



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

Specifisko prasmju attīstīšana darbā ar psihiski slimām personām

Mācību materiāls

Rīga

2019

ANOTĀCIJA

Metodiskajā līdzeklī par specifisko prasmju attīstīšanu darbā ar psihiski slimām personām autori ārsti psihiatri Inga Zārde un Jānis Bušs dod iespēju dažādu specialitāšu ārstniecības personām (ārstiem, ārstu palīgiem, māsām, māsu palīgiem) apgūt zināšanas un padziļinātāku izpratni par dažādiem, biežāk sastopamiem psihiskiem traucējumiem un saslimšanām, tajā skaitā akūtām situācijām psihiatrijā, īpašu uzmanību pievēršot traucējumu un saslimšanu izpausmēm un pacientu komunikācijas īpatnībām. Metodiskajā līdzeklī uzsvērta terapeitisku attiecību un empātiskas komunikācijas nozīme darbā ar psihiski slimām personām, kā arī aprakstīta to būtība un sastāvdaļas, kas ietver konfidencialitāti, empātisku klausīšanos, neverbālo komunikāciju, klusuma izmantošanu, klarifikāciju un pārfrāzēšanu, uz emociju nosaukšanu vērstu sarunu, jautājumus, ārstniecības personas izjūtas un pašrefleksiju. Kā arī aprakstīts izdegšanas sindroms ārstniecības personām.

SATURS

IEVADS	4
1. PSIHISKU UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS UN CĒLOŅI. BIOPSIHOSOCIĀLAIS MODELIS	6
2. PSIHISKU TRAUCĒJUMU RAKSTUROJUMS: IZPAUSMES, SASKARSMES UN UZVEDĪBAS ĪPATNĪBAS.....	8
2.1. Nervu sistēmas attīstības traucējumi.....	8
2.2. Organiski psihiski traucējumi	11
2.2.1. Demence	11
2.2.2. Epilepsija	12
2.3. Šizofrēnija	13
2.4. Garastāvokļa traucējumi	16
2.4.1. Depresija.....	16
2.4.2. Bipolāri traucējumi.....	18
2.5. Neirotiski traucējumi	19
2.5.1. Trauksme	19
2.5.2. Somatoformi traucējumi.....	20
2.6. Ēšanas traucējumi	21
2.7. Personības traucējumi	23
3. RĪCĪBA KRĪZES JEB AKŪTĀS SITUĀCIJĀS	25
3.1. Akūta stresa reakcija	25
3.2. Panikas traucējumi	25
3.3. Pašnāvība	27
3.4. Nesuicidāls paškaitējums	29
3.5. Akūta psihoze.....	30
3.6. Akūti apziņas traucējumi	31
3.7. Psihiatriska palīdzība bez personas piekrišanas.....	31
4. KOMUNIKĀCIJAS UN KONSULTĒŠANAS PRASMES DARBĀ AR PSIHISKI SLIMĀM PERSONĀM	33
4.1. Konfidencialitāte.....	33
4.2. Empātiska komunikācija	34
4.2.1. Klausīšanās	34
4.2.2. Neverbālā komunikācija.....	35
4.2.3. Klusums.....	36
4.2.4. Klarifikācija un pārfrāzēšana.....	37
4.2.5. Uz emociju nosaukšanu vērsta saruna.....	37
4.2.6. Jautājumi	38
4.3. Savu izjūtu izpratne un vadīšana.....	39
4.4. Rūpes par sevi, izdegšanas sindroms	41
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI.....	42

IEVADS

Attiecības starp ārstniecības personu un pacientu ir ļoti svarīgas veselības aprūpē, un tām ir īpaša nozīme darbā ar psihiski slimām personām. Lai nodrošinātu efektīvu psihisko traucējumu un saslimšanu diagnostiku, pacientu ārstēšanu un aprūpi, būtiski ir panākt efektīvu komunikāciju ar pacientu. Komunikācijas prasmes bieži vien nav tas, uz ko pārsvarā koncentrējas veselības aprūpes speciālistu apmācībās.

Psihiskie traucējumi un saslimšanas, ar kurām skarti pacienti, ir daudz un dažādas. Panākt un uzturēt efektīvu komunikāciju ar šiem pacientiem var būt sarežģīti un izaicinoši pat pieredzējušām ārstniecības personām. Lai komunikācija izdotos efektīva, ļoti būtiski ir izveidot terapeitisku attiecību modeli starp ārstniecības personu un pacientu. Terapeitiskas attiecības nozīmē to, ka tās ir uz pacientu centrētas, drošas, konfidenciālas, uzticamas un pastāvīgas attiecības ar adekvātām un skaidrām robežām.

Terapeitiskas attiecības var veicināt pozitīvu ārstēšanas iznākumu netiešā veidā, kā arī tiešā veidā tās var būt terapeitiskas pacientam. Pirmkārt, tās veido labvēlīgu vidi starp ārstniecības personu un pacientu, kas veicina uzticēšanos, līdz ar to pastiprinot pacienta līdzestību. Otrkārt tās uzlabo diagnostikas iespējas, jo pacients tiek labāk izprasts. Treškārt, tās darbojas kā pamats, lai sekmīgi tiktu galā ar sarežģījumiem ārstēšanas un aprūpes procesā. Visbeidzot tās rada apmierinātību gan pacientam, gan ārstniecības personai. Protams, ka daudzus psihiskus traucējumus un saslimšanas nevar izārstēt tikai ar terapeitisku attiecību palīdzību, taču daudzas līdzās pastāvošas emocionālas un psihiskas problēmas, kas parasti piemīt pacientiem ar psihiskiem traucējumiem un saslimšanām, kā, piemēram, zems pašvērtējums, var tikt krietni uzlabotas. Tādējādi terapeitisku attiecību esamība pacienta dzīvē tiešā veidā var palīdzēt tā personības attīstībā.

Terapeitisku attiecību nodibināšana prasa laiku un specifiskas zināšanas un prasmes. Ja terapeitiskas attiecības ar pacientu neizveidojas, ar lielāko varbūtību, neskatoties uz to, kādi ārstēšanas un aprūpes plāni ir paredzēti, nekas daudz netiks realizēts, izņemot abpusēju vilšanos un norobežošanos. Lai arī mijiedarbību starp ārstniecības personu un pacientu ietekmē abi, tomēr par to, kāda komunikācija izveidosies abu starpā, šajā gadījumā atbildīga ir ārstniecības persona, un tas ir atkarīgs no ārstniecības personas zināšanām, prasmēm un attieksmes pret pacientu. Spēja izveidot terapeitiskas attiecības ir ļoti lielā mērā saistīta ar ārstniecības personas spēju būt empātiskai pret pacientu. Empātiju pret personām ar psihiskiem traucējumiem un saslimšanām veicina, pirmkārt, zināšanas par šiem traucējumiem un saslimšanām. Izprast, kā ir dzīvot ar psihisku saslimšanu, nav viegli. Otrkārt, svarīgi apgūt zināšanas par to, kas ir empātiska komunikācija, un to praktizēt, lai attīstītu prasmes. Visbeidzot, empātiskas

komunikācijas spējas un attieksmi pret pacientu ietekmē ārstniecības personas personība un spēja reflektēt par savām izjūtām, domām un rīcību. [15]

1. PSIHISKU UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS UN CĒLOŅI. BIOPSIHOSOCIĀLAIS MODELIS

Pasaules Veselības organizācija psihisko veselību definē kā labklājības stāvokli, kurā persona realizē savu potenciālu, spēj tikt galā ar normāliem dzīves stresa apstākļiem, spēj produktīvi strādāt un spēj dot ieguldījumu savā sabiedrībā. Tas nozīmē, ka laba psihiskā veselība ir kas vairāk, nekā tikai psihiskas slimības neesamība. Tā ietver pašpietiekamību, adekvātu pašvērtējumu, spēju uzticēties, pieķerties citiem, dot un pieņemt draudzību un mīlestību, spēju veidot ilgstošu emocionālu piesaisti, izjust dziļas emocijas, piedot citiem un sev, pētīt sevi un mainīties, mācīties no pieredzes, izturēt neskaidrību un uzņemties riskus, kā arī spēju sapņot un fantazēt.

Kā definēt psihisku saslimšanu? Jāņem vērā, ka jebkuru psihi funkcionēšanu vai traucējumu intensitāte skatāma noteikta spektra ietvaros. Piemēram, intelektuālās spējas, salīdzinot visu populāciju, sniedzas no dziļiem intelektuālās attīstības traucējumiem līdz augstam intelektam. Ikviens indivīds intelektuālās spējas atrodas kaut kur šī spektra ietvaros. Tāpat ir ar pilnīgi visām psihi funkcionēšanu. To, kurā brīdī funkcionēšanu traucējumus var saukt par saslimšanu, kuru nepieciešams ārstēt, nosaka trīs faktori, no kuriem nepieciešami vismaz divi, lai uzstādītu diagnozi. Pirmkārt, tās ir cilvēka subjektīvās ciešanas psihi funkcionēšanu traucējumu dēļ. Otrkārt, ir ierobežota cilvēka funkcionēšana apkārtējā vidē un sabiedrībā. Treškārt, traucējumu intensitāte ir krietni mazāk sastopama populācijā, salīdzinot ar populācijas vidējo traucējumu vai funkcionēšanu intensitāti. Piemēram, intelektuālās attīstības traucējumi sastopami 1% no populācijas.

Biopsihosociālais modelis nozīmē to, ka psihi funkcionēšana, tajā skaitā psihiski traucējumi un saslimšanas, ir atkarīga no vairāku faktoru (bioloģisku, psiholoģisku, sociālu) mijiedarbības.

- **Bioloģiski faktori** var būt ģenētiska iedzimtība. Jāņem vērā, ka psihiskas saslimšanas attīstība ir atkarīga nevis no kāda viena gēna esamības, bet no vairāku gēnu mijiedarbības ar unikālo psihosociālo vidi, kurai pakļauts cilvēks. To pierāda identisko dvīņu pētījumi. Citi faktori var būt nervu šūnu savienojumu un neurotransmiteru funkcionēšana smadzenēs; infekcijas, kuras var ierosināt smadzeņu bojājumus; traumatiski vai organisku slimību izraisīti smadzeņu bojājumi; traucējumi smadzeņu attīstībā prenatālajā periodā vai traumatisks ievainojums dzemdību laikā, piemēram, skābekļa deficīts; toksisku vielu vai nepietiekama uztura iedarbība uz smadzenēm.

- **Psiholoģiski faktori** veidojas kā sekas personas agrīnās attīstības periodam. Psihes attīstību var ietekmēt emocionālas ciešanas bērnībā, kuras var ierosināt tādi faktori kā emocionāla, fiziska vai seksuāla vardarbība, nozīmīgas personas, piemēram, vecāka zaudējums, bērna pamešana novārtā, indivīda vāja spēja iekļauties apkārtējā vidē. Lomu spēlē arī emocionālā atbalsta personas pieejamība. Agrīnās emocionālās pieredzes virza cilvēka psihisko attīstību konkrētā virzienā, kas laika gaitā izveido cilvēka unikālās psihes īpašības. Šīs īpašības var vairāk vai mazāk veicināt psihisku saslimšanu attīstību.
- **Sociālie faktori** ir dažādi ārēji apstākļi visas cilvēka dzīves garumā, kuri ierosina psihes atbildes reakcijas, kas mijiedarbībā ar bioloģiskiem un psiholoģiskiem faktoriem var veicināt psihiskas saslimšanas attīstību, piemēram, tuva cilvēka zaudējums (nāve vai šķiršanās), jebkuras citas krīzes situācijas, piemēram, darba vai skolas maiņa, disfunkcionāla ģimenes dzīve, vientulība, darba apstākļi, finansiālā situācija, politiskā situācija valstī, dzīves apstākļi, sabiedrībā un kultūrā pieņemtās normas un daudzi citi apstākļi. [14; 16]

2. PSIHISKU TRAUCĒJUMU RAKSTUROJUMS: IZPAUSMES, SASKARSMES UN UZVEDĪBAS ĪPATNĪBAS

2.1. Nervu sistēmas attīstības traucējumi

2.1.1. Intelektuālās attīstības traucējumi

Intelektuālās attīstības traucējumi ir prāta nepilnīgas attīstības stāvoklis, kas īpaši izpaužas ar to iemaņu traucējumiem, kas parādās attīstības periodā un iespaido vispārējo intelekta līmeni (kognitīvās, valodas, motoriskās un sociālās iemaņas). Ierobežojumi intelektuālajā funkcionēšanā ietekmē personas spēju mācīties, spriest, pieņemt lēmumus, risināt problēmas. Ir traucētas ikdienā nepieciešamās adaptācijas spējas, piemēram, efektīva komunikācija, mijiedarbība ar citiem un pašaprūpe. Traucējumu smaguma pakāpes tiek noteiktas, izmantojot standartizētus intelekta (IQ) testus. Papildus var lietot skalas, kas nosaka sociālo adaptāciju konkrētajā vidē.

Populācijas vidējais IQ līmenis tiek pieņemts kā 100. Lielākā daļa jeb 75% no populācijas IQ līmenis ir 85 līdz 115 robežās. Intelektuālās attīstības traucējumu diagnozi var uzstādīt, ja personas IQ līmenis ir zemāks par 70, šāda izplatība ir aptuveni 1% no populācijas. 85% no tiem ir vieglas pakāpes traucējumi (IQ ir 50 līdz 70). Tas nozīmē, ka, apgūstot jaunu informāciju vai prasmes, šie cilvēki ir nedaudz lēnāki. Var būt nelielas mācīšanās grūtības skolā, taču daudzi pieaugušie spēj strādāt, uzturēt labas sociālās attiecības un būt noderīgi sabiedrībai. Vidēji smagu traucējumu IQ līmenis ir 35 līdz 50. Iespējama krasa attīstības atpalcība bērnībā, bet pacientu vairākums spēj mācīties, lai rastos dažas pašaprūpes iemaņas, spēj adekvāti kontaktēties un gūt sekmes mācībās. Pieaugušiem ir vajadzīgs dažādas pakāpes atbalsts, lai spētu dzīvot un strādāt sabiedrībā. Smagu traucējumu IQ līmenis ir 20 līdz 35, šīm personām nepieciešams nepārtraukts atbalsts. IQ līmenis, kas ir zemāks par 20, ir dziļi intelektuālās attīstības traucējumi, šādos gadījumos ir lielas grūtības ar sevis apkopšanu, tīrību, kontaktēšanos un kustībām.

Pazīmes, kuras liecina par intelektuālās attīstības traucējumiem, bērniem var parādīties jau pirmsskolas gados, bieži tas ir atkarīgs no traucējumu smaguma. Sākotnējās pazīmes var būt vēla velšanās, sēdēšana, rāpošana vai staigāšana, arī vēla runāšana vai problēmas runāšanas apgūvē. Lēni attīstās podiņa apgūšanas, patstāvīgas ģērbšanās un ēšanas prasmes, ir grūtības ar atmiņu, nespēja saistīt rīcību ar tās izraisītām sekām, grūtības ar loģisko domāšanu un problēmu risināšanu. Var būt arī uzvedības traucējumi, piemēram, spēcīgas dusmu lēkmes. Bērniem ar smagiem traucējumiem var būt arī citas veselības problēmas, piemēram, krampji, trauksmes traucējumi, autisms, traucētas motorās spējas, redzes un/vai dzirdes problēmas.

Pēc diagnozes noteikšanas, tiek noteiktas bērna stiprās un vājās puses, lai noteiktu, cik liels un kāds atbalsts bērnam nepieciešams, lai veiksmīgi funkcionētu mājās, skolā un sabiedrībā. Lai arī pacientiem trūkst nepieciešamo spēju veikt parastas ikdienas darbības, viņi var iemācīties jaunas prasmes, kaut arī to dara daudz lēnāk. Ar pietiekamu ārēju atbalstu lielākā daļa spēj dzīvot neatkarīgu pieauguša cilvēka dzīvi. Intelektuālās spējas un sociālā adaptācija laika gaitā var mainīties un, pat būdamas niecīgas, var uzlaboties mācīšanas un rehabilitācijas rezultātā. Skolas vecuma bērniem ieteicams mācīties speciāli pielāgotās skolās, kurās bērns spētu gūt pietiekamus panākumus, atbilstoši savam intelekta līmenim.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Mijiedarbībā ar šādu bērnu ir jāļauj un jāiedrošina darīt lietas pašam
- Jāsniedz pozitīvs vērtējums par paveikto un jāatbalsta, kad tas ir nepieciešams.
- Komunikācijā svarīgi būt pacietīgam, kamēr pacients apstrādā informāciju, nevajadzētu censties iejaukties un atbildēt viņa vietā.
- Lietderīgi ir iesaistīt dažādās sociālās aktivitātēs, piemēram, pulciņos, grupu nodarbībās, jo tas palīdz izkopt sociālās prasmes. [14]

2.1.2. Autiska spektra traucējumi

Autiska spektra traucējumi ir attīstības traucējumu grupa, kurus raksturo traucētas sociālās un komunikācijas spējas, kā arī ierobežotas, stereotipas, atkārtojošas intereses un darbības. Traucējumu spektrs ir, sākot ar autismu, maigākām tā formām un beidzot ar īpašībām, kas var piemist jebkuram, tai skaitā, citādi psihiski veselam cilvēkam. Diagnozes ir autisms, Aspergera sindroms un citi nespecifiski attīstības traucējumi. Lai arī 80% pacientu ar autisma diagnozi ir mācīšanās grūtības, 80% pacientu ar autisma spektra traucējumiem ir normāla intelektuālā spēja.

Raksturīgās pazīmes ietver grūtības socializēt, ir dažas vai nav nevienas noturīgas attiecības, raksturīga norobežošanās vai dīvaina komunikācija ar vienaudžiem. Pacienti parasti vērsti uz sevi, ar niecīgu interesi par citiem, vāju empātijas spēju, viņiem trūkst izpratne par sociālajām normām. Komunikācijas laikā pacients savādā, monotonā balss tonī, nepierastā skaļumā runā uz cilvēku (nevis ar), ar niecīgu izpratni par sarunu biedra atbildi. Valoda virspusēji var būt labā līmenī, taču tā ir pārāk formāla, nedabiska, pedantiska, ir apgrūtināta spēja izprast jebkādu citu teiktā nozīmi, izņemot burtisku. Neverbālās komunikācijas spējas ir limitētas, parasti novērojama indifera sejas izteiksme ar dažiem žestiem un patoloģisku skatienu. Raksturīga dīvaina, neparasta stāja un ķermeņa valoda.

Intereses par apkārt notiekošo ir šauras, uz mācīgas, neparastas un ierobežotas. Ir noteikta pieeja dienas ritmam, kas ietver neparastus rutīnas veida rituālus, jebkādas izmaiņas pacientu parasti nomāc.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Komunikācijā ar pacientiem nepieciešama pacietība, viņiem var būt nepieciešams ilgāks laiks informācijas pārstrādāšanai.
 - Pacientiem ar autiska spektra traucējumiem spēj koncentrēties tikai uz vienu domu vai ideju, tādēļ pie tās arī vajadzētu pieturēties, jo viņi, iespējams, vēlas runāt tikai par vienu tēmu, kurā viņi ir ļoti ieinteresēti konkrētajā laika periodā.
 - Pacientiem ar autiska spektra traucējumiem, visticamāk, nesapratīs neverbālo komunikāciju un nereaģēs, piemēram, uz smaidu. Viss tiek uztverts burtiski, tādēļ jābūt uzmanīgam savā teiktajā, metaforas vai izteicienus izmantot būtu nelietderīgi.
 - Pacientiem var būt problēmas gan izrādīt, gan kontrolēt savas emocijas, tādēļ nevajadzētu uztvert personīgi, ja pacients mēdz atbildēt skarbā veidā.
 - Pacienti visvairāk atbild labvēlīgam iedrošinājumam, tādēļ var runāt par viņa labo rīcību vai to atalgot.
 - Dažādas parastas skaņas, garšas, pieskārieni, smaržas pacientiem var likties fiziski sāpīgas.
- [14]

2.1.3. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms

Sindromam ir trīs galvenās simptomu grupas. Pirmkārt, tā ir neuzmanība, kas izpaužas kā paviršība pret detaļām, nespēja noturēt uzmanību, neklausīšanās, iesāktā nepabeigšana, slikta pašorganizācijas spēja, lietu pazaudēšana, aizmiršana, viegla uzmanības novēršana ar citiem stimuliem, izvairīšanās no uzdevumiem, kuri prasa ilgstošu uzmanību. Otrkārt, tā ir paaugstināta motorā aktivitāte, kuru visvairāk var novērot strukturētās situācijās, piemēram, vietas atstāšana klasē, skriešana, rāpšanās, nespēja spēlēt klusi. Treškārt, impulsivitāte, kas izpaužas kā pārmērīga runāšana, nespējot sagaidīt savu kārtu, runāšana citu vietā, pārtraukšana un uzstājība, vēloties pateikt savu sakāmo. Nosauktos var uzskatīt par simptomiem, ja šīs izpausmes ir vecumam neatbilstošā intensitātē, ilgst sešus mēnešus un sākas līdz 12 gadu vecumam. Zēniem tas ir četras reizes biežāk izplatīts nekā meitenēm.

Šie traucējumi var radīt papildu problēmas, piemēram, miega traucējumus, attiecību problēmas ar ģimenes locekļiem un vienaudžiem, mācīšanās grūtības, palielinātu nelaimes gadījumu risku. Ilgtermiņā var attīstīties zemākas akadēmiskās sekmes, nespēja iekļauties darba tirgū, grūtības attiecībās, tendence uz kriminālām darbībām, motorās koordinācijas traucējumi, autiska spektra traucējumi, tiki, vielu lietošana, trauksme, depresija, bipolārie traucējumi, antisociālas personības traucējumi. Simptomi var turpināties pieaugušā vecumā (20-30% paliekot sindroma līmenī, 60% sastopams viens vai vairāki simptomi). Impulsivitāte un hiperaktivitāte mazinās ātrāk, bet neuzmanība bieži saglabājas.

Neārstējot traucējumus, ir slikta prognoze. Ir pieejama simptomātiska medikamentoza terapija, ar kuras palīdzību var izvairīties no traucējumu izraisītām ilgtermiņa sekām. [14]

2.2. Organiski psihiski traucējumi

2.2.1. Demence

Demence ir smadzeņu darbības traucējumi, kuri izsauc progresējošu un neatgriezenisku vispārēju kognitīvo funkciju deficītu, kā rezultātā rodas atmiņas, valodas, vizuāli telpiskās uztveres, prasmju un spriešanas spēju izmaiņas. Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, aptuveni 50 miljoni cilvēku ir demences skarti. Biežākie demences veidi ir Alcheimera slimība (70%) un vaskulāra demence. Lielākoties slimo cilvēki pēc 65 gadu vecuma, taču tā nav normāla novecošanās izpausme. Lielākā daļa senioru ar demenci neslimo.

Kognitīvie traucējumi sākotnēji ir viegli un var tikt sajaukti ar normālu novecošanās procesu. Ar laiku tie var kļūt smagāki un kombinēties ar dažādas intensitātes personības un uzvedības izmaiņām, apgrūtinot ikdienas aktivitātes, salīdzinot ar iepriekšējo dzīves periodu.

Vieglu traucējumu gadījumā ir sūdzības par pavājinātu atmiņu, lēnāku domāšanu, grūtībām apgūt jaunu informāciju un koncentrēties. Cilvēks sāk izmantot dažādus paņēmienus, lai varētu adaptēties prāta traucējumu izmaiņām, saglabāt neatkarību un pastāvīgi ikdienā funkcionēt, piemēram, dodoties uz veikalu, cilvēks var sastādīt iepirkumu sarakstu, atzīmēt nozīmīgus datumus kalendārā. Noteiktas ārstēšanas un aprūpes rezultātā nelielai daļai cilvēku kognitīvie traucējumi ar laiku var mazināties, taču bieži kognitīvie traucējumi kļūst izteiktāki, daudzveidīgāki, un laika gaitā pakāpeniski var attīstīties demence.

Agrīnā demences stadijā cilvēks aizmirst tikko dzirdētu informāciju, uzdod vienus un tos pašus jautājumus, stāsta vienus un tos pašus stāstus, slimībai progresējot, komunicējot nespēj atrast vārdus, pazaudē laika izjūtu, ar grūtībām veic sarežģītākus ikdienas uzdevumus, piemēram, ēdienu gatavošanu, dzīvokļa uzkopšanu, darbības ar naudu. Cilvēks var zaudēt interesi par lietām, kas agrāk patikušas, kļūst apātiskāks, vieglāk aizkaitināms un satraucams, sociāli noslēdzas. Pakāpeniski stāvoklim pasliktinoties, atmiņa vēl vairāk pavājinās, cilvēks sāk apmaldīties pazīstamās vietās, viņam nepieciešams palīdzēt pašaprūpē, ēdiena gatavošanā un savas vides sakopšanā, parādās personības traucējumi, cilvēks var sākt vākt nevajadzīgas mantas, kļūst aizdomīgs un sākt baidīties no apzagšanas. Demences vēlīnā stadijā cilvēks kļūst pilnībā atkarīgs no aprūpētāja, neorientējas ne vietā, ne laikā, neizprot apkārt notiekošo, nespēj veikt līdz tam zināmas darbības, piemēram, ēšanu vai labierīcību izmantošanu, nespēj pilnvērtīgi lietot un saprast valodu, bieži nepazīst tuviniekus, var sākties uzvedības izmaiņas (piemēram, agresivitāte), personības traucējumi un uztveres traucējumi (redzes vai dzirdes halucinācijas).

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Komunicējot ar cilvēku, kuram ir demence, ieteicams būt pacietīgam, jo cilvēkam var būt nepieciešams ilgāks laiks, lai apstrādātu dzirdēto informāciju un sagatavotu atbildi.
- Ieteicams izmantot vienkāršus, īsus teikumus, neuzdot vairākus jautājumus vienlaicīgi, runāt draudzīgā balss tonī, uzturēt acu kontaktu un pacietīgi gaidīt atbildi. Vērojot cilvēka ķermeņa valodu un sejas izteiksmi, tā reizēm var sniegt informāciju par viņa sajūtām, domām vai vēlmēm.
- Etioloģiska slimības ārstēšana nav iespējama, taču ar medikamentu palīdzību ir iespējams palēnināt psihi funkcionēšanu un kontrolēt slimības simptomus.
- Slimības gaitu pozitīvi ietekmēt var ģimenes, draugu un aprūpētāju atbalsts un palīdzība.
- Nozīmīgi ir komunicēt arī ar aprūpētāju, izglītēt viņu, izvērtēt viņa resursus, lai nepieļautu izdegšanu.
- Aprūpētājam var ieteikt, ka svarīgi ir pielāgot vidi, kurā mitinās demences pacients, kā arī neaizmirst par palīglīdzekļiem pilnvērtīgas pacienta redzes, dzirdes un ēdiena uzņemšanas nodrošināšanai, kā arī izgulējumu profilaksei.
- Ņemot vērā, ka slimības izraisītā atkarība no citiem var radīt bezcerības un bezvērtības sajūtu, nomāktību un vainas izjūtu, svarīgi ir maksimāli ilgi saglabāt cilvēka neatkarību, uzturēt un atbalstīt veselās un funkcionēt spējīgās psihi daļas. To var veicināt, tuviniekiem iesakot iespēju robežās ļaut cilvēkam ar demenci sadzīves darbus darīt pašam vai kopā, nevis uzņemties visu paveikt tuvinieka vietā. [2; 3; 14]

2.2.2. Epilepsija

Dzīves laikā krampjus pieredz 5% no populācijas, bet epilepsija sastopama 0,5-1% no populācijas. Epilepsija visbiežāk var izpausties ar ģeneralizētu krampju lēkmi, kuras laikā pacientam ir samaņas zudums, kritiens un muskulatūras krampji, vai fokālu krampju lēkmi, kuras laikā pacients izskatās apstulbis un nespēj reaģēt uz ārējiem stimuliem. Epilepsijas psihiatriskie aspekti var būt saistīti, pirmkārt, ar šīs diagnozes psihosociālajām sekām, piemēram, bezdarbs, stigma un neiekļaušanās sabiedrībā, ierobežotas aktivitātes, atkarība no citiem cilvēkiem. Otrkārt, ir psihiatriski sindromi, kuri tiešā veidā saistīti ar epilepsijas izpausmēm.

Ar epilepsiju saistītus psihiatriskus sindromus var aprakstīt, ņemot vērā to izpausmes laiku, kas var būt pirms lēkmes, lēkmes laikā un pēc lēkmes.

Pirms lēkmes (dažas dienas vai stundas iepriekš) pacients var pieredzēt dažādus neskaidrus simptomus. Tos sauc par prodromāliem simptomiem, kuri ir, piemēram, spriedzes izjūta, disforija un bezmiegs. Tieši pirms krampju lēkmes var parādīties aura, tās simptomi var

būt sajūtas epigastrijā, derealizācija, depersonalizācija, kognitīvi traucējumi (disfāzija, deja vu, jamais vu, fūgas un krēslas stāvokļi), afektīvi simptomi (trauksme, eiforija), uztveres traucējumi (dzirdes, vizuālas, sensoras, ožas halucinācijas).

Lēkmes laikā var būt automātismi jeb vienkāršas vai komplicētākas stereotipas kustības, kuras ir neorganizētas un bezmērķīgas, un var ilgt līdz piecām minūtēm. Šajā brīdī pacientam ir apziņas zudums, amnēzija, un viņš šķiet nerasniedzams. Var būt arī neparasti agresīva uzvedība.

Pēc lēkmes var būt apstulbuma stāvoklis, ko raksturo dezorientācija, neuzmanība, dažāda līmeņa apziņas zudums, reizēm paranoja. Tas var ilgt vairākas stundas vai dienas, pakāpeniski mazinoties līdz normālas apziņas stāvoklim. Iespējams arī psihozes stāvoklis, kurš var attīstīties tikai vairākas stundas vai pat nedēļas pēc lēkmes beigām un var ilgt vairākas dienas, līdz pat 30 dienu periodam.

RĪCĪBA EPILEPSIJAS LĒKMES LAIKĀ UN PĒC TĀS

- Lēkmes laikā apkārtējiem būtu vēlams palikt blakus pacientam, sagaidot lēkmes beigas, līdz pacients ir pilnībā atguvis samaņu.
- Var pagriezt pacientu uz sāniem, lai atvieglotu elpošanu, un palikt zem galvas kaut ko mīkstu, piemēram, apģērba gabalu.
- Noteikti nevajadzētu iejaukties un ierobežot pacienta kustības.
- Nevajadzētu neko ievietot pacienta mutē vai veikt elpināšanas procedūru caur muti.
- Lēkmes laikā pacients nevar norīt savu mēli, un parasti pats atsāk elpot, kad lēkme beigusies. Pēc tam var apsēdināt pacientu drošā vietā un vienkāršiem vārdiem pastāstīt, kas ar viņu notika.
- Būtiski saglabāt mieru pašam palīdzības sniedzējam, kā arī to atgādināt citiem klātesošajiem.
- Ja lēkme ilgst ilgāk par piecām minūtēm, jāizsauc neatliekamā medicīniskā palīdzība. [14]

2.3. Šizofrēnija

Šizofrēnija ir hroniska psihiska saslimšana, kas skar aptuveni 1% cilvēku visā pasaulē. Tā izpaužas ar domāšanas, uztveres, emocionālo reakciju un uzvedības izmaiņām. Šizofrēnija var sākties pēkšņi vai attīstīties pakāpeniski. Atsevišķos gadījumos cilvēks var piedzīvot šizofrēnijai līdzīgu stāvokli jeb akūtu psihozi tikai reizi mūžā un pēc atlabšanas spēj tālāko dzīvi veidot pilnvērtīgi. Taču biežāk šizofrēnija norit ar paasinājumiem, kam seko remisijas periodi, vai pat nepārtraukti. Saslimšana vienlīdz bieži skar kā vīriešus, tā sievietes un visbiežāk sākas līdz 25 gadu vecumam. Retāk sastopami gadījumi, kad šizofrēnija rodas bērnībā, vēlinos pusmūža gados vai senioru vecumā. Cilvēkiem ar šizofrēnijas diagnozi nereti tiek atklāta arī

depresija un neirotiski traucējumi. Fizisko veselības problēmu un augstā pašnāvības riska dēļ vidējais dzīves ilgums pacientiem ar šo slimību ir par 10 – 12 gadiem īsāks.

Šizofrēnijas diagnoze tiek uzstādīta, balstoties uz simptomiem. Simptomi tiek iedalīti pozitīvos, kas ir pārmērīgas vai sagrozītas psihe normālās funkcijas, un negatīvos, kas ir psihe funkciju samazināšanās vai zudums.

Pozitīvie simptomi:

- Murgi ir īstenībai neatbilstošas idejas, piemēram, idejas par izsekošanu, iedarbību uz domām, indēšanu, pārliecība par īpašām spējām, īpašu statusu sabiedrībā un tamlīdzīgi. Idejas un pārliecības nav iespējams koriģēt ar racionāliem skaidrojumiem un acīmredzamiem pierādījumiem par ideju neatbilstību patiesībai. Cilvēks nespēj kritiski izvērtēt savu ideju neiespējamību un nelogiskumu, nav gatavs no savas pārliecības atteikties.
- Halucinācijas. Parasti raksturīgākās ir dzirdes halucinācijas, kad cilvēks dzird “balsis” galvā vai ķermeņa iekšienē, aiz sienas vai loga, reizēm no realitātē ar dzirdi nesasniedzamām vietām – citām planētām, zemēm. “Balsis” parasti trešajā personā komentē, diskutē, dod pavēles, aprunā saslimušo, piemēram, “viņš ir muļķis”. Tās var būt pazīstamas, nepazīstamas, arī sen mirušu cilvēku “balsis”. Ar šizofrēniju saslimušajam “balsis” liekas realitāte. Viņš nav pārliecināms, ka uztveres traucējumi ir slimības simptoms. Nereti “balsis” nosaka saslimušā uzvedību. Viņš sāk izvairīties no sabiedrības, klusē, aizstāvas, muļķojas, veic neizprotamas kustības, grimases. Retāk mēdz būt redzes, ožas, garšas un taustes halucinācijas.
- Formāli domāšanas traucējumi, kad domāšana kļūst juceklīga un nelogiska. To var novērot, cilvēkam runājot vai rakstot, un tas var apgrūtināt komunikāciju ar šizofrēnijas slimnieku.

Negatīvie simptomi ir emociju, gribas, motivācijas un interešu trūkums. Zūd izpratne par sociāli pieņemamu uzvedību, un slimnieki sociāli norobežojas. Emocijas notrulinās, un slimnieks vairs nespēj izjust prieku, zaudē interesi. Zūd spējas plānot, organizēt un uzsākt mērķtiecīgas aktivitātes, slimnieks ātri nogurst, nespēj koncentrēties un pietiekami veikli uztvert un apstrādāt jaunu informāciju. Valoda kļūst nabadzīga, ir grūti veidot raitu stāstījumu, veidot asociācijas, radoši domāt un darboties, izprast jokus.

Ārstēšanas galvenais mērķis ir simptomu mazināšana un pārtraukšana. Tas tiek panākts ar medikamentu lietošanu. Neārstētas šizofrēnijas gaita pasliktinās un traucējumi var kļūt hroniski. Akūtas psihotiskas epizodes gadījumā mērķis ir simptomu likvidēšana, ciešanu mazināšana un pacienta drošības nodrošināšana. Remisijas fāzē jā rūpējas par profilaksi - medikamentu lietošanu, rehabilitāciju un maksimālu funkciju nodrošināšanu. Diemžēl akūts psihotisks recidīvs ir iespējams, neskatoties uz pietiekamu profilaktisku ārstēšanu.

Arvien lielāku lomu šizofrēnijas pacientu ārstēšanā ieņem psihosociālas ārstēšanas metodes, kas var palīdzēt saglabāt un stiprināt slimnieka “veselās pazīmes”, mazināt sociālu norobežošanos, paaugstināt pašvērtējumu, uzlabot komunikācijas un citas ikdienas prasmes, atpazīt paasinājuma pazīmes un izglītēt par palīdzības iespējām dažādu simptomu gadījumā, kā arī paaugstināt līdzestību ārstēšanai. Svarīgi izglītēt un atbalstīt arī šizofrēnijas pacientu tuviniekus.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Svarīgi ir izglītēt slimnieku par šo saslimšanu, jo cilvēkam ir vieglāk pieņemt sevi un sev palīdzēt, ja viņš sevi labāk izprot. Cilvēkam, kuram ir šizofrēnija, būtu jāsaņem informācija par savas saslimšanas būtību, izpausmēm, paasinājuma pazīmēm, ārstēšanas un rehabilitācijas iespējām un tās ieguvumiem. Pētījumu dati liecina, ka daudzpusīga informācija par savu psihisko saslimšanu var mazināt paasinājuma risku, uzlabot ārstēšanas procesu un paātrināt atlabšanu, palīdzēt labāk tikt galā ar ikdienas stresu un problēmām.
- Slimnieku un viņa tuviniekus var mudināt novērot, kas visbiežāk rada paasinājumu – zāļu lietošanas pārtraukšana, pārlietu liela psihoemocionāla slodze, stress, alkohola vai citu psihoaktīvo vielu lietošana, vai kas cits. Vēlams izvairīties no paasinājumu izraisošajiem un veicinošiem faktoriem.
- Sākoties paasinājumam, nereti parādās nespecifiski simptomi – nervozitāte, bezmiegs, raudulīgums, aizkaitināmība, naidīgums, saasināta apkārtējo situāciju uztvere, pārlieta aizraušanās ar kādu ideju vai nodarbi, izolēšanās no apkārtējiem, kā arī personīgās higiēnas neievērošana un norobežošanās. Pamanot pirmās paasinājuma pazīmes, svarīgi mudināt cilvēku vērsties pie ārsta.
- Cilvēkiem, kuri slimo ar šizofrēniju, ir lielāks risks slimot arī ar sirds un asinsvadu slimībām, ciest no aptaukošanās, lietojot psihoaktīvās vielas. Lai mazinātu šo papildu saslimšanu un kaitīgo ieradumu ietekmes risku, var mudināt ievērot veselīga dzīvesveida principus – izvēlēties veselīgu uzturu, nodrošināt regulāras fiziskas aktivitātes, mazināt stresu, strukturējot dienas režīmu u.c.
- Var ieteikt slimnieka tuviniekiem palīdzēt strukturēt dienu un rūpēties par veselīgu dzīvesveidu. Cilvēkiem, kuri slimo ar šizofrēniju, visgrūtāk ir darbību uzsākt, jo ir grūti veikt daudzpakāpju uzdevumus – izplānot, organizēt, piedalīties. Saņemot palīdzību kādas darbības uzsākšanā, cilvēki bieži šo aktivitāti labprāt izbauda un pēc tam jūtas labāk.
- Komunicējot, vajadzētu izvairīties no padziļinātām diskusijām par īstenībai neatbilstošām idejām un halucinācijām. Cilvēkam, kurš slimo ar šizofrēniju, īstenībai neatbilstošas idejas un halucinācijas šķiet ļoti reālas, tās ar sarunām vien neizzudīs. Mēģinot cilvēku pārliecināt par objektīvo realitāti, pieaug spriedze un trauksme gan pašam slimniekam, gan sarunu

partnerim. Nevajadzētu strīdēties, bet saglabāt mieru. Var iztaujāt par murgu ideju vai halucināciju saturu un censties noskaidrot cilvēka nolūkus saistībā ar šīm idejām vai halucinācijām. Pārējā laikā var novērst slimnieka uzmanību no šīm idejām, uzsākot sarunu par citām, neitrālākām tēmām. Murgu ideju saturs kļūst bīstams, ja parādās idejas, ka jāiznīcina sevi vai apkārtējos.

- Lai arī vairumā gadījumu cilvēks, kurš slimo ar šizofrēniju, nav vardarbīgs, agresīvs vai bīstams apkārtējiem, reizēm murgu ideju vai halucināciju iespaidā trauksme, bailes vai naidīgums var būt tik izteikti, ka cilvēks izjūt nepieciešamību “aizstāvēties” vai uzbrukt.
- Ja jūtaties apdraudēts, centieties ieņemt atrašanās vietu pa diagonāli no slimnieka, atstājot jums abiem pieejamu izeju no telpas. Izvairieties no tieša acu kontakta, runājiet mierīgi, bet skaidri. Nestrīdieties, neprovocējiet, dodiet iespēju slimniekam izteikties, izsakiet sapratni, līdzjūtību, mēģiniet rast kompromisu, pārliecināt, ka palīdzēsiet viņam. Ja neviena no iepriekš minētajām metodēm nedarbojas un neizdodas nomierināt slimnieku, atstājiet telpu un zvaniet neatliekamai medicīniskai palīdzībai.
- Svarīgi ievērot slimnieka privātumu, personīgās robežas, jebkuram cilvēkam ir nepieciešama sava privātā telpa un laiks, ne vienmēr cilvēks vēlas, lai viņam pieskaras, pārlietu fiziski pietuvojas, cieši skatās acīs. Tas ir jārespektē. [2; 3; 14]

2.4. Garastāvokļa traucējumi

2.4.1. Depresija

Depresija ir saslimšana, kas ietekmē emocijas, domas, uzvedību un fiziskās ķermeņa reakcijas. Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, ar depresiju slimo aptuveni 300 miljoni cilvēku. Ikviens kādā dzīves brīdī var justies noskumis vai nelaimīgs, taču tas ne vienmēr nozīmē, ka sākusies depresija. Depresija traucē pilnvērtīgi veikt ikdienas aktivitātes, var pat parādīties domas, ka dzīvot nav vērts.

Depresijas biežākie simptomi ir pastāvīgi nomākts garastāvoklis, interešu trūkums, vienaldzības izjūta, nespēks, enerģijas izsīkums. Cilvēks, kurš cieš no depresijas, nespēj priecāties par lietām un notikumiem, kas agrāk sagādāja labsajūtu. Parādās nepamatota vainas izjūta, nākotnes redzējums kļūst drūms un pesimistisks, ir grūtības koncentrēties un pieņemt lēmumus. Depresijas simptomi ir arī traucēts miegs, izmainīta apetīte, lēnīgums kustībās un domāšanā, sasprindzinājums, neizskaidrojamas fiziskas sūdzības – galvas vai muguras sāpes. Nopietnākos gadījumos var parādīties domas par pašnāvību, smagas depresijas gadījumā iespējamas pat halucinācijas un īstenībai neatbilstošas, biedējošas domas.

Depresiju var iedalīt vairākos veidos pēc dažādām raksturīgām pazīmēm.

- Rekurenti depresīvi traucējumi ir tad, ja depresijas epizodes dzīves laikā atkārtojas vairākkārt.
- Trauksmainas depresijas gadījumā depresīvu noskaņojumu pavada izteikta trauksme, nemiers un sasprindzinājums.
- Atipiska depresija raksturojas ar mainīgu garastāvokli, pastiprinātu miegainību un apetīti.
- Pēcdzemdību depresija sākas grūtniecības periodā vai gada laikā pēc dzemdībām. Sākotnēji tā var izpausties kā pēcdzemdību skumjas ar emocionalitāti, raudulību, aizkaitināmību, traucētu miegu. Pārsvārā pēcdzemdību skumjas izzūd dažu nedēļu laikā, taču daļai sieviešu šie simptomi ar laiku kļūst intensīvāki un pārvēršas depresijā, kas apgrūtina rūpes gan par bērnu, gan sevi pašu.
- Maskēta depresija var izpausties ar fiziskām sūdzībām un izmanītu uzvedību, piemēram, vielu lietošanu, aizraušanos ar azartspēlēm, pārstrādāšanos.
- Sezonāli garastāvokļa traucējumi ir tad, ja atipiskas depresijas simptomi ir novērojami rudenī un ziemā, kad ir saīsināts diennakts gaišais periods (biežāk novērojami ziemeļu puslodes valstīs).
- Depresiju gados vecākiem cilvēkiem (tā nav normāla novecošanās pazīme) var izraisīt sociālo lomu maiņa, tuvinieku zaudējumi, sociālu norobežošanās, fiziskā stāvokļa pasliktināšanās un fiziskas saslimšanas.
- Depresija bērniem nereti izpaužas kā maskēta depresija ar garastāvokļa svārstībām, vieglu aizkaitināmību un uzvedības traucējumiem.

Lielāks risks saslimt ar depresiju ir cilvēkiem, kuriem tuvi radnieki cietuši no atkārtotām depresijas epizodēm, tiem, kuri paši dzīves laikā, īpaši bērnībā, piedzīvojuši kādu nopietnu psiholoģisku traumu, kuriem ir noteiktas personības iezīmes - paškritiskums, perfekcionisms, trauksmainība, pazemināts pašvērtējums. Ilgstošs stress un bezdarbs, zemi ienākumi un alkohola un narkotisko vielu lietošana arī saistīta ar augstāku depresijas attīstības risku. Sievietēm divas reizes biežāk diagnosticē depresiju, iespējams, tādēļ, ka sievietes labprātāk vēršas pēc palīdzības. Depresīvus simptomus var izraisīt arī fiziska slimība un dažu medikamentu lietošana.

Depresija ir ārstējami psihiski traucējumi. Ārstēšanā atkarībā no slimības smaguma izmanto antidepresantus, psihoterapiju (vai šo abu metožu kombināciju) un dzīvesveida korekciju. Saņemot ārstēšanu (piemēram, lietojot antidepresantus) cilvēkam līdzsvarojas garastāvoklis, parādās interese par dzīvi un apkārt notiekošo, dažādām aktivitātēm, komunikāciju ar cilvēkiem, atjaunojas enerģija, normalizējas miegs un apetīte, kā arī izzūd trauksme.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Ar pacientu nav jābaidās runāt par pašnāvības domām. Saruna ir jāuzsāk taktiski un saudzīgi, taču tā neprovocēs cilvēku izdarīt pašnāvību. Tā drīzāk ir iespēja sniegt atbalstu, dot cerību un nodrošināt palīdzību, lai izvairītos no traģiska iznākuma – pabeigtas pašnāvības.
- Depresijas ārstēšanas process var būt lēns un pakāpenisks, tāpēc arī apkārtējiem jābūt pacietīgiem un iejūtīgiem.
- Jāuzstāda reālistiski mērķi.
- Jāatceras, ka antidepressantu iedarbība sākas tikai pēc noteikta laika (2 līdz 4 nedēļām). Enerģija, interese par apkārt notiekošo un dzīvesprieks reizēm atjaunojas ļoti lēnām.
- Depresijas ārstēšanas sākotnējā periodā cilvēkam var būt grūti strādāt, veikt sadzīves pienākumus, rūpēties par sevi. Ir nepieciešama palīdzība no apkārtējiem, nekritizējot un nenosodot, bet iejūtīgā, mierīgā, pārliecinātā un cieņas pilnā veidā mudinot uzsākt kādu darbību.
- Svarīgi ir strukturēt dienu, jo depresijas slimniekiem bieži ir izteikts nespēks, apātija, vienaldzība pret sevi un citiem, kas rada grūtības paveikt pat visvienkāršākos darbus sevis sakopšanā. Neskatoties uz to, svarīgi katru dienu īstenot vismaz vienu vai dažas aktivitātes, kas veicinātu labsajūtu un atlabšanu. Piemēram, ik dienu iztīrīt zobus, pārgērbties no nakts tērpa dienas apģērbā, vismaz reizi dienā apēst siltu ēdienu, iziet svaigā gaisā vismaz uz dažām minūtēm, nodarboties ar citām fiziskām aktivitātēm, sarunāties ar vismaz vienu cilvēku dienā un tamlīdzīgi.
- Depresijas slimnieki bieži sagaida, ka labsajūta vienā dienā pēkšņi uzradīsies, taču parasti tā nenotiek. Pamazām ieviestās aktivitātes un darbošanās palielina enerģiju, iegūto iespaidu un emociju daudzumu. Tas pakāpeniski var radīt izmaiņas kopējā pašsajūtā un veicināt izveseļošanu/atlabšanu. [2; 3]

2.4.2. Bipolāri traucējumi

Bipolāri traucējumi ir garastāvokļa traucējumi, kad depresijas vai pazemināta garastāvokļa periodi mijas ar mānijas vai paaugstinātas aktivitātes periodiem. Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, aptuveni 60 miljoni cilvēku slimo ar bipolāriem traucējumiem. Nelielas garastāvokļa svārstības, kad kādu brīdi ir sliktāks garastāvoklis un nespēks, bet citu brīdi ir pozitīvs noskaņojums un labas darba spējas, ir raksturīgas daudziem. Taču, ja garastāvokļa un emocionālo reakciju svārstības kļūst izteiktas, traucē ikdienā veikt savus pienākumus un pildīt saistības, vai rada problēmas savstarpējās attiecībās, tas var liecināt par

bipolāriem garastāvokļa traucējumiem, kam nepieciešama ārstēšana. Bipolāri afektīvi traucējumi var sākties jau pusaudžu vecumā, taču biežāk tos diagnosticē pēc 20 gadu vecuma.

Vieglākos gadījumos ir īslaicīgi nomākta garastāvokļa periodi, kas mijas ar nedaudz pacilātu garastāvokli un aktīvu rosīšanos ikdienā. Viegli izteiktas garastāvokļa svārstības sauc par ciklotīmiju. Smagākos gadījumos depresīvi simptomi mijas ar hipomāniju vai māniju, kam var pievienoties pat psihotiski simptomi (murgu idejas un halucinācijas). Nereti cilvēki, kuri cieš no bipolāriem afektīviem traucējumiem, pastiprināti lieto alkoholu, kofeīnu, sāk lietot narkotikas vai smēķē.

Cilvēkam mānijas fāzē ir izteikti eiforisks un pacilāts garastāvoklis, paaugstināts pašvērtējums, paātrināta domāšana. Cilvēks kļūst daudzrunīgs, grūti pārtraucams, familiārs, rodas iespaids, ka viņa “domas skrien ātrāk, nekā mēle tās spēj izrunāt”. Mānijas laikā cilvēkam ir grūti koncentrēties jebkādai darbībai, tādēļ var rasties problēmas skolā vai darbā. Cilvēks var kļūt viegli aizkaitināms, dusmīgs, satraukts, reizēm pat agresīvs. Paaugstināta pašvērtējuma dēļ cilvēks var uzsākt realizēt lielus projektus, paņemt bankā nepārdomātus kredītus, nesaprātīgi tērēt naudu, iesaistīties riskantās attiecībās, bez apdomāšanās izvēlēties seksuālus partnerus vai stāties laulībā ar iepriekš nepazīstamu cilvēku. Mānijas laikā cilvēkam ir samazināta vajadzība naktīs gulēt, reizēm cilvēki neguļ pat vairākas diennaktis no vietas. Mānijas periodā cilvēkam nav kritikas par savu rīcību un emocionālo stāvokli. Bieži uz ierosinājumu apmeklēt ārstu viņi reaģē ar dusmām, cenšas pārliecināt apkārtējos, ka ir veseli.

Dažiem cilvēkiem mānijas epizode sākas pakāpeniski, ilgākā laika periodā, savukārt citiem mānija var attīstīties dažu dienu laikā. Bieži pirmās mānijas pazīmes ir samazināta vajadzība pēc miega, pat pēc negulētas nakts cilvēks nejūtas noguris. Mānijai sākoties, cilvēks kļūst ļoti runīgs, priecīgs, pārspīlēti optimistisks, nepacietīgs un neiecietīgs, izteikti pašpārliecināts. Parasti mānijas epizodē cilvēkam nešķiet, ka viņam būtu kādi traucējumi, tādēļ cilvēks ar bipolāri afektīviem traucējumiem bieži atsakās no psihiatra konsultācijas.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Sarunājoties ar cilvēku, kuram ir mānijas epizode, tas jādara īsi, strukturēti, izmantojot loģiskus argumentus, lieki nekonfrontējot un nestrīdoties. [2; 3]
- Pēc iespējas ātrāk jānodrošina vizīte pie psihiatra.

2.5. Neirotiski traucējumi

2.5.1. Trauksme

Mērena trauksme un baiļu izjūta ir normāla reakcija uz bīstamu vai saspringtu situāciju, taču trauksme, kas nav atbilstoša situācijai vai izpaužas pārāk intensīvi, var liecināt par psihiskiem traucējumiem vai kādu fizisku saslimšanu.

Reizēm trauksme var sasniegt pat panikas lēkmes intensitāti (sīkāku aprakstu skatīt zemāk sadaļā “Rīcība krīzes jeb akūtās situācijās”).

Generalizēta trauksme ir ilgstoša (vismaz 6 mēnešus ilga), traucējoša, vieglas vai mērenas trauksmes izjūta ikdienišķās situācijās, ko pavada saspringums, nemiers, nespēja atslābināties, nervozitāte un nelaiemes priekšnojauta. Bieži ir arī trauksmes fizioloģiskās izpausmes: sirdsklauves, pastiprināta svīšana, muskuļu saspringums, tirpšanas sajūta ķermenī, reibonis, smakšanas sajūta. Pacientam ir grūti kontrolēt un apturēt trauksmi un satraucošas domas.

Fobijas trauksmi ierosina skaidri noteiktas situācijas, kas parasti nerada nozīmīgu apdraudējumu. Cilvēks no šīm situācijām izvairās vai pārdzīvo tās ar spēcīgām, iracionālām bailēm. Fobija izraisa spēcīgu fizioloģisku un psiholoģisku reakciju: sirdsklauves, ģērbšanas sajūtu, bailes nomirt vai zaudēt samaņu. Fobiju veidi ir dažādi, piemēram, sociāla fobija (bailes nokļūt uzmanības centrā vai tikt pazemotam), agorafobija (bailes atrasties vietās, no kurām nav iespējams viegli un ātri izkļūt), izolētas fobijas (izteiktas bailes no kāda priekšmeta, dzīvnieka, parādības, saslimšanas vai situācijas, piemēram, bailes no suņiem, lidošanas, slēgtām telpām).

Posttraumatiskā stresa sindroms (PTSS) – attīstās pēc spēcīgas stresa situācijas vai biedējoša, draudīga notikuma. Simptomi parasti parādās divu līdz trīs nedēļu laikā pēc psihotraumējoša notikuma, bet dažkārt PTSS sākums var būt pat sešus mēnešus pēc traumas. Tipiski PTSS simptomi ir atkārtota, uzmācīga traumējošās situācijas “atdzīvošanās” atmiņās un sapņos, ilgstošs psihiska sastinguma stāvoklis, norobežošanās no apkārtējiem cilvēkiem, centieni izvairīties no darbībām vai situācijām, kas atgādina traumējošo situāciju, grūtības iemigt, agra mošanās, viegla aizkaitināmība un dusmu izvirdumi, grūtības koncentrēties. PTSS gadījumā cilvēki bieži cenšas “pašārstēties”, lietojot alkoholu vai narkotiskās vielas.

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi ir uzmācīgas (obsesīvas) domas, kas ir nepatīkamas, atkārtojas atkal un atkal pret paša gribu, cilvēks ar tām cenšas cīnīties, bet nesekmīgi, līdz tās izsauc trauksmi. Kompulsīvas (uzmācīgas) darbības ir kustības, ģērbšanās, runāšana, skaitīšana un citas rituālas darbības, ko cilvēks veic atkal un atkal, lai novērstu iedomātu ļaunumu. Šīs darbības pats cilvēks vērtē kā pārspīlētas, nejēdzīgas, traucējošas, bet nespēj tās apturēt.

Atkarībā no trauksmes veida ārstēšanā tiek izmantota psihoterapija un/vai medikamenti (antidepresanti, nomierinoši līdzekļi). [2; 3]

2.5.2. Somatoformi traucējumi

Somatoforma veģetatīvā disfunkcija jeb veģetatīvā distonija ir ķermeņa funkciju un sajūtu traucējumi. Cilvēkam ir fiziskām saslimšanām līdzīgi simptomi, taču, veicot klīniskos izmeklējumus, noteiktu fizisku cēloni simptomiem nav iespējams atrast. Traucējošās sajūtas un simptomi lielākoties ir saistīti ar dažādas intensitātes stresu un emocionāliem traucējumiem.

Izpausmes ir atkarīgas no orgānu sistēmas, kuru ietekmē veģetatīvās nervu sistēmas regulācijas traucējumi. Biežākie simptomi ir sirdsklauves, svīšana, elpas trūkums, smakšanas sajūta, sāpes krūtīs, galvas reiboņi, trīce, žagošanās, klepus, vēdera pūšanās, urkšķēšana, bieža caureja vai urinēšana. Dažos gadījumos var būt arī dažādu ķermeņa daļu un orgānu sāpes, smaguma vai saspringuma sajūta ķermenī. Simptomus pavada arī izteikta trauksme, nemiers, bezpalīdzības izjūta, bailes, bieži pat panikas lēkmes. Cilvēkam ir bažas par savu veselību, aizdomas, ka varētu būt saslimis ar kādu fizisku saslimšanu. Parasti cilvēki paši aktīvi un atkārtoti meklē ārstu palīdzību, veic dažādus izmeklējumus. Taču izmeklējumu rezultāti neapstiprina aizdomas par fizisku saslimšanu.

Somatoformu veģetatīvo distoniju visefektīvāk ārstē psihoterapija, taču atsevišķos gadījumos ārstēšanai var tikt nozīmēti arī medikamenti. Reizēm simptomus mazina arī dzīves veida izmaiņas (piemēram, regulāra vingrošana un pastaigas svaigā gaisā, izmaiņas uztura paradumos u.c.).

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Būt iejūtīgam un parādīt sapratni par pacienta nepatīkamajām fiziskajām sajūtām, taču vajadzētu izvairīties uz tām pārlieku koncentrēties. Tā vietā vairāk apspriest emocijas, domas, notikumus, ne tik daudz fiziskos simptomus. [2; 3]

2.6. Ēšanas traucējumi

Ēšanas traucējumi ir nopietni psihiskās un fiziskās veselības traucējumi, kad cilvēks pievērš pārspīlētu uzmanību savam svaram un ēdienam, atstājot novārtā citas intereses un aktivitātes. Vieni no ēšanas traucējumu veidiem ir anoreksija un bulīmija. Šie traucējumi pārsvarā skar meitenes pusaudžu vecumā vai jaunas sievietes. Retos gadījumos ēšanas traucējumus novēro arī zēniem vai jauniem vīriešiem.

Anoreksija parasti sākas pusaudzēm vai jaunām sievietēm, kuras uzskata, ka viņām ir paaugstināts svars, resns ķermenis vai atsevišķa tā daļa. Jaunietes sāk apzināti un pārspīlēti samazināt savu svaru, badojoties, ierobežojot uzņemtā ēdiena daudzumu, nododoties pārlieku intensīvām fiziskajām aktivitātēm, lietojot apetīti nomācošus vai caureju izraisošus medikamentus, urīndzenošus līdzekļus, nereti izraisot vemšanu pēc ēdienreizēm. Anoreksijas gadījumā ir spēcīgas bailes pieņemt svarā. Par anoreksiju jādomā, ja svars apzināti tiek turēts >15% zemāks par vecumam un auguma parametriem atbilstošo normu. Anoreksijas pazīmes var būt – pārspīlētas, nepamatotas diētas, atteikšanās no ēdiena, pazemināts garastāvoklis, aizkaitināmība un izvairīšanās ēst publiskās vietās, norobežošanās no cilvēkiem, miega traucējumi, samazināts ķermeņa svars, menstruāciju iztrūkums, aizcietējumi, sūdzības par sāpēm vēderā un gremošanas traucējumiem, salšanas sajūta, nespēks, pazemināts

asinsspiediens. Ilgstoši neuzņemot pilnvērtīgu ēdienu, organismā rodas nopietnas izmaiņas – izzūd menstruācijas, hormonālu svārstību rezultātā uz ķermeņa parādās apmatojums, pazeminās balss, sākas sirds ritma traucējumi, paaugstinās risks saslimt ar infekciju slimībām, kauli kļūst trausli un viegli lūstoši, parādās spontāna asiņošana. Smagākos gadījumos vielmaiņas traucējumu un badošanās rezultātā var pat iestāties nāve.

Atkārtotas, nekontrolējamas pārēšanās lēkmes, kam seko apzināta un pārspīlēta svara kontrolēšana, ir bulīmija. Bulīmijas gadījumā ir pārmērīga tieksme pēc ēdiena, izteikta neapmierinātība ar savu izskatu un bailes no svara pieauguma. Centieni mazināt svaru notiek, regulāri izraisot vemšanu pēc ēdienreizēm, epizodiski badojoties, lietojot apetīti mazinošus vai caurejas un urīndzenošus līdzekļus. Bulīmijas pazīmes var būt liela ēdiena daudzuma patērēšana, regulāra tualetes vai vannas istabas apmeklēšana pēc ēdienreizēm, dzīvesveida pielāgošana ēšanas un vemšanas paradumiem, norobežošanās no sabiedrības, intensīva sportošana, zobu emaljas krāsošanās, čūlas uz smaganām vai rīklē, vaigu un siekalu dziedzeru pietūkums, menstruālā cikla izmaiņas, sirds ritma traucējumi, pazemināts pašvērtējums, pārņemība ar ēdienu, ķermeņa svara jautājumiem un savu izskatu.

Nepieciešama kompleksa ārstēšana, kurā tiek iekļautas psihiatra, terapeita, uztura speciālista konsultācijas, individuāla un ģimenes psihoterapija un medikamentoza ārstēšana. Smagu medicīnisku komplikāciju gadījumā nepieciešams ārstēties stacionārā. Ārstēšanās process ir ilgstošs, un tas nebeidzas tikai ar atjaunotu svaru vai medikamentozās terapijas pabeigšanu. Tā ir paradumu maiņa, veselīga uztura principu uzturēšana visas dzīves garumā, sava ķermeņa pieņemšana, savas pašapziņas veselīga nostiprināšana. Atlabšana ir ļoti lēns un pakāpenisks process, kas var noritēt arī ar paasinājumiem un veselības stāvokļa pasliktināšanos. Ja notikusi veselības stāvokļa pasliktināšanās, vajadzētu mudināt pacientu turpināt vai atsākt ārstēšanos.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Lai motivētu ārstēties, jāizvairās tieši runāt par ķermeņa svaru, ārējo izskatu vai ēdienu, tā vietā var mudināt vērsties pēc palīdzības citu simptomu dēļ – nespēks, bezmiegs, trauksme, depresijas simptomi. Motivēt ārstēties var arī pacienta nākotnes plāni un vēlmes.
- Atbalstot ārstēšanas procesā, nevajadzētu koncentrēties tikai uz ēšanu un svaru, bet uz dažādām citām tēmām, pacienta spējām, prasmēm, resursiem. Katra ēdienreize nav jāpadara par “cīņas lauku”.
- Var uzslavēt rakstura iezīmes un rīcību, kam nav nekāda sakara ar ārējo izskatu, ķermeņa svaru un uzņemto uzturu. [2; 3]

2.7. Personības traucējumi

Personību raksturo tās domāšanas, izjūtu un uzvedības ierastais modelis, kas to atšķir no citiem cilvēkiem. Cilvēka personības struktūra veidojas attīstības rezultātā, kuru ietekmē agrīnā pieredze un vide, kurai bērns pakļauts, kā arī iedzimtās īpašības. Personības traucējums savukārt ir domāšanas, izjūtu un uzvedības modelis, kurš īpaši atšķiras no kultūrā un sabiedrībā pieņemtā, rada funkcionēšanas traucējumus apkārtējā vidē, un izraisa ciešanas gan pašai personai, gan apkārtējiem. Var būt traucējumi vismaz divās no sekojošām sfērām :

- veids, kādā persona redz sevi un citus;
- emocionālā atbilde, ar kādu persona reaģē uz notiekošo;
- veids, kādā persona mijiedarbojas ar citiem;
- veids, kādā persona kontrolē savas emocijas.

Visievērojamākais personības traucējumu negatīvais efekts izpaužas attiecībās ar citiem cilvēkiem. Šādas personas reti spēj baudīt noturīgas, jēgpilnas un apmierinošas attiecības. Jebkuras attiecības, kuras tiek izveidotas, bieži saskaras ar neskaitāmām problēmām. Ir desmit specifiski personības traucējumu tipi.

Paranoīdai personībai ir raksturīgs izteikts aizdomīgums un neuzticība apkārtējiem. Šāda persona bieži ir pārliecināta, ka citiem ir ļaunprātīgi nolūki, citi kaitēs vai apkrāps. Raksturīga pārņemība ar konspirācijas teorijām.

Šizoīda personība ir ārēji emocionāli vēsa, savrupa, neieinteresēta tuvās attiecībās ar apkārtējiem, labprāt izvēlas pavadīt laiku vienatnē, ir šķietami vienaldzīga pret citu uzslavām vai kritiku. Raksturīga pārmērīga pašanalīze un spilgta fantāziju pasaule.

Šizotipiska personība izjūt ļoti spēcīgu diskomfortu tuvās attiecībās, tai ir spēcīgi sagrozīta domāšana un ekscentriskā uzvedība. Raksturīgas īpatnējas, savdabīgas idejas, uzskati, izskats un runas veids, var būt izteikta sociālā trauksme.

Antisociālai personībai raksturīga neiejūtība pret apkārtējiem. Rīkojas bezatbildīgi, bieži impulsīvi, ignorē un pārkāpj citu cilvēku tiesības un robežas. Ir tendence pārkāpt sociālās normas un likumu, bieži melo un apkrāpj citus. Ir viegli aizkaitināma, agresīva, nespēj uzturēt ilgstošas attiecības. Bērnībā bieži ir bijuši uzvedības traucējumi.

Histēriskai personībai raksturīgas ārēji pārspīlētas un strauji mainīgas emocionālas reakcijas. Ir spēcīgas alkas pēc uzmanības, jūt diskomfortu, neatrodies uzmanības centrā. Lai pievērstu sev uzmanību, var izmantot dramatisēšanu, manipulatīvu rīcību vai ārējo izskatu.

Narcistiskai personībai raksturīgs grandiozs pašvērtējums, izjūta par sev pienākošos īpašu statusu un priekšrocībām, spēcīga vajadzība pēc apbrīnas no citiem. Attiecībās citus uztver kā objektus, kurus izmantot sava labuma gūšanai, nav empātijas spēju.

Trauksmainai (izvairīgai) personībai raksturīga ārkārtīga kauna un neadekvātuma izjūta. Ir ļoti jūtīga pret negatīvu vērtējumu no citiem, priekšlaicīgi pieņem, ka viņus kritizēs vai atraidīs. Nevēlas iesaistīties attiecībās, ja vien nav droši, ka tiks pieņemti. Uztver sevi kā nepietiekami labus un sociāli neatbilstošus.

Obsesīvi kompulsīva personība ir ļoti pedantiska, uzmanīga, vērsta uz perfekciju un pārņemta ar kārtību un kontroli. Ļoti koncentrējas uz detaļām, grafikiem, plāniem, piemīt darbaholisms, neatvēr laiku atpūtai vai attiecībām. Var būt neelastīgi savos uzskatos un vērtībās. Raksturīga arī izteikta neizlēmība un šaubas.

Atkarīga personība spēcīgi pieķeras citiem, ir paklausīga. Raksturīga pārmērīga vajadzība pēc rūpēm no citiem. Ir grūtības veikt pat ikdienas darbības, ja nesaņem apstiprinājumu no citiem. Jūt diskomfortu vai bezpalīdzību esot vienatnē, jo baidās, ka nespēs par sevi parūpēties.

Emocionāli nestabilai personībai raksturīgas nestabilas emocijas attiecībās ar citiem. Viens un tas pats cilvēks viņu dzīvē var būt lieliskākais un svarīgākais, bet jau nākamajā dienā var tikt nopelts kā visnegodīgākais, sliktākais, nejaukākais cilvēks pasaulē. Raksturīgas nepiemērotas intensitātes dusmas. Parasti uzskata, ka problēmas ir citos, nevis sevī. Bieži ir strīdīgi un mēdz konfliktēt, īpaši, ja tiek jebkādā veidā ierobežoti. Ir gatavi uz visu, lai tikai netiktu pamesti. Ļoti prasīgi pēc uzmanības, klātbūtnes un rūpēm. Baidoties tikt pamestam, var draudēt nodarīt sev pāri. Var būt atkārtoti pašnāvības mēģinājumi. Mēdz rīkoties impulsīvi, nedomājot par sekām, bieži maina nodarbošanos, aizraušanos, it kā meklējot, kas viņiem patīk un ir piemērots. Raksturīga pastāvīga tukšuma izjūta.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Mijiedarbība ar šādu cilvēku var būt ļoti grūti izturama, parasti nākas izjust spēcīgas, nereti sāpīgas emocijas.
- Šādi cilvēki bieži jebkuru otra cilvēka rīcību, domu, izteikumu uztver personīgi un, juzdamies aizvainoti un nevērtīgi, sāk “uzbrukt”, kritizēt otru, norādot uz nepilnībām viņu rīcībā, izteikumos, domās.
- Komunicējot ar šādu personu, otrs cilvēks var just, ka neviļus tiek iesaistīts cīņā, kurā nav iespējams uzvarēt.
- Mijiedarbībā ļoti svarīgi ir nospraust robežas un konsekventi tās saglabāt, neskatoties uz emocionāli nestabilas personības dusmām.
- Ja izteikumi vai aizrādījumi ir patiesi, vajadzētu piekrist, atzīt savu kļūdu un piedāvāt kompromisu, ja tas ir iespējams. [2; 3; 14]

3. RĪCĪBA KRĪZES JEB AKŪTĀS SITUĀCIJĀS

3.1. Akūta stresa reakcija

Akūta stresa reakcija ir psihes reakcija, kura var attīstīties, atbildot uz ārkārtēju, negaidītu fizisku un/vai emocionālu stresu. Piemēram, nopietns dzīvības un/vai veselības drauds cilvēkam vai viņa tuviniekiem, pēkšņas neparastas vai apdraudošas pārmaiņas cilvēka sociālajā situācijā, tuva cilvēka vai mantisko vērtību zaudējums. Individuālais psihes ievainojamības sliekšnis un galā tikšanas mehānismi atšķiras, jo ne visi cilvēki, kuri pakļauti vienāda stresora ietekmei, attīsta akūtu stresa reakciju. Tas atkarīgs no tādiem faktoriem, kā cilvēka individuālā personības un psihes struktūra, kā arī risks akūtai stresa reakcijai ir augstāks, ja cilvēkam ir fizisks izsīkums vai citi organismu ietekmējoši faktori, piemēram, organiska slimība.

Akūtu stresa reakciju parasti raksturo dažāda un mainīga simptomātika, kura attīstās strauji. Sākotnējam apstulbumam var sekot izteikta trauksme, bailes, dusmas, bezspēcība, bezpalīdzība, izmisums, nerealitātes sajūta, pārmērīga aktivitāte, norobežošanās, depresija, bezmiegs, nakts murgi, agresīva vai pašdestruktīva uzvedība. Parasti šie simptomi nav ilgstoši un stāvoklis atrisinās dažu stundu vai dienu laikā pēc tam, kad stresu radošie apstākļi mitējas. Ja stress turpina pastāvēt un to nevar mainīt, akūtas stresa reakcijas simptomi parasti sāk mazināties pēc vienas līdz divām dienām un kļūst minimāli pēc trīs dienām, kam seko sēru periods. Atsevišķos gadījumos simptomi var parādīties tikai kādu laiku pēc traumējošā notikuma un/vai būt ilgstoši.

PALĪDZĪBAS SNIEGŠANA

- ņemot vērā notikušo, sākotnēji tā var ietvert cilvēka nogādāšanu drošībā un/vai neatliekamo medicīnisko palīdzību.
- Sniedzot nepieciešamo emocionālo atbalstu, cilvēkam dod iespēju runāt par notikušo un viņa izjūtām. Ļoti būtiska ir vienkārša klātbūtne, uzklausat visu, kas cilvēkam sakāms, nesteidzinot un dodot tik daudz laika, cik viņam nepieciešams.
- Var palīdzēt cilvēkam atpazīt un saprast viņa izjūtas. Atgādināt, ka visas esošās izjūtas ir dabiskas, normālas un sagaidāmas šādā situācijā, ļaujot cilvēkam izdzīvot pārdzīvojumu viņa personīgi unikālajā veidā.
- Lai mazinātu papildu stresa apstākļus, iespēju robežās var palīdzēt organizēt un nodrošināt nepieciešamās ikdienas aktivitātes. [10]

3.2. Panikas traucējumi

Panikas traucējumi ir izteikta lēkmjveidīga trauksme, kas var rasties noteiktos apstākļos vai neparedzamās situācijās. Tā izpaužas ar izteiktu trauksmes izjūtu, kuru var papildināt

somatiski simptomi, piemēram, tremors, tirpšana vai dedzinoša sajūta dažādās ķermeņa daļās, aukstuma un karstuma viļņi, svīšana, gībšanas sajūta, smakšana, sirdsklauves, sāpes krūtīs, svārstīgs asinsspiediens, sausa mute, nelabums, “tauriņi vēderā”, traucēta zarnu darbība, vajadzība urinēt. Cilvēks var kļūt papildus satraukts, piemēram, par sirdsklauvēm un/vai sāpēm krūtīs, ja tās rada aizdomas par infarktu un sekojošas nāves bailes. Var būt arī bailes zaudēt kontroli un/vai sajukt prātā. Parasti panikas lēkme ilgst dažas minūtes, taču atsevišķos gadījumos izteikta trauksme var saglabāties pat pusstundu. Dažreiz panikas lēkmes novēro naktīs, miegā. Panikas lēkme bieži saistīta ar bailēm no nākamās lēkmes, tādēļ pacientiem ir raksturīgi izvairīties no vietām, kur šī lēkme notikusi, kā arī no uzdevumiem vai aktivitātēm, kuru dēļ varētu novērot panikas lēkmei līdzīgas sūdzības.

PALĪDZOT CILVĒKAM AR PANIKAS LĒKMI, IR SVARĪGI

- Saglabāt mieru pašam palīdzētājam un nodrošināt, lai cilvēks ar panikas lēkmi atrastos mierīgā vietā;
- Ja ir pieejami medikamenti trauksmes mazināšanai, tad tos var aicināt lietot. Tie iedarbojas dažu minūšu laikā;
- Cilvēku var aicināt vienmērīgi elpot vai darīt to kopā ar viņu. Var izmantot dažādus salīdzinājumus, piemēram, “*Ielpo, it kā Tu pasmaržotu puķi, izelpo, it kā Tu censtos nopūst sveci.*”
- Iespēju robežās var izskaidrot cilvēkam viņa simptomu psihosomatiskos mehānismus un/vai hiperventilācijas radītās sekas, sevišķi pirmreizējas lēkmes gadījumā. Tas var mazināt trauksmi, tomēr bieži lietderīgāk to darīt, kad lēkme mitējusies, un lēkmes laikā sarunāties īsos vienkāršos teikumos;
- Atgādināt, ka panikas lēkme parasti ilgst dažas minūtes, un visticamāk pēc dažām minūtēm simptomi beigsies. Var teikt šādi:
 - “*Tu droši vien šobrīd jūties briesmīgi, bet lēkme tūlīt pāries, tas nav nekas bīstams!*”
 - “*Tu tiks ar to galā!*”
- Parasti par fizisku problēmu liecina izteiktas, žņaudzošas sāpes aiz krūšu kaula, bāla un nosvīdusi sejas āda, izteikts nespēks, galvas reiboņi. Tādā gadījumā nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.
- Stāvoklī, kad nav panikas lēkme, cilvēku var mudināt apgūt relaksācijas vai apzinātības prasmes, kuras patstāvīgi izmantot panikas lēkmes laikā. Vienkāršākie relaksācijas vingrinājumi ir dziļa, diafragmāla elpošana, patīkamu situāciju vai vietu vizualizācija. Vienkāršākie apzinātības vingrinājumi ir konkrētā brīža apzināšanās ar vismaz trim savām maņām. Var veikt šādu vingrinājumu: “*Nosauc 5 lietas, ko šobrīd redzi, dzirdi un sajūti ar tausti.*” Kad pacients to ir izdarījis, lūdziet viņu nosaukt 4 citas lietas, ko viņš šobrīd redz,

dzird un sajūt ar tausti, pēc tam lūdziet nosaukt 3 citas lietas, ko viņš šobrīd redz, dzird un sajūt ar tausti. Tādā veidā turpiniet vingrinājumu, pakāpeniski mazinot nosaucamo lieto skaitu utt. [3; 10]

3.3. Pašnāvība

Pašnāvība ir apzināta dzīvības atņemšana sev pašam. Lai arī psihiska saslimšana nav obligāts pašnāvniecisku tieksmju vai pašnāvības priekšnosacījums, psihiski traucējumi būtiski paaugstina pašnāvības vai pašnāvības mēģinājuma risku. Cilvēks, kurš domā par pašnāvību vai plāno to, cieš un neredz citu veidu, kā atbrīvoties no ciešanām, kā vien atņemot sev dzīvību. Reizēm cilvēks jūtas vainīgs citu priekšā, uzskata, ka ir citiem par apgrūtinājumu, un pašnāvību redz kā vienīgo veidu, lai atbrīvotu citus no savas klātbūtnes. Gandrīz vienmēr cilvēks iekšēji patiesībā nevēlas mirt, bet neredz citu izeju, kā atvieglot dzīvi sev vai citiem.

Cilvēks, kurš apsver pašnāvības izdarīšanu, vienmēr apzināti vai neapzināti “signalizē” par to apkārtējiem. Raksturīga brīdinājuma pazīme ir bezcerības izjūta un izteikumi par bezcerību, piemēram, “*nespēju to vairs izturēt*”, “*nekam vairs nav jēgas*”, “*situācija ir bezcerīga*”. Var būt arī izteikumi par nāvi, pašnāvību vai paškaitējumu: “*Es labāk gribētu būt miris*”, “*es gribētu aizmigt un nepamosties*”. Šādi izteikumi nedrīkst tikt atstāti bez ievēribas. Raksturīgi riska faktori var būt arī norobežošanās no apkārtējiem, dzīvesveida un režīma izmaiņas (bezmiegs, izteikti pazemināta apetīte), izteiktas garastāvokļa svārstības (pārliela emocionalitāte mijas ar bezcerību un depresīvu noskaņojumu), pašiznīcinoša, bīstama, riskanta uzvedība, netipisku risku uzņemšanās (pastiprināta alkohola vai narkotiku lietošana, pārgalvīga auto vadīšana, apzināta fizisko slimību neārstēšana), pēkšņa atvadīšanās no draugiem, ģimenes, kolēģiem tā it kā otru personu vairs nekad nesatīktu, pēkšņa sev neraksturīga juridisko, finansiālo jautājumu kārtošana (testamenta rakstīšana, atsacīšanās no nozīmīga īpašuma, nozīmīgu lietu pārdošana, atdošana, dāvināšana bez redzama iemesla), pēkšņa informācijas meklēšana par pašnāvības izdarīšanas metodēm, kā arī pēkšņa, strauja laimes un miera izjūta pēc smaga nomāktības perioda var nozīmēt, ka cilvēks pieņēmis lēmumu atstāt šo dzīvi.

Lielāku pašnāvības risku nosaka iepriekš dzīvē bijušas pašnāvības domas, vai pašnāvības mēģinājums vai paškaitējums (piemēram, roku graizīšana), pašnāvība vai pašnāvības mēģinājums ģimenē, psihiska saslimšana (piemēram, depresija, šizofrēnija, pēctraumas stresa sindroms, bipolāri garastāvokļa traucējumi), nopietna fiziska saslimšana (piemēram, vēzis, AIDS, slimības, kas saistītas ar hroniskām sāpēm), nesena psihotraumējoša situācija (piemēram, izjukušas attiecības, problēmas ģimenē, biznesa vai juridiskas problēmas), vientulība, noslēgts un savrups dzīvesveids, noteiktas personības iezīmes – pesimistisks

redzējums, agresivitāte, impulsivitāte, vīrieša dzimums un viegla piekļuve pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem (medikamenti, ieroči u.c.).

Pašnāvības riska faktori bērniem un pusaudžiem ir satraucošs dzīves notikums, kas pieaugušajam sākotnēji var likties nenozīmīgs (problēmas skolā vai attiecībās, konflikts ar draugiem vai tuviniekiem, sociāla izstumšana), psihiska saslimšana (piemēram, depresija) vai nopietna fiziska saslimšana (piemēram, diabēts vai seksuāli transmisīva slimība) pašam vai tuviniekiem, bijusi fiziskas, emocionālas vai seksuālas vardarbības pieredze, ieskaitot ņirgāšanos (bullingu) skolā un vardarbību ģimenē, alkohola un narkotiku lietošana (pašam pusaudzim un ģimenē), iestājusies neplānota grūtniecība, neskaidrība par savu seksuālo orientāciju. Uzsākta ārstēšana ar antidepresantiem dažos gadījumos jauniešiem var palielināt pašnāvības risku. Taču, arī nelietojot medikamentus, depresijas izraisītais pašnāvības risks ir augsts. Jauniešiem, kuri lieto antidepresantus, biežāk jākonsultējas ar speciālistu, tuviniekiem un draugiem uzmanīgāk jāizvērtē pašnāvības riska pazīmes.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Ja cilvēks runā par pašnāvības domām vai nolūkiem, šie izteikumi vienmēr jāuztver nopietni, jo tas ir sauciens pēc palīdzības.
- Cilvēkam, kurš domā par pašnāvību, palīdzēt var saruna, tā var būt pirmais solis, lai pašnāvību novērstu. Iejūtīga, bet tieša saruna ar cilvēku, kurš nonācis krīzē un domā par nāvi, neveicina pašnāvību. Lai cik sarežģīta šķistu situācija, tai vienmēr ir kāds risinājums, kas nav pašnāvība, ir svarīgi, lai blakus būtu kāds, kurš saprot, pieņem, atbalsta un ir gatavs palīdzēt.
- Sākotnēji var jautātu kādu no šiem jautājumiem:
 - *“Vai Tev šķiet, ka nekam vairs nav jēgas?”*,
 - *“Vai Tev ir vēlēšanās padoties?”*,
 - *“Vai Tu domā, ka nav vairs vērts dzīvot?”*,
 - *“Vai Tev ir tik slikti, ka gribas nomirt?”*,
 - *“Vai Tu domā par pašnāvību?”*.
- Lai noskaidrotu, cik liels varētu būt pašnāvības izdarīšanas risks, var jautāt:
 - *“Vai Tev jau agrāk ir bijušas domas par pašnāvību?”*,
 - *“Vai Tu esi apsvēris kā un kur varētu izdarīt pašnāvību?”*,
 - *“Vai Tu domā, ka patiešām varētu izdarīt pašnāvību?”*.
- Saruna ar kādu, kurš cieš un vēlas aiziet no dzīves, var būt grūta, taču tas, ka cilvēks par to runā, ir laba pazīme. Jāļauj, lai cilvēks pasaka visu, kas uz sirds, lai izsaka visas savas sajūtas. Svarīgi būt iejūtīgam, pieņemošam un saprotošam, taču patiesam klausītājam. Nelietderīgi būtu kritizēt, piemēram, ar vārdiem *“Kā Tu tā vari domāt”*.

- Ja cilvēka pašnāvības risks ir augsts (ir pašnāvības plāns, domas par to, kā, kur un kad pašnāvību izdarīt, viņš saka, ka visticamāk pašnāvību izdarīs, vai saka, ka nav drošs par sevi, vai varēs atturēties no pašnāvības izdarīšanas), nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība. Augsta riska pašnāvnieciskas tieksmes ir pamats neatliekamai ārstēšanai, pat ja cilvēks no tās konkrētajā brīdī atsakās.
- Ar pacientu kopā var sastādīt plānu krīzes situācijai – ko darīt, ja atkārtojas pašnāvnieciskās tieksmes. Var sastādīt sarakstu ar cilvēkiem vai krīzes tālruniem, kuriem šādā brīdī var piezvanīt, ja cilvēks ir viens. Var noslēgt vienošanos, ka, ja parādās pašnāvības domas, tad cilvēks to izpildi atliek uz vienu dienu, un šīs dienas laikā parunājas par savām sajūtām un pārdzīvojumiem ar cilvēku, kuram uzticas. [2; 3]

3.4. Nesuicidāls paškaitējums

Nesuicidāls paškaitējums ir tīša sava ķermeņa ievainošana, lai ierosinātu sāpes un virspusējus bojājumus bez pašnāvības nodoma, kā arī šī ievainošana neatbilst kultūras normām, kā tas būtu, piemēram, tetovēšanas vai pīrsingu gadījumā. Nesuicidāls paškaitējums ir izplatīts 6% pieaugušo un 18% pusaudžu no populācijas.

Var būt dažādas paškaitējuma formas, piemēram, ādas griešana, dedzināšana, skrāpēšana, sišana, kaulu laušana, košana, kniebšana, saldēšana, iejaukšanās brūču dzīšanas procesā, ļoti reti amputācija vai pat acu izduršana. Visizplatītākā forma ir ādas griešana (aptuveni 70% gadījumos).

Ne vienmēr paškaitējums tiek veikts uzmanības iegūšanai, kas ir izplatīts mīts. Visizplatītākais iemesls ir emociju regulēšana, piemēram, ar griešanas palīdzību var tikt atvieglota pieaugošā emocionālā spriedze. Tas ir arī veids, kādā pacienti cenšas parādīt sava emocionālā distresa nopietnību, jeb sauciens pēc palīdzības. Motivācija var būt arī vainas izjūtas ierosināšana apkārtējos vai sevis sodīšana.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Komunicēt ar pacientu nenosodoša veidā.
- Pacienti baidās un uztraucas, ka viņiem varētu piedēvēt pašnāvības tieksmi, viņi ātri uztver nosodījumu un kritiku, kā dēļ var atteikties tālāk sadarboties. Lai veicinātu sadarbību ar pacientu, lietderīgi censties izprast pacienta skatupunktu un rīcības mērķi, piemēram, jautājot, kādā veidā šī rīcība viņam palīdz. Šādiem pacientiem ir grūti palīdzēt, jo, pat ja viņi apzinās, ka šāda “pašpalīdzība” nav adaptīva, tomēr tā ļauj tikt galā ar emocionālo distresu, un viņi var just pretrunīgas izjūtas par atteikšanos no šīs rīcības. [10]

3.5. Akūta psihoze

Psihoze ir smags psihisks stāvoklis, kura laikā ir zudis kontakts ar realitāti. Pacientam var novērot domāšanas un uztveres traucējumus, kā arī savādu, naidīgi noskaņotu, grūti kontrolējamu uzvedību. Akūta psihoze ir ārkārtas stāvoklis psihiatrijā, taču ar to samērā bieži var saskarties arī citās medicīnas specialitātēs. Akūtas psihozes pozitīvie simptomi ir murgi, halucinācijas un formāli domāšanas traucējumi. Pacients var uztvert neesošus sensorus signālus, piemēram, dzirdēt balsis, redzēt vīzijas. Negatīvie simptomi ir nemainīgs afekts, domu nabadzība, motivācijas trūkums un sociāla norobežošanās. Var būt traucētas kognitīvās funkcijas, piemēram, ir uzmanības nenoturība, traucēta īstermiņa atmiņa. Garastāvoklis var būt nomākts, pacilāts (hipomānija, mānija) vai mainīgs. Pacients var izjust trauksmi, paniku vai apjukumu. Var būt raksturīga arī pastiprināta agresija, naidīgums vai pašnāvnieciska uzvedība.

Akūtas psihozes ierosinātāji var būt tādas saslimšanas un stāvokļi kā šizofrēnija, bipolārie traucējumi, depresija, šizoafektīvi traucējumi, akūti un pārejoši psihotiski traucējumi, demence, akūts apjukuma stāvoklis, dažādas organiskas slimības, alkohola un/vai narkotisko vielu lietošana. Aptuveni ceturtajai daļai pacientu psihozes epizodes vairs nekad neatkārtojas.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Palīdzot pacientam ar akūtu psihozi, sākotnēji jānovērtē bīstamības risks pacientam un citiem un nepieciešamība nogādāšanai stacionārā ārstniecības iestādē.
- Stacionārā ārstniecības iestādē, ievērojot likumdošanu, vajadzētu nogādāt pacientus, kuri ir suicidāli vai naidīgi, agresīvi un, iespējams, slepkavnieciski noskaņoti, kā arī pacienti ar vāju seksuālu aizturi vai ar nodomiem veikt bīstamu rīcību, piemēram, radīt ugunsgrēku.
- Akūtas situācijas brīdī ir labi mēģināt pacientam izskaidrot vienkāršā valodā to, kas ar viņu notiek, un savu rīcību, kas attiecas uz palīdzības sniegšanu. Pat, ja šķiet, ka pacients nespēs saprast visu, kas tiek teikts.
- Lietderīgi ir mierināt pacientu, sakot, ka ir saprotams, ka viņa šī brīža stāvoklis, iespējams, viņu biedē, bet viņam kļūs labāk, kad tiks sniegta palīdzība. Pat, ja pacients neapzināsies sacīto, tomēr skaidrojumi un mierinājums var palīdzēt zemapziņas līmenī.
- Tā kā persona ar akūtu psihozi var būt impulsīva, neparedzama, risks sev un citiem, tā būtu jāierobežo un ideālā gadījumā jāapskata ārstniecības personai drošā, slēgtā telpā ar drošības signalizācijas sistēmu.
- Pacientu nekad nevajadzētu apskatīt mājās vienu, īpaši, ja šādi simptomi ir pirmo reizi.
- Lai saprastu kopējo ainu, ļoti noderīga var būt informācija no tuviniekiem, medicīnas personāla, kuram ir bijusi saskarsme ar pacientu. [10]

3.6. Akūti apziņas traucējumi

Akūti apziņas traucējumi ir visbiežākais psihiatriskais traucējums, ar kuru var sastapties primārās aprūpes speciālisti, neatliekamā palīdzība un somatisko stacionāru uzņemšanas nodaļas. Zvans uz psihiatrisko slimnīcu bieži notiek krēslas stundā, kad dienas gaismas zudums veicina traucējumu simptomus.

Traucējumi attīstās relatīvi īsā laika periodā (stundu vai dienu laikā), raksturīga akūta vispārēja psihiska disfunkcija, kurai var būt mainīga intensitāte. Tā ietver apziņas un uzmanības traucējumus, kuri var atrasties robežās starp pilnīgu modrību un stuporu. Bieži līdztekus ir citi traucējumi, piemēram, dzirdes un redzes halucinācijas, trauksme, emocionāla labilitāte, depresīvs garastāvoklis, psihomotorā hiperaktivitāte vai hipoaktivitāte, paranoīdi murgi, īstermiņa atmiņas traucējumi, dezorientācija laikā. Prodromālajā periodā var būt apjukums, nemiers, jūtīgums uz gaismu un skaņu.

Cēlonis sākotnēji var nebūt skaidrs, jo iespējamo ierosinātāju daudzums ir liels. Tie var būt saindēšanās ar dažādām vielām, narkotisko vielu un alkohola lietošanas pārtraukšana, dažādi intrakraniāli cēloņi, piemēram, infekcijas, galvas traumas, audzēji, asinsvadu sistēmas patoloģijas. Cēloņi var būt arī dažādi metaboliski un endokrīni traucējumi, sistēmiskas infekcijas, pēcoperācijas stāvokļi, krampji, epilepsija, audzēji, hipotermija, radiācija, imūnsupresija, lūzumi, elektrotrauma, centrālās nervu sistēmas slimības un dažādu orgānu traucējumi.

SASKARSMĒ UN KOMUNIKĀCIJĀ SVARĪGI

- Sākotnēji akūtu apziņas traucējumu gadījumā var palīdzēt tikai simptomātiski un atbalstoši. Tas nozīmē saglabāt pacienta vitālo funkciju stabilitāti un mazināt akūtos psihiatriskos simptomus.
- Emocionālu atbalstu var nodrošināt mierinājums un palīdzība tikt galā ar biedējošajām ilūzijām, halucinācijām un murgiem. Pēc tam ārstē cēloni, kuru nosaka ar izmeklējumu palīdzību. [10]

3.7. Psihiatriska palīdzība bez personas piekrišanas

Ārstniecības likums Latvijā nosaka, ka psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu. Psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas var sniegt tikai gadījumos:

- Ja pacients ir draudējis vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus un izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām un pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai;

- ja pacients ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās.

Ārstēšana bez pacienta piekrišanas notiek psihiatriskā stacionārā ar tiesas lēmumu. [1]

4. KOMUNIKĀCIJAS UN KONSULTĒŠANAS PRASMES DARBĀ AR PSIHISKI SLIMĀM PERSONĀM

4.1. Konfidencialitāte

Lai varētu pacientam sekmīgi palīdzēt, ārstniecības personai ir jāiegūst pēc iespējas vairāk informācijas par pacientu, kura var būt arī ļoti privāta. Cilvēks kopumā ir vērstis aizsargāt savu privāto informāciju no svešiniekiem, kāds ir arī veselības aprūpes darbinieks. Taču ārstniecības personas un pacienta attiecības ietver specifiskus faktoros, kuri tās veido par īpašām terapeitiskām attiecībām. Lai pacients spētu vērsties pēc palīdzības un būt pēc iespējas atklāts, ir jārada tāda vide un attiecības starp ārstniecības personu un pacientu, kuras veicina uzticēšanos. Konfidencialitāte ir viens no būtiskākajiem veselības aprūpes darbinieku ētiskiem pienākumiem šādas vides nodrošināšanā. Ja nebūtu konfidencialitātes noteikuma, pacienta uzticēšanās un motivācija atklāt privātu informāciju par sevi krietni mazinātos, tas noteikti atstātu iespaidu uz terapeitiskām un aprūpes iespējām. Īpaši tādā stigmatas apvītā medicīnas sfērā kā psihiskā veselība konfidencialitātes noteikums rada arī drošības izjūtu, ka informācija netiks izplatīta tālāk, neradot nevēlamas sekas.

Konfidencialitātes noteikums pieprasa, ka pacienta privātā informācija ir jāaizsargā, kamēr pats pacients nav devis atļauju to izpaust citiem vai to nepieprasa likums. Kā arī jānodrošina nepieciešamie piesardzības pasākumi, lai piekļuve šādai informācijai būtu tikai ar īpašu atļauju. Parasti terapeitiskos nolūkos ir nepieciešamas apspriedes par pacientu vairāku ārstniecības personu starpā. Arī šīm personām ir jābūt atļaujai piekļūt pacienta informācijai.

Ir situācijas, kad šķiet dabiski atklāt informāciju, piemēram, pacienta tuviniekiem, tomēr arī šādos gadījumos ir jāievēro konfidencialitāte. Reizēm ārstniecības personām laika trūkuma dēļ var nākties diskutēt par pacientu publiskās vietās (liftā, gaitenī, ēdnīcā), bet jāsaprot, ka šādos gadījumos pacienta tiesības uz privātumu tiek pārkāptas. Ja pacienta informācija tiek izmantota citu ārstniecības personu apmācībā, lekciju, konferenču vai citos publiskos materiālos, pacientu identificējamai informācijai jābūt šifrētai.

Mēdz būt apstākļi, kuros konfidencialitāti ir nepieciešams pārkāpt. Gadījumi, kad ārstniecības personas rīcībā ir informācija par draudošām briesmām pacientam vai citai personai, ir sarežģīti, jo rodas konflikts starp likuma prasībām un ārstniecības personas ētiskiem pienākumiem, kuri aizsargā terapeitiskās attiecības. Latvijā Ārstniecības likuma 56. pants nosaka, ka, ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no vardarbības, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai. Ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību nepilngadīgam pacientam un ir

pamats uzskatīt, ka pacients cietis no pienācīgas aprūpes un uzraudzības trūkuma vai cita bērnu tiesību pārkāpuma, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai. [1; 7; 15]

4.2. Empātiska komunikācija

Ārsta un pacienta attiecībām ir ļoti būtiska loma darbā ar psihiski slimiem pacientiem, jo šīs attiecības var būt emocionāli uzlādētas, un pašas par sevi ir nozīmīgas ārstēšanas procesā. Līdz ar to ārstniecības personai nepieciešamas ne tikai specifiskas dažādu slimību diagnostikas, ārstēšanas un aprūpes prasmes, bet arī specifiskas komunikācijas prasmes. Ārstniecības personām tas var radīt izaicinājumu.

Pacienti meklē palīdzību pie ārstniecības personas (reizēm nevēloties) tās kompetences dēļ. Tomēr beigu beigās pacienti paši lielā mērā ir atbildīgi par savas veselības uzlabošanu un nodrošināšanu. Lai palīdzētu viņiem šajā procesā un to veicinātu, jārada vide, kurā pacients var justies droši, ārstniecības personas klātbūtnē iedziļināties savās personiskajās grūtībās un saskarties ar apgrūtinošo, reizēm smago realitāti. Ārstniecības persona var radīt šādu vidi, izmantojot sevi un savu mijiedarbību ar pacientu kā terapeitisku faktoru, komunicējot ar pacientu empātiskā veidā.

Empātiskas komunikācijas būtiska sastāvdaļa ir pacienta izjūtu un redzespunkta bezierunu pieņemšanu. Viens no veidiem, kā saprast, ka esam ieņēmuši empātisku pozīciju, ir spēja ieraudzīt pasauli ar pacienta acīm un būt spējīgam patiesi teikt “*Tiešām! Es saprotu, kāpēc Jūs tā jūtaties un kāpēc to redzat tādā veidā.*” Tomēr jāņem vērā būtiska detaļa – pieņemšana nav tas pats, kas piekrišana un apstiprinājums. Ārstniecības persona var, un tai ir nepieciešams reizēm nepiekrīst pacientiem ar psihiskiem traucējumiem. Svarīgākais ir saglabāt cieņpilnu attieksmi un centienus izprast pacienta skatu punktu. Šāda attieksme atbilst pētniecībā pierādītam apgalvojumam, ka pieņemšana veicina pārmaiņas pozitīvā virzienā, turpretī spiediens un prasības kaut ko mainīt, rada pretestību. [4; 8; 9; 13; 15]

4.2.1. Klausīšanās

Klausīšanās ir vissvarīgākā efektīvas un empātiskas komunikācijas prasme. Tā var šķist viegli saprotams uzdevums, tomēr praksē tas nereti izrādās daudz sarežģītāk. Patiesi, aktīvi un empātiski klausīties nenozīmē tikai ārēji redzami klausīties un reaģēt uz pacienta teikto. Tas nozīmē iekšējus kognitīvus un afektīvus procesus klausītājā. Pirmkārt, uz pacientu tiek vērsta pilna uzmanība – gan fiziski, gan mentāli, gan emocionāli. Svarīgi ir atvēlēt pacientam pietiekami daudz laika un nodrošināt klusu un privātu telpu, kurā nekas nenovērš uzmanību no pacienta. Uzmanību var novērst, piemēram, fona trokšņi, ērtas sēdvietas neesamība, nepatīkama telpas temperatūra, laika trūkums, citu personu atrašanās telpā.

Otrkārt, aktīva klausīšanās ietver interesi tajā, kas pacientam ir sakāms un cieņa pret paša pacienta pieredzi, zināšanām un izpratni par savu stāvokli. Empātiskas klausīšanās mērķis ir arī saprast, ko pacients pats grib pavēstīt. Sākot klausīties, ārstniecības persona ieņem tādu pozīciju, ka katrs pacients pats par sevi zina vairāk, nekā ārstniecības persona jebkad par viņu zinās. Protams, ka var ieraudzīt “aklos laukumus”, ko pacients sevī neredz, tomēr pacients zina daudz vairāk par cēloņiem, kuri ir ietekmējuši viņa personības attīstību, pieņemtos lēmumus, rīcību, attieksmi un priekšstatus. Ja ārstniecības persona grib par to uzzināt vairāk, pacientam tas ir jāpastāsta, un ārstniecības personai ir jāklausās.

Klausoties ārstniecības personas bieži ir trauksmē par to, ko teikt, kādus jautājumus uzdot, vai ir uzdots “pareizais” jautājums. Lai arī šādas domas un izjūtas ir dabiskas un saprotamas jauniem speciālistiem, tās var novirzīt no klausīšanās pacientā. Viena no biežākajām kļūdām ir runāt par daudz. Jo, kad mēs runājām, mēs neklausāmies. Visterapeitiskāk ir teikt mazāk un klausīties vairāk, tomēr bieži tas izrādās grūts uzdevums. Viens no izplatītākajiem iemesliem ir tāds, ka speciālistam šķiet, ka viņš neko nedara, ja “vienkārši” klausās, jo klausīšanās un tās terapeitiskais efekts tiek par zemu novērtēts. Tomēr klausīšanās nenozīmē, ka nekas netiek darīts:

- Tiek dota “telpa”, lai pacients varētu runāt, tā dod iespēju pacientam izstāstīt savu stāstu un vissvarīgākais – tikt sadzirdētam;
- Pacients var just, ka kādam viņš rūp, ka viņš tiek pieņemts, ir svarīgs un respektēts. Tas, ka kāds pacientu sadzird un saprot, dod iespēju viņam just saikni ar otru cilvēku, kas savukārt veido un nostiprina uzticību ārstniecības personai, kā arī liek justies mazāk izolētam un vientuļam;
- Iespēja runāt, kad kāds klausās, pacientam ļauj arī labāk izprast savu situāciju un pieredzi, dod iespēju jautāt pēc palīdzības un dot atgriezenisko saiti par saņemto palīdzību, kā arī piedalīties savas ārstēšanas plānošanā;
- Visbeidzot, runājot pacients var paust emocijas un izlādēt spriedzi.

Pat, ja netiek darīts nekas cits, kā tikai klausīšanās, tam ir terapeitisks efekts. [8; 9; 13]

4.2.2. Neverbālā komunikācija

Lielākā daļa komunikācijas, kā arī signāli un vēstījumi, ko pacients un ārstniecības persona nodod viens otram, notiek neverbāli. Ķermeņa valoda ietver acu kontaktu, kas var būt aktīvs vai no tā var izvairīties. Var būt dažādas sejas izteiksmes, piemēram, pieres saraukšana, smaids, lūpu kodīšana, uzacs pacelšana. Var dzirdēt balss toni, skaļumu, akcentu, uzsvāru likšanu, pauzes, var novērot ķermeņa kustības, stāju, žestus, knosīšanos. Ir raksturīgas fizioloģiskas reakcijas kā svīšana, elpošanas paātrināšanās, nosarkšana. Vēstījumu var sniegt arī izskats un apģērbs.

Neverbālā komunikācija ir viens no veidiem, kā pacientā klausīties. Tomēr svarīgi ir arī apzināties savu neverbālo valodu. Praktiski ne vienmēr ir iespējams ieraudzīt savus neverbālos signālus un kā tie var ietekmēt mijiedarbību un attiecības ar pacientiem.

Neverbālā komunikācija var ietekmēt verbālo komunikāciju, piemēram:

- apstiprinot, kas ir pateikts (runājot par nāvi, pacients kļūst skumjš un acīs sariesas asaras).
- ķermeņa valoda var būt pretrunās ar sacīto (ārstniecības persona saka, ka vēlas dzirdēt, kas pacientam sakāms, taču turpina skatīties pulkstenī un grozīt rokās pildspalvu)
- ķermeņa valoda var uzsvērt sacīto (runājot par dusmām pret savu ģimeni, kura piespieda pacientu ārstēties slimnīcā, pacients saspiež dūri un sit pret galdu).
- ķermeņa valoda var padarīt verbālo vēstījumu spēcīgāku (pacients jautājot pēc papildus medikamentiem, lai apturētu balsis, pieceļas, ar rokām aizspiež ausis un kliedz “*gribu lai tās apklust!*”). [9]

4.2.3. Klusums

Pastāvīga aktīva klausīšanās var būt nogurdinoša. Par laimi, klusums dod laiku un mentālo telpu ārstniecības personai, lai reflektētu par savām domām un izjūtām par pacienta sacīto. Tomēr klusums bieži var izraisīt diskomfortu gan ārstniecības personā, gan pacientā. Rezultātā klusuma pauzes bieži var likties ilgākas, nekā tās patiesībā ir. Lai iemācītos būt klusumā, nepieciešama praktizēšanās. Viens praktisks veids kā mācīties, ir iepauzēt piecas sekundes, pirms kaut ko teikt, tas var iemācīt atturēties no runāšanas tikai tāpēc, lai aizpildītu klusumu. Tajā pašā laikā piecu sekunžu pauze neļauj klusumam būt pārāk ilgam, lai tas neizraisītu iespējamu distresu pacientā. Ar laiku un praktizēšanos, klusums kļūst vieglāk izturams un pat komfortabls, jo būs pamanāms pozitīvs efekts.

Spēja klusēt ar pacientu un vienlaikus būt mierīgam, īpaši tad, kad pacients ir distresā, patiesībā parāda spēju būt kopā ar pacientu. Klusums var būt kā komunikācijas veids, kas vēsta par cieņu pret pacientu, par to, ka pacients ir svarīgs, priekš pacienta ir laiks, savstarpējā mijiedarbība ir vairāk nekā parasta saruna, ārstniecības personas sacītais ir pārdomāts un visbeidzot to, ka ir normāli būt ar cilvēku, nejutot vajadzību kaut ko darīt.

Klusēšanu var izmantot arī, lai iegūtu vērtīgu diagnostisku informāciju. Klusuma terapeitiskas izmantošanas saknes ir Zigmunda Freida psihoanalītiskajā tehnikā. Viņš atklāja, ka caur pacienta brīvām asociācijām, kuras pacients pauž, kamēr terapeits ir kluss un neitrāls, var nonākt pie tā, kas atrodas pacienta priekšapziņā un zemapziņā. Lai arī mērķi ārstniecības personas komunikācijā ar pacientu var būt atšķirīgi no psihoanalīzes mērķiem, tomēr apzināta

klusuma pauze no ārstniecības personas puses bieži ļauj pacientam atklāt sevi tādā veidā, kādu nomāktu tūlītējas verbālas reakcijas no ārsta puses. [4; 9]

4.2.4. Klarifikācija un pārfrāzēšana

Lai arī klausīšanās ir ļoti svarīga, ar to parasti nepietiek, jo pacients vēlas arī atbildi. Klausoties ārstniecības persona fokusējas uz pacienta redzespunktu un reflektē par pacienta sacīto, tādējādi veidojas uz pacientu vērsta komunikācija. Ārstniecības persona seko tam, ko saka pacients, nevis vada vai izdara spiedienu uz to, kas pašai ārstniecības personai liekas svarīgs, jo tad tā būtu uz ārstniecības personu vērsta komunikācija. Ārstniecības persona identificē pacienta galveno vēstījumu un nodod to pacientam atpakaļ, izsakot to saviem vārdiem (klarificē un pārfrāzē), piemēram: “*Tātad Jūs sakāt, ka...*”. Efektīva refleksijas, klarifikācijas un pārfrāzēšanas izmantošana veicina pacienta izpēti, veido pacientā uzticību, apziņu, ka viņā klausās un vēsta, ka viņš tiek pieņemts un saprasts. Tam ir arī terapeitisks efekts. Pacientam tiek dota arī iespēja palabot vai papildināt to, ko ārstniecības persona ir vai nav sapratusi. [9]

4.2.5. Uz emociju nosaukšanu vērsta saruna

Pacients ar sievu ilgāku laiku gaida ārpus ārsta kabineta. Kad ārsts ierodas, pacienta sieva saka “Jūs visi esat nekompetenti! Vai Jums nebūtu jāpalīdz? Viņš šeit tik ilgi ir gaidījis tādā stāvoklī. Tikpat labi mēs varējām būt mājās.” Ārsts ietur nelielu pauzi un saka “Redzu, ka esat dusmīga. Droši vien ir ļoti biedējoši redzēt viņu tādā stāvoklī.”

Šajā gadījumā ārsts nosauc emociju, kura ir aiz pacienta sievas uzbrukuma, tādā veidā izrādot izpratni, nevis reaģē aizsargājoties. Tas pacienta sievai var likt justies sadzirdētai un atjaunot uzticību ārstam, tādējādi kļūstot atsaucīgākai pret ārsta turpmākajām rekomendācijām. Emocijas nosaukšana arī palīdz “saturēt” un pacienta sievai aptvert viņas spēcīgās emocijas.

Bieži pacienti apgalvo, ka medikamentus nelieto regulāri, jo vienkārši aizmirst. Dažādas atceršanās tehnikas un plānošanas stratēģijas ne vienmēr palīdz, ja aiz medikamentu nelietošanas patiesībā slēpjas, piemēram, bažas par medikamentu blakusefektiem, pretrunīgas izjūtas par savu slimību vai ārstēšanu, bailes no ārstēšanas izraisīta kaitējuma, stigma par psihisku slimību un medikamentu lietošanu. Neskatoties uz terapeitisko efektu, ko sniedz medikamenti, ir pacienti, kuri labāk izvairās no ar tiem saistītajām neērtībām un blakusefektiem, kā arī noliedz savu slimību. Šādā gadījumā efektīva var būt empātiska saruna par pacienta pretrunīgajām izjūtām un domām – ko var iegūt un ko zaudēt, lietojot medikamentus. Iespēja paust savas bažas, bailes un trauksmi var būt ļoti noderīga, lai atšķetinātu pretrunīgo emociju jūkli, kas savukārt dod iespēju atrisināt dažādus praktiskus ar ārstēšanas procesu saistītus sarežģījumus. [4; 8; 13]

4.2.6. Jautājumi

Vislietderīgākā ir atvērtu jautājumu uzdošana. Tie sākas ar “kad”, “kas”, “kā”, “kurš”, “kur”. Šāds jautājums ierosina aprakstošu atbildi. Piemēram, izpētot pacienta pieredzi dzirdot balsis, var jautāt:

- “Kad Jūs pirmo reizi dzirdējāt balsis?”
- “Cik balsis Jūs dzirdat?”
- “Ko balsis Jums saka?”
- “Kad tās ir visskaļākās?”
- “Kurš zina to, ka dzirdat balsis?”
- “Kā Jūs jūtaties, kad balsis saka...”
- “Ko Jūs darījāt, kad balsis kļuva skaļākas?”
- “Kas Jums palīdz tik galā ar balsīm?”

Lietderīgi jautājumi ir sekojoši:

Kognitīvi jautājumi, kuri vērsti uz pacienta domām un pārlicībām	“Par ko Jūs domājat, kad Jums ir panikas lēkme?” “Kā Jums šķiet, kas notiks, ja pārdozēsiet?” “Kā Jūs domājat, kas ierosina balsis Jūsu galvā?”
Afektīvi jautājumi fokusējas uz pacienta izjūtām, garastāvokli, emocijām	“Kā Jūs jūtaties, kad balsis Jūs kritizē?” “Kā Jūs jutāties, kad sevi ievainojāt?”
Biheiviorāli jautājumi ir vērsti uz pacienta rīcību	“Ko Jūs darījāt, kad Jums bija panikas lēkme?” “Ko Jūs darāt, lai samazinātu satraukumu, kuru ierosina balsis?”
Uz laiku (pagātņi, tagadni, nākotni) orientēti jautājumi	“Ko Jūs darījāt, lai tiktu galā ar balsīm?” “Ko Jūs tagad varētu darīt, lai mazinātu vajadzību sevi ievainot?”

Nelietderīgi jautājumi ir:

- **Aizvērtie jautājumi** – šie jautājumi ierobežo pacienta iespējas un bieži dod tikai tādas atbildes, kā “jā” vai “nē”. Piemēram, “Vai Jūs lietojāt medikamentus?”, “Vai esat apmeklējis ārstu?”, “Vai Jūs dzirdat balsis?”. Lai arī aizvērtie jautājumi ir lietderīgi, lai ievāktu informāciju, tiem ir ierobežota vērtība, jo tie neveicina dialogu, kā rezultātā samazinās iespēja sadarboties ar pacientu. Pārlietu liela aizvērtu jautājumu izmantošana var ieviest modeli “jautājums – atbilde”, kuru var būt grūti pārtraukt.

- **Uzvedinoši jautājumi** – šie jautājumi uzspiež pašas ārstniecības personas perspektīvu, piemēram, “*Man šķiet, Jūs neesat laimīga kopā ar savu vīru?*” tā vietā, lai jautātu “*Ko Jūs jūtat pret savu vīru?*”.
- **Daudzkārtīgi jautājumi** – divi vai vairāk jautājumi vienlaicīgi. “*Ko Jums teica ārsts, kad Jūs viņam pastāstījāt par panikas lēkmēm? Vai viņš ieteica pārskatīt Jūsu medikamentus?*” Šāds jautājums var būt mulsinošs un nelietderīgs. Kā arī, pacientam atbildot, reizēm var būt grūti pateikt, uz kuru jautājumu pacients ir atbildējis.
- **“vai” jautājumi** – šie jautājumi ir norādoši un ierobežojoši, jo ārstniecības persona ir izvēlējusies iespējamās atbildes un gluži kā ar vairākkārtīgiem jautājumiem, tie ietver divus jautājumus. “*Ko Jūs gribētu darīt? Pastaigāties vai atpūsties?*”.
- **“Kāpēc” jautājumi** – šie jautājumi ierosina atbildi, nevis aprakstu vai izpēti. Kā arī “kāpēc” lietošana var izklausīties pieprasosa, kā rezultātā var ierosināt pacientu ieņemt aizsardzības pozīciju. “*Kāpēc Jūs kavējat?*”, “*Kāpēc Jūs tā teicāt?*”, “*Kāpēc neiedzērāt zāles?*” Pacients var atbildēt “*es aizmirsu*”. Iemācīties uzdot jautājumu, neizmantojot “kāpēc”, var izrādīties izaicinājums un prasa pacietību un praktizēšanos. Piemēri:
 - “*Kāpēc nelietojāt medikamentus?*” – “*Kas Jūs atturēja no medikamentu lietošanas?*”
 - “*Kāpēc pārdozējāt?*” – “*Kas lika Jums pārdozēt?*”
 - “*Kāpēc aizbēgāt no slimnīcas?*” – “*Kas tāds notika, kas ierosināja Jūs bēgt?*”
 - “*Kāpēc satraucaties?*” – “*Kā Jums šķiet, kas izraisa Jūsu satraukumu?*”
 - “*Kāpēc Jūs tā teicāt?*” – “*Kas Jums lika tā sacīt?*”
- **Jautājumi nelaikā** – īstais laiks ir ļoti būtisks, lai uzdotu efektīvus jautājumus. Piemēram, ja pacients ir ļoti satraukts strīda dēļ ar tēvu un ārstniecības persona jautā: “*Ko Jūs pateicāt tādu, kas noved pie strīda?*”, iespējams, ka pacients nevēlēsies izpētīt savu rīcību konkrētajā brīdī un jutīsies nesadzirdēts. [9]

4.3. Savu izjūtu izpratne un vadīšana

Reizēm empātiski izprast pacientu ir īpaši grūti, piemēram, ja pacients runā par kaut ko, kam ir grūti noticēt, vai par ļoti sāpīgu pieredzi, ko ir grūti izturēt. Ne vienmēr ir iespējams patiesi saprast pacienta pieredzi. Kā arī tas, ko ārstniecības persona sadzird pacienta teiktajā, varbūt nav tas, ko pacients patiesībā ir centies pavēstīt. Ņemot šo vērā, jārunā par ļoti būtisku faktoru empātiskā un terapeitiskā komunikācijā, kas ir ārstniecības personas izjūtas.

Lai runātu par ārstniecības personas izjūtām mijiedarbībā ar pacientu, jāpiemin divi svarīgi termini – pārnese un pretpārnese.

- Par **pārnesi** sauc izjūtas, kuras pacients jūt pret ārstniecības personu, taču šīs izjūtas uz ārstniecības personu patiesībā tiek pārnestas no citām pacientam nozīmīgām attiecībām viņa dzīvē, piemēram, neuzticēšanās vēl nepazīstamai ārstniecības personai un sekojošas dusmas, vainas izjūta par ārstniecības personas apgrūtināšanu, bailes no kritikas un citas izjūtas.
- **Pretpārnese** ir ārstniecības personas izjūtas un fantāzijas par pacientu. Šīs izjūtas, tieši tāpat kā pārnese, var ietvert ārstniecības personas pagātnes un tagadnes nozīmīgas attiecības, kā arī tās ir izjūtas, kuras šis konkrētais pacients ārstniecības personā ierosina, tajā skaitā pacienta pārneses ierosinātas izjūtas ārstniecības personā. Piemēram, ja pacients pārneses rezultātā neuzticas, ir dusmīgs vai baidās no ārstniecības personas, ārstniecības persona automātiski var sākt izjust vainas izjūtu, kaut arī šai izjūtai nav racionāla pamatojuma.

Psihoterapeitiskā ārstēšanā šie fenomeni ir vieni no visinformatīvākajiem diagnostikas līdzekļiem. Pretpārnese ir sastopama pilnīgi visās terapeitiskās attiecībās, un tai ir nozīmīga ietekme uz terapeitisko aliansi, ārstniecības personas lēmumu pieņemšanu un pat ārstēšanas rezultātu. Ir dabiski, ka ārstniecības personas lēmumu pieņemšanu ietekmē ne tikai racionāli apsvērumi, kuri balstīti profesionālajās zināšanās un pieredzē, bet arī izjūtas, kuras tiek justas saistībā ar konkrētu pacientu, piemēram, vainas izjūta, bezspēcība, bezcerība, dusmas, bailes, izmisums un citas izjūtas. Izjūtas var motivēt, piemēram, strādāšanu ārpus sava darba laika, nelietderīgu izmeklējumu veikšanu, profesionālo robežu pārkāpumus un citas bieži vien neterapeitiskas rīcības.

Lai saprastu, kādu ietekmi rada attiecības ar konkrēto pacientu, ir svarīgi censties apzināties un reflektēt par savām izjūtām un to, kā tās var ietekmēt pieņemtos lēmumus, rīcību un ārstēšanas iznākumu. Reflektējot var sev jautāt: *“Kāpēc es šobrīd šādi reaģēju ar šo pacientu? Ko es jūtu pret šo pacientu? Kas manī ir ierosinājis šādas izjūtas? Kā jūtas pacients? Vai pacienta izjūtas (trauksme, bezspēcība, dusmas, vainas izjūta u.c.) ietekmē to, kā es jūtos?”*. Apzināšanās un refleksija vien nemazina izjūtu ietekmi, taču ļauj to analizēt un diskutēt par to, lai nepieciešamības gadījumā spētu mainīt savu rīcību.

Spēcīgas un ilgstoši neatrisinātas pretpārneses izjūtas var ne tikai ietekmēt pacienta ārstēšanas rezultātu, bet arī iedragāt ārstniecības personas pašvērtējumu un veicināt izdegšanu.

[4; 11; 15]

4.4. Rūpes par sevi, izdegšanas sindroms

Izdegšanas sindromu raksturo emocionāls izsīkums, kas rezultējas ārstniecības personas depersonalizācijā un samazinātā darba efektivitātē. Darba un emocionālas pārslodzes rezultātā emocionāli izsīkusi ārstniecības persona ir nogurusi tik tālu, ka enerģijas trūkuma dēļ vairs nespēj pildīt darba pienākumus un efektīvi komunicēt ar citiem. Šāda ārstniecības persona var kļūt trauksmaina, viegli aizkaitināma, ciniska, atsvešināta, bezpersoniska, egocentriska un vairs nespēj uz pacientiem raudzīties nekā citādi, kā uz objektiem, nevis cilvēkiem. Pasliktinās komunikācija, pieaug vienaldzība pret pacienta interesēm, izdegšana var apdraudēt veselības aprūpes kvalitāti un pacientu drošību. Nogurums, emocionāls izsīkums un norobežošanās liek ārstniecības personai zaudēt pārliecību, ka viņa spēj sniegt nozīmīgu ieguldījumu darbā, kas savukārt var iedragāt savas efektivitātes un kompetences izjūtu jeb profesionālo pašvērtējumu.

Emocionālu izdegšanu veicina raksturīgā vide veselības aprūpē, kas ietver emocijām piepildītu darbu un komunikāciju ar pacientiem, konstantu laika trūkumu, nespēju visu kontrolēt, attiecības ar kolēģiem un vadību, nepietiekama novērtējuma izjūtu – gan finansiāli, gan emocionāli, un ārstniecības personas personīgās īpašības. Izdegšanas sindroms attīstās pakāpeniski un to gandrīz nekad nepamana agrīnās stadijās.

Būtiski profilaktiski pasākumi pret emocionālu izsīkumu darbā ir emociju apzināšanās, refleksija par tām un adekvāta emociju izlāde.

Psihoterapijas specialitātē ārstiem ir pieejamas supervīzijas, kurās ar pieredzējušu kolēģi tiek apspriesti ne tikai pacientu gadījumu klīniskie aspekti, bet arī ārsta pieredze un izjūtas par pacientiem, tajā skaitā pretpārneses izjūtas.

Dažādiem speciālistiem ir pieejamas Bālinta grupas, kas ir regulāras ārstniecības personu tikšanās, kuras vada apmācīts līderis, lai apspriestu jebkuru tematu saistībā ar pacientiem, kas nodarbina ārstniecības personas prātu ārpus ierastajām klīniskajām problēmām. Rezultātā veidojas padziļinātāka izpratne par savām un pacientu emocijām un to, kā ārstniecības persona attiecībās ar pacientiem tiek emocionāli ietekmēta. Šī izpratne var noderēt par pamatu tam, lai atskārstu lietderīgākus veidus, kā mijiedarboties ar pacientu, kā arī daloties pieredzē ar kolēģiem, var gūt atbalstu un atvieglojumu.

Ārstniecības personai noderīgi atcerēties, ka apgūt komunikācijas prasmes un prast izmantot tās efektīvi, prasa laiku, praktizēšanos, motivāciju un drosmi pieļaut kļūdas jeb nebūt perfektam. Nav tādu formulu vai maģisku teikumu, kuri atrisinās visas pacienta problēmas. Tāpat nav pareizas vai nepareizas, labas vai sliktas komunikācijas prasmes. Var būt tikai lietderīgas vai nelietderīgas prasmes un iejaukšanās. [5; 6; 12]

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. *Ārstniecības likums*. Latvijas vēstnesis: 01.10.1997.
2. Zārde, I. (2015). *Psihiskās saslimšanas, to pazīmes, diagnostikas un ārstēšanas metodes*. (SPKC un VM projekta “Nenovērsies” ietvaros gatavots materiāls).
3. Zārde, I. (2015). *Padomi saskarsmē, komunikācijā un sadzīvē ar cilvēkiem ar dažādām psihiskām saslimšanām*. (SPKC un VM projekta “Nenovērsies” ietvaros gatavots materiāls).
4. Barua, I. D., Hauser, J. (2018). Four Communication Skills from Psychiatry Useful in Palliative Care and How to Teach Them. *MDAMA Journal of Ethics* 20(8), 717-723.
5. Bridgeman, P.J., Bridgeman, M.B., Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health-Syst Pharm* 75(3), 147-52.
6. Corsino de Paiva, L., Gomes Canário, A. C., ... Gonçalves, A. K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)* 72(5), 305–309.
7. De Bord, J., Burke W., Dudzinski, D. M. (2013). *Confidentiality: Ethical Topic in Medicine*. Retrieved from <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/confiden.html>
8. Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change, second edition*. New York: The Guilford Press
9. Morrissey, J., Callaghan, P. (2011). *Communication skills for mental health nurses*. Maidenhead: Open University PressPub.
10. Puri, B. K., Treasaden, I. H. (2008). *Emergencies in psychiatry*. New York: Oxford University Press.
11. Rasic, D. (2010). Countertransference in Child and Adolescent Psychiatry-A Forgotten Concept? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 19(4), 249–254.
12. Roberts, M. (2012). Balint groups A tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician* 58(3), 245-7.
13. Rosengren, D. B. (2009). *Building Motivational Interviewing Skills A Practitioner Workbook*. New York: The Guilford Press
14. Semple, D., Smyth, R. (2009). *Oxford handbook of psychiatry, Second edition*. New York: Oxford University Press.
15. Varcarolis, E. M., Halter, M. J. (2009). Developing Therapeutic Relationships. In *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach, Sixth edition* (pp.155-170). Philadelphia, United States: Elsevier – Health Sciences Division.

16. World Health Organization (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ne/