



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”

Psihosomatisku, somatoformu un personības traucējumu diagnostika un ārstēšana

Mācību materiāls

Rīga
2019

ANOTĀCIJA

Līdz brīdim, kad sabiedrība un medicīnas profesionāļi apzinājās, ka slimību izcelsmi, gaitu un prognozi ietekme ne tikai bioloģiskie, bet arī psiholoģiskie un sociālie aspekti, psihosomatiskie traucējumi tika ignorēti. Mūsdienās psihosomatisko traucējumu savlaicīga atpazīšana ir būtisks ieguvums pacientu veselības uzlabošanā, veicot fokusētas darbības tieši šo traucējumu ārstēšanā un netērējot nelietderīgi laiku un līdzekļus.

Metodiskā materiāla mērķis ir sniegt zināšanas par somatoformiem, psihosomatiskiem, neirotiskiem un personības traucējumiem un paaugstināt spēju tās identificēt primārajā veselības aprūpē.

Metodiskā materiāla ieteikumi ir paredzēti ārstiem, ārsta palīgiem, māsām, farmaceitiem, jo šo specialitāšu pārstāvji savā ikdienas darbā sastop indivīdus ar somatoformiem, psihosomatiskiem, neirotiskiem vai personības traucējumiem, un to atpazīšana ir ļoti svarīga, lai izveidotu labu kontaktu ar pacientiem un izveidotu atbilstošu turpmākas rīcības plānu.

Metodiskais materiāls ir sagatavots Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros, ir paredzēts izmantošanai Latvijas Republikas teritorijā. Programmas autori ir SIA “Veselības centrs Vivendi” struktūrvienības, pieaugušo neformālās izglītības iestādes “Medicīnas tālākizglītības centrs” speciālisti: psihoterapeits dr. Tarass Ivaščenko un psihiatrs dr. Jānis Bušs.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	5
1. SLIMĪBAS BIOPSIHOSOCIĀLAIS MODELIS	6
2. SOMATOFORMU TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS	7
2.1. Somatoformu traucējumu pazīmes, simptomi	7
2.2. Somatoformu traucējumu riska faktori un predispozīcija	10
2.3. Somatoformu traucējumu diagnostika	10
3. PSIHOSOMATISKIE TRAUCĒJUMI	14
3.1. Psihosomatiskas teorijas un modeļi. Vēsturiskais aspekts	14
3.2. Teorijas, kas ietver somatopsihisku konstitūciju aprakstus	14
3.3. Slimība kā konflikts – psihoanalītiskā koncepcija	14
3.3.1. Konversijas modelis	15
3.3.2. M. Šura de- un resomatizācijas teorijas	15
3.3.3. Aleksandra teorija par slimībai specifisku psihodinamisku konfliktu	15
3.4. Personības psihosomatiskas struktūras teorija - aleksitīmija	16
3.5. Pavlova mācība par nosacītajiem refleksiem	17
3.6. Integratīvas teorijas	17
3.7. Psihosomatisko traucējumu diagnostika	18
3.8. Psihosomatiska anamnēze	18
4. NEIROTISKI TRAUCĒJUMI	20
4.1. Trauksmes spektra traucējumi	20
4.1.1. Panika	20
4.1.2. Akūta stresa reakcija un posttraumatiskais stresa sindroms	22
4.1.3. Adaptācijas traucējumi	25
5. SOMATOFORMIE TRAUCĒJUMI	27
5.1. Somatizācija	27
5.1.1. Somatoforma veģetatīva disfunkcija	28
5.1.2. Somatoformas sāpes	28
5.1.3. Hipohondriskie traucējumi	28
5.1.4. Citi somatoformi traucējumi	29
5.1.5. Māksloti traucējumi	30
6. SOMATOFORMU TRAUCĒJUMU ĀRSTĒŠANA	32
6.1. Autogēnais treniņš	32
6.2. Muskuļu relaksācija	32
6.3. Fiziskie vingrinājumi	33
6.4. Deju-kustību terapija	34
6.5. Psihoterapija	34
6.5.1. Diagnostiska saruna	34

6.5.2.	Psihodinamiskā psihoterapija	35
6.5.3.	Kognitīvi biheiviorālā terapija.....	36
6.5.4.	Atbalstošā psihoterapija.....	36
6.5.5.	Ģimenes psihoterapija	37
6.6.	Medikamentozā terapija	37
6.6.1.	Terapijas ietekme.....	37
6.6.2.	Antidepresanti.....	38
6.6.3.	Pretrauksmes preperāti	38
7.	PERSONĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS	40
7.1.	Personības traucējumu etioloģija.....	40
7.2.	Personības traucējumu vispārējās pazīmes.....	41
7.3.	Personības traucējumu veidi.....	41
7.3.1.	Paranoīda personība.....	41
7.3.2.	Šizoīda personība.....	41
7.3.3.	Asociāla personība.....	41
7.3.4.	Emocionāli nestabila personība	41
7.3.5.	Histēriskā personība.....	42
7.3.6.	Anankastiska personība	42
7.3.7.	Trauksmaini (izvairīga) personība	42
7.3.8.	Atkarīga personība.....	42
7.3.9.	Organiski personības traucējumi	42
7.4.	Jaukti personības traucējumi	43
7.4.1.	Piecu faktoru modelis	43
7.4.2.	SSK iedalījums	44
7.5.	Personības traucējumu psihoterapeitiskā ārstēšana	45
7.6.	Personības traucējumu medikamentozā ārstēšana.....	45
	IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	47

IEVADS

Biopsihosociālā modeļa apzināšana ir paplašinājusi sabiedrības izpratni par sociālo un psiholoģisko faktoru ietekmi uz slimību norisi un attīstības gaitu. Mūsdienās cilvēku informēšana par psihosomatisko traucējumu iemesliem, attīstības mehānismiem un ārstēšanas iespējām tiek uzskatīta par sabiedrības veselības veicināšanas pasākumu.

Arī liela daļa pacientu ir cilvēki ar dažādiem psihosomatiskiem traucējumiem, tāpēc ir svarīgi attīstīt pareizās ārstēšanas stratēģijas:

- ārsti un medicīniskais personāls var pacientus izglītot;
- pacientiem var mazināt sociālo stigmatu (saistībā ar slimības psiholoģiskajiem iemesliem);
- var palīdzēt apzināties situāciju, izdarīt secinājumus un motivēt pārmaiņām.

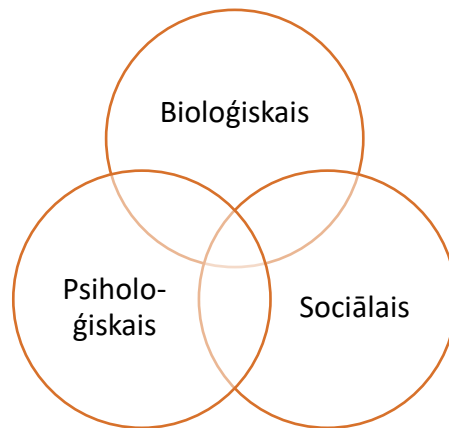
Izpratne par psihosomatiskiem traucējumiem pacientu vidū ir jāaktualizē, jo:

- šie traucējumi ne vienmēr tiek atzīti par slimību;
- noliegums (gan individuāls, gan sociāls) rada šķēršļus savlaicīgai slimības psiholoģiskās dabas atpazīšanai un spējai pareizi rīkoties;
- traucējumu nepareizas novērtēšanas dēļ var tikt veikta pārmērīga vai neatbilstoša somatiska iejaukšanās, izraisot papildu kaitējumu veselībai.
- traucējumu nepareiza novērtēšana var būtiski apgrūtināt kontakta izveidošanu ar pacientu.

Psihosomatisko traucējumu ārstēšana nav primārās veselības aprūpes darbinieku pamatuzdevums, taču šo traucējumu simptomus ir svarīgi laikus atpazīt, lai ar nevajadzīgu medicīnisko iejaukšanos nekaitētu pacientu veselībai un netērētu veselības aprūpei paredzētos līdzekļus.

Metodiskā materiāla saturs nav paredzēts, lai citu specialitāšu profesionāļi apgūtu psihosomatisko vai psihisko traucējumu ārstēšanas metodes. Ar šī materiāla palīdzību profesionāļi var uzlabot sabiedrības veselību, izceļot psihosomatisku traucējumu problemātiku un to iespējamo ārstēšanu, var motivēt indivīdu pārmaiņām – uzsākt ārstēšanos, mainīt uzvedību utt.

1. SLIMĪBAS BIOPSIHOSOCIĀLAIS MODELIS



1.1 attēls Biopsihosociālais modelis

Bioloģiskais. Psiholoģiskais. Sociālais. Šo triju vārdu apvienojums terminā “biopsihosociālais” ir pazīstams ikvienam veselības aprūpes speciālistam – tas tiek apgūts sākotnējo apmācību laikā un papildināts, turpinot profesionālo izaugsmi, tālāk izglītojoties un lasot nozares literatūru.

Biopsihosociālais modelis lielā mērā ir saistīts ar Dž. Eindželu (*Engel*), kurš centās aizstāt dominējošo biomedicīnas modeli (kas neņēma vērā slimību sociālās, psiholoģiskās un uzvedības dimensijas, bet koncentrējās uz fizisko patoloģiju un bojājumu novēršanu) ar modeli, kas koncentrējas uz personību un integrē visus personas veselību un labklājību veicinošos faktoros [14].

Biopsihosociālās pieejas pamatuzdevums ir izveidot modeli, kas atbilstu psihoemocionālajiem procesiem, lai ārsts varētu saistīt fizioloģiskos (šūnas, orgāni, orgānu sistēmas, endokrīnā, imūnā un nervu sistēmas) procesus ar procesiem, kas norisinās psihiskā (sajūtas un izjūtas, kuras uztveram ar ķermeni un/vai sajūtu orgāniem no apkārtējās vides) un sociālā līmenī. Šāds modelis raksturotu attiecības starp organismu (un ārējo vidi) un bioloģiskiem, psiholoģiskiem un sociāliem procesiem.

Biopsihosociālo modeli varētu uzskatīt par ‘ideālu’, jo tas ietver gan vispārējo veselības aprūpi, gan saistīto problēmu risināšanu. Tomēr jāuzsver, ka tā nav panaceja:

- tas nenodrošina specifisku, niansētu informāciju par konkrēto rīcību ar pacientu;
- tas būtu jāuztver kā metode vai instrumentu kopums, kas paredz nepieciešamību ārstniecības personām darboties kā padomdevējiem, ne tikai palīdzot pacientiem risināt viņu problēmas, bet arī rosinot uz dažādām aktivitātēm [22].

2. SOMATOFORMU TRAUČĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS

60% līdz 80% iedzīvotāju ik nedēļu piedzīvo somatiska („soma” no latīņu valodas – „ķermenis”) rakstura sūdzības, bet ārsti bieži neatrod sūdzību simptomiem fizioloģiskus cēloņus. Ja ārstam šķiet, ka starp pacienta subjektīvajām sūdzībām un objektīvo realitāti ir būtiskas atšķirības, kā arī lai noteiktu (vai izslēgtu) "funkcionālus", "psihogēnus" vai "psihosomatiskus" simptomus, ārsti var pieprasīt psihiatra vai psihoterapeita konsultāciju. Parasti pacienti ietilpst kādā no šīm kategorijām:

- pacienti ar somatoformiem traucējumiem – veģetatīvās nervu sistēmas traucējumi, kas var izpausties ar tādiem simptomiem kā sirdsklauves, elpas tūkums, drebuļi, svīšana, sarkšana vai bālēšana, reiboņi, slikta dūša, vemšana, caureja, sāpes sirdī, krūtīs. Fiziskās izjūtas nereti papildina panikas lēkmes – bailes nomirt vai sajukt prātā. Lai arī izjūtas ir ļoti reālas un nepatīkamas, šajā gadījumā simptomus rada nevis fiziskā saslimšana, bet nervu sistēmas uzbudinājums.
- pacienti ar citu psihiatrisku saslimšanu somatiskām manifestācijām – piemēram, ar garastāvokļa traucējumiem vai trauksmi;
- pacienti ar medicīniski neskaidriem simptomiem – somatisko simptomu izcelsme paliek neskaidra arī pēc somatiskās un psihiskās izmeklēšanas;
- simulanti [23].

Pēc Garīgo slimību diagnostiskās un statistiskās rokasgrāmatas 5. redakcijas (DSM-V), somatoformo traucējumu izplatība vispārējā populācijā ir no 4% līdz 19%. Simptomi parasti iesākas pusaudža vai jauna pieaugušā vecuma, mēdz būt arī vēlāk, sievietēm prevalence ir lielāka [11].

2.1. Somatoformu traucējumu pazīmes, simptomi

Somatoformu traucējumu raksturīga pazīme ir somatiskie simptomi bez apzināta patofizioloģiskā mehānisma vai organiska pamata [26]. Ja arī eksistē ķermeniskie traucējumi, tie neizskaidro ne simptomu dabu, ne intensitāti, ne arī to, cik mokoši tie ir pacientam. Tajā pašā laikā fiziskie simptomi var izraisīt būtiskus traucējumus sociālajā dzīvē vai profesionālajā darbībā:

- pacientu sūdzības pamatojas uz objektīvi nosakāmiem veģetatīvās nervu sistēmas uzbudinājuma simptomiem (sirdsklauves, svīšana, sarkšana, trīce un bailes, bažas par iespējamiem ķermeniskiem traucējumiem);

- pacientiem ir subjektīvas sūdzības par nespecifiskām vai mainīgām sajūtām – ātri pārejošas, smeldzošas un asas sāpes, dedzināšana, smaguma, uztūkšanas vai sastiepuma sajūta, ko pacients saista ar kādu orgānu vai orgānu sistēmu;
- simptomi var būt pastāvīgi vai arī noritēt lēkmju un krīžu veidā;
- viena no smagākajām izpausmēm ir panikas lēkmes, kas neaprobežojas ar kādu noteiktu situāciju, proti, tās nevar prognozēt. Lēkmju laikā rodas stipras bailes, ka var notikt kaut kas šausmīgs – var nomirt, sajukt prātā, cilvēks nekontrolē situāciju. Panikas lēkmju laikā notiek krasas pārmaiņas: paātrinās sirdsdarbība, ir sāpes krūškurvī, smakšanas sajūta, reibonis, nerealitātes sajūta (depersonalizācija, derealizācija) [2].

Raksturīgās kognitīvās (spēja sajust, uztvert, atcerēties, domāt, analizēt un iztēloties) īpašības ir šādas:

- uzmanības pievēršana somatiskiem simptomiem, sajūtu attiecināšana uz fiziskām slimībām (iespējams, ar katastrofālām interpretācijām);
- satraukums par iespēju saslimt un bailes, ka jebkura fiziska aktivitāte var traumēt ķermeni;
- atkārtotas ķermeņa pārbaudes uz novirzēm no normas, atkārtotas medicīniskās palīdzības meklēšana un izvairīšanās no fiziskām aktivitātēm.

Visizteiktākās šīs uzvedības īpatnības ir smagiem, noturīgiem somatoformiem traucējumiem.

Viena vai vairāku somatisko simptomu rezultātā pacienti piedzīvo pārmērīgu distresu (sliktais stress, kas dzīves kvalitāti ietekmē negatīvi un izpaužas kā pārmērīgi liels sasprindzinājums), šo simptomu ietekmē viņu domas, jūtas vai uzvedība pastāvīgi ir disfunkcionālas [9]. Pacienti bieži meklē palīdzību vairākās medicīnas iestādēs, jo ārstēšana nemazina viņu ciešanas:

- kaut arī ir medicīniskās pārbaudes un iedrošinājumi, pārņemība ar ķermeniskām izjūtām un satraukums par savu veselību nebeidzas, jo negatīvi izmeklējumu rezultāti neapstiprina pacienta pieņēmumus;
- ārsti bieži nosūta pacientu veikt nevajadzīgus vai atkārtotus izmeklējumus un procedūras, jo simptomiem nav izdevies atrast ķermenisku iemeslu vai arī viņi vienkārši nav informēti, ka šie izmeklējumi jau veikti (piemēram, citās institūcijās);
- tik liels izmeklējumu un procedūru skaits var paaugstināt blakņu un komplikāciju riskus, turpinot pasliktināt pacienta stāvokli. Daļai pacientu ar somatoformiem traucējumiem šis apburtais loks ir kļuvis par ‘dzīvesstilu’.

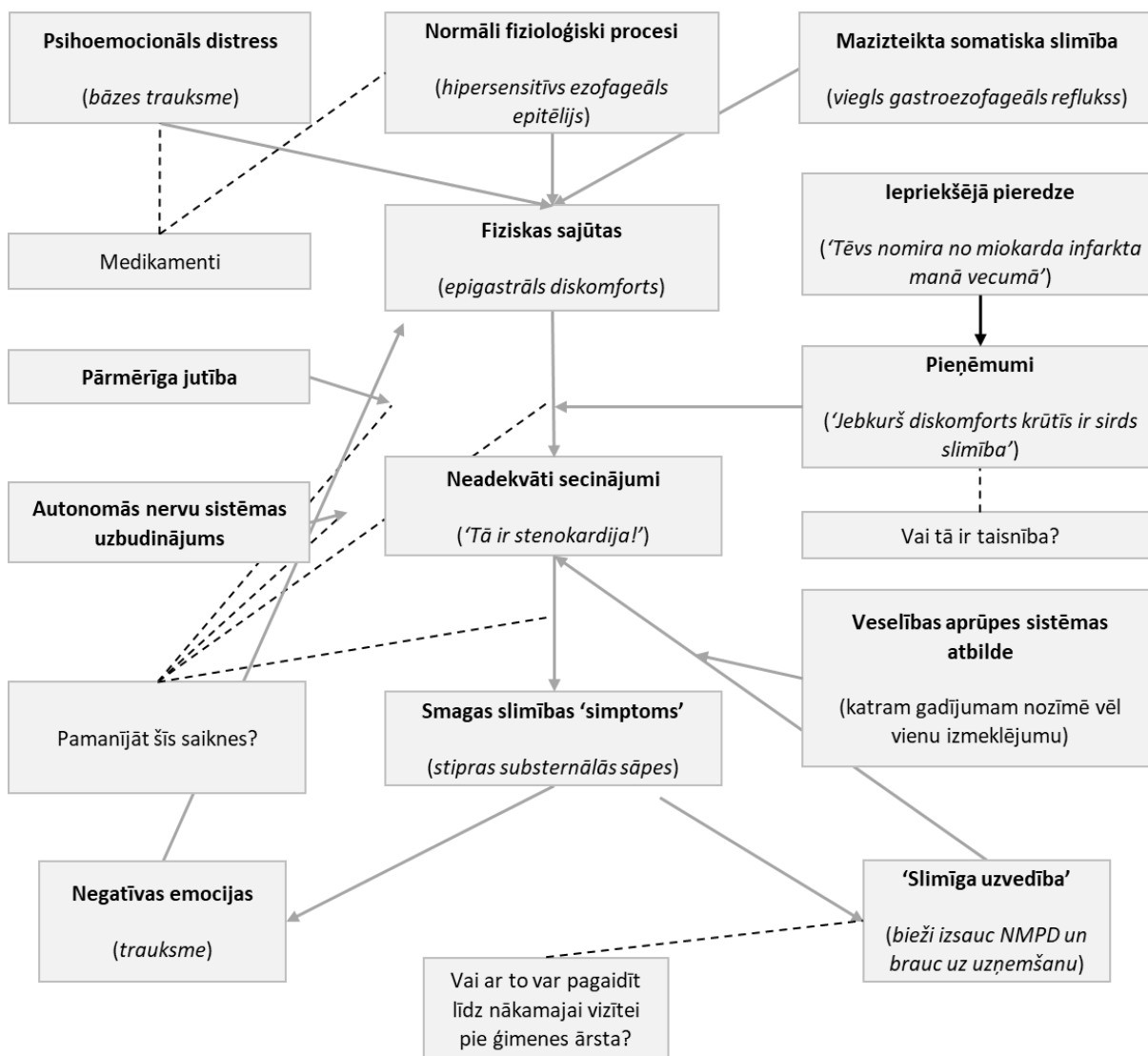
Gados vecākiem cilvēkiem somatoformus traucējumus var nediagnosticēt gan tāpēc, ka daži somatiskie simptomi (piemēram, sāpes, nogurums) ir uzskatāmi par novecošanas sastāvdaļu, gan tādēļ, ka uztraukums par saslimšanām vecākiem cilvēkiem tiek uzskatīts par

normu. Senioriem, kuri atnāk pie ārsta ar vairākiem somatiskiem simptomiem, bieži novēro pavadošu depresiju.

Bērniem visbiežākie simptomi ir atkārtotas vēdera sāpes, galvassāpes, nogurums un slikta dūša, viņiem, biežāk nekā pieaugušajiem, novēro vienu izteiktu simptomu. Jāņem vērā, ka līdz pusaudža vecumam bērni reti uztraucas par slimību *per se*, svarīga ir vecāku reakcija uz slimības simptomiem, un tas var noteikt pavadošā stresa līmeni – vecāki ietekmē simptomu interpretāciju, medicīniskās palīdzības meklēšanu, kā arī laiku, uz kuru bērns tiek atbrīvots no skolas [13].

Ir divas pieejas somatoformo traucējumu diagnosticēšanai:

- SSK-10 – galvenā pazīme ir nepieciešamība atšķirt šos traucējumus no somatiskām saslimšanām (šī pieeja ir izplatīta Latvijā);
- DSM-V, kas balstās uz somatisko simptomu izteiktību, kas asociējas ar nozīmīgu distresu un nespēju.



3.1 attēls Kognitīvi-biheiviorāls somatoformu traucējumu modelis [9]

Attēlā piemēri ir kursīvā, iespējamās intervences apzīmētas ar punktveida līnijām.

2.2. Somatoformo traucējumu riska faktori un predispozīcija

Somatoformas un ar tiem saistītus traucējumus var veicināt vairāki faktori. Tie ir:

(1) ģenētiskā un bioloģiskā ievainojamība (piemēram, paaugstināta jutība pret sāpēm, agrīna traumatiskā pieredze – vardarbība, ļaunprātīgā izmantošana vai mācīšanās no pieredzes – ar slimības palīdzību tiek saņemta uzmanība);

(2) kulturālās/sociālās normas, kuras devalvē un stigmatizē psiholoģiskās (salīdzinājumā ar fiziskajām) ciešanas;

(3) tādas personības raksturiezīmes kā negatīva afektivitāte (neiroticisms) – riska faktors lielākam somatisko simptomu skaitam;

(4) bieži sastopama ir simptomus pavadošā trauksme vai depresija, kas var šos simptomus saasināt un stimulēt nespēju;

(5) somatoformas traucējumus biežāk sastop cilvēkiem, kas nesēn piedzīvojuši traumatiskus dzīves notikumus.

Persistējoši ķermeniski simptomi (viegli – simptomi biežāk kā reizi nedēļā, bet retāk kā reizi dienā; vidēji smagi – kontrolējami simptomi ik dienu; smagi – nekontrolējami simptomi katru dienu) tiek asociēti ar

- demogrāfiskajām īpašībām (dzimumu, vecumu, izglītības līmeni, sociāli ekonomisko stāvokli, bezdarbu);
- seksuālu vardarbību vai citu bērnības traumu;
- hronisku somatisku slimību pavadošiem vai psihiatriskiem traucējumiem (depresiju, trauksmi, distīmiju), sociālo stresu.

Kognitīvie faktori, kas ietekmē klīnisko gaitu, ir jutīgums pret sāpēm, paaugstināta uzmanība pret ķermeņa izjūtām, fizisko simptomu saistīšana ar varbūtējo ķermenisko slimību, nevis uzskatīšana par normālu fenomenu vai psiholoģiskā stresa izpausmi.

Ķermenisko simptomu izrādīšanu, atpazīšanu un pārvaldību ietekmē arī kulturālās atšķirības, piemēram, kā indivīdi identificē un klasificē ķermeniskas sajūtas, kā uztver slimību un kā meklē medicīnisko palīdzību, tāpēc ķermeniskas izpausmes var uzskatīt arī par personīgo sajūtu izpausmēm sociāli kulturālajā kontekstā [10].

2.3. Somatoformo traucējumu diagnostika

Pacienta izvērtēšanas principi:

- Sadarboties ar pacientu nosūtījušo ārstu vai iestādi – jāizprot nosūtīšanas iemesls un informācija, kas par sagaidāmo konsultāciju/izvērtēšanu ir sniegta pacientam;

- Pirms konsultācijas iepazīties ar pacienta slimības vēsturi;
- Sadarboties ar ģimeni – saņemt precīzus datus par pacienta anamnēzi, esošiem vai iepriekšējiem funkcionāliem ierobežojumiem, tagadējiem vai pagātnes psihosociāliem stresoriem;
- Sadarboties ar pacientu – nopietni uztvert viņa simptomus, pārjautāt, kā šie simptomi/slimība ietekmē(ja) pacienta dzīvi;
- Meklēt psihiatrisku traucējumu apliecinājumus, pievēršot īpašu uzmanību emocionālām atbildēm, nolieguma līmenim, nepamatotam naidīgumam pret ārstiem;
- Apzināt simptomu un normālu izmeklējumu rezultātu nozīmīgumu pacientam;
- Izmeklēt pacientu, noskaidrot situāciju, pasūtīt/veikt laboratoriskos izmeklējumus – šāda veida rīcība, visticamāk, uzlabos sadarbību;
- Izmantot psihometriskus testus, nosūtīt pie psihiatra/psihoterapeita [23].

DIAGNOSTISKIE KRITĒRIJI PĒC DSM-V (SOMATIC SYMPTOM DISORDER)

- Viens vai vairāki simptomi, kas izraisa nozīmīgu distresu vai būtiski traucē ikdienā;
- Pārmērīgas domas, jūtas vai uzvedība, kas saistīta ar somatiskiem simptomiem vai tos pavadošām veselības problēmām (vismaz viena no): disproporcionālas un pastāvīgas domas par simptomu nopietnumu, izteikta pastāvīga trauksme par šiem simptomiem vai veselību vispār, pārmērīgs laika un enerģijas patēriņš saistībā ar šiem simptomiem vai rūpēm par veselību. [10]

PARASTI DIAGNOZES APSTIPRINĀŠANAI NEPIECIEŠAMAS ŠĀDAS PAZĪMES:

- veģetatīva uzbudinājuma simptomi – paātrināta sirdsdarbība, svīšana, pietvīkums, trīce. Tie var būt hroniski vai traucējoši;
- papildu subjektīvie simptomi, kas attiecas uz noteiktu orgānu vai to sistēmu;
- bažas par potenciāli nopietnu slimību – atkārtotus skaidrojumus, ka fiziskais stāvoklis ir normāls, pacients nepieņem;
- nav datu par būtisku strukturālu vai funkcionālu orgānu vai to sistēmu bojājumu [2].

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

Somatiskās saslimšanas – neskaidras izcelsmes somatisku simptomu klātesamība vēl nav pietiekama, lai uzstādītu somatoformu traucējumu diagnozi. Un pretēji – somatiskas slimības esamība neizslēdz somatoformus traucējumus kā blakusslimību. Tāpēc...

A. Nepieciešamas dažādu nozaru speciālistu konsultācijas;

- parasti vispirms jāapmeklē ģimenes ārsts, kas var veikt rutīnas izmeklēšanu;
- ģimenes ārsts var nosūtīt pie atbilstoša speciālista:

- kardiologa (ja ir paaugstināts asinsspiediens, pārsitieni, var būt nepieciešama EKG, veloergometrija, smagākos gadījumos arī ehokardiogramma), lai izslēgtu miokarda infarktu un citas sirds slimības;
- neirologa (EEK, slīpā galda tests – reakcijas pārbaude uz pozīcijas maiņu, muskuļu slodzes testi, elpošanas mērījumi), lai izslēgtu epilepsiju vai citus nervu sistēmas darbības traucējumus;
- endokrinologa (vairogdziedzera izmeklēšana, kortizola, adrenalīna līmeņa noteikšana), lai izslēgtu hipertireozi, feohromocitomu, hiperaldosteronismu, cukura diabētu;
- gastroenterologa (fibrogastroskopija, kolonoskopija, vēdera dobuma sonogrāfija);
- pulmonologa (plaušu rentgenoskopija);
- otorinolaringologa (mutes dobuma/balsenes apskatei, *globus hystericus* jeb neirotiskā kamola kaklā sajūtas diferenciāldiagnostikai);
- laboratoriski izmeklējumi (kalcija, magnija, kālija, dzelzs līmenis asinīs, nieru un aknu funkciju rādītāji) – rūpīgi jāizmeklē ikviens pacients [2].

B. Jāizslēdz citas saslimšanas, ar kurām iespējama komorbiditāte (cilvēks ir vienlaikus slims ar vairākām slimībām):

- Panika [epizodiska paroksismāla trauksme] – panikas ķermeniskie simptomi parasti parādās akūtām epizodēm, savukārt somatoformiem traucējumiem simptomi un trauksme parasti ir persistējoši;
- Vispārēja trauksme – pacienti parasti uztraucas ne tikai par veselību un ķermeniskiem simptomiem (kaut arī līdzīgas sūdzības var pastāvēt);
- Depresija – mēdz būt ķermeniski simptomi, papildus arī disforisks garastāvoklis un anhedonija;
- Hipohondriskie traucējumi – pacienti ir satraukušies par savu veselību, bet somatisku simptomu ir maz, vai arī tie ir maz izteikti;
- Disociatīvi [konversijas] traucējumi – galvenais simptoms ir funkcijas zaudējums (piem., nekustīga kāja). Somatoformiem traucējumiem tas ir distress, kuru izraisa ķermeniskie simptomi;
- Murgi – pacientiem ar somatoformiem traucējumiem parasti saglabājas realitātes apziņa un simptomi nerasniedz murgu intensitāti;
- Dismorfofobija – pacients ir pārņemts ar pārspīlētu defektu savās fiziskajās īpašībās, nevis uztraucas par ķermeniskiem simptomiem, kā tas ir somatoformu traucējumu gadījumā;

- Obsesīvi kompulsīvie traucējumi – somatoformu traucējumu gadījumā atkārtotas idejas par ķermeniskiem simptomiem vai slimību ir mazāk uzbāzīgas, nepastāv obsesīvi kompulsīviem traucējumiem raksturīgie trauksmes mazināšanas rituāli [10].

Kopsavilkums

Somatoformu traucējumu kopējā īpašība ir fizisku simptomu klātesamība, kas liek domāt par somatisku slimību, bet kurus nevar pilnīgi pamatot ne ar somatisku slimību vai vielu (narkotiku, alkohola, medikamentu) lietošanas tiešu efektu, ne arī ar citu psihisku traucējumu (piemēram, paniku vai trauksmi). Simptomu dēļ pacienti piedzīvo nozīmīgu distresu, parasti ir sastopami slimnīcu somatiskā profila nodaļās, nevis psihiatriskajās.

Pēc SSK-10, somatoformu traucējumu grupa apkopo traucējumus, kuru diagnostikā ir svarīgi atšķirt tos no somatiskām saslimšanām.

Somatoformu traucējumu simptomi izraisa nozīmīgu distresu vai nespēju sociālajā, profesionālajā vai citā funkcionēšanas jomā [10].

3. PSIHOSOMATISKIE TRAUCĒJUMI

3.1. Psihosomatiskas teorijas un modeļi. Vēsturiskais aspekts

Dilemma, ar kuru jau kopš seniem laikiem sastopas ikviens ārsts – pacientam, zinot par somatiskā un psihoemocionālā vienotību, jāveido slimības modelis, kas atspoguļo gan somatiskos, gan psihiskos datus.

Vēsturiskās teorijas un psihosomatisku saslimšanu modeļus nosacīti var sadalīt vairākās grupās:

1. Teorijas, kas ietver somatopsihisku konstitūciju aprakstus;
2. Slimība kā konflikts – psihosomatikas psihoanalītiskā koncepcija;
3. Personības psihosomatiskas struktūras teorija – aleksitīmija;
4. I. Pavlova mācība par nosacītiem refleksiem un psihosomatiskā medicīna no mācīšanās teorijas skatupunkta;
5. Integratīvas teorijas.

3.2. Teorijas, kas ietver somatopsihisku konstitūciju aprakstus

Šādas teorijas balstās uz pieņēmumiem, ka dažādas miesas būves cilvēkiem ir atšķirīgi raksturi un viņi ir tendēti sirgt ar noteiktām kaitēm. Piemēram, sangviniķiem ir nosliece uz asinsrites slimībām, holeriķiem un flegmatikājiem – uz žultsceļu slimībām u.t.t. Šīs teorijas robežās noteiktām slimībām tika definēti atbilstoši personības tipi, kas apvieno somatisko un psihisko pusi – somatopsihiskās konstitūcijas. Piemēram, personības, kurām ir nosliece uz stenokardiju un miokarda infarktu, tika aprakstītas kā ieturētas, savaldīgas, spējīgas uz konsekventu rīcību, spējīgas atteikties no tūlītējas savu iegribu apmierināšanas, lai sasniegtu tālejošus mērķus.

Šo tipoloģiju trūkums ir tas, ka tām lielākoties nav sakara ar konkrētās personas dzīves gaitu un sociālo attīstību; iezīmēm, ar kurām personība tiek definēta, ir tikai statisks raksturs.

Jāatzīmē, ka šāda personības iezīmju saistīšana ar noteiktu slimību neko neizsaka par personības lomu slimības patoģenēzē un šīs korelācijas nekādā gadījumā nedrīkst pieņemt par likumsakarībām.

3.3. Slimība kā konflikts – psihoanalītiskā koncepcija

Šādās teorijās ārējo kaitējumu un/vai iekšējos konfliktus uzskata par slimību psihosomatiskajām sekām un modeļiem.

3.3.1. Konversijas modelis

Pateicoties konversijai, nepatīkamais psihiskais kaitējums nenodara personai ļaunumu, jo tā 'uzbudinājumu summa' pāriet somatiskajā sfērā – somatiskais simptoms saista psihisko "enerģiju" un traucējošais psihiskais process neattīstās. Konflikts simboliski atspoguļojas ķermenī, kādā orgānā, kura izvēlei arī ir simboliskā nozīme. Piemēram, vīrietis neapzināti vēlas iesist sievietei un pēkšņi (bez apzināta organiska cēloņa) viņa roka tiek paralizēta. Ķermenisku simptomu attīstībai svarīga ir arī 'somatiskā gatavība' – fiziskais faktors, kas ietekmē, kādā veidā attīstīsies somatiskie simptomi. Somatiskā gatavība var būt gan ģenētiskā predispozīcija, gan attiecīgā orgāna pārslodze, gan agrīnās bērnības traumas sekas. Kā klasiskus konversijas piemērus var minēt, piemēram, psihogēnās roku paralīzes, histērijas lēkmes, histēriskus gaitas traucējumus, psihogēnu anestēziju (sensoros traucējumus).

Šī modeļa trūkums - konversija kā izskaidrojums simptomiem izmantojama tikai noteiktai simptomātisku kompleksu grupai, tā nav pielietojama lielākajai daļai psihosomatisko traucējumu.

3.3.2. M. Šura de- un resomatizācijas teorijas

Saskaņā ar desomatizācijas un resomatizācijas teorijas autora Makša Šura (*Schur*) teoriju, bērna attīstības un nobriešanas procesā sāpes un bailes tiek apzinātas un pārveidotas sajūtās, priekšstatos, domās un, visbeidzot, vārdos. Difūzo somatisko reaģēšanu (bērnā visi afektīvie procesi atspoguļojas tikai ķermeniski) aizstāj mērķtiecīga, realitātei atbilstoša ārējo un iekšējo signālu pārveidošana sajūtās, domās un vārdos – šo procesu var saukt par desomatizāciju.

Psihosomatisko slimību definē kā 'regresīvu attīstību' – var atkārtoti paaugstināties libido vai agresija, kas 'Es' nepietiekamas funkcionēšanas (vājuma) gadījumā var novest līdz resomatizācijai un psihosomatisku simptomu izpausmēm. Biežāk novērojams cilvēkiem, kuru anamnēzē ir vairākas bērnības traumas un attiecīgi 'Es' funkcijas ierobežojums. Simptomu parādīšanās vietas izvēli nosaka gan agrīnās bērnības traumas raksturs, gan iedzimta predispozīcija.

3.3.3. Aleksandera teorija par slimībai specifisku psihodinamisku konfliktu

Pēc psihodinamiskās specifitātes teorijas autora, ASV zinātnieka Franča Aleksandera (*Alexander*) teorijas, ķermeniskie simptomi nevis simboliski atspoguļo iekšējo konfliktu, bet ir tipiski konfliktu pavadošo emociju simptomi – veģetatīvās neirozes. Specifiskais konflikts predisponē pacientus noteiktām saslimšanām tikai tad, ja ir arī citi (Aleksandera laikā vēl nepazīstami) ģenētiskie, bioķīmiskie un fizioloģiskie 'Xfaktori'.

Šos konfliktus pastiprina situācijas, pret kurām pacients ir jūtīgs savu ‘atslēgas’ konfliktu dēļ, un pavada stipras emocijas, kas caur autonomiem hormonāliem un neiromuskulāriem mehānismiem izraisa izmaiņas organisma struktūrā un funkcijās [27].

3.4. Personības psihosomatiskas struktūras teorija – aleksitīmija

Aleksitīmija ir burtiski tulkojama kā ‘nav vārdu emocijām’. Pēc pasaulē atzītā Hārvarda medicīnas skolas profesora Pītera Sifneosa (*Sifneos*) definīcijas, aleksitīmisku personību raksturo trīs galvenās īpašības:

- (i) grūtības emociju atpazīšanā, identificēšanā un aprakstīšanā, ka arī emociju atšķiršanā no ķermeniskām izjūtām;
- (ii) traucēta simbolizācija, uz ko norāda fantāzijas un citas iztēles deficīts;
- (iii) fokusēšanās uz ārējiem notikumiem, nevis iekšējiem pārdzīvojumiem [25].

Aleksitīmijas izplatība vispārējā populācijā ir apmēram 10%, bet pacientiem ar psihosomatiskiem traucējumiem tā sasniedz apmēram 40–60% [16].

Ir pētījumi, kas apliecina aleksitīmijas saikni ar ģenētiku, bet tas attiecas tikai uz diviem procentiem visu diagnosticēto gadījumu, pārējie 98 procenti ir dzīves laikā iegūtā aleksitīmija [19].

Iegūtās aleksitīmijas veidi ir divi – simptomi spēcīgas psihiskas traumas rezultātā var rasties bērna attīstības kritiskajā posmā vai arī emocionālās traumas rezultātā parādās noteiktā dzīves brīdī. Tomēr aleksitīmiju izraisa ne tikai posttraumatiski gadījumi, bet arī citi iemesli, piemēram, cilvēkiem bieži nonākot situācijās, kurās viņi ir spiesti izvairīties no emociju izpaušanas [1; 28].

Aleksitīmija uzskatāma par vienu no galvenajiem elementiem psihosomatiskajā procesā, un tai ir nozīmīga loma somatisku saslimšanu neiroloģiskajos iemeslos. To atzīst par riska faktoru medicīniskām, psihiatriskām un uzvedības problēmām, kuras ietekmē traucējumi afekta regulācijā.

Mehānisms, kas ir aleksitīmijas asociācijas ar ķermeniskām saslimšanām pamatā, joprojām ir neskaidrs. Tiek piedāvāti vairāki skaidrojumi:

- Aleksitīmija noved pie organiskām saslimšanām caur fizioloģiskiem vai biheiviorāliem mehānismiem;
- aleksitīmija noved pie slimīgas uzvedības (fiziskiem simptomiem, nespējas, pārmērīgas veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu izmantošanas) caur kognitīviem vai sociāliem mehānismiem;
- ķermeniskas saslimšanas noved pie aleksitīmijas;

- gan aleksitīmiju, gan ķermeniskas saslimšanas izraisa kopīgi sociālikulturāli vai bioloģiski faktori.

Ir hipotēze, ka aleksitīmija ir ilgstošs riska faktors autonomas nervu sistēmas un neiroendokrīnās sistēmas nesabalansētā darbībā [16].

3.5. Pavlova mācība par nosacītajiem refleksiem

Nobela prēmijas laureāts, krievu zinātnieks Ivans Pavlovs (*Павлов*) un viņa skolas pārstāvji aprakstīja nosacījuma refleksus praktiski visām ķermeņa funkcijām, tajā skaitā, sirdsdarbībai, asinsvadu reakcijām, kuņģa-zarnu trakta darbībai, termoregulācijai, vielmaiņai, nieru funkcijai u.t.t. [26]. Psihosomatiskie procesi tika apskatīti kā ierasti ceļi, kā sarežģīti strukturēti 'refleksi', kas atbilst nosacījuma refleksu pamatshēmām. Par svarīgiem tika uzskatītas nosacījuma refleksu formēšanas un vājināšanas likumsakarības.

Pastāv uzskats, ka arī emociju rezultātā var notikt organisma funkciju fizioloģiskās pārmaiņas, bet nav līdz galam skaidrs, kā tieši tas notiek.

Savienojot mācību par nosacījuma refleksiem ar psihosomatiskajiem procesiem, var atzīmēt tā sauktās 'eksperimentālās neirozes': ja uz diviem pretējiem kairinātājiem tiek aktivizēti divi nosacījuma refleksi un to aktivizācijas laiks sakrīt ar beznosacījuma kairinātāja ietekmi, tad (eksperimentos ar dzīvniekiem) parādās uzvedības traucējumi, veģetatīvie traucējumi (spalvas izkrišana, asinsvadu labilitāte), var rasties būtiski ķermeniski bojājumi (neatgriezeniska arteriāla hipertensija, koronāras asinsrites traucējumi, miokarda infarkts).

Tādējādi psihosomatiskajā medicīnā Pavlova teoriju var interpretēt no iemācīšanās teorijas skatupunkta. Šī teorija spēlē vadošo lomu noteiktu veidu baiļu, fobiju un apsēstību interpretācijā un biheiviorālajā terapijā, ka arī stostīšanās, psihogēnu tiku un histērisku reakciju ārstēšanā.

3.6. Integratīvas teorijas

Šajās teorijās tika mēģināts kā vispārēji, tā arī niansēs savienot ķermeniskas un psihiskas parādības, izvērtēt psihosomatiskās slimības un to saikni ar ārējo pasauli.

Piemēram, Vainera integratīvajā modelī:

- Veselību definē kā veiksmīgu pielāgošanās ārējai pasaulei, nevis slimības neesamību;
- Slimību definē kā kaitējumu vai traucējumus noteiktās cilvēka organisma struktūrās vai funkcijās. Bet slimība nav vienīgais iemesls slimnieka ciešanām, to rada arī cilvēka nespēja pielāgoties dažādām dzīvēs situācijām vai pašai slimībai, tādējādi veicinot ciešanas vai 'slimības sajūtas'. Sāpju vai slimības sajūtas, ko bieži novēro plaši izplatīto

funkcionālo traucējumu gadījumos, ir signāls tam, ka cilvēka spēja izdzīvot viņa specifiskajā vidē ir traucēta vai pat apdraudēta.

Vainera modelī ārstēšanas mērķis ir atvieglot vai koriģēt adaptīvo nepietiekamību, bet ne sasniegt grūti definējamo veselības ideālu. Šīs pozīcijas piekritēji apskata ciešanas un slimību kā bioloģiskas adaptācijas sabrukumu, kas var novest pie organiskiem bojājumiem, bet kam nav līdz tiem jānovēd. Šāds adaptācijas sabrukums cilvēkā var notikt dažādos līmeņos – no psiholoģiskā līdz imūnajam, tas var pieņemt dažādas formas un visdažādākajos veidos novest pie vienas un tās pašas saslimšanas.

Vainers akcentē, ka savstarpēji mijiedarbojas vairāki, dažreiz pretēji vērsti faktori, kuri gan uztur veselību, gan veicina ciešanu un slimību rašanos. Turklāt, izņemot eksogēnu fizisku traumu, iemesls nekad nevar būt tikai viens faktors, bet faktoru kopums, piemēram, ģenētiskā predispozīcija, pārtikas adekvātums, iepriekšējais kontakts ar infekciozu aģentu, imūnās, bioķīmiskās un fizioloģiskās reakcijas uz psihoemocionālām parādībām, cilvēka adaptācija spējai kulturālajai, sociālajai un materiālajai videi [27].

3.7. Psihosomatisko traucējumu diagnostika

Kādi līdzekļi ir ārsta rīcībā, lai uzstādītu psihosomatisku diagnozi?

Būtiskāko atbalstu sniedz diagnostiskā saruna un psihosomatiskā anamnēze, kas radušās, attīstot psihoanalītisko interviju (saglabājot tās teorētisko pamatu).

Psihosomatikā eksistē divas pamatsituācijas, kas nosaka diagnostiskas sarunas virzienu:

1. **Pacients ar apzinātu somatisku slimību.** Lai palīdzētu pacientam pārvarēt slimību un veicinātu sadarbību ārstēšanas procesā, jānosaka psihoemocionālo ietekmju loma slimībā, pacienta stāvoklī un mērķos – te izpaužas somatopsihiskā pieeja.
2. **Pacienta sūdzībām vai somatiskajiem simptomiem ir psihoemocionāls pamats.** Šādos gadījumos jānoskaidro psihoemocionālo faktoru lomu slimības izcelsmē un gaitā - psihosomatiskā pieeja.

3.8. Psihosomatiska anamnēze

Psihosomatiskās anamnēzes mērķis ir skaidri un saprotami sasaistīt slimnieka ķermeniskos simptomus ar dzīves ārējiem un iekšējiem aspektiem.

1. Jāsāk ar jautājumu **par sūdzībām, kuru dēļ pacients ir vērsies pie ārsta.** Bieži, atbildot uz šādu jautājumu, pacients norāda konkrētus simptomus vai pat pasaka konkrētu diagnozi: *'sāpes kuņģī'*, *'stenokardija'*, *'reimatisms'*. Uzklautot šīs sūdzības, vārdisko stāvokļa aprakstu, ārstam ir jānoskaidro pacienta situācija. Turklāt jāievēro, kā pacients izsakās, kādus vārdus lieto, raksturojot savas sūdzības un slimību.

2. Nākamais jautājums ļauj noskaidrot **sāpīgo pārdzīvojumu parādīšanās laiku**: “*Kad jūs to sajūtāt pirmo reizi?*”. Jāapzina arī turpmākie pasliktinājumu un uzlabojumu periodi, uzstājīgi, līdz pat dienai un stundai, jānoskaidro simptomu laiki. Situācijā, kad ārsts saņem gan psihoemocionālos, gan somatiskos datus, dzīves anamnēze ietver arī somatisko izmeklējumu un slimībai raksturīgu ķermenisko parādību trūkums var motivēt ārstu dziļākai slimības saiknes izpētei. Daži somatiskie simptomi un pacienta reakcijas izmeklējuma laikā (pakauša muskuļu sasprindzinājums, sāpīgums, uzspiežot epigastrālajā reģionā) var ļaut pieredzējušam ārstam turpināt psiholoģiskās diagnostikas virzienu.
3. Izšķirošais jautājums, lai izprastu iekšējos konfliktus un ārējas psihosociālās saiknes, ir jautājums **par dzīves situāciju slimības sākuma brīdī**. “*Kāda bija jūsu dzīve laikā, kad parādījās pirmās sūdzības? Vai bija izmaiņas, jaunumi, kaut kas pazuda, beidzās?*” Tas ir jautājums par liktenīgajām neveiksmēm, kārdinājumiem, izmaiņām darba un sadzīves apstākļos – ir jāizsauc atmiņas brīvo asociāciju veidā. Pacienti mēdz stāstīt par diezgan dramatiskiem notikumiem kā par banālām pārmaiņām, kas uzpeld atmiņā un šķiet niecīgi, bet tiem ir jāpievērš uzmanība. Ja neizdodas rast saikni starp dzīves krīzēm un slimības sākumu (arī atkārtotajās sarunās), ir jāapšaubā slimības psihosomatiskā izcelsme.
4. Retrospektīvajā analīzē dzīves situācijas, kas izraisa saslimšanas, var rasties gan **bērnībā, gan jaunībā vai pieaugušā vecumā**. Te jārunā par attiecībām ar vecākiem, par attīstību bērnībā, karjeru, seksuālo attīstību. “*Pastāstiet man vēl nedaudz par sevi, varbūt kaut ko no bērnības? Izstāstiet nedaudz par vecākiem*” vai “*Kāds jūs bijāt bērna vecumā?*” vai “*Atsauciet atmiņā būtiskākos dzīves notikumus?*”
5. Galu galā rodas **priekšstats par pacienta personību kopumā**. Ņemot vērā pacienta psihoemocionālos pārdzīvojumus un uzvedību, var novērtēt simptomātikas, saslimšanas situācijas un anamnēzes datu nozīmīgumu. “*Ko tas jums nozīmēja? Kā to pārdzīvojāt?*” – šādi jautājumi liek pacientam saprast paša reakcijas veidus [27].

4. NEIROTISKI TRAUCĒJUMI

4.1. Trauksmes spektra traucējumi

4.1.1. Panika

Paniku raksturo atkārtotas (vairāk nekā viena) negaidītas panikas lēkmes – pēkšņs intensīvu baiļu sajūtu vai intensīva diskomforta uzplaukums, kas dažās minūtēs sasniedz pīķi un kura laikā tiek novēroti 4 vai vairāki simptomi no 13 simptomu saraksta. Lēkmju biežums un stiprums plaši variē. Vārds ‘negaidīta’ nozīmē panikas lēkmi, kurai tajā brīdī nav acīmredzama iemesla vai trigera – lēkme sākas it kā ‘ne no kā’, piemēram, atpūšoties vai pēkšņi pamostoties (nakts panikas lēkme).

Uztraukums par panikas lēkmēm vai to sekām parasti attiecas uz:

- fiziskām problēmām, piemēram, bažas, ka panikas lēkmes norāda uz dzīvībai bīstamu slimību;
- uz sociālajām sekām, tādām ka apmulsums vai bailes panikas simptomu dēļ tikt negatīvi novērtētam sabiedrībā;
- bažām par mentālo funkcionēšanu, tādas kā bailes sajukt prātā vai zaudēt kontroli par savu rīcību.

Panikas lēkmju rezultātā pacientam parādās maladaptīvas uzvedības pārmaiņas, tās ir mērķētas uz panikas lēkmju minimizēšanu vai izvairīšanās no lēkmēm vai to sekām. Piemēri – izvairīšanās no fiziskas piepūles, ierastā ritma pārkārtošana, lai panikas lēkmes gadījumā blakus vienmēr būtu pieejama palīdzība, ikdienas aktivitāšu ierobežošana, izvairīšanās no ‘agorafobiskām situācijām’ (iziešana no mājām, sabiedriskā transporta izmantošana, iepirkšanās).

Bieži, aprakstot panikas lēkmes un to sekas, pacienti sūdzas par pastāvīgu vai periodisku trauksmes izjūtu, kas saistīta ar veselību un psihisko veselību. Pacienti ar paniku bieži iztēlojas katastrofisku iznākumu arī viegliem fiziskiem simptomiem (piemēram, domā, ka galvassāpes nozīmē smadzeņu audzēju) vai pārspīlē medikamentu blaknes. Viņiem var rasties visaptverošas bažas par spējām veikt ikdienas pienākumus vai izturēt ikdienas stresorus. Lai kontrolētu panikas lēkmes, viņiem var izveidoties pārmērīga psihoaktīvu vielu (alkohola, izrakstīto medikamentu vai narkotiku) lietošana vai attīstīties ekstremāla uzvedība, piemēram, nopietni ierobežojumi pārtikas uzņemšanā vai izvairīšanās lietot dažus pārtikas produktus vai medikamentus, lai neveidotos fiziskie simptomi, kas provocē panikas lēkmi.

DIAGNOSTISKIE KRITĒRIJI PĒC DSM-V

- A. Atkārtotas negaidītas panikas lēkmes. Panikas lēkme ir pēkšņs intensīvas baiļu izjūtas vai intensīvā diskomforta uzplaukums, kas sasniedz pīķi dažās minūtēs un kura laikā tiek novēroti 4 vai vairāki simptomi no 13 simptomu saraksta: sirdsklauves vai paātrināta sirdsdarbība; svīšana; trīce; elpas trūkums; smakšanas sajūta; sāpes vai diskomforts krūtīs; slikta dūša vai abdomināls diskomforts; reibonis, nestabilitātes sajūta, vājums; drebuļi vai karstuma sajūta; parestēzijas; derealizācija (izjūta, ka viss nav reāls) vai depersonalizācija (atdalīšanās no sevis); bailes pazaudēt kontroli vai ‘sajukt prātā’; nāves bailes.
- Panikas lēkme var sākties gan mierīgā, gan uztrauktā stāvoklī. Var tikt novēroti arī kultūrspecifiski simptomi (troksnis ausīs, kakla sāpes, galvassāpes, nekontrolēta kliegšana vai raudāšana).
- B. Pēc vismaz vienas panikas lēkmes seko vismaz viens mēnesis sekojošā stāvoklī (vienā vai abos):
- pastāvīgs uztraukums par panikas lēkmju atkārtošanos vai to sekām (piem., kontroles zaudēšana, miokarda infarkts, ‘sajukšana prātā’);
 - nozīmīgas maladaptīvas izmaiņas uzvedībā, saistītas ar panikas lēkmēm.
- C. Traucējumi nav saistāmi ar vielas fizioloģiskiem efektiem (narkotikām, medikamentiem) vai citu medicīnisku stāvokli (piem., hipertireoidisms, kardiopulmonālās slimības).
- D. Ar citām psihiatriskām diagnozēm nevar atrast labāku skaidrojumu pacienta stāvoklim.

EPIDEMIOLOĢIJA

Vispārējā populācijā panika sastopama diviem līdz trīs procentiem pusaudžu vai pieaugušo. Vecuma ziņā prevalence nozīmīgi pieaug pusaudža vecumā, it īpaši sievietēm, un sasniedz pīķi pieaugušā vecumā. Vidējais (median!) vecums, kad uzstāda šo diagnozi, Amerikas Savienotajās Valstīs ir 20–24 gadi. Parasti slimības gaita, ja traucējums nav ārstēts, ir hroniska, ar paasinājumiem un remisijām. Dažiem indivīdiem var būt epizodiski uzliesmojumi, starp kuriem ir gadiem ilgas remisijas, citiem var būt pastāvīga smaga simptomātika. Tikai nelielai daļai cilvēku ir pilnīga remisija bez turpmāka recidīva dažu gadu laikā.

RISKA FAKTORI

Negatīva afektivitāte (neuroticisms; predispozīcija pieredzēt negatīvas emocijas) un jutība pret trauksmi (t.i., tendence ticēt, ka trauksmes simptomi ir kaitīgi) ir riska faktori panikas lēkmju uzsākšanai, it īpaši – uztraukumam par tām. ‘Baisīgās burvības’ (“fearful spells”) anamnēzē – t.i., lēkmes, kas neatbilst panikas lēkmju visiem kritērijiem – var būt riska faktori panikas lēkmju un panikas traucējuma attīstībai turpmākajā dzīves gaitā.

Panikas gadījumos anamnēzē, biežāk nekā citos trauksmes veidos, apraksta bērnības traumas (seksuāla vai fiziska vardarbība). Pie riska faktoriem pieskaitāma arī smēķēšana. Lielākā daļa panikas pacientu norāda uz identificējamo stresoru ietekmi mēnešus pirms pirmās panikas lēkmes (piemēram, sociālus stresorus vai stresorus, kas ir saistīti ar fizisku labsajūtu vai negatīvu pieredzi ar narkotikām vai medikamentiem, tuvinieka nāvi).

Tiek uzskatīts, ka predispozīciju panikai nosaka vairāki gēni, tostarp, ja vecākiem bija trauksme, depresija vai bipolārie traucējumi. Elpošanas traucējumus (astma) arī asociē ar paniku.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

- Cita veida trauksme;
- Trauksme cita medicīniska stāvokļa dēļ;
- Vielu/medikamentu izraisīta trauksme;
- Citi psihiskie traucējumi ar panikas lēkmēm kā asociētu simptomu (piemēram, citi trauksmes veidi un psihotiskie traucējumi).

KOMORBIDITĀTES

Paniku biežāk novēro pacientiem ar citiem traucējumiem, piemēram, citiem trauksmes veidiem (it īpaši agorafobiju), depresiju, bipolāriem traucējumiem, iespējams, arī alkoholismu. Dažiem panikas pacientiem attīstās vielu atkarības, kas kādreiz sākušās kā mēģinājumi izārstēt trauksmi ar alkoholu vai medikamentiem. Bieža pavadoša slimība ir arī hipohondrija. Paniku bez citas psihopatoloģijas medicīnas iestādēs sastop reti. [10].

4.1.2. Akūta stresa reakcija un posttraumatiskais stresa sindroms.

Pēc SSK-10, F 43.0 akūta stresa reakcija un F 43.1 posttraumatiskais stresa sindroms (PTSS)

Akūta stresa reakcija rodas kā reakcija uz dzīvībai bīstamu vai afektīvi nomācošu traumatisku notikumu, pēc kura rodas disociatīvie simptomi, traumas ‘atkārtota pārdzīvošana’, izvairīšanās no asociētajiem stimuliem, paaugstināts uzbudinājums un nozīmīgs distress vai sociālā vai profesionālā nespēja [23]. Individuālā ievainojamība un potenciālās spējas tikt galā ar situāciju nosaka akūtas stresa reakcijas rašanos un tās smaguma pakāpi.

Simptomi liecina par tipiski jauktu un mainīgu klīnisko ainu un sākotnēju apmulsuma stāvokli ar nelielu apziņas lauka ierobežojumu un uzmanības sašaurināšanos, nespēju izprast ārējās ietekmes un dezorientāciju. Šim stāvoklim var sekot vai nu tālāka atrautība no apkārtējās situācijas (līdz disociatīvam stuporam – F44.2), vai uzbudinājums un hiperaktivitāte (bēgšanas reakcija jeb fūga). Sastopamas arī paniskās trauksmes veģetatīvās izpausmes (tahikardija, svīšana, piesarkšana).

Simptomi parādās dažās minūtēs pēc stresora (stimula vai notikuma) iedarbes un izzūd divu vai trīs dienu laikā (bieži pat dažās stundās). Ja simptomi turpina pastāvēt, jāapsver iespējama diagnozes maiņa. Pēc epizodes var iestāties daļēja vai pilnīga amnēzija, kas var likt domāt par disociatīviem traucējumiem – F44.0/pēc SSK-10.

Simptomi nav radušies no vielu lietošanas vai no citas ķermeniskas slimības metaboliskiem aspektiem, turklāt dzīvi apdraudošs medicīniskais stāvoklis var būt stressors, kas asociēts ar psiholoģiskiem simptomiem.

Pacientiem ar akūtu stresa reakciju ir risks attīstīties PTSS (līdz pat 50%) [23].

Lai uzstādītu PTSS diagnozi, ir

- jāapzina pacienta pieredze (gan tieši pārdzīvotā, gan kā aculieciniekam) nāves gadījumam/nāves draudiem, nopietniem ievainojumiem, seksuālai vardarbībai;
- jāapzina, kādi traumatiski notikumi ir atgadījušies ar tuvu ģimenes locekli vai draugu;
- jāapzina pieredze ar atkārtotu vai ekstremālu traumatisku notikumu atbaidošām niansēm (piemēram, cilvēki, kas savāc cietušo ķermeņu atliekas no negadījumu vietas, policisti, kuri atkārtoti saskaras ar vardarbību pret bērniem).

PTSS traumatisks notikums ir 'pastāvīgi atkārtoti pārdzīvots', simptomu ilgums parasti ir ilgāks kā mēnesis. Šis traucējums izraisa nozīmīgu distresu vai nespēju sociālā, profesionālā vai citā svarīgā jomā. Šo traucējumu nevar izskaidrot ar vielas (medikamentu, alkohola utt.) fizioloģiskiem efektiem vai citu medicīnisku stāvokli.

PTSS KLĪNISKĀS IZPAUSMES

(asociētas ar traumatisku notikumu, sākušās vai pasliktinājušās pēc šī notikuma)

- Sekojošu traucējošu simptomu esamība: atkārtotas, gribai nepakļautas, uzbāzīgas mokošas atmiņas; atkārtoti mokoši sapņi; disociatīvās reakcijas (piem., *'flešbeki'*), pie kurām indivīds jūtas vai uzvedas tā, it kā traumatisks notikums būtu atkārtojies; intensīvs vai ilglaicīgs psiholoģisks distress un/vai nozīmīgas fizioloģiskās reakcijas, saskaroties ar iekšējiem vai ārējiem stimuliem, kas simbolizē vai atgādina traumatiska notikuma aspektu.
- Pastāvīga izvairīšanās no stimuliem, kas asociējas ar traumatisko notikumu – mēģinājumi izvairīties no mokošām atmiņām, domām vai izjūtām par šo notikumu, ārējiem atgādinājumiem (cilvēkiem, sarunām, vietām, aktivitātēm, objektiem, situācijām).
- Negatīvas apziņas un garastāvokļa izmaiņas – nespēja atcerēties svarīgu traumatiskā notikuma aspektu; pastāvīgi un pārspīlēti negatīvi uzskati vai gaidas par sevi, citiem vai pasauli; pastāvīgas izkropļotas atziņas par traumatiskā notikuma iemeslu vai sekām, kas liek indivīdam vainot sevi vai citus; pastāvīgs negatīvs emocionāls stāvoklis; nozīmīgi

samazināta interese vai piedalīšanās nozīmīgās aktivitātēs; nošķirtības vai atsvešināšanās sajūtas no citiem; pastāvīga nespēja izjust patīkamas emocijas.

- Nozīmīgas izmaiņas uzbudināmībā un reaktivitātē: ātra aizkaitināmība, dusmu uzliesmojumi (neadekvāti esošajam stimulam vai pat bez provokācijas), kas tipiski izpaužas kā verbāla vai fiziskā agresija pret cilvēkiem vai objektiem; pārgalvīga vai pašdestruktīva uzvedība; hiperievainojamība; pārspīlēta atbildes reakcija; problēmas ar koncentrāciju; miega traucējumi (piem., grūtības aizmigt vai nemierīgs miegs, kas nedod atpūtas sajūtu)

PTSS var pavadīt disociatīvie simptomi:

1. Depersonalizācija: pastāvīga vai atkārtota nošķirtības izjūta, it kā cilvēks savus mentālos procesus vai ķermeni novērotu no malas (sapņošana nomodā; sava ķermeņa vai patības neapzināšanās; sajūta, ka laiks rit ļoti lēni).
2. Derealizācija: pastāvīga vai atkārtota sajūta, ka viss apkārt ir nereāls (ārējā pasaule šķiet nereāla, līdzīga sapnim, attālināta vai izkropļota).

Šiem simptomiem jābūt nesaistītiem ar vielu vai cita medicīniska stāvokļa fizioloģiskiem efektiem. Simptomi var būt ar aizkavētu norisi: parādās pēc vismaz 6 mēnešiem kopš traumatiskā notikuma brīža (daži simptomi var parādīties uzreiz).

EPIDEMIOLOĢIJA

PTSS prevalence starp pieaugušajiem ASV ir ap 3,5%. Eiropā un lielākajā daļā Āzijas, Āfrikas un Latīņamerikas valstu, PTSS prevalence ir zemāka, ap 0,5%–1,0%.

PTSS skaitļi ir augstāki profesijās ar paaugstinātu risku saskarties ar traumatisku pieredzi (policisti, ugunsdzēsēji, NMPD darbinieki). Visaugstākie rādītāji (no 1/3 līdz vairāk nekā pusei) ir starp tiem, kuri pārdzīvojuši izvarošanu, militārās kaujas, ieslodzījumu, etniski vai politiski motivētu genocīdu. PTSS var novērot jebkurā vecumā, simptomi parasti parādās pirmajos trīs mēnešos pēc traumas, bet var arī vēlāk.

KOMORBIDITĀTE

Indivīdiem ar PTSS ir par 80% lielāks risks vismaz vienai pavadošai psihiskai slimībai, piemēram, depresija, bipolārie traucējumi, vielu atkarības (biežāk vīriešiem), trauksme.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

- Adaptācijas traucējumi;
- Citi posttraumatiskie traucējumi vai stāvokļi;
- Trauksme;
- Obsesīvi kompulsīvie traucējumi;
- Depresija;
- Konversijas traucējumi;

- Disociatīvie traucējumi;
- Psihozes. [11].

4.1.3. Adaptācijas traucējumi

Pēc Starptautiskās Statistiskās slimību klasifikācijas SSK-10, F 43.2 Adaptācijas traucējumi.

Subjektīvi smags distress un emocionālu traucējumu stāvoklis (apgrūtina sociālās funkcijas un rīcību) rodas adaptācijas periodā, piemērojoties būtiskām pārmaiņām dzīvē vai psihotraumējošiem dzīves notikumiem. Stresors varētu būt ietekmējis indivīda sociālo sakaru tīklu (smags zaudējums, šķiršanās pārdzīvojumi) vai plašāku sociālā atbalsta un vērtību sistēmu (migrācijas, bēgļa statuss), vai arī notikusi liela pārmaiņa attīstībā vai krīze (skolas gaitu sākšana, kļūšana par tēvu vai māti, neveiksme, tiecoties pēc ilgota mērķa, aiziešana pensijā). Izpausmes mainās un var būt kā depresīvs garastāvoklis, trauksme vai bažas (vai abi kopā), sajūta, ka nespēs paveikt iecerēto, neko nevar saplānot vai nav iespējams darboties pašreizējā situācijā, kā arī nespēja veikt ierastos ikdienas darbus. Papildu iezīme var būt uzvedības traucējumi, it īpaši pusaudžiem. Dominējošā iezīme var būt īslaicīga vai ieilgusi depresīva reakcija vai citādi emociju un uzvedības traucējumi. [4].

Adaptācijas traucējumi

Lai diagnosticētu adaptācijas traucējumus, pēc DSM-V ir obligāti nepieciešams identificējams stresors. Tas var būt viens notikums (piemēram, romantisku attiecību sabrukums) vai vairāki stresori (piemēram, problēmas ar biznesu un problēmas laulībā). Stresori var būt atkārtoti (piemēram, asociēti ar sezonālām biznesa problēmām, neapmierinošām seksuālām attiecībām) vai nepārtraukti (piemēram, pastāvīga slimība, kuru pavada sāpes un progresējošā nespēja vai dzīve kriminālā rajonā). Stresori var ietekmēt indivīdu, visu ģimeni vai lielāku cilvēku grupu/kopienu (piemēram, dabas katastrofa). Daži stresori var pavadīt specifiskus notikumus, saistītus ar attīstību (piem., skolas gaitu sākšana, izvākšanās no vecāku mājām, atgriešanās vecāku mājās, laulības noslēgšana, kļūšana par mammu vai tēti, neveiksme profesionālo mērķu sasniegšanā, aiziešana pensijā).

Adaptācijas traucējumu diagnozi var uzstādīt arī indivīdam pēc tuvinieka nāves, ja sēru intensitāte, kvalitāte vai ilgums pārsniedz normas (ņemot vērā kultūras, reliģiskās un ar vecumu saistītās normas). Adaptācijas traucējumi ir asociēti ar paaugstinātu pašnāvību mēģinājumu risku.

EPIDEMIOLOĢIJA

Prevalence ambulatorajā aprūpē ir apmēram 5%–20%. Psihiatriskajās nodaļās tā bieži ir visizplatītākā diagnoze, līdz pat 50%.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

- Depresija;
- PTSS un akūta stresa reakcija;
- Personības īpašības – dažiem personības traucējumiem dažas personības īpašības var asociēties ar ievainojamību pret distresu noteiktajās situācijās, kas var atgādināt adaptācijas traucējumus;
- Normāla stresa reakcija. [10]

5. SOMATOFORMIE TRAUCĒJUMI

5.1. Somatizācija

KLĪNISKĀS ĪPAŠĪBAS

Pēc SSK-10, galvenais somatizācijas diagnostiskais kritērijs ir daudzveidīgi, atkārtotošies un bieži mainīgi ķermeniski simptomi, kas ilgst vismaz divus gadus.

EPIDEMIOLOGIJA

Vispārējā populācijā prevalence ir 0,1% – 1,1% atkarībā no diagnostiskajiem kritērijiem. Medicīniskajās iestādēs prevalence ir daudz augstāka – līdz 5%.

- Somatizācija 10 reizes biežāk sastopama sievietēm nekā vīriešiem, simptomi parasti sākas pusaudža gados, bieži ar mēnešreizēm.
- Somatizācija novērojama 20% sieviešu, kuru pirmās pakāpes radniecēm arī ir somatizācija.
- Vīriešu dzimuma radniekiem ir augstāka prevalence alkoholismam un antisociāliem personības traucējumiem.

KOMORBIDITĀTE

75% somatizācijas pacientu ir pavadošas psihiatriskās slimības, visbiežāk depresija, distīmija, panika, fobija un vielu atkarības. Divām trešdaļām pacientu novērojami simptomi, kas atbilst personības traucējumu kritērijiem, visbiežāk, izvairīgai, paranoīdai, anankastiskai un histēriskai personībai.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

Somatizācijas klīniskā aina bieži ir nespecifiska un var pārklāties ar vairākām citām slimībām. Trīs īpašības, kas liek domāt par diagnozi “somatizācija”, nevis somatiska slimība, ir (1) vairāku orgānu sistēmu iesaistīšanās, (2) agrīns sākums un hroniska gaita bez fizisko pazīmju vai strukturālo anomāliju attīstības, (3) noviržu trūkums laboratoriskajos izmeklējumos.

Nepieciešams izslēgt somatiskas diagnozes, ko raksturo vāji, vairāki un mulsinoši somatiskie simptomi (piemēram, sistēmiska sarkanā vilkēde, hiperparatireoidisms, multiplā skleroze, akūta intermitējoša porfīrija, hemohromatoze, Laimas slimība, hroniskas parazitāru infekcijas). Jāņem vērā, ka diagnoze “somatizācija” nepasargā indivīdus no citām kaitēm, piemēram, ja gados vecākam cilvēkam uzrādās vairāki simptomi, tas gandrīz vienmēr ir somatiskas slimības dēļ [23].

5.1.1. Somatoforma veģetatīva disfunkcija

Šai koncepcijai vispārīgajā terapijā ir ilga vēsture, un dažādos laikposmos tā aprakstīta ar dažādiem nosaukumiem, piemēram, Da Kostas sindroms, sirds neiroze, neurocirkulatorā distonija, neurocirkulatorā astēnija. Acīmredzot, neurocirkulatorās distonijas grupā apzināti tika ietverti daudzi neizskaidroti traucējumi, lai veicinātu slimnieku rehabilitāciju un ārstēšanu [2]. Pašlaik šai diagnozei ir galvenokārt vēsturiska nozīme.

KLĪNISKĀS IZPAUSMES

Veģetatīvās disfunkcijas izpausmes ir daudzveidīgas. Slimnieks attēlo simptomus tā, it kā tie būtu somatiski traucējumi kādā orgānā vai organisma sistēmā, ko lielā mērā vai pilnībā kontrolē veģetatīvā nervu sistēma (piemēram, kardiovaskulārā, gastrointestinālā, respiratorā vai uroģenitālā sistēma). Parasti ir divu veidu simptomi, bet neviens no tiem nenorāda uz kāda orgāna vai orgānu sistēmas somatisku bojājumu [2].

5.1.2. Somatoformas sāpes

Somatoformām sāpēm psiholoģiskie faktori ir svarīgi sāpju sākumā, stipruma, paasinājumos vai sāpju pārvaldīšanā. Somatiskas slimības gadījumā psiholoģiskie faktori šīs sāpes pastiprina. [23].

KLĪNISKĀS IZPAUSMES

Dominē sūdzības par pastāvīgām, stiprām un mokošām sāpēm, ko nevar pilnībā izskaidrot ar fizioloģisku procesu vai ķermeniskiem traucējumiem, kas rodas saistībā ar emocionālu konfliktu vai ar salīdzinoši smagām psihosociālām problēmām. Šādā gadījumā šim konfliktam vai problēmām ir galvenā cēloniskā nozīme. (SSK-10) Raksturīgie simptomi ir: 1) nespēja, 2) funkcionālās kapacitātes samazināšanās (sāpju dēļ), 3) medikamentu neadekvāta lietošana, 4) pārmērīgā medicīnisko pakalpojumu lietošana, 5) emocionālā atkarība, 6) demoralizācija, 7) depresija.

KOMORBIDITĀTE

Somatoformas sāpes bieži kombinējas ar depresiju (līdz pat 80%), vairākos pētījumos konstatēts, ka vismaz pusei hronisko sāpju slimnieku ir depresija.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

Somatizācija, garastāvokļa traucējumi, trauksme un psihozes. Visbiežākā kļūda somatoformu sāpju diagnozes uzstādīšanā ir somatiskas slimības manifestācija, kas retrospektīvi it kā skaidro sāpju izcelsmi. Tāpēc jāmeklē pozitīvs apliecinājums diagnozei (piemēram, konflikti vai citi stresori, kas saistās ar sāpju sākumu vai paasinājumu) [23].

5.1.3. Hipohondriskie traucējumi

EPIDEMIOLOĢIJA

Prevalence ir atkarīga no pielietotiem diagnostiskajiem kritērijiem. Vispārīgāk definējot, ap 50% visu pacientu, kuri apmeklē ārstu, ir sastopami hipohondriskie simptomi vai to pārklāšanās (parasti tas nav psihisks traucējums); šaurāk definējot, hipohondrijas izplatība ir 1%–3% no populācijas. Hipohondrija ir vienlīdz sastopama sievietēm un vīriešiem, tās tipiskais sākums ir agrīnajā pieaugušajā vecumā [23].

DIAGNOSTISKIE KRITĒRIJI

- Pārņemtība ar nopietnas slimības esamību/iespēju saslimt.
- Somatisku simptomu nav. Ja ir, tie ir maz izteikti, ja pacientam ir cita somatiskā slimība vai ir liels risks attīstīties kādai noteiktai slimībai (piem., ģimenes anamnēzē), tad šai pārņemtībai jābūt neatbilstoši pārmērīgai.
- Pacientam ir liels uztraukums par savu veselību, un viņš ātri satraucas, ja ir kaut mazākais iemesls aizdomām par kādu slimību.
- Pacientam raksturīgas pārmērīgas rūpes par veselību (piem., atkārtoti pārbauda savu ķermeni, lai atrastu slimības pazīmes) vai maladaptīva izvairīšanās (piem., izvairās no ārstu apmeklējumiem vispār).
- Pārņemtība ar slimību ilgst vismaz 6 mēnešus (konkrētā slimība, par kuru pacients uztraucas, šajā periodā var mainīties).
- Šo pārņemtību ar veselības stāvokli un slimību/ iespēju saslimt nevar labāk izskaidrot ar citu psihisku traucējumu, kā, piemēram, somatizāciju, paniku, ģeneralizētu trauksmi, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, murgiem [10].

Bažas par noteikto slimību bieži kļūst par indivīda pašapziņas centrālo tēmu, sociālo diskusiju tēmu un atbildi uz dzīves stresiem. Hipohondrija bieži ir hronisks stāvoklis, daži vērtē to kā personības stilu vai trauksmi.

KOMORBIDITĀTES

88% pacientiem ir psihiatriskās komorbiditātes ģeneralizēta trauksme, distīmija, depresija, somatizācijas traucējums, panika. Pacienti ar hipohondriju bieži izmanto medicīniskos pakalpojumus, tāpēc viņi atrodas riska grupā jatrogēnajām komplikācijām.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE

Hipohondrija vispārējā medicīnā parasti novērojama kopā ar garastāvokļa traucējumiem, trauksmi vai somatizāciju [23].

5.1.4. Citi somatoformi traucējumi

Pēc SSK-10, diagnozi ‘citi somatoformi traucējumi’ uzstāda visiem citiem sajūtu, funkciju un uzvedības traucējumiem, kam nav somatiska pamata, ko neizraisa veģetatīvā

nervu sistēma, kas ir norobežoti noteiktā orgānu sistēmā vai ķermeņa daļā un kas laika ziņā ir cieši saistīti ar stresa notikumiem vai problēmām. (SSK-10)

5.1.5. Māksloti traucējumi

Pēc SSK-10 – F68.1 – tīša psihisku un somatisku simptomu vai defektu radīšana vai attēlošana (māksloti traucējumi).

Tāpat kā pacientiem ar somatoformiem un ar tiem saistītie traucējumiem, pacientiem ar mākslotiem traucējumiem ir raksturīgas problēmas ar slimības uztveri un identitāti. Vairākumā gadījumu pacienti ierodas ar ķermeniskiem simptomiem un pārliecību par slimības esamību.

DIAGNOSTISKIE KRITĒRIJI PĒC DSM-V

Māksloti traucējumi [sev]

- A. Fizisku vai psihisku simptomu vai pazīmju falsifikācija, vai slimības vai ievainojuma izraisīšana, asociēta ar identificētu maldināšanu.
- B. Indivīds runā par sevi kā par slimu, nespējīgu vai savainotu.
- C. Maldinoša uzvedība turpinās, pat bez acīmredzama ārējā ieguvuma.
- D. Šo uzvedību nevar labāk izskaidrot ar kādu citu psihisku traucējumu, tādu kā murgi vai citu psihotisks traucējums.

Māksloti traucējumi [citiem]

- A. Psihisku vai fizisku pazīmju vai simptomu falsificēšana, slimības vai ievainojama radīšana citam cilvēkam kopā ar apzinātu identificējamu maldināšanu;
- B. Indivīds prezentē citu indivīdu (upuri) citiem cilvēkiem kā slimu, nespējīgu, vai savainotu.
- C. Maldinošā uzvedība turpinās pat bez acīmredzama ārējā ieguvuma.
- D. Šo uzvedību nevar labāk izskaidrot ar citu psihisku traucējumu, tādu kā murgi vai cits psihotisks traucējums.

KLĪNISKĀS IZPAUSMES

Indivīdi ar mākslotiem traucējumiem pēc savainojuma vai slimības izraisīšanas var pieprasīt ārstēšanu (sev vai citiem). Lai uzstādītu diagnozi, ir jāpierāda, ka indivīds veic slēptas darbības, lai nepareizi atspoguļotu, modelētu vai izraisītu slimības vai traumas pazīmes vai simptomus, ja nav acīmredzamas ārējās pazīmes. Slimības falsifikācijas metodes var ietvert pārspīlēšanu, fabrikāciju, simulāciju un slimības izraisīšanu. Pat ja konkrētais medicīniskais traucējums eksistē, maldināšana liek citiem saskatīt šādus indivīdus kā vairāk slimus vai nespējīgus, un tas var novest pie pārmērīgās klīniskās intervences.

Indivīdi ar mākslotiem traucējumiem var, piemēram, stāstīt par depresīvām izjūtām un domām par pašnāvību pēc partnera nāves (kaut nāve nav iestājusies vai indivīdam nemaz nav partnera); maldinoši stāstīt par neiroloģiskas simptomātikas epizodēm; manipulēt ar

laboratorijas testiem (piemēram, pievienojot asinis urīnam, lai uzrādītu abnormalitātes); falsificēt medicīniskus ierakstus, lai tie uzrāda slimību; ieņemt vielu (piemēram, insulīnu vai varfarīnu, lai laboratorie izmeklējumi norādītu uz slimību); fiziski savainot sevi vai izraisīt slimību sev vai citam (piemēram, injicēt fekālu materiālu, lai producētu abscesu vai izraisītu sepsi).

EPIDEMIOLOĢIJA

Izplatība nav zināma, iespējams, tādēļ, ka nevar noskaidrot maldināšanas prevalenci. Stacionāra pacientu starpā apmēram vienam procentam indivīdu var būt māksloti traucējumi.

Parasti klīniskajā gaitā ir vairākas atkārtotošās epizodes; atsevišķas epizodes vai persistējošais traucējums bez remisijas ir retāk sastopami. Sākums parasti ir agrīnajā pieaugušā vecumā, bieži pēc hospitalizācijas somatiskas slimības vai psihiska traucējuma dēļ. Traucējums citiem var sākties, piemēram, pēc bērna vai cita atkarīgā hospitalizācijas. Ja norise ir veiksmīga, maldināšanas uzvedība var turpināties visu dzīvi.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE:

- Somatizācija;
- apzināta simulācija – atšķirībā no mākslotiem traucējumiem, slimības ieguvums ir skaidrs, simulācija tiek veikta tā dēļ;
- konversijas traucējumi;
- emocionāli nestabila personība – šai diagnozei ir raksturīga mērķtiecīga pašdestruktīva uzvedība bez suicidāla nolūka, bet nav izteikts maldināšanas aspekts;
- somatisks vai psihisks traucējums bez tīšas simptomu falsifikācijas [10].

Apzināta simulācija

Apzināta simulācija ir tīša viltus simptomu producēšana vai pārspīlēšana (simptomi var būt gan fiziski, gan psihiski) ar noteiktu nolūku – izvairīties no dienēšanas armijā, no darba, saņemt finansiālu kompensāciju, netikt sodītam par likuma pārkāpšanu, iegādāties medikamentus. Apzināta simulācija var būt arī adaptīva – piemēram, simulēt slimību, atrodoties gūstā kara laikā.

Par apzinātu simulāciju vajadzētu aizdomāties, ja novēro šādas nianšes:

1. Pacienta ierašanos saistībā ar medicīniski - juridisku kontekstu (piem., indivīdu pie ārsta nosūtījis advokāts).
2. Būtisku neatbilstību starp pacienta sūdzībām un objektīvo situāciju/ izmeklējumu.
3. Diagnostiskās izvērtēšanas laikā pacients nesadarbojas ar ārstu un neievēro ārstēšanas režīmu;
4. Antisociālas personības traucējuma diagnozi. [10].

6. SOMATOFORMU TRAUCĒJUMU ĀRSTĒŠANA

6.1. Autogēnais treniņš

Autogēnais treniņš ir viens no pašiedvesmas veidiem. Ar tā palīdzību cilvēks var būtiski ietekmēt organisma psihiskos un veģetatīvos procesus, arī tos, kurus apzināti nav iespējams regulēt. Autogēnā treniņa pirmajā pakāpē ietilpst 6 vingrinājumi, kuru rezultātā veidojas seši ieradumi:

- izraisīt ekstremitātēs smaguma sajūtu;
- izraisīt ekstremitātēs siltuma sajūtu;
- normalizēt sirdsdarbības ritmu;
- normalizēt elpošanas ritmu;
- izraisīt siltuma sajūtu epigastālajā apvidū;
- izraisīt vēsuma sajūtu pieres apvidū.

Mūsdienās autogēnie treniņi ir pilnībā saņēmuši praktisko aprobāciju un tiek plaši izmantoti medicīnā, psihoterapijā, sportā, karaklausībā, pedagogijā un citās cilvēku darbības sfērās.

6.2. Muskuļu relaksācija

Pagājušā gadsimta 30. gados Edmunds Džekobsons (*Jacobson*) publicēja savu darbu „Progresīvā relaksācija”, kurā parādīja, ka mūsu psihiskās problēmas un ķermenis ir viens ar otru savstarpēji saistīti: trauksme un nemiers izraisa muskuļu saspringumu, muskuļu saspringums savukārt pastiprina negatīvās emocijas. Rezultātā cilvēkam, bieži piedzīvojot stresu, veidojas tā sauktā „muskuļu korsete”, kuru viņš nepārtraukti „nēsā” un kas ir psihiskās spriedzes cēlonis: smadzenes, saņemot no saspringtajiem muskuļiem papildu stimulācijas devu, tiek papildus stimulētas un sūta muskuļiem atpakaļ jaunas komandas.

Šo nepārtraukto loku var pārraut, iemācoties atslābināt savus muskuļus, jo, pēc Džekobsona domām, muskuļu atslābināšana nevar būt saistīta ar trauksmi. Protams, var mēģināt sākotnēji „mazināt spriedzi” smadzenēs, bet, kā liecina prakse, šis ceļš galvenokārt piemērots cilvēkam, kurš audzināts austrumu tradīcijās – jogam vai budistu mūkam. Rietumu cilvēkam pierastāk ir strādāt ar kaut ko taustāmu un materiālu (muskuļi), nevis ar ideāliem un vāji kontrolējamiem procesiem (domas un emocijas).

Lai atslābinātu muskuļus, vajag „tikai” pārtraukt tos sasprindzināt, taču pārtraukt darbību ir daudz grūtāk, nekā to uzsākt. Savvaļas dzīvnieki un primitīvo cilšu cilvēki, tiklīdz pazūd briesmas vai beidzas ārēja iedarbība, atslābinās automātiski, taču civilizētam cilvēkam

tā nenotiek, viņš patur prātā problēmas, uztraukumus un apdraudējumus, prāts kontrolē muskuļus, tāpēc tie gandrīz nepārtraukti ir hroniska saspringuma stāvoklī. Rodas „pozitīvas atgriezeniskās saites” efekts – satrauktās un noraizējušās smadzenes liek muskuļiem nevajadzīgi sasprindzināties, saspringtie muskuļi papildus stimulē prātu, sūtot tiem nervu impulsus. Lai apturētu šo procesu, Džekobsons ierosināja izmantot metodi, kas pirmajā brīdī var šķist paradoksāla – vispirms sasprindzināt muskuļus, cik vien iespējams, un tikai pēc tam mēģināt mazināt sasprindzinājumu. Izrādījās, ka, izmantojot „kontrasta principu”, var precīzāk uztvert muskuļu relaksācijas pakāpi un pēc tam apzināti kontrolēt šo stāvokli.

6.3. Fiziskie vingrinājumi

Fiziska slodze mazina iekšējo spriedzi, ierobežo adrenalīna un palielina endorfīna daudzumu asinīs. Fizisko slodzi katrs var izvēlēties, ņemot vērā savu fizisko stāvokli un tīkamākās sporta aktivitātes [2].

Ir vairāki iemesli, kādēļ fiziskie treniņi uzlabo garastāvokli:

- Tie var darboties kā sabiedrotais tēla uzlabošanā, jo saistīti ar jaunu prasmju apgūšanu un izkopšanu.
- Treniņiem var piemist fizioloģiski efekti, tādi kā izmaiņas endorfīnu un monoamīnu līmeņos, kā arī stresa hormona kortizola līmeņa samazināšanās.
- Fiziskiem treniņiem piemīt labvēlīga ietekme uz sirds un vainagartēriju asinsriti, kas (saistībā ar sirds asinsvadu slimībām) samazina mirstības un atkārtotas hospitalizācijas nepieciešamības biežumu.

Cilvēki, kas cieš no smagas psihiskas saslimšanas, ir fiziski mazāk aktīvi un, salīdzinot ar veselīgiem cilvēkiem, daudz biežāk (aptuveni 50%) nenasniedz minimālo ieteicamo mērenas slodzes fizisko aktivitāšu apjomu nedēļā – 150 minūtes. Cilvēki ar smagām psihiskām saslimšanām, salīdzinot ar veselīgiem vienaudžiem, daudz mazākā apjomā iesaistās mērenās līdz paaugstinātās fiziskās slodzēs [6].

Latvijas Fizioterapeitu asociācijas 2017. gadā publicētajā pētījumā pierādīts, ka vidējas līdz augstas intensitātes spēka vingrinājumi ir efektīvi trauksmes simptomu mazināšanā gan veselīgiem pieaugušajiem, gan pieaugušajiem ar fizisku vai psihisku saslimšanu. Pētnieki uzskata, ka pat īslaicīgai spēka vingrojumu un aerobo vingrojumu pielietošanai var būt efekts simptomu mazināšanā pieaugušajiem ar vispārīgāku trauksmi.

Fizisko vingrojumu efektivitātes uzturēšanai treniņiem jābūt individuāli pielāgotiem, tie jāveic regulāri un ilgtermiņā [3].

6.4. Deju-kustību terapija

Deju-kustību terapija uztver ķermeņa kustību kā netiešu un izteiksmīgu saziņas un izteiksmes līdzekli, tā ir process, kurā pacients un terapeits iesaistās empātiskā radošā sadarbībā, izmantojot ķermeņa kustību un deju, lai palīdzētu integrēt savus emocionālos, kognitīvos, fiziskos, sociālos un garīgos aspektus. Terapiju praktizē kā individuālo vai grupu terapiju medicīniskajās, izglītības, sociālajās iestādēs un privātpraksēs. Deju un kustību terapiju pielieto cilvēkiem ar attīstības traucējumiem, sociālām, fiziskām un psiholoģiskām problēmām. Vairākos pētījumos apstiprinātas deju-kustību terapijas priekšrocības, tomēr to rekomendē pielietot kā ārstēšanas papildmetodi [20].

6.5. Psihoterapija

Psihoterapija ir „atveseļošanās ar sarunas palīdzību”, medicīniska ārstēšana, vērsta uz izmaiņām pacienta uzvedībā ar verbālu līdzekļu palīdzību. Psihoterapija sniedz izpratni, atbalstu, palīdz apgūt jaunu pieredzi un zināšanas, tās mērķis – dažādot pacienta uzvedības veidus, atvieglojot slimības simptomus. Psihoterapiju raksturo strukturētas attiecības, saistītas ar noteiktu izpratnes veidu par psihisko traucējumu izcelsmi un ārstēšanu, tā ir process ar mērķi ārstēt galvenokārt emocionālu faktoru radītus psihiskus un psihosomatiskus traucējumus. Psihoterapija ir cieši saistīta ar profesionālo ētiku, robežām, drošības izjūtu [21].

Psihoterapija palīdz cilvēkam iepazīt savu emocionālo pasauli, saprast saikni starp ķermeni, domām un emocijām, kā arī attīstīt emocionālo inteligenci. Tiek analizēta pacienta personība, izskatīta viņa spēja risināt konkrētas situācijas un veidot attiecības. Psihoterapija palīdz saprast sevi, ķermeņa izjūtas, atrast saknes savām neirozēm un tās atrisināt, tā palīdz paaugstināt emocionālo toleranci un stresa rezistenci, kā arī atrisināt sarežģījumus sociālajā dzīvē, jo par laimīgiem un veseliem cilvēkiem mūs padara labvēlīgas un kvalitatīvas attiecības [2].

No psihoterapijas metodēm neirotisku traucējumu ārstēšanā par efektīvākajām tiek uzskatītas kognitīvi biheiviorālā terapija un psihodinamiskā psihoterapija [2].

6.5.1. Diagnostiska saruna

Saruna kā diagnostiska un terapeitiska metode ir ārstēšanas forma, kuru apzināti vai neapzināti pielieto katrs ārsts. Eksistē vispārīgi noteikumi un nespecifiski psihoterapeitiskās sarunas vadīšanas varianti, kas jāpielieto, lai atvieglotu ārsta kontaktu ar pacientu.

1. Pirmreizējā diagnostiski terapeitiskā saruna vairākumam slimnieku ir vienīgā psihoterapija, kuru viņi saņem.

2. Ārsta mērķis ir panākt, lai pacients sarunā pastāstītu ne tikai par somatiskajām sūdzībām, bet arī par savu emocionālo stāvokli, sadzīvi un konfliktiem. Ja ārstam tas izdodas, tad viņš var būt pārliecināts, ka pacientam šī saruna sniegusi zināmu atvieglojumu.
3. Sarunas tēma parasti ir pacienta esošais stāvoklis, sūdzības, garastāvoklis, grūtības un konflikti, bet tai jāskar arī pacienta izpratne par dzīvi, ieskaitot tipiskās emocionālās grūtības un ieradumus problēmu risināšanā. Dzīvesstāsta noderīgums kļūst acīmredzams, ja aktuālajā konfliktā atkārtojas pagātnes notikumi. Saruna, kas koncentrējas uz konfliktu, pēc sava satura un struktūras ir tuva diagnostiskai sarunai – pamatkonflikts tiek skatīts no dažādiem skatu punktiem, tiek meklētas un atrastas līdzīgas situācijas dzīvē, konflikta saknes un determinanti ārējā pasaulē, pacienta personībā un pagātnē.
4. Bieži noteicošais ir tas, vai un kā (pārsvārā neapzināti un nemanāmi) attiecībās ar terapeitu izdevies aktualizēt (pacientam) aktuālo konfliktu. Ja šo ‘skatuvisko reinscenējumu’, izprotot ārsta un pacienta lomas, pareizi novērtē, apspriež pacientam nesāpīgā veidā, tas var viņam būtiski palīdzēt.
5. Inscenējuma elementus ārstēšanas procesā nevajag apspriest pamācoši, nepieciešama pacienta iesaistīšanās.
6. Konfliktsituāciju un to iemeslu apspriešanā vairāku psihosomatisku traucējumu gadījumā (ēšanas traucējumi, sāpju sindromi, kurus kupē ar medikamentiem utt.) ir jāapspriež pacienta dzīvesveids un veselīga dzīvesveida ieradumi, jo grūtības un konflikti bieži ir saistīti tieši ar nepareizu dzīvesveidu.
7. Sarunai jāvelta pietiekami daudz laika, lai ārsts varētu izvērtēt slimības patoģenēzes psihiskos aspektus.

Psihoterapeutiskās sarunas tiek indicētas akūtiem gadījumiem, bet ir vērtīgas arī hroniskiem somatiskiem un psihiskiem traucējumiem, kuriem ir uzticami anamnēzes dati (psihoterapija būs efektīvāka) un psihosomatiskais pamats [27].

6.5.2. Psihodinamiskā psihoterapija

Psihodinamiskajā psihoterapijā uzmanību akcentē uz atkārtotu iepriekšējās pieredzes izmantošanu noteiktu uzvedības modeļu veidošanā, izmantojot kognitīvās īpatnības, savstarpējo komunikāciju un pacienta sajūtu apzināšanu sarunas laikā. Psihoterapijas laikā mainās terapeita - pacienta attiecības, mainās pacienta jūtas, emocionālās reakcijas, attieksme pret sevi un citiem, respektīvi, notiek izmaiņas pacienta iekšējā pasaulē [21].

Izmantojot psihodinamisko psihoterapiju, ir iespējama aktuālo un pagātnes konfliktu saistīšana ar dzīves apstākļiem bērnībā, ar paša kļūdu apzināšanos. Terapija ļauj pacientam pareizi novērtēt kļūdaino uzvedību un izstrādāt jaunus paņēmienus, ka arī atbalstīt savu ‘Es’. Tiek izmantotas dažādas izvērtēšanas, cēloņsakarību apzināšana starp notikumiem un savu

uzvedību, tās tiek apspriestas ar psihoterapeitu, un pacientam rodas priekšstati, kā pārvarēt 'Es' traucējumus un ierobežojumus. Dinamiskā psihoterapija tiek indicēta neirotiskiem psihosomatiskiem traucējumiem, kā arī personības traucējumiem pacientam, kuram ir vājas introspekcijas spējas, tieksme subjektīvi uztvert un kuram jāidentificējas ar terapeita domāšanas veidu [27].

6.5.3. Kognitīvi biheiviorālā terapija

Kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT) ir pierādījumos balstīta nemedikamentozās terapijas pieeja psihoemocionālas veselības problēmu novēršanā un traucējumu simptomu mazināšanā.

Slimības modelis, kas ir KBT pamatā, uzskata somatiskus un psihiskus simptomus kā iemācītu uzvedības veidu. Terapijas kodols ir uzvedības analīze, ar kuras palīdzību ārstēšanas sākumā tiek aprakstīta simptomu rašanās un attīstība, bet vēlāk tiek nozīmēta ārstēšana.

KBT metodes, kuras pārsvarā balstījās uz klasiskajiem nosacījuma refleksu izstrādāšanas postulātiem, attīstījās kā fobiju ārstēšanas metodes (sistemātiskas desensibilizācijas vai konfrontācijas ar kairinātāju veidā).

Jaunā, vēlamā (veselīgā) uzvedība veidojas ar nosacījuma pastiprinājuma palīdzību, bet problēmas raisošā uzvedība tiek ignorēta. Nozīmīgs ir pašpastiprinājums: pacients, lai sasniegtu noteiktu uzvedības mērķi, t.i., apspiestu nepareizo uzvedību, apbalvo sevi ar pozitīvu pastiprinājumu (piemēram, uzslavu). Izmantojot šādu paškontroles metodi, pacients ir aktīvs, izjūt savu vērtību un atbildību par savu uzvedību.

Kognitīvie faktori un pārvarēšanas stratēģijas iespaido fizioloģiskos procesus: nomācošu domu gadījumā novēro arteriālā spiediena paaugstināšanos, elpošanas paātrināšanos, asinsrites pārmaiņas un citas somatiskas adaptīvas reakcijas. Speciālas metodes, vērstas uz kognitīvo procesu un to seku izmaiņām, saistītas ar nevēlamu domu un izjūtu apspiešanu (stop-domas), ar priekšstatu un domu ietekmēšanu, ar automatizētu kognitīvo procesu pārstrukturēšanu [12; 13], problēmu risināšanas tehniku un ar kognitīvām stresa pārvarēšanas metodēm [18].

Psihosomatikā kognitīvās ārstēšanas metodes var palīdzēt veikt pārmaiņas kognitīvajos procesos un atvieglot dzīvi visos gadījumos, kad pacientam ir izstrādājušās specifiskas gaidas, priekšstati un slimības gaitas nelabvēlīgs novērtējums, t.i., 'slimīga uzvedība' [27].

6.5.4. Atbalstošā psihoterapija

Tā ir tehnika, kurā tiek strādāts ar pacienta situāciju un uzvedību reālajā dzīvē, viņa grūtībām, izolāciju, adaptāciju, ka arī patoloģiskajām reakcijām. Ārstam jāieņem diezgan aktīva pozīcija, pēc iespējas jāsadarbojas. Bieži ir svarīgi apzināt pacienta radniekus,

noskaidrot sociālo stāvokli, grūtības darba vietā, kontaktos ar kolēģiem u.tml. Šāds ārstēšanas veids tiek indicēts pacientiem, kuriem jācīnās ar smagiem somatiskiem vai psihiskiem traucējumiem, kuri atrodas izolācijā, kā arī pacientiem, kuriem smagu personības traucējumu dēļ reti indicē introspektīvu, brīžiem grūtu ekspresīvo psihoterapiju. Atbalstošā psihoterapija tiek indicēta arī pacientiem ar 'Es' vājumu vai noslieci uz bīstamu uzbudinājumu. Narkomāniem un slimniekiem ar robežpsihozēm arī nepieciešama atbalsta psihoterapija. [27].

6.5.5. Ģimenes psihoterapija

Dzīves procesi attīstās nevis izolēti, bet savstarpējā noteiktībā, tāpēc ģimenes attiecības atrodas pastāvīgā saistībā ar fiziskajām, bioloģiskajām, psihiskajām un sociālajām sistēmām. Ģimenes psihoterapijā ārstēšanas mērķis nav konkrēts cilvēks, bet ģimenes attiecību sistēma, kas, lai to varētu mainīt, ir jāapzina un jāizprot.

Īpaša uzmanība ģimenes terapijā tiek pievērsta savstarpējai mijiedarbībai, kas veicina disfunkcionālos procesus. Terapijā runā par attiecībām ar citiem cilvēkiem, ar to aizstājot paša apziņu un subjektīvo uztveri [27].

6.6. Medikamentozā terapija

6.6.1. Terapijas ietekme

Arī psihoterapijā var tikt izmantoti medikamenti, pat pacientu ilglaicīgas ārstēšanas gadījumos. Ja saprotama saikne starp pacienta sūdzībām un esošo situāciju, tad medikamentozā terapija var tikt nozīmēta mērķtiecīgi (bez vairākkārtējās pacienta personīgo īpatnību apspriešanas vai mazinot fokusēšanos uz tām). Medikamentoza nomierināšana un atslābums dod impulsu pacienta psihoemocionālo un fizisko spēku aktivizēšanai, psihofarmakoloģiskie līdzekļi ļauj veidot jaunus orientierus, var atvieglot stāvokli, ļaut iekšēji attālināties no konfliktiem un koncentrēties uz stimulējošām un atjaunojošām tendencēm [27].

Nozīmējot medikamentozo terapiju, jāpievērš uzmanība ne tikai pamatsaslimšanai, bet arī pavadošajām slimībām – somatiskajām un arī psihiskajām.

Simpātiskās sistēmas aktivitāte – samazināšanai tiek pielietoti β adrenoblokatori, tos var lietot, piemēram, ja panikas lēkmes klīniskajā ainā prevalē kardioloģiskas sūdzības vai arī lai mazinātu somatiskus simptomus PTSS gadījumos.

Vagotonija – samazināšanai var lietot augu valsts adaptogēnus: eleiterokoka ekstraktu, citronzāles, žeņšeņa, leizejas, rodiolas jeb zeltsaknes līdzekļus.

Bezmiēgs – ja pacienta traucējumus pavada izteikts bezmiēgs, jānozīmē miega līdzekļi (zolpidēms, zopiklons, nitrazepāms) īslaicīga kursa veidā, ne ilgāk par 3 nedēļām.

Trauksme – 20. gadsimtā izstrādātas vairākas shēmas trauksmes stāvokļu ārstēšanai. Šādos gadījumos parasti nozīmē antidepresantus vai īslaicīgi prettrauksmes (pārsvarā benzodiazepīnu grupas) preparātus.

Somatoformi traucējumi – izvēloties medikamentozo terapiju, vēlams noteikt konkrētu ārstēšanās shēmu, izmantojot medikamentus, kas neizraisa atkarību, izvairīties no polifarmācijas (pacienti ar somatoformiem traucējumiem ir tendence manipulēt ar tuviniekiem un ārstu, kā arī nodarboties ar pašārstēšanos, pašiem noteikt devas). Terapijas kursu veidā, īpaši, ja somatoformie traucējumi kombinējas ar depresiju, nozīmējami antidepresanti, priekšroka dodama antidepresantiem ar mazu blakņu risku (piemēram, selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori), tajā pašā laikā ir pieļaujama triciklisko antidepresantu nozīmēšana.

Somatoformo sāpju gadījumā priekšroka dodama duālas darbības antidepresantiem (venlafaksīns, duloksetīns, milnaciprāns) vai tricikliskajiem antidepresantiem. Somatoformiem traucējumiem antidepresanti būtu ieteicami zemākās devās, piesardzīgi titrējot to devas (līdzīgi kā depresijas gadījumos).

Protams, lietojot medikamentozo terapiju, jārēķinās ar iespējamajām blaknēm, komplikācijām, individuālo nepanesību vai iespējamo atkarību. Dažos gadījumos zāles nav obligāti jālieto, tās pacientam var būt drošības garants. Pats fakts, ka kabatā ir medikamenti (īslaicīgas darbības trankvilizatori), var mazināt lēkmes varbūtību [2; 23].

6.6.2. Antidepresanti

No antidepresantiem izmanto serotonīna selektīvās atpakaļsaistīšanās inhibitorus (escitaloprāmu, paroksetīnu, sertralīnu), kā arī serotonīna un noradrenālīna atpakaļsaistīšanas inhibitorus. Tie tiek indicēti, ja pacients ir izteikti nomākts, ir biežas un smagas panikas lēkmes. Antidepresanti ir arī pirmās izvēles medikamenti PTSS gadījumos; zemās vai vidējās devās tos dažreiz izraksta somatoformiem traucējumiem (piemēram, galvassāpes, kairinātu zarnu sindroms, atipiskas sāpes krūšu kurvī), kā arī somatoformu sāpju sindromiem. Lai iestātos efekts, antidepresanti jālieto vairākus mēnešus, jāizvairās lietošanu strauji pārtraukt. Pirmie efekti parasti parādās pēc 2 lietošanas nedēļām [7].

6.6.3. Prettrauksmes preparāti

Pacienti ar retām panikas lēkmēm var tikt nozīmēti prettrauksmes līdzekļi (alprazolams, bromazepāms, diazepāms) izmantošanai situatīvi, lēkmes laikā. Tos kopā ar antidepresantiem lieto arī biežākām panikas lēkmēm.

Pārsvarā benzodiazepīnus nozīmē īslaicīgi, ne ilgāk par 2 nedēļām, jo regulāra lietošana var radīt atkarību, medikamentu pārtraukšanas gadījumā trauksme var atjaunoties, tāpēc tie ir

jālieto piesardzīgi. Sarežģītos gadījumos, ja trauksmei pievienojas izteiktas bailes un uzbudinājums, zemās devās mēdz lietot neiroleptiķus. Piemēram, atsevišķos gadījumos PTSS ārstēšanai pielieto otrās paaudzes antipsihotiskus – olanzapīnu, kvetiapīnu, risperidonu u.c. [7].

7. PERSONĪBAS TRAUCĒJUMU VISPĀRĪGS RAKSTUROJUMS

Personības traucējumi ir ilgstoši klīniski nozīmīgu stāvokļu un uzvedības stereotipi, kas veido indivīdam raksturīgas dzīvesveida izpausmes un izturēšanās manieres. Daži no šiem stāvokļiem un uzvedības stereotipiem rodas jau agrā vecumā konstitucionālu faktoru vai sociālās pieredzes rezultātā, bet citus iemanto dzīves laikā.

Indivīdiem, kas vecāki par 18 gadiem, personības traucējumi sastopami līdz 9,1% no populācijas. Pētījumos nav konstatētas saistība starp personības traucējumu izplatību un indivīda dzimumu vai piederību kādai noteiktai rasei.

7.1. Personības traucējumu etioloģija

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) izstrādātais biopsihosociālais modelis, kas katras slimības un veselības traucējumu gadījumā uzsver triju patoloģiju izsaucošo faktoru grupas – fiziskos, emocionālos un sociālos cēloņus, attiecināms arī uz personības traucējumu etioloģiju.

Personības attīstība ir saprotama kā nepārtraukts pārvērtību process, mijiedarbība starp bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un vides jeb sociālajiem faktoriem. Šajā procesā indivīdam ir aktīva loma, viņš var ietekmēt ikvienu komponenti, lai sasniegtu mērķi – kļūt par personību ar pozitīvu pašizjūtu un pašrealizāciju darba un sociālajā vidē. Biopsihosociālie veselības faktori savstarpēji mijiedarbojas, ir nepārtrauktā attīstībā un tieši ietekmē personas vērtējumu un pašvērtējumu.

Svarīga loma personības biopsihosociālajā attīstībā ir pozitīvas attieksmes veidošanai pret sevi, saviem pienākumiem, sabiedrību, dabu, kultūru u. c.

Bioloģiskie faktori ir ģenētiskie un bioķīmiskie faktori, kas ietekmē augļa attīstību grūtniecības laikā, galvas smadzeņu traumatiski bojājumi, ķermeniskas saslimšanas u.tml. Liela nozīme ir cilvēka veselības paradumiem, tie tieši korelē ar personības psiholoģiskajiem un sociālajiem faktoriem. Pareizs uzturs, sabalansēts tā apjoms, fiziskās aktivitātes un dzīvesveids var novērst daudzu slimību rašanos, bet realitātē diemžēl ir aktuāla problēma.

Sociālie faktori ir ģimeniskās attiecības (attiecības ģimenē, audzināšanas paņēmieni, finansiālais stāvoklis u. c.), profesionālā attīstība (skola, studijas, attiecības ar vienaudžiem, izglītība u. c.), apkārtējā sabiedrība (t.sk. masu informācijas līdzekļi) un kulturālā telpa (kultūra, tradīcijas, likumi, vērtības u. c.).

7.2. Personības traucējumu vispārējās pazīmes

Saskaņā ar Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas Desmito redakciju [4; 24], personības traucējumi ir dziļi iesakņojušies un stabili indivīda personības un uzvedības stereotipi, kas izpaužas kā nemainīgas atbildes reakcijas dažādās individuālās vai sociālās situācijās. Tie pauž galējas vai vismaz manāmas novirzes no vidusmēra cilvēka uzvedības (domas, jūtas, uztvere, izturēšanās) esošajā kultūrvidē. Šie uzvedības stereotipi ir stabili un aptver daudzas uzvedības un psihiskās funkcionēšanas sfēras. Bieži, bet ne vienmēr tie ir saistīti ar dažāda smaguma subjektīviem pārdzīvojumiem, sociālās uzvedības problēmām un sociālo saikņu sarūkšanu. Personības traucējumi nav tieši galvas smadzeņu slimības, bojājuma vai citu psihisku traucējumu sekas. Visbiežāk traucējumi manifestējas jau bērnībā vai pusaudžu vecumā un turpinās pieaugušam cilvēkam.

7.3. Personības traucējumu veidi

7.3.1. Paranoīda personība

Paranoīdai personībai raksturīgs pārmērīgs jūtīgums pret iebildumiem un nespēja aizmirst apvainojumus, aizdomīgums un tieksme sagrozīt pārdzīvoto, kļūdaini izskaidrojot citu cilvēku neitrālu vai draudzīgu rīcību kā ļaunprātīgu vai nicinošu. Epizodisks aizdomīgums bez pierādījumiem saistās ar dzīvesbiedra vai dzimumpartnera seksuālās uzticības jautājumiem. Savu tiesību sajūtas ir agresīvas un pārspīlētas, mēdz būt pārmērīga uzpūtība un sevis izcelšana.

7.3.2. Šizoīda personība

Šizoīdai personībai raksturīga norobežošanās no emocionāliem, sociāliem un citiem kontaktiem, dodot priekšroku fantāzijām, vientuļām nodarbībām un introspekcijai. Spēja izteikt savas jūtas un izjust patiku ir ierobežota.

7.3.3. Asociāla personība

Asociālai personībai raksturīga sociālo pienākumu ignorēšana un vēsums pret citu jūtām, asociālas personas uzvedība un vispārpieņemtās sociālās normas ir krasā pretrunā. Neveiksmīga pieredze, ieskaitot kriminālsodus, uzvedību mainīt nespēj, frustrācijas panesamība ir zema, zems ir arī sliekšnis pret cita agresiju, ieskaitot vardarbību. Ir nosliece apsūdzēt citus vai piedēvēt ticamus izskaidrojumus savai uzvedībai, konfliktēt ar sabiedrību.

7.3.4. Emocionāli nestabila personība

Emocionāli nestabilai personībai raksturīga nepārprotama tieksme rīkoties impulsīvi, nedomājot par sekām. Garastāvoklis ir neprognozējams un kaprīzs; ir nosliece uz emocionālu

izlādēšanos, nekontrolējot uzvedību uzbudinājuma laikā, uz strīdīgumu un konfliktiem ar citiem, it īpaši, ja apkārtējie mēģina pacientu ierobežot vai uzraudzīt. Pastāv divi varianti: impulsīvais tips, ko galvenokārt raksturo emocionāla nestabilitāte un impulsu kontroles trūkums, un robežstāvokļa tips, ko turklāt raksturo paštēla traucējumi, mērķu un iekšējo vēlmju neskaidrība, hroniska tukšuma sajūta, intensīvas un nestabilas attiecības ar citiem un tendence uz pašdestruktīvu uzvedību, ieskaitot pašnāvnieciskus žestus un mēģinājumus.

7.3.5. Histēriskā personība

Histēriskai personībai raksturīga sekla un labila emocionalitāte, pārmērīga personisko atgadījumu dramatisēšana, teatrālisms, pārspīlētas emociju izpausmes, suģestējamība, egocentrisms, pašpiedošana, nevērība pret citiem, ātra apvainošanās un pastāvīga tieksme pēc atzinības, sajūsmas un uzmanības.

7.3.6. Anankastiskā personība

Anankastiskai personībai raksturīga šaubu sajūta, perfekcionisms, pārmērīgs apzinīgums, tieksme visu pārbaudīt, noņemšanās ar sīkumiem, stūrgalvība, piesardzība un neelastīgums. Var būt neatlaidīgas un nevēlamas domas vai impulsi, kas nesasniedz obsesīvi kompulsīvu traucējumu smaguma pakāpi.

7.3.7. Trauksmaini izvairīga personība

Trauksmaini izvairīgas personības traucējumi ir traucējumi, kam raksturīgs sasprindzinājums un bažas, nedrošība un mazvērtības sajūta. Pastāvīgi ir tieksme izpatikt un tikt pieņemtam, pārmērīgs jūtīgums pret atraidījumu un kritiku, ierobežoti cilvēciskie kontakti. Ir tendence izvairīties no noteiktām nodarbībām, aiz paraduma pārspīlējot iespējamās briesmas vai risku ikdienas situācijās.

7.3.8. Atkarīga personība

Atkarīgas personības traucējumi ir traucējumi, kam raksturīga pastāvīga pasīva pakļaušanās citiem cilvēkiem, kuri pacienta vietā izlemtu būtiskus vai sīkus dzīves jautājumus, lielas bailes no atstumšanas, bezpalīdzības un nekompetences sajūta, pasīva samierināšanās ar vecāku un citu cilvēku vēlēšanos un pasivitāte ikdienas sadzīves situācijās. Enerģijas trūkums var parādīties intelektuālā vai emocionālā sfērā; bieži ir tendence novelt atbildību uz citiem.

7.3.9. Organiski personības traucējumi

Šo traucējumu gadījumā atšķirībā no specifiskiem personības traucējumiem personības un uzvedības pārmaiņas var norītēt vienlaikus ar smadzeņu slimību, bojājumu vai disfunkciju vai arī kā to atlieku izpausmes. Organiskiem personības traucējumiem raksturīgas būtiskas

(salīdzinājumā ar premorbīdo stāvokli) pārmaiņas uzvedības stereotipos, kas skar emocijas, vērtību skalu un tieksmes. Klīniskās ainas sastāvdaļa var būt kognitīvo un domāšanas funkciju traucējumi, kā arī pārmaiņas seksuālajā sfērā.

7.4. Jaukti personības traucējumi

Personības traucējumi bieži ir grūti diagnosticējami un noris bez skaidriem specifiskiem simptomiem, kas būtu raksturīgi specifisku personības traucējumu radītām pārmaiņām. Jaukti personības traucējumi ir ar vairākām specifisku personības grupu traucējumu pazīmēm, bet bez kādas simptomu grupas pārsvara.

7.4.1. Piecu faktoru modelis

Visas personības iezīmes var sagrupēt 5 nosacīti neatkarīgos faktoros tā sauktajā „Lielajā piecniekā” [15] vai tam līdzīgajā personības piecu faktoru modelī [17]. Abi modeļi paredz, ka personības iezīmes ir sakārtotas hierarhiski, augstākajā līmenī veidojot piecus plašus personības faktorus jeb dimensijas. Šie faktori ir neirotizisms, ekstraversija, labvēlīgums, apzinīgums, atvērtība pieredzei (kultūra, intelekts). [5].

Personības piecu faktoru modeļa (skatīt 7.1. tabulu) robežās tiek uzskatīts, ka personības iezīmes nosaka uzvedību, tās ir iedzimtas endogēnas dispozīcijas, kas attīstās pēc saviem iekšējiem likumiem neatkarīgi no vides.

7.1. tabula

Personības piecu faktoru interpretācijas [5; 17].

Augsti rādītāji	Personības dimensijas (pamatfaktori)	Zemi rādītāji
NEIROTISMS		
Satraukts, nervozs, pārlietu emocionāls, nedrošs, neadekvāts, grūtsirdīgs.	Raksturo adaptivitāti pretstatā emocionālai nestabilitātei. Identificē noslieci uz psiholoģisku distresu, nereālām idejām, pārmērīgām vēlmēm, dziņām un mazadaptīvām reakcijām.	Mierīgs, atslābināts, savaldīgs, drošs, apmierināts ar sevi, bezbailīgs.
EKSTRAVERSIJA		
Sabiedrīks, aktīvs, runīgs, uz cilvēkiem vērsts, optimistisks, sirsnīgs.	Raksturo starppersonu saskarsmes biežumu un intensitāti, aktivitātes līmeni, vajadzību pēc stimulācijas un spēju priecāties.	Rezervēts, uz uzdevumu vērsts, kluss, atturīgs, sevī noslēdzies.

ATVĒRTĪBA		
Zinātkārs, ar plašu interešu loku, radošs, oriģināls, ar bagātu iztēli, netradicionāls.	Novērtē pieredzes gūšanas aktivitāti un novērtēšanu, nezināmā izpētīšanu un toleranci pret to.	Konvencionāls, piezemēts, ar šaurām interesēm, nav artistisks, nav analītisks.
LABVĒLĪGUMS		
Mīkstsirdīgs, lādzīgs, paļāvīgs un lētticīgs, izpalīdzīgs, žēlsirdīgs, piedodošs, godīgs un patiess.	Raksturo indivīda starppersonu orientāciju – no līdzjūtības līdz naidīgumam domās, jūtās un rīcībā.	Cinisks, rupjš, aizdomu pilns, manipulējošs, atriebīgs, nesaudzīgs, viegli aizkaitināms.
ATBILDĪGUMS		
Organizēts, uzticams, pašdisciplinēts, kārtīgs, mērķtiecīgs, punktuāls, precīzs, rūpīgs, pedantisks, neatlaidīgs.	Raksturo indivīda organizētības, neatlaidības un motivācijas līmeni mērķtiecīgā darbībā. Uzticamus, prasīgus indivīdus pretnostāda laiskiem, nenopietniem un paviršiem cilvēkiem.	Bezmērķīgs, neuzticams, slinks, paviršs, hēdonisks (uz baudu orientēts), ar vāju gribasspēku, neuzmanīgs un nedisciplinēts.

7.4.2. SSK iedalījums

Ar Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas Vienpadsmitās redakcijas iedalījumu veidojas jauna pieeja izpratnē par personības traucējumiem, uzskatot, ka:

- personības traucējumi raksturo funkcionēšanas traucējumus divos aspektos:
 - sevis apzināšanas aspektā (piemēram, identitātes, pašvērtējuma, apzinīguma, atvērtības pieredzei);
 - un/vai interpersonālu attiecību aspektā (piemēram, spēja attīstīt un uzturēt ciešas un atbilstošas attiecības, spēja izprast citu perspektīvas un pārvaldīt konfliktus).
- personības traucējumiem abi minētie aspekti saglabājas ilgākā laika posmā (2 gadus vai ilgāk).

Cilvēkiem ar personības traucējumiem trauksme izpaužas gan izziņas un emocionālās izpausmes veidā, gan uzvedības modeļos, kas ir nepareizi (neelastīgi vai slikti regulēti), un dažādās personīgās un sociālās situācijās (neaprobežojas tikai ar konkrētām attiecībām vai sociālām lomām). Personības traucējumu radītie funkcionēšanas traucējumi ir saistīti ar būtisku stresu vai būtiskiem traucējumiem personīgās, ģimenes, sociālās, izglītības, profesionālās vai citās svarīgās darbības jomās.

Jaunajā klasifikācijā personības traucējumus iedalīs pēc smaguma pakāpes (viegli, vidēji smagi, smagi personības traucējumi) un pēc specifiskācijas (negatīvā afektivitāte, savrupība, antisocialitāte, disinhibīcija, anakastija, robežstāvokļa tips).

7.5. Personības traucējumu psihoterapeitiskā ārstēšana

Psihoterapiju (ilglaicīgu) joprojām uzskata par efektīvāko palīdzības veidu personības traucējumu ārstēšanā.

Pirmajā ārstēšanas metodē (psihodinamiskajā psihoterapijā) galvenā uzmanība tiek pievērsta tam, kā cilvēka pagātnes pieredze ietekmē viņa pašreizējo dzīvi, kuri pagātnes konflikti ir tik spēcīgi, lai cilvēks tos atkal un atkal atkārtotu. Terapijas mērķis ir atcerēties traumatiskos pagātnes notikumus, pārstrādāt pieredzi un apzināt jaunus veidus, kā veidot dzīvi un sadarboties.

Otra ārstēšanas metode ir kognitīvi biheiviorālā terapija. Šajā metodē galvenais uzsvars ir darbs ar pacienta uzskatiem (zemapziņu), ko terapijas laikā maina. Personības traucējumu ārstēšanas laikā nozīmīga ir ārsta prasme uzrunāt un iesaistīt pacientu kopīgā analītiskā procesā.

Efektīva personības traucējumu radīto simptomu ārstēšanas metode ir arī mentalizēšana (spēja izprast savu un citu cilvēku rīcību) emociju, vēlmju un domu kontekstā. Tās rezultātā radītā spēja apšaubīt, pārjautāt, izvairīties no negatīvam attiecināšanām, objektīvāk uztvert realitāti ir viens no nosacījumiem konfliktsituāciju apjoma samazināšanā un sociālo saišu stiprināšanā.

Strādājot ar pacientiem, speciālists pats uzņemas nopietnas saistības: personiskais piemērs, ticība pacientam, profesionālā kompetence, empātija, tolerance un citi faktori ir ļoti būtiski veiksmīgai ārstēšanas norisei

7.6. Personības traucējumu medikamentozā ārstēšana

Farmakoterapija personības traucējumu gadījumā var mazināt afektīvo labilitāti, impulsivitāti, noslieci uz paškaitējumu, agresiju, kā arī uzlabot kopējo funkcionēšanas līmeni. Izvēloties atbilstošāko terapiju, jāizvēlas konkrētajiem simptomiem piemēroti medikamenti periodiskai lietošanai, jāizvērtē gan ieguvumi, gan riski.

- Serotonīna atpakaļsaites inhibitori ir pirmās izvēles līdzekļi, bet nav uzrādījuši ticamu efektu ne uz personības traucējumu raksturīgajiem sindromiem, ne uz pavadošo depresiju.
- Visvairāk pierādījumu par efektivitāti personības traucējumu ārstēšanā ir garastāvokļa stabilizatoriem jeb pretepilepsijas līdzekļiem (topiramāts, valproāti, lamotrigins) un atipiskajiem neiroleptiķiem jeb antipsihotiskiem līdzekļiem (aripiprazols, olanzapīns). Šos

līdzekļus rekomendē arī tieksmes un patēriņa mazināšanai pacientiem ar pavadošu alkohola atkarību.

- No antidepresantiem lielākie pierādījumi ir fluvoksamīnam. Jāņem vērā, ka antidepresanti efektivitātes ziņā atpaliek no garastāvokļa stabilizatoriem un atipiskajiem neiroleptiķiem, bet tie var būt noderīgi depresijas un trauksmes ārstēšanā, īpaši vīriešiem ar impulsīvu agresiju [8].

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Ivaščenko, T. (2015) Aleksitīmija: nespēja apzināties un izteikt savas jūtas. *Ārsts.lv*, Marts, 52-54 lpp.
2. Ivaščenko, T., Grigorjeva, J. (2017). Psihoterapija un zāles pret veģetatīvo distoniju. *Materia Medica*. Janvāris 2017, 10-14
3. Latvijas Fizioterapeitu Asociācija. (2018). *Fiziskās aktivitātes trauksmes mazināšanai* Pieejams: <http://www.fizioterapeitiem.lv/fizioterapeitiem/jaunumi/raksti/1071-raksti-psihsiska-veselibas-2018-septembris>
4. Pasaules Veselības organizācija. (2016) *Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija, ar atvasinātajām klasifikācijām*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/ssk10/>
5. Perepjolkina, V. (2014) *Daudzdimensionālas personības aptaujas izstrāde un validizācija Latvijas pieaugušo izlasē*. Rīga: Latvijas Universitāte.
6. Rozenbergs, D., Berga-Kirilova, A., Tiesnese, L. (2018) *Fiziski treniņi un aktivitātes depresijas simptomu mazināšanai. Literatūras apskats*. Pieejams: <http://www.fizioterapeitiem.lv/attachments/article/1071/Fiziskās%20aktivitātes%20un%20treniņi%20depresijas%20simptomu%20mazināšanā..pdf>
7. RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra. (2012) *Depresijas un neirotikisko traucējumu diagnostikas un ārstēšanas rekomendācijas ģimenes ārstiem*. Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Dokumenti/pnk/Depresijas_un_neirot_trauc_rekomend_28092012.pdf
8. Tērauds, E., Andrēziņa, R., Zārde, I. (2013) *Praktizējoša ārsta rokasgrāmata*. Rīga: SIA PS media.
9. Ackerman, K., Di Martini, A. (2015). *Psychosomatic medicine*. New York: Oxford University Press Inc
10. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Pieejams: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
11. American Psychiatric Association (2009) *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Pieejams: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestr essdisorderptsd.pdf
12. Beck, A. T., Rush, A., ... Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

13. Ellis, A., Grieger, R. (1977) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer publishing company
14. Engel, G.L. (1977). The need for the ne medical model; a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), 129-136
15. Goldberg. *An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure*. University of Oregon and Oregon Research Institute. Pieejams: https://projects.ori.org/lrg/PDFs_papers/Goldberg.Big-Five-FactorsStructure.JPSP.1990.pdf
16. Kano, M. and Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1), p.1.
17. McCrae, R., John, O.P. (1992) *An Introduction to the Five-Factor Model and Its Application*. National Institute on Aging & University of California at Berkeley Pieejams: http://psych.colorado.edu/~carey/Courses/PSYC5112/Readings/psnBig5_Mccrae03.pdf
18. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum.
19. Picardi, A. (2011) Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. Oct; 71(4) pp.256-63. Pieejams: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.02.016>
20. Strassel, J., Cherkin, D.C.,... Vrijhoef, H. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. May-Jun,17(3), 50-9.
21. Ursano, R., Stephen, M.,... Lazar, G.. (1993) *Concise guide to Psychodynamic Psychotherapy*. Москва: Российская психоаналитическая ассоциация.
22. Waddel, G. (2004). *The Back pain revolution, second edition*. Edinburgh: Churchill Livingstone
23. Wise, M.G., Rundell, J., (2005). *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry*. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
24. World Health Organization. (1993) *The ICD-10: classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva.
25. Zech, E., Luminet, O., ... Wagner, H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, 13(6), pp.511-532.
26. Быков К.М., (1953). *Избранные произведения* т. 1- 3. Москва
27. Бройтигам, В., (1999). *Психосоматическая медицина: Краткий учебник*. Москва: MedoBookRu

28. Krystal, H. (2006), *Интеграция и самоисцеление. Аффект-Травма-Алекситимия*.
Москва: Институт общегуманитарных исследований.