



2007 m. balandis–gegužė, Nr. 2 (44)

Psichiatrijos žinios





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 geriama 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 monoamino oksidazės 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. **Nepageidajami 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. rugsėjis.

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



Metai išibėgėja kartu su „Psichiatrijos žiniomis“. Klausimai apie tai, kada pasirodys žurnalas, rodo, kad „PŽ“ laukiama. Šiek tiek uždelsę psichiatrų bendruomenei galime ne tik paskelbti naujieną, kad doc. V. Danilevičiūtė išrinkta VU MF Psichiatrijos klinikos vadove, bet ir pateikti interviu su ja.

Lietuvoje ne tik pavasarinės audros griaudėja – neseniai praūžė ir Kašpirovskis, apie kurį psichoterapijos draugija pasisakė neigiamai ir net paprašė ištirti jo veiklą, o psichiatrai išdidžiai nepastebėjo. Tik spaudoje šmėkštelėjo žinučių, kad kartu su sunkiais ligoniais Kašpirovskio seansuose lankysis psichiatrai ir psichoterapeutai. Galbūt laikas ir LPA pareikšti nuomonę apie įvairiausių ekstrasensus, burtininkus, astrologus? Šioje situacijoje SAM pasirodė bejėgė, nors tikino, kad situaciją stebi, galbūt net iš salės. Spaudoje rašė, kad buvo gydoma ir nuo šlapimo nelaikymo, ir nuo dusulio, bet, matyt, pakankamai veiksmingai, tad negalima apkaltinti nepagrįstais pažadais. Na, norinčių susimokėti už viltį, nors ir labai mažą visada atsiras.

SAD ministrė V. Blinkevičiūtė šįmet kovo pabaigoje pasirašė JT Konvenciją dėl neįgaliųjų teisių apsaugos ir fakultatyvų protokolą. Pasirašiusi šį tarptautinį ir teisiškai įpareigojantį dokumentą, valstybė turėtų sudaryti galimybes sergantiems psichikos ligomis gyventi savarankiškai. Ši konvencija Lietuvoje gali pagaliau paskatinti deinstitutionalizaciją. Gali tekti peržiūrėti globos taisykles, apgyvendinimo pensionatuose tvarką, dokumentas gali tapti svariu teisiniu argumentu priverstinės hospitalizacijos ir netgi vaistų skyrimo priešininkams. Ar esame tam pasiruošę? Kol kas jokių komentarų iš SAM, nors akivaizdu, kad ištuštinti SADM priklausančius pensionatus prireiks ir sveikatos sistemos paslaugų, ir pastangų. Ta proga siūlytume susipažinti su Lietuvai pritaikyta Aktyvaus gydymo bendruomenėje metodika, kurios likimas tebėra neaiškus: pradėdant pavadinimų peripetijomis, baigiant finansavimo klausimais. Tačiau neįdiegus paslaugų, tiesiogiai atsiliepiančių į deinstitutionalizacijos iššūkius, vargiai seksis įgyvendinti konvencijas ir strategijas.

2007 m. balandžio 3 d. LR Seimo nutarimu patvirtinta Psichikos sveikatos strategija. Strategijos klausimus gvildenome, teikėme siūlymus, o dabar stengsimės neleisti jai sudūlėti stalčiuje. Taip gali nutikti, nes dar priėmimo procese autoriai beveik išsižadėjo šio kūdikio, valstybė „vaiko“ pinigų neskyrė, na, o kol nebus parengta valstybės programa strategijai įgyvendinti, tikriausiai ir veiksmo nebus. Pradėsime primindami kelis aktualiausias psichiatrams strategijos siekius: sutrumpinti vidutinę hospitalizaciją iki 25 d., sumažinti lovų skaičių PL 15 proc., 25 proc. padidinti vietų skaičių dienos stacionaruose ir centruose, sumažinti savižudybių iki 30 – 100 000 gyv., stabilizuoti alkoholinių psichozių skaičiaus didėjimą.

Nors strategiškai psichikos sveikata paskelbta prioritetu, tačiau strateginis sureikšminimas niekaip nesusijęs su tikrove. 2007 m. vasarį Vyriausybė patvirtino prioritetines Lietuvos mokslinių tyrimų ir eksperimentinės plėtros 2007–2010 m. kryptis. Su sveikatos mokslais susijusi pirmoji sritis: moksliniai tyrimai žmogaus gyvenimo kokybei užtikrinti. Čia lyg ir būtų galima džiaugtis, nes gyvenimo kokybė ir psichikos sveikata susiję, kol akis neužkliūna už patikslinimo, kad gyvenimo kokybė Lietuvoje tai: genomika ir biotechnologijos

Redakcijos žodis	4
Aktualijos	6-9,13,18-20
<ul style="list-style-type: none"> • Kurkime. Darbo užteks visiems • Lietuva prisijungė prie JT konvencijos dėl neįgaliųjų teisių apsaugos • Apie ličio išrašymo tvarką • Farmacija ir korupcija: „Transparency international“ tyrimas Lietuvoje • Psichiatrijos ypatumai Norvegijoje • Lietuvos psichiatrijos grandai iš Švėkšnos 	
Psichoterapija	10-12
<ul style="list-style-type: none"> • Filosofija kaip terapija • Nauja priklausomybė – vilfingas 	
Priklausomybės ligų psichiatrija	14-15
<ul style="list-style-type: none"> • Ištirtas gydymo metadonu programų efektyvumas • Kas trečias sergantis priklausomybe nuo narkotikų sėkmingai baigia rehabilitaciją 	
Renginiai	16-17
<ul style="list-style-type: none"> • Dalykinė ir poilsinė kelionė į Italiją, arba visi keliai veda į Romą 	
Iš Lietuvos psichiatrijos istorijos	21-24
<ul style="list-style-type: none"> • Neigalų šeimos narį turintys tėvai atsisako visaverčio gyvenimo 	
Teismo psichiatrija	25-26
<ul style="list-style-type: none"> • Sutikimas gydytis 	
Vaikų ir paauglių psichiatrija	27-28
<ul style="list-style-type: none"> • Pasiūlymai dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros raidos perspektyvų 	
Nuomonės	29
<ul style="list-style-type: none"> • Profanai iš pogrindžio 	
Teisė ir psichiatrija	30-31
<ul style="list-style-type: none"> • Komentuoja teisininkė Laura Navickaitė 	
Psichiatrijos kalba	33
<ul style="list-style-type: none"> • Klinikinių tyrimų kalba 	

sveikatai ir žemės ūkiui, geros kokybės, saugaus ir ekologiško maisto technologijos, ekosistemų ir klimato pokyčiai. Panašu, kad psichikos sveikatos tyrimus atidėsime geresniems laikams, kai stabilizuosime alkoholinių psichozijų skaičiaus augimą (kai alkoholinių psichozijų skaičius didės stabiliai, o ne šuoliais, kaip dabar). O po penkerių metų galėsime piktintis, kad strategija nevykdoma. Kita vertus, daug metų nevykdyta ir Psichikos sutrikimų profilaktikos programa, anot Nacionalinės sveikatos tarybos, nevykdomas ir Alkoholio kontrolės įstatymas, taigi nieko nauja. Panašu, kad strategija tiesiog dar vienas dokumentas, kurio niekas nesiruošė vykdyti nuo pat pradžių. Stengsimės informuoti bent apie tai, kas nevykdoma.

Tęsiant strategijos temą – paskelbta tiesiog neįtikėtina „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija“. Studiją (beje, kalbininkai rekomenduoja „tyrimą“) atliko UAB „Eurointegracijos projektai“ SAM užsakymu. SAM internetiniame tinklapyje „originalu“ pavadintame dokumente nėra nei autorių, nei šaltinių, nei priedų. Studijoje gausu ne tik klaidų, bet nesunkiai radau netgi „kopijuoti – įklijuoti“ principu iškeltą savo pačios teksto gabaliuką, prikergtą prie teksto apie dienos centrus. Keletas kolegų taip pat užsiminė, kad didžiulė dalis skelbiamo teksto tėra internetinių šaltinių kompiliacija, nenurodant pačių šaltinių. Stulbina ne tik neįtikėtinas išlūmas ramiausiai kopijuoti kitų autorių tekstus – kas vadintina intelektualine nuosavybės vagyste – bet ir tai, kad užsakovas ramiausiai apmoka tokį tyrimą intelektualinę nuosavybę ginančios Europos Sąjungos pinigais. SAM tinklalapyje nurodoma, kad galimybių studijos metu atlikti sveikatos priežiūros sričių paslaugų ir šias paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros būklės tyrimai. Tuo tarpu anoniminiai studijos autoriai prie savo išvadų ir rekomendacijų patikslina, kad: „Dėl strateginio mąstymo stokos, didelės klausimyno apimties *kai kurios įstaigos atsisakė pateikti prašytą informaciją, todėl galimybių studijoje pateikiama apibendrinta informacija gali būti netiksli.*“ Kiek įstaigų informaciją pateikė neišku, nes, priedų nėra. Tada studijos išvados ir rekomendacijos „gali būti“, ar „yra“ netikslios? Ar ši galimybių studija ir yra ta lauktoji valstybinė strategijos įgyvendinimo programa? Diduma studijoje pateiktų rekomendacijų susijusios su stacionarinės grandies plėtra (gerantopsichiatrija, teismo psichiatrija, ūminių būklių psichiatrija, krizių centrai). Skamba ironiškai žinant, kad pradėta rengti strategija vadinta Visuomenės psichikos sveikatos strategija – norėta pabrėžti, kad dokumentas suteiks pagreitį ambulatorinei psichiatrijai, psichikos sutrikimų prevencijai, galbūt net ir deinstitutionalizacijai. Tada kalbėta, kad psichiatrijos ligoninės yra pasenęs ir šiek tiek gėdingas dalykas, kad lėšos skirtinos promocijai, prevencijai ir žmogaus teisėms įgyvendinti. Taigi, ir vėl, mėginta kaip geriau, o išėjo...

Besistebėdami lietuviška psichikos sveikatos sistemos realybe, pasiskaitykime kolegės G. Gruodžio straipsnį apie tai, kaip gerai, ten kur kol kas mūsų nėra, ir galbūt dar kartą pasvarstykime pasiūlymus padirbėti kitame krašte.

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 koordinatore

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 33231

Viršelyje – Daivos Ancevičienės

piešinys, klubas „Bičiulės“ (Kaunas).

© Nijolė Goštautaitė, 2007

© Lietuvos psichiatrų asociacija, 2007

Psichiatrijos žinios

2007 m. balandis–gegužė, Nr. 2 (44)

Jubiliejaus proga kuo nuoširdžiausiai sveikiname Lietuvos psichiatrų asociacijos narius:



Petrą Navašinską ir Danguolę Survilaitę!

2007 vasario 15, Vilnius

LPA suvažiavimo Vilniaus miesto Rotušėje Protokolas Nr. 8

Suvažiavimui pirmininkavo:

prof. A. Dembinskas

Dalyvavo: 235 LPA nariai

Darbotvarkė:

1. Mokslinė suvažiavimo programa.
2. Dėl NST nutarimo „Dėl valstybinės alkoholio kontrolės programos įgyvendinimo“.
3. Dėl LPA Klaipėdos krašto skyriaus prašymo panaikinti LPA Klaipėdos krašto skyrių ir įkurti LPA Klaipėdos krašto filialą.

Svarstyta. Dėl Nacionalinės sveikatos tarybos 2007-01-30 nutarimo „Dėl valstybinės alkoholio kontrolės programos įgyvendinimo“.

Nutarta:

1. Pritarti Nacionalinės sveikatos tarybos 2007-01-30 nutarimui „Dėl valstybinės alkoholio kontrolės programos įgyvendinimo“.
2. Atkreipti valstybės institucijos dė-

mesį į vis didėjančias alkoholizmo ir su tuo susijusių psichikos ligų didėjimo problemas.

Svarstyta. Dėl LPA Klaipėdos krašto skyriaus prašymo panaikinti LPA Klaipėdos krašto skyrių ir įkurti LPA Klaipėdos krašto filialą.

Nutarta:

1. Įkurti LPA Klaipėdos krašto filialą.
2. Patvirtinti LPA Klaipėdos krašto filialo nuostatus.
3. Patvirtinti LPA Klaipėdos krašto filialo valdybos nariais: Teresę Ramanauskienę, Saulių Liutką, Stanislavą Grigorjevą, Nelę Gulbinaitę, Zitą Varkalienę, Stasį Naujoką.
4. Visi LPA Klaipėdos krašto skyriaus nariai tampa LPA Klaipėdos krašto filialo ir LPA nariais.

Pirmininkas

Algirdas Dembinskas

Sekretorius

Martynas Marcinkevičius



Prof. A. Goštautas ir prof. A. Dembinskas, Vilniaus m. PSC direktorius M. Marcinkevičius



LPA suvažiavimo posėdžiui pirmininkauja doc. B. Burba ir prof. A. Dembinskas



Priklausomybės psichiatrijos sekcijos darbas

Kurkime. Darbo užteks visiems



2007 m. gegužės 22 d. doc. Vita Danilevičiūtė penkerių metų kadencijai išrinkta Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinikos vadove. Gydytojos psichiatrės klinikinis stažas – 27 metai, jau 19 metų ji dirba pedagoginį darbą su studentais ir 10 metų – su gydytojais, yra daugelio psichiatrijos knygų bendraautorė, paskelbė daug mokslo straipsnių, gerai pažįstama kolegoms iš pranešimų konferencijose, konsultacijų ir kursų. Doc. V. Danilevičiūtė mielai sutiko pasikalbėti su „Psichiatrijos žiniomis“ apie Psichiatrijos klinikos dabartį ir ateitį. Kalbėjosi Nijolė Goštautaitė Midttun.

Kaip jaučiatės, ar jau apsipratote su naujomis Psichiatrijos klinikos vadovės pareigomis?

Jaučiuosi puikiai, nuotaika tikrai gera, nors nei su kreipiniu, nei su pareigomis dar neapsipratau. Tiesa, žinojau, kad to noriu, nuosekliai to siekiau, taip kad manyčiau, kad ir adaptacija neužtruks. Noriu pasakyti, kad jau esu išrinkta, tačiau pareigas eiti pradėdau nuo rugsėjo pirmosios.

Kelis pastaruosius mėnesius itin gyvai buvo aptarinėjami kandidatai į Psichiatrijos klinikos vadovus ir jų galimybes, nes šįkart pretendentų buvo kaip niekad daug, be jūsų – doc. Laurinaitis, doc. A. Germanavičius, habil. dr. R. Bunevičius? Matyt, pareigos labai patrauklios...

Kandidatų buvo tikrai daug. VU Medicinos fakulteto tarybos posėdyje Psichiatrijos klinika buvo viena, berods, iš trejeto universiteto padalinių, kurių vadovai buvo renkami paskutiniame VU MF posėdyje iš kelių pretendentų. Mano nuomone, tai rodo, kad katedroje vyksta demokratinė diskusija, nėra baimės „išsišokti“, visi norintys gali laisvai dalyvauti konkurse. Unikalu, kad be pirmąkart fakulteto istorijoje į klinikos vadovo vietą pretendavo habil dr. R. Bunevičius, nedirbantis universitete – žmogus iš šalies. Ir niekas jam dalyvauti nesutrukdė. Kitas dalykas, kad jis pateikė netiksliai užpildytus dokumentus.

Kalbant apie Psichiatrijos klinikos vadovo pozicijos patrauklumą, labiausiai išskirtina meilė profesijai, pedagoginis pašaukimas, nes finansiniu požiūriu universitetai kol kas nėra pati patraukliausia darbovietė. Manau, kad netolimoje ateityje turėtų būti permainų.

Kaip, Jūsų nuomone, vyko konkursas? Ar stipriai jautėte konkurenciją? Ar nebuvo priešiško?

Konkursas vyko korektiškai. Buvau

tarp pirmųjų, paskelbusių apie apsisprendimą kandidatuoti, kiti dvejojo ilgiau. Iš kolegų sulaukiau tik palaikymo paskelbusi apie tai. Konkurso metu mes, visi pretendentai, atvirai pasišnekėdavome apie vienas kito galimybes. Pagaliau visi pritarė kažkieno išsakytai minčiai, kad čia kaip varžybose: vienas kuris iš mūsų atbėgs pirmas, o tada toliau dirbsime kartu.

Konkurso metu, o ir po jo mano pasiryžimą dirbti labiausiai stiprina žinojimas, kad mane rėmė ir palaikys diduma katedros darbuotojų. Svarbi buvo ir išsakyta stipri prof. A. Dembinsko parama ir pasitikėjimas.

Už Jus balsavo 19 mokslo tarybos narių, kurių dauguma vyrai. Taigi vyriškas solidarumas nenugalėjo? Kaip manote, kokios savybės nulėmė, kad vadove išrinkta būtent Jūs?

Na, aš nebuvau vienintelė išrinkta moteris. Tame pačiame posėdyje dar vienai kadencijai perrinkta ir VU MF dekanė prof. Zita Kučinskienė. O dėl mano privalumų ir stiprybių, manau, kad tai – itin didelė pedagoginė patirtis, aiški klinikos vizija, siekis bendradarbiauti, kruopštumas ir atsakingumas.

Kokių gi pokyčių galime ir turėtume tikėtis? Programų, personalo, bazių prasme?

Pirmiausiai noriu pabrėžti, kad nors pokyčių bus, bet man svarbiausia išlaikyti ir plėtoti tai, kas jau sukurta. Pokyčiai nereiškia ypač radikalaus klinikos veiklos krypties pasikeitimo.

Vienas iš naujesnių klinikos uždavinių būtų spartesnė ir ryškesnė integracija su somatine medicina, kurios Lietuvos psichiatrija vis dar stokoja.

Ar tai reiškia rezidentų ir studentų rengimo bazių perkėlimą į jau veikiančius ir naujai kuriamus psichiatrijos skyrius bendro profilio ligoninėse?

Tai tėra vienas iš uždavinių, juolab, kad, kaip jau minėjau, sukurta infrastruktūra bus ne griauinama, o tik plėtojama. Rezidentai jau ir dabar dirba Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikose įsikūrusiame Psichiatrijos skyriuje, neabejotinai šį ryšį plėtosime, bet ir ankstesnės praktikos vietas turėtų išlikti.

Kita aktuali tema – rezidentūros trukmė. Dėsiu labai daug pastangų, kad mūsų psichiatrijos rezidentūros trukmę pavyktų suvienodinti su Europoje vyraujančia rezidentūros trukme – ji turėtų būti ne trumpesnė nei penkeri metai.

Rezidentūros trukmės ilginimas gana kontroversiška tema: Lietuvoje rezidentai yra trečios studijų pakopos studentai, o ne savarankiški specialistai, tokiu būdu jie itin socialiai pažeidžiami. Daugelyje Europos šalių, kuriose rezidentūra ilgesnė, ji labiau prilygsta kvalifikacijos tobulinimui darbo vietoje pagal iš anksto nustatytus reikalavimus. Ar nemanote, kad ilginant rezidentūros trukmę, dar daugiau jaunų pirminę rezidentūrą baigusiu gydytojų išvyks specializuotis svetur?

Šis klausimas nebus sprendžiamas vienašališkai, bet neabejoju, kad atitiktis Europos Sąjungos standartams mums yra labai svarbi. Nemanau, kad rezidentūros trukmė gali būti esminė priežastis, dėl kurios specialistai išvyksta svetur. Kol Lietuvoje neturėsime gydytojų darbą realiai įvertinančių atlyginimų, tol jauni specialistai važiuos kitur.

Šiuo metu klinikoje tėra 0,75 profesorius, du docento etatai, po 0,75 bei 0,5 ir 0,25 docento etato suaugusiųjų psichiatrijai, t. y. palyginti labai nedaug. Ar planuojate personalo pokyčius? Galbūt sieksite arba tikitės didesnio etatų skaičiaus?

Be paminėtų etatų, dar turime vaikų psichiatrų docentus ir lektorius. Didinti

etatų skaičių galima tikrai keičiant programą ir šiuo metu to daryti tikrai nekestinama. Tai ateities dalykai.

O kaip bus su lektoriais iš užsienio? VU MF negirdėti, kad kokius nors dalykus dėstyti atvykėliai iš Europos Sąjungos šalių arba JAV. Tuo tarpu, pavyzdžiui, Kauno Vytauto Didžiojo universitete tai – įprasta praktika. Psichiatrijos klinikoje taip pat nėra kurso dėstęs nė vienas užsienio universiteto lektorius. Ar Jums vadovaujant katedrai jų atsiras?

Tai vėlgi labiausiai susiję su mokymosi programomis: jeigu mokymosi programos plėsis, didės valandų skaičius, tada atsiras galimybė kviestis ir lektorius iš užsienio. Kol kas iš tiesų lektorių mainų patyrimo neturime, todėl, manau, reikės pasidomėti kolegų ir kitų universitetų patyrimu. Manau, kad planuodami tokio tipo bendradarbiavimą pirmiausiai turime orientuotis į artimesnes šalis – pavyzdžiui, klinikos darbuotojai yra užmezgę glaudžius ryšius su Krokuvos universitetu.

Jūsų disertacijos tema susijusi su somatine medicina, konkrečiai, su psichiatriniais simptomais sergant vilklige. Galbūt ryšiai su somatine medicina klinikoje taps vyraujančia mokslo tiriamosios veiklos kryptimi?

Mano disertacija, kurios temai tarpininkavo ir kurią rėmė prof. A. Dembinskas, iš tikrųjų susijusi su vilklige. Tačiau klinikos mokslo krypties viena pati tikrai nenuspręsiu. Mokslinę kryptį rinksiu kolegialiai šį rudenį.

Man artimiausi afektiniai sutrikimai – ne tik depresija, bet ir nerimo bei panikos sutrikimai. Afektiniai sutrikimai ir savijudybės šiuo metu itin opios problemos Lietuvoje.

Kvalifikacijos tobulinimo tvarka kol kas ganėtinai paini. Vis dar nėra vie-

nos institucijos, kuri būtų už tai atsakinga. Ar Jūsų vadovaujama Psichiatrijos klinika planuoja stiprinti ir šią sritį?

Iš tikrųjų nėra vienos atsakingos institucijos – atsakomybę turėtų dalytis VU ir Gydytojų sąjunga, bent jau taip buvo manyta, bet vis dar lieka nemažai neaiškumų. Mėginsime didinti kvalifikacijos tobulinimo kursų apimtį. Esu tarusis su kolegomis, kad galbūt reikėtų kurti daugiau nuotolinių kursų, kad nereikėtų važinėti, tačiau dauguma pasisakė už gyvą, betarpišką bendravimą su lektoriumi.

O koks, Jūsų nuomone, galėtų ir turėtų būti klinikos ryšys su nevalstybinėmis, profesinėmis organizacijomis, pavyzdžiui, Lietuvos psichiatrų asociacija? Kaip manote, ar negalėtų Lietuvos psichiatrų asociacija tapti pagrindine organizacija, atsakinga už profesinį savo narių tobulėjimą?

Neįsivaizduoju klinikos darbo be glaudaus bendradarbiavimo su Lietuvos psichiatrų asociacija. Manau, kad kartu galvosime ir spręsimė, kaip vystyti profesinį tobulėjimą.

Ir pagaliau, ką manote apie žiniasklaidą, taip pat ir profesinę?

Daug metų bendradarbiauju su žiniasklaida. Korektiškai dirbant kartu, galima daug nuveikti. Svarbu, kad jau daug medicininių Lietuvos žurnalų įtraukti į tarptautines duomenų bazes.

Ko galėtumėte palinkėti, patarti kolegoms?

Mano linkėjimai kolegoms labai nuoširdūs ir paprasti – dirbkime, diskutuokime, paremkime vieni kitus, nes dirbame labai sunkioje medicinos srityje. Kurkime, darbo užteks visiems.

Dėkojame už interviu ir neabejoju, kad jis tikrai ne paskutinis.



Informuojame,

kad 2007 08 31, penktadienį,
viešbutyje „Palangos žuvėdra“ (Meilės alėja 11, Palanga)
įvyks 12-osios tarptautinės konferencijos

Ankstyva intervencija į ūmią psichozę

ATVIRA DIENA

skirta psichinės sveikatos priežiūros
specialistams-psichiatrams,
psichoterapeutams, psichologams.

Šios konferencijos yra organizuojamos nuo 1996 metų ir skirtos psichinės sveikatos specialistams, kurie savo kasdieniniame darbe susiduria su ūmiomis psichozėmis ir kurie siekia maksimaliai efektyvaus jų gydymo, būtinybės stacionarizuoti mažinimo bei šeimos ir kitų pacientui artimų žmonių įtraukimo į sveikimo procesą. Jose dalyvauja specialistai iš Skandinavijos, Baltijos šalių, Vokietijos, JAV. Nors visa konferencija yra pakankamai uždara, tačiau viena jos dalis – ATVIRA DIENA – yra skirta visiems, kurie domisi šia problema.

2002 metų vasarą viena iš šių konferencijų vyko Kaune, o atvira diena buvo organizuota Kauno miesto savivaldybėje. Joje dalyvavo nemažai Lietuvos psichinės sveikatos specialistų.

Atviros dienos metu paskaitas skaitys **Prof. Tom Anderson** (Tromso Universitetas, Norvegija), **Prof. Anders Lindseth** (Bodo Universitetas, Norvegija), **Prof. Jaakko Seikkula** (Jyvaskylla Universitetas, Suomija), **Prof. Emeritus John Shotter** (New Hampshire Universitetas, Jungtinė Karalystė) ir kt.

Konferencijos kalba – anglų. Bus sinchroninis vertimas į lietuvių kalbą. Po paskaitų- diskusijos.

Konferencijos organizatoriai: VU MF Psichiatrijos klinika, Žiegždrių Psichiatrijos Ligoninė, Vilniaus Psichikos Sveikatos Centras. Dalyvio mokestis – 40 litų. Bus išduodami sertifikatai.

Dėl informacijos ir dalyvavimo kreiptis:

tel. 8-37-568495

El.paštu: conferencepalanga2007@gmail.com



Lietuva prisijungė prie JT konvencijos dėl neįgaliųjų teisių apsaugos

2007 m. kovo 30 d. Socialinės apsaugos ir darbo ministrė V. Blinkėvičiūtė pasirašė JT Konvenciją, dėl neįgaliųjų teisių apsaugos ir fakultatyvų protokolą. 2006 m. gruodžio 13 d. JT Generalinės Asamblėjos priimta Neįgaliųjų asmenų teisių konvencija yra skirta specialiai ginti bei užtikrinti žmogaus teises vienai iš pažeidžiamiausių ir reikalingiausių apsaugos visuomenės grupių – asmenims su negalia. JT konvencija dėl neįgaliųjų teisių apsaugos žmonių teisių ir interesų apsaugos istorijoje yra išskirtinė. Pirmą kartą priimtas specialus tarptautinis privalomo pobūdžio instrumentas, ginantis pilietines, politines, ekonomines, socialines ir kultūrinės žmonių su negalia teises. Jau per 40 valstybių pareiškė pasirašysiančios šią JT konvenciją.

Psichikos ir proto negalės asmenims ypač aktualu

50-yje Konvencijos straipsnių įtvirtinama civilinė, politinė, ekonominė, socialinė ir kultūrinė neįgaliųjų teisės, bet ir bet kokios diskriminacijos draudimas.

Psichikos ir proto negalės asmenų atžvilgiu ypač aktualios Konvencijoje įtvirtintos nuostatos, kuriomis valstybės įsipareigoja:

- Ginti ir užtikrinti asmenų su psichosocialiniais ar intelekto sutrikimais lygias teises kitų neįgaliųjų asmenų atžvilgiu;
- Įtvirtinti teisę savarankiškai gyventi ir dalyvauti bendruomenėje.
- Užtikrinti, kad asmenys su negalia lygiomis teisėmis su kitais asmenimis yra pripažįstami turintys teisinį veiksnumą visose gyvenimo srityse.
- Įtvirtinti teisę į informuotą sutikimą mediciniam gydymui.
- Uždrausti bet kokią diskriminaciją negalės pagrindu, atimti asmens laisvę.



Apie ličio išrašymo tvarką

Į visus Pirminius psichikos sveikatos centrus bei psichiatrijos ligonines buvo išsiųsti laiškai (viso beveik 100 laiškų). Gavome 38 atsakymus. Dauguma paminėjo, kad būtinai reikia didesnio ar mažesnio kiekio ličio preparatų ir tik keletoje įstaigų jie visiškai neskiriami pacientams. Iš apklausos paaiškėjo, kad minimalus ličio karbonato poreikis – 380 – 400 dėžučių per mėnesį.

Taip pat buvo paminėta, kad trūksta kai kurių kitų medikamentų. Absoliuti dauguma paminėjo, kad trūksta fenaktilio ir trifluoperazino. Psichiatrijos stacionarai pageidavo sol. amitriptylini, pirminių psichikos sveikatos centrų paminėti – sonopaksas, melipraminas, neuleptilis, fenobarbitalis, sarotenas, anafranilis, etoperazinas, finazepamas. Priklausomybių ligų centrai norėtų turėti antikoļi ir lidevinas, o vaikų psichiatrai fenibutą (didelis poreikis) ir neuleptilį.

Išsiaiškinta, kad ličio preparatus Europoje gamina keletas farmacijos įmonių, tačiau dalis iš viso nežinomos Lietuvoje, o keleto gamintojų ličio preparatai labai brangūs. Pats artimiausias ir pigiausias gamintojas GlaxoSmith-Kline gamykla Lenkijoje.

Martynas Marcinkevičius

AEP Call for Symposia Proposals and Workshops

Due to high demand, the committee is extending the symposia proposals deadline to May 15, 2007.

The 16th European Congress of Psychiatry is set to take place in Nice, France, April 5-9, 2008. AEP invites applications for symposia and workshops from qualified faculty in the field of psychiatry.

DEADLINE FOR SUBMISSION: MAY 15, 2007

Please submit the details of the proposed symposia on the Sessions Proposal Form found at:

<http://www.kenes.com/aep2008/Symposia/form.asp>

For more information, please contact the Congress Secretariat at: **aep@kenes.com**

CONGRESS SECRETARIAT

Kenes International, 17 Rue du Cendrier,

P.O. Box 1726, CH-1211 Geneva 1, Switzerland

Tel: +41 22 908 0488, Fax: +41 22 732 2850, E-mail: aep@kenes.com

Konferencija Psichoanalizė ir žmogaus seksualumas

2007 m. birželio 18 d.

Lašo auditorija, Kauno Medicinos universiteto centriniai rūmai, Mickevičiaus 9, Kaunas

Rengėjai:

KMU Psichiatrijos klinika

Tarptautinės Psichoanalitinių Draugijų Federacijos Kauno Studijų grupė

Konferencija skirta gydytojams psichiatriams, psichoterapeutams, socialiniams darbuotojams, medicinos psichologams

Programa

- 9:00–10:00 **Dalyvių registracija**
 10:00–10:15 **Konferencijos atidarymas** (KMU Psichiatrijos klinikos vadovė dr. Virginija Adomaitienė)
 10:15–12:00 **Z. Freudo žmogaus seksualumo teorija ir jos kritika** (A. Berle – Norvegija)
 12:00–12:30 **Kavos pertrauka**
 12:30–14:15 **Post-modernistinis požiūris į žmogaus seksualumą** (A. Berle – Norvegija)
 14:15–15:15 **Pietūs**
 15:15–17:45 **Psichonalitinės teorijos apie homoseksualumą, Lakano požiūris** (E. Schweidson Cramer – Brazilija)
 17:45–18:00 **Konferencijos uždarymas**

Pranešimai bus verčiami į lietuvių kalbą.

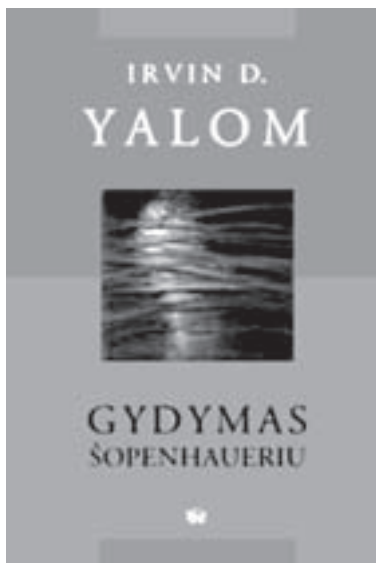
Dalyviams bus išduodami KMU sertifikatai apie dalyvavimą 8 val. trukmės konferencijoje. Dalyvio mokestis – 40 litų

Registracija tel. 8 685 48838 ir el. paštu: laiva@one.lt

Filosofija kaip terapija



Prof. Jūratė Baranova
Vilniaus pedagoginis universiteto
filosofijos katedra



„Vagos“ leidykla lietuviškai išleido Irvino D. Yalomo knygą „Gydymas Schopenhaueriu“. Yalomas – amerikiečių psichoterapeutas, praktikuojantis grupinę ir egzistencinę psichoterapiją, gebantis profesinės patirties apmąstymui suteikti literatūrinę formą, rašydamas patrauklius psichologinius romanus.

Viename jų – „Meilės budelis ir kitos psichoterapinės teorijos“ (1989) – jis sukasi grynai psichoterapinės patirties kontekste, neieškodamas jai gilesnių filosofinių poteksčių. Tačiau knygos pasakotojas jų tarsi ilgisi teigdamas: „Nors ir labai mėgstu grupinę psichoterapiją, ji turi vieną trūkumą – ji dažnai neįgalina nagrinėti didžiųjų egzistencijos problemų. Kartkartėmis ilgesingai stebiu kokią nors nuostabią giją, galinčią nuvesti į pačias sielos gelmes, tačiau turiu pasitenkinti praktiškesniu (ir naudingesniu) uždaviniu – nušviesti tarpusavio bendravimo brūzgynus“. Taigi autorius atskiria du pasaulius: sielos gelmes, kuriuose slypi egzistencinės problemos, ir tarpusavio santykių erzelynę, kuri naikina sielos gelmę, bet moko bendrauti, gyventi su kitais ir tarp kitų. Filosofai paprastai pasirenka pirmąjį pasaulį, kuris kartais pastūmėja net į kraštutinį individualizmą. Bendravimas su kitais visada lėkštas, pasakytų ir Schopenhaueris, ir Nietzsche. „Kas nelinkęs bendrauti, tam šie žmonės nereikalingi“, – rašė Schopenhaueris, tarsi formuluodamas mizantropų manifestą. Nietzsche vienvė aptaria kiek subtiliau. Jis išpėja vienišąjį, nurodydamas jo kelyje laukiančius pavojus. Primesna, kad neišvengiamai ateis toks laikas, kada vienvė jis jausis nukamuotas. Kita vertus, Nietzsche akcentuoja, kad kūryba neįmanoma be vienvės. Psichoterapeutui tokia vienvė adoracija negali būti profesinis išeities taškas. Freudio mokykla kaip tik ir moko suvokti save ir įveikti susvetimėjimą. Socialiai besiadaptuojantis žmogus atrodo tarsi besimokantis plaukti. Pirmiausia jam reikia išmokti išsilaikyti vandens paviršiuje. Tik įgudęs ar kitaip nusiteikęs būsimas plaukikas gali ryžtis nerti gelmėn. Ar, pasikabinęs Niet-

zsche's ir Schopenhauerio idėjas kaip gelbėjimo ratą po kaklu, jis neapsunks nuo jų kaip nuo girnų svorio ir nelyginant kirvis iš karto nenuers dugnan? Bet ką daryti tiems, kurie dėl savo prigimties vis dėlto negalės išverti paviršutiniško bendravimo?

Ši problema, matyt, rūpėjo ir Yalomui. 2005-aisiais jis išleidžia romaną „Gydymas Schopenhaueriu“, kuriame derina grupinę psichoterapiją su galima filosofijos terapine galia.

Romano veiksmas rutuliojasi psichoterapija gydomų ligonių grupėje. Terapeutas Julius gydo pacientus įprastu grupiniu metodu: moko juos čia pat užmegzti tarpusavio santykius, paskui juos apmąstyti ir taip žingsnis po žingsnio mokytis bendrauti. Grupėje atsidūręs tik dėl profesinių interesų, filosofijos konsultantas Filipas yra tipiškas Schopenhauerio ir Nietzsche's aprašytas žmogus – vienišius. Santykių šabakštynas jam nėra labai įdomus. Jis dalyvauja grupės darbe, nes jam reikalinga Juliaus supervizija, kad gautų filosofijos konsultanto licenciją. Iš esmės jis yra Juliaus kolega, tačiau Yalomas nori parodyti, kad jis kartu yra ir pacientas. Filipas kadaise iš tiesų buvo Juliaus pacientas – gydėsi nuo perdėto prisirišimo prie savo seksualinio potraukio, bet įprastinė psichoterapija jam tarsi nepadėjusi. Padėjusi filosofija. Ypač Schopenhauerio figūra. Ne tik jo filosofija, bet ir jo gyvenimas. Yalomas nenubrėžia tarp jų takoskyros. Nesako, kad kūryba – tai viena, o gyvenimas – kita. Kaip tik atvirkščiai. Jis vaizdingai tapo, kaip formavosi Schopenhauerio pesimizmas ir mizantropija. Aptaria tėvo savižudybę, kai Schopenhaueriui sukako šešiolika, jo polinkį matyti tamsiąsias pasaulio puses (tai liudija paauštytės kelionių dienoraščiai), jo nesu-

sikalbėjimą su motina. Apie save Schopenhaueris rašė: „Iš tėvo paveldėjau nerimą, kuris mane vargina ir su kuriuo kovuju visomis jėgomis... Jaunystėje mane kamuodavo išsivaizduojamos ligos... Kai studijavau Berlyne, tariausi esąs džiovininkas... Nuogaštavau, kad tik manęs nepriverstų tarnauti armijoje. Iš Neapolio mane išvijų raupu, o iš Berlyno – choleros baimė... Veronoje persekiojo mintis, kad pauosčiau užnuodyto tabako... Manheime mane apėmė nenusakomas baimės jausmas be jokios išorinės priežasties... Metų metais bijojau, kad nebūčiau patrauktas į teismą...“ Kaip išverti savo nepakenčiamą charakterį? Klausimas yra svarbus ne tik pačiam Schopenhaueriui. Jį puikiai suprato romano veikėjas Filipas, jautęs panašias fobijas. Filipui imponavo ne tik Schopenhauerio idėjos, jis gydėsi sekdamas jo pavyzdžiu, jį žavėjo Schopenhauerio gebėjimas filosofine kūryba įveikti charakterio liguistumą ir mizantropiją. „Vien tai, kad jis gyveno, apmaldė mano vienatvės jausmą“, – sako Filipas savo grupei, į jį žiūrinčiai gana skeptiškai. Romane pamažu paaiškėja, kad yra fundamentalių klausimų, į kuriuos psichologija nepajėgia atsakyti. Čia reikia gilesnių išvalgų.

Kaip išmokti pasitikti mirtį, sužinotus, kad sergi nepagydoma liga? Kaip susitaisyti su savo charakterio mizantropija ir iš to kylančia neišvengiama vienatve? Kaip išsigydyti perdėtus prierašumus, kurie kyla iš pačios asmenybės gelmės? Pagrindinis veikėjas psichoterapeutas Julius dirba su grupe, žinodamas, kad laiko padėti kitiems ir sau jis turi tik vienerius metus. Pacientų problemos (nesutarimai šeimoje, liguisti prierašumai ir t.t.), lyginant su artėjančia gydytojo nebūtimi, skaitytojams jau atrodo mažesnės ir nereikšmingos. Kaip gali mirštantis, kuriam pačiam reikia paguodos, padėti savo ligoniams, iklimpusiems į „santykių brūzgynus“? Vienas, atrodo, nesusitvarkys. Jam padeda Filipas, pradedantis su grupe dalintis savo filosofinių tekstų skaitymo patirtimi. Čia talkina ne tik Schopenhaueris. Apie mirtį mąstė stoikai. Filipas padovanoja kiekvienam grupės nariui po vieną Epikteto citatą, tarsi „namų darbams“ užduotį. Kalbėdamas apie mirtį, Filipas neišvengiamai turi prisiminti Martiną Heideggerį. Filipą guodžia Heideggerio mintis, kad mirtis susijusi su gyvenimu, kad jo esmės neužgoš smulkmenos, nereikš-

minga sėkmė ar nesėkmė, nuosavybė, rūpinimasis populiarumu. Jam teikia paguodos suvokimas, kad jis yra laisvas, kad gali niekieno nevaržomas suvokti būties paslaptį. Grupės nariams Filipas nuodugnai ir populiaria forma aiškina Schopenhauerio filosofiją. Užkrečia ja ir kitus. Grupės nariai ima suprasti, kokią paskutinę dovaną jiems dovanoja psichoterapeutas Julius: moko juos visus pasitikti mirtį. Jie, baigiantis romanui, tampa ne tik psichologiškai sveikesni, bet ir filosofikai plačiau angažuoti. Romano pabaigoje savo filosofines pažiūras išsako ir Julius. Jis staiga pripažįsta, kad filosofija domisi labiau nei dauguma psichoterapeutų. Tačiau jam labiau priimtini Camus, Sartre'o ir Nietzsche's mokymai, kurie ragino susitaikyti su gyvenimu, o ne juo nusivilti, kaip kad Schopenhaueris. Jis sako, kad kai sužinojo savo diagnozę ir jį apėmė siaubas, jis atsivertė Nietzsche's knyga „Štai taip Zaratustra kalbėjo“. Ši knyga jį nuramino ir įkvėpė, „ypač gyvenimą šlovinanti mintis, jog gyventi turime taip, kad galėtume ir ištarti „taip“, jei mums būtų suteikta galimybė vis iš naujo gyventi tą patį gyvenimą“.

Galima priekaištauti Yalomui dėl literatūrinio schematiškumo. Minėta Nietzsche's priešara Schopenhaueriui nebuvo romane iki tol rutuliojama ar nuodugnai psichologiškai motyvuojama. Ji iššoka pabaigoje „kaip Pilypas iš kanapių“, likdama gryna deklaracija. Galiausiai Julius padaro išvadą, kad „neurozė yra socialinis darinys, todėl skirtingiems temperamentams gali prirėkti skirtingos psichoterapijos ir skirtingos filosofijos. Vienas metodas tiktų tiems, kam naudinga patirti artumą su žmonėmis, o kitas tiems, kas pasirenka gyventi protu“. Sutikdama su pirmuoju teiginiu, norėčiau autoriui papriekaištauti dėl išvados, kad Schopenhaueris tinka tiems, kurie linkę vadovautis protu, o Nietzsche skatina patirti bendrumą su kitais žmonėmis. Nietzsche irgi manė, kad kiekvienas subtilus žmogus instinktyviai siekia savo pilies, savo slaptybės, kur jis jaučiasi saugus nuo minios, daugelio, daugumos. Žinoma, Nietzsche sako, kad filosofas vis dėlto turi nusileisti iš savo vienatvės ir tyrinėti „vidutinišką žmogų“. Tam jis turi „nuolat persirenginėti, įveikti save, familiariai, iki koktumo bendrauti“. Tačiau ir Nietzsche's filosofiniam personažui kiekvienas bendravimas atrodė koktus, išskyrus bendravi-

mą su sau lygiais. Jo požiūriu, ši neatskiriama kiekvieno filosofo gyvenimo dalis yra pati nemaloniausia, net „dvokianti“. Todėl Nietzsche sunku interpretuoti kaip bendravimo mokytoją. Jis, kaip ir Schopenhaueris, liudija pasirengimą „gyventi protu“. Kita vertus, Filipas, ištraukęs į grupės darbą ir savo priemonėmis stengdamasis padėti ir jos nariams, ir Juliiui, kaip tik įgyvendina tą Nietzsche's numatytą „prisivertimo bendrauti“ programą. Jis čia, sakyčiau, artimesnis Nietzsche'ui nei Schopenhaueriui. Be to, metodologiškai nėra tikslu, kad, taip detalai išnagrinėjus ir terapiniams tikslams pritaikius tarsi nesimpatišką Schopenhauerio gyvenimą, Nietzsche's mintys iliustruojamos tik jo tekstais. Palyginimas nelabai relevantiškas ir tik sustiprina romano pradžioje kilusią abejonę, ar pagrįstas toks detalus mąstytojo biografijos nagrinėjimas. Tačiau tai suteikia tekstui tam tikrą intrigą ir literatūrinį žavesį. Juk čia ne traktatas, o romanas. Autorius, tapydamas mąstytojo paveikslą, sukuria spalvingesnį vaizdą. Be to, psichoterapeutai kartais ryškesnes biografijas skaito terapiniais tikslais. Bet ar turėtų kokią nors terapinę galią Schopenhauerio gyvenimas, jei jis nebūtų parašęs savo kūrinių? Ar būtų prasmės kalbėti apie Leonardo da Vinci be „Monos Lizos“?

Diskutuojčiau su Yalomu, kad Schopenhauerio mizantropija ir pesimizmas yra pamatiniai jo koncepcijos bruožai. Schopenhaueris buvo toks pat pesimistas, koks pesimistas buvo ir Buda, tvirtinęs, kad gyvenimas pasaulyje yra pilnas kančių ir kad egzistuoja šių kančių priežastis. Tai veikiau realizmas. Tačiau dvi paskutinės Budos atrastos tiesos tvirtina, kad kančias galima įveikti ir kad yra kančių įveikimo būdas. Mano galva, tai jau optimizmas. Ta patį daro ir Schopenhaueris. Niekur nerasime, kad Schopenhaueris pateisintų pasitraukimą iš gyvenimo. Jo manymu, kiekviena savižudybė yra klaida, nes ji pagrįsta pasaulio ir kančios esmės nesupratimu. Kančią jis siūlo nugalėti kitais būdais. Jo knygoje „Pasaulis, kaip valia ir vaizdinys“ suradau keturias kančios įveikos strategijas. Viena vertus, jis rekomenduoja stoikų nužymėtą (ir Filippo romane siūlomą) kelią – kančią nugalėti protinga mintimi. Kita vertus, kūrybinėms natūroms kaip išsigelbėjimą iš kančios jis siūlo estetinę kontempliaciją. Atsisakymas sąvokų ir atsidavimas grynam stebė-

jimui leidžia pripildyti sąmonę išorinių objektų. Tampant „šviesiu pasaulio veidrodiu“, blokuojama valia, todėl – mažinama kančia. Yalomo romane ši tema buvo apeita. Tačiau geriausias, mano galva, yra trečiasis, – Schopenhaueriui labai svarbus, bet romane beveik nepastebėtas, – kančios įveikos būdas. Schopenhaueris tvirtina, kad kilnus žmogus pajėgia sumažinti savo kančią, nukreipęs savo valią į kitą žmogų. Supratęs visuotinę kančios prigimtį, jis kitam žmogui pajunta meilę, kaip užuojautą. Galbūt tai iš esmės egoistiška meilės prigimties samprata: myliu kitą, nes tai naudinga (mažiau skauda pačiam). Kita vertus, Schopenhaueris nuosekliai parodo tokio kelio prasmę. Egoizmas, pasak jo, sutelkia mūsų dėmesį į mūsų individualųjį „aš“, todėl nuolatos bijomės šiam individualumui gresiančių pavojų. Suvokus, kad visa, kas gyva, turi tokią pat esmę, kaip ir mūsų „aš“, susilpnėja rūpinimasis savuoju „aš“, sumažėja baimė bei nerimas. Ir tik ketvirtas kelias tinka išskirtinėms natūroms, kurios iš esmės suvokia savo valios godumą ir turi galios nusigręžti nuo gyvenimo. Filipas, pasibaisėjęs savos valios godumu, kuris reiškėsi kaip nepasotinamas seksualinis potraukis, pasirinko savanorišką skaistybę, kaip pasaulietinę askezę, ir tapo Schopenhauerio aprašytu asketu. Tačiau Julius, artėjančios mirties akivaizdoje nenutraukęs grupinės terapijos, sugebėjo pajusti savo pacientams meilę, kaip užuojautą. Todėl, kai jis tvirtino, kad „skirtingiems temperamentams gali prireikti skirtingos psichoterapijos ir skirtingos filosofijos“, jam nebuvo būtina dirbtinai peršokti prie Nietzsche's. Jam būtų užtekę ir nuodugniau pastudijuotos Schopenhauerio filosofijos. Jis ją paliudijo savo laikysena. Nes juk būtent Schopenhaueris, o ne Nietzsche numatė, kad skirtingi žmonės gali rinktis skirtingus kančios įveikos kelius.

Nietzsche'is buvo įdomus tik vienas kelias – kūryba. Apskritai Nietzsche manė, kad yra problemų, svarbesnių už laimės ir kančios problemas, ir kiekviena tik tuo besirūpinanti filosofija yra naivybė. Jį nervino Schopenhauerio išsakyta meilės, kaip užuojautos, idėja, nes ji skatinanti išglebimą ir nevyriškumą. „Išsilaisvinęs žmogus, – rašė Nietzsche, – o dar labiau – išsilaisvinusi dva-

sia trypia niekingą gerą savijautą, apie kurią svajoja vertėivos, krikščionys, karvės, bobos, anglai ir kiti demokratai“. Tokia koncepcija irgi gali turėti terapinį pobūdį natūroms, kurios geba išsikapstyti pačios, savo vidinį nerimą paversdamos kūryba, kurios turi jėgos nekreipti dėmesio į savo kančią, nes pažįsta aukštesnį – kūrybos, kaip savęs įveikimo, džiaugsmą. Tačiau šitoks būdas tikrai nepadedą išgyti ir nusiraminti bandantiems šio romano personažams, kurie būtent ir ieško „geros savijautos“. Todėl Yalomo romano pabaigoje įvykęs grupės, pasirinkusios Nietzsche's vadinamąjį optimizmą, susivienijimas, priešinantis Filipo tarsi propaguojamam Schopenhauerio pesimizmui, iš tiesų yra pritempta schema, prasilenkianti su filosofų tekstais. Netikslius yra autorius teigimas, kad Schopenhaueris tik paskutiniame veikalė „sušilęs“ ir prabilęs apie meilę, kaip užuojautą, ir tik todėl sulaukęs dėmesio savo kūrybai. Iš esmės visa tai buvo išdėstyta „Pasaulyje, kaip valioje ir vaizdinyje“.

Kritiškai nusiteikus, galima būtų sakyti, kad šis Yalomo romanas – tam tikra filosofijos profanacija. Bet aš taip nesakau. Tai būtų smulkmeniška. Detaliai išstudijuoti filosofinius tekstus – filosofijos kritiko, o ne psichoterapeuto darbas. Sveikintina pati idėja. Šis Yalomo rašymas artina pasaulius, kurie be jo sumanymo patys nepriartėtų. Autorius neturi ambicijų pranokti filosofą ar literatą. Tačiau jis turi gerbtinos drašos atsiverti filosofijai ir literatūrai ir iš jų sąlyčio įgyti naujų išvalgų. Svarbiausia, kad šiais savo atradimais jis ištiesia pagalbos ranką nemažai daliai savo pacientų ir, ko gero, skaitytojų. Nietzsche taip pat teigė, kad pats gyvenimas yra šimtą sykių vertesnis nei visi jo teoriniai apmąstymai. Yalomo gerbėjai (kurių Lietuvoje pažįstu ne vieną) į mano priekabią kritiką galės atsakyti, kad Nietzsche's fenomeną psichoterapijoje šis autorius plačiau analizavo knygoje „Kada verkė Nietzsche“. Šis romanas ne toks schematiškas, ir Nietzsche ten – vienas iš veikėjų. Pasirodo taip pat ir Lou Salomé. Freudas šmėkščioja kaip antraeilis personažas. Tiesiog tos knygos dar reikia sulaukti lietuviškai.

Straipsnis anksčiau skelbtas leidinyje „Literatūra ir menas“

Nauja priklausomybė – VILFINGAS

Vilfingas – tai bastymasis internete be jokio tikslo. Tai panašu į slapinėjimą gatvėmis ir spoksojimą į žmones ir parduotuvių vitrinas be jokio aiškaus tikslo. Šį užsiėmimą įvardijantis neologizmas sudarytas iš pirmųjų frazės „What I was looking for?“ (Ko aš ieškojau?) žodžių raidžių. Apie šią ganėtinai naują priklausomybės nuo interneto formą pranešė britų dienraštis „The Guardian“ (www.guardian.co.uk), o Lietuvoje apie tai informavo svetainė www.balsas.lt (2007 04 11). „MoneySupermarket.com“ užsakytu bendrovės „YouGov“ atliktoje apklausoje dalyvavo daugiau nei 2400 šalies interneto vartotojų. Apklausos rezultatai atskleidė, kad dažniausiai vilferiai lankosi internetinių parduotuvių tinklalapuose, o populiariausios naujienų, muzikos ir kelionių svetainės. Buvo nurodyta, kad Jungtinėje Karalystėje yra daugiau nei 20 mln. piliečių, kartkartėmis neatsispiriančių internetinės reklamos vilionėms. Ketvirtadalis „The Guardian“ apklaustų žmonių nurodė, kad beveik 30 proc. internete praleidžiamo laiko užima vilfingas, t.y. per 2 savaites betiksliam interneto naršymui sugaištama visa darbo diena. Tyrimas taip pat parodė, kad dažniausiai vilfingu užsiima vyrai ir jaunesni nei 25-erių metų žmonės. Daug laiko atimanti internetinė priklausomybė neretai pakenkia šeimos santykiams, trukdo dirbti ir mokytis. Nors internetas buvo sumanytas kaip priemonė, leidžianti žmonėms patogiau ir greičiau gauti reikiamą informaciją, tačiau išsiplėtusios galimybės rinktis blaško dėmesį ir žmonės tiesiog pamiršta, ko jiems iš tikrųjų reikia. Elektroninės prekybos plėtros statistika rodo, kad JK elektroninės prekybos apyvarta jau panaši į didžiausių šalies parduotuvių. Interneto vartotojams, siekiantiems išvengti vilfingo, siūloma kaskart prieš pradėdant naršyti aiškiai suformuluoti paieškos tikslą ir nusistatyti laiko limitą. Na, o mėgstantys apsipirkti internete raginami ne patys slapinėti po virtualias parduotuves, bet naudotis specializuotomis prekių paieškos programomis, kurios suras ką reikia už geriausią kainą.

Farmacija ir korupcija: „Transparency international“ tyrimas Lietuvoje

Lina Galatiltė

Patyliukais gydytojai, tarp jų ir psichiatrai, aptarinėja kolegų keliones, skundžiasi atsibodusiais vaistų firmų atstovų brukamais tušinukais, pasiguodžia, kad jau seniai nebuvo „paremti“, ir įdėmiai išklauso Lietuvos psichiatrų asociacijos suvažiavime paskelbtą ataskaitą, kaip etiškai vaistų firmos paremia asociacijos narių keliones į konferencijas užsienio šalyse. Šiuose aptarimuose kartais paminima ir korupcija, bet dažniau kalbant apie tai, kad jau senokai nesulaukiama „paramos“. Tačiau korupcijos apraiškos rūpi ne tik paramos negavusiems gydytojams ir nevalstybinėms organizacijoms, bet ir farmacijos bendrovėms, kurios finansiškai parėmė „Transparency International“ Lietuvos skyriaus atliktą tyrimą „Garbingesnis gydymas vaistais“. Paramą skyrė Etinių farmacijos kompanijų ir Vaistų gamintojų asociacijos, o rengiant apklausą dalyvavo Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos gydytojų sąjunga. Š. m. gegužę paskelbus apklausos rezultatus pasidžiaugta, kad ši apklausa – unikali. Bet panašu, kad tuo džiaugsmingos naujienos ir pasibaigė. „TNS Gallup“ atliktos apklausos duomenimis, 65 proc. apklaustų gydytojų su farmacijos kompanijų atstovais per pastaruosius metus bendradarbiavo 1–5 kartus per mėnesį, o 27 proc. – 6–25. Taigi nemaža dalis gydytojų bendravo su farmacijos įmonių atstovais bent kartą, o kai kurie net kelis kartus per darbo dieną. Tyrimas atskleidė, kad farmacijos įmonės gydytojus dažniau-

siai skatino dovanomis, kainuojančiomis iki 35 litų, ir medicinos knygomis. Finansine parama išvykoms į seminarus arba konferencijas dažniau skatinti didžiuosiuose Lietuvos miestuose ir valstybinėse gydymo įstaigose dirbantys medikai. Nemažai apklaustųjų mano, jog į tokias keliones vyksta tik tie gydytojai ar medicinos įstaigų vadovai, kurie vėliau atsilygina farmacijos kompanijoms. 19 proc. apklausos dalyvių įsitikinę, kad medikai, teikiantys rekomendacijas kolegoms dėl pacientų gydymo, dažnai būna palankūs vienai ar kitai farmacinei kompanijai. Apie 13 proc. apklaustųjų iš farmacijos įmonių gavo vertingų dovanų. Manoma, kad dažniau tai – aukštesnes pareigas užimantys gydytojai, galintys įsigyti didesnę kiekį vaistų. Apklausa atskleidė, kad maždaug 42 proc. apklaustųjų gana svarbios pramogos ir vaisės per vaistų pristatymo renginius. Tai, deja, atskleidžia itin liūdną materialinę gydytojų padėtį.

Tyrimą atlikęs „Transparency International“ Lietuvos skyrius rekomendavo susirūpinti vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą skaidrumu. Į kovą už tai, kad vaistas nepatektų į šį sąrašą, įtraukiamos ne tik valstybinės įstaigos, bet ir pacientų organizacijos, pavyzdžiui, pareiškiant, kad sąrašė jau pakanka vaistų, o nauji neva blaškysią gydytojus ir trukdysią jiems pasirinkti. Iš tiesų į sąrašus neįtraukiant visų pasaulyje (nekuriant specialių lietuviškų taisyklių) pripažinto veiksmingumo vaistų pirmiausia ri-

bojamos specialistų galimybės laisvai praktikuoti, o antra – pacientų teisė gauti tinkamą gydymą.

„Transparency International“ rekomendavo gydytojams ir jų profesinėms organizacijoms skelbti apie farmacijos pramonės teikiamą paramą – dovanas, keliones, vaišes, verslo ryšius, paramą mokslo tyrimams. Labai griežtai vertinta ir pastaroji. Panašu, kad nereikės ilgai laukti tos dienos, kad įstaigų ir nevalstybinių organizacijų bus paprašyta atsiskaityti už gautą paramą, juolab, kad šiemet Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje įsteigtas naujas Vaistų reklamos kontrolės skyrius, kuriam farmacijos verslo atstovai privalo teikti informaciją apie išlaidas, skirtas reklaminiams, profesiniams (moksliniams) renginiams bei juose dalyvaujantiems gydytojams ir farmacijos specialistams. Šie duomenys žinomi tik VVTK ir viešai neskelbiami, bet tai nereiškia, kad dėl jų neteks aiškintis.

Šis tyrimas taip pat įstumia gydytojus į profesinio tobulinimosi aklavietę – kol kas nei gydytojų atlyginimai, nei kvalifikacijai kelti skirtos gydymo įstaigų lėšos neleidžia dalyvauti konferencijose užsienyje – neretai registracijos mokestis, kelionės ir poros dienų pragyvenimo išlaidos pranoksta gydytojo „popierinį“ atlyginimą. Taigi įgyvendinus visus etikos reikalavimus Lietuvos psichiatrai turėtų tenkintis savomis, tiesa, taip pat farmacijos įmonių remiamomis, konferencijomis. Išities kol kas nematyti.



NARKOTIKŲ KONTROLĖS DEPARTAMENTAS
PRIE LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS



VILNIAUS PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Ištirtas gydymo metadonu programų efektyvumas

Pirmą kartą Lietuvoje atlikti išsamūs gydymo metadonu programų efektyvumo tyrimai. Šios programos skirtos ilgamečiams aguonų ekstrakto ir heroino vartotojams, kuriems netinka jokie kiti gydymo metodai. Skirtingus tyrimus apie gydymo metodo veiksmingumą atliko Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Valstybinis psichikos sveikatos centras ir Vilniaus priklausomybės ligų centras.

„Atlikti išsamūs tyrimai parodė, kad gydymas metadonu yra veiksmingas ir reikalingas ilgamečiams opioidų vartotojams, nes žymiai sumažėja švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, nusikalstamumas, infekcijų plitimas. Tačiau gydymo metadonu paslaugas dar būtina tobulinti, stiprinti jų kontrolę, stebėseną bei didinti prieinamumą. Pavyzdžiui, Europos šalyse tokiose programose dalyvauja 25–50 proc. opioidų vartotojų, o Lietuvoje šis skaičius nesiekia ir 10 proc. Tai reiškia, kad didžioji dalis opioidų vartotojų yra nepasiekiami specialistų“, – teigia Narkotikų kontrolės departamento direktorė Audronė Astrauskienė. 2007 m. sausio 1 d. Lietuvoje iš viso gydymo metadonu programose dalyvavo 381 asmenys.

Narkotikų kontrolės departamento atliktas tyrimas parodė, kad vidutinis metadono programose dalyvaujančių asmenų amžius yra 37 metai, vidutinis narkotikų švirkštimosi stažas – 16 metų, vidutinė buvimo metadono programoje trukmė – 4 metai. Metadono programos dalyviai dažniausiai kreipėsi dėl aguonų ekstrakto (77 proc.) ir kiek rečiau dėl heroino (22 proc.) vartojimo. „Svarbu at-

kreipti dėmesį į tai, kad pirmaisiais dalyvavimo metais metadono programoje trečdalis asmenų, jų teigimu, dar vartoja ir švirkščiamuosius narkotikus. Dalyvaujant šioje programoje daugiau nei metus apie 87 proc. metadono programos dalyvių atsisako švirkščiamųjų narkotikų“, – tyrimą komentuoja A. Astrauskienė.

Vilniaus priklausomybės ligų centro direktoriaus doc. Emilio Subatos teigimu, 2003–2006 m. Vilniaus priklausomybės ligų centras kartu su Kauno ir Klaipėdos priklausomybės ligų centrais bei Kauno medicinos universitetu dalyvavo Pasaulio sveikatos organizacijos tyrime, kuriuo buvo siekiama įvertinti pakaitinio gydymo efektyvumą. „Šio tyrimo rezultatai parodė, kad skiriant pakaitinį gydymą po 3 ir 6 mėn. opioidų vartojimas tapo retesnis 13 kartų, rizika užsikrėsti ir kitus užkrėsti ŽIV, B ir C hepatitais per kraują – 10 kartų, nusikalstamumas sumažėja daugiau kaip 6 kartus. Gydant metadonu statistiškai reikšmingai pagerėjo sveikata ir gyvenimo kokybė. Nepaisant, kad tyrime dalyvavo sunkių pacientų kontingentas, kurie opioidus vartojo vidutiniškai 10–12 m., po 6 mėn. tyrime tebedalyvavo apie 70 proc. Analogiški duomenys gauti ir kitose pasaulio šalyse, kur buvo atliktas tyrimas“, – sako E. Subata.

Valstybinio psichikos sveikatos centro atliktame tyrime daugiausiai dėmesio skirta gydymo metadonu proceso vertinimą. Tyrimas parodė, kad būtina gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, didinti darbuotojų kvalifikaciją ir motyvaciją dirbti su metadonu gydomais pacientais.

Svarbiausi faktai ir skaičiai

- Pakaitiniu gydymu siekiama:
 - laipsniškai gerinti sergančiųjų priklausomybe nuo opioidų somatinę ir psichinę būklę;
 - geriau organizuoti lėtinių infekcinių ligų (ŽIV, hepatitų B, C) prevenciją; veiksmingiau gydyti gretutinius susirgimus ir narkotikų vartojimo komplikacijas;
 - gerinti sergančiųjų socialinę adaptaciją ir integraciją į visuomenę;
 - vienas iš gydymo tikslų yra nusikaltamumo prevencija.
- Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2007 m. sausio 1 d. Lietuvoje iš viso gydymo metadonu programose dalyvavo 381 asmenys.
- Gydymo metadonu paslaugos teikiamos Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Panevėžio priklausomybės ligų centruose, 8 psichikos sveikatos centrų kabinetuose Vilniuje, taip pat analogiškas kabinetas veikia Druskininkuose.
- Pakaitinis gydymas (dažniausiai metadonu arba buprenorfinu) taikomas visose ES valstybėse narėse ir daugumoje jų tai yra – pagrindinė priklausomybės nuo opioidų gydymo rūšis.
- 2004 m. JT priėmė jungtinę poziciją dėl pakaitinės palaikomios terapijos, o 2006 m. PSO įrašė metadoną ir buprenorfiną į pavyzdinį pagrindinių vaistų sąrašą.
- Metadonu Europoje gydoma apie 500 000 pacientų per metus.
- Metadonas – Europoje dažniausia skiriamas vaistas gydant priklausomybę nuo opioidų turinčius asmenis – maždaug 80 proc. asmenų, kuriems skir-

Kas trečias sergantis priklausomybe nuo narkotikų sėkmingai baigia reabilitaciją

Pirmą kartą šalyje Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės įvertino asmenų priklausomų nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų reabilitacijos proceso efektyvumą. Tyrimas parodė, kad 2006 m. sėkmingai ilgalaikes reabilitacijos programas baigė 65 asmenys, kurių dauguma (82 proc.) jau įsidarbino arba pradėjo mokytis. „Pasaulinė praktika rodo, kad vidutiniškai pusė visų dalyvaujančių ilgalaikėse reabilitacijos programose jas baigia. Džiugu, kad Lietuvoje ilgalaikes reabilitacijos programas sėkmingai baigia iki 40 proc. asmenų besigydančių dėl priklausomybės nuo narkotikų. Galime tikėtis, kad šie rezultatai ir toliau gerės, nes reabilitacijos bendruomenės šalyje stiprėja. Visgi nereikėtų pamiršti, kad svarbiausias sėkmės faktorius yra paties besigydančiojo noras ir motyvacija atsikratyti priklausomybės nuo narkotikų. Departamentas ir toliau sistemingai sieks vertinti reabilitacijos proceso efektyvumą, nes iki šiol tokie duomenys nebuvo kaupiami“, - teigia Narkotikų kontrolės departamento direktorė Audronė Astrauskienė.

Pasak Lietuvos priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenių asociacijos prezidento Alberto Lučuno, jo vadovaujamoje reabilitacijos bendruomenėje „Vilties švyturys“ nuo susikūrimo pradžios 2003 m. reabilitavosi 180 priklausomų asmenų, iš kurių šiandien blaiviai gyvena 90. „Vis dėlto išlieka didelis atkryčių pavojus - apibendrinus pasaulinę praktiką galima teigti, kad iš visų baigusių reabilitacijos programas po trijų metų blaivūs išlieka iki 33 proc.“, - sako A. Lučunas.

Lietuvoje įkurta 16 reabilitacijos bendruomenių, kuriose yra 273 vietos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų. Šiose bendruomenėse beveik nuolat būna 20-30 laisvų vietų. Tai rodytų, jog reabilitacijos vietų mo-

tyvuotiems asmenims Lietuvoje pakanka. Narkotikų kontrolės departamentas nuolat bendrauja su reabilitacijos bendruomenėmis ir Departamento interneto svetainėje www.nkd.lt pateikia laisvų vietų skaičių konkrečiose reabilitacijos bendruomenėse.

Sergantiems priklausomybe nuo narkotikų reabilitacijos paslaugos siūlomos visoje Lietuvoje. Daugiausia jų 2006 metais galėjo suteikti Kauno apskrityje įsikūrusios bendruomenės: 3 veikia Kauno rajone ir po vieną – Kauno mieste bei Kėdainių rajone.

Nuo 2006 metų reabilitacijos projektų finansavimą iš Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos perėmė Narkotikų kontrolės departamentas. 2007 m. išaugo vienam projektui iš valstybės biudžeto skiriamų lėšų suma. Šiais metais dešimties ilgalaikės reabilitacijos projektų finansavimui numatyta 762 tūkst. litų. Vidutiniškai vienam projektui 2007 m. teks 76 tūkst. Litų (2006 m. – 65, 2005 m. – 28 tūkst. Lt.) „Kalbant apie finansinę paramą reabilitacijos bendruomenėms, reikia pasidžiaugti, kad jau nemažai bendruomenių sugeba parengti gerus projektus ir gauti ES paramą veiklai vystyti. Vien 2006 metais pasirašytų sutarčių pinigine išraiška siekia 8, 7 mln. litų“, - teigia A. Astrauskienė.

- 2006 metais, įgyvendinant Narkotikų kontrolės departamento finansuotus projektus, Lietuvoje socialinės ir psichologinės reabilitacijos paslaugos suteiktos 478 asmenims, priklausomiems nuo psichiką veikiančių medžiagų, iš jų 426 buvo ilgalaikės reabilitacijos klientai. Kartu suteikta pagalba 214 priklausomų asmenų šeimų nariams. Su minėtais asmenimis dirbo 85 darbuotojai.

- Iš viso 2006 metais ilgalaikėse reabilitacijos programose dalyvavo 171 asmuo.

- 2006 metais šalyje užregistruota 5573 asmenys, priklausomi nuo narkotikų.

tas pakaitinis gydymas, skiriamas metadonas (daugiau nei 90 proc., jei gydoma specializuotuose gydymo centruose).

Apie Narkotikų kontrolės departamentą prie LR Vyriausybės

2004 metų vasario mėnesį veiklą pradėjo Narkotikų kontrolės departamentas, kurio pagrindinis uždavinys yra koordinuoti ir įgyvendinti Lietuvos narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos politiką. Departamentas teikia Lietuvos Respublikos Vyriausybei pasiūlymus dėl narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės veiklos prioritetinių kryptių tobulinimo, rengia rekomendacijas dėl atsakingų institucijų narkomanijos prevencijos priemonių įgyvendinimo, koordinuoja jų veiklą, reguliariai tiria narkotikų vartojimo paplitimą Lietuvoje, atstovauja Lietuvą tarptautinėse organizacijose. Daugiau informacijos galima rasti www.nkd.lt.

Dėl papildomos informacijos prašome kreiptis:

Vilma Janulytė,

Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
Ryšiai su visuomene skyriaus vedėja
Tel. (8 5) 2668066;
mob. tel. 8 685 01450,
el. paštas: vilma.janulyte@nkd.lt

Emilis Subata,

Vilniaus priklausomybės ligų centro
direktorius doc.
Tel. 8 5 2137274;
el. paštas emilissubata@takas.lt

Dalykinė ir poilsinė kelionė į Italiją, arba visi keliai veda į Romą

Gyd. psichiatrė
Vida Kilikevičienė

Šių metų balandžio 12, 13 ir 17 dienomis psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai iš Lietuvos dalyvavo seminarų cikle Italijoje „Asmenų, vartojančių narkotines ir psichotropines medžiagas, rehabilitacija ir socialinė reintegracija. Narkomanijos ir nusikalstamumo prevencijos strategija Italijoje“.

Manau, kad dalyvavimą šioje kelionėje lėmė net keletas priežasčių: pavasaris Italijoje – palankus metas, nes vėliau, vidurdvasarį, prasideda karščiai; savaitė tarp Velykų ir Atvelykio; Atvelykio mišios; popiežiaus Benedikto XVI 80-mečio minėjimo iškilmės Vatikane. Na ir,

savaime aišku, profesiniai dalykai – dalyvavimas įgyvendinant Lietuvos Respublikos nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004 – 2008 metų programą, noras sužinoti, kaip vykdoma priklausomų nuo narkotinių medžiagų asmenų rehabilitacija ir reintegracija į visuomenę Italijoje. Lietuvaičius sutiko priimti ir supažindinti su savo veikla trys Italijos narkomanų rehabilitacijos centrai.

Pirmasis iš jų – rehabilitacijos centras Venecijoje, „Renatos“ viloje (Comunità Terapeutica Villa Renata, Sede Centrale: “Villa Renata”, via Orsera 4, 30126 Lido di Venezia, Italy, [\[renata.eurovenezia.org\]\(http://www.villa-renata.eurovenezia.org\)\). Šis centras dar vadinamas motinos ir vaiko centru, jo paskirtis – sugrąžinti į gyvenimą praeityje vartojusias narkotines medžiagas moteris narkomanes, kurios šiuo metu yra pagimdžiusios ir augina savo vaikus. Po gimdymo šios motinos su savo vaikais dvejus metus gyvena minėtame centre, gauna visą reikiamą medicininę, socialinę, pedagoginę ir psichoterapinę pagalbą. Kalbantis su centro darbuotojais dėmesį patraukė tai, kad į šį centrą moterys priimamos tik po griežtos atrankos – vidutiniškai po 20 pokalbių, psichologinių konsultacijų, t. y. tos, kurios yra galutinai apsisprendusios nutraukti nar-](http://www.villa-</p>
</div>
<div data-bbox=)



Akimirka iš seminaro Šv. Patrignano rehabilitacijos centro, kalba centro darbuotojai



Šv. Patrignano rehabilitacijos centro bendruomenės nariai darbo terapijos metu



Straipsnio autorė Vatikane, šv. Petro bazilika ir aikštė

kotikų vartojimą ir gimdyti vaiką. Po dvejų metų reabilitacijos šiame centre išvykstančioms buvusioms pacientėms ir jų vaikams dar pusmečiui surandamas, parūpinamas gyvenamasis plotas jau už šio centro ribų, ir toliau intensyviai palaikomas ryšys su jomis.

Kitą dieną Florencijoje, Giovani Javos centre (Centro Giovani Java, via Pietrapiana (angolo via Fiesolana) Firenze, <http://www.comune.firenze.it/infoshop>) įvyko seminaras „Narkomanijos prevencija siekiant organizuoti prieinamą socialinę ir psichologinę pagalbą paaugliams, jaunimui ir jų artimiesiems“. Specialistai, ne pirmus metus dirbantys su

paaugliais, papasakojo ieškantys kuo įvairiausių netradicinių ir neoficialių būdų, kaip patekti į paauglių narkomanų vakarėlius, suėjimus, susibūrimo vietas, į vartojančiųjų narkotikus paauglių kompanijas, ir tokiu būdu pradėti su jais neoficialiai bendrauti, įgyti jų pasitikėjimą, kad vėliau galėtų pasiūlyti jiems profesionalią pagalbą atsisakant narkotikų. Tai – plati veiklos sritis ne tik priklausomybės ligų specialistams, gydytojams, bet ir socialiniams darbuotojams, psichologams, socialiniams pedagogams. Nustebome išgirde, kad Italijoje, kaip ir Lietuvoje, į šią veiklą sunku įtraukti vartojančių narkotikus paauglių tėvus, daž-

no jų autoritetas savo paaugliams vaikams yra nepakankamas.

Na, ir paskutinis reabilitacijos centras, kuriame teko apsilankyti Italijoje, – didžiulis Rimini Šv. Patrignano (San Patrignano) reabilitacijos centras (Via San Patrignano, 53 – 47852 Coriano – Rimini, Italy, <http://www.sanpatrignano.org>), kuriame tuo metu reabilitavosi apie 900 nuo narkotinių medžiagų priklausomų asmenų iš visos Italijos. Centro vadovė pabrėžė, kad jų darbuotojų komanda yra pasirengusi aktyviai bendradarbiauti su visomis Europos šalimis, su jų panašios paskirties centrais, suteikti pagalbą savo centre asmenims, priklausomiems nuo narkotinių medžiagų, ne tik iš Italijos, bet ir iš kitų Europos kraštų. Apie šiame centre gyvenančių asmenų įtraukimą į gydymąją darbinę veiklą – vyno gamybą, odos, popieriaus dirbinių gamybą, gobeleno audimą – papasakojo besveikstanti pacientė iš Sankt Peterburgo.

Be to, mūsų grupė kelias paras praleido turistų gretose, kurios ypač pagausėja Romoje Velykų – Atvelykio metu. Apsilankėme ne tik Italijoje – Venecijoje, Florencijoje, Pizos miestelyje, Romoje, Vatikane, Rimini kurorte, Asyžiuje, bet ir šiek tiek pasivaikščiojome po Austrijos sostinę Vieną, pasidairėme po kitus Austrijos ir Čekijos miestelius. Be abejo, kelionės metu nepaprastą malonumą suteikė galimybė grožėtis Alpių, Tūrėnų kalnais...



Florencijos Giovani Javos centro darbuotojai rengiasi seminarui



Šv. Angelo bažnyčia prie Tibro upės – Romos miesto istorijos simbolis

Psichiatrijos ypatumai Norvegijoje

Pirmieji įspūdžiai

Gintas Gruodis

Jau beveik 9 mėnesiai, kaip dirbu psichiatru Norvegijoje. Apri- mus „aistroms“, susijusioms su visais užgriuvusiais gyvenimo pasikei- timais, atsirado galimybė žvilgtelti į Norvegijos psichiatriją „objektyviau“. Rašau šį žodį su kabutėmis, nes tai tėra mano subjektyvūs pastebėjimai, neiš- vengiami vertinimai „už“ ir „prieš“ ly- ginant visa, ką radau čia, su tuo, ko bu- vau mokytas, kas tarsi yra savaime su- prantami dalykai. Gal dėl to pirmiausia į akis krenta lengviausiai pastebimi skir- tumai, nors ir panašumai ne mažiau ste- bino.

Daugumai skaitytojų jau teko susipa- žinti su Norvegijos psichiatrijos siste- ma iš Nijolės Goštautaitės Midttun straipsnių (PŽ, 2005, Nr.5–6, 2006, Nr.1 ir Nr.4), taigi stengsiuosi nesikar- toti, daugiau remtis asmenine patirtimi, įgyta konkrečiame ir kiek specifiniame psichiatrijos skyriuje. Ši patirtis nelei- džia daryti labai plačių, toli siekiančių išvadų, bet galbūt padės susidaryti įspū- dį apie norvegiškąją psichiatro kasdie- nybę. Pradėsiu nuo įspūdžių, istorijos, vėliau mėginsiu išsamiau aprašyti sri- tis, su kuriomis tenka susidurti tiesio- giai: pacientų individualiu planu, pa- grindiniais reabilitacijos akcentais, psi- chikos sveikatos priežiūrą reglamentuo- jančio įstatymo ypatumais, psichikos pacientų smurto rizikos įvertinimu.

Pirmuosius įspūdžius atvykus čia ge- riausiai apibūdina žodis „šokas“, nors ir dabar dar sunku pasakyti, koks gi konkrečiai tas sukrėtimas buvo. Turėjo įtakos kalbos barjeras, kultūros skirtu- mai, sveikatos priežiūros sistemų ypa- tumai ir pasikeitęs darbo pobūdis.

Nors pasakymas „kontrastų šalis“ dažniau taikomas kitiems kraštams apibūdinti, apie Norvegiją neretai pa- galvoju būtent taip. Tarkim, stebina di- delis imigrantų skaičius norvegų na- cionalizmo (gerąja prasme), uždarumo, netgi įtarumo visam, kas nauja fone. Į akis krenta visuotinis susirūpinimas sveikata ir saugumu, tačiau greta spor- tuojančių gausos didėja rūkymas tarp moterų ir jaunimo. Pradžioje buvo keista, o dabar jau įprasta, kad visi dvi- ratininkais dėvi šalmsus (ant kurių dar ir lemputės žybsi), liemenes su atšvai- tais. Imu įprasti net ir prie šunų su to- kiomis liemenėmis. Nors išoriškai nor- vegai sunkiai sujaudinami, tačiau ne- pasirodė labai lėti, tiesiog daug ką ver- tina gana ramiai. Tiesa, gyvenimo tem- pas gerokai lėtesnis. Gydytoja asisten- tė, kelis dešimtmečius gyvenusi Vokie- tijoje ir prieš devynetą metų grįžusi į gimtąją Norvegiją, teigė, kad pirmus mėnesius vis atsitrenkdavusi į automa- tiškai atsidarantį stiklinę duris, ne- galėjusi įprasti prie smarkiai nuo Vo- kietijos besiskiriančio tempo. Tai atsi- spindi ir darbe – problemos neretai nagrinėjamos ilgai ir nuobodžiai, be konkrečių rezultatų.

Darbe turėjo įtakos ir tai, kad iš karto pradėjau dirbti vadinamuoju „overle- ge“, gydytoju specialistu, kuris atsakin- gas už tinkamą visų skyriaus pacientų gydymą ir tinkamą psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojančių įstatymų laikymąsi. Turint galvoje tai, kad kal- bos mokiausi tik Lietuvoje ir menkai iš- maniau Norvegijos medicinos sistemą, manau, kad pradėti dirbti gydytoju spe- cialistu buvo tikras avantiūrizmas. Tie-

sa, darbdaviai ramino, kad pirmus mė- nesius atsakomybė ir krūvis bus riboti, be to, visada galėsiu klausti labiau pa- tyrusių kolegų. Tai gelbėjo, bet pirmo- mis savaitėmis klausinėjau beveik išti- są darbo dieną, kita vertus, neretai ne- galėdavau paklausti nieko, nes prieš klausiant turi kilti klausimas arba abe- jonė. Čia kaip ir mokantis: jeigu klau- simų nekyla, vadinasi, arba žinai vis- ką, arba nieko. Pirmasis variantas re- tesnis. Šiandien pradžioje tikrai rink- čiausi „assistant lege“ (gydytojo specia- lizuotoje rezidentūroje) poziciją: Nor- vegijoje, kaip ir daugelyje Europos ša- lių, jų darbo krūvis labai didelis, tačiau atsakomybė mažesnė. Budėjimų metu, per supervizijas su gydytoju specialis- tu, kassavaitinėse paskaitose yra gali- mybių susipažinti su painia Norvegijos medicinos sistema. Specialistui tenkanti atsakomybė, ypač dėl psichikos sveika- tos priežiūrą reglamentuojančių įstaty- mų tinkamo laikymosi, yra gana didelė našta.

Reikia pripažinti, kad sistemos su- dėtingumas, neretai ir painumas bei neapibrėžtumas tikrai nepalengvina prisitaikymo naujokui iš kitos šalies. Pradžioje maniau, kad vienintelė kliū- tis yra nepakankamas kalbos mokėji- mas. Tačiau pamažu įsitikinau, kad ne- tik, o ir norvegai, matydami mano kar- tais beviltiškas pastangas suprasti, ra- mindavo sakydami, kad tai sudėtinga ir jiems patiems. Lietuvoje gana aiški (nors ir nebūtinai labai gera) kasdie- nio darbo rutina ir gydytojo galimybes apribojantys įvairiausi rašyti ir nera- šyti įstatymai leisdavo nesukti galvos. Tiesiog žinojai, kad privalai staciona-

re per 52 arba 60 dienų (o neoficialiai per mažiau nei 30 d.) „išgydyti“ pacientą ir išrašyti „namo“. Žinant socialinių tarnybų galimybes, apie namus ir apie tai, kaip juose pacientas gyvens toliau, nebūdavo nei didelio noro, nei galimybių galvoti. Norvegijoje aplink sergantį, ypač lėtine liga, sudaromas vadinamasis „atsakingųjų ratas“, raštu apibrėžtas individualiame plane (apie jo esmę parašysiu kituose straipsniuose). Pagrindinė atsakomybė už pacientą tenka vietos savivaldybėms. Greta medicinos pagalbos, pacientui prieinamos socialinės tarnybos, šeimos gydytojas, reabilitacijos komandos, psichiatrijos poliklinikos ir t. t. Atrodytų lyg ir aišku, kol nesužinai, kad kiekviena savivaldybė šiose tarnybose tvarkosi kaip nori. Todėl pradžioje minėtų „atsakingųjų“ susitikimuose, kur būdavo nagrinėjamos paciento problemos, planai, poreikiai, tiesiog „grybaudavau“, nelabai suprasdamas, ką čia veikia tiek daug žmonių. Lietuvoje buvo aišku, kad po stacionaro istorijos išrašas siunčiamas į polikliniką, kur gydymą tęs tenykštis psichiatras, o čia teko galvoti, kas išrašys pacientui vaistus, kas stebės, ar jie vartojami, kas rūpinsis paciento užimtumu, socialiniais klausimais ir t. t. Dar labiau nustebau sužinojęs, kad psichikos sutrikimu sergantį pacientą galima išrašyti iš psichiatrijos poliklinikos arba vadinamųjų apylinkės psichiatrijos centrų (Lietuvos psichikos sveikatos centrų atitikmuo.–Red.). Vėliau išsiaiškinau, kad šie gana sudėtingos struktūros centrai priklauso psichiatrijos klinikai (pvz., ligoninė, kurioje



Gaustado ligoninė šalia Oslo (Norvegija)

dirbu, turi du tokius centrus). Pacientas gali būti išrašytas ir pasveikęs, ir tuo atveju, jeigu gydymas nėra veiksmingas.

Skiriasi nuo Lietuvos ir gydytojo darbo pobūdis. Jau minėjau, kad gydytojo specialisto pagrindiniai uždaviniai yra: tinkamas visų pacientų gydymas, įstatymų laikymasis, besispecializuojančių gydytojų priežiūra. Kitaip nei Lietuvoje, čia daugiau laiko reikia praleisti studijuojant įstatymus ir diskutuojant jų taikymo niuansus. Įstatymų panašumus ir skirtumus mėginsiu panagrinėti kituose straipsniuose, tiesiog noriu pabrėžti, kad tai itin svarbi gydytojo, ypač dirbančio su priverstinai gydomais pacientais, darbo dalis.

Beje, ir dar vienas dalykas, labai nepriimtinas mūsų mentalitetui ir visiškai įprastas čia. Tai – skundai. Skundžiami gali būti visi ligoninės sprendimai: atsisakymas gydyti stacionare, bet koks judėjimo laisvės suvaržymas, vaistų skyrimas, perkėlimas į kitą įstai-gą ir pan. Tam visiškai užtenka ir žodinio paciento pareiškimo bet kuriam personalo nariui, o ligoninės pareiga – užtikrinti, kad skundas būtų išnagrinėtas. Tai įprasta darbo dalis – skundai nelaikomi asmeniniu įžeidimu, pacien-

to nedėkingumo ar personalo kvalifikacijos stokos rodikliu. Beje, personalas taip pat „principingai“ skundžia kolegas, pasirodančius darbe apsvaigusius arba netinkamai besielgiančius su pacientais.

Personalo santykiai grindžiami lygiateisiškumu, kuris mano, ko gera, jau „sugadinta“ galva, kiek perdėtas, nes kai visi tokie lygūs, nebeaišku, ne tik kas kam pavaldus, bet ir kas už ką atsakingas. Psichiatro specialisto padėtis yra ypač nedėkinga dėl to, kad teisiškai būtent jis atsako už gydymo rezultatus ir incidentus. Todėl gydytojų sąjunga neigiamai atsiliepia apie naują restruktūrizaciją, dėl kurios gydytojų padėtis tampa dar neaiškesnė.

O praktiškai darbe beveik nuolat tenka lyg ir teisintis personalui dėl vaistų skyrimo, gydymo taktikos, pagrįsti savo pasirinkimą ir net atsakyti į klausimus (pavyzdžiui, kodėl pati ligoninė negali tiekti piktnaudžiaujantiems amfetaminu ir sergantiems sunkiu psichikos sutrikimu pacientams amfetamino tiesiai į skyrių, kad pacientai neperdozuotų). Kita vertus, labai skatinamas visų personalo narių dalyvavimas gydyme, o gydytojas yra komandos narys. Vienas iš esminių gydymo įrankių skyriu-

je yra aplinkos terapija (*miljøterapi*), todėl daug dėmesio skiriama konkreitiems personalo veiksams.

Svarbu ir tai, kad skyriaus ir poskyrio vadovybė daug dėmesio skiria personalo problemoms, personalo klausimai aktualūs ir gydytojui specialistui. Lygindamas santykius tarp administracijos ir darbuotojų Lietuvoje ir Norvegijoje, atsiduri tarsi „veidrodžių karalystėje“: administracija (bent jau ligoninės, kurioje dirbu) čia atskaitinga darbuotojams. Vienas iš pagrindinių dalykų, privalomas visiems vadovams – bendrauti su savo darbuotojais. Glaudus ryšys su darbuotojais laikomas vadovo privalumu, tuo tarpu rečiau skyriuje apsilankęs vadovas gali susilaukti ir priekaištų. Bet kuris darbuotojas gali ne tik užduoti nemalonius ir nepatogius klausimus, bet ir reikalauti atsakymų. Ypač pabrėžiama darbuotojo savijauta, pasitenkinimas darbu, todėl jautriai reaguojama į nusiskundimus dėl per didelio krūvio – dėl to net gali būti pristabdytas pacientų priėmimas į skyrių. Aišku, besibarantį, grasinantį arba autokratišką vadovą taip pat labai sunku čia įsivaizduoti.

Atvykus į Norvegiją teko įprasti prie gausybės susitikimų, susirinkimų, pasikalbėjimų, padiskutavimų ir pan. Tai – kultūros dalis, kurios ribotumą mato ir patys norvegai (juokauja, kad jie kalba per daug ir, net ir iškilus paprastai problemai, sudaro nemažą komisiją). Neslėpsiu, kad pasipiktinau susirinkimais ir todėl, kad jie baigiasi, bent jau man taip atrodo, be jokio konkreto rezultato. Net atrodo, kad pilstoma iš tuščio į kiaurą. Po „lakstymo“ Lietuvoje skirtumas atrodo didžiulis. Vis dėlto būtent šiuose susitikimuose ir išsprendžiami daugelis pacientui svarbių klausimų. Pats tebemanau, kad kalbėti su pačiu pacientu yra ir įdomiau, ir naudingiau nei apie jį.

Šiek tiek apie mano darbovietę. Nuo 2006 m. rudens dirbu viename iš Oslo Akerio universitetinės ligoninės psichiatrijos klinikos skyrių. Klinika aptarnauja apie 175 000 gyventojų – du Oslo rajonus ir Follo savivaldybę. Psichiatrijos klinika sudaryta iš ūminių atvejų, gerontopsichiatrijos, psichozių gydymo skyrių, specializuotų polikli-

nikų (ambulatorinės pagalbos skyriaus), dviejų psichiatrijos poliklinikų, trijų vaikų ir paauglių poliklinikų, regioninio smurto, traumų ir savižudijų prevencijos skyriaus bei skyriaus, atsakingo už mokslą ir tobulinimąsi. Beveik visi skyriai sudaryti iš kelių poskyrių (vienetų). Tarkim, ūminių atvejų skyriuje yra du uždari poskyriai (12 ir 10 lovų) ūmiems pacientams, vieną atvirą ir vieną uždara poskyrį po ūmiems pacientams (po 12 lovų) ir visai ligoninei konsultacijas teikiantis poskyris. Aš dirbu psichozėms gydyti skirtame skyriuje (*avdeling for psykosebehandling*, toliau – AFPB), įsikūrusiame apie 5 km nuo pagrindinės ligoninės, istorinėje Norvegijos psichiatrijos – Gaustado – ligoninėje. Manau, kad istorija yra svarbi ir darbo ypatumams, todėl jos neapeisiu.

1855 m. Gaustado miestelyje atvėrė duris pirmoji Norvegijoje valstybinė psichiatrijos ligoninė žmonėms, sergantiems sunkiais psichikos sutrikimais (2005 m. ligoninė šventė 150-metį). Viskas prasidėjo 1846 m., kai gydytojas Hermanas Wedelis Majoras paskelbė tyrimą apie apgailėtiną psichikos pacientų padėtį tuometinėje Norvegijoje. Tad valdžiai neliko nieko kita, tik 1848 m. priimti įstatymą, reglamentuojantį psichikos ligonių priežiūrą ir gydymą (*Sindsyges pleie og behandling*), kuriuo psichikos ligonių slauga ir gydymas iš kalėjimų ir skurstančiųjų rūpybos sistemų buvo perkeltas į sveikatos sistemą. Tais pačiais metais pradėta statyti Gaustado psichiatrijos ligoninė. Statinį projektavo vokiečių kilmės architektas Heinrichas Ernstas Schirmeris (1814–1887), sukūręs ir daugiau žymių Oslo (tada Kristianijos) pastatų, pavyzdžiui, Nacionalinės galerijos pagrindinį pastatą bei Šv. Olavo bažnyčią. Manoma, kad Gaustado ligoninės prototipu jis pasirinko *Girard de Cailleux* prieglaudą Auxerre (į pietryčius nuo Paryžiaus). XIX a. viduryje Gaustadas buvo mažas miestelis Norvegijos sostinės Kristianijos šiaurėje. Ir šandien nesunku atsekti buvusias siauras gatveles, nedidelius namukus, kuriuose būta amatininkų dirbtuvėlių, parduotuvių. Čia, anot sumanytojų, psichikos ligoniams turėjo būti sukurtos idealios sąlygos nu-

siraminti, leisti laiką gamtoje ir pailsėti nuo konfliktų (pvz. šeimoje). Tai buvo viena moderniausių to meto psichiatrijos įstaigų pasaulyje. Kitai nei iki tol, pagrindinis dėmesys čia buvo skiriamas sunkiomis psichikos ligomis sirgusių žmonių gydymui ir reabilitacijai, o ne tik jų atskyrimui nuo visuomenės. Didžiausią įtaką turėjo vokiečių ir prancūzų psichiatrijos mokyklos. Darbo terapijai, kuria siekta skatinti ligonių savidrausmę ir ištvermę, buvo skiriamas ypač didelis dėmesys. Gydant taip pat buvo mokoma asmens higienos, mandagaus ir kultūringo elgesio. Jau tada pabrėžta, kad gydant turi būti naudojama kuo mažiau prievartos. Pacientai skirstyti į skyrius pagal ligos tipą, lytį ir socialinę klasę. Ligoninėje gydėsi ir įžymūs Norvegijos žmonės, pavyzdžiui garsi norvegų klasikė Amalie Skram (1846–1905). Jos išgyvenimai šioje gydykloje atsispindėjo ir dvejuose jos romanuose. Gaustade dirbo pirmasis Norvegijos psichiatrijos profesorius Ragnaras Vogtas (1870–1943). Ligoninėje ypač daug nuveikta tobulinant psichologinius pagalbos metodus. Kita vertus, yra ir ne tokių šlovinių istorijos puslapių. Šioje ligoninėje lobotomija taikyta nuo 1941 iki net 1974 m. Visi šie istorijos vingiai atsispindi ir dabartiniame skyriaus gyvenime. Nors dabar Gaustade tėra vienas iš bendro profilio ligoninės skyrių, jo geografinė padėtis ir psichologinis klimatas, istorijos prisigėrusios sienos savitai nuspalvina santykius tarp personalo, požiūrį į pacientą ir net psichikos sutrikimo sampratą.

Šiandien AFPB sudarytas iš 6 poskyrių (vienetų): dviejų sustiprinto režimo skyrių po 9 vietas, dviejų – uždaro bei atviro – reabilitacijos skyrių (atitinkamai 10 ir 11 vietų), 4 vietų „vilos“, skirtos reabilitaciją baigiantiems pacientams, ir užimtumo terapijos (ergoterapijos) padalinio. Visi šie padaliniai išsibarstę nemažoje teritorijoje ir tik 2006 m. pradžioje sujungti į vieną skyrių. Jam vadovauja administracijos vadovas, pagal išsilavinimą slaugytojas, ir klinikinis vadovas – gydytojas psichiatras.

Toliau stengsiuosi nuodugniau aprašyti šio skyriaus darbą ir reabilitacijos procesą.

Lietuvos psichiatrijos grandai iš Švėkšnos

Vėlyvą 2004 m. rudenį su Klubo „13 ir Ko“ nariais buvome Švėkšnos psichiatrijos ligoninėje. Kol klubo nariai anketavo pacientus, bendravau su gydytojais. Tada ir susipažinau su gydytoja Stase Andriuškevičiene. Nors jau ir garbaus amžiaus, bet energinga, žvali ir aktyvi moteris man paliko nemenką įspūdį. Tiesą sakant, madingai trumpai kirpti plaukai, žvitrus žvilgsnis, kelios taiklios šiuolaikiškos replikos apie psichiatriją kėlė abejonių dėl garbaus amžiaus... Prisipažinsiu, tada ir kilo noras prašyti Lietuvos psichiatrijos grandus pasidalyti prisiminimais apie mūsų psichiatrijos ištakas. Deja, pasikalbėti su p. Stase susiruošėme tik po dvejų metų – šių metų sausį. Gal dėl tos poros metų pertraukos mūsų pasakojimas daug ką prarado... S. Andriuškevičienė išdirbo psichiatre 53 m., iš jų – 41 m. skyriaus vedėja. Nuo 2005 m. nebedirba. Paprašėme jos trumpai papasakoti apie save, atsakyti į keletą klausimų.

TSRS SAM išduotas
psichiatrijos
specializacijos
pažymėjimas

Stasė (Vaitekūnaitė) Andriuškevičienė gimė 1928 02 07 Pakruojo rajono Siečių kaime. Baigė Šiaulių darbo jaunimo mokyklą. Klasėje buvo 15 mokinių, iš jų 4 tapo gydytojais. Kaip S. Andriuškevičienei neseniai pavyko išsiaiškinti, iš jos tolimų giminių ketvertas taip pat tapo gydytojais, ir visi – psichiatrais, nors artimiau tarpusavyje nebendruoja ir ne visi net žino apie tuos giminytės ryšius. Baigusi vidurinę, Stasė dvejus metus dirbo buhalterė.

Kodėl sugalvojote mokytis medicinos?

– Gyvenome vargingai. Rinkausi tarp pedagogikos mokslų, teisės (šiuos du dalykus galima buvo mokytis neakivaizdžiai) ir medicinos. Vis dėlto pasirinkau mediciną – už didelę naudą žmonėms: laikiau ją pačius svarbiausiu dalyku, dėl kurio galima aukoti laiką. 1947 m. įstojau į Kauno medicinos institutą. Mokytis tuomet reikėjo šešerius metus, taigi baigiau 1953 m.

Ką smagesnio atsimenate iš studijų?

– Su psichotropikais susidūrėme gana anksti. Prisimenu, pasirodė pervitinas (CNS stimulatorius) ir labai greitai tapo populiarius tarp studentų – pavartodavome jo tabletes kitą, kad neuž-



Maždaug 1958 m. personalas ligoninės kieme. S. Andriuškevičienė antra iš dešinės.

migtume: pervitinas rengiantis egzaminams – tikras stebuklas. Vėliau jį nustoję gaminti.

Kodėl pasirinkote psichiatriją?

Pašnekovė nurodo kelias priežastis: buvo labiau linkusi į abstraktesnius, dvasinius dalykus, be to, labai patrauklus (taip ir pasakė – „patrauklus“. – D.S.) buvo Nervų ir psichikos ligų skyrius Kauno klinikose – maloniai priimdavo studentus, maloniai bendraudavo. Psichiatrijos tuomet studentai mokėsi V–VI kursuose. Katedrai vadovavo





1982 m. su personalu. S. Andriuškevičienė sėdi antra iš dešinės, vyr. slaugytoja R. Šateikienė sėdi pirmą iš kairės. Fotografuotasi naujo ligoninės korpuso atidarymo proga.

prof. Lazaris Gutmanas (ne tas, kuris dirbo Vilniaus psichiatrijos ligoninėje Vasaros g.). Iš 150-ties bendrakursių psichiatrais, be Stasės, tapo du – Aldona Lapytė ir Jonas Pavinkšnis (su abiem vėliau teko dirbti, su Jonu – ilgai). Be to, S. Andriuškevičienė mano, kad pasirinkti psichiatriją paskatino ir didelė psichikos trauma, patirta paauglystėje: jai būnant 11 metų, mirė keturmetė sesutė. Dėl sesers mirties būsimoji psichiatrė labai išgyveno, juoba kad tuo

metu patyrė ir daugiau sukrėtimų – pakeitė Klovainių pradžios mokyklą į Pakruojo, gyveno atskirai nuo šeimos nuomajamame bute, todėl mano, kad jos tuo metu patirtą dvasinę būseną buvo galima drąsiai pavadinti reakcine depresija. *(Kalbant su gydytoja, papirko jos atvirumas ir nuoširdumas, kuriais retas iš mūsų, psichiatrų, dar galime pasigirti. Dirbant su rezidentais ir klausinėjant jų, kodėl jie pasirinko psichiatriją, teko girdėti apie psichikos sutriki-*

mais sergančius giminaičius, dėl kurių ir buvo pasirinkta psichiatrija. – D.S.)

Kokia buvo jūsų darbo pradžia?

– Dirbti pradėjau dar V kurse. Trumpai dirbau medicinos seserimi Kauno klinikų Traumatologijos skyriuje, netrukus perėjau į Psichiatrijos skyrių. Trūko gydytojų, todėl mane dirbti gydytoja priėmė dar nebaigusią Medicinos instituto. Taigi mano gydytojavimo pradžia – 1952 m. gegužės mėn. Skyriuje dirbome: neurologė Aldona Jocevičienė, Aldona Lapytė, aš ir Jonas Šurkus, kuris vėliau pakeitė Lazarį Gutmaną ir tapo katedros vedėju. 1954–1957 m. mokiausi klinikinėje ordinatūroje. Ordinatūra trukdavo 4 metus ir turbūt atitiko dabartinę rezidentūrą. Po klinikinės ordinatūros perėjau dirbti į Kauno psichiatrijos ligoninę. Kadangi ištekėjau, gimė vaikas, neturėjom buto, susigundžiau pasiūlymu važiuoti dirbti į neseniai įkurtą Švėkšnos psichiatrijos ligoninę (ŠPL).

Ką radote ten nuvykusi?

– Į Švėkšną atvykau 1958 m. gruodžio 15 d., buvau paskirta III skyriaus vedėja (tuomet visi buvo vedėjai – paprastų gydytojų nebuvo). Vyr. gydytoju dirbo Jonas Pavinkšnis *(interviu su juo spausdinsime kitame žurnalo numeryje. – D.S.)*. Gyvenimo sąlygos buvo



Senasis Švėkšnos ligoninės pastatas.



S. Andriuškevičienė lange iš dešinės. Pirmame plane darbuotojas ir pacientė – kuriuos matė tik fotografas.

sunkios. Tais laikais Švėkšnoje duonos kiek nori nusipirkti negalėjome, o apie bandeles net kalbos nebuvo... III skyrius buvo vyrų ir moterų, 200 lovų, išsidėstęs per du aukštus, panašus į dabartinius neurozių skyrius. Darbo pradžioje retai būdavo, kad ligoniai ant grindų negulėtų, lovos buvo sustumtos arti viena kitos – norint išeiti iš palatos, ligoniams tekdavo perlipti vienas per kitą. (*O toliau gydytoja pasakė, mano nuomone, labai svarbią frazę. – D.S.*) Nepaisant tokių sąlygų, dėmesio ligoniams Švėkšnoje niekada nestigo. Man teko specializuotis Rygoje, Minske. Ką ta specializacija – pralekia, ir viskas. Išdirbau Švėkšnoje iki 2005 m. ko-vo 1 d., taigi 47 metus.

Kas, jūsų nuomone, pasikeitė per pastaruosius metus psichiatrijoje?

– Didžiausi pasikeitimai įvyko tada, kai pastatė naują ligoninę (1958 m. pastatytas naujas priestatas ir ligoninė išaugo iki 200 lovų, o 1981 m. pastatytas didžiulis, 250 lovų, naujas ligoninės korpusas. – D.S.). Tuomet ligoniai jau ant grindų negulėjo. Ligoninės prestižas pasikeitė, vaistai pasikeitė, o ir patys ligoniai pasikeitė. Kai pradėjau dirbti psichiatre, gydymui tegalėjome taikyti aminaziną, insuliną ir elektros šoką.



S. Andriuškevičienė pirma iš kairės su skyriaus pacientu ir personalu apie 1972 m.

Gal prisimenate kokių linksmesnių nutikimų?

Paklausta, ar neteko patirti smurto iš ligonių, gydytoja sako:

– Tik vieną kartą gavau per snapą. Užtat papeikimų per savo darbo laikotarpį turėjau kaip šuo blusų. Vieną iš jų gavau už atvirų durų režimo taikymą. Vieni ligoniai buvo išleidžiami pasivaikščioti, o kiti – ne. Visada buvau už ligonių laisvę. Džiaugiausi, kai mane barė, o ne kada gyrė. Dar dirbdama Kauno klinikų Psichiatrijos ir neurolo-

gijos skyriuje – buvau netekėjusi, turėjau laisvo laiko – nupirkau už savo pinigų kamuolį ligoniams, ir pati su jais pamėtydavau. Vėliau prof. L. Gutmanas kitą kamuolį nupirko, sakė: „Kaip čia mes nesusipratom tą anksčiau padaryti...“ Už ligonių pabėgimus tai daug papeikimų gavau... Dar vieną papeikimą gavau už girtavimą darbo vietoje (*Gydytoja Zita Varkalienė, kuri S. Andriuškevičienę pažįsta nuo 1986 m., įsiterpia, kad jos kolegė yra beveik absoliuti abstinėntė. – D.S.*) – kai per va-



Švėkšnos ligoninės jubiliejus 2006 m. Centre ligoninės direktorius J. Vičius, S. Andriuškevičienė pirma iš kairės. Pirma iš dešinės II skyriaus gydytoja Z. Varkalienė, antra iš kairės II skyriaus vedėja J. Norvilaitė



1995 m. su kolegomis. S. Andriuškevičienė antra iš dešinės. Iš kairės gydytojos Z. Varkalienė, M. Ivanina, E. Feigelson, psichologė J. Barkauskaitė, S. Andriuškevičienė ir L. Pranevičienė.

dinamąjį „Gorbačiovo sausąjį įstatymą“ su 15 bendradarbių išgėrėme butelį šampano.

Papasakokite apie asmeninį gyvenimą.

– Dabar gyvenu viena. Ilgai prižiūrėjau sunkiai sergančią seserį. Dėl to ir

ligoninės jubiliejiniame minėjime nedalyvavau. Ištekėjau 1955 m., 27 metų. Vyras buvo psichiatrijos ligoninės sanitaras, vėliau, Švėkšnoje, dirbo statybose. *(Iš nuotraukos matyti, kad vyras buvo labai gražus, bet daugiau neklausinėjame. – D.S.)* Negeras buvo gyvenimas. Mano vaikai buvo negabūs, –

tiesiai sako S. Andriuškevičienė. – Užaugo jų trys, du mirė: vyriausias sūnus sirgo Dauno liga. Vyras mirė nuo tuberkuliozės 57-erių. Dukra ištekėjo už turkmėno, vienas sūnus – vairuotojas, kitas dirba Kauno aviacijos gamykloje.

*Kalbėjosi psichiatrė
Danguolė Survilaitė*

Neįgalų šeimos narį turintys tėvai atsisako visaverčio gyvenimo

Tėvams, auginantiems ir prižiūrintiems vaikus su proto negalia nelengva grįžti į darbo rinką. Globali iniciatyva psichiatrijoje įgyvendina žmonių, turinčių proto ir psichikos negalią, įdarbinimo projektą, organizuoja konsultavimą ir pagalbą neįgaliesiems, grįžtant į darbo rinką. Projekte siekiant didinti pasitikėjimą savimi, padėti sėkmingai integruotis į darbo rinką teikiamos specialistų konsultacijos įsidarbinimo klausimais ir teikiama pagalba savitarpio pagalbos grupėse.

Yra žinoma, kad net ir sveiki žmonės, nustoję dirbti, netenka ryšio su įprastu viešuoju gyvenimu, užsidaro artimųjų rate. Tai ypač paliečia neįgalų vaiką auginantis mamas. Pagrindiniai trukdžiai įsidar-

binti – tai pasitikėjimo savimi stoka, nerimas dėl to, kas rūpinsis neįgaliumi vaiku, išmoktas beįgėškumas, ribotos galimybės dirbti įprastą pilną darbo dieną.

Projekte jau įvyko 10 savitarpio pagalbos grupių, ir dveji mokymai tėvų įsidarbinimo klausimais. Projekte dalyvaujantys psichologai pastebėjo, kad nors tėvai, auginantys vaikus su intelekto sutrikimais, norėtų pagalbos susirandant darbą, tačiau ne visada pasinaudoja suteiktomis galimybėmis (pvz., kursais, pokalbiu su darbdaviu ir pan.). Pažymėtina, kad iki šiol organizuotų priemonių lankomumas itin žemas – vos trys-keturi asmenys.

Darbas – žmogaus saviraiškos būdas, stiprinantis socialinius ryšius. Tačiau

Lietuvoje kol kas stokojama įstatyminės ir praktinės pagalbos įsidarbinant neįgalius vaikus auginantiems tėvams, dar trūksta mechanizmų užtikrinančių šių tėvų teises į darbą pagal galimybes.

Įgyvendinant šį projektą planuojama surengti dar 8 mokymus, kuriuose bus konsultuojama karjeros planavimo, dokumentų parengimo, pasiruošimo pokalbiui dėl darbo, kvalifikacijos kėlimo galimybių, darbo teisių ir kitais aktualiais įsidarbinimo klausimais.

Savitarpio pagalbos grupės vyksta trečiadieniais 12 val. Kalvarijų 143 (I aukštas).

*Daugiau informacijos rasite
www.gip-vilnius.lt*

Sutikimas gydytis

Doc. Liaudginas Radavičius

Kiekvienas pacientas turi teisę į gydymą ir turi teisę atsisakyti nuo gydymo. Iškilus reikalui gydytis, ligonis turi duoti sutikimą. Jis turi teisę žinoti apie skiriamo gydymo principus, jo poveikį, prognozę, galimus, nors ir labai retus, šalutinius reiškinius, alternatyvius gydymo metodus, apie savo teises, gauti informaciją kitais jį dominančiais klausimais. Paprastai užtenka, kad visus šiuos dalykus ligoniui išsamiai paaiškintų gydytojas žodžiu. Sutikimas, kurį pacientas pasirašo po tokio paaiškinimo, vadinamas informuotu sutikimu gydytis (angl. *informed consent*). Tokio sutikimo koncepcija sumanyta JAV: teisėjas Benjaminas Cardozas maždaug prieš 90 metų pareiškė, kad „kiekvienas suaugęs ir sveiko proto žmogus turi teisę nuspręsti, kas bus daroma su jo kūnu; chirurgas, atliekantis operaciją be ligonio sutikimo, daro nusizengimą, už kurį gali būti nubaustas”. Suaugęs, veiksnus ligonis turi teisę atsisakyti gydymo, net jeigu toks atsisakymas gresia jam sunkiomis pasekmėmis ar mirtimi. Tačiau yra kelios aplinkybės, kai ligonio sutikimo gydytis nereikia. Pirmia, kai ligonis yra labai sunkios būsenos, be sąmonės ir galima numanyti, kad būdamas sąmoningas jis sutiktų gydytis. Kita aplinkybė – esant abejonių ligonio sugebėjimu suprasti, kad jam būtinos medicinos pagalbos nesuteikimas gresia sunkiomis pasekmėmis ar mirtimi. Dar viena aplinkybė – kai padėtis yra kritiška ir medicinos pagalbos nesuteikimas gresia sunkiais padariniais ligoniui ar kitiems arba kai reikia išvengti realiai gresiančios nusikalstamos veikos. Todėl kai ligonis atsisako nuo gydymo, gydytojas, va-

dovaudamasis ligonio interesais, turi nuspręsti, ar šis supranta pavojingas savo atsisakymo pasekmes, kitaip saktant, ar jis yra kompetentingas atsisakyti ir ar pagal savo protinius sugebėjimus gali atsisakyti nuo gydymo. Be to, reikia išsiaiškinti, ar ligonio kas nors nepaveikė, neprivertė atsisakyti. Gebėjimas sutikti gydytis dažniausiai yra sutrikęs protiškai atsilikusiems pacientams, vaikams ar paaugliams ir ligoniams, sergantiems kai kuriomis psichikos ligomis. Labai tiksliai apibrėžti šio gebėjimo sutrikimą kartais labai sudėtinga, nes jis priklauso nuo daugelio aplinkybių. Pirmiausia nuo gebėjimo suprasti ir įsiminti informaciją apie gydymą, ja patikėti ir pasinaudoti apsisprendžiant. Net ir sergantis psichikos liga kitais atžvilgiais neveiksnus ligonis kartais gali sugebėti teisingai apsispręsti dėl gydymo. Skiriasi sutikimas gydytis dėl somatinės ligos ir dėl psichikos sutrikimo. Pastaruoju atveju yra įstatymų numatytos aplinkybės, dėl kurių tam tikrais atvejais taikytinas priverstinis hospitalizavimas ir gydymas. Jungtinėje Karalystėje šiuos klausimus apibrėžia 1983 m. Psichikos sveikatos įstatymas. Pagal jį skirtingai traktuojamas sutikimas gydytis dėl somatinės ligos ir sutikimas dėl psichiatrinės pagalbos. Pagal šį įstatymą joks psichiatrinis gydymas savanoriškai gydomam psichikos ligoniui negali būti skiriamas be jo galiojančio sutikimo. Sutikimas yra laikomas galiojančiu, jeigu jis duodamas be netinkamos išorinės prievartos, įtakos ir kai ligonis sugeba padaryti tokį sprendimą. Gydymas be ligonio sutikimo gali būti skiriamas dviem atvejais – kai neatidėliotinas gydymas būtinas siekiant išgel-

bėti ligonio gyvybę arba apsaugoti jį nuo tolesnio sveikatos būklės blogėjimo ir norint išvengti ligonio galimo agresyvaus elgesio savo paties arba aplinkinių atžvilgiu. Taigi šio įstatymo nuostatos tarnauja dviem tikslams – tam tikromis aplinkybėmis taikyti tam tikrus gydymo metodus be psichikos ligonio sutikimo ir apsaugoti psichikos ligonio interesus taikant gydymo procedūras. Įstatyme taip pat apibrėžiamos tam tikros gydymo metodų grupės pagal sutikimo tipą, būtiną ligoniams. Įstatyme yra, kurios liečia Priverstinai gydomiems ligoniams įstatyme nustatytos trys gydymo metodų grupės. Pirmoji gali būti taikoma ir savanoriškai besigydantiems, ir priverstinai hospitalizuotiems ligoniams. Šios grupės gydymo metodai ypač verti dėmesio – tai psichohirurgija ir kiti dar neapibrėžti gydymo būdai, tačiau į šią grupę neįeina tradiciniai gydymo metodai ir elektrotraukulinė arba elektroimpulsinė terapijos (ETT ar EIT). Šios grupės gydymo metodams būtinas ligonio sutikimas ir kito, nepriklausomo specialisto pritarimas. Prieš pareiškdamas savo nuomonę, pastarasis turi aptarti šį klausimą su dviem asmenimis, kurie profesionaliai dalyvaavo ligonio gydymo procese. Vienas iš jų turi būti slaugytojas, kitas nei gydytojas, nei slaugytojas. Tada nepriklausomas specialistas turi įvertinti ir siūlomą gydymo metodą, ir ligonio gebėjimą duoti sutikimą. Be to, šį gebėjimą turi patvirtinti du nepriklausomi asmenys. Kita gydymo metodų grupė išvardyta privalomose taisyklėse. Ji apima kai kuriuos gydymo metodus ir EIT. Jeigu ligonis nesutinka būti jais gydomas, nesugeba duoti sutikimo ar-

ba atšaukia anksčiau duotą sutikimą, būtinas nepriklausomo specialisto pritarimas. Šis specialistas turi pritariti ir gydymo planui. Tačiau daugumai gydymo metodų pirmus tris gydymo mėnesius šios procedūros netaikomos. Trečios grupės metodai, neišvardyti pirmose dviejose grupėse, priverstinai hospitalizuotiems ligoniams gali būti skiriami be jų sutikimo. Pagal įstatymą prie tokių gydymo metodų priskiriami slauga, priežiūra, abiliacija ir rehabilitacija – visi jie gali būti taikomi be ligonio sutikimo.

Lietuvoje paciento sutikimą gydytis reglamentuoja LR CK, Psichikos sveikatos priežiūros ir kiti įstatymai bei SAM įsakymai. Civilinio kodekso reikalavimai dėl paciento sutikimo buvo pateikti aukščiau. Pagal PSPĮ be ligonio sutikimo gydymas negali būti skiriamas, išskyrus atvejį, kai ligonis hospitalizuotas priverstinai dėl realios grėsmės, kad jis savo veiksmais padarys esminę žalą savo ar (ir) aplinkinių sveikatai arba gyvybei. Tokiu atveju psichiatras turi informuoti pacientą ir (ar) jo atstovą apie priverstinę hospitalizaciją ir priverstinio gydymo paskyrimą, o apie tokį sprendimą įrašyti į medicinos dokumentus. Kol bus gautas teismo leidimas tęsti priverstinį gydymą, pacientas gali būti gydomas dviejų psichiatrų ir vieno psichikos sveikatos priežiūros įstaigos administracijos atstovo – gydytojo sprendimu ne ilgiau kaip dvi paras.

Taigi sąmoningam ligoniui joks gydymas negali būti skiriamas be jo galiojančio sutikimo, kurį turi duoti pats ligonis, savanoriškai, be kieno nors įtakos ar prievartos (jis turi gebėti padaryti tokį sprendimą), o esant sunkiam psichikos sutrikimui, kai ligonis pats to nesugeba, gydymą reguliuoja specialūs įstatymai. Sprendžiant gydymo klausimą naudinga pasitarti su ligonio artimaisiais ir kolegomis. Tačiau visada reikia vadovautis ligonio interesais.

Lietuvos psichiatrų asociacijos suvažiavime (2007 02 09) Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija (LVPPD) vienbalsiai pritarė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros raidos kryptims, kurias pateikė iš Lietuvos regionų deleguotos darbo grupės, atstovaujančios ambulatorinę, stacionarinę, akademinę vaikų psichikos sveikatos priežiūros sritis, atlikusi išsamią esamos padėties analizę, įvertinusi problemas ir galimybes.

LVPPD, numatydamą vaikų psichikos sveikatos priežiūros raidos perspektyvas, vadovavosi PSO rekomendacijomis laikytis paslaugų decentralizavimo, tarpsektorinio bendradarbiavimo, paslaugų visapusiškumo, tęstimumo, teisingumo principų, išplėtoti lankstų nestacionarių paslaugų tinklą, patenkinantį pacientų poreikius bendruomenėje. Vaikų psichikos sveikatos priežiūra turėtų būti organizuojama remiantis anksčiau nurodytais principais, išvystant gyventojams lengvai pasiekiamą bendruomeninių paslaugų tinklą, kuriame svarbią vietą užimtų tokios gydymo formos, kaip individuali ir grupinė vaikų psichoterapija, šeimos psichoterapija, dienos stacionarai vaikams ir paaugliams, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos tarnybų tinklas, pagal amžių ir sutrikimų pobūdį diferencijuoti, turintys terapinę aplinką stacionarai vaikams ir paaugliams, ilgalaikės psichosocialinės rehabilitacijos įstaigos sunkių socialinės adaptacijos sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams.

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija išreiškia nuomonę, kad vaiko ir šeimos poreikius tenkintų psichi-

kos sveikatos priežiūros sistema, kurioje vienodai dėmesingai būtų plėtojami visi paslaugų lygiai:

1. Išvystytas, gyventojams lengvai pasiekiamas bendruomeninių paslaugų tinklas, kurį sudarytų:

- Pirminiai psichikos sveikatos centrai, savo aptarnaujamoje teritorijoje, vykdytys apibrėžtas prevencijos, gydymo ir rehabilitacijos priemones (Priežiūra skirta visiems gyventojams, ypač socialinės rizikos šeimoms, nepdraustiems, priverstinai gydomiems, neįgaliems);
- Antrinio lygio gydymo formos, leidžiančios pasireikšti privačiai iniciatyvai ir konkurencijai, tokios, kaip individuali ir grupinė vaikų psichoterapija, šeimos psichoterapija, dienos stacionarai vaikams ir paaugliams;
- Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos tarnybų tinklas.

2. Pagal amžių ir sutrikimų pobūdį diferencijuoti, turintys terapinę aplinką (kas reikalauja didelių investicijų, didesnių negu suaugusiems) stacionarai vaikams ir paaugliams.

3. Ilgalaikės psichosocialinės rehabilitacijos įstaigos sunkių socialinės adaptacijos sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas (tarpžinybinis finansavimas).

Įvertinusi esamą vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemos būklę, LVPPD išvelgia šias stiprybes:

1. Apsisprendus Lietuvoje ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą organizuoti savivaldybių įsteigtuose psichikos sveikatos centruose, 1995 m. priėmus LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą ir vėlesnius poįstatyminius aktus, sudarytos palankios prielaidos



LIETUVOS VAIKŲ IR PAAUGLIŲ
PSICHIATRŲ DRAUGIJA

Pasiūlymai dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros raidos perspektyvų

ambulatorinę psichikos sveikatos pagalbą priartinti prie gyventojų, kiekvienam dėl psichikos sutrikimų kenčiančiam vaikui, į krizę patekusiai šeimai gauti pilnos apimties, pilnavertės, komandinio principu teikiamas paslaugas, numatytas tarpžinybinis bendradarbiavimas bei psichikos sutrikimų prevencija ir rehabilitacija aptarnaujamoje teritorijoje. Panaudojus didelius žmogiškuosius ir materialinius išteklius, įskaitant ir Pasaulio banko paskolą, sukurtas visą Lietuvą apimantis psichikos sveikatos centrų tinklas, daugelyje iš jų įrengtos saugios, vaikui ir šeimai pritaikytos patalpos, suburti kvalifikuoti specialistai.

2. Antrinio lygio ambulatoriniame sektoriuje sparčiai vystėsi vaikų anksstyvosios rehabilitacijos tarnybos. Daugumoje poliklinikų vaikams, turintiems raidos sutrikimų, specialiai pritaikytose patalpose pagalbą teikia specialistų komandos: socialiniai pediatrai, neurologai, psichologai, socialiniai darbuotojai, psichologai, kineziterapeutai, taikomos vandens procedūros.

3. Prieš kelerius metus atsirado galimybė teikti PSDF apmokamas krizių intervencijos ir dienos stacionaro paslaugas.

Tačiau reformos eigoje išryškėjo ir nemažai trūkumų, neatidėliotinai sprendtinų problemų:

1. Ne visos savivaldybės ir teritorinės ligonių kasos vadovaujasi įstatyminės bazės nuostatomis, nekontroliuojama paslaugų kokybė:

- Yra savivaldybių, kuriose leidžiama psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikti labai mažiems centrams, aptarnaujantiems kelis tūkstančius gyventojų, neturintiems materialinių ir

žmogiškųjų resursų kokybiškoms paslaugoms užtikrinti, neturintiems vaikui ir šeimai pritaikytų patalpų. Kartais sudaromos sutartys su įstaugomis visai neturinčiomis vaikų psichikos sveikatos priežiūros specialistų, todėl stebimos netoleruotinos situacijos, kai vietoje kompleksinių specialistų komandos paslaugų, bendrosios praktikos gydytojai, pediatrai, suaugusių psichiatrai vaikui skiria trankviliantus ar kitus medikamentus. LVPPD paskaičiavimu, 50 000-60 000 gyventojų turinčios bendruomenės yra optimalios steigti visiems gyventojams pasiekiamus psichikos sveikatos centrus, finansiskai pajėgius išsirengti ir išlaikyti atitinkamai įrengtas patalpas, suburti subalansuotas specialistų komandas, galinčias teikti pilnos apimties ir kokybiškas paslaugas;

- Iki šiol leidžiama, kad tiek savivaldybių poliklinikose, tiek privačiuose pirminės sveikatos priežiūros centruose psichikos sveikatai skirtos lėšos būtų naudojamos ne pagal paskirtį.

2. Neapibrėžtos psichikos sveikatos centrų aptarnaujamos teritorijos trukdo tarpinstituciniam bendradarbiavimui, prevencinių priemonių plėtojimui, bendruomeninio veiklos principo užtikrinimui. PSC veikiant konkrečioje bendruomenėje lengviau vykdyti savižudybių, priklausomybės ligų, vaikų elgesio sutrikimų prevenciją, dirbti su šeimomis, švietimo įstaigomis, analizuoti bendruomenės poreikius, atstovauti psichikos ligonius, įtraukti bendruomenę į psichikos sveikatos priežiūros procesą, skatinti pacientų organizacijų kūrimąsi, vykdyti psichikos ligonių rehabilitaciją ir abilitaciją, ben-

dradarbiauti su visomis institucijomis, teikiančiomis psichikos sveikatos ir socialines paslaugas, teikti priežiūrą asmenims neprisirašiusiems prie gydymo įstaigos, asocialiems, išėjusiems iš įkalinimo įstaigų. Savo aptarnaujamoje teritorijoje būtų galima glaudžiau bendradarbiauti su mažuose centruose dirbančiais šeimos gydytojais, pediatrais, juos konsultuoti, analizuoti neaiškius atvejus.

3. Visai neišplėtos antrinio lygio ambulatorinės ir dienos stacionaro paslaugos, kurios palyginti yra nebrangios, orientuotos į šeimą ir efektyvios. Psichoterapija išlieka neprieinama didžiąjai visuomenės daliai. Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos antrinio lygio paslaugos iki šiol skinasi kelią dėl nepakankamų įkainių bei ligonių kasų kvotų. Nesudarant sąlygų prie psichikos sveikatos centrų steigti dienos stacionarų, švaistomos PSDF lėšos, stabdomas paslaugos tęstinumas, atimama galimybė vaikui gauti pagalbą įprastoje aplinkoje, arti savo gyvenamosios vietos, daugėja stacionarinio gydymo atvejų, nes daugelis šeimų neturi išteklių ir laiko kasdien vežioti vaiką į tolimame regioniniame centre esantį dienos stacionarą.

4. Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje nepagrįstai apleista stacionarinė pagalba, kurios trūksta visuose regionuose:

- Rokiškio vaikų psichiatrijos stacionaro uždarymas šiaurės Lietuvoje nebuvo kompensuotas pirmo ir antro lygio ambulatorinių paslaugų išvystymu.
- Iki šiol Lietuvoje vaikų ir paauglių stacionarai nediferencijuojami pagal amžių.

Mažus vaikus patalpinant kartu su brestančiais paaugliais, skyriuose sunku įrengti patalpas, atitinkančias skirtingo amžiaus pacientų poreikius, organizuoti užimtumą, mokymąsi, užtikrinti pagal amžių tinkamą dienotvarkę, drausmę, neįmanoma išvengti psichologiškai traumuojančių pacientų tarpusavio santykių, skriaudos ir patyčių atvejų.

- Neteikiamos ir neplėtojamoms specializuotos ikimokyklinio amžiaus vaikų psichiatrijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugos, labai svarbios sutrikimų prevencijai vėlesniame amžiuje.
- Nėra specializuotų ilgalaikio gydymo skyrių paaugliams su elgesio, asmenybės, valgymo sutrikimais, pirmais psichozės epizodais. Apskirtyse turėtų atsirasti krizių skyriai nepilnamečiams su mobiliomis komandomis.
- Nėra tarpžinybinio finansavimo, specializuotų, nedidelės apimties įstaigų tinklo rimtų elgesio sutrikimų turintiems, nuo psichoaktyvių medžiagų priklausomiems paaugliams, kurių psichosocialinė adaptacija yra ženkliai sutrikusi.

5. Ambulatorinei ir stacionarinei vaikų psichikos sveikatos priežiūrai numatyti nepakankami specialistų etatai ir nepakankamas paslaugų įkainis, todėl kvalifikuoti psichikos sveikatos specialistai, įgiję brangų, daug metų trukusį išsilavinimą, ypač psichologai, psichoterapeutai, vaikų ir paauglių psichiatrai, kurių labai trūksta, išvyksta dirbti į kitas šalis ar dirba ne pagal specialybę Lietuvoje.

Siekdama gerinti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros sistemą, Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija siūlo:

1. Pilnai panaudoti įstatyminės bazės teikiamas galimybes ambulatorinei vaikų psichikos sveikatos priežiūrai gerinti:
- Įpareigoti teritorines ligonių kasas, savivaldybes kontroliuoti vaikų psichikos sveikatos priežiūros kokybę, sudarant sutartis pirminei vaikų psichikos sveikatos priežiūrai tik su psichikos sveikatos centrais, atitinkančiais 2000 m. gruodžio 14 d. SAM

įsakymą Nr.730, t.y. turinčiais vaikui ir šeimai pritaikytas patalpas, pilnavertę specialistų komandą, teikiančiais paslaugas kiekvieną darbo dieną;

- Kontroliuoti psichikos sveikatos priežiūrai skirtų lėšų panaudojimą pagal paskirtį, vykdyti 1999 03 09 SAM įsakymo Nr.110 nuostatas, numatančias psichikos sveikatos centrams sąskaitas ir subsąskaitas arba atskirti psichikos sveikatos centru nuo pirminių sveikatos priežiūros centrų.

2. Papildyti ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojančią įstatyminę bazę:

- Papildyti 2006 05 27 SAM įsakymą Nr. V-322, nurodant skatinamąsias paslaugas psichikos sveikatos centrams (ligonių lankymas namuose, prevencinės priemonės, bendrosios praktikos gydytojų, pediatrų konsultavimas).
- Pakeisti 2000 m. gruodžio 14 SAM įsakymą Nr.730, įteisinant antro lygio vaikų ir paauglių psichiatro, psichoterapeuto paslaugų teikimą, vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarų steigimą psichikos sveikatos centruose.
- Keisti antro lygio vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijų apmokėjimo principą, apmokėti kiekvieną konsultaciją, o ne kas ketvirtą, nes konsultacijos trukmė- 1 valanda.
- Psichikos sveikatos centrų veiklą vykdyti bendruomeniniu principu, apibrėžtoje teritorijoje;
- Optimalia psichikos sveikatos centrui steigti laikyti teritoriją, turinčią 50 000 – 60 000 gyventojų;

3. Užtikrinti teikiamų vaikų psichiatrijos stacionarinių paslaugų kokybę pagal šiuo metu galiojančią paslaugos detalizaciją. Ypatingas dėmesys atkreiptinas į aplinkos terapiją – bazinę vaikų ir paauglių stacionaruose taikomą programą.

4. Plėsti stacionarines vaikų psichiatrijos paslaugas, įkuriant nedidelius vaikų psichiatrijos skyrius pediatrų ligoninėse. Lietuvoje stacionarinės vaikų psichiatrijos paslaugos yra nedidelės apimties, o šių paslaugų, diferencijuotų pagal amžių ir sutrikimų pobūdį, poreikis yra didelis.

juotų pagal amžių ir sutrikimų pobūdį, poreikis yra didelis.

5. Diferencijuoti vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionarus pagal amžių. Paaugliai neturi būti gydomi kartu su ankstyvo mokyklinio amžiaus (7-11 metų) vaikais.

6. Būtinai įsteigti Lietuvoje nors vieną psichiatrijos skyrių ikimokyklinio amžiaus vaikams. Kokybiškų paslaugų teikimas mažo amžiaus vaikams yra būtinas, norint užkirsti kelią elgesio, emocijų ir nuotaikos sutrikimams vėlesniame amžiuje. Šie skyriai turi būti specializuoti, apmokant personalą reikiamų darbo įgūdžių, atsižvelgiant į ikimokyklinio amžiaus vaikų psichosocialinės raidos ypatumus.

7. Bendradarbiaujant socialinės apsaugos, švietimo, sveikatos apsaugos ir kitoms žinyboms šalies mastu steigti specializuotų nedidelių įstaigų tinklą vaikų ir ypač paauglių, turinčių besitęsiančių rimtų elgesio problemų, lydymų sutrikusios socialinės adaptacijos, ilgalaikiam gydymui ir reabilitacijai.

8. Priklausomybės ligų turintiems nepilnamečiams steigti atskirus stacionarus, atsižvelgiant į šių sutrikimų gydymo ir tinkamos terapinės aplinkos kūrimo ypatumus.

9. Didinti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, tuo motyvuojant kvalifikuotus specialistus dirbti šioje sunkioje, bet labai reikalingoje srityje.

10. Organizuoti specializuotus su vaikais ir šeimomis dirbančių socialinių darbuotojų, psichologų slaugytojų ir kitų specialistų ilgalaikius praktinius mokymus.

Virginija Karalienė

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugijos prezidentė

Sigita Lesinskienė

LR sveikatos apsaugos ministerijos specialistė konsultantė

Vida Matulionienė

Ambulatorinių psichikos sveikatos centrų tarybos pirmininkė

Replika dėl A. Mockuvienės laiško „Įsiklausykime į savo sielos tylą“, „Psichiatrijos žinios“, 2007, Nr. 1/43.

Profanai iš pogrindžio

Danguolė Survilaitė,
psichiatrė

Tikrai nesiruošiu be galo susirašinėti su meno terapeute, save vadinančia Audrone Mockuviene iš Klaipėdos. Gaila, kad ji taip ir nesuprato, ką savo straipsnyje „Pacientų kūryba – menas, meno terapija, ar jų profanacija?“ („Psichiatrijos žinios“, 2006, Nr. 4/42) norėjau pasakyti. Gal tą ir numaniau iš anksto, todėl savo straipsnyje jos neįvardijau.

Man nereikia aiškinti, kas yra meno terapija, ir įrodinėti jos svarbą gydant psichikos ligas. Nė kiek neabejoju, kad ji tinka ir sergantiesiems vėžiu gydyti. Dar 1994 m. Lietuvos dailės akademijoje pirmą kartą teko klausytis vokiečių specialisto (deja, neatsimenu pavardės) paskaitos apie meno terapijos taikymą vėžiu sergantiems vaikams. Buvau viena iš meno terapijos taikymo psichikos ligoniams iniciatorių Lietuvoje, o ir dabar esu meno terapijos šalininkė ir entuziastė. Ir prie LDTTA (Lietuvos dailės terapijos taikymo asociacijos) kūrimosi ištakų buvau, nuoširdžiai norėjau dalyvauti ir jos steigime, ir tolesnėje veikloje. Deja, ir tada, kaip ir dabar, nepavyko susikalbėti. Nes kalbėtis nelabai buvo ir yra su kuo.

Nesu grynai „biologinė“ psichiatrė ir nesu nusiteikusi prieš kitus gydymo metodus. Susidomėjusi seku kolegų pasiekimus, kad ir toje pačioje Klaipėdos psichiatrijos ligoninėje dirbančios Jūratės Sučylaitės – poezijos terapijos srityje. Jos straipsnis „Poetikos terapija psichosomatiniams sutrikimams koreguoti“, išspausdintas žurnale „Nervų ir psichikos ligos“ (2006, Nr. 4 (24) – tikrai įdomus, parašytas mokliškai, bet kartu ir paprastai, įtikinamai. Beje, J. Sučylaitė daro nekategorišką

išvadą, kad „poetikos terapija, mažinanti emocinę įtampą ir didinanti savivoką, gali būti naudojama medicinoje kaip vienas iš kompleksinio gydymo būdų“ (pabraukta mano. – D.S.).

Sutinku, kad svarbu ne tai, kaip save vadinate, gerb. A. Mockuviene, o tai, ką darote, bet dar svarbiau – kaip darote. Nereikia būti pogrindininkams, reikia būti specialistams. Norėtuši, kad meno terapija Lietuvoje būtų atitinkamo mokslinio, o ne abejotino populiarus (ekstrasensų ir burtininkų) lygio. Todėl piktinuosi, kai apie meno terapiją kalbama arba rašoma nemokliškai, o dar labiau – kai abejotinai dirbama.

Deja, A. Mockuvienės laiške taip ir nesulaukiau visiems psichiatrams skirto paprasto paaiškinimo, kas gi ta „vizualizacija“, „transformacija“, „perliuko metodas“ ir pan. Vietoj to, be visiems žinomų tiesų, straipsnyje radau daug abejotinių pavardžių, ir dar abejotinos lietuviškos rašybos, lyg iš populiarinių knygelių. Nežinau ir nepropaguojau Ajurvedos, todėl ir nesiremčiau teiginiiais Deepako Chopros, kurio knygos, šalia Dano Browno „Da Vinči kodo“, yra tarp perkamiausių pasaulyje, bet tikrai žinau, kad Deepakas Chopra, indų kilmės endokrinologas iš Bostono, sukūręs galingą verslo ir ne-tradicinio gydymo centrą JAV, neparašė knygos „Kvant iscelenije“ vien dėl tos priežasties, kad nemoka rusų kalbos. Žinau kitas jo knygas: „Nesensantis kūnas“ (*Ageless Body*), „Amžinas protas“ (*Timeless Mind*), 1993, „Septyni dvasiniai sėkmės įstatymai“ (*The Seven Spiritual Laws of Success*), 1995, „Gyvenimas po mirties: įrodymo esmė“ (*Life After Death: The Bur-*

den of Proof), perkamiausias leidinys, dar vadinamas paslapčių knyga.

Žinoma, galima pasitikrinti internete, kur yra tas Salve Reginos universitetas ir net atsisiųsdinti Barbaros Ganim videokasečių apie gydomąją meno jėgą (gydymas jos knygoje vadinamas *healing*, o ne *treating*, plg. – hileriai; beje, jos kasetės, kaip ir knygos, dabar smarkiai atpigusios), bet juk visa tai nepadės tapti specialistu. O galutinai nusivyliau prelegentės kvalifikacija, kai ji nesugebėjo teisingai parašyti pavadinimo Olandijos universiteto, kuriame ji, kaip rašė, stažavo. Tai kurgi ji buvo? Universitetas vadinasi Nijmegenas (o ne Nijmengemas).

Perskaičiau ir A. Mockuvienės diplominį darbą rusiškame interneto puslapyje. „Psichologinio konsultavimo ir psichokorekcijos taikant meno terapijos metodus, specialisto“ diplomą, pasirodo, galima įsigyti, pritaikius keturioms moterims trumpalaikės meno terapijos sesijas (iš viso 28 – po dvi per dieną, t.y., per 14 dienų!). Vargšai psichologai, kurie penkerius metus mokosi Vilniaus universitete, o kad įgytų profesinę kvalifikaciją dirbti su ligoniniais, dar keletą metų praktikuojasi psichiatrijos ligoninėse. Beje, kaip p. Audronė galėjo taikyti tą meno terapiją toms keturioms onkologinėms ligoninėms, jei ji dar tos „specialisto kvalifikacijos“ iš viso tada neturėjo? Man atrodo, yra apie ką pamąstyti jos darbaviamams.

Gerb. A. Mockuviene, ačiū už gerų ir kūrybingų metų palinkėjimus, šįmet jie man kaip tik tinka. Mes abi turime bendrą sąlyčio tašką, tai – meno terapija. Tik klausimas: ar mes abi dirbame žmonių gerovei, ar ne?..

Komentuoja teisininkė Laura Navickaitė



(Mykolo Romerio universitete 2006 m. apsigynusi magistro darbą tema „Žmogaus teisių apsauga. Psichikos pacientų teisės“ (darbo vadovė – Konstitucinio Teismo teisėja prof. dr. T. Birmontienė)

Dėl teismo leidimo priverstinai hospitalizuoti asmenį

Pirmame 2007 m. „Psichiatrijos žinių“ numeryje išspausdintas psichiatrijos paslaugų vartotojos straipsnis apie tai, kad psichikos ligoniai laimi bylas prieš psichiatrijos ligonines. Esate minėjusi, kad yra spragų įstatymuose reglamentuojančiuose psichikos pacientų teisinę padėtį. Pavyzdžiui, tai, kad nėra galimybės apskųsti teismo sprendimą dėl hospitalizacijos. Kaip būtų galima šią padėtį ištaisyti? Ar keistini įstatymai, ar užtekėtų parengti patikslinančius poįstatyminius aktus?

Asmenį priverstinai hospitalizuojant į psichiatrijos įstaigą, teismas išduoda leidimą priimdamas nutartį, kuri, vadovaujantis Civilinio proceso kodekso 582 straipsnio 6 dalimi, apeliacine tvarka neskundžiama ir įsiteisėja nuo priėmimo dienos. Tokiu būdu psichikos paciento sulaikymo teisėtumas patikrinamas teismo, tačiau pacientui ar jo atstovui nebesuteikiama teisė skųsti tokio teismo sprendimo. Psichikos pacientams lieka viena išeitis – kreiptis į teismą civiline tvarka pareiškiant ieškinį dėl priverstinio hospitalizavimo pripažinimo neteisėtu bei materialinės ar moralinės žalos atlyginimo. Taigi, toks šiuo metu Civilinio proceso kodekso 582 straipsnio 6 dalies teisinis reglamentavimas apsunkina paciento teisę skųstis. Manychiau, kad reikėtų keisti civilinio proceso kodekso normas, reglamentuojančias teismo leidimų išdavimą, nagrinėtinas supaprastinto proceso tvarka. Kaip nurodoma Psichinėmis ligomis sergančiųjų teisių apsaugos principuose (1991 m.), pacientas ar jo

asmeninis atstovas ar bet koks suinteresuotas asmuo turi teisę kreiptis į aukštesnės instancijos teismą dėl sprendimo, kad pacientas būtų patalpintas ar jo sulaikymas psichiatrinėje gydymo įstaigoje būtų pratęstas.

Dėl Civilinio kodekso ir PSPĮ prieštarų normų

Kaip derėtų elgtis psichiatruvi, kai iškyla priverstinės hospitalizacijos klausimas, dėl pavojaus turtui? Kaip spręstinas prieštaravimas tarp Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo ir Civilinio kodekso nuostatų dėl grėsmės turtui?

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas nurodo sąlygas, kurioms esant asmuo gali būti priverstinai hospitalizuotas, t. y. kai jis serga sunkia psichikos liga ir yra reali grėsmė, jog jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo sveikatai, gyvybei ir (arba) aplinkinių sveikatai, gyvybei (27 str.). Paminėtina, kad Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnis bei Sveikatos apsaugos ministerijos 1996-03-07 įsakymo Nr.133 „Dėl pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos patvirtinimo“ 4 straipsnis, skirtingai nei Civilinio kodekso 2.26 straipsnis, nenumato grėsmės turtui kaip indikacijos priverstiniam hospitalizavimui. Tad vadovaujantis Lietuvos teisės aktais išeitų, kad ir psichiatrai, sprenddami priverstinės hospitalizacijos klausimą, ir teisėjai, vadovaudamiesi pateiktomis psichiatrų išvadomis, gali priimti sprendimą prievarta uždaryti asmenį į psichiatrijos įstaigą dėl žalos turtui, nes įstatymo viršenybės principas yra pamatinis bet kurioje demokratinėje valstybėje.

Bandymų suderinti Civilinio kodekso

ir Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo normas, reglamentuojančias priverstinę hospitalizaciją, buvo. Seimo narys A. Matulas 2000 m. birželio 5 d. buvo pateikęs pasiūlymą Civilinio kodekso antrosios knygos projektui, kuriame be kita ko rekomendavo 2.26 straipsnio 4 dalyje nenurodyti turto kaip pagrindo priverstinei hospitalizacijai. Tačiau į šią rekomendaciją nebuvo atsižvelgta. LR Seimo žmogaus teisių komitetas 2001 m. birželio 20 d. išvadoje „Dėl LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projekto“ siūlymui keisti PSPĮ 27 straipsnį, suderinant jo nuostatas su Civilinio kodekso 2.26 straipsnio 4 dalimi, nepritarė, nes įrašius pavojingumo turtui kriterijų, kurio nėra šiuo metu galiojančiame LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme, būtų pažeidžiamos Europos žmogaus teisių teismo praktikoje susiformavusios nuostatos, kad laisvė ir asmens neliečiamybė yra suprantamos kaip vienos iš pagrindinių asmens, taip pat ir psichikos ligonio, teisių.

Sunku pasakyti, kodėl iki šiol yra išlikusi tokia situacija. Pasiūlymus dėl teisės akto rengimo turi teisę teikti visi fiziniai ir juridiniai asmenys, tad lieka tikėtis, jog ateityje atsiras neabejingų šiai situacijai.

Dėl mobiliųjų telefonų

Lietuvos psichiatrų asociacija buvo paprašyta parengti rekomendacijas dėl mobiliųjų telefonų naudojimo psichiatrijos ligoninėse. Prašyčiau pakoментuoti praeitame žurnalo numeryje skelbtas įvairias nuomones, dėl šių prietaisų naudojimo ribojimo.

Konstitucinis Teismas ne kartą yra pažymėjęs, jog žmogaus teisė į privatumą nėra absoliuti. Pagal Konstituciją ri-

boti konstitucines žmogaus teises ir laisves, taigi ir teisę į privatumą, galima, jeigu yra laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu; ribojimai yra būtini demokratinėje visuomenėje siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus; ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei jų esmė; yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo.

PSPĮ įstatymo 7 straipsnyje be išvardintų pacientų teisių, tame tarpe ir naudotis telefonu, taip pat nurodoma, kad pacientų teisės psichiatro sprendimu gali būti apribotos tik tuo atveju, jei kyla reali grėsmė pačiam pacientui arba aplinkiniams. Šios pacientų teisės gali būti ribojamos Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka. Tad manyčiau, jog ribojimas naudotis mobiliuoju telefonu pateisinamas, tačiau tik tam tikrais atvejais, kai tokiais veiksmais realiai kenkiama sau ar aplinkiniams.

Dėl pacientų atstovavimo

Lietuvoje mėginama kurti paciento patikėtino instituciją, nors kol kas tokio patikėtino pareigos ir galimybės nėra apibrėžtos. Kas šiuo metu Lietuvoje gali atstovauti psichikos liga sergančio žmogaus interesams?

Tarptautiniai teisės aktai nurodo, kad sprendžiant asmens priverstinio hospitalizavimo į psichiatrijos įstaigą klausimą turi būti suteikta teisė pacientui pačiam ar jo atstovui dalyvauti teismo posėdyje bei pareikšti savo nuomonę. Vadovaujantis Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 22 straipsniu, psichikos pacientui tokia teisė suteikiama, tačiau atlikti tyrimai rodo, kad praktiškai teisė asmeniškai dalyvauti teisme nėra užtikrinama. Situacija iš dalies pagerėjo 2005 m. gegužės 1 d. priėmus naują Valstybės garantuojamos teisinės pagalbos įstatymo redakciją, kurioje įtvirtinta nuostata, kad nesant psichikos paciento atstovo, jam garantuojama valstybės teisinė

pagalba. Ši nuostata suderinta su Psichikos sveikatos priežiūros įstatymu. 2005 m. liepos 5 d. papildytas Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 28 straipsnis 4 dalimi, kurioje numatyta, kad psichiatrijos įstaiga privalo kreiptis antrinės teisinės pagalbos tais atvejais, kai pacientas hospitalizuojamas priverstinai. Tačiau pažymėtina, kad šiuo atveju antrinės teisinės pagalbos galima kreiptis tik tada, jei tokiam pacientui neatstovautų jo atstovas. Manytina, kad ši sąlyga nėra tinkama, nes paciento atstovas nebūtinai gali suteikti adekvačią teisinę pagalbą. Tokiu būdu gali susidaryti situacija, kad neatstovaujamo paciento, kuriam, vadovaujantis Valstybės garantuojamos teisinės pagalbos įstatymo nuostatomis bus paskirtas advokatas, teisės bus ginamos geriau nei atstovaujamo. Tačiau atkreiptinas dėmesys, jog vien tik advokato paskyrimas visais atvejais neužtikrina, kad pacientui bus suteikta efektyvi teisinė pagalba. Tokios pagalbos teikimas gali būti labai formalus.

ECCAS Annual Conference 2007

Addiction Psychiatry meets Psychopharmacology: Relevance for clinical theory and practice

19th October 2007
Downing College Cambridge

ECCAS: The European Collaborative Centres in Addiction Studies (ECCAS) was established in 1992 to support to the European Commission in developing a strategy to deal with Drug Addiction. Over the past fifteen years a number of academic and clinical centers across Europe have collaborated closely in research and in the creation of authoritative monographs on clinical topics in addictions.

Any Inquiry, please contact Dr Mervyn London,
email: mervyn.london@cambsmh.nhs.uk.

Doc. Dainius Pūras išrinktas į Jungtinių Tautų Vaiko teisių komitetą



Niujorke vasario 21 dieną vykusiame Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijos valstybių dalyvių vienuoliktajame susitikime Vilniaus universiteto docentas, Vaiko raidos centro klinikos vadovas, Lietuvos psichiatrų asociacijos valdybos narys Dainius Pūras išrinktas vienu iš devynių naujų JT Vaiko teisių komiteto narių. Taip ne tik suteiktas tarptautinis pripažinimas doc. D. Pūro veiklai vaiko teisių apsaugos srityje, bet ir reikšmingas Lietuvos užsienio politikos laimėjimas. Vaiko teisių komitetas yra įsteigtas pagal Vaiko teisių konvenciją ir prižiūri šios konvencijos nuostatų įgyvendinimą 193 valstybėse dalyvėse. Komitetą sudaro 18 nepriklausomų ekspertų, slaptu balsavimu renkamų ketverių metų kadencijai. Doc. D. Pūras - vienas iš penkių daugiausia balsų gavusių kandidatų,

išrinktas jau pirmajame rinkimų rate, kuriame dėl 9 laisvų vietų varžėsi kandidatai iš 22 valstybių.

Doc. D. Pūras yra 1997 metais įkurtos Vaikų linijos steigėjas, Vilniaus universiteto Vaikų psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centro vedėjas, Žmogaus teisių stebėjimo instituto valdybos narys, Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrijos „Viltis“ garbės pirmininkas. Nuo Lietuvos narystės JT 1991 metais pradžios Dainius Pūras yra pirmasis Lietuvos atstovas, išrinktas į vieną iš JT ekspertų komitetų, skirtų Žmogaus teisių apsaugos konvencijų įgyvendinimo priežiūrai.

Pagal LR Užsienio reikalų ministerijos informaciją



P. Simavičius –
Metų vadovas
2006

„Metų vadovai 2006“: nominacijos psichiatrams

L. Galatiltė



R. Alekna –
Metų strategas
2006

Savaitraštis „Lietuvos sveikata“ jau ketverius metus vykdo projektą „Metų vadovai“. Kandidatūras į geriausių vadovų nominacijas siūlo ir renka įstaigų kolektyvai ir pacientai. Šio konkurso tikslas – pagerbti gydymo ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų vadovus, organizatorius, kurie užtikrina kokybiškų sveikatos paslaugų teikimą Lietuvos gyventojams, nepaisant sudėtingos sveikatos sistemos padėties. „Metų vadovu 2006“ išrinktas Šiaulių apskrities ligoninės generalinis direktorius P. Simavičius.

Pastaraisiais metais psichiatrams tenka vis daugiau nominacijų. 2005 m. „Metų vadovu“ išrinktas Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės direktorius V. Mačiulis. 2006 m. rinkimuose psichiatrams atiteko net kelios nominacijos. „Metų strategu 2006“ nominuotas Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centro direktorius Raimundas Alekna. „Metų novatoriumi 2006“ tapo Švėkšnos psichiatrijos ligoninės vyriausiasis gydytojas Juozas Vičius.



J. Vičius –
Metų novatorius
2006

Klinikinių tyrimų kalba

Regina Dobelienė

Klinikinių tyrimų kalba – tai įrodymų kalba. Gydytojui praktikai būtina suprasti, ką reiškia klinikiniuose tyrimuose vartojamos sąvokos, ir ne mažiau svarbu rasti nežargoninius lietuviškus atitikmenis, jeigu norime būti ne tik geri, bet ir kultūringi specialistai. Todėl jau atėjo laikas mėginti susitarti ir dėl klinikinių tyrimų kalbos. Štai keletas problemišų terminų.

Anglų kalbos terminus *trial, study, investigation* verčiame *tyrimas* arba *studija* – ar toks vertimas teisingas?

Sprendžiant iš anglų kalbos aiškinamųjų žodžių, tikslesnis *trial* atitikmuo būtų (*iš*)*bandymas*. *Study/investigation* atitikmuo – *tyrimas*, o ne *studija*. *Studija* yra mokslo darbas (žr. „Interleksis“). Tiesa, žodis *studija* pastarąjį dešimtmetį pradėtas vartoti kaip *tyrimo* sinonimas, tačiau tokia vartoseną ir neįprasta, ir ne labai pagrįsta, nes šių žodžių reikšmės lietuvių kalboje visiškai tapachios, o sinonimijos terminologijoje reikėtų vengti.

Ar taisyklingas anglų k. termino *double blind randomized placebo controlled multicenter study* atitikmuo – *dvigubai aklas, atsitiktinis, kontroliuojamas placebo daugiacentris tyrimas*?

Terminas nėra geras, nes: pirma, *dvigubai* lietuvių kalboje vartojamas su lyginamojo laipsnio būdvardžiais (plg. *dvigubai didesnis*). Antra, *blind* turinį (tai, kad nei pacientas, nei gydytojas nežino, ką – vaistą ar placebo – vartoja pacientas) lietuviškai derėtų nusakyti junginiu *abipusiškai išslaptintas*. Trečia, *atsitiktinis* sietinas ne su *tyrimu*, bet su *atranka*, todėl turėtų būti *atsitiktinės atrankos* (*atranka* perteiktų ir anglų *randomized* (ne *random*, t.y. *atsitiktinis*) prasmę. *Atranką* liudija ir sąvokos turinys – pacientų grupės ne šiaip sudaromos, bet atrenkamos: jie skiriami į tą ar kitą grupę pagal amžių, lytį, ligos

sunkumą ir kitus požymius atsitiktinai, bet santykinai tolygiai (tik tokiu būdu galima neutralizuoti psichologinių ar ir kitų nežinomų veiksnių įtaką pacientui, galinčią iškreipti tyrimo rezultatus). Tai gi visas terminas būtų *abipusiškai išslaptintas atsitiktinės atrankos placebo kontroliuojamas tyrimas*.

Koks būtų tikslus *open label/ open label study/open study* atitikmuo?

Kaip rodo šaltiniai, *open label* yra žargonas, specialiuosiuose žodynuose teikiamas terminas *open study* – *atvirasis tyrimas* (įvardžiutinė forma labiau terminologizuota).

Medicinos literatūroje pasirodė naujas terminas *disease management* – ar tiktų atitikmuo *ligos (sutrikimo) vadyba*? O gal pakaktų tiesiog *gydymas, nes gydymas – tai ne tik vaistai, bet ir įvairios kitos priemonės*.

Nemanau, kad *gydymo* šiuo atveju pakaktų, nes, sprendžiant iš interneto šaltinių, tai nauja sąvoka: turimas galvoje ne tik pats gydymas, bet ir jo sąnaudų mažinimas, tinkamų socialinių sąlygų ligoniui sudarymas ir panašūs dalykai. *Ligos (sutrikimo) vadyba* – visiškai tinkamas terminas, jeigu tik jis tiksliai nuskaido sąvokos turinį. Tą turėtų spręsti specialistai.

Ar vaistai yra skiriami *vieną kartą dienoje, ar per dieną*?

Negerai *nei dienoje, nei į dieną* – tai rusiškų konstrukcijų „kalkės“, turėtų būti *per dieną*.

Ar *terapija* ir *gydymas* sinonimai ir kada geriau vartoti vieną, o kada kitą?

Taip, iš dalies sinonimai, bet ne visai: *terapija* [gr. *therapeia* – gydymas, slaugymas], *med.*: 1. gydymas nechirurginiais metodais; 2. mokslas, nagrinėjantis vidaus ligas ir jų gydymą (žr. „Interleksis“). *Gydymas* patogesnis dėl to, kad sudaro terminų sistemą, turinčią veiksmožodį: *gydyti, gydytojas, gydymas*. Žodis *terapija* neturi „poros“ – veiksmožodžio, bet užtat pralenkia lietuvišką atitikmenį darumu: *hemoterapija, imunoterapija, bakterioterapija, elektroterapija, galvanoterapija, helioterapija, hidrosudoterapija, hidroterapija, hipnoterapija, inhaliatorius, kineziterapija, kiuriterapija, klimato terapija, krioterapija, kurortoterapija, psichoterapija* ir kt. Jeigu visus šiuos terminus mėgintume keisti lietuviškais atitikmenimis, šie būtų mažiausiai dvižodžiai, o kai kurie visiškai sutaptų su sąvokos apibrėžtimi. Vienažodžiai terminai daug patogesni, nes trumpumas yra vienas iš kalbos raidos dėsnų. Tai gi kurį – *gydymą* ar *terapiją* – ir kada vartoti, priklauso nuo konteksto. Stiliaus sumetimais kartais ir kokią *meno* ar *šviesos terapiją* tekste galima vartoti pramaišui su *gydymu* *menu* ar *šviesa*.

Paslaugos asmenims turintiems ilgalaikę sunkią psichikos negalią

Nijolė Goštautaitė Midttun
VšĮ Psichikos sveikatos iniciatyva

Ilgalaikę sunkių psichikos sutrikimų sukelta negalia – sunki našta sergančiam asmeniui, jo artimiesiems ir visuomenei. Negaudami adekvačių ir veiksmingų paslaugų bendruomenėje, šie asmenys naudoja brangias ligoninių paslaugas – ilgai, dažnai pakartotinai gydosi psichiatrijos skyriuose ir ligoninėse. Kai artimieji nebepajėgia pasirūpinti, jų netekus arba neturint, šiems pacientams skiriama ilgalaikė globa ir rūpyba psichoneurologiniuose pensionatuose, kurie perima šių pacientų psichikos sveikatos priežiūrą. Tačiau tai brangi alternatyva: pirmiausiai savo kaštais, nes tenka pilnai išlaikyti darbingo amžiaus suaugusį žmogų, be to, dažniausiai nesumažėja ir stacionarinės psichiatrinės pagalbos apimtis. Dar ryškesni yra gyvenimo kokybės praradimai: socialinių ryšių, prasmingos ir produktyvios veiklos. Lietuvoje vis dar nėra paslaugų alternatyvių aukščiau paminėtosioms, skirtų būtent sunkią ilgalaikę negalią dėl psichikos sutrikimo turintiems asmenims.

Tinkama pagalbos alternatyva sunkią negalią dėl psichikos sutrikimo turintiems asmenims – tai Aktyvaus gydymo bendruomenėje komandos (Test&Stein, 1976; Test, 1992, Drake&Burns, 1995). Šią paslaugą 1998 m. Robert Wood Johnson Fondas (JAV) pripažino įrodymais pagrįstu metodu, skirtu sunkią ir ilgalaikę negalią dėl psichikos sutrikimo turintiems asmenims, o Šizofrenijos gydymo rezultatų tyrimų komanda (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) JAV rekomenduoja šį metodą šizofrenijai gydyti. JAV sveikatos apsaugos finansavimo admi-

nistracija Aktyvaus gydymą bendruomenėje (AGB) paslaugą kompensuoja iš Medicaid biudžeto.

Kai kuriais bruožais šis kompleksinis gydymo metodas yra panašus į anksčiau Lietuvoje veikusią dispancerizacijos sistemą. Šis gydymas, tiesa, yra intensyvesnis, be to numatyti specifiniai gydymo tikslai ir rezultatų įvertinimo kriterijai. Pagrindinis AGB ypatumas yra tai, kad šis metodas skirtas specifinei, lėtinę negalią sukeliančių, sunkių sutrikimų grupės gydymui.

Akivaizdu, kad pritaikant naujas paslaugas Lietuvoje tenka pasirinkti kas yra tinkama, o kas ne. Šią metodiką Lietuvos sąlygoms pritaikė ir išmėgino straipsnio autorė, tačiau iki šiol ši aiškiai apibrėžta ir praktiškai išmėginta metodika nėra galutinai įdiegta. Ne taip seniai iškilo ir paslaugos pavadinimų problema: kai kur ši paslauga pradėta vadinti gydymo namuose paslauga – tačiau tai nėra adekvatus ar vykęs terminas, nes jis neatspindi nei personalo veiklos ir reabilitacijos intensyvumo, juolab kad paslauga teikiama ne tik gyvenamoje vietoje, kuri taip pat ne visada yra namai. Ši paslauga yra tinkama ne tik institucionalizacijos (patekimo į pensionatą) prevencijai, bet gali būti ir tikslingai taikoma deinstitucionalizuojant – t.y. psichikos negalios žmones perkeliant iš pensionatų į bendruomenę ir juos integruojant. Pailiavę keliantys pavadinimai ne vienintelė problema, nes kaitaliojant metodo turinį, nepraėjus apmokymų ir nesilaikant metodui keliamų reikalavimų – nepavyks užtikrinti ir gydymo rezultatų.

Paslaugos apibrėžimas

Aktyvus gydymas bendruomenėje (AGB) – tai kompleksinė psichikos sveikatos paslauga, skirta ilgalaikę negalią dėl sunkaus psichikos sutrikimo turintiems asmenims, kurių būklės ir gyvenimo kokybės nepavyksta pagerinti įprastais psichiatrinės pagalbos metodais. Tai paslauga, kurioje komanda kompleksiskai taiko įvairius psichiatrinio gydymo metodus, siekdama konkrečių gydymo ir gyvenimo kokybės tikslų.

Specifiniai AGB bruožai:

- gydymas yra kompleksinis, nuoseklus, visaapimantis ir lankstus;
- gydymas vyksta paciento, o ne klinikinėje (ligoninė, PSC) aplinkoje;
- paslauga teikiama tol, kol jos reikia;
- gydymas ir pagalba yra individualizuoti (ne algoritminiai);
- paslaugos prieinamos ištiesią parą, visus metus;
- komanda aktyviai įtraukia pacientą gydymą (lanko namuose ir pan.)
- komanda yra visiškai atsakinga už konkretų ligonį (gydymą medikamentais, psichologinę, socialinę pagalbą)

Komanda, specialistai

AGB komanda – tai tarpdisciplininė 10–12 psichikos sveikatos specialistų komanda, kuri yra pagrindinis kompleksinių psichiatrijos ir psichikos sveikatos paslaugų teikėja. Pilnai suformuota komanda aptarnauja 80–120 pacientų (120 – mieste, apie 80 – kaime). Taikant metodą Lietuvoje galima galvoti apie mažesnę susitikimų intensyvumą, taip pat šiek tiek padidinti pacientų, tenkančių personalo nariui skaičių (pavyzdžiui, 1:15). Komanda pati teikia ir

kontroliuoja visas gydymo procedūras, netarpininkaudama kitoms paslaugoms, tuo skiriasi nuo atvejų vadybos metodo. Savo struktūra ir paslaugomis komanda pasižymi ir stacionarinės ir ambulatorinės grandies komandų bruožais.

Kadangi komanda teikia visas gydymo ir reabilitacijos paslaugas, tad nariai turi būti įgiję išsilavinimą vienoje iš šių specialybių – gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, psichologas, socialinis darbuotojas psichiatrijoje. Realiausia Lietuvoje, kaip ir pasaulyje, kad komandos pagrindą sudarytų psichikos sveikatos slaugytojos ir psichiatrijos socialiniai darbuotojai, o psichiatras prižiūrėtų, konsultuotų bei mokytų komandos narius. 100 klientų rekomenduojamas vienas psichiatro etatas. Svarbu, kad komandoje dalyvautų psichologas, priklausomybės ligų specialistas (nebūtinai psichiatras) bei užimtumo/darbo reabilitacijos specialistas. Esant pilnai komandai reikalinga bent 0,5 etato administratoriui. Paslaugą teikianti komanda turi išmokti specifinių šiai paslaugai teikti reikalingų įgūdžių, įvertinimo metodų, paslaugos teikimo dokumentacijos bei procedūrų. Ši mokyimo programa Lietuvoje sukurta 2003 m. ir buvo dėstyta Slaugos specialistų kvalifikacijos tobulinimo kursų sistemoje.

Kam skirta ši paslauga

Ši paslauga teiktina palyginus nedideliam skaičiui pacientų, kuriems gydytojo yra diagnozuotas sunkus psichikos sutrikimas, kuriems įprasto gydymo eigoje išnyksta tik dalis simptomų

ir pasireiškia rezistentiškumas gydymui, kuriems nustatyta negalia, ryškiai sutrikdanti kasdieninį funkcionavimą bei apribojanti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą. Tai savimi tinkamai pasirūpinti nesugebantys asmenys, dažnai neturintys būsto, darbo, jiems nustatytos dvigubos psichiatrinės diagnozės (dažnai priklausomybės ligų), buvę susidūrimų su teisėsauga. Diagnozės požiriu AGB paslauga teiktina asmenims, kuriems diagnozuoti šizofrenijos spektro sutrikimai (F20 – 29) bei bipolinis sutrikimas, kuriems nustatyta I-a invalidumo grupė ir dėl šių sutrikimų jie itin dažnai naudojasi stacionariomis psichiatrijos paslaugomis.

JAV federalinio sveikatos draudimo bendrovė Medicaid nurodo tokius šios paslaugos teikimo kriterijus:

Paslauga teiktina individams, kurie yra dažnai arba ilgai hospitalizuojami psichiatrijos skyriuose arba ligoninėse ir atitinka vieną iš šių kriterijų:

a) Trys ir daugiau hospitalizacijų per pastaruosius 12 mėnesių, arba;

b) Penkios ir daugiau hospitalizacijų psichiatrijos skyriuje, ligoninėje arba krizių stabilizavimo programoje per pastaruosius 24 mėnesius;

c) Buvo per pastaruosius 12 mėn. psichiatrijos skyriuje arba ligoninėje hospitalizuotas imtinai ilgiau nei 180 d.

Ši paslauga neteiktina asmenims, kuriems diagnozuotas protinis atsilikimas. Psichoaktyvių medžiagų vartojimas arba priklausomybė nuo jų nėra kontraindikacija paslaugai. Rekomenduotina, kad ši paslauga būtų prieinama ir neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, nes tokiu būdu su-

mažėtų būtinosios pagalbos šiems asmenims apimtys.

Paslaugos efektyvumas

Ši paslauga Psichikos sveikatos Instituto (Madisonas, Viskonsino valstija, JAV) apibrėžta ir pradėta taikyti 1972 m. Yra atlikta tyrimų, kuriais daugelį kartų patvirtintas šios paslaugos veiksmingumas tikslinei lėtinę psichikos negalią turinčių asmenų populiacijai. Viename iš pirmųjų Stein ir Test (1980) atliktų metodo efektyvumo tyrimų nustatyta, kad:

- Tik 12 iš 65 AGB gavusių pacientų per metus buvo hospitalizuoti, tuo tarpu kontrolinėje grupėje hospitalizuoti 58 – iš 65;
 - Net ir rehospitalizuoti AGB paslaugą gavę pacientai, ligoninėje išbuvo žymiai trumpiau, nei kontrolinės grupės pacientai;
 - AGB paslaugą gavę klientai, lyginant su kontroline grupe: ilgiau gyveno savarankiškai, trumpiau buvo bedarbiais, uždirbo daugiau, jų socialiniai santykiai buvo geresni, juos gydant greičiau sumažėdavo psichikos sutrikimo simptomai;
 - Nors AGB paslaugą gavę klientai ilgiau gyveno bendruomenėje, o ne globos namuose, nepadidėjo našta artimiesiems;
 - Buvo sutaupyta lėšų, lyginant su globa institucijoje;
- Kitame Stein, Knoedle ir bendraautorių 1994 m. paskelbtame, net septynerius metus trukusiame tyrime, kuriame dalyvavo 122 šizofrenija sergantys asmenys (atsitiktinai paskirstyti gauti AGB arba įprastas psichiatrijos paslau-

gas) nustatyta, kad AGB gavę pacientai:

- hospitalizuojami trumpiau;
- ilgiau dirba;
- ilgiau ir sėkmingiau gyvena savarankiškai;
- jų gyvenimo kokybė geresnė;
- nepagausėja savizudybių.

Šis paslaugų modelis buvo perimtas ir pritaikytas daugelyje pasaulio šalių. AGB pasaulinė taikymo patirtis rodo, kad:

1) Taikant AGB ryškiai sumažėja dienų, praleistų psichiatrijos ligoninėje skaičius (Olfson, 1990; Test, 1992)

2) Veiksmingiau malšina psichikos sutrikimo simptomus šiai pacientų grupei, nei tradicinės gydymo alternatyvos (Hout et al, 1983; Stein&Test, 1980)

3) Pacientai yra labiau patenkinti savo gyvenimo kokybe (Hout et al, 1983; Mulder, 1985; Stein&Test, 1980)

4) Ši paslauga nekainuoja daugiau nei gydymas kontrolinėje grupėje, gaunančioje įprastas paslaugas (Hout et al, 1983; Mulder, 1985; Stein&Test, 1980);

Albertos (Kanada) Psichikos sveikatos taryba 2001 m. paskelbė duomenis apie provincijoje veikiančių Aktyvaus gydymo bendruomenėje komandų veiklos rezultatus. Nustatyta, kad taikant gydymą AGB:

- Per dvejus metus statistiškai patikimai sumažėjo psichikos sutrikimo simptomatika, vertinant Trumpa psichiatrinio įvertinimo skale (BPRS) ($t(32) = 3.393, p < .002$);
- Sumažėjo savizudybės rizika, verbalinė agresija;
- Pagerėjo somatinė sveikata;
- Pagerėjo santykiai tarp specialistų ir kliento;
- Pagerėjo pacientų socialiniai ryšiai;
- Daugiau pacientų laikėsi specialisto paskirto gydymo, vartojo vaistus;
- Pagerėjo savarankiško gyvenimo įgūdžiai;
- Pagerėjo klientų gyvenimo kokybė; (Kathy Cairns ir bendraautorai, 2001)

AGB paslaugos tikslai **Šia paslauga yra siekiama:**

- Užtikrinti adekvačią tęstinę pagalbą lėtinę negalią dėl psichikos sutrikimo turintiems pacientams;

- Sumažinti arba pašalinti negalią sukeliančius psichikos sutrikimo simptomus;
- Užkirsti kelią sutrikimo epizodų pasikartojimui;
- Sutrumpinti hospitalizacijos trukmę ir dažnį;
- Gerinti socialinius įgūdžius ir socialinių prisitaikymą;
- Sudaryti įsidarbinimo galimybes ir suteikti palaikymą darbo vietoje;
- Institucionalizacijos (patekimo į globos įstaigas) prevencija;
- Užtikrinti ir pagerinti gyvenimo kokybę;
- Sumažinti našta šeimai ir globėjams;
- Sumažinti psichiatrinės pagalbos kaštus.

AGB paslaugos teikimas

Paslauga turi būti prieinama visą parą ištisus metus (įskaitant, šventes ir savaitgalius). Kartais vietoj fizinio būdino komandos nario, galima palaikyti kontaktą telefonu. Teikiant paslaugą Lietuvoje reikalaujama paslaugos prieinamumą užtikrinti yra lengviausia komandą steigiant prie stacionarų, kitais atvejais reikalingas bendradarbiavimas su kitomis tarnybomis (pavyzdžiui, greitosios pagalbos/krizių intervencijos tarnybomis, ligoninėmis). Paslauga turi būti lengvai prieinama klientui, tačiau gauti ją gali tik asmuo atitinkantis kontingento kriterijus. Asmenis AGB paslaugai gali nukreipti: specialistas (psichiatras), šeimos gydytojas, pats asmuo, gali kreiptis šeimos nariai, artimieji, tačiau remiantis griežtais kriterijais paskirti paslaugą turėtų AGB komanda. Tai elektyvi paslauga.

AGB teikiamo gydymo specifiškumas tai, kad gydymas vyksta bendruomenėje – ne ligoninėje esančiame biure, namuose, visuomeninės paskirties aplinkoje, dienos centre. Gan sudėtinga problema yra medikamentinio gydymo finansavimas. Daugelyje pasaulio šalių AGB komanda, visiškai atsakydama už savo klientus, pati įsigyja ir skiria vaistus pacientams. Lietuvoje kol kas nėra aišku ar medikamentų finansavimui bus pritaikytas stacionaro modelis (vaistus įsigyja įstaiga/komanda ir skiria pagal poreikį) ar ambulatorinis modelis (vaistus skiria komanda kaip

ambulatorinių paslaugų teikėjas ir pacientas pagal receptą vaistus įsigyja pats). Taikant stacionarinį modelį gali išaugti paslaugos teikimo kaštai, ypač skiriant atipinius antipsichozinius vaistus, nors jų suvartojimas ir būtų racionali. Taikant ambulatorinį modelį, dalis pacientų gali dėl reikalingos priemonės vaistui nepajėgti įsigyti vaistų ir todėl negauti medikamentinio gydymo.

Kitas svarbus klausimas yra sveikatos priežiūra hospitalizacijos metu, kaip pareigas ir atsakomybę dalinasi komandos psichiatras ir kiti komandos specialistas su stacionarinės įstaigos personalu. Šiuo atveju vėlgi palanku, kai komanda veikia prie ligoninės, kurioje psichiatras ir slaugos personalas yra įstaigos darbuojai galintys dirbti su pacientu ir ambulatoriškai ir stacionare.

AGB paslauga teikiama ribotam klientu kontingentui nuolat, net ir tada kai jie patys nesikreipia (aktyviai įvertinama jų psichikos būklė, situacija, poreikis gydymui), kreipusis pacientui su juo susitinkama valandų bėgyje. Tai žinoma priklauso nuo atstumo.

Tradiciniame modelyje AGB paslaugos teikimo trukmė neribota. Tačiau psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms vystantis atsiranda nauji standartai ir reikalavimai: šiuolaikinėse AGB paslaugose reikalaujama, kad kas 12 mėnesių pacientas būtų iš naujo įvertinamas ar ir toliau atitinka paslaugos teikimo kriterijus, indikacijas paslaugai ir ar nebūtų galima jo perkelti į mažiau intensyviausias paslaugas.

Paslaugos pritaikymas Lietuvoje

Aktyvaus gydymo bendruomenėje paslauga Lietuvoje buvo praktiškai išmėginta pilotinio Atviros Lietuvos fondo finansuoto projekto metu. Projekto metu komandos veikė prie Psichikos sveikatos centrų bei buvo išmėgintas neformalios mobilios specialistų komandos organizuotos prie nevyriausybinės paslaugų vartotojų organizacijos „Giedra“ modelis. Visi paslaugas teikę specialistai buvo parengti pagal vieningą programą ir dirbo su 3–6 klientais, kuriems buvo iškilusi patekimo į globos įstaigas grėsmė. Kartu su klientais buvo sudaryti individualūs

pagalbos planai. Iš 17 klientų, su kuriais dirbo komandos per metus laiko tik du pateko į specializuotas globos įstaigas (N. Goštautaitė Midttun, 2000). Neformalios komandos modelis taip pat pasiteisino teikiant pagalbą praktiškai iš namų neišeinantiems pacientams. Gydy-mo bendruomenėje komandos sudaro sąlygas gydymo ir reabilitacinę pagalbą maksimaliai pritaikyti prie pacientų poreikių.

Formalizuotą Aktyvaus gydymo bendruomenėje paslaugą (atitinkančią originalios programos kriterijus) Lietuvoje šiuo metu tinkamiausia organizuoti prie psichiatrijos ligoninių (kaip ligoninės padalinius bendruomenėje), ypač jeigu joms bus galimybė rinktis kurią paslaugą suteikti – ilgalaikę hospitalizaciją, rehospitalizaciją ar AGB. Jeigu ligoninės teikdamos alternatyvią AGB paslaugą neprarastų lėšų už šiuos pacientus, pavyktų sumažinti ilgalaikių hospitalizacijų ir siuntimų į pensionatus.

Nauja taikymo sritis galėtų būti priverstinis ambulatorinis gydymas, numatytas Civiliniame kodekse.

Taikomi metodai

AGB komanda taiko visus pripažintus psichiatriinio įvertinimo ir gydymo metodus. Dažniausiai naudojami šie:

- Specialisto konsultacija (psichiatras, psichologas, socialinis darbuotojas, slaugytojas psichiatrijoje, užimtumo/darbo reabilitacijos specialistas);
- Psichoterapinis konsultavimas (kognityvinė elgesio psichoterapija);
- Medikamentinis gydymas psichotropiniais medikamentais;
- Psichoedukacija pacientui ir šeimai;
- Psichosocialinė pagalba;
- Psichiatriinė reabilitacija

Lėtinę psichikos negalią turintiems pacientams AGB yra veiksmingas metodas, kurį taikant sumažėja hospitalizacijos poreikis, efektyviau vartojami vaistai, užtikrinama geresnė psichikos ir somatinė sveikata, klientai integruojasi bendruomenėje ir šeimoje, tačiau dėl to nepadidėja našta artimiesiems. Visa tai gerina psichikos liga sergančių asmenų gyvenimo kokybę ir priartina mus prie pilnavertės ir humanistiškesnės visuomenės.



Abstract Submission Deadline: 14 September 2007

This 4th Biennial Conference of the International Society for Affective Disorders

aims to promote research and interdisciplinary discussion on the following topics:

- Causation of affective disorders.
- Primary and secondary prevention of affective disorders.
- Treatment of affective disorders.

Abstracts are currently invited for free oral and poster presentations to supplement the following plenary lectures and symposia.

Abstracts should be submitted by
14 September 2007.

SYMPOSIA

- Advances in the treatment of depression: Do we need to get physical?
- Cardiovascular risk and metabolic syndrome in depression – connections and directions
- Foetal origins hypothesis of mood disorders
- Genetic polymorphisms in anxiety disorders and depression: Recent findings and controversies
- Mood and food: The impact of diet on affective disorders
- The intergenerational transmission of affective disorders
- IPA Symposium
- Advocacy Symposium “Building Bridges”
- Novel targets for novel antidepressant drugs
- Stress-reactivity and depression
- Hormones and hormonal interventions as treatment for affective disorders – a 2008 update
- Psychotherapy of chronic depression
- Enhancing treatment and research outcomes in bipolar disorders
- New insights into bipolar disorder using novel imaging

For further information
and to submit abstracts please visit

www.isad.elsevier.com

or contact

jm.seabrook@elsevier.com

Citatos

Dažniausiai tai atsitinka [*sutrinka dvasinė sveikata, red. pastaba*], kai nuodingi aplinkos veiksniai įveikia vidinius apsauginius išteklius ir tautos dvasia, nustoju- si priešintis, susitaiko su netikromis vertybėmis, palūž- ta nuo ilgai besitęsusio žeminimo.

Dainius Pūras
Visuomenės sveikata – laikas įveikti krizę
www.DELFI.lt 2006 12 05

•••

Ką gi, lieka tik priimti Kuzmos Prutkovo patarimą: „Nori būti laimingas? Būk!“. Ne tik. Yra dar toks fak- tas – buvome mes kažkada visi mūsų tėvelio spermato- zoidais, išgyvenusiais tarp milijonų žuvusių spermato- zoidų ir apvaisinusiiais mūsų motinų kiaušialąstes. Visi spermatozoidai žuvo – o mes davėme pradžią savo pa- čių gyvybei. Taigi visi, kas gyvi – visi mes laimingi lai- mėtojai. Jei tik prisiminsime apie tai dažniau.

Ir nėra čia ko į sąlygas žiūrėti – lemiamos įtakos mū- sų laimei jos neturi. Tiesiog priimkime, kad laimingo spermatozoido atmintis glūdi visų mūsų sielose. Ir už- mikime, ir nubuskime su mintimi: mes – laimingieji. O statistiką pamirškime – ji pati pasikeis.

Olegas Lapinas, www.DELFI.lt
2007 02 21

•••

Šiaip aš neturėčiau tikėti magija, tačiau ką man dary- ti, jei ji veikia?

Ar jau apsisukai prie varpinės?

Olegas Lapinas, www.DELFI.lt
2006 m. liepos mėn. 6 d.

•••

Pasakyti sau „daugiau taip nebedarysiu“ nepakanka. Pirmiausiai reikia pripažinti, kad esi maniakas. Nebūti- nai blogąja prasme. Juk galime pasakyti sau: „Esu ori- ginalus maniakas.“

Olegas Lapinas apie apsipirkimo maniją
„Lietuvos rytas“ 2007 05 14 Nr.107
„Nuo apsipirkimo manijos
geriausiai saugo grynieji pinigai“

•••

Vyriškis ilgesingai žiūri į gėrimų meniu. Paskui sako oficiantui: – Atneškite ko nors nealkoholinio.

Oficiantas: – Ko pageidausite: mineralinio ar vaisvan- denių?

Vyriškis: – Man vis vien. Šioje srityje aš visiškai diletantas.



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.

Beadrinis 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. Prieikus 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, seniai įvykęs miokardo infarktas, dekompenzuotas širdies nepakankamumas, aritmijos, gydomos IA ir III klasės antiaritminiais vaistais.

Ypatingi įspėjimai ir atsargumo priemonės

Ziprazidono saugumas ir efektyvumas vaikams bei paaugliams neįvertintas. Ligai vartojamas ziprazidonas gali sukelti vėlyvąjį 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 msec., 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, atitacija, akatizija, svaigulys, distonija, ekstrapiramidinis sindromas, hipertenzija, 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

Įgaliotas atstovas Lietuvoje

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

Teksto peržiūros data
2005 05 18





30 mg ir 45 mg tabletės

mirzaten[®]
mirtazapinas

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 savaičių. Jis būna laikinas ir dažniausiai išnyksta baigus vartoti vaistą. Atsargumas ir reguliarus 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 sedatyvinių benzodiazepinų poveikį. Mirtazapino nereikėtų vartoti kartu su MAO inhibitoriais ir 2 savaites jų vartojimą baigus. **Nepageidaujami 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, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovenija
Krka atstovybė Lietuvoje, A. Goštauto g. 40, 01112 Vilnius, tel. (8–5) 236 27 40

 KRKA