos BK išskiriami du RP laipsniai: labai ryškus ir neryškus, taip priartinant sąvoką prie NP, nes nustačius labai ryškų RP teismas gali nuspręsti netaikyti baudžiamąjį poveikio priemonių, o tik taikyti PMP. Rusijoje RP pripažinta 1997 m., naujajame Rusijos BK (22 str.) deklaruojamas, kad „pakaltinamas asmuo, kuris nusikaltimo padarymo metu dėl psichikos sutrikimo negalėjo visiškai suvokti savo veiksmų (neveikimo) esmės ir jų pavojingumo visuomenei arba valdyti jų, turi už juos atsakyti“. Teismas nuosprendyje gali į tai atsižvelgti ir kartu su bausme skirti PMP, jas taikant bausmės atlikimo vietoje. Psichikos sutrikimai, dažniausiai apribojantys pakaltinamumą, yra šie: psichopatijos (asmenybės sutrikimai), lengvas protinis atsilikimas, organiniai galvos smegenų pažeidimai be psichozės ir demencijos.

Pateiktoje RP instituto istorinėje apžvalgoje akivaizdu, kad daugelyje Europos valstybių RP sėkmingai taikomas jau daugelį metų, taigi yra gerai praktikoje patikrinta ir pasiteisinusi baudžiamąjį proceso norma. Tolesnė diskusija šiuo klausimu Lietuvoje būtų nevaisinga ir nereikalinga, verta aptarti, tik kaip kuo geriau RP įgyvendinti praktikoje.



VII International Congress on Traumatic Stress
 June 28 to 30, 2007 - Panamericano Hotel & Resort
 Buenos Aires, Argentina



VII International Congress on Traumatic Stress

Abstract Submission Deadline January 31, 2007
**Simultaneous translation from and into English, Portuguese
and Spanish will be provided during the sessions June 28 to 30, 2007**

Panamericano Hotel & Resort, Carlos Pellegrini 551
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Organized by Sociedad Argentina de Psicotrauma (SAPsi)

<http://www.psicotrauma.org.ar/>

Mokslinei elektroninei bibliotekai – dveji metai

Prieš dvejus metus, 2004 m. gruodžio 2 dieną pradėjo veikti Mokslinė elektroninė biblioteka eLIBRARY.LT. Tai pirmoji ir vienintelė elektroninė biblioteka Lietuvoje, kuriama ir palaikoma visuomeniniais pagrindais. Bibliotekoje talpinami elektroniniai resursai, populiarinantis Lietuvos nacionalinius mokslų, švietimo, kultūros ir informacinių technologijų projektus, formuojantys žinių visuomenės procesą pasaulio lietuvių bendruomenės tarpe.

Šiuo metu eBibliotekoje yra virš 45 tūkst. įvairaus formato ir apimties bylų: mokslinių žurnalų, knygų, lietuviškų leidinių, leidžiamų ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje, konferencijų medžiagos bei unikalių užsienio elektroninių leidinių.

Nuo 2004 m. gruodžio 2 dienos eBibliotekoje apsilankė 237 tūkstančių skaitytojų, iš kurių nuolatinių – virš 9 tūkst. Per pirmuosius veiklos metų puslapius vartė apie 90 tūkst. skaitytojų, antrųjų veiklos metų bėgyje joje pabuvojo 147 tūkst. skaitytojų.

Būtina atkreipti skaitytojų dėmesį į tai, kad bibliotekoje pristatytas naujas žurnalas „Lietuvos scena“ bei unikalus leidinys – žurnalas „Klubo „13 ir K“ žinios“. Tai leidiniai, kurių elektroninės versijos talpinamos tik eBibliotekoje. Taip pat reguliariai bib-

liotekai pateikia savo leidinius „Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra“, leidžianti žurnalus „Sveikas žmogus“ bei „Gydymo menas“. Džiugu, kad bibliotekoje sukaupta labai daug informacijos apie Kanadą, talpinant Kanados ambasadai Lietuvoje.

Mokslinė elektroninė biblioteka eLIBRARY.LT tiesia ranką ir jauniems mokslininkams, suteikdama galimybę nemokamai talpinti jų straipsnius, tyrimus, publikacijas, kitus darbus.

Mokslinė elektroninė biblioteka eLIBRARY.LT reguliariai kviečia bendradarbiauti įvairias Lietuvos ir užsienio organizacijas, leidžiančias ir norinčias talpinti savo mokslinius leidinius, reklamuoti idėjas, tyrimus bei atradimus, siekiančias populiarinti autorių, o ypač jaunų mokslininkų darbus, sėkmingai išplatinti turimus resursus tarptautiniame akademinė bibliotekų tinkle.

Kontaktinis asmuo:

Algirdas Aušra, direktorius
VšĮ Baltijos visuomeninis
informacinių technologijų
ir švietimo centras
Laisvės pr. 125, biuras 601,
LT-06118 Vilnius
Telefonas: (8 5) 248 1536, faksas:
248 1629, mob. 8 699 16184
El.paštas: info@elibrary.lt

www.nkd.lt



Mokslų progresas atvirkščiai proporcingas leidžiamų žurnalų skaičiui.
Šeštasis Parkinsono dėsnis

eLIBRARY.LT

MOKSLINĖ ELEKTRONINĖ BIBLIOTEKA

El. paštas: info@elibrary.lt Tel.: (+370 5) 248-1536 Fax: (+370 5) 248-1629



LIETUVOS VAIKŲ IR PAAUGLIŲ
PSICHIATRŲ DRAUGIJA



Virginija Karalienė
LVPP draugijos prezidentė

Mieli kolegos,

Manau, atėjo metas užversti paskutinius šių metų puslapius. Laikas prabėgo taip greitai, kad daug pradėtų darbų liko nebaigti. O gal norai buvo dideli, bet juk sakoma: „Reikia norėti daug, kad daug gautum, juk kai norime mažai – negauname nieko“. Tačiau, nepaisant visko, organizavome konferencijas, rinkomės į tarybos posėdžius, svarstėme įvairius klausimus, ruošėme siūlymus dėl paslaugų vaikams ir paaugliams plėtros, vaistų registracijos bei kompensavimo ir t.t. Susidūrė su kliūtimis, bandėme ieškoti naujų sprendimų. Bet ir upė neteka tiesiai į jūrą, jos tėkmė turi aplenkti įvairiausias kliūtis. Tačiau nepasiduoda: nepaisydama vingių teka toliau. Mes taip pat išmokome atkakliau siekti savų tikslų. Ir jei šiandien negalime pakeisti padėties, tai dabarties išbandymai mums teikia patirties, kuri leis geriau tvarkytis rytoj. Todėl, kaip ir mūsų pacientai, nepraraskime vaikiško užsispyrimo, išlikime kantrūs ieškotojai ir džiugesnių akimirku sulauksime ateityje.

Linkiu Jums ir Jūsų šeimoms ramybės prie Kūčių stalo, linksmų Naujųjų metų.

Dvipolio afektinio sutrikimo ypatumai paauglystėje

Dr. D.Gudienė, dr. D.Leskauskas,
dr. A. Markevičiūtė, D. Klimavičius

Įžanga

Paauglių dvipolis afektinis sutrikimas (DS) yra sunki liga, kuri paveikia socialinę, emocinę, mokymosi sritis ir visos šeimos gyvenimą. DS paplitimas tarp vaikų ir paauglių siekia 0,1–1 %. 2004 metais Lietuvoje diagnozuoti 22 DS atvejai tarp 14–18 metų amžiaus paauglių, 2005 metais – 23 atvejai.

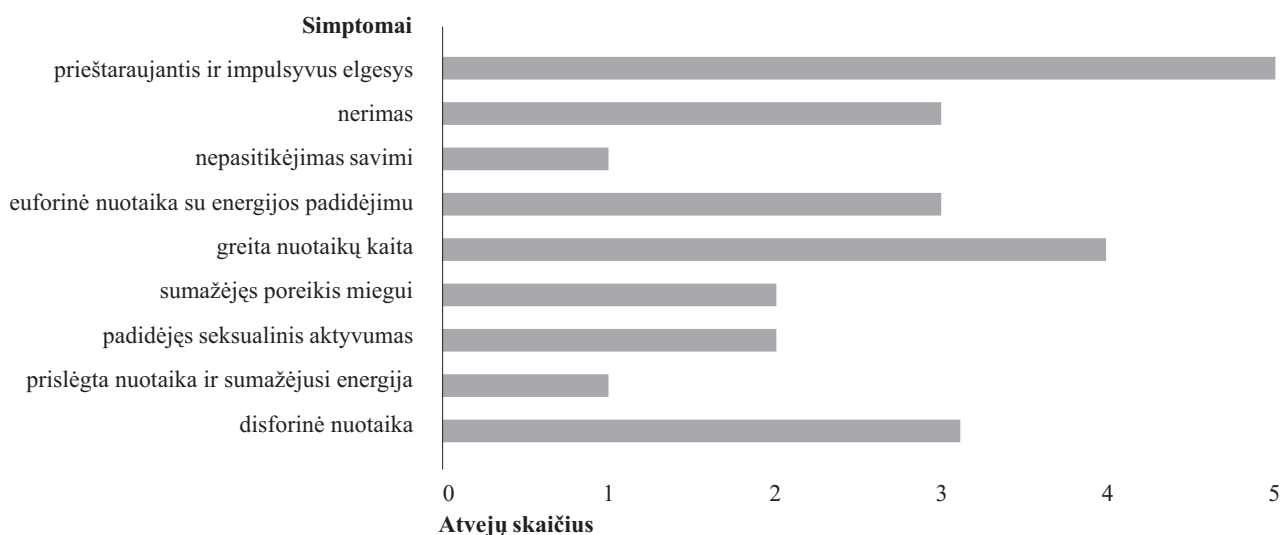
Tyrimais nustatyta, kad DS yra lėtinės eigos liga, pasižyminti ciklišku ir komorbidiškumu (1, 2). Du pagrindiniai sunkumai diagnozuojant DS yra šio sutrikimo simptomų panašumas į aktyvumo ir dėmesio sutrikimą (ADS) ir tai, kad paauglių DS yra visiškai skirtingos eigos nei suaugusiųjų, simptomai greitai kinta ir būna labai įvairūs. Dažniausi komorbidiniai sutrikimai yra ADS, nerimo sutrikimai, įvairūs elgesio sutrikimai (3, 4).

Paauglių DS dažnai lydi elgesio sutrikimai. Pagrindinis skirtumas tarp DS ir ADS bei elgesio sutrikimų yra tas, kad pastarieji tęsiasi ilgai, būna pastovesni. Tuo tarpu DS eiga yra epizodinė ir sutrikimo simptomai fiksuojami būtent jų metu. Elgesio sutrikimai pasižymi pakitusiu dėmesio sukaupimu ir elgesio problemomis, tuo tarpu DS visų pirma pasižymi pasikeitusiais nuotaika ir energetiniu potencialu. Paminėtina, kad ADS būdinga ankstyvesnė pradžia. Įvairūs somatinių ir kitų psichikos sutrikimų simptomai gali būti panašūs į DS kliniką. DS reikia skirti nuo skyd liaukės patologijos, neurologinių ligų, narkotinių medžiagų vartojimo sukeltų simptomų, ADS, elgesio sutrikimų, šizofrenijos pradžios (5).

Paauglių DS pradžia kartais būna ne labai pastebima, tačiau tėvai teigia, kad

jų vaikas jau ir prieš atsirandant ryškiems simptomams būdavo kintamos nuotaikos, nebūdingos to amžiaus paaugliams (6). Sergant DS simptomai gali varijuoti nuo subsindrominio lygio iki ryškių sindromų, kurių metu pastebimi dažni nuotaikos pokyčiai (7). Ypač greito cikliškumo (angl. *ultra-rapid cycling*) eigos DS vadinamas taip tuomet, kai paaugliams nuolat kartojasi depresijos epizodai, besikaitaliojantys su manijos epizodais (kai pasireiškia euforija), su nevaldomais emocijų protrūkiais ir kai šie epizodai tęsiasi beveik kasdien, retai tesugrįžtant į normalios nuotaikos būseną (8, 9). Paaugliams, sergantiems sunkios depresijos epizodais, labai didelė rizika susirgti DS (10). Pastebėta, kad sergančių DS paauglių šeimose dažnai būna dvipolio afektinio sutrikimo atvejų tarp giminaičių (11).

1 pav. Paauglių bipolinio sutrikimo simptomai



1 lentelė. Dvipolio sutrikimo tipai

Nr	Diagnozuoti dvipolio sutrikimo tipai	Atvejų skaičius
1	Dvipolis sutrikimas su hipomanijos epizodu	1
2	Dvipolis sutrikimas su manijos epizodu be psichozės	3
3	Dvipolis sutrikimas su manijos epizodu su psichoze	1
4	Dvipolis sutrikimas su vidutinio sunkumo depresijos epizodu	1

Tiriant paauglius, rizikuojančius susirgti DS, pastebėta, kad daugeliui jų dažnai būdingas padidėjęs nerimo lygis, sunkus dėmesio sukaupimas mokykloje, greiti emocijų protrūkiai, padidėjęs jautrumas, dažnesni nuotaikos svyravimai, somatinio pobūdžio nusiskundimai. Buvo nustatyti papildomi šiems paaugliams būdingi penki premorbidiniai: sumažėję miego poreikis ir energingumas, dėmesio sukaupimo sunkumai ir greita bei garsi kalba (12).

Paauglių DS pasižymi simptomų įvairove: padidėjusio energingumo epizodai (manija ar hipomanija), lydimi susierzinimo, kalbos greičio pokyčiai, dirglumas, didybės mintys, pagreitėjęs mąstymas, sumažėjęs miego poreikis ir euforija (13). Paauglių euforiška nuotaika kartais reiškiasi net kvailu, vaikišku elgesiu su garsaus juoko protrūkiais (14). Kai kurių tyrėjų nuomone, euforija paauglių DS manijos epizodo klinikoje gali būti bene pa-

grindinis simptomas (15). Irzlumas būdingas paaugliams, net ir nesergantiems psichikos sutrikimais. Tačiau irzlumas sergant paauglių DS pasižymi priešišku, piktumu ir priepuoliniu pobūdžiu. Tokie protrūkiai gali tęstis valandomis ar ilgiau, kartais net prisideda destruktivus elgesys, keikimasis. Tokiais atvejais paauglius būna sunku nuraminti (16).

Tikslas

Išnagrinėti paauglių dvipolio afektinio sutrikimo premorbidinių ir kinikinių simptomų, komorbidiškumo ir ligos eigos ypatumus.

Metodai

Išnagrinėjome ligos istorijas visų dvipoliu afektiniu sutrikimu sirgusių 14–18 metų paauglių, kurie gydėsi Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinikos Vaikų paauglių sektoriuje 2000–2005 metais.

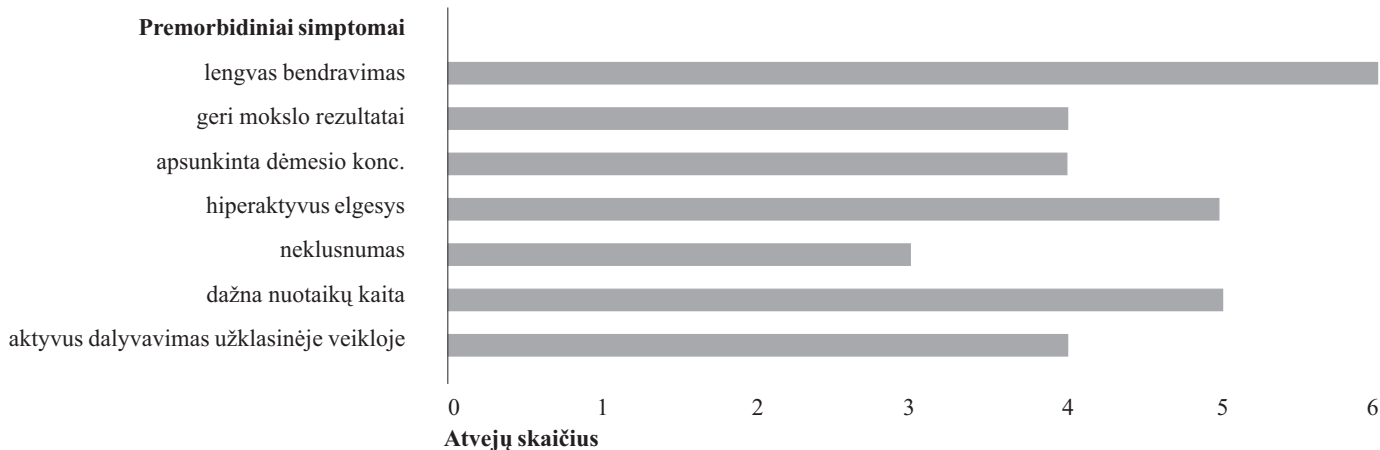
Rezultatai

Šiuo laikotarpiu vaikų paauglių sektoriuje DS buvo diagnozuota 5 mergaitėms ir 1 berniukui. Jų amžius buvo nuo 14 iki 18 metų (vidutinis amžius 15, 67 metų). Dažniausiai buvo diagnozuotas DS su manijos epizodu be psichozės (1 lentelė). Nagrinėdami DS ligos eigą pastebėjome, kad net 5-iems paaugliams prieš diagnozuojant DS jau buvo nustatyta depresija, o 2 pacientams – hipomanija, po vieną atvejį – manijos su ir be psichozės epizodai.

Dažniausi paaugliams būdingi DS su manijos epizodu simptomai buvo nepaklusnumas ir impulsyvus elgesys, greita nuotaikų kaita, nuotaika su disforijos atspalviu ir euforiška nuotaika su padidėjusiu energijos antplūdžiu (1 pav.).

Irzlumas pastebėtas DS su manija metu pasižymėjo priešišku, piktumu, priepuoliniu pobūdžiu. Prislėgta nuotaika, lydima pažemintu energetiniu po-

2 pav. Premorbidiniai paauglių BS simptomai



2 lentelė. Paauglių dvipolio sutrikimo komorbidiškumas

Nr	Komorbidiškos ligos	Atvejų skaičius/proc.	Pastabos
1	Emociškai nestabilaus tipo asmenybės sutrikimas	2 (33, 3 %)	Anamnezėje savižudiški ketinimai
2	Adaptacijos sutrikimas	1 (16, 7 %)	
3	Endokrininė patologija	2 (33, 3 %)	<i>Struma diffusa IA, euthyreotica</i>

tencialu, nerimu ir nepasitikėjimu savimi, buvo būdinga DS su depresijos epizodu.

Mokslinėje literatūroje dažniausiai minimi DS premorbidiniai simptomai yra: padidintas aktyvumas, dažna nuotaikų kaita, nerimas, greitas susijadinimas, somatinio pobūdžio skundai (3,4). Mūsų tyrime dažniausi prieš ligą buvę požymiai buvo nuolatinė nuotaikų kaita, lengvas bendravimas, hiperaktyvus elgesys (2 pav.). Šie požymiai yra panašūs į ADS, kuris yra dažniau diagnozuojamas nei DS.

Dažniausi DS lydimieji sutrikimai yra nerimo sutrikimai, prieštaraujančio elgesio sutrikimas (3,4). Paauglystėje prasidedantis DS dažniausiai yra komorbidiškas su ADS ir elgesio sutrikimais (3). Pagrindiniai skirtumai tarp DS ir ADS, elgesio sutrikimų yra pastarųjų lėtinė eiga, sutrikusi dėmesio koncentracija ir sutrikęs elgesys klinikoje, anksnyvesnė pradžia. Tuo tarpu DS yra epi-

zodinės eigos, keičiasi nuotaika ir paauglio aktyvumas (5, 14). ADS būdingesnis vaikinams, bet mūsų analizuojamuose atvejuose į ADS panašūs simptomai buvo būdingi mergaitėms, sirgusioms DS.

Nagrinėdami komorbidiškumą nustatėme, kad emociškai nestabilaus tipo asmenybės sutrikimas ir endokrininė skydliaukės patologija buvo dažniausi lydimieji sutrikimai (2 lentelė). Komorbidiškos endokrininės patologijos neturėjo žymesnės įtakos klinikiniams simptomams, premorbidiniams ypatumams.

Išvados

Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina, kad prieštaraujantis ir impulsyvus elgesys, greita nuotaikų kaita be priežasties, disforinė nuotaika ir euforinė nuotaika, lydimi energijos antplūdžio, yra pagrindiniai paauglių dvipolio afektinio sutrikimo požymiai.

Dažniausi premorbidiniai požymiai buvo panašūs į ADS simptomus, kaip antai: ilgai trunkantys nuotaikų svyravimai, geri mokslo rezultatai ir aktyvus dalyvavimas užklausinėje veikloje

Kadangi paauglystėje prasidedanti manija dažniausiai yra lėtinės eigos, pasižymi komorbidiškumu, dideliu dirglumu, ši patologija dar turi būti tyrinėjama, kad būtų galima kuo tiksliau diagnozuoti ir adekvačiai gydyti.

*Kauno medicinos universiteto klinikos
Psichiatrijos klinika,
Vaikų ir paauglių sektorius,
Eivenių g. 2, 50009 Kaunas*

Adresas:

*D. Gudienė,
KMU Psichiatrijos klinika,
Vaikų ir paauglių psichiatrijos sektorius,
Eivenių g. 2, 50009 Kaunas.
El. paštas: devikagud@yahoo.com*

Literatūra:

- Soutullo CA, Chang KD, Diez-Suarez A, Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord.* 2005, 7(6), p. 497-506.
- Geller B, Craney JL, Bolhofner K et al., One-year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2001, 158(2), p. 303-305.
- Geller B, Craney JL, Bolhofner K et al. Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype// *Am J Psychiatry* 2002, 159(6), p. 927-933.
- Wozniak J. Recognizing and managing bipolar disorder in children/ *J Clin Psychiatry.* 2005, 66 (1), p. 18-23.
- Geller B, Tillman R, Craney JL, et al. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype// *Evid Based Ment Health.* 2005, 8(1), p.5.
- Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders// *Arch Gen Psychiatry.* 2006, 63(2), p. 175-83.
- Findling RL, Calabrese JR, Rapid-cycling bipolar disorder in children // *Am J Psychiatry.* 2000, 157 (9), p. 1526-1527.
- Geller B, Sun K, Zimmerman B et al., Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study // *J Affect Disord.* 1995, 34(4), p. 259-268.
- Wozniak J, Biederman J, Kiely K et al., Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995, 34(7), p. 867-876.
- Geller B, Fox LW, Clark KA, Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994, 33(4), p. 461-468.

Pilnas literatūros sąrašas redakcijoje.

Paciento patikėtinis Lietuvoje: veiklos ypatumai, problematika ir ateities planai

Neringa Jurčiukonytė

Paciento patikėtinis – asmuo, kuris psichikos sveikatos įstaigose tarpininkauja sprendžiant prašymus ir nusiskundimus, susijusius su gydymu, personalo elgesiu. Šis nuo gydymo įstaigos nepriklausomas tarpininkas Lietuvoje buvo įdarbintas remiantis 1982 m. Olandijoje įdiegto ir sėkmingai funkcionuojančio modelio patirtimi. Lietuvoje ši pareigybė įvesta įgyvendinant Vilniaus miesto visuomenės sveikatos programą „Paciento patikėtinis Vilniaus miesto psichikos sveikatos įstaigoms“. Patikėtinio veikla apima Vilniaus klinikinę Vasaros ligoninę, Antakalnio, Karoliškių, Šeškinės, Naujininkų bei Centro poliklinikos Vytenio filialo psichikos sveikatos centrus. Pirmas tokios pareigybės asmuo buvo įdarbintas gegužės mėnesį. Psichikos sveikatos įstaigose besigydantys asmenys į jį jau kreipėsi per 100 kartų. Vienas iš šių atvejų paciento teisėms ginti pareikalavo teisminių procedūrų.

Skundžiamasi dėl informacijos stokos

Kreipimusi į paciento patikėtinį atvejų analizė rodo, kad gydytojų ir pacientų santykiuose išskyla probleminių klausimų dėl pacientų neinformavimo apie jų diagnozę, gydymo eigą, ligos pasekmes. Ypač tai reikšminga, jeigu jų buvimas įstaigoje yra ne savo noru, o teismo sprendimu, apie kurį jie ne visada gauna savalaikę ir išsamią informaciją. „Šiuo atveju informacijos stoka ne tik pažeidžia teisę į informaciją, bet gali sukelti ir procesinius pažeidimus, nes kiekvienas sprendimas asmens atžvilgiu turi būti pranešamas jam suprantama forma. Tokios situacijos asmenims gali suteikti galimybę ginti savo teises apskundžiant įstaigos veiksmus, o taip pat ginčijant net teismo sprendimo teisėtumą, savo buvimą įstaigoje“, – kreipimosi į paciento patikėtinį atvejus komentuoja VŠĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ teisininkė Dovilė Juodkaitė.

Anot teisininkės, Europos teisė ir teismo praktika reikalauja, kad šie ypač pažeidžiami asmenys sulauktų ypatingos apsaugos jų laisvių ir interesų gynimui. Sutrikusios psichikos asmenims, kurie įvykdė nusikalstamas veikas, taikant specialias priemones, taip pat privalo būti užtikrinta pusiausvyra tarp laisvės apribojimo pagrindo ir buvimo vietos bei sąlygų, kurios turėtų užtikrinti optimalų gydymosi terapinį poveikį.

Palaikoma paciento pozicija

Paciento patikėtinė Klementina Gečaitė, atsižvelgdama į besikreipiančių interesus, dažniausiai susiduria su problemineis globos reguliavimo, diagnozės patikslinimo, gydymo skyrimo, veiksnio klausimais.

Remdamasi savo darbo patirtimi paciento patikėtinė Klementina Gečaitė pasakojo: „Ne retai pacientų nusiskundimai yra nurašomi jų psichikos sutrikimui ir į tai nežiūrima rimtai. Visa komanda: gydytojai ir vidurinis personalas, socialiniai darbuotojai konflikto atveju tarsi atsiduria vienoje barikadų pusėje, o pacientas kitoje. Tokiu atveju pacientui reikia pastiprinimo.“

Pacientai patikėtinio veiklą vertina

Paciento patikėtinė Klementina Gečaitė, palaikydama kliento poziciją ne retai susiduria su priešišku, nerimtai į jos veiklą žiūrinčiu medicinos personalo elgesiu.

„Suprantu medikų susierzinimą. Medikų didelė atsakomybė, sunkus, įtemptas darbas, o naujai pasirodęs žmogus sukelia daug klausimų; dar nenusistovėjęs paciento patikėtinio pareigybės tradicijos, bendradarbiavimo procedūros. Tačiau dirbdami drauge, mes prisidėtume prie sklandaus visų psichikos sveikatos sistemos grandžių funkcionavimo, pakeltume pacientų pasitikėjimą medicinos personalu bei skatintume efektyvesnę ir humaniškesnę psichikos sveikatos pa-

Gera fizinė sveikata – viena iš svarbiausių žmogaus teisių

Monika Nemanytė
Klubas „13 ir Ko“

slaugų teikimą”, – komentavo K. Gečaitė.

Bendraujant su pacientais pastebima, kad jie šią veiklą laiko reikalinga, skatinančia tokias vertybes kaip žmogiškumas, teisingumas, požiūris pirmiausia kaip į žmogų, o ne kaip į psichikos sutrikimų turintį asmenį. Apie paciento patikėtinio svarbą samprotavo psichikos sveikatos paslaugų vartotojas: „Tikiu, kad žmogiškumas ir teisingumas turi būti ten, kur gyvena žmonės. Net jei tai ir psichiatrijos ligoninė.“

Paciento patikėtinų daugės

Kol kas dirba tik vienas paciento patikėtinis. Paciento patikėtinės partitės bei pasaulinė praktika rodo, jog tarpininkavimas – prisideda prie psichiatrijos vartotojų pasitikėjimo psichikos sveikatos priežiūros sistema didinimo, konstruktyvaus medicinos personalo bei pacientų dialogo vystymo. Todėl artimoje ateityje planuojama paciento patikėtinio pareigybės tinklą plėsti. Tai numatyta Vilniaus psichikos sveikatos strategijoje. Iki šiol paciento patikėtinio pareigybė buvo programinė veikla. Tačiau VŠĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ pastangomis jau nuo 2007 metų, kaip numatyta Vilniaus miesto Psichikos sveikatos strategijos 2006-2010 metams įgyvendinimo priemonių plane, savi-valdybės struktūroje planuojama įsteigti du paciento patikėtinio etatus.

Lapkričio 11 d. Barcelonos viešbučio „Fira Palace“ konferencijų salėje įvyko pacientų teisių gynimo forumas – tarpregioninis susitikimas, kurio tema: „Gera fizinė sveikata psichikos sveikatoje: laikas veikti“. Jį organizavo kelios tarptautinės pacientų, šeimų bei profesionalų organizacijos GAMIAN-Europe (toliau – GE) ir EUFAMI. Seminarą rėmė farmacijos kompanija Pfizer.

Europos psichikos sveikatos srityje dirbančios grupės vienijasi ir kviečia spręsti medžiagų apykaitos sutrikimų, atsirandančių dėl ilgalaikio psichotropinių vaistų vartojimo, problemas. Seminare atkreiptas dėmesys į psichikos pacientų fizinę sveikatą, išklausyta jų šeimos narių, globėjų nuomonė. Psichikos ligų, ypač šizofrenijos ir dvipolio afektinio sutrikimo (toliau – DAS), gydymas kelia vis daugiau nerimą keliančių somatinių komplikacijų: nutukimą, cukrinį diabetą, širdies ligas. Psichikos sutrikimus patiriantys asmenys ir taip labiau pažeidžiami nei kiti (patiria stigmą ne tik dėl psichikos ligos, bet ir dėl išvaizdos), be to, jaunesni susergera somatinėmis ligomis. Tarp sergančiųjų sunkiausiomis psichikos ligomis dažnesnė mirties priežastis yra širdies ligos (31% moterų, 34% vyrų), nei savižudybė (6% moterų, 17% vyrų).

Seminare ne kartą pabrėžta, kad fizinė ir psichikos sveikata turi būti integruojamos, prižiūrimos ir gydomos lygia-verčiai. Pranešimuose minėta, kad iki šiol psichikos ligomis sergančio žmogaus kūnas dalytas pusiau: sritis virš kaklo ir po kaklu, tuo tarpu šiuolaikiniame supratime vienareikšmiškai rekomenduojama atsakyti sveikatos skirstymo į psichinę ir fizinę.

Įdomūs buvo apklausos rezultatai apie tai, kokias sveikatos problemas pageidautų pirmiausiai išspręsti šizofrenija sergantieji: 38 proc. norėtų sumažinti kū-

no masę, 37 proc. – veiksmingesnio depresijos gydymo, 35 proc. – pagerinti galimybes veikti ir gyvenimo kokybę, 24 proc. – sureguliuoti miegą, o 17 proc. – atsikratyti minčių apie savižudybę.

Seminare diskutuota apie psichiatro pareigas, pabrėžiant kad šiam gydytojui tenka atsakomybė rūpintis ne tik psichikos ligos simptomais, bet ir paciento somatine sveikata, domėtis paciento klinikiniais, emociniais bei socialiniais poreikiais. Psichiatras darbus turėtų dalytis su šeimos gydytoju, kitais specialistais, pacientų šeimos nariais, slaugytojais.

Visi pripažino, kad itin svarbus atviras, informuotas pokalbis bei aktyvesnių ryšių užmezgimas su farmacijos kompanijomis, ekonomistais, politikais, viešųjų ryšių specialistais, Europos skėtinėmis diabeto ir širdies ligų organizacijomis.

Taiigi jei vaistai nuodai, sukelia ligas ir žudo – tai gal jų atsakyti? – kėlė retorinį klausimą GE prezidentė Dolores Gauci. Ji apibendrino svarstytas temas pabrėždama, kad vaistai mūsų ligų atveju itin svarbu, tačiau taip pat svarbu rasti pusiausvyrą tarp to, kas pozityvu ir negatyvu juos vartojant. Tokie seminarai suteikia viltį, kad skirtumas tarp to „kas yra“ ir „kaip turėtų būti“ vis mažės, o didės medikų dėmesys paciento sveikatai apskritai, ne tik psichikos ligų simptomams.

Mes jus kramtom – jūs mus remiat...

Danguolė Survilaitė

Rizikuoju patekti į farmacijos kompanijų nemalonę. Tiesą sakant, toje malonėje niekada ir nebuva. Prie visų nemalonių, į kurias jau buvau patekusi ir dar pateksiu, nėra čia jau tokia didelė ir bėda. Vaikai užauginti, atlyginimą gaunu, šratinukų turiu pakankamai – iki pensijos užteks (dabar, kai pagrindinis rašymo instrumentas – kompiuteris, ne tiek daug tų šratinukų ir reikia), valgyti užtenka (įvertinus kompleksiją – valgyti reikėtų žymiai mažiau).

Perkračiau savo sąžinę – vos kelis kartus važiauvau į konferencijas už farmacijos kompanijų pinigus, ir tai daugiausiai iki Kauno ar Palangos. Tiesa, už vienos kompanijos pinigus buvau viename seminare Briuselyje, bet seminaras truko tik du pusdienius, dirbti reikėjo įtemptai, Briuselyje jau buvau buvusi, taigi tiek to ir malonumo. Norėjau parašyti straipsnį apie seminarą į „Psichiatrijos žinias“. Buvau paprašyta neminėti kolegų, kurie tada buvo su manim, pavardžių. Nesupratau, kodėl. Dabar, kai tenka išgirsti, kad kažkas nuskrido į Australiją, kažkas buvo Indianapolyje, Tailande ar net atostogavo (!) už farmacijos kompanijos pinigus Egipte, ką ten Briuselis... Kolegos nesigiria, kokiose konferencijose dalyvauja. Neveltui taip sunku prisiprašyti, kad parašytų straipsnį į „Psichiatrijos žinias“ apie savo dalyvavimą konferencijose. Suprantama, ne visi – raštininkai. Netgi priešingai – tarp kolegų psichiatrų taip daug mažaraščių. Kartais jie sutinka pateikti kokį straipsnį kaip savo, kurį tiesiai iš anglų kalbos išvertė farmacijos kompanijos atstovas, dar sumokėjęs už „autorystę“ pinigus. Todėl nesistebėkit, jei tie kolegų straipsniai apie kokio nors vaisto efektyvumą taip sunkiai suprantami... Taigi tiesiai versti iš anglų kalbos su visu anglišku stilium.

O ir kaip galėjau nusipelnėti farmacijos kompanijos malonių? Dvidešimt metų buvau skyriaus vedėja – taigi ligoniu

pati asmeniškai gydžiau nedaug – apie dešimt. Stengiausi skirti įvairius vaistus, kad įsitikinčiau kiekvieno iš jų ypatumais. Kiek dar gydysiu ligonius – ir toliau taip darysiu. Labiausiai mane stebino ir iki šiol stebina, iš kur farmacijos kompanijos žino tikslus duomenis: kiek koks gydytojas kokių vaistų išrašo? Kas joms suteikia tokius duomenis? Ir tu čia suok nesuokęs firmos atstovui, kad tu jį labai myli, ir jo vaistą labai myli – jis sako, kad tave irgi labai myli, duoda tau šratinuką, lipnių lapelių, parodo lentelę, kurioje grafiškai pavaizduota, kad jo vaistas pats geriausias... O į užsienį važiuoja kiti. Išgirsti tik atgarsius. Sako, vienas kolega tiek kartų buvo Nicoje, kad paskutinį kartą net nesivargino išeiti iš viešbučio – pasitenkino kambario baro resursais... Tas jam atpirko visą konferencijos dienotvarkę...

Negaliu pasakyti, kad beveik neteko bendrauti su farmacijos kompanijomis. Būdama nevyriausybinės organizacijos vadove, keletą kartų kreipiausi paramos. Būta gražaus bendradarbiavimo, iš kurio laimėjo abi pusės. Daug kas dar prisimena pirmuosius kalendorius su psichikos ligonių piešiniais, kuriuos išleido Klubas „13 ir Ko“ kartu su farmacijos kompanijomis („Vizijos“ – 1998 m. su *Solvay*, tai buvo pirmasis Lietuvoje toks kalendorius; „Atspindžiai“ – 2002 m. vėl su *Solvay*; „Ženkliai“ – 2003 m. su *Janssen*). Farmacijos kompanija *Lundbeck* Klubą rėmė kelis kartus (gal todėl, kad jai tada vadovavo buvęs mano rezidentas, praeityje ir dirbęs mano vadovaujame skyriuje) ir dėl tos paramos vienas Klubu nario paveikslas kilnojamoje parodoje dar vis keliauja po Europą.

Būta ir kurioziškų atvejų: kartą paprašius paramos iš vienos kompanijos Klubui, gavau atsakymą: „Daktare, jeigu jums asmeniškai reikėtų, tai padėtume, o ligoniams – tai jau ne“. Šiais laikais

firmos atstovas jau vengtų taip sakyti – tai būtų nepopuliaru. Ir kitas atvejis, kurį jau labai daug kam esu pasakojusi, nes paliko man neišdildomą įspūdį. Kartą teko įrodinėti nepriklausomam auditoriui iš užsienio, kad rezidentė yra tinkama užimti vienos kompanijos atstovo vietą. Atostogų metu reikėjo gaišti laiką, ateiti į darbą, kad atsakyčiau į daug klausimų. Turbūt ne dėl mano pastangų rezidentė darbą gavo. Bet kai po kelių metų kreipiausi į ją, kad bent parašytų laišką konferencijos organizatoriams dėl mokesčio sumažinimo (konferenciją organizavo kompanija, kurioje ji dirbo), gavau klausimą: „O kuo jūs galite būti naudinga mūsų kompanijai?“ Buvau baisiai išsižeidusi. Būčiau supratusi, jei atstovė būtų pasakiusi, kad ji dar neseniai dirba, kad jai sunku ką nors suorganizuoti. Nepakartosiu tiksliai, ką jai tada pasakiau, bet apeliavau į savo amžių, dėl kurio jau negaliu būti „kuo nors naudinga“.

Taigi ar verta žemintis? Dabar, matyt, dar mažiau galiu būti naudinga farmacijos kompanijoms, nes daugelio iš jų atstovai net nesivargina užlipti pas mane į trečią aukštą. Mano išrašomų receptų skaičius tikriausiai nėra įspūdingas. Pradėjus rašyti projektus į įvairias institucijas, Klubas ėmė gauti pinigų ir dabar nebereikia maldauti ir žemintis. Kam galiu pasigirti, kad Klubu veiklai vystyti 2006 metais gavau tik 250 Lt iš vienos farmacijos kompanijos?

Beje, paskutiniaisiais metais farmacijos kompanijos vis daugiau pradeda bendradarbiauti su pacientų organizacijomis (ar tai pasidarė madinga, ar kompanijos pamatė, kad be pacientų neišsivers? – žr. straipsnio pavadinimą), bet gauname vis daugiau pakvietimų į užsienyje rengiamas konferencijas. Už dalyvavimą jose pačios kompanijos ir sumoka (užsienio kompanijos, ne Lietuvos filialai...). Keliose tokiose konferencijose teko dalyvauti, beje, atostogų metu.

LPA paramos gydytojų psichiatrų dalyvavimui tarptautinėse konferencijose taisyklės

Dar vis turiu madą pasiimti ką nors su savim: iš pacientų, darbuotojų (senais gerais laikais pasiimdavau ir rezidentus, nors tada tik į Lenkiją). Ir ką jūs manote – vis daugiau tose konferencijose kalbama apie šalutinius naujais vaistų poveikius, staigias mirtis, apie atsisakymą nuo vaistų. Ne tik ligoniai pradėjo kalbėti apie pasveikimą. Lapkričio mėn. GAMIAN-Europe suvažiavime Belgijoje *Eli Lilly* atstovas iš JAV kalbėjo apie tai, kad pacientai jaučiasi mediciniškai priklausomi. Pacientai norėtų, kad pirmiausia paklaustų, ko jie pageidauja, o tik tada siūlytų pagalbą. Su pacientu reiktų kalbėtis pasveikimo, o ne siauro medicininio požiūrio kontekste (!).

Paskutinėje konferencijoje Barselonoje, vykusioje taip pat lapkričio mėn., kurią organizavo *Pfizer* (bilietus sau ir Klubo narei Monikai pirkau už savo pinigus ir dar jų man niekas negražino), net žinomi psichiatrai kalbėjo apie tai, kad pastaraisiais metais mirtingumas nuo širdies ligų tarp psichikos ligonių jau užima pirmą vietą. Kai pradėjau dirbti, man buvo kalama, kad psichikos ligoniai – labai stiprūs, gali žiemą lakstyti basi – ir neperšąla, kad jie neserga širdies ligomis, nes nepergyvena ir stresai jiems neturi įtakos. O tada buvo tik haloperidolis, aminazinas, amitriptilinas, insulinas ir EIT. Dabar, kai yra olanzapinas, risperidonas, serokvelis, leponeksas, ziprazidonas, ir dar daug kitų, kurių man dar neteko niekam skirti, ligoniai tunka, serga diabetu, širdies ligomis, staigiai miršta ir t.t. Taigi jau pradėdau galvoti, kad gindama ligonių teises, jau turėčiau pradėti ginti juos nuo vaistų.

Pastebėjote – aš nepaminėjau iš neišgiamos pusės jokios kompanijos – gal dar vis dėlto teks ką nors „kramtyti“?

LPA vienas pagrindinių tikslų yra gydytojų psichiatrų mokymas ir kvalifikacijos kėlimas įvairiose seminaruose ir konferencijose Lietuvoje ir užsienyje. Tačiau LPA neturi praktiškai jokių pajamų šaltinių, išskyrus rėmėjų lėšas. Todėl PLA konstatuoja, kad sieks pritraukti kuo daugiau lėšų šiam tikslui iš įvairių galimų finansavimo šaltinių: rėmėjų, paramos fondų, įvairių programų. Taip pat LPA supranta savo atsakomybę prieš LPA narius, rėmėjus ir medicinos bendruomenę dėl šių lėšų panaudojimo. Siekiant efektyvaus, skaidraus ir etiško lėšų skirtų gydytojų kvalifikacijos kėlimui, LPA nustato paramos taisykles:

1. LPA remia savo narių dalyvavimą tik mokslinėse konferencijose, dalyvavimas kuriuose duoda praktinės naudos Lietuvos psichiatrijos mokslui ir praktikai. Tai Pasaulio psichiatrų asociacijos (WPA), Europos psichiatrų asociacijos (EPA), Amerikos psichiatrų asociacijos (APA), Europos neurofarmakologijos kolegijos (ECNP), Pasaulio biologinės psichiatrijos federacijos (WFSBP), Tarptautinės vaikų ir paauglių psichiatrijos asociacijos (IACAPAP), Europos vaikų ir paauglių psichiatrijos draugijos (ESCAP) rengiamos arba rekomenduojamos konferencijos, taip pat regioninės konferencijos, skirtos Rytų ir Vidurio Europos psichikos sveikatos problemoms.
2. LPA gali remti ir atskirų narių dalyvavimą kitose konferencijose, jeigu šiose konferencijose nagrinėjamos temos atitinka konkrečią šio gydytojo domėjimosi arba mokslinių tyrimų sritį. Prašydamas paramos į konferenciją, nenurodytą LPA rekomenduojamų konferencijų sąrašė, gydytojas turi motyvuotai nurodyti, kaip ši konferencija tiesiogiai susijusi su jo moksliniu ir praktiniu darbu.

3. LPA apmoka tik tiesiogiai su konferencija susijusias išlaidas: konferencijos dalyvio mokesčių; transporto; apgyvendinimo; maitinimo išlaidas; kitas privalomas rinkliavas ir mokesčius (pvz. vizos). Iškilus būtinybei apmokėti kitas tiesiogiai su konferencija susijusias išlaidas tai turi būti nurodoma prašyme.
4. LPA paramą dalyvauti konferencijose gali gauti tik LPA nariai dalyvaujantys LPA veikloje ne mažiau nei 1 metus ir sumokėję nario mokesčius. Pirmenybė teikiama LPA nariams dirbantiems mokslinį ir pedagoginį darbą, gydytojams, kurių praktinis ar mokslinis darbas tiesiogiai susijęs su konferencijoje nagrinėjamomis temomis, taip pat tiems, kurie gautas konferencijos metu žinias perduos kuo didesniai kolegų skaičiui. Parengti ir išspausdinti straipsniai bei skaitytos paskaitos, vadovaujantis konferencijoje gautomis žiniomis, bus vertinama, kaip didelis privalumas.
5. LPA narys, prašantis paremti jo dalyvavimą konferencijoje, ne vėliau, kaip prieš 1 mėnesį pateikia LPA valdybai prašymą, nurodydamas, kokioje konferencijoje nori dalyvauti ir kokias išlaidas ar jų dalį prašo apmokėti. Jeigu konferencija nėra iš LPA rekomenduojamų konferencijų sąrašo, turi būti nurodomi svarbūs motyvai, kodėl gydytojas psichiatras nori dalyvauti šioje konferencijoje. Rekomenduojama, kad gydytojai, kurie žinias gautas konferencijose perdavė kolegoms paskaitų, seminarų ar straipsnių forma, pateiktų LPA trumpą ataskaitą. Tai bus vertinama, kaip privalumas, skiriamą paramą dalyvavimui kitose konferencijose.
6. LPA neteikia paramos savo nariams kvalifikacijos kėlimo kursams ar konferencijoms, kurios vyksta Lietuvoje, išskyrus tuos atvejus kai LPA yra šių konferencijų organizatorius ar vienas iš organizatorių.

Gyvenimo spalvos grįžta



ZELDOX® (ziprazidonas)



VAISTO SAVYBIŲ SANTRAUKA

Vaisto pavadinimas

Zeldox 20 mg, 40 mg, 60 mg ir 80 mg kietos kapsulės. ATC kodas N05A E04. Receptinis vaistas.

Bendrinis pavadinimas

Ziprazidonas (hidrochlorido monohidrato druskos pavidalu).

Indikacijos

Ziprazidono skiriama šizofrenijai gydyti ir palaikomajam gydymui klinikiniam pagerėjimui palaikyti.

Dozavimas ir vartojimo būdas

Suaugusiems rekomenduojama dozė ūminei būklei gydyti yra po 40 mg 2 kartus per parą, vartojama valgant. Atsižvelgiant į paciento būklę, paros dozę galima didinti iki didžiausios dozės – po 80 mg 2 kartus per parą. Prireikus didžiausią rekomenduojamą dozę galima pasiekti per 3 dienas. Palaikomajam gydymui reikia skirti mažiausią efektyvią dozę.

Vyresniems kaip 65 metų asmenims dozę reikėtų mažinti. Pacientams, kuriems yra inkstų nepakankamumas, dozės koreguoti nereikia. Pacientams, kuriems yra kepenų nepakankamumas, reikia skirti mažesnę pradinę dozę.

Kontraindikacijos

Padidėjęs jautrumas ziprazidonui ar bet kuriai pagalbinei medžiagai, pailgėjęs QT intervalas, įgimtas ilgo QT sindromas, neseniai įvykęs miokardo infarktas, dekompensuotas širdies nepakankamumas, aritmijos, gydomos IA ir III klasės antiaritminiais vaistais.

Ypatingi įspėjimai ir atsargumo priemonės

Ziprazidono saugumas ir efektyvumas vaikams bei paaugliams netirtas. Ilgai vartojamas ziprazidonas gali sukelti vėlyvąją diskineziją bei kitą vėlyvąjį ekstrapiramidinį sindromą. Ziprazidonas sukelia nedidelį ir vidutinį, nuo dozės priklausomą, QT intervalo pailgėjimą. Ziprazidono negalima skirti kartu su vaistais, ilginančiais QT intervalą. Atsargiai skirti pacientams, kuriems yra bradikardija, sutrikusi elektrolitų pusiausvyrą. Jei QTc intervalas yra >500 msek., gydymą rekomenduojama nutraukti. Pacientus, kuriems buvo traukulių, gydyti atsargiai.

Vaistų sąveika

Atsargiai skirti kartu su kitais CNS vaistais, taip pat veikiančiais dopaminerginę ir serotonerginę sistemą, bei alkoholiu.

Šalutinis vaisto poveikis

Dažniausi nepageidaujami reiškiniai buvo mieguistumas, astenija, galvos skausmas, vidurių užkietėjimas, sausa burna, dispepsija, padidėjęs saulėtėkis, pykinimas, vėmimas, ažitacija, akatizija, svaigulys, distonija, ekstrapiramidinis sindromas, hipertoniškas, tremoras, sutrikusi rega. Ziprazidonas neryškiai ar vidutiniškai pailgina QT intervalą.

Pakuotė

Zeldox 20 mg, 40 mg, 60 mg ir 80 mg išleidžiamas pakuotėse, kuriose yra 30 kietų kapsulių.

Registravimo liudijimo turėtojas

Pfizer Limited
Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ
Jungtinė Karalystė

Igaliotas atstovas Lietuvoje

Pfizer Luxembourg SARL filialas Lietuvoje
A. Goštauto 40a, LT-01112 Vilnius
Tel. 8 800 22000 (nemokama linija)
Faksas 8 5 2514004

Texto peržiūros data
2005 05 18



Psichiatrijos reintegracija į mediciną: pacientai, sergantys psichikos sutrikimais

Med. dr. Virginija Adomaitienė
KMU Psichiatrijos klinikos vadovė

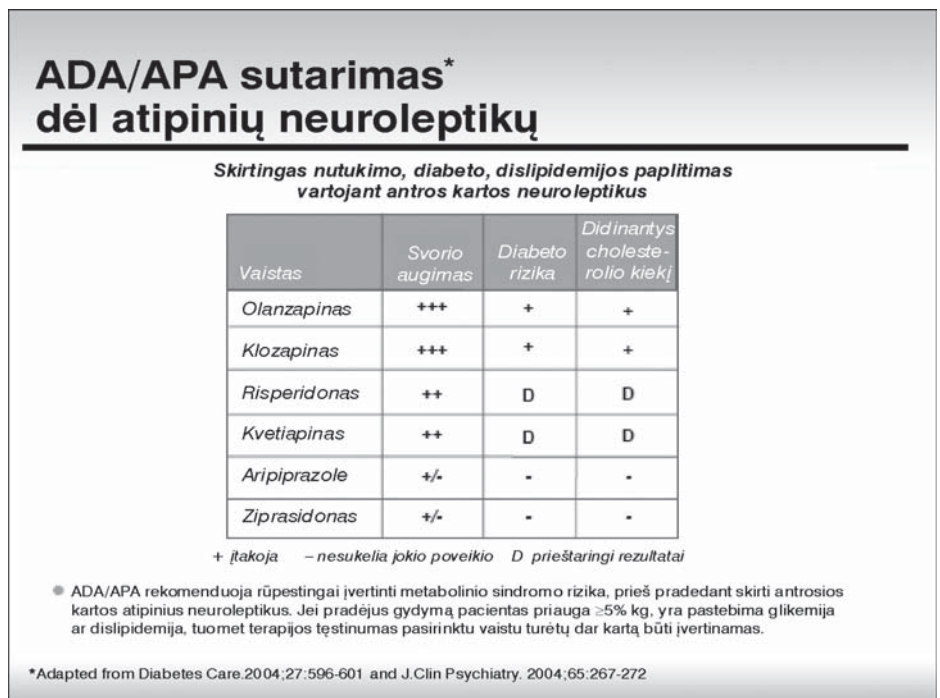
Š.m. lapkričio mėn. 10-11 d. Barselonoje (Ispanija) vyko tarptautinė konferencija, kurioje dalyvavo 19-kos pasaulio šalių psichiatrai.

Konferencijos atidarymo pranešime prof. N. Sartorius (Šveicarija) pateikė duomenis apie tai, kad pacientams, sergantiems psichinėmis ligomis, būdinga bloga fizinė sveikata, pasireiškianti viršsvoriu arba nutukimu, padidėjusiu arteriniu kraujo spaudimu, cukriniu diabetu, padidėjusiu cholesterolinio kiekio kraujyje. Visa tai ryškiai padidina riziką šiems pacientams susirgti širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei kitais gretutiniais susirgimais. Pranešime pabrėžta, kad dėl stigmatizacijos, kuri vis dar plačiai paplitusi net ir ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, psichikos liga sergantiems sunkiau gauti kokybiškas sveikatos paslaugas. Pranešime rekomenduota, gerinti psichinės sveikatos priežiūros kokybę, stiprinant širdies ir kraujagyslių sistemos ligų profilaktikos ir kontrolės galimybes.

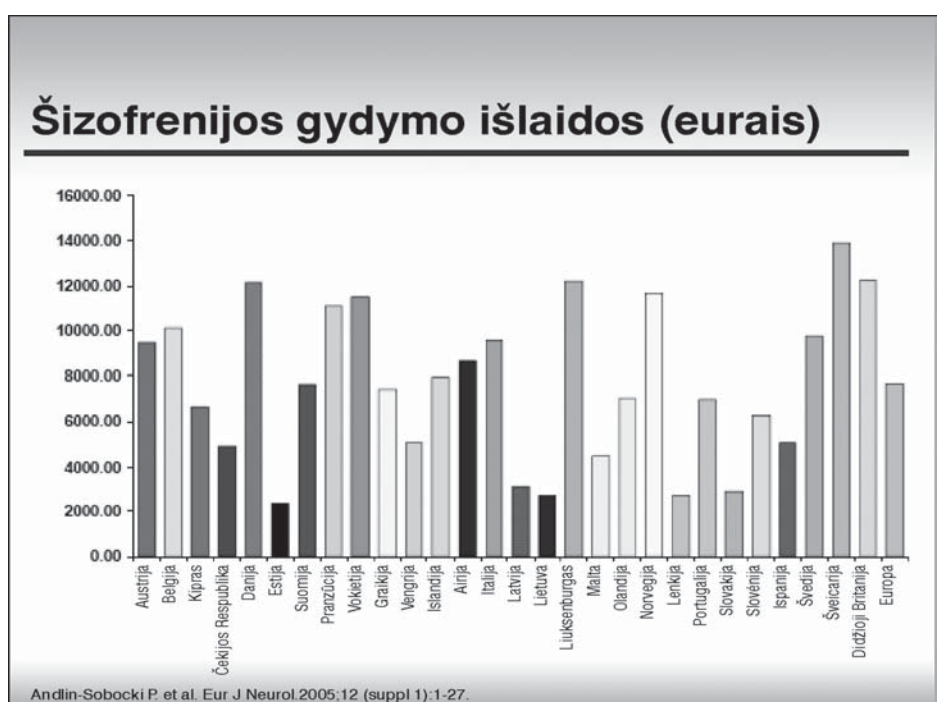
Prof. S. Leucht (Vokietija) apžvelgęs 225 epidemiologinių tyrimų, nagrinėjančių šizofrenijos ir somatinių ligų sąsajas, konstatavo, kad sergantieji šizofrenija, taip pat dažniau serga įvairiomis somatinėmis ligomis. Pranešime minėta, kad sergantiems šizofrenija, gretutinės somatinės ligos nustatomos net 45 proc. pacientų Šiaurės Amerikoje, 38 proc. – Europos šalyse, 13 proc. – Azijoje. Autorius teigė, kad 28 iš 225 epidemiologinių tyrimų duomenys rodo, kad sergant šizofrenija dažniausiai ištinka miokardo infarktas ir staigi mirtis dėl širdies ir kraujagyslių sistemos veiklos sutrikimo. Pateikti šių sutrikimų rizikos veiksniai: rūkymas, nutukimas, riebalų apykaitos sutrikimai, antipsichozinių medikamentų naudojimas, mažas fizinis aktyvumas.

Prof. W. Newcomer (Vašingtono universitetas, JAV) pateikė duomenis apie širdies ir kraujagyslių susirgimų naštos didėjimą pasaulyje. Pranešime teigiama, kad, jeigu

1 pav.



2 pav.



bendroje populiacijoje dėl širdies ir kraujagyslių susirgimų miršta apie 33 proc. gyventojų, tai, sergant šizofrenija, net 50-75 proc. mirčių įvyksta dėl šios sistemos sutrikimų. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksniais sergant šizofrenija yra: nutukimas, riebalų apykaitos sutrikimai, cukrinis diabetas, padidintas arterinis kraujo spaudimas, metabolinis sindromas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas. Paminėta, kad dėl širdies ir kraujagyslių sistemos veiklos sutrikimų gyvenimo trukmė sergant šizofrenija sutrumpėja net 20 proc. (nuo 76 iki 61 metų amžiaus). Pranešimo pabaigoje apžvelgus gerėjantį rizikos veiksnių įvertinimą, akcentuota, kad tai skatina atsakingiau rinktis gydymo antisichozinius vaistus strategiją. Skatintina rinktis antipsichozinius medikamentus, kurie nedidina arba tik minimaliai didina kūno svorį, kurie nedidina rizikos išsivystyti riebalų apykaitos sutrikimams ir cukriniam diabetui. (žr. 1 pav.).

Prof. M. De Hert (Belgija) apžvelgė gydymo antipsichoziniais medikamentais veiksmingumą. Psichozės epizodai sergant šizofrenija pasikartoja dažnai: per pirmus penkis susirgimo metus beveik 82 proc. pacientų nustatomas bent vienas pakartotinas psichozės epizodas, 78 proc. – mažiausiai du. Pranešime akcentuotos psichozės pasikartojimo priežastys: gydymo režimo nesilaikymas, neadekvatus antipsichozinių medikamentų dozavimas, psichosocialiniai veiksniai, gretutinė medikamentinė ir alkoholinė priklausomybės. Klinikinių tyrimų duomenimis pagrįsti faktai, kad, gydymui skiriant atipinius antipsichozinius medikamentus, psichozės pasikartojimo galimybė mažėja. Paminėta, kad dar daugelyje valstybių nemažai naudojama ir klasikinių antipsichotikų: Azijoje – 67 proc., Lotynų Amerikoje – 63 proc., Japonijoje – 59 proc., Europoje/Kanadoje – 50 proc., JAV – 12 proc. visų skiriamų antipsichozinių medikamentų. Aptariant priežastis minėta, kad atipinių antipsichotikų privalumai dar tik praddami pripažinti, be to skiriasi įvairių šalių medikamentų kompensavimo sistemų taisyklės skatinančios arba trukdančios rinktis atipinius vaistus. Apibendrinamas pranešimą autorius nurodė, kad tinkamai pasirinkti antipsichoziniai medikamentai, ne tik veiksmingai malšina psichozės simptomus, bet ir užtikrina visavertį pacientų funkcionavimą bei gyvenimo kokybę.

Prof. N. Sartorius pranešime akcentavo psichikos sutrikimų ir visuomenės sveikatos problemų aktualijas, atkreipdamas dėmesį, jog gausėja sudėtingų sutrikimų, pavyzdžiui, lėtinė šizofrenija vyresniame amžiuje, gausėja gretutinių somatinių ligų. Psichikos sutrikimai sveikatos priežiūros sistemoje sukelia didesnę negalią lyginant su kitais susirgimais (išskyrus širdies ir kraujagyslių sistemos ligų sukeltą negalią). Pranešime palygintas ir specialistų, teikiančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius: stiprios ekonomikos šalyse 100 tūkst. gyventojų tenka 10,5 psichiatro, o menkai išsivysčiusiose šalyse – 0,05. Palyginimuose atsiškleidė ir labai didelė paslaugų teikimo įvairovė: vidutiniškai pasaulyje 10 tūkst. gyventojų tenka 4,36 psichiatrijos lovų ligoninėse, tačiau Japonijoje – 28,4, o Indijoje – 0,25, šizofrenija sergančių pacientų gydymo trukmė Japonijoje – 490 dienų, o Kanadoje – 4,9 dienos, labai skiriasi ir vieno šizofrenijos epizodo gydymo kaštai (žr. pav.2).

Konferencijoje nemažai dėmesio skirta psichikos sveikatos paslaugų vartotojų problemoms. Kongrese dalyvavo gausus būrys pacientų organizacijų ir klubų atstovų, kurie pateikė savo požiūrį į ilgalaikį antipsichozinių vaistų vartojimą, dalinosi psichikos sutrikimų patirtimi. Gydytojams yra labai svarbu suprasti paciento poreikius ir įsiklausyti į jiems rūpimas problemas, taigi ši unikali galimybė susitikti ir diskutuoti buvo ypač vertinga.

Citatos

Važiuoja du psichiatrai dviračiu. Vienas nukrito, susimušė koją. Kitas sako: „Apgailestauju. Užjaučiu. Gal norėtum man išsipasakoti?“

Sklandantys anekdotai

•••

Jeigu vidinis vyro motyvas – tinginiauti, tai kodėl reikia jį keisti. Geriau tegul nieko neveikia, nei būna nelaimingas. Tinginiai juk nekenksmingi – ne jie sukūrė atominę bombą ar išplatino AIDS.

•••

Nors kartais senberniais būna per klaidą palaiškomi gėjais, O. Lapinas užtikrino, kad tai – tik nesusipratimas. „Ši nuomonė vyrauja, bet ji klaidinga. Gėjus galima atpažinti iš aktyvumo ir kūrybingumo. Jie vis ką nors daro, juda, dirba. Senberniams geriau patinginiauti, pagulėti, pasimėgauti vienatve“, – tvirtino psichologas.

Olegas Lapinas

Straipsnis „Prisiekę viengungiai“, „Klaipėda“ 2006 08 11

•••

Pusvalandį tyliau ir jus visus kenčiu. Nes moku atsiriboti. Įsivaizduoju, kad jūs esate liliputai vien su apatiniais. Tik toks variantas prieinamas tyliems žmonėms, atsidūrusiems šalia valdingų. Jų ir balso stygos ne tokios stiprios.

•••

Genetiškai etikai gimdo etikus — tai laimingos šeimos, anksčiau ar vėliau vaikai su tėvais randa ryšius. Logikai gimdo logikus — jiems kartu labai sunku.

•••

Neįmanoma pabėgti, jei mama tūno galvoje. Emocijos tiesiogiai veikia hormoninę sistemą, hipofizį, kartu ir kiaušides. Savo nuotaika mes galime sulėtinti ar pagreitinti nėštumą.

Olegas Lapinas

Diskusija „Bambagyslės kilpa“, žurnale „Ieva“ (2006 m. lapkritis)

•••

Kiekvienam gydytojui skyriuje turi būti priskirta seselė, kuri turėtų persirenginėti gydytojo kabine, nes jos neturi savo persirengimo kambario.

Psichiatras praktikas

ŪMINĖ ŠIZOFRENIJA IR DAUGIAU

AIŠKI SIMPTOMŲ KONTROLĖ NUO PAT PRADŽIŲ

Rekomenduojama paros dozė: 400-800 mg. Jei reikia, gali būti didinama iki 1200 mg.

SOLIAN 800 mg, optimali paros dozė



SOLIAN (amisulpridas) 200 mg tabletės, 400 mg tabletės. **Indikacijos.** Amisulpridas vartojamas ūminių ir lėtinių šizofreninių sutrikimų, kurių metu pasireiškia pozityvūs (pvz., klaidėsiai, haliucinacijos, mąstymo sutrikimai) ir/arba negatyvūs (pvz., jausmų išblėsimas, emociniai ir socialiniai uždarumas) simptomai, įskaitant pacientų, kuriems vyrauja negatyvūs simptomai, gydymui. **Dozės ir vartojimo būdas.** Ūminei psichozei gydyti rekomenduojama gerti 400–800 mg per parą. Kartais paros dozė gali būti padidinta iki 1200 mg. Didėsnių negu 1200 mg paros dozių poveikis nėra plačiai ištirtas, todėl jų neturėtų būti skiriama. Pradedant gydyti amisulpridu, nereikia jokio specialaus dozių titravimo. Dozės turi būti parinktos atsižvelgiant į ligonio organizmo reakciją. Palaikomas gydymas nustatomas individualiai, skiriant minimalią veiksmingą dozę. Pacientams, kuriems vyrauja negatyvūs simptomai, rekomenduojama gerti 50–300 mg per parą. Skiriant amisulprido 300 mg per parą, visa dozė suvartojama per vieną kartą, didesnės paros dozės turi būti suvartojamos per du kartus. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas veikliajai vaisto medžiagai arba kitoms šio medikamento sudedamosioms dalims. Nuo prolaktino priklausomi navikai, pvz., hipofizės prolaktinomos ir krūtys vėžys. Feochromocitoma. Netinka vaikams iki lytinio subrendimo. **Nepageidaujamas poveikis.** Kartais mieguistumas, virškinamojo trakto veiklos sutrikimas. Retai ekstrapiramidiniai simptomai. **Sąveika.** Vartojant kartu neuroleptikus ir dopaminerginius agonistus gali pasireikšti abipusis antagonizmas. Amisulpridas gali sustiprinti CNS slopinančių alkoholio poveikį. Amisulpridas gali sustiprinti antihipertenzinių vaistų hipotenzinį veikimą. **Farmakodinaminės savybės.** Amisulpridas selektyviai jungiasi su dopaminerginių receptorių potipiais D2 ir D3, kuriems jis turi didelį afinitetą, o šių receptorių D1, D4 ir D5 potipiams afiniteto jis visai neturi. Kitaip nei klasikiniai ir atipiniai neuroleptikai, amisulpridas neturi afiniteto serotonino, adrenerginiams, histamino H1 ir cholinerginiams receptoriams. Didelės amisulprido dozės blokuoja postsinapsinius D2 receptorių, esančius limbinės sistemos struktūrose, vietoje receptorių, esančių dryžuotajame kūne (*corpus striatum*). Kitaip nei klasikiniai neuroleptikai, amisulpridas nesukelia katalepsijos ir po pakartotinio gydymo nepadidėja dopamino D2 receptorių jautrumas. Vartojant mažas dozes, jis selektyviai blokuoja presinapsinius D2 ir D3 receptorių, skatindamas dopamino išsiskyrimą ir dėl to pasireiškia jo dezinhibicinis poveikis. Manoma, kad ši atipiška amisulprido farmakologinių charakteristikų visuma paaiškina jo efektyvumą gydant tiek negatyvius, tiek pozityvius šizofrenijos simptomus, taip pat jo mažesnį poveikį, susijusį su ekstrapiramidinės sistemos pažeidimu. **Farmakoterapinė grupė.** Antipsichozinis vaistas. **ATC kodas.** N05A L05. **Pakuotė.** 30 tablečių po 200 mg arba po 400 mg. **Receptinis vaistinis preparatas. Gamintojas.** SANOFI WINTHROP INDUSTRIE, Prancūzija. **Registravimo liudijimo turėtojas.** SANOFI-SYNTHELABO FRANCE, Prancūzija. Informacijos peržiūros data 2006 m. sausio mėn. Papildomos informacijos kreiptis į UAB „SANOFI-AVENTIS LIETUVA“, A. Juozapavičiaus g. 6/2, LT-09310 Vilnius, tel. (8 ~ 5) 275 52 24, faksas (8 ~ 5) 275 52 39.

LT-AMS.06.09.01



asentra :)

sertralinas

50 mg ir 100 mg tabletės

Šviesioms mintims

**Daug daugiau negu
tiesiog dar vienas
SSRI antidepresantas**

Farmakoterapinė grupė. Antidepresantas, selektyvus serotonino reabsorbcijos inhibitorius (SSRI). **Indikacijos.** Depresija, obsesinis-kompulsinis sutrikimas (OKS), panikos sutrikimas. **Dozavimas.** Vaisto gerinama 1 kartą per parą. Įprastinė paros dozė – 50 mg, didžiausia – 200 mg. Jei gydymas neveiksmingas, paros dozė galima palaipsniui didinti (po 50 mg, ne dažniau kaip 1 kartą per savaitę). Pradinė paros dozė depresijai ir OKS gydyti – 50 mg; panikos sutrikimui gydyti – 25 mg, po savaitės padidinama iki 50 mg. Pradinė paros dozė 13–17 metų vaikų OKS gydyti – 50 mg, 6–12 metų vaikų OKS gydyti – 25 mg, po savaitės galima didinti iki 50 mg. Senyviems pacientams dozės mažinti nereikia. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas vaistui. Negalima vartoti kartu su monoaminooksidazės inhibitoriais (MAOI). **Specialieji perspėjimai.** Jeigu sutrikusi kepenų funkcija, vaisto skiriama mažesnėmis dozėmis arba rečiau. Nenustatyta, ar sertralina saugu vartoti

vaikams, išskyrus OKS gydymą. Baigus vartoti MAOI inhibitorius, sertralina galima pradėti vartoti po 2 savaičių. **Sąveika.** Sertralino nerekomenduojama vartoti kartu su tricikliais antidepresantais. Litis gali sustiprinti sertralino serotoninerginį poveikį. **Nepageidaujami poveikiai.** Pykinimas, viduriavimas, vidurių užkietėjimas, anoreksija, dispepsija, drebulys, psichomotorinis sujudinimas, galvos skausmas, gausus prakaitavimas, burnos džiūvimas, seksualinė disfunkcija, galvos svaigimas, nemiga ir mieguistumas. **Pakuotė.** 28 tabletės po 50 mg arba 100 mg lapeliuose. **Įsigijimo tvarka.** Tik pateikus receptą. **Peržiūros data.** 2004 m. rugšėjis.

Daugiau informacijos gali suteikti gamintojas.

Krka, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenia
Krka atstovybė Lietuvoje, A. Goštauto g. 40, 01112 Vilnius, tel. (8~5) 236 27 40

 KRKA